

Jakob Nørgaard Andresen

Sygeplejerskemangel i Danmark? - eller Cost Containment and Professional Powers

De svagere faggrupper på de danske sygehuse er siden begyndelsen af firserne blevet fortrængt af sygeplejersker. Fortrængningen blev hovedsagligt udløst af budget- og decentraliseringsreformen i 1983 – en reform, som gav sygeplejerskerne en stærkere magtbase i sundhedssektoren. At udviklingen skyldes introduktion af nye behandlingsformer, som sygeplejerskerne hævder, modsiges af to fund. For det første er samme ændring i behandlingsformen gennemført i Storbritannien uden tilsvarende personalesubstitution. For det andet skete personalesubstitutionen hovedsagligt i 1980'erne, mens behandlingsskiftet primært fandt sted et årti senere. Som konsekvens af personaleudskiftningen er de offentlige sundhedsomkostninger forøget. Ressourceknaphed i sundhedssektoren skyldes således ikke kun eksterne faktorer, men i høj grad også udviklingen i personalesammensætningen.

Årsager til udgiftspres i sundhedssektoren

Undersøgelser af årsagerne til det stigende udgiftspres i det danske sundhedsvæsen tager som oftest udgangspunkt i eksterne strukturelle faktorer, som for eksempel den ændrede demografiske sammensætning af befolkningen og den hastige udvikling i de medicinske muligheder for sygdomsbehandling. Imidlertid kan der også findes interne mekanismer i sundhedsvæsenet, som kan være medvirkende årsager til udgiftspreset. Med afsæt i neo-weberiansk professionssociologi skal der i denne artikel argumenteres for, at sygeplejerskerne som reaktion på den hårdere ressourcestyring, som sygehusvæsenet har oplevet siden begyndelsen af firserne, har fortrængt en stor del af de svagere sundhedsfaglige grupper i sygehusvæsenet. Særligt sygehjælpere og social- og sundhedsassistenter. Er påstanden korrekt, findes her en intern årsag til øget udgiftspres.

Udgangspunktet for den neo-weberianske professionssociologi er sociologisk konfliktteori, og her antages det, at individer og grupper prøver at maksimere deres magt, rigdom og status (Collins, 1990: 25). Arbejdsdelingen i samfundet er derfor i altovervejende grad resultatet af en kamp mellem forskellige faggrupper om privilegeret adgang til den indkomst, status og magt, der følger af at kunne monopolisere et erhvervsområde. Dette mål kaldes ofte en faggruppes professionsprojekt: "The aspiration that an occupational group cherishes to reach exclusive societal advantages and preference of interpretation within their special field of knowledge and praxis" (Torstendahl, 1990: 140). Målet med en sådan eksklusionshandling er at forbedre eller at fastholde den position, man allerede har opnået. Professionsprojektet er i den forstand en strategi til kollektiv social opstigning, og midlerne er signalet om specialiseret viden og monopol på et arbejdsområde. Freidson udtrykker logikken meget præcist: "Potentially competing occupational groups must be contained within non-competing jurisdictions or driven off the market entirely" (Freidson, 2001: 74). Det er her tesen, at når der er ressource-

knaphed, så bliver fagkampene intensiveret. Når det således bliver sværere for de stærke faggrupper at ekspandere ved ekstrabevillinger eller høj vækst, så vil de forsøge at opnå bedre vilkår ved at beslaglægge nogle af de svagere faggruppers goder. Konkret er hypotesen derfor, at de stærkere faggrupper ved ressourceknaphed presser andre og svagere faggrupper ud og overtager deres arbejde – også selv om der ikke er saglige grunde til at gøre det.

Kan faggrupperne selv påvirke personalesammensætningen?

Hvorvidt faggrupperne i det danske sundhedsvæsen har så stor og selvstændig indflydelse på udviklingen i personalesammensætningen, som påstanden i denne artikel antyder, kan diskuteres. Når alt kommer til alt, så er oprettelse og nedlæggelse af stillinger samt ansættelse af personale jo en klassisk ledelsesopgave, hvor amterne formelt set har den afgørende myndighed, da sundhedsområdet ikke i særlig høj grad er detailreguleret i lovgivningen.

Den kompetence er imidlertid i vid udstrækning delegeret til de enkelte sygehuse og sygehusafdelinger som følge af ledelses- og budgetreformer, der med rammestyringsprincippet blev indført i det danske sygehusvæsen i 1983 (Pallesen, 1997)¹. Den nuværende ledelsesstruktur så dagens lys efter en hård kamp mellem de faglige organisationer, dvs. mellem Dansk Sygeplejeråd (DSR) og Foreningen af Speciallæger (FAS). Resultatet blev, at sygehuse blev ledet af en trojkaledelse, dvs. en administrerende direktør, en cheflæge og en chefsygeplejerske. Denne ledelsesform er unik for Danmark. På afdelingsniveau er ledelsen ligeledes delt mellem en administrerende overlæge og en oversygeplejerske.

Magtbalancen mellem disse to faggrupper kan være svær at ændre, hvilket senest blev illustreret på Amtssygehuset i Glostrup, hvor en påtænkt ledelsesreform åbnede mulighed for, at såvel en læge som en sygeplejerske alene kunne være øverstkommanderende på afdelingsniveau. Sygeplejersken kunne således i princippet få ledelsesbeføjelser over de lægelige kollegaer. Det førte til skarpe protester fra lægerne, der ikke ville have en sygeplejerske som chef, og ledelsesreformen blev efterfølgende opgivet (*Jyllands-Posten*, 01.09.01).

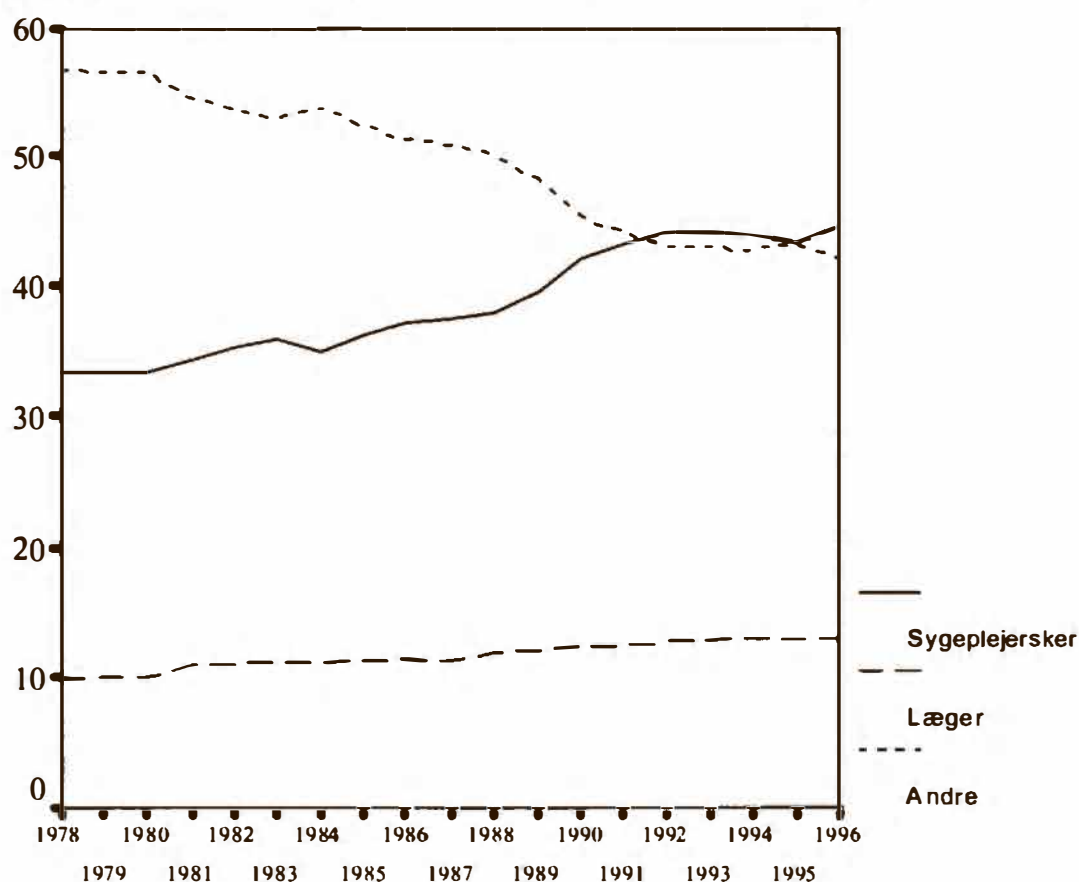
Faggrupperne har således stor indflydelse; også på områder, som normalt antages at være den øverste ledelses eller det politiske niveauets kompetenceområde. Alle faggrupper har dog næppe samme muligheder for at ændre på uønskede forslag eller tiltag. De grupper, som må forventes at have størst mulighed for at påvirke sygehusenes udvikling i den retning, de ønsker, er lægerne og sygeplejerskerne. Det skyldes kombinationen af den udstrakte delegation af ledelses- og budgetkompetence til sygehus- og afdelingsledelse og lægerne og sygeplejerskernes privilegerede position i denne ledelsesstruktur.

Er de svagere faggrupper blevet fortrængt?

Ser man på udviklingen i personalesammensætningen i perioden fra 1978 til 1996, er der sket en betydelig ændring i personalegruppernes relative størrelsesforhold (figur 1). I begyndelsen af perioden er lægerne den mindste gruppe, og gruppen af "andet personale", dvs. de øvrige plejegrupper,² er den største. I slutningen af perioden er der imidlertid sket en stor ændring. Godt nok er lægerne stadig den mindste

gruppe, men sygeplejerskerne har overhalet gruppen af ”andet personale” og er nu den største personalegruppe på de danske sygehuse.

Figur 1. Andele af samlede personale Danmark 1978-1996 (pct.)³



Kilde: OECD (2000).

Antallet af sygeplejerskerne er vokset med 55 pct. i løbet af en periode på 19 år, og antallet af læger er vokset med 54 pct. Begge grupper har haft en gennemsnitlig årlig vækst på ca. 2,3 pct. For gruppen af ”andet personale” ser udviklingen noget anderledes ud. Denne gruppes størrelse er faldet med 14,3 pct. og har haft en gennemsnitlig vækst på -0,81 pct. pr. år i perioden. Den helt store ændring er altså det relative forhold mellem ”andet personale” og sygeplejerskerne.

Det kan således konstateres, at der er sket en stor substitution mellem gruppen af ”andet personale” og sygeplejerskerne. I hele perioden lå forholdet mellem læger og sygeplejersker konstant, således at der var ca. 3,4 sygeplejersker pr. læge. Forholdet mellem sygeplejersker og ”andet personale” har derimod ændret sig væsentligt. Hvor der i 1978 var 1,7 ”andet personale” pr. sygeplejersker, var der i 1996 kun 0,9.

Hvorfor denne ændring i personalesammensætningen?

Spørger man faggrupperne selv, hvorfor denne personalesubstitution har fundet sted, er svaret klart. Årsagen er, at der er sket en ændring i behandlingsmetoderne, således at patienterne nu bliver behandlet på en meget mere intensiv måde (Sund-

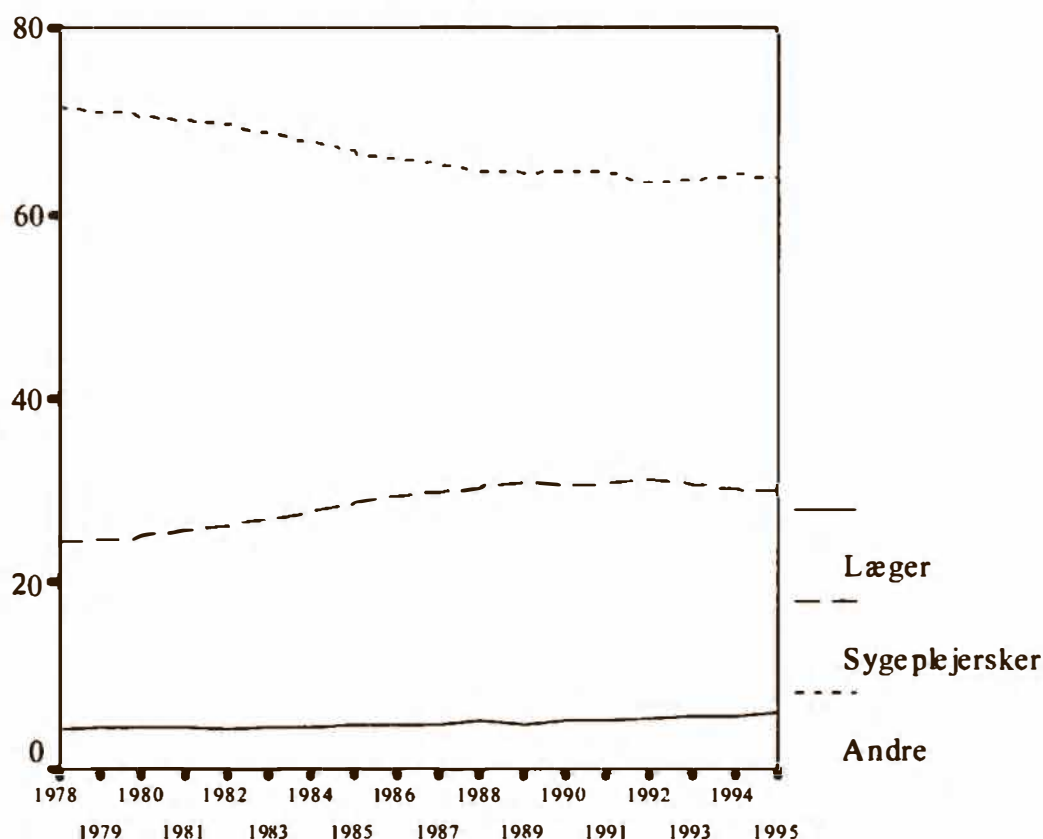
hedsministeriet, 2001: 31). Dette giver sig således udtryk i, at indlæggelsestiden for patienterne er reduceret væsentligt, og at mange behandlinger nu klares ambulant. Denne nye behandlingsstrategi skulle således gøre, at behovet for personale til at servicere patienterne med traditionel pleje er faldet drastisk, samtidig med at behovet for højt kvalificeret arbejdskraft til at klare de korte, intensive og kompetencekrævende forløb er steget.

Den sundhedsfaglige forklaring er således rent funktionel. Der er udviklet ny og bedre teknologi samt bedre behandlingsmåder, og dette har medført et behov for en ændret personalesammensætning. Hvis denne forklaring er korrekt, skulle man forvente, at den også gjorde sig gældende i andre lande, der har gennemført samme behandlingsudvikling som i Danmark, og som har et sundhedsvæsen, der i mange henseender er opbygget på samme måde, for eksempel det engelske National Health Service (NHS).

Personalesammensætningen på danske og britiske sygehuse

Som det ses i figur 2, så er personalesammensætningen i Storbritanniens NHS væsentligt anderledes end på de danske sygehuse. Det relative forhold mellem personalegrupperne i NHS minder meget om personalesammensætningen i Danmark i 1978. Der er færrest læger og flest i gruppen "andet personale", dvs. dem længst nede i hierarkiet.

Figur 2. Andele af samlede hospitalspersonale Storbritannien 1978-1995 (pct.)⁴



Kilde: OECD (2000).

Som figur 2 viser, så er der sket ændringer i personalesammensætningen i NHS, men ikke i samme omfang som i Danmark. Selv om gruppen af læger og sygeplejersker er vokset med henholdsvis 50 pct. og 29 pct. i perioden, og gruppen af "andet personale" faldet med 6,3 pct., betyder det ikke, at gruppen er ved at blive presset ud. Der var således 2,9 "andet personale" pr. sygeplejerske i 1978 og 2,1 i 1995. På samme måde var der 5,9 sygeplejersker pr. læge i 1978 og 5,1 i 1995.

Table 1. Relativ personalevækst i Danmark og Storbritannien (pct.)

Relativ vækst: 1978-1995/96	Danmark (19 år)	Storbritannien (18 år)
Sygeplejersker	55 (2,3 p.a.)	28,8 (1,4 p.a.)
"Andet personale"	-14,3 (-0,8 p.a.)	-6,3 (-0,4 p.a.)
Læger	54 (2,3 p.a.)	49,8 (2,3 p.a.)

Kilde: OECD (2000).

Som det fremgår af tabel 1, har den årlige tilvækst i læger været præcis den samme i Danmark og Storbritannien, hvorimod væksten i antallet af sygeplejersker har været betydeligt højere i Danmark end i Storbritannien. Omvendt er tilbagegangen af "andet personale" dobbelt så stor pr. år i Danmark. Gruppen af danske sygeplejersker vokser således lige så hurtigt som lægerne, hvilket er sket på bekostning af "andet personale". Det er ikke sket i samme omfang i Storbritannien.

Skift i behandlingstype

Ud fra sundhedspersonalets egen logik kunne udviklingen i personalesammensætningen indikere, at man i Danmark i højere grad end i Storbritannien har skiftet behandlingsform. Danmark bør således i højere grad være skiftet til ambulante behandlinger og i højere grad nedbragt den gennemsnitlige indlæggelsestid pr. patient på sygehusene. Med hensyn til indlæggelsestiden er dette imidlertid ikke tilfældet, idet den gennemsnitlige indlæggelsestid i England er reduceret forholdsvist mere end i Danmark. Derimod har stigningen i ambulante behandlinger også været størst i Danmark, hvor væksten af sygeplejersker har været kraftigst (se tabel 2).

Table 2. Ændring i gennemsnitlig indlæggelsestid og antal ambulante behandlinger (pct.)

(1978-96)	Danmark	Storbritannien
Ændring i gennemsnitlig indlæggelsestid	-46,6 (-3,2 p.a.)	-53 (-3,9 p.a.)
Vækst i ambulante behandlinger	47 (2,0 p.a.)	31 (1,5 p.a.)

Kilde: OECD (2000).

Udviklingen i de to parametre er ikke identiske og yder ikke ubetinget støtte til tesen om, at personalesubstitutionen sker som følge af andre forhold end skift i

behandlingstyper. Der kan derfor være grund til at se nærmere på overgangen til ambulante behandlinger. Der er især grund til at se nærmere på tidsrækkefølgen for udviklingen.

Udviklingen i ambulante behandlinger og personalesammensætningen i Danmark

Det sundhedsfaglige argument om, at personalesubstitutionen sker for at muliggøre en ændret behandlingsform, holder kun, hvis personalesubstitutionen og antallet af ambulante behandlinger følges nogenlunde ad tidsmæssigt. Hvis der således går lang tid mellem, at personalesubstitutionen foregår og væksten i antallet af ambulante behandlinger, så tyder det på, at behandlingsskiftet ikke er årsag til ændringer i sammensætningen.

Tal fra Sundhedsministeriet viser, at tilvæksten i personale, læger og sygeplejersker primært fandt sted i perioden fra 1980 og frem til 1990, hvorimod stigningen i ambulante behandlinger og udskrivelser først tog fart fra 1990-98. Lægegruppen vokser således med 36 pct. i den første periode og "kun" med 15 pct. i anden periode. Tilsvarende vokser gruppen af sygeplejersker med 31 pct. i første periode og 18 pct. i anden periode. Til sammenligning steg antallet af ambulante behandlinger med 4,5 pct. p.a. fra 90 til 98, mens der kun var en vækst på ca. 1,1 pct. p.a. fra 80 til 90 (Sundhedsministeriet, 2001: 34). Det vil sige, at omlægningen i behandlingsformen primært fandt sted i anden periode, mens tilvæksten i personalet hovedsagligt skete i første periode, dvs. før behandlingsændringen rigtigt tog fart. I alt må det således konstateres, at væksten i antallet af sygeplejersker samvarierer ret dårligt med omlægningen i behandlingsformen. Sundhedsministeriet i Danmark er da også temmelig kontant, da det kommenterer denne udvikling i personalet på de danske sygehuse: "Sammenholdes udviklingen i antallet af beskæftigede sygeplejersker med udviklingen i aktiviteten ses endvidere, at der ikke er nogen umiddelbar sammenhæng mellem forskydningerne i aktiviteten og stigningen i antallet af sygeplejersker" (Sundhedsministeriet, 2001: 35).

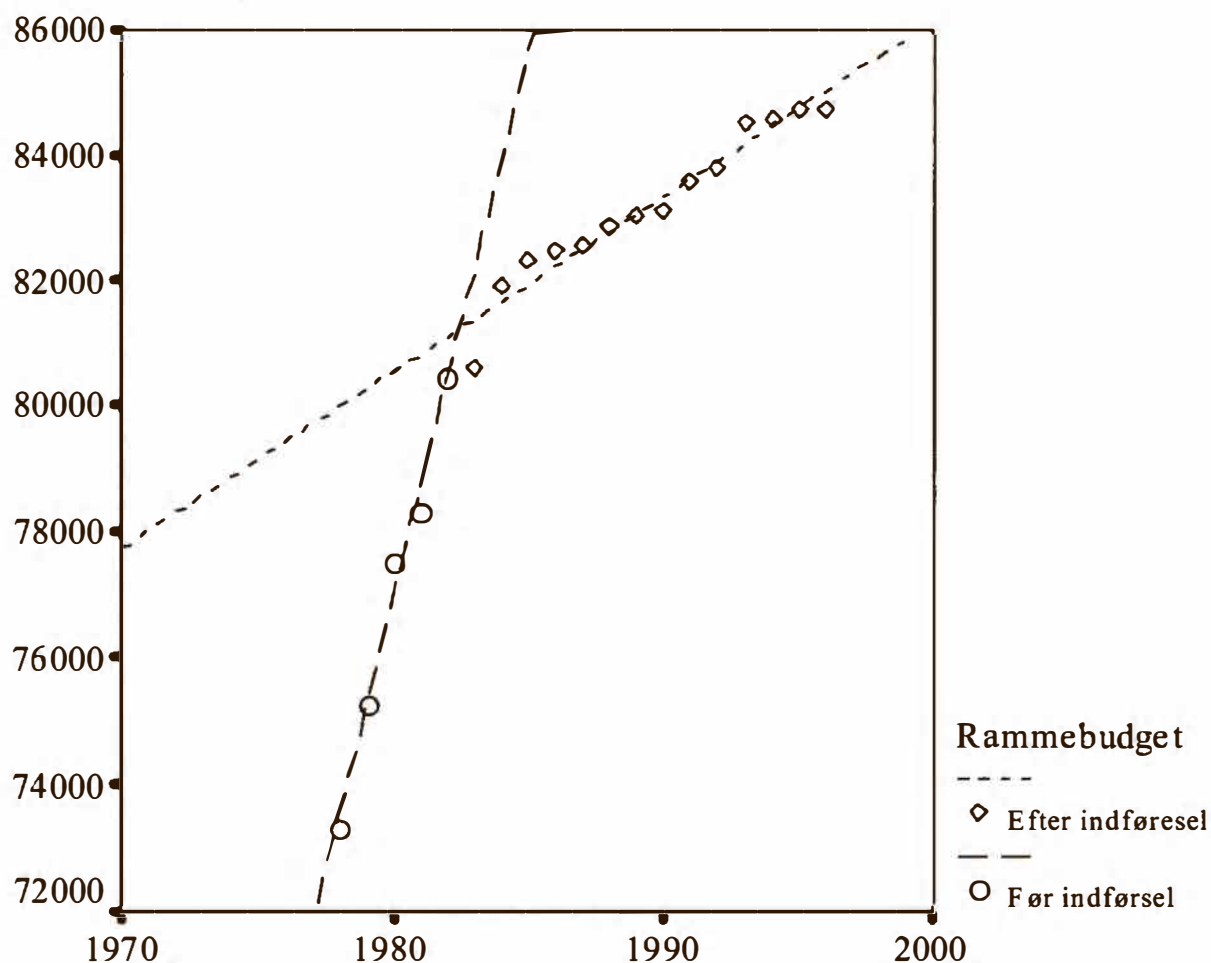
Hvornår fortrængtes de svagere grupper?

Hypotesen er, at fortrængningen finder sted, når der opstår ressourceknaphed i sundhedssektoren. Tankegangen er således, at når der er ressourcerigelighed, så har de stærke grupper et svagere incitament til at fortrænge de svagere grupper, fordi dynamikken på de enkelte sygehuse minder meget om et plus-sumsspil. Alle kan få mere uden at tage fra andre. Omvendt skulle ressourceknaphed medføre, at dynamikken internt på sygehusene skulle nærme sig et nul-sumsspil. For at få mere er det således nødvendigt at tage fra andre, og her burde magtforhold slå igennem, således at de svagere bliver fortrængt fra arenaen. Den mulighed forstærkes af, at de stærke faggruppers position i sygehusvæsenet er blevet konsolideret med budget- og ledelsesreformer, der indførtes fra 1983 og fremefter.

For den samlede personaleudvikling ses det i figur 3, at personalevæksten blev væsentligt lavere, efter at rammebudgetteringen blev indført. Ved regressionen bliver alle regressorer signifikante ved et α -niveau på 0,05, og der er ingen problemer med autokorrelation (adj. $R^2=0,99$).⁵ Ud fra disse data kan det derfor konstateres,

at personalet voksede med 1732 personer om året før 1983, mens væksten kun var på 280 personer om året efter 1983. Rammebudgetteringen havde således en forholdsvis stor indvirkning på udviklingen i det samlede hospitalspersonale.

Figur 3. Udvikling i hospitalsansatte

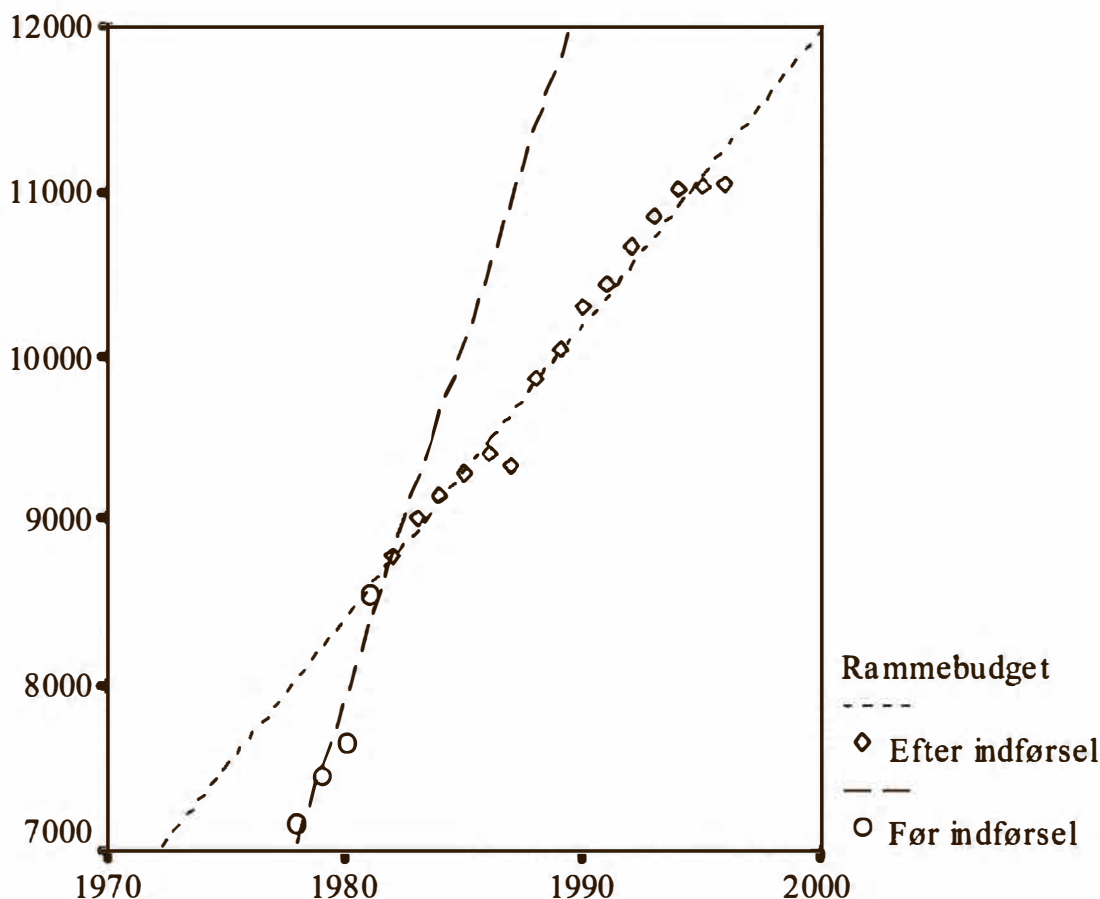


Kilde: OECD (2000).

En tilsvarende analyse for udviklingen i lægepersonalet viser, at tilvæksten også i denne gruppe blev påvirket af indførelsen af rammebudgetteringen. I regressionen er der ingen problemer med autokorrelation, og resultatet bliver, at antallet af læger voksede med 431 personer pr. år før 1983 og faldt til en vækst på 280 personer pr. år fra 1983 og frem (adj. $R^2=0,98$).⁶ Det ses derfor, at væksten aftog til ca. 65 pct. af væksten, før rammebudgettering indførtes. Væksten i antallet af læger aftager altså, men ikke så meget som væksten i det samlede personale.

For sygeplejerskerne er der også sket en beskedent ændring i vækstraten, efter at rammebudgetteringen er indført. Imidlertid viser det sig, at ændringen ikke er statistisk signifikant, og at der er problemer med autokorrelation, hvorfor regressionens forudsætninger ikke er opfyldt.⁷ Det er dog muligt at estimere modellens koefficienter, hvis man kan angive, hvordan autokorrelationen skabes. Det viser sig, at autokorrelationen er af første orden. Det vil sige, at fejlløbet kun er afhængig af det nærmest forudgående fejlløbet: $E_t = p \cdot e_t + v_t$, hvor p (rho) er autokorrelationen, og

Figur 4. Udvikling i antal hospitalslæger



Kilde: OECD (2000).

v_t er den resterende residual, der således er helt tilfældig (Thomsen, 2002). Dette kan gøres ved hjælp af autoregression og Cochrane-Orcut metoden. På den måde kan der argumenteres for, at væksten er uændret, svarende til at antallet af sygeplejersker med at vokse med 758 personer om året.

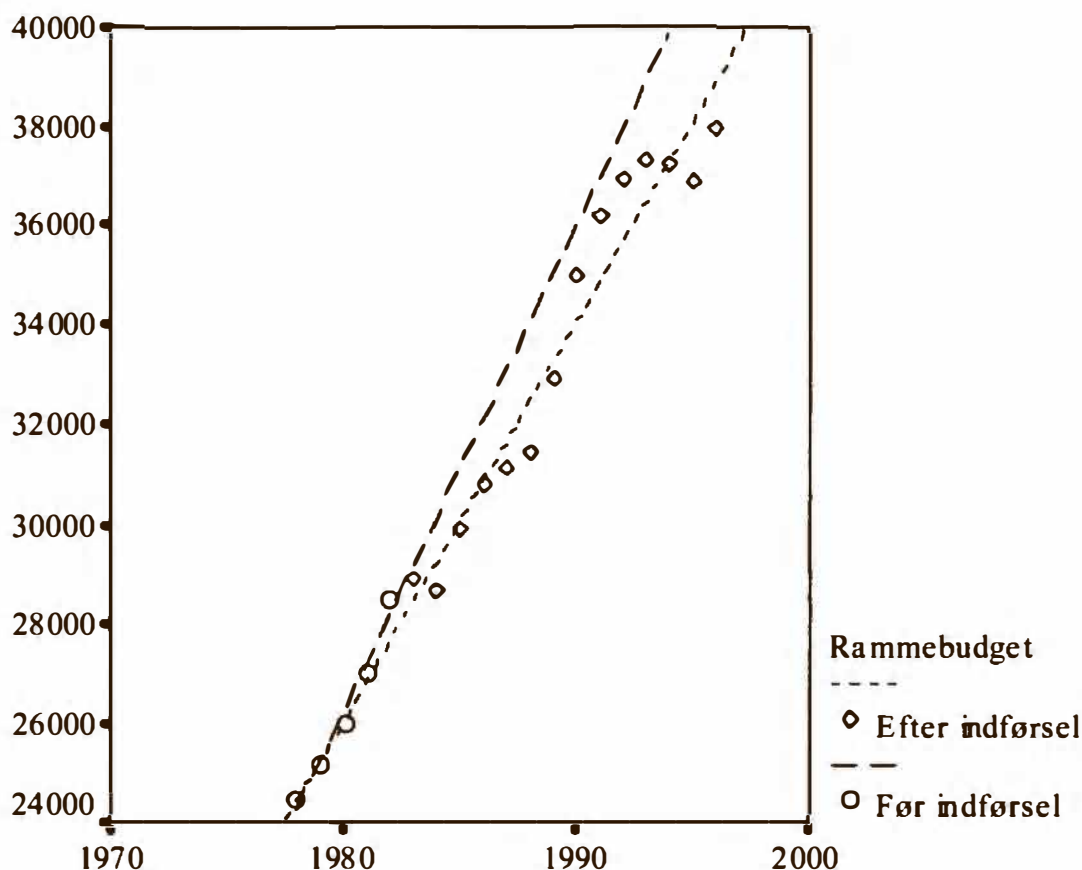
For gruppen af "andet personale" er væksten før 1983 blevet vendt til en kraftig nedgang efter 1983. Gruppen af "andet personale" er på hurtig retur. Ved regressionen er der problemer med autokorrelation, hvilket betyder, at koefficienterne ikke kan estimeres. Det ændrer imidlertid ikke på, at der før 1983 var en vækst på 337 personer pr. år, mens der forsvandt 526 af "andet personale" fra 1983.

Den institutionelle forklaring

Alt i alt må det konkluderes, at indførslen af rammebudgettering betød, at væksten i ressourcer blev dæmpet, og at væksten i det samlede personaleforbrug aftog. Budget- og ledelsesreformerne betød imidlertid også, at lægerne og sygeplejerskerne cementerede deres ledelsespositioner og fik udvidet deres autonomi. Det råderum betød, at antallet af læger og sygeplejersker fortsatte med at vokse, hvori- mod antallet af andet personale blev kraftigt reduceret.

Uanset om fortrængningen af de svagere grupper skete på grund af indførslen af rammebudgettering eller på grund af ressourceknaphed, så kan det konstateres,

Figur 5. Udvikling i antal sygeplejersker



Kilde: OECD (2000).

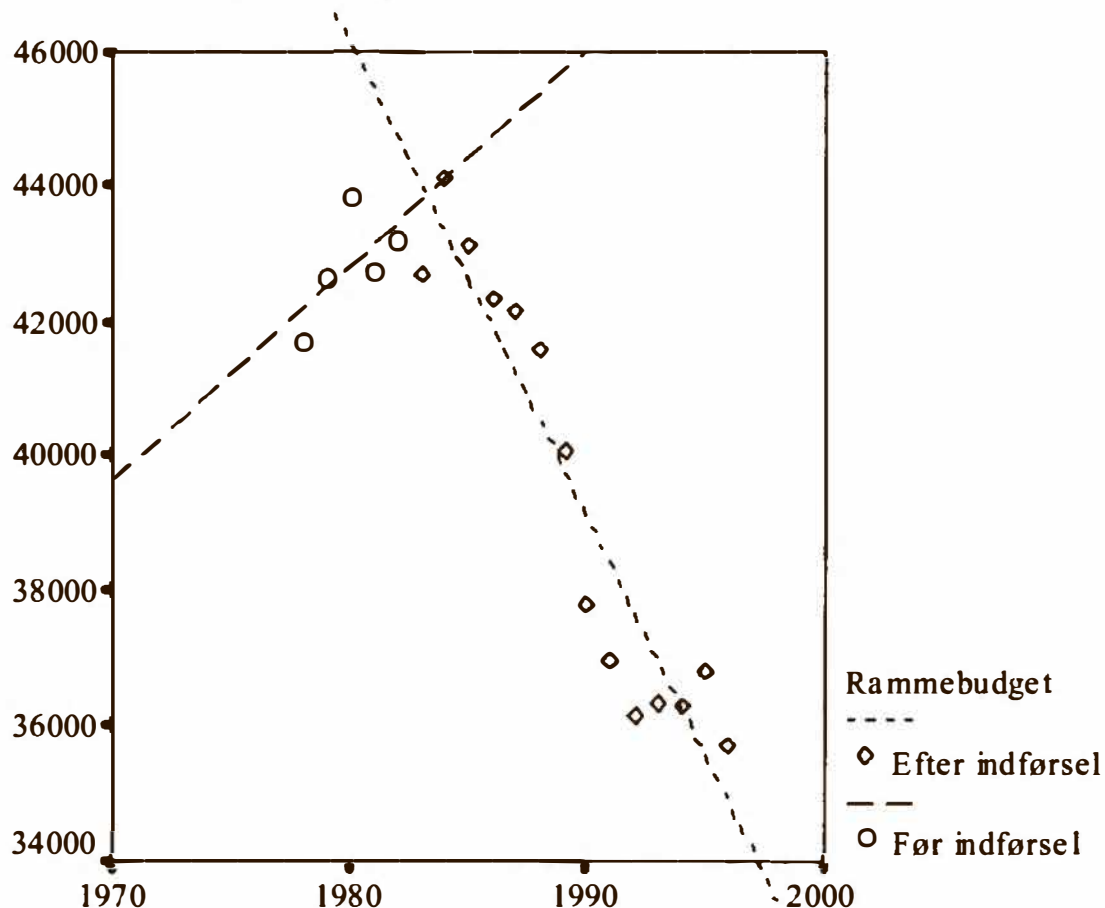
at begge fænomener satte ind samtidigt, og at de derfor kan være svære at skille ad. Under alle omstændigheder var konsekvensen en kraftig forskydning af personalesammensætningen på sygehusene. Der kan således argumenteres for, at det var de svage faggrupper, der stort set alene betalte prisen for den opbremsning i ressourceforbrug, der fulgte i kølvandet på indførelsen af rammebudgetteringen.

Diskussion og konklusion

Artiklen har undersøgt mulige årsager til fortrængningen af de svagere faggrupper i sygehusvæsenet. Den første tese var, at de stærkere gruppers fortrængning af de svagere grupper ikke kunne forklares rent funktionelt, dvs. på grund af omlægning af behandlingerne. Forklaringen var derimod, at fortrængningen opstod som en konsekvens af ressourceknaphed og ændringer i budget- og ledelsesstrukturen.

Påstanden om, at personalesubstitutionen i det danske sygehusvæsen ikke kan begrundes rent fagligt, underbygges af to fund. For det første er en næsten tilsvarende behandlingsændring gennemført i Storbritannien uden en tilsvarende fortrængning af svagere personalegrupper. For det andet er der en betydelig forskydning af tidsrækkefølgen, der svækker argumentet om, at udviklingen alene kan forklares med ændrede behandlingsmetoder. Væksten i antallet af sygeplejersker skete i betydeligt omfang før ændringen i behandlingsformen fandt sted. Det tager

Figur 6. Udvikling i "andet personale"



Kilde: OECD (2000).

givetvis tid at indføre en ny behandlingsform, men at det skal ske med et årtis forsinkelse virker ikke plausibelt.

Det styrker forklaringen om, at ændringen i personalesammensætningen tog fart, da ressourcerne blev knappe, og kompetence- og budgetteringssystemer gav de stærkere faggrupper muligheder for at foretage fortrængningen, dvs. da rammebudgettering blev indført i 1983. Udviklingen er opsummeret i tabel 3.

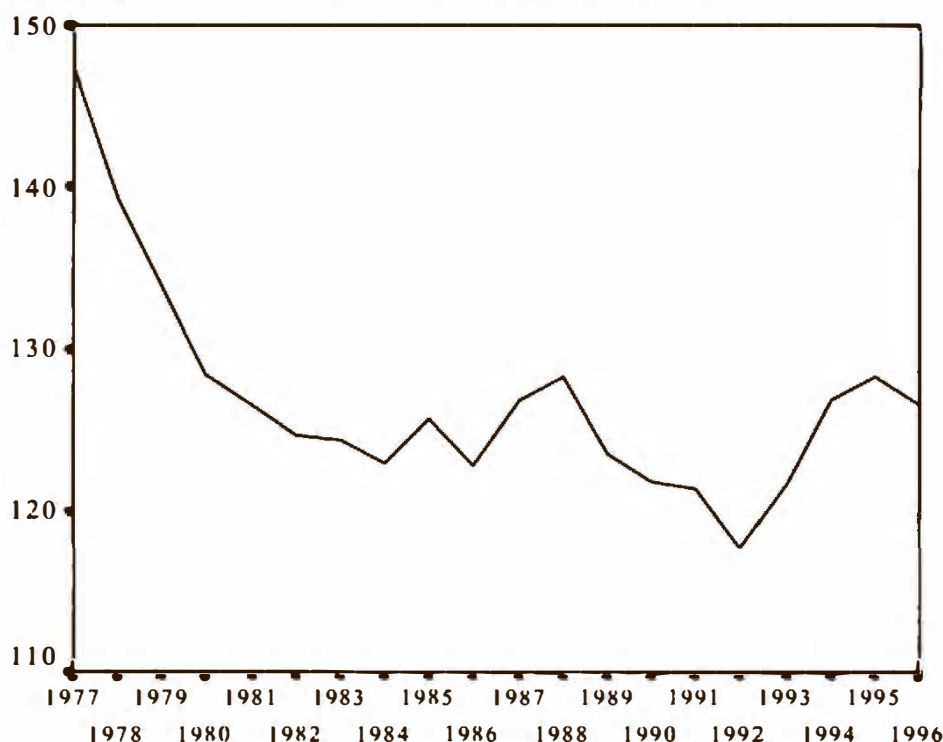
Set fra et samfundsøkonomisk synspunkt er fortrængningen ikke helt ligegyldig. For det første er det både dyrere og mere tidskrævende at uddanne en sygeplejerske end for eksempel en sygehjælper eller en social- og sundhedsassistent. For

Tabel 3. Udvikling i personalegrupperne⁸

Vækst pr. år i gruppen	1978-1982	1983-1996
Samlet antal hospitalsansatte	1732	280
Læger	432	280
Sygeplejersker	758	758
"Andet personale"	337	-526

Kilde: OECD (2000).

Figur 7. Sygeplejerskers løn i forhold til sygehjælperes



Kilde: Danmarks Statistik. Frem til 1982: "Socialstatistik". Derefter "Indkomst, Forbrug og Priser".

det andet så er hun (m/k) også dyrere i drift. Som det ses i figur 7, er det mellem 20 og 30 pct. dyrere at ansætte en sygeplejerske end en sygehjælper. Der er således en væsentlig prisforskel mellem de to faggrupper, og forskellen er ikke blevet indsnævret, efter at sygeplejerskerne for alvor begyndte at fortrænge sygehjælperne.

Nu kan der argumenteres for, at var der ikke mangel på sygeplejersker, så ville der have været mangel på folk i de "svagere" faggrupper, og at vi så alligevel ville stå med et problem. Der er imidlertid stor forskel på, om en mangelsituation defineres som sygeplejerskemangel eller blot personalemangel i al almindelighed. Opfattes problemet som generel personalemangel, er det meget nemmere at gøre noget ved. For det første er det muligt at tilrettelægge arbejdet mere fleksibelt. For det andet er der mange flere måder at få mere personale på, hvis mængden af kvalificeret arbejdskraft kan komme fra flere forskellige uddannelsesinstitutioner.

Det, at personaleproblemet defineres som "sygeplejerskemangel", gør, at arbejdsmarkedet på sundhedsområdet bliver meget stift og giver sygeplejerskerne en god sag, når de skal argumentere for, hvorfor netop de skal have mere i løn. Der er jo "mangel" på dem, men "manglen" på sygeplejersker har sygeplejerskerne imidlertid selv aktivt været med til at skabe.

Noter

1. Her støtter jeg mig til Lars Dahl Pedersens definition af, hvornår rammebudgettering indførtes.
2. På grund af OECD's registreringspraksis har det ikke været muligt at rense gruppen af "andet

personale" helt. Der er således en mulig fejlkilde her. Den er dog ikke større, end at den viste udvikling har den tendens, som artiklen påviser.

3. N for hvert år fra 1978-1996 er opgjort til: 73319, 75225, 77482, 78318, 80433, 80616, 81905, 82284, 82451, 82548, 82858, 83026, 83090, 83595, 83786, 84504, 84570, 84707, 84711.
4. N for hvert år fra 1978-1995, er opgjort til: 927437, 940938, 962554, 998437, 1008752, 1007312, 996583, 988837, 978888, 975373, 968540, 969216, 968894, 971131, 961597, 961597, 962694, 970101.
5. Durbin Watson = 2,16. P-værdier er for regressorne mindre end 0,0005, for dummiene er den dog 0,047.
6. Durbin Watson=1,89. P-værdierne for regressorerne er mindre end 0,0005, for dummiene er den dog 0,82. Beholdes på grund af det hierarkiske princip.
7. Note: Durbin Watson = 0,71.
8. Som det ses, passer tallene i tabellen ikke helt sammen, hvilket skyldes usikkerheden på parameterkoefficienterne ved modellen for "andet personale". Da det kun er estimaterne for udviklingen på "andet personale", der er usikre, kan disse beregnes ved at trække læger og sygeplejerskers vækst fra i den samlede udvikling. Derved bliver resultatet imidlertid en endnu kraftigere fortrængning.

Litteratur

- Collins, Randahl (1990). "Marked Closure and the Conflict Theory of the Professions", pp. 24-43 in Michael Burrage and Rolf Torstendahl (eds.), *Professions in Theory and History. Rethinking the Study of the Professions*, London: Sage Publications.
- Danmarks Statistik (1978-1982). "Social statistik", *Statistiske Efterretninger*, København: Danmarks Statistik.
- Danmarks Statistik (1983-1996). "Indkomst, Forbrug og Priser", *Statistiske efterretninger*, København: Danmarks Statistik.
- Freidson, Elliot (2001). *Professionalism. The Third Logic*, Cambridge: Polity Press.
- Jyllands-Posten*.
- Pallesen, Thomas (1997). "De danske og engelske sundhedsreformer: En test af New Public Management-bølgens indhold og betydning", *Politica*, 29. årgang, nr. 3. pp. 279-294.
- Pallesen, Thomas (1997). *Health Care Reforms in Britain and Denmark: The Politics of Economic Success and Failure*, Århus: Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet.
- Pedersen, Lars Dahl (1996). *The Politics of Cost Containment in Public Services. Hospital Budgeting in Denmark, Germany and The Netherlands, 1978-92*, Århus: Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet.
- OECD (2000). *OECD Health Data 2000*, Paris: OECD.
- Sundhedsministeriet (2001). *Rekruttering, fastholdelse og faggrænser i sundhedssektoren*, København: Statens Information.
- Thomsen, Søren Risbjerg (2002). "Dag 7. Tidsserie-analyse", note til undervisning i statistik, Århus: Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet.
- Torstendahl, Rolf (1990). "Essential Properties, Strategic Aims and Historical Development: Three Approaches to Theories of Professionalism", pp.44-61 in Michael Burrage and Rolf Torstendahl (eds.), *Professions in Theory and History. Rethinking the Study of the Professions*, London: Sage Publications.