

# Tilhørighet til arbeidsplassen

*En komparativ studie av tyske og norske sykehusleger i Norge*

RALF KIRCHHOFF

rk@hials.no

ORGANIZATIONAL COMMITMENT.  
A COMPARATIVE STUDY OF GER-  
MAN AND NORWEGIAN HOSPI-  
TAL PHYSICIANS IN NORWAY

The article analyses whether German physicians in Norway are any less organizationally committed to Norwegian hospitals than Norwegian physicians are. The article is based on national survey data collected in spring 2009 (N=627) among Norwegian and German hospital physicians in Norway. We used questions from a validated survey instrument to illustrate that German and Norwegian physicians, despite comprehensive hospital reforms in Norway, are relatively highly organiza-

tionally committed to their workplace. Generally, German hospital physicians show slightly more organizational commitment than Norwegian hospital physicians. Our study demonstrates that the same independent variables explaining organizational commitment in a Norwegian physician sample do not necessarily have the same effect on organizational commitment in a German physician sample. Differences between our national samples can to some extent be explained by focusing on German physicians' prior working conditions in Germany and traditions for clinical leadership within German public hospital organizations.

*Key words:*

- organizational commitment
- work migration
- hospitals
- foreign physicians
- Norway

**E**NGASJERTE SYKEHUSLEGER er noe de fleste ønsker å ha. Samtidig kan dyptgripende endringer i sykehussektoren ha lagt en demper på engasjementet. Det hevdes at reformbølgen inspirert av New Public Management (NPM) har utfordret og til dels begrenset legenes profesjonelle autonomi, ikke bare i Norge, men i mange av de nordiske landene (Jespersen & Wrede 2009). Det er derfor rimelig å anta at slike endringer implisitt kan ha bidratt til å svekke legenes tilhørighet og engasjement til arbeidsplassen. Hvorvidt utenlandske leger i Norge er like knyttet til sin arbeidsplass som norske sykehusleger, er hittil ikke blitt undersøkt empirisk. Selv om medisnutdanningen innenfor EU/EØS-området er nokså standardisert på tvers av landegrenser, er det likevel store forskjeller i undervisningsopplegg (Wiers-Jenssen & Aasland 2010). Variasjoner i måten sykehussektoren er organisert på, hvordan ledelse blir praktisert, arbeidsforholdene og legenes forhold til annet helsepersonell i de landene der legene kommer fra, vil sannsynligvis også påvirke deres opplevelser av norsk sykehushverdag. Det kan derfor hende at utenlandske leger sin tilknytning til og engasjement i arbeidsplassen er betinget av andre forhold, dvs. at andre faktorer kan ha større eller en annen betydning for dem sammenlignet med et norsk legeutvalg. Studier viser at utenlandske arbeidstakere i Norge, sammenlignet med majoritetsbefolkningen, generelt er mindre tilfreds med forhold som kan knyttes til ulike sider ved det psykososiale arbeidsmiljøet (Krokstad, Veenstra, Sjetne, Østhus & Røttingen 2002; Tynes & Sterud 2009).

Ved å ta utgangspunkt i den største gruppen utenlandske leger i Norge, reises forskningsspørsmålet om hvorvidt tyske sykehusleger føler mindre tilhørighet til og engasjement i sin arbeidsplass sammenlignet med et tilsvarende norsk utvalg. Dessuten reises spørsmålet hvorvidt kontekstuelle forhold på sykehusene, som f.eks. trekk ved forholdet til nærmeste faglige overordnede, avdelingsledelsen, arbeidsklimaet og andre faktorer, påvirker tyske og norske sykehusleger sin tilknytning til arbeidsplassen likt.

Det er relativt godt dokumentert at graden av arbeidstakeres identifikasjon med og tilhørighet til arbeidsplassen kan forebygge turnover og fravær og påvirke ansattes yteevne (Parry 2008; Wagner 2007; Freeborn 2001; Mathieu & Zajac 1990; Mowday, Porter & Steers 1982; Porter, Steers, Mowday & Boulian 1974). Leger utdan-

net innenfor EØS-området kan relativt ukomplisert få seg arbeid i nær sagt alle EU-land, fordi landene er bundet av direktiver for godkjenning av dette yrket (Arbeids- og inkluderingsdepartementet 2008). Siden andelen av den eldre befolkningen vokser i mange av OECD-landene, noe som igjen skaper økt behov for og konkurranse om å få tak i høyt kvalifisert helsepersonell (OECD 2008), er forskning om tilhørighetsproblematikk aktuell i helsesektoren.

Dataene baserer seg på en survey som ble gjennomført blant tyske og norske sykehusleger i Norge våren 2009. 627 sykehusleger deltok i undersøkelsen. Måleinstrumentet som er anvendt for å måle sykehuslegenes følelsesmessige tilhørighet til organisasjonen er hovedsakelig basert på det validerte spørreskjemaet QPSNordic (Skogstad et al. 2001). Resultatene blir diskutert i lys av teori og forskning om fenomenet som i den engelskspråklige faglitteraturen er kalt «*organizational commitment*» (Mathieu & Zajac 1990; Meyer & Allen 1997; Meyer, Allen & Smith 1993; Wallace 1995). I vår studie er begrepet oversatt til *organisasjonstilhørighet*. Begrepet viser til 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 et al. 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.

For å besvare studiens forskningsspørsmål gis det først en kortfattet beskrivelse av sentrale reformer i norsk og tysk sykehussektor etter 1990. Ledelsesreformer blir vektlagt, siden graden av opplevd organisasjonstilhørighet kan knyttes til ledelsesforhold (Mathieu & Zajac 1990). Deretter følger en seksjon som beskriver hvordan begrepet institusjonalisering anvendes i studien. Dette er tatt med siden en av studiens hypoteser impliserer at synet på ledelse kan være ulikt institusjonalisert i våre to legeutvalg. Organisasjonstilhørighet er et multifasettert begrep, og neste seksjon gjør rede for bruken av begrepet i denne artikkelen. Etter forannevnte introduserende seksjoner, presenteres studiens to hovedhypoteser. Disse tar utgangspunkt i tidligere nevnte forskningsspørsmål. En presentasjon av studiens måleinstrument, variabler, metoder og resultater følger deretter. Til slutt gis en

vurdering av studiens svakheter og styrker, før diskusjonen oppsummerer og peker på plausible forklaringer på våre funn.

#### REFORMER I SYKEHUSSEKTOREN

Norsk sykehussektor har siden 1990-tallet vært utsatt for flere dyptgripende reformendringer. Slike endringer kan ha virket negativt inn på organisasjonstilhørigheten til sykehusleger. En betegnelse for disse utviklingstendensene er *New Public Management* (NPM). NPM er ikke et sammenhengende reformprosjekt, men heller en fellesbetegnelse for ulike prinsipper for organisering av offentlige tjenester (Læg Reid, Opedal & Stigen 2005). Vesentlig i NPM er troen på ledelse, opprettelsen av kvasimarkeder, bestiller–utfører-modeller og innføring av kontrollsystemer (Andresani & Ferlie 2006). Den norske sykehusreformen i 2002 kan sees som tydelig inspirert av en NPM-tankegang (Byrkjeflot & Neby 2005; Læg Reid et al. 2005).

Nærmest parallelt med sykehusreformen ble prinsippet om *enhetlig ledelse* implementert i 2001 (Byrkjeflot 2005). Det nye prinsippet innebærer i korthet at sykehus skal organiseres slik at det kun er én ansvarlig leder på alle nivåer, slik det er nedfelt i lov om spesialisthelsetjenesten § 3-9 (Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. 1999). Det er grunn til å tro at nevnte sykehusreform og ledelsesreform har påvirket legenes oppfatninger av arbeidsmiljøet, den faglige utviklingen, medbestemmelse og synet på ledelse. En resultatevaluering av sykehusreformen som er gjennomført av Forskningsrådet, underbygger en slik antakelse. Rapporten viser bl.a. at leger vurderer reformendringene mest negativt, sammenlignet med andre yrkesgrupper i sektoren (Norges forskningsråd 2007).

Ledelsesreformer har vært en sentral del av reformeringen av norsk offentlig sykehussektor. I Tyskland har slike reformer ikke stått i fokus. Det betyr ikke at debatten omkring ledelse og styring er ikkeeksisterende i tysk sykehussektor (Barth & Jonitz 2009; Schrappe 2009). På generelt grunnlag har imidlertid NPM-påvirkede reformer hatt relativt liten effekt på tysk sykehussektor, sammenlignet med andre europeiske land i samme tidsrom (Dent 2005). Tyske helse reformer i sykehussektoren, etter 1990 og frem til 2009, har i første rekke prioritert økonomiske virkemidler gjennom flere lovendringer.<sup>1</sup> Den tyske gjenforeningen i 1990 førte til at helsesystemene i DDR og

BRD ble transformert til et fellestysk system. Her ble BRD sitt helse-system den historiske vinneren innenfor dagens tyske helsesystem (Mecklinger 1998). Disse systemene var i utgangspunktet svært forskjellige, men som i BRD hadde også leger i DDR særrettigheter som ga dem adgang til ledelsesposisjoner (Mecklinger 1998). Gjenforeningen fikk heller ingen store praktiske konsekvenser for leger utdannet i DDR (Bühler 1999).

Tysklands føderalistiske styringsform er en annen faktor som gjør det vanskelig å få gjennomført store ledelsesreformer i sektoren. Hvert av de totalt 16 *Bundesländer* har relativt stor autonomi og innflytelse på helsepolitikken. Sterk statlig styring av sektoren er problematisk ut fra konstitusjonelle forhold. Hvert Bundesland har et lovbestemt ansvar for sykehusplanlegging og større investeringer (Wendt 2009). Dessuten kan hvert land selv bestemme den interne styrings-/ledelsesstrukturen på sykehusene disse har ansvar for. Inntrykket man sitter igjen med er at dagens sterkt fragmenterte, tradisjonsbundne tyske helsesystem foreløpig har bremsset opp for innføringen av nye styrings-/ledelsesmodeller.

#### GRADER AV INSTITUSJONALISERING

Flere teorier gir grunn til å forvente at medlemmer – både av nasjonaliteter, institusjoner og profesjoner – til en viss grad reproducerer og opprettholder verdier og normer som de har felles. Det tilsier at verdier og holdninger er relativt motstandsdyktige, tillært og kan spores tilbake til de miljøene der påvirkningen har hatt størst effekt. For mange vil det være familien, utdanningssystemet (Bourdieu & Nice 1990; Hall 1958; Merton 1957) og landet de har vokst opp i (Hofstede 1991). Fordi ulike lands helsesystemer sjelden er helt like, vil slike variasjoner sannsynligvis bidra til å påvirke legenes institusjonalisering ulikt. Med institusjonalisering menes her *den prosessen der handlinger gjentas og tilordnes ensartet mening av en selv og andre* (Scott 1992: 117). Hvorvidt noe er sterkt eller svakt institusjonalisert i et land, på et sykehus eller på gruppe-/individnivå, vil imidlertid variere fra land til land. Slik sett kan institusjonalisering sees på som variasjon langs en skala. Lynne G. Zucker (1991) argumenterer for at egenskaper som er sterkt institusjonalisert i en gruppe vil være vanskelig å få endret. Tilsvarende vil forhold som er svakere institusjona-

lisert være lettere å få endret. I vår studie argumenteres det for at særlig synet på faglig ledelse er sterkere institusjonalisert i utdannings- og sykehussektoren i Tyskland enn i Norge.

Studier som ser på forskjeller mellom leger med utgangspunkt i deres nasjonalitet, baserer seg i hovedsak på empiri som er samlet inn i legenes hjemland. Slike studier har tidligere vist at ulike institusjonelle forhold i hjemlandet kan ha ulik betydning for legers forståelse av legerollen. Dette kan bl.a. virke inn på deres valg av behandlingsmetoder (Richter, Eisemann & Zgonnikova 2001; Knesebeck et al. 2008). Videre blir det hevdet at Tyskland og Norge har forskjellige tradisjoner for faglig ledelse (Byrkjeflot 1997). Andre forskjeller går ut på hvordan helsetjenester blir finansiert (Wendt 2009), hvordan sykehus er organisert (Rosenbrock & Gerlinger 2006), pasientenes tilgang til legespesialist og forskjeller i pasientrettighetslovgivningen (Björnberg, Cebolla Garrofé & Lindblad 2009). Ulikheter i legeproduktivitet, målt i antall utskrevne pasienter per legeårsverk, er også blitt dokumentert på grunnlag av OECD-data (Deloitte AS 2008). Generelt tøffere arbeidsforhold for sykehusleger i Tyskland gjør at tyske leger også scorer lavere på jobbtilfredshet, sammenlignet med norske leger (Rosta, Nylenna & Aasland 2009).

Komparative studier av leger på tvers av landegrenser kan gi nyttig kunnskap om forskjeller mellom leger og de helsesystemer de er en del av. Imidlertid gir denne type studier sjelden kunnskap om hvorvidt slike forskjeller bør tillegges vekt, og om slike forskjeller har betydning for mottakerapparatet når leger flytter til en annen nasjonal kontekst. Man kan anta at utenlandske leger over en viss tid både vil påvirkes av og påvirke sine omgivelser, og at dette vil ha betydning for deres opplevelser av arbeidsforhold på sykehus. En studie viser imidlertid at tid på noen områder har marginal betydning for tyske overlegers opplevelse av tidspress og administrativt legearbeid (Kirchhoff 2010). Det betyr at tyske overleger som har arbeidet på norske sykehus relativt kort tid opplever nevnte forhold nokså likt, sammenlignet med tyske overleger som har arbeidet mange år i landet.

I debatten om utenlandske leger i Norge vil studier som denne kunne tilføre annen relevant kunnskap om gruppen. Ofte har fokuset vært på de utenlandske legenes manglende språkferdigheter og de konsekvenser dette har for mottakerapparatet i Norden, f.eks. når det

gjelder introduksjon og veiledning av disse (Samnordisk Arbetsgruppe for Prognos- og Specialistutbildningsfrågor 2006), og ikke minst for pasientene (Bretthauer 2009). Et slikt syn nyanseres delvis i en avhandling om hvordan utenlandske leger kommuniserer med svenske pasienter og kollegaer. Her fant Lindström (2008) at svenske pasienter stort sett er tilfreds med kommunikasjonen med denne gruppen.

Forskning om arbeidsinnvandrere i helsesektoren generelt i Norge har primært fokusert på sykepleiere, og har som regel vært rettet mot den mer synlige, ikke-vestlige gruppen av arbeidsinnvandrere (Riemsdijk 2006; Seeberg & Dahle 2005, 2006; Tynes & Sterud 2009). Imidlertid kommer de fleste utenlandske sykepleiere og leger i Norge fra såkalte vestlige eller nordiske land (Statistisk sentralbyrå 2008b). Tyskland har i flere år vært ett av de viktigste avsenderlandene i Europa for leger til Norge (se tabell 1).

TABELL 1. *Sysselsatte leger og legespesialister som arbeider i Norge, etter statsborgerskap, i tidsrommet 2004–2008*

	2004	2005	2006	2007	2008
Leger og legespesialister					
Danmark	503	504	394	459	439
Finland	59	61	58	63	60
Sverige	745	800	621	594	603
Serbia og Montenegro	46	57	65	53	62
Nederland	69	77	84	86	100
Polen	61	58	44	60	80
Storbritannia	57	58	52	60	61
Tyskland	603	643	679	726	764
Resten av Europa	317	347	354	427	473
USA	30	31	36	37	38
Filippinene	1	1	1	2	2
India	15	17	18	12	13
Annet	191	210	190	150	190
Uoppgitt	46	39	5	21	8

Kilde: Statistisk sentralbyrå 2008

### ORGANISASJONSTILHØRIGHET

Organisasjonstilhørighet kan defineres som «... *the strength of an individual's identification with and involvement in a particular organization*» (Porter et al. 1974: 604). Organisasjonstilhørighet består ifølge

forfatterne av minst tre faktorer: (a) en sterk tro på og akseptering av organisasjonens mål og verdier; (b) en vilje til å yte ekstra på vegne av organisasjonen; (c) et klart ønske om å bli værende i organisasjonen.

Nyere litteratur på området definerer organisasjonstilhørighet som et komplekst og multifasettert begrep (Meyer et al. 1993). I denne sammenheng er det naturlig å forestille seg at ansatte både kan føle engasjement og tilhørighet overfor organisasjonen hun/han er ansatt i (Porter et al. 1974), profesjonen man tilhører (Abrahamsen 2010) eller fagforeningen man er organisert i (Gordon, Philpot, Burt, Thompson & Spiller 1980).

I sin gjennomgang av faglitteraturen om tilhørighet til organisasjonen, identifiserte Meyer og Allen (1991) tre distinkte former for tilhørighet: 1) *følelsesmessig* tilhørighet, 2) *nytte-kost*-tilhørighet og 3) *normativ* tilhørighet. Følelsesmessig tilhørighet innebærer identifisering og tilknytning til organisasjonen man er ansatt i, men også yrket/profesjonen man identifiserer seg med. Kost-nytte-tilhørighet relaterer seg til individets vurdering av økonomiske så vel som sosiale kostnader ved å forlate organisasjonen eller profesjonen man tilhører. De ansatte blir værende i organisasjonen fordi kostnadene ved å forlate den blir for høye. Den siste, normative tilhørighet, relaterer seg til individets personlige verdier (f.eks. følt ansvar overfor pasienter), eller opplevelsen av at organisasjonen har gjort mye for en, og at man derfor ønsker å gjøre opp for seg ved å yte mer.

I artikkelen fokuseres primært på sykehuslegers følelsesmessige tilhørighet overfor arbeidsplassen, dvs. sykehusene de er ansatt i. Freidson (2001) antar på generelt grunnlag at profesjonsutøvere i større grad føler tilhørighet overfor den profesjonen de identifiserer seg med enn den organisasjonen de er ansatt i. Dette synet blir imøtegått av Wallace (1995), som tror at profesjonsutøvere kan føle tilhørighet og engasjement både til profesjonen og organisasjonen. Det ene trenger ikke utelukke det andre. Det kan tenkes at profesjonsutøvere som viser en sterk tilhørighet til egen profesjon også vil være mer tilbøyelige til å vise stor grad av tilhørighet til organisasjonen de er ansatt i. En longitudinell studie, der man så på sammenhengen mellom ansattes tilhørighet til yrket («occupational commitment») og organisasjonstilhørighet, viser en slik sammenheng (Vandenberg & Lance 1992). I studien så man på opplevelsen av tilhørighet til yrket



som en *forløper* til organisasjonstilhørighet. Yrkes- eller heretter bare profesjonstilhørighet, relaterer seg til en person sin overbevisning og aksept av de verdier som profesjonen representerer, og individets vilje til å opprettholde sitt «medlemskap» innenfor profesjonen (Lachman & Aranya 1986). Eksempler på slike verdier innenfor legeprofesjonen vil være kollegialitet, faglig autonomi, overholdelse av etiske standarder og normer, ansvar overfor pasienter og lignende. Profesjonsverdier kan imidlertid være i konflikt med verdiene til organisasjonen. For eksempel kan administrative ledere i en organisasjon etterstrebe andre mål enn profesjonsutøverne. For ledelsen på et sykehus vil det være ønskelig at profesjonsutøvere er lojale overfor beslutninger, mål og strategier, og at profesjonsutøvere også viser engasjement og tilhørighet overfor organisasjonen. Den longitudinelle studien til Vandenberg og Lance (1992) viser en signifikant positiv sammenheng mellom indeksvariablene profesjonstilhørighet og organisasjonstilhørighet. Det impliserer at ansatte som i stor grad identifiserte seg med egen profesjon, også fikk høye verdier på organisasjonstilhørighet. Tilsvarende funn fremgår også av studien til Abrahamsen (2010). I studien fant man også at norske leger og sykepleiere viser generelt lavere organisasjonstilhørighet enn andre yrkesgrupper.

Hovedtyngden av datagrunnlaget som forskning og teoriutvikling av fenomenet organisasjonstilhørighet er basert på, stammer fra andre profesjoner enn leger. «Klassikeren» innenfor emnet baserer seg på innsamlede data fra psykiatriske helsearbeidere i USA som har lav formell kompetanse (Porter et al. 1974). Studien til Meyer, Allen og Smith baserer sin teoriutvikling på data fra amerikanske sykepleiere (Meyer et al. 1993). Det finnes også nyere studier av fenomenet der sykepleiere inngår som studieobjekter (Parry 2008; Wagner 2007). Forskningen til Vandenberg og Lance (1992) baserer seg på data fra ansatte med IT-bakgrunn, også det fra USA. Det finnes imidlertid unntak. I en amerikansk studie, der man bl.a. så på sammenhengen mellom utbrenthet blant leger og graden av organisasjonstilhørighet, fant man at sosial støtte fra kollegaer, ressurser, alder og legespesialitet hadde sammenheng med deres følelsesmessige organisasjonstilhørighet (Freeborn 2001).

## MÅLEINSTRUMENT, HYPOTESER OG VARIABLER

Studier av fenomenet organisasjonstilhørighet baserer seg hovedsakelig på kvantitative tilnærminger der ulike måleinstrument er anvendt (Abrahamsen 2010; Freeborn 2001; Mathieu & Zajac 1990; Meyer & Allen 1991; Porter et al. 1974; Vandenberg & Lance 1992). I vår studie brukes spørsmål basert på måleinstrumentet QPSNordic (Skogstad et al. 2001). Måleinstrumentet er utviklet i Norden, og i den forbindelse testet i helsevesenet i de fire nordiske landene. Prosjektet, som ble initiert av Nordisk Ministerråd i 1994, hadde som mål å bedre kvaliteten og sikre komparasjon i målinger av psykologiske, sosiale og organisasjonsmessige faktorer i arbeid. I vår studie er ordet «organisasjon» (QPSNordic) byttet ut med ordet «sykehus».

Langs en fempunkts Likert-skala ble respondentene bedt om å svare på tre spørsmål som til sammen utgjør den additive indeksvariabelen<sup>2</sup> organisasjonstilhørighet.<sup>3</sup> En slik indeks baserer seg på summen av verdiene av indikatorene som inngår i indeksen. Metoden differensierer responsene på bakgrunn av all foreliggende systematisk variasjon i svarmønstrene, og behandler alle indikatorer som likeverdige (Berglund 2004). Spørsmålene i QPSNordic ligger nær opp til Porter et al. sin definisjon av begrepet (1974), jfr. forrige seksjon. Følgende spørsmål ble stilt:

1. Jeg sier til mine venner at dette er et godt sykehus å arbeide i.
2. Mine verdier er veldig like sykehusets verdier.
3. Dette sykehus inspirerer meg virkelig til å yte mitt beste.

Med bakgrunn i teori og tidligere forskning om organisasjonstilhørighet, har jeg stilt opp to hovedhypoteser som tar utgangspunkt i studiens forskningsspørsmål.

*Hypotese 1*

*Det antas at leger med tysk statsborgerskap, og som er tilsatt i utdanningsstillinger på norske sykehus, vil føle større tilhørighet til sin arbeidsplass enn norske leger i utdanningsstillinger.*

Med leger i utdanningsstillinger menes her turnus- og assistentleger. Begrunnelsen for hypotesen er at tidligere studier har vist at tyske

sykehusleger generelt er misnøyd med arbeidsforholdene i hjemlandet (Kaiser 2002; Laubach & Fischbeck 2007). Misnøyen har vært sterkest blant leger under utdanning, dvs. leger som enten er turnusleger eller leger som holder på å spesialisere seg, dvs. assistentleger. I Tyskland har særlig denne gruppen opplevd problemer med uregulert arbeidstid, økende tidspress og lite fritid (Fuss, Nubling, Hasselhorn, Schwappach & Rieger 2008; Kaiser 2002). Det antas derfor at respondenter som tilhører det tyske utvalget i større grad vil uttrykke positive holdninger og tilhørighet overfor sine norske arbeidsgivere, siden disse hovedsakelig har fått bedret sin arbeidssituasjon. Imidlertid viser norsk arbeidslivsforskning at innvandrere generelt er mindre tilfreds med ulike arbeidsforhold i Norge, sammenlignet med den norske arbeidsstokken (Krokstad et al. 2002; Tynes & Sterud 2009). Lavere jobbtilfredshet blant arbeidsinnvandrere generelt burde tilsi lavere følt tilhørighet til arbeidsplassen. Innvendingen mot en slik antakelse er at forskningen på innvandrerbefolkningen i Norge, relatert til arbeidslivsforskning, som regel har vært rettet mot gruppen «ikke-vestlige» innvandrere. En annen innvending er at en stor del av innvandrergruppene som arbeidslivsforskningen i Norge har konsentrert seg om, også har relativt lav formell utdanning. Det betyr at funn fra denne typen studier sannsynligvis ikke er direkte overførbare til innvandrergrupper fra vestlige land med høy formell utdanning. Innvandrerbefolkningen, i tråd med definisjonen fra Statistisk sentralbyrå (2008a), vil si personer som verken har foreldre eller besteforeldre som er født i Norge.

Et annet moment som styrker hypotesen har bakgrunn i funn avdekket av Arbeidstilsynet. Tilsynet viste at norske leger i utdanningsstillinger opplever problemer med tidspress, oppfølging, støtte og faglig veiledning. Denne gruppen er også den arbeidstakergruppen som gjennomgående har minst systematisk personaloppfølging i form av medarbeidersamtaler, deltakelse i fora som omhandler annet enn fag og medvirkning i utforming av eget arbeidsmiljø (Arbeidstilsynet 2006: 27). Det kan derfor tenkes at norske leger i utdanningsstillinger, i større grad enn tyske leger, vil oppleve mindre organisasjonstilhørighet. Dette kan skyldes at denne gruppen, ut fra deres perspektiv, opplever endringene i norsk sykehussektor som en relativ forverring.

Tilsvarende har tyske leger i utdanningsstillinger fått relativt bedre arbeidsforhold i Norge sammenlignet med tyske forhold.

*Hypotese 2*

*Det antas at tyske leger og deres opplevelse av tilhørighet til sykehusene i større grad vil være betinget av faktorer som kan knyttes til ledelseskontekster og ledelsesidealer som ligger nærmere idealet om faglig eller klinisk ledelse enn profesjonell ledelse.*

Organisasjonstilhørighet er betinget av flere forhold, deriblant faktorer som kan knyttes til ledelse og ulike lederstiler (Mathieu & Zajac 1990). Essensen i denne hypotesen er en antakelse om at ledelseskontekster har ulik betydning for tyske og norske legers opplevde organisasjonstilhørighet. Ifølge Hofstede (1991) er det forskjeller mellom land når det gjelder arbeidstakers holdninger til ledere. Dette bunner delvis i ulike verdipreferanser. I Tyskland, som ifølge Hofstede scorer relativt høyt på maskulinitetsindeksen,<sup>4</sup> vil arbeidstakere i større grad forvente at ledere er besluttsomme og selvhevdende. I Norge, som scoret relativt lavt på samme indeks, vil normen være at arbeidstakere forventer konsensusorienterte ledere (Hofstede 1991; Schramm Nielsen, Lawrence & Sivesind 2004). Spørsmålet er derfor: hva hender når tyske legers forventninger til ledere og ledelse møter norsk sykehushverdag anno 2009, og har det betydning for deres organisasjonstilhørighet? For å finne ut av det har jeg skilt mellom to idealtypiske kontekster for ledelse på norske sykehus: 1) *den faglige, kliniske ledelseskonteksten*, og 2) den som jeg har kalt *den faglig-administrative ledelseskonteksten*. Disse skiller seg fra hverandre når det gjelder hvilket ledernivå og analysenivå som faktisk undersøkes, hvilken form for ledelse som blir utøvd og hvilken styringslogikk som er den dominerende.

Innenfor den faglige ledelseskonteksten utøves tradisjonelle legeoppgaver som er legitimert med basis i legenes profesjon og jurisdiksjon (Abbott 1988). Slike oppgaver omfatter diagnostisering, behandling og oppfølging av pasienter. Rettslig er legenes selvstendige ansvar for sine pasienter gitt ved lov (Lov om helsepersonell m.v. 1999), men faglige overordnede har et formelt ansvar i opplæringen og veiledningen av kollegaer. Dette gjelder særlig overfor leger i utdanningsstillin-

ger. Ledelse av leger innenfor den faglige, kliniske ledelseskonteksten håndteres alltid via ledere som også er leger. Ledelse av leger som ikke er faglige ledere baseres på tillit og selvjustis blant legekolleger. Målsettingen og begrunnelsen for slik faglig ledelse er å sørge for at pasienten får det beste behandlingstilbudet, basert på det som etter legenes oppfatning er det beste faglige skjønn.

Innenfor den faglig-administrative ledelseskonteksten foregår det aktiviteter som ikke direkte er pasientorientert, men der beslutninger også kan få konsekvenser for behandlingstilbudet og dermed legens muligheter til å kontrollere ressurser. Ledelse her utøves innenfor styringsprinsipper som Byrkjeflot (1997) omtaler som profesjonell ledelse. Det innebærer bl.a. at man ikke behøver å være lege for å lede sin sykehusavdeling. Innføringen av enhetlig ledelse på norske sykehus åpnet veien for at andre helseprofesjoner enn leger, fra og med 2001 (Torjesen 2007), kan være ledere på norske sykehusavdelinger. Ledelse innenfor denne konteksten kan sees på som iverksetting av arbeidsgivers styringssignaler og baserer seg dermed på andre ledelsesprinsipper sammenlignet med faglig ledelse (Byrkjeflot 1997). Eksempler på ledelsesoppgaver innenfor den faglig-administrative ledelseskonteksten på en sykehusavdeling vil være å sørge for personalforvaltning, økonomiforvaltning, følge opp mål for avdelingen, etablere og følge opp prosedyrer og rutiner.

Generelt står ledelsesidealet basert på «Fachwissen» fortsatt sterkt i Tyskland, mens angloamerikanske ledelsesidealer i større grad har fått rotfeste i Norge (Byrkjeflot & Halvorsen 1997; Torjesen 2007).

#### UAVHENGIGE VARIABLER SOM INNGÅR I ANALYSEN

Uavhengige variabler som er brukt i forklaringsmodellene er valgt ut med bakgrunn i teori og funn i lignende studier (Freeborn 2001; Mathieu & Zajac 1990). Nedenfor beskrives de uavhengige variablene som inngår i studien.

TREKK VED LEGEN. Sentrale variabler er alder, kjønn og stillingstype. Meyer og Allen (1984) hevder at eldre arbeidstakere blir mer følelsesmessig engasjert i sine organisasjoner av flere grunner. En eldre arbeidstaker har som regel oppnådd en bedre posisjon i organisasjonen enn da han begynte, og «kognitivt» rettferdiggjort overfor seg selv

at han/hun fortsatt arbeider i samme organisasjon. I motsetning til alder har ikke variabelen kjønn, ut fra tidligere studier, noen opplagt sammenheng med organisasjonstilhørighet (Meyer & Allen 1984).

Hvorvidt stillingstype i sykehusorganisasjonen har betydning for leger og deres opplevde organisasjonstilhørighet, er i mindre grad blitt belyst. Her skilles mellom *leger i utdanningsstillinger* (dvs. turnusleger og assistentleger) og *overleger* uten formelt lederansvar. Første kategori leger skiller seg fra overleger på flere måter. For det første er leger i utdanningsstillinger som regel mer mobile pga. kompetansekrav som må oppfylles under utdanningsløpet. Overleger vil som regel være mer etablert og ha mer langsiktige tjenesteforhold på de sykehus der de er ansatt. Leger i utdanningsstillinger er faglig underordnet overleger på et sykehus, noe som gir andre forutsetninger når det gjelder å påvirke faglige beslutninger som eksempelvis er basert på medisinske og etiske vurderinger.

Legespesialitet er ikke blitt testet for, siden forskningsspørsmålet i første rekke fokuserer på leger under utdanning og overleger uavhengig av spesialitet.

TREKK VED LEDELSESKONTEKSTEN. For å måle hvorvidt legenes forhold til nærmeste faglige leder og avdelingsledelsen har sammenheng med graden av organisasjonstilhørighet, er det brukt to spørsmål. Spørsmålene baserer seg på spørsmål fra QPSNordic (Skogstad et al. 2001). I spørreskjemaet som ble sendt ut ble legene eksplisitt gjort oppmerksom på at spørsmålene tar utgangspunkt i to ulike kontekster.<sup>5</sup> Her ble det skilt mellom den rent *faglige, kliniske konteksten* og den *faglig-administrative konteksten*. I førstnevnte kontekst er nærmeste faglige leder alltid en lege (entall). I sistnevnte kontekst var det spørsmål om avdelingsledelsen (flertall). I den *faglig-administrative konteksten* er det i tillegg til avdelingsleder også andre personer som deltar i lederteamet på avdelingen. Avdelingslederen, som er en viktig del av lederteamet, kan i denne konteksten være sykepleier, lege, psykolog eller en person med annen helsefaglig utdanning enn det som er nevnt.

Spørsmålet som inngår i analysen og som omfatter den faglige, kliniske konteksten er følgende: «*Hjelper din nærmeste sjef deg med å utvikle dine ferdigheter?*». Spørsmålet som omfatter den faglig-admini-

nistrative konteksten er følgende: «*Fungerer avdelingsledelsen som en støtte og inspirasjon i arbeidet?*».

I analysen er det også undersøkt hvorvidt det er en sammenheng mellom avdelingsleders profesjonsbakgrunn og legenes organisasjonstilhørighet. Her ble det skilt mellom to kategorier: sykepleierbakgrunn (kodet 0) og legebakgrunn (kodet 1).

TREKK VED ARBEIDSKLIMA. Trekk ved arbeidsklimaet på avdelingen baserer seg på spørsmål fra QPSNordic (Skogstad et al. 2001). Hensikten var å få undersøkt hvorvidt trekk ved det generelle arbeidsklima på avdelingen påvirker organisasjonstilhørigheten til legene, kontrollert for andre forhold. Freeborn (2001) har tidligere dokumentert at sosial støtte generelt påvirker opplevelsen av organisasjonstilhørighet. Legene ble i vår undersøkelse bedt om å beskrive arbeidsklimaet på sin avdeling langs en 5-punkts Likert-skala. Det ble skilt mellom følgende dimensjoner: 1) konkurranseorientert, 2) oppmuntrende og støttende, 3) mistroisk og mistenksomt, 4) avslappet og behagelig og 5) stivbent og regelstyrt.

TREKK VED ORGANISASJON. Meta-analysen til Mathieu og Zajac (1990) viser svært lave sammenhenger mellom organisasjonsstørrelse og organisasjonstilhørighet. I vår studie er det tatt med organisasjonsvariabler som omfatter hvilket regionalt helseforetak legene tilhører. Den norske legeförening ønsket ikke å dele ut informasjon om legenes arbeidssted, derfor er sykehusstørrelse ikke blitt testet for. På spørreskjemaet kunne legene krysse av for antall sykehussenger (avdelingen de jobbet på). Her ble det også skilt mellom leger som hovedsakelig arbeider på sengeposter og sykehusleger som jobber ambulant eller poliklinisk (dagpasienter).

TREKK VED KONTROLL I ARBEIDET. Meta-analysen til Mathieu og Zajac (1990) viser at arbeidstakeres opplevelser av å kunne kontrollere faktorer som påvirker eget arbeid («job involvement») har sammenheng med organisasjonstilhørighet. I vår studie er det kontrollert for én variabel som fanger opp ett aspekt ved kontroll i arbeidet. Legene ble spurt: «*Kan du påvirke beslutninger som er viktige for ditt faglige arbeid?*».

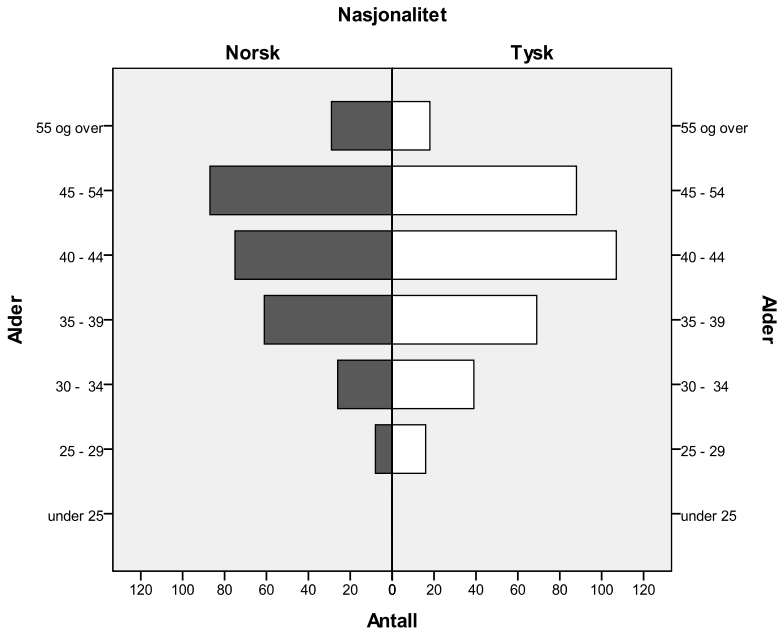
## UTVALG OG METODE

De tyske sykehuslegene som inngår i utvalget, utgjorde den totale populasjonen av registrerte tyske sykehusleger i Den norske legeforsknings medlemsregister per februar 2009. En randomisert trekning av det norske utvalget ble foretatt. Dette utvalget ble avstemt mot det tyske utvalget når det gjaldt kjønn, alder, legespesialitet og bosted. Trekningen av det norske utvalget ble foretatt av Den norske legeforsknings, Seksjon for register. Kriteriet for utvelgelse av de to utvalgene var at samtlige sykehusleger i det tyske utvalget skulle ha tatt sin medisintutdanning i Tyskland og være tyske statsborgere. Motsatt er samtlige sykehusleger i det norske utvalget norske statsborgere, og alle har tatt sin medisintutdanning i Norge. Det er innhentet tillatelse til forskningsprosjektet fra Personvernombudet for forskning.

For å svare på forskningsspørsmålene ble det våren 2009 sendt ut postale spørreskjema til 1074 sykehusleger i Norge. Alle som deltok i undersøkelsen fikk presentert spørsmålet og svaralternativene både på tysk og norsk. Oversettelsen er foretatt i flere omganger, først ved forfatter og deretter ved hjelp av tysk/norsk oversetter. Pilotundersøkelse ble utført ved å teste spørsmålene på tre sykehusleger. 627 svarte på undersøkelsen. Dette gir en total svarprosent på 59 prosent, holdt opp mot et korrigert bruttoutvalg på 1069 sykehusleger.<sup>6</sup> Svarprosenten i det tyske utvalget var 63 prosent vs. 53 prosent i det norske utvalget. Det er foretatt en bortfallsanalyse. Den viser at representativiteten er god både med hensyn til kjønn, aldersfordeling, legespesialitet og bosted (fylke). Oversikten i tabell V1 (se vedlegg) viser at de fleste respondenter arbeider i Helse Sør-Øst RHF (45,1 %), dernest kommer Helse Vest RHF (22,8 %), Helse Midt RHF (19,9 %) og Helse Nord RHF (12,2 %). Kjønnfordelingen (se tabell V2) viser at 62,7 prosent i det tyske utvalget er menn vs. 37,3 prosent kvinner. Fordelingen i det norske utvalget er 57,1 prosent menn vs. 42,9 prosent kvinner.

Aldersfordelingen i utvalgene fremgår av figur 1. Figuren viser at de fleste respondenter, både i det norske og tyske utvalget, ligger i aldersspannet 35–54 år.





FIGUR 1. Oversikt over aldersfordeling i det tyske og norske utvalget

Legene i utvalget er fordelt på totalt 41 legespesialiteter. De tre største grupper i utvalgene er leger innen anesthesiologi (N=67), voksenpsykiatri (N=64) og radiologi (N=50).

For å svare på om tyske sykehusleger i utdanningsstillinger opplever høyere følelsesmessig organisasjonstilhørighet (jfr. hypotese 1) sammenlignet med norske sykehusleger, er det anvendt T-tester for å se om det er statistisk signifikante forskjeller mellom utvalgene. For å svare på hypotese 2, har jeg primært brukt hierarkisk multipl regresjonsanalyse (Tabachnick & Fidell 2006). I analysen inngår kun sykehusleger som har svart at de ikke innehar formelle lederstillinger. Analysene er gjort separat for de to utvalgene. Uavhengige variabler, som i forklaringsmodellene ikke var statistisk signifikante, er blitt fjernet. Det er fulgt kjente metoder for testing av kolinearitet, uteliggere, normalitet og homoskedastisitet i forkant av de multiple regresjonene (Tabachnick & Fidell 2006). En oversikt som viser korrelasjonen mellom variablene i forklaringsmodellen er lagt ved (se vedlegg, V3). Analyser er foretatt med statistikkprogrammet PASW Statistics (versjon 18).

## RESULTATER

Tabell 2 viser at det for en legegruppe er signifikante forskjeller mellom tysk og norsk legeutvalg. Dette bekrefter hypotesen om at leger med tysk statsborgerskap, og som er ansatt i utdanningsstillinger på norske sykehus, føler større grad av organisasjonstilhørighet enn norske leger i tilsvarende stillinger (tabell 2). Tilsvarende signifikante forskjeller er ikke påvist innenfor gruppen overleger.

TABELL 2. *Forskjeller i gjennomsnittlig organisasjonstilhørighet mellom tyske og norske leger*

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

Skalaen går fra 1–15, der høye verdier er uttrykk for stor grad av organisasjonstilhørighet.

Signifikans: \* $p < 0,05$ , 2-halet T-test.

Hypotese 2 er en antakelse om at sykehuslegenes organisasjonstilhørighet er betinget av faktorer som kan knyttes til ulike ledelseskontekster. For å teste hypotesen ble det brukt ulike statistiske tester. Korrelasjonsanalyse ble i forkant anvendt for å undersøke sammenhenger mellom studiens uavhengige variabler og avhengig variabel (se vedlegg, V4). Uavhengige variabler som ikke bidro signifikant til å øke forklart varians på avhengig variabel, er blitt fjernet for å forenkle forklaringsmodellen.<sup>7</sup> For å undersøke hvor mye forklart varians «ledelsesvariablene» og andre forklaringsvariabler har for prediksjon av avhengig variabel, isolert sett, og hvor mye disse variablene virker sammen, ble det foretatt multipel hierarkisk regresjonsanalyse. Først ble variabelen som måler legenes opplevelse av nærmeste faglige leder lagt inn i trinn 1 (modell 1, se tabell 3), deretter ble variabelen som måler legenes opplevelse av avdelingsledelsen lagt til (modell 2), og til slutt de øvrige variablene i den endelige modellen (modell 3, se tabell 3).

TABELL 3. *Betydningen av ledelsesforhold for organisasjonstilhørighet, trinnvis lineær regresjon. Omfatter tyske og norske sykehusleger som ikke er tilsatt i lederstilling*

	Tysk utvalg			Norsk utvalg		
	B	SE B	$\beta$	B	SE B	$\beta$
<b>Modell 1</b>						
Konstant	5,978	0,570		5,418	0,669	
Hjelper din nærmeste sjef med å utvikle dine ferdigheter?	1,132	0,157	0,463**	1,294	0,195	0,466**
<i>Antall frihetsgrader</i>	1			1		
<i>R2-justert</i>	0,211			0,212		
<b>Modell 2</b>						
Konstant	5,038	0,610		4,401	0,629	
Hjelper din nærmeste sjef med å utvikle dine ferdigheter?	0,818	0,175	0,335**	0,419	0,229	0,151
Fungerer avdelingsledelsen som en støtte og inspirasjon i arbeidet?	0,657	0,180	0,261**	1,181	0,197	0,494**
<i>Antall frihetsgrader</i>	2			2		
<i>R2-endret</i>	0,052			0,145		
<i>R2-justert</i>	0,259			0,354		
<b>Modell 3</b>						
Konstant	1,913	0,789		1,345	0,868	
Hjelper din nærmeste sjef med å utvikle dine ferdigheter?	0,439	0,162	0,180*	0,166	0,228	0,060
Fungerer avdelingsledelsen som en støtte og inspirasjon i arbeidet?	0,151	0,176	0,060	0,927	0,199	0,388**
Kan du påvirke beslutninger som er viktige for ditt faglige arbeid?	0,499	0,196	0,160*	0,423	0,215	0,140
Oppmuntrende og støttende	1,270	0,213	0,416**	0,686	0,240	0,219*
Legekategori (0=leger under utdanning, 1= overleger)	-0,736	0,335	-0,124*	0,983	0,377	0,159*
<i>Antall frihetsgrader</i>	5			5		
<i>R2-endret</i>	0,174			0,084		
<i>R2-justert</i>	0,426			0,427		
<i>N</i>	191			161		

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

Tabell 3 viser at legenes opplevelse av nærmeste faglige leder, sett i lys av rollen som hjelper og utvikler av egne faglige ferdigheter, har relativt like

stor betydning for legenes organisasjonstilhørighet i begge utvalg, dvs. før andre forklaringsvariabler ble lagt til. Variabelen isolert sett forklarer 21 prosent varians på avhengig variabel i begge utvalg (modell 1). Når variabelen som måler legenes opplevelse av avdelingsledelsen som inspirator og støtte i deres arbeid legges til, har dette størst innvirkning innenfor det norske utvalget (beta = 0,494). Sammen med forrige variabel øker «avdelingsledelsesvariabelen» modellens forklaringskraft innenfor det norske utvalget med 14,5 prosent (modell 2). Imidlertid reduseres den statistisk signifikante betydningen av nærmeste faglige leder som forklaringsvariabel for legenes organisasjonstilhørighet innenfor det norske utvalget. Innenfor det tyske utvalget bidrar «avdelingsledelsesvariabelen», kontrollert for første variabel i modellen (jfr. modell 1), med kun 5 prosent økt forklart varians på avhengig variabel. Når modell 2 sees under ett innenfor det tyske utvalget, er det fremdeles de tyske sykehuslegenes opplevelse av nærmeste faglige leder som bidrar mest til prediksjon av fenomenet organisasjonstilhørighet (beta = 0,335).

Modell 3 inkluderer alle forklaringsvariabler. Når de nye variablene legges til, er endringen i forklart varians størst i det tyske utvalget. Det vil si at de nye tilføyde variablene bidrar med 17,4 prosent økt forklart varians innenfor det tyske utvalget. Tilsvarende økning i det norske utvalget er 8,4 prosent. Faglig leders påvirkning på de norske legenes organisasjonstilhørighet svekkes ytterligere i modellen ved å inkludere andre variabler. Ved å tilføyde nye variabler svekkes avdelingsledelsens påvirkning på variabelen organisasjonstilhørighet innenfor det tyske utvalget. Et arbeidsmiljø som oppleves som oppmuntrende og støttende (beta = 0,416), opplevelsen av nærmeste faglige leder som hjelper og utvikler av egne ferdigheter (beta = 0,180), muligheten til å påvirke beslutninger som er viktige for legenes arbeid (beta = 0,160) og hvilken stillingskategori man tilhører (beta = -0,124), har dermed mest å si for tyske sykehusleger og deres organisasjonstilhørighet. Når det gjelder legekategori, ble det testet for overleger i modell 3 (leger i utdanningsstillinger ble kodet 0 og overleger ble kodet 1). Det viser seg at tyske legers følte organisasjonstilhørighet avtar jo lenger opp legene befinner seg i legehierarkiet, kontrollert for andre variabler i modell 3. Tilsvarende utvikling er motsatt når man ser på det norske utvalget i modell 3.

Forklaringsmodellen (modell 3, se tabell 3) anvendt på det tyske legeutvalget, forklarer 42,6 prosent ( $R^2_{justert} = 0,426$ ,  $p < 0,01$ ) av varian-

sen på avhengig variabel. Den samme modellen anvendt på det norske utvalget forklarer 42,7 prosent varians ( $R^2$  justert = 0,427,  $p < 0,01$ ).

Når analysen (se tabell 3) sammenholdes med hypotesen, styrker resultatene hypotesen om at tyske leger og deres opplevelse av tilhørighet i større grad er avhengig av den faglige ledelseskonteksten på arbeidsplassen. Innenfor det norske utvalget har forholdet til avdelingsledelsen større betydning for legenes engasjement og opplevelse av tilhørighet. Kontrollert for andre variabler i modellen, har denne enkeltfaktoren størst betydning for å forklare organisasjonstilhørighet blant norske sykehusleger (beta = 0,388). Enkeltfaktoren som isolert sett har størst betydning for å forklare organisasjonstilhørighet blant tyske sykehusleger, er at legene opplever arbeidsklimaet som oppmuntrende og støttende (beta = 0,416, se tabell 3, modell 3).

#### STYRKER OG SVAKHETER VED STUDIEN

En styrke ved studien er at den bruker et velprøvd måleinstrument, basert på et teoretisk grunnlag og testet i helsesektoren i Norge (Skogstad et al. 2001). Komparative studier av norske og utenlandske sykehusleger i Norge er sjeldne. Svarprosenten i det tyske utvalget er noe høyere (63 %) enn i det norske utvalget (53 %). På grunn av frafallet ble det kontrollert for evt. skjevheter i frafallet. Det ble foretatt en bortfallsanalyse. Den viser at frafallet ikke er kritisk skjevt mht. kjønn, alder, legespesialitet og geografi i de to utvalgene.

Studien av tyske og norske leger sin opplevelse av tilhørighet er på ingen måte uttømmende, men er egnet til å gi et generelt innblikk i forskjeller mellom og innenfor utvalgene. Det ble tidligere påpekt at organisasjonstilhørighet er et komplekst og multifasettert begrep. Indeksen som er anvendt måler kun én av flere kjente dimensjoner ved begrepet. Man bør generelt være kritisk til hvorvidt det substansielle innholdet i slike indikatorer faktisk måler det man ønsker å måle (Berglund 2004). Spørsmålene som ble stilt til legene kunne med fordel vært utvidet, slik at disse også fanget opp andre forhold som kan være av betydning for legenes organisasjonstilhørighet. Her kunne man f.eks. sett på legenes livssituasjon og andre trekk ved sykehusene der disse jobber. En oppfølging av studien med utgangspunkt i et kvalitativt forskningsdesign, vil kunne bidra til nyansering og belysning av nye sider ved fenomenet.

## DISKUSJON

Studien viser at sykehusleger, på tross av omfattende reformer i norsk sykehussektor, likevel føler relativt sterk tilhørighet til og engasjement i sykehuset de er ansatt i. Slike opplevelser kan imidlertid være situasjonsbetinget, dvs. at målinger gjennomført våren 2009 ikke nødvendigvis fanger opp legenes opplevelser av de samme forhold påfølgende år. Resultatene viser at tyske sykehusleger i Norge opplever noe sterkere organisasjonstilhørighet enn norske sykehusleger. Dette kan skyldes at leger i det tyske utvalget på generelt grunnlag har fått bedre arbeidsforhold i Norge enn de hadde i Tyskland, og at endringen har hatt positiv effekt på deres organisasjonstilhørighet. Forskjellene mellom utvalgene i opplevd organisasjonstilhørighet er signifikant blant leger i utdanningsstillinger. Dette kan skyldes at tyske leger i denne kategorien, i noe større grad enn tyske overleger, har fått bedret sine arbeidsforhold ved å arbeidsmigrere til Norge. Dette er også en av hovedgrunnene til at mange har valgt å migrere til Norge (Schuricht 2007). Tidligere studier viser at særlig leger i utdanningsstillinger opplever problemer med uregulert arbeidstid, tidspress, lite fritid og det tyske sykehushierarkiet (Jurkat, Raskin & Cramer 2006; Kaiser 2002; Laubach & Fischbeck 2007).

Funnene i studien avviker noe fra det man normalt vil forvente å finne, sett i lys av tidligere arbeidslivsforskning der innvandrere blir sammenlignet med den generelle norske yrkesbefolkningen (Tynes & Sterud 2009). Konklusjonen her er ofte at disse i større grad opplever problemer med å bli integrert på norske arbeidsplasser, noe som burde tilsi svakere opplevd organisasjonstilhørighet. Forklaringen på avviket kan skyldes at forskningen på dette området i Norge ofte har rettet søkelyset på arbeidsinnvandrere fra ikke-vestlige land (Seeberg 2007; Seeberg & Dahle 2005, 2006; Tynes, Grimsrud, Eiken, Sterud & Aasnæss 2008; Tynes & Sterud 2009). Empiri om vestlige arbeidsinnvandrere i norsk helsesektor er mangelvare. Dette er et tankekors, siden den største andelen sykepleiere og leger frem til 2008 har kommet fra land som Tyskland, Sverige og Danmark (Statistisk sentralbyrå 2008b).

Et annet funn i studien er at de samme faktorer som har betydning for tyske sykehusleger ikke nødvendigvis har samme betydning for norske sykehusleger, selv om disse arbeider så å si under samme tak.

En av flere forklaringer kan være at noen egenskaper i våre to utvalg er annerledes institusjonalisert, og at dette kan tilbakeføres til utdannings- og arbeidsarenaer der legerollen utvikles. Dette vil i så fall være i tråd med Zucker (1991) sin tese om at graden av institusjonalisering har betydning for graden av kulturell vedholdenhet («cultural persistence») innad i en gruppe. Ulike tradisjoner i synet på faglig vs. profesjonell ledelse (Byrkjeflot 1997) kan være en slik egenskap. Vår studie viser at tyske legers opplevelse av nærmeste faglige overordnede har noe mer betydning for dette utvalgets organisasjonstilhørighet enn deres opplevelse av avdelingsledelsen som støtte og inspirator i deres arbeid, når samtlige forklaringsvariabler i vår modell er kontrollert for (jfr. modell 3). I det norske legeutvalget betydde legenes opplevelse av avdelingsledelsen mer enn forholdet til nærmeste faglige overordnede i samlet forklaringsmodell. Funnet indikerer at synet på faglig ledelse er annerledes institusjonalisert hos tyske leger, sammenlignet med norske leger.

Selv om studien viser at ulike ledelseskontekster har forskjellig betydning for tyske og norske sykehuslegers organisasjonstilhørighet (jfr. modell 3), var det en annen faktor som hadde omtrent like stor forklaringskraft i begge utvalg. Opplevelsen av det generelle arbeidsklimaet, når det oppleves som oppmuntrende og støttende, hadde tilnærmet lik betydning for legenes organisasjonstilhørighet (se modell 3). Dette funnet samsvarer med tidligere forskning som er gjennomført blant amerikanske leger (Freeborn 2001). Et annet interessant funn er at organisasjonstilhørighet delvis kan forklares ut fra hvilken legekategori man tilhører (se modell 3). Her er det forskjeller mellom tysk og norsk utvalg. Overleger i det tyske utvalget har noe svakere organisasjonstilhørighet, sammenlignet med tyske leger i utdanningsstillinger. Resultatet er motsatt i det norske utvalget. En mulig forklaring på resultatet i det tyske utvalget kan være at tyske overleger, sammenlignet med tyske leger i utdanningsstillinger, opprinnelig hadde høyere status innenfor det tyske sykehushierarkiet. Eksempelvis viser studien til Jurkat et al. (2006) at assistentleger i Tyskland generelt scorer vesentlig lavere på opplevd livskvalitet enn leger som er rangert høyere i det tyske sykehushierarkiet. Høyere status ga dem beviselig flere fordeler i det tyske sykehushierarkiet, men gir ikke tilsvarende uttelling på norske sykehus. Den relative statussvekkelsen for tyske overleger, sett i forhold

til privilegier gruppen hadde tidligere, kan derfor være én av flere mulige forklaringer. Motsatt har tyske leger i utdanningsstillinger i Norge, sammenlignet med tyske overleger, fått økt sin status og bedret sine arbeidsforhold. Situasjonen for leger i det norske utvalget skiller seg fra legene i det tyske utvalget ved at disse ikke har vært utsatt for tilsvarende statusendringer som de tyske legene.

Teoriutvikling om fenomenet organisasjonstilhørighet er hovedsakelig basert på andre yrkesgrupper enn leger, og kan derfor ikke uten videre generaliseres til alle yrkesgrupper og kontekster. Leger skiller seg fra andre yrkesgrupper i helsesektoren. Vesentlige forskjeller omfatter graden av faglig autonomi og jurisdiksjon (Abbott 1988). Slike forhold vil variere fra land til land, siden land sosialt, økonomisk og kulturelt er forskjellige. Studien åpner for ny innsikt om leger som har flyttet til Norge. Selvsagt vil det være store variasjoner mellom enkeltindivider og deres opplevelser av arbeidsforhold på en arbeidsplass. Formålet med studien har imidlertid vært å undersøke om det er fellestrekk/forskjeller mellom utvalgene, og hva som evt. kan forklare disse med utgangspunkt i relevante utviklingstrekk og reformer i tysk og norsk sykehussektor.

## VEDLEGG

V 1. *Oversikt over respondenter i det tyske og norske utvalget fordelt etter helseforetak*

		Nasjonalitet		Totalt	
		Norsk	Tysk		
Helseforetak RHF	Helse Sør-Øst RHF	Antall	115	152	267
		% av totalt	19,4 %	25,7 %	45,1 %
	Helse Midt RHF	antall	56	62	118
		% av totalt	9,5 %	10,5 %	19,9 %
	Helse Vest RHF	antall	67	68	135
		% av totalt	11,3 %	11,5 %	22,8 %
	Helse Nord RHF	antall	35	37	72
		% av totalt	5,9 %	6,3 %	12,2 %
Totalt		antall	273	319	592
		% av totalt	46,1 %	53,9 %	100,0 %



V 2. *Kjønnsfordeling i tysk og norsk utvalg av sykehusleger*

			Nasjonalitet		Totalt
			Norsk	Tysk	
Kjønn	Mann	Antall	164	212	376
		% innenfor nasjonalitet	57,1 %	62,7 %	60,2 %
	Kvinne	antall	123	126	249
		% innenfor nasjonalitet	42,9 %	37,3 %	39,8 %
Totalt		antall	287	338	625
		% innenfor nasjonalitet	100,0 %	100,0 %	100,0 %

V 3. *Korrelasjonsmatrise (Pearsons r) over variablene\* som inngår i forklaringsmodellen. Tyske og norske sykehusleger som ikke er tilsatt i lederstilling*

Nasjonalitet		Var 1	Var 2	Var 3	Var 4	Var 5	Var 6
Norsk utvalg (N = 161)	Var 1	1,000	0,466	0,590	0,451	0,504	0,097
	Var 2	0,466	1,000	0,637	0,413	0,539	-0,105
	Var 3	0,590	0,637	1,000	0,466	0,531	-0,106
	Var 4	0,451	0,413	0,466	1,000	0,448	0,048
	Var 5	0,504	0,539	0,531	0,448	1,000	-0,095
	Var 6	0,097	-0,105	-0,106	0,048	-0,095	1,000
Tysk utvalg (N = 191)	Var 1						
	Var 2	1,000	0,463	0,426	0,384	0,607	-0,148
	Var 3	0,463	1,000	0,492	0,319	0,480	-0,030
	Var 4	0,426	0,492	1,000	0,412	0,521	0,039
	Var 5	0,384	0,319	0,412	1,000	0,381	0,133
	Var 6	0,607	0,480	0,521	0,381	1,000	-0,101
	Var 6	-0,148	-0,030	0,039	0,133	-0,101	1,000

\*var 1 = Organisasjonsengasjement, var 2 = Hjelper din nærmeste sjef deg med å utvikle dine ferdigheter?, var 3 = Fungerer avdelingsledelsen som en støtte og inspirasjon i arbeidet?, var 4 = Kan du påvirke beslutninger som er viktige for ditt faglige arbeid?, var 5 = Arbeidsklima: Oppmuntrende og støttende og var 6 = Legekategori (0 = leger under utdanning og 1 = overleger)

V 4. *Samvariasjon mellom følelsesmessig organisasjonstilhørighet og uavhengige variabler som det ble testet for i regresjonsanalysen. Omfatter tyske og norske sykehusleger som ikke er tilsatt i en lederstilling*

Uavhengige variabler	Avhengig variabel: Organisasjonstilhørighet					
	Pearsons korrelasjon r		p-verdi (2-halet test)		N	
	NO	TY	NO	TY	NO	TY
Alder	0,054	-0,085	0,486	0,222	170	208
Kjønn (0=kvinne, 1=mann)	-0,041	-0,014	0,593	0,846	170	208
Stilling (0=leger under utdanning, 1=overleger)	0,092	-0,144*	0,238	0,044	165	195
Antall mnd./år man har vært ansatt på nåværende arbeidsplass	-0,083	-0,171*	0,289	0,014	165	206
Kan du påvirke beslutninger om er viktige for ditt faglige arbeid?	0,437**	0,390**	0,000	0,000	168	208
Avdelingsleders profesjonsbakgrunn (0=sykepleier, 1=lege)	-0,203*	-0,058	0,012	0,439	152	181
Fungerer avdelingsledelsen som en støtte og inspirasjon i arbeidet?	0,584**	0,425**	0,000	0,000	168	207
Hjelper din nærmeste sjef deg med å utvikle dine ferdigheter?	0,461**	0,465**	0,000	0,000	168	205
<i>Arbeidsklimate:</i>						
Oppmuntrende og støttende	0,496**	0,593**	0,000	0,000	169	207
Mistroisk og mistenksomt	-0,382**	-0,394**	0,000	0,000	169	208
Avslappet og behagelig	0,389**	0,530**	0,000	0,000	169	206
Stivbent og regelstyrt	-0,415**	-0,364**	0,000	0,000	169	208
Antall senger	-0,107	-0,127	0,231	0,129	127	143
<i>Helseforetak:</i>						
Helse Sør Øst RHF	0,126	-0,004	0,102	0,950	170	208
Helse Midt RHF	0,009	0,066	0,908	0,346	170	208
Helse Vest RHF	-0,115	-0,090	0,136	0,195	170	208
Helse Nord RHF	-0,058	0,016	0,449	0,817	170	208

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

NO = Norske sykehusleger, TY = Tyske sykehusleger

## Noter

1. En oppdatert og kronologisk oversikt over alle reformer og lovendringene i tysk helsesektor er tilgjengelig på forum Gesundheitspolitik: <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/meilensteine/index.htm>.
2. Verdiene er summert for hvert spørsmål, slik at den teoretiske maksverdien vil være 15. Høye verdier på indeksskalaen betyr dermed høy grad av følt tilhørighet til arbeidsplassen/organisasjonen.
3. Reliabilitet (Cronbach's alfa) for denne skalaen er 0,77 (Skogstad et al. 2001: 10). Test-retest-reliabiliteten var på 0,81.

4. Et samfunn blir betegnet som maskulint når de kulturelt betingete kjønnsrollene er klart adskilt. Motsatt blir et samfunn betegnet som feminint når kjønnsrollene er overlappende (Hofstede 1991). Ved hjelp av faktoranalyse fant Hofstede forskjeller mellom den tyske og norske populasjonen mht. ulik vektlegging av maskuline verdier. I den tyske populasjonen fant han en statistisk større vektlegging av maskuline verdier, og tilsvarende mindre vektlegging av slike verdier i den norske populasjonen.
5. Spørsmål som omfatter den faglige kliniske konteksten og den faglige administrative konteksten er tydelig separert i spørreskjemaet. Spørsmålene til hver kontekst starter med en innledende ingress der respondenten blir gjort oppmerksom på det. I regresjonsmodellen som presenteres senere i resultatdelen av artikkelen er det samtidig kontrollert for multikolinearitet. Alle verdier ligger under anbefalte terskelverdier, dvs. med korrelasjonskoeffisienter  $< 0,70$  og er i tråd med anbefalt forskningslitteratur (Hair, Black, Babin & Anderson 2009: 204). I tillegg er det foretatt kolinearitetstester. Her er verdiene som måler «Tolerance» og «Variance inflation factor» sentrale. Verdiene ligger innenfor anbefalte terskelverdier. Tabell V3 i vedlegget viser også korrelasjonen mellom variablene som er brukt i regresjonsanalysen.
6. Fem respondenter ble senere tatt ut av bruttoutvalget, som opprinnelig var på 1074. Dette skyldtes ulike årsaker som overgang til pensjonisttilværelse, fødselspermisjoner og leger som ikke lenger arbeider på sykehus. Til slutt satt jeg igjen med et korrigert bruttoutvalg på 1069 sykehusleger.
7. Dette gjelder variablene alder, kjønn, avdelingsleder sin bakgrunn, organisasjonstilhørighet (helseforetak), antall senger og variabler som omfatter trekk ved arbeidsklima (mistroisk og mistenksomt, avslappet og behagelig, stivbent og regelstyrt).

## Referanser

- Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Abrahamsen, B. (2010). Employment status and commitment to work in professions. *Economic and Industrial Democracy*, 31(1), 93–115.
- Andresani, G. & E. Ferlie (2006). Studying governance within the British public sector and without – Theoretical and methodological issues. *Public Management Review*, 8(3), 415–431.
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2008). St.meld. nr. 18 (2007–2008). *Arbeidsinnvandring*. Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet.
- Arbeidstilsynet (2006). *Prosjektrapport: Arbeidsmiljø i sykehus*. Bodø.
- Barth, S. & G. Jonitz (2009). Ärztliche Führungskompetenz. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 103, 193–197.
- Berglund, F. (2004). Indekskonstruksjon: Kun et spørsmål om teknikk? *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 45, 567–586.
- Bjørnberg, A., B. Cebolla Garrofé & S. Lindblad (2009). *Euro health consumer index: Health Consumer Powerhouse*.
- Bourdieu, P. & R. Nice (1990). *The logic of practice*. Oxford: Polity Press.
- Bretthauer, M. (2009). Forstår du meg? *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 129, 130–133.

- Bühler, G. (1999). *Medizinstudium und Studienreform in der SBZ und in der DDR (1945–1990)*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Byrkjeflot, H. (1997). *Fra styring til ledelse*. Bergen–Sandviken: Fagbokforlaget.
- Byrkjeflot, H. (2005). *The rise of a healthcare state? Recent healthcare reforms in Norway*. Working Paper 15-2005. Bergen: Rokkansenteret.
- Byrkjeflot, H. & T. Halvorsen (1997). *Ledelse og kunnskap: angloamerikanske og tyske kontraster*. Bergen: Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen.
- Byrkjeflot, H. & S. Neby (2005). Norge i Norden: Fra etternøler til pioner i reformering av sykehussektoren. I I. M. Stigen & S. H. Opedal (red.), *Helse-Norge i støpeskjeen – søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- 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 & Politics*, 33(4), 623–636.
- Freeborn, D. K. (2001). Satisfaction, commitment, and psychological well-being among HMO physicians. *Western Journal of Medicine*, 174(1), 13–18.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism: The third logic*. Cambridge: Polity Press.
- Fuss, I., M. Nubling, H. M. Hasselhorn, D. Schwappach & M. A. Rieger (2008). Working conditions and work–family conflict in German hospital physicians: Psychosocial and organisational predictors and consequences. *BMC Public Health*, 8, 353.
- Gordon, M. E., J. W. Philpot, R. E. Burt, C. A. Thompson & W. E. Spiller (1980). Commitment to the union: Development of a measure and an examination of its correlates. *Journal of Applied Psychology*, 65, 479–499.
- Hair, J. F., W. C. Black, B. J. Babin & R. E. Anderson (2009). *Multivariate data analysis* (7. utg.). Upper Saddle River, N.J.: Pearson-Prentice Hall.
- Hall, O. (1958). The stages of medical career. *American Journal of Sociology*, 53, 327–337.
- Hofstede, G. (1991). *Cultures and organizations: Software of the mind*. London: McGraw-Hill.
- Jespersen, P. K. & S. Wrede (2009). *The changing autonomy of the Nordic medical professions*. I J. Magnussen, K. Vrangbæk & R. B. Saltman (red.), *Nordic health care systems. Recent reforms and current policy changes* (s. 151–179). Berkshire: Open University Press.
- Jurkat, H. B., K. Raskin & M. Cramer (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.
- Kirchhoff, R. (2010). Forskjeller i opplevelse av arbeidsmiljøet blant norske og tyske overleger. *Søkelys på arbeidslivet*, 27, 87–104.
- Knesebeck, O. v. d., M. Bonte, J. Siegrist, L. Marceau, C. Link, S. Arber et al. (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).
- Krokstad, U. V., M. Veenstra, I. S. Sjetne, R. Østhus & J.-A. Røttingen (2002). Sykehusorganisasjoner sett med personalets øyne. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 122(19), 1890–1894.
- Lachman, L. & N. Aranya (1986). Evaluation of alternative models of commitments and job attitudes of professionals. *Journal of Occupational Behavior*, 7(3), 227–243.

- Laubach, W. & S. Fischbeck (2007). Job satisfaction and the work situation of physicians: A survey at a German university hospital. *International Journal of Public Health*, 52, 54–59.
- Lindström, N. B. (2008). *Intercultural communication in health care – Non-Swedish physicians in Sweden*. University of Gothenburg.
- Lov om helsepersonell m.v. Helse- og omsorgsdepartementet (1999).
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. LOV-1999-07-02-61 C.F.R. (1999).
- Lægred, P., S. Opedal & I. M. Stigen (2005). The Norwegian hospital reform: Balancing political control and enterprise autonomy. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30(6), 1027–1064.
- Mathieu, J. E. & D. M. Zajac (1990). A review and meta-analysis of the antecedents, correlates and consequences of organizational commitment. *Psychological Bulletin*, 108(2), 171–194.
- Mecklinger, L. (1998). *Zur Umsetzung der Gesundheitspolitik im Gesundheits- und Sozialwesen der DDR*. Berlin: Eigenverlag.
- Merton, R. K. (1957). *The student physician*. Cambridge: Harvard University Press.
- Meyer, J. P. & N. J. Allen (1984). Testing the «side-bet theory» of organizational commitment: Some methodological considerations. *Journal of Applied Psychology*, 69, 372–378.
- Meyer, J. P. & N. J. Allen (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1, 61–98.
- Meyer, J. P. & N. J. Allen (1997). *Commitment in the workplace: Theory, research and application*. Thousand Oaks: Sage.
- Meyer, J. P., N. J. Allen & C. A. Smith (1993). Commitment to organizations and occupations – Extension and test of a 3-component conceptualization. *Journal of Applied Psychology*, 78(4), 538–551.
- Mowday, R. T., L. W. Porter & R. M. Steers (1982). *Employee-organization linkages: The psychology of commitment, absenteeism, and turnover*. New York: Academic Press.
- Norges forskningsråd (2007). *Resultatevaluering av sykehusreformen*. Oslo: Norges forskningsråd. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Sykehusreformen%20endelig%20rapport%20evaluering.pdf>
- OECD (2008). *The looming crisis in the health workforce. How can OECD countries respond?* OECD. doi:10.1787/9789264050440-en
- Parry, J. (2008). Intention to leave the profession: Antecedents and role in nurse turnover. *Journal of Advanced Nursing*, 64(2), 157–167.
- Porter, L. W., R. M. Steers, R. T. Mowday & P. V. Boulian (1974). Organizational commitment, job satisfaction, and turnover among psychiatric technicians. *Journal of Applied Psychology*, 59, 603–609.
- Richter, J., M. Eisemann & E. Zgonnikova (2001). Doctors' authoritarianism in end-of-life treatment decisions. A comparison between Russia, Sweden and Germany. *Journal of Medical Ethics*, 27(3), 186–191.
- Riemsdijk, M. v. (2006). *Rekruttering av polske sykepleiere til Norge*. Oslo: Fafo.
- Rosenbrock, R. & T. Gerlinger (2006). *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung* (2. utg.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Rosta, J., M. Nylenna & O. G. Aasland (2009). Job satisfaction among hospital doctors in Norway and Germany. A comparative study on national samples. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37, 503–508.
- Samnordisk Arbetsgrupp för Prognos- och Specialistutbildningsfrågor (2006). *Den framtida läkararbetsmarknaden i de nordiska länderna*.

- Scott, W. R. (1992). *Organizations: Rational, natural, and open systems* (3. utg.). Englewood Cliffs: Prentice-Hall International.
- Schramm Nielsen, J., P. Lawrence & K. H. Sivesind (2004). *Management in Scandinavia: Culture, context and change*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Schrappé, M. (2009). Führung im Krankenhaus. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 103(4), 198–204.
- Schuricht, C. (2007). *Deutsche Ärzte in Norwegen – Migrationsgründe deutscher Krankenhausesärzte*. Ruprecht-Krals-Universität Heidelberg.
- Seeberg, M. L. (2007). *Velferdsstaten møter verden: Arbeidsplasser i endring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Seeberg, M. L. & R. Dahle (2005). *Det er kunnskapen mine dere trenger, ikke språket mitt: Etnisitet, kjønn og klasse ved to arbeidsplasser i helse- og omsorgssektoren* (No. 24/05). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).
- Seeberg, M. L. & R. Dahle (2006). Innvandrede helsearbeidere – og et ekskluderende arbeidsliv? I T. Hammer & E. Øverbye (red.), *Inkluderende arbeidsliv? Erfaringer og strategier* (s. 79–101). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skogstad, A., S. Knardahl, K. Lindström, A.-L. Elo, M. Dallner, F. Gamberale et al. (2001). *QPSNordic – Generelt spørreskjema for psykologiske og sosiale faktorer i arbeid*. Oslo: STAMI.
- Statistisk sentralbyrå (2008a). Hva skal «innvandreren» hete?, fra <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200804/14/index.html>
- Statistisk sentralbyrå (2008b). Sysselsatte med helse- og sosialfaglig utdanning i helse- og sosialtjenester, etter fagutdanning og utenlandsk statsborgerskap, fra [http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default\\_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selectvarval/define.asp&Tabellid=05688](http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selectvarval/define.asp&Tabellid=05688)
- Tabachnick, B. G. & L. S. Fidell (2006). *Using multivariate statistics* (5. utg.). Boston m.v.: Pearson.
- Torjesen, D. O. (2007). Kunnskap, profesjoner og ledelse. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 48(2), 275–291.
- Tynes, T., T. K. Grimsrud, T. Eiken, T. Sterud & S. Aasnæss (2008). *Arbeidsmiljø og helse – slik norske yrkesaktive opplever det* (No. 16). Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt.
- Tynes, T. & T. Sterud (2009). *Arbeidsmiljø blant innvandrere*. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt.
- Vandenberg, R. J. & C. E. Lance (1992). Examining the causal order of job-satisfaction and organizational commitment. *Journal of Management*, 18(1), 153–167.
- Wagner, C. M. (2007). Organizational commitment as a predictor variable in nursing turnover research: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60(3), 235–247.
- Wallace, J. E. (1995). Organizational and professional commitment in professional and nonprofessional organizations. *Administrative Science Quarterly*, 40, 228–255.
- Wendt, C. (2009). *Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich* (2. utg.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wiers-Jenssen, J. & O. G. Aasland (2010). Selvvurderte ferdigheter blant norske leger utdannet i utlandet og i Norge. *Søkelys på arbeidslivet*, 26(4), 364–378.
- Zucker, L. G. (1991). The role of institutionalization in cultural persistence. I P. DiMaggio & W. W. Powell (red.), *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago & London: University of Chicago Press.