

# Penga eller livet?

Lederutfordringer i det reformerte norske sykehusvesenet

MONICA SKJØLD JOHANSEN

STEIN ROKKAN SENTER FOR FLERFAGLIGE SAMFUNNSSTUDIER

UNIVERSITETSFORSKNING BERGEN

DESEMBER 2005

**Notat 16 - 2005**

# Innhold

FORORD .....	3
SAMMENDRAG .....	4
SUMMARY .....	5
NPM I NORSK SYKEHUSSEKTOR .....	7
Konsekvenser for praksis.....	9
ENHETLIG LEDELSE .....	11
ØKONOMISKE STYRINGSLOGIKKER .....	16
PENGA ELLER LIVET? .....	21
Litteratur.....	22

# Forord

## **Ledelse og organisering i helsesektoren: Autonomi, Transparens og Management (ATM)**

Formålet med ATM-prosjektet ved Rokkansenteret er å studere aktuelle reformer og endringsprosesser i den norske helsesektoren. Det skal gjøres sammenligninger med Sverige, Danmark og andre land, med sikte på å oppnå bedre forståelse for de aktuelle endringsprosessene og gjøre vurderinger av konsekvenser av ulike former for organisasjon og ledelse.

I studiet av de aktuelle reformene brukes de tre begrepene Autonomi, Transparens og Management (ATM). Med *AUTONOMI* siktes det til ambisjonen om å etablere autonome organisasjonsenheter og resultatenheter på lavere nivå, samtidig som man sentraliserer eierskapet til stater og regioner. *TRANSPARENS*; her siktes det til ambisjoner om å redusere kostnader og bidra til pasientens frie valg gjennom tiltak for økt grad av gjennomsiktighet og økt grad av innsyn i ressursbruk og kvalitet. Den tredje reformambisjonen dreier seg om å innføre *MANAGEMENT* – det vil si at det skal utvikles en mest mulig profesjonell og entydig lederrolle på alle nivåer i helsevesenet. Samlet sett bidrar disse reformambisjonene til et sterkt press for omstilling, men konsekvensene i det praktiske liv er mindre klare. Delprosjektene i ATM-prosjektet tar blant annet for seg; fra lokalisme til sentralstatlig styring av sykehus; scenarier for framtidig utvikling, fritt sykehusvalg i Norge og Danmark, kommunikasjonsstrategier og omdømmearbeid, evidens og ledelse i psykiatri, ledelse og omstilling i regioner, konsekvenser av innføring av enhetlig ledelse for sykepleiere og andre profesjoner, helseledelse i Norge og Danmark.

*Haldor Byrkjeflot*  
prosjektleder

Se for øvrig prosjektets nettsted: <http://www.polis.no>

### **Om forfatteren:**

*Monica Skjold Johansen* er cand.polit i sosiologi fra Universitetet i Oslo, 2002. Hun er nå doktorgradsstipendiat ved Handelshøyskolen BI, der hun jobber med en avhandling om profesjoner og ledelse i norske sykehus etter innføring av enhetlig ledelse. Hennes hovedoppgave i sosiologi omhandlet brukertilfredshet og brukermakt i helse- og skolevesenet.

# Sammendrag<sup>1</sup>

Temaet for dette notatet er de senere års sykehusreformer og hvordan disse er blitt mottatt av ulike profesjonsgrupper. Nærmere bestemt tar notatet for seg innføring av enhetlig ledelse samt økonomiske styringslogikker som DRG og ISF, og undersøker hvordan leger og sykepleiere på ulike måter har forholdt seg til disse reformene.

Notatet legger hovedvekt på fire spørsmål. For det første, hvordan legeledere og sykepleierledere oppfatter lederrollen. For det andre, hvem lederne identifiserer seg med, profesjon eller organisasjon. Et tredje spørsmål knytter seg til hvorvidt de ulike profesjonsgruppene opplever et krysspenn mellom sitt fag og den økonomisk/administrative logikk som ligger til grunn for reformene. Det siste spørsmålet dreier seg om hvorvidt de ulike reformtiltakene oppfattes ulikt fra avdeling til avdeling.

En hovedkonklusjon er at det er til dels store forskjeller på hvordan legeledere og sykepleierledere opplever tiltakene knyttet til ledelse og hvordan de orienterer seg i forhold til dem. Når det gjelder innføring av økonomiske styringsverktøy, så er funnet at forskjellene i mindre grad knytter seg til forskjeller mellom ulike profesjoner, men snarere kan knyttes opp mot ulike avdelinger. Slik synes dette tiltaket å generere spenninger også internt i de ulike profesjonene.

Empirien er hentet fra kvalitative intervjuer med ledere i to norske somatiske sykehus.

---

<sup>1</sup> Dette notatet ble opprinnelig lagt frem som paper til PhD kurs i «Ledelse og organisering av kunnskapsorganisasjoner. Hvordan virker statlige reformer?».

# Summary

The main subject of this working paper is the health care reforms introduced in the Norwegian health care system the last 10–15 years. The focus is how these reforms have been experienced and interpreted by the main professional groups dominating the hospital organization.

A main conclusion is that there are substantial differences in how physicians and nurses experience and act upon the reforms related to leadership. However when it comes to reforms concerned with a stronger emphasis on economic rationality, interesting differences are also discerned across different units.



Mange vil hevde at New Public Management (NPM) prinsipper har vært retningsgivende for de senere års reformtiltak i norsk offentlig sektor (se for eksempel Busch, Johnsen, Klausen og Vanebo 2001, Sørensen 2004). NPM legger blant annet vekt på «nye styrings- og ledelsesformer» (Hood 1991) som et virkemiddel til å effektivisere og rasjonalisere norsk offentlig sektor generelt og sykehusvesenet spesielt. Sentrale reformtiltak i så henseende, er innføringen av enhetlig ledelse som ledelsesideal, samt økt vektlegging av konkrete økonomiske incentivsystemer som DRG og Innsatsstyrt Finansiering (ISF) i styringen av sykehus.

Denne artikkelens empiriske utgangspunkt er det reformerte norske somatiske sykehusvesenet, med fokus på et utvalg reformtiltak som har kommet fra 1987 og frem til 2003. I denne perioden har det blitt iverksatt flere reformer som har fokusert på effektivisering av sykehusvesenet. Bakgrunnen er at man i helsevesenet har strevd for å imøtekomme *både* pasientenes og helsemyndighetenes stadig mer krevende behov (Botten og Skaset 1999). For sykehusvesenets del har dette blant annet gitt seg uttrykk i endrede prinsipper for ledelse og økt fokus på økonomiske styringsverktøy og styringsprinsipper. En sentral antagelse bak disse reformene har vært at også sykehus, som andre offentlige institusjoner, bør og kan reformeres og moderniseres i tråd med de prinsipper som New Public Management idealet representerer.

Sykehusorganisasjonen er imidlertid særlig preget av at den er dominert av to profesjonsgrupper, sykepleiere og leger. Dette innebærer at de skisserte reformene har blitt innført i en organisasjon preget av sterkt autonome aktører. Særlig problematisk i så måte, er de forutsetningene som synes å ligge til grunn for reformene og da særlig antagelsen om at aktørene/profesjonene i sykehusorganisasjonen vil respondere som en homogen gruppe på de tiltakene som er iverksatt. Flere av reformene har da også møtt til dels sterk motstand fra profesjonene som jobber i helsevesenet. Spørsmålet som naturlig reiser seg i kjølvannet av dette er: «Hva skjer når reformer møter profesjonssterke aktører som jobber i sykehusorganisasjonen?»

Hovedsiktemålet med denne artikkelen er å kaste lys over dette spørsmålet. Fremgangsmåten vil være tredelt. Først vil jeg ta for meg de NPM inspirerte reformtiltakene og sette dem inn i norsk sykehuskontekst. Deretter diskuteres mer spesifikt, med bakgrunn i et sett av konkretiserte spørsmål samt empirisk materiale, hentet fra en nylig gjennomført kvalitativ undersøkelse i to norske sykehus, hvilke utfordringer, muligheter og problemer som potensielt kan oppstå når reformer møter profesjonssterke aktører. Til slutt drøftes det om andre dimensjoner enn profesjonsbakgrunn kan bidra til en forståelse av hva som skjer når NPM inspirerte reformer møter sykehusorganisasjonen.

## NPM i norsk sykehussektor

Tradisjonelt har sykehusene vært sterkt profesjonsdominert, der særlig to yrkesgrupper har satt sitt preg på organisasjonen, nemlig legene og sykepleierne (Berg 1987). Yrkesgruppene har hatt kunnskapsmonopol og således vært svært autonome og selvstyrte. Resultatet har vært at sykehusvesenet i stor grad har vært preget av en

medisinsk logikk, som blant annet innebærer partikularisme og forutsetningen om ubegrenset ressurstilgang.

I norsk sykehusvesen har det de siste to tiårene vært en debatt om hvordan man bedre kan utnytte og effektivisere norsk sykehusvesen (Skaset 2003). Debatten har blant annet knyttet seg an til de raskt økende kostnadene i sykehusvesenet og kravet har vært at behandlingsskapiteten skal opp uten påfølgende utgiftsvekst. Middelet har blant annet vært økt effektivisering ved hjelp av en reformert ledelsesstruktur samt sterkere vekt på økonomiske incentivsystemer.

Denne utviklingen kan sees i lys av det man i litteraturen kaller New Public Management (NPM). Ifølge Vrangbæk (1999) kan NPM sees som en fellesbetegnelse på en reformbølge, hvor hovedmålet er kostnadseffektivisering av offentlig forvaltning gjennom avbyråkratisering og rasjonalisering, og økt bruk av økonomiske incitamentsystemer. Ideen er at styringsmekanismer fra privat næringsliv og bruk av økonomiske/markedsbaserte incitamentsstrukturer i offentlige organisasjoner vil bidra til effektivisering og en mer rasjonell tjenesteyting. Som vi har vært inne på har også norsk offentlig sektor generelt vært preget av denne typen omorganiseringer, der økt bruk av konkurranseutsetting, brukerorientering, økt fokus på profesjonell styring og ledelse og økende vekt på frihet for individene har vært sentrale trekk (Christensen og Lægreid 2002).

NPM legger til grunn at den som er best egnet til å lede skal lede (uansett profesjon) og at lederroller og -egenskaper er generiske. Med andre ord, at det ikke er noen forskjell på hva ledelse og styring dreier seg om i ulike sammenhenger (Ferlie, Ashburner, Fitzgerald og Pettigrew 1996, Klausen 2001). Videre forutsetter NPM en enhetlig organisasjonskultur, der det ikke er noen forskjell på hva som skal ledes (for eksempel type organisasjon eller avdeling), men hvor ulikheter måles i forhold til en kvantitativ måling av resultater og objektive suksesskriterier (Ferlie et al 1996).

Hood (1991) trekker frem ulike elementer når han karakteriserer NPM. Disse er:

- Profesjonell, synlig ledelse i offentlig sektor
- Vektlegging av privat sektors ledelsesidealer og -praksis
- Eksplisitte standarder og suksessmåling, helst uttrykt i kvantitative termer
- Vektlegging av output kontroll, der man vektlegger resultatene fremfor prosessen som fører til resultatene
- Vektlegging av disiplin og tilbakeholdenhet i ressursbruken
- Dannelse av mindre enheter som kan styres, desentralisering
- Konkurranseutsetting i offentlig sektor.

I denne artikkelen vil fokuset primært ligge på for det første 'profesjonell ledelse' og 'vektlegging av den private sektorens ledelsesidealer og -praksis'. Og for det andre vil fokuset ligge på 'eksplisitte standarder og suksessmåling' og 'sterkere vektlegging av outputkontroll'. Og videre, vektlegging av 'effektivitet og tilbakeholdenhet i



ressursbruken'. Jeg vil i det følgende si noe nærmere om de to fokusene, som kort kan sammenfattes som en endring av ledelsesstrukturen og en sterkere vekt på økonomiske incentivsystemer.

En debatt om ledelse i sykehus begynte allerede rett etter andre verdenskrig, men tok seg for alvor opp ved inngangen til 1980-årene. Debatten handlet i utgangspunktet om toppledelsen i sykehus, men ble etter hvert også en debatt om avdelingsledelsen. I tråd med den fremherskende idé om at sykehusene i større grad måtte betraktes som bedrifter ble flere oppgaver og mer ansvar flyttet ned til mellomledernivået i løpet av 1980 og 1990 årene (Skaset 2003). Som et endelig resultat av denne debatten ble det 1. januar 1999 vedtatt å innføre enhetlig ledelse ved alle landets sykehus (NOU 1997:2).

Innføringen av enhetlig ledelse innebærer at man har gått fra to-delt ledelse til linjeledelse. I praksis betyr det at det skal være én ansvarlig leder for hver organisatoriske enhet. Dette skal bidra til ansvarliggjøring og til å trekke de profesjonelle inn i ledelsesspørsmål. Tanken bak har vært å få legene og sykepleierne til å gå fra et ensidig fokus på den medisinske logikken til også å integrere en økonomisk/administrativ logikk i sitt tankegods. Ideen er i tråd med dominerende ideer om profesjonell ledelse, der både lederutdanning, ledererfaring og personlig egnethet må til (Klausen 2001).

Når det gjelder en sterkere vekt på økonomiske incentivsystemer er innføringen av DRG-stykkprisfinansieringen (St.meld. nr. 50 (1993–94)) og Innsatsstyrt Finansiering (ISF) eksempler på dette. Tiltakene er rettet inn mot å fremme kostnadseffektiviteten og gi en samfunnsøkonomisk bedre utnyttelse av ressursene i helsevesenet (Lian 1995, 2003). Tanken bak er at i motsetning til i det private næringslivet, der markedet fungerer som en mekanisme for å fremme effektivitet, så finnes ikke tilsvarende mekanismer innenfor offentlig virksomhet. Ved å etablere andre målemetoder og incitament-systemer, som DRG og ISF, er tanken at man vil kunne øke effektiviteten innenfor sykehusvesenet; få mer helse per krone. Dermed kan denne typen systemer ses som en markedsinspirert ekvivalent til offentlig styringslogikk (Vrangbæk 1999).

Samlet sett har det vært et tiltagende fokus på økonomi, effektivitet og styring i norsk helsevesen, der innføring av enhetlig ledelse og økt fokus på økonomiske styringslogikker har vært viktige verktøy for å effektivisere norsk sykehusvesen. Tanken er at dette skal bidra til klarere linjer og klarere ansvarsforhold, der hver enhet har et selvstendig resultatansvar. Dette er, som vi har sett, noen sentrale trekk ved NPM.

## Konsekvenser for praksis

Endringen fra å være en sterkt profesjonsdrevet og -dominert organisasjon til å bli en organisasjon preget av nye ledelsesformer og en mer markedsorientert logikk har utvilsomt skapt nye betingelser både for relasjonen mellom profesjonene (interprofesjonelt) og internt i de ulike profesjonene (intraprofesjonelt) (Erichsen 1996).

Spørsmålet som reiser seg, er hva som skjer når offentlig sektors verdigrunnlag i samspill med verdier og standarder for profesjonene møter den næringslivstankegangen som er fremtredende i NPM. Politisk utvises en sterk tro på NPM inspirerte reformer. Men som denne artikkelen argumenterer for, så er det vesentlig at man tar med i betraktningen at de som skal sette disse reformene ut i livet har sine agendaer, sine

preferanser, sine verdier og sin profesjonsstolthet (Powell, Brock og Hinings 1999). Ulike profesjonsgrupper opplever sine roller ulikt og ulike reformer vil kunne gi ulike muligheter for ulike profesjoner (Ferlie et al. 1996, Martin 2002).

Eksempelvis er det åpenbart at noen profesjonsgrupper har fått fordeler gjennom reformtiltakene som de ikke hadde tidligere (Ferlie et al 1996). Samarbeidet mellom profesjonene har endret seg og flere av arbeidsoppgavene har byttet utfører . Et sentralt eksempel i denne sammenheng er hvordan sykepleiere nå har fått tilgang på lederstillinger som tidligere var øremerket leger. I og med innføringen av enhetlig ledelse og eksplisitte uttalelser fra Helseministeren, har sykepleiere nå på lik linje med legene tilgang på lederstillinger på alle nivå i sykehus.

En konsekvens av denne utviklingen kan være at juridiske konflikter utløses (Abbott 1988). Jurisdiksjon er, kort fortalt, grensdragningen mellom en profesjon og denne profesjonens arbeid. Jurisdiksjon kan ses på som en prosess der det hele tiden skjer en endring og reetablering av de juridiske forholdene som en profesjon blir uttrykt gjennom (Erichsen 1996). Dersom flere profesjoner får tilgang på samme typen arbeid, vil det kunne oppstå en juridisk konflikt, der man definerer innholdet i det samme type arbeid ulikt, slik at man får posisjonert seg og sin profesjon. Sagt på en annen måte, dersom legeledere og sykepleieledere har ulike oppfatninger av hva som oppleves som kjernen i lederkompetansen vil dette kunne være et utslag av at de forsøker å posisjonere profesjonen sin på bekostning av andre profesjoner.

Abbott argumenterer for at hvis man vil studere utviklingen i profesjonelle grupper, må man studere de profesjonelles arbeid, der det foregår og der hvor brytningene mellom gruppene oppstår (Abbott 1988). Her vil jeg gå videre fra dette fokuset på jurisdiksjon og profesjonskonflikt og se nærmere på hvordan ulike profesjoner (leger og sykepleiere) faktisk opplever og utøver lederrollen. Sider ved dette kan ses på som konkrete uttrykk for hvordan profesjonene forsøker å trekke grensene og markere revir. Interessant i lys av dette, er det å studere hva som skjer når grensdragningene mellom de ulike profesjonenes arbeid forflytter seg og ulike profesjoner får tilgang på samme arenaer. Jeg ønsker å se nærmere på refleksjoner rundt rolleforståelse og identitet, og således vil dette perspektivet kunne bidra til å videreføre Abbotts perspektiv.

Videre har profesjonene sammen møtt utfordringer knyttet til en ny ytre fiende; den økonomiske/administrative logikken og management tankegangen. Når den økonomisk/administrative logikken og management tankegangen, eller markedslogikken som NPM bygger på, møter eksisterende logikker, som den medisinsk/sykepleiefaglige logikken, vil spørsmålet være om disse ideene kan omsettes til praktiske lokale endringer. Hvordan vil de som jobber i sykehus fortolke disse endringene? Vil de ulike profesjonene stå sammen mot denne «ytre fienden»? Eller vil vi finne forskjeller mellom ulike profesjoner hvordan de fortolker disse reformtiltakene? Et annet betimelig spørsmål er hvordan ulike sykehusavdelinger forholder seg til endringene. Sykehusenes ulike avdelinger synes å være dominert av ulike kulturer som i ulik grad er i stand til å tilpasse seg den stadig mer dominerende økonomisk/administrative logikken. Dermed blir et sentralt spørsmål om det er noen forskjell på hvordan man fortolker reformtiltakene på en kirurgisk avdeling kontra en medisinsk. Er den kirurgiske hverdagen mer kvantifiserbar, og passer dermed bedre inn i den økonomisk/administrative logikken?

Det er i samspill og i koplingen mellom mikro (profesjonene) og makro (politiske utforminger) man kan søke etter mekanismene og spenningen for utformingen av helsetjenestene (Erichsen 1996). På bakgrunn av dette er kjernen i denne artikkelen nettopp å forstå møtepunktet mellom profesjoner og reformer. Hva skjer i sykehus når helsepolitikken går i retning av mer markedsvennlige tiltak? Sagt på en annen måte, hva skjer når markedsvennlige reformtiltak møter profesjonssterke aktører?

For å kunne besvare dette spørsmålet er det nødvendig å dele det opp i flere underspørsmål, nærmere bestemt:

- Oppfatter legeledere og sykepleierledere lederrollen ulikt? Eventuelt hvorfor?
- Hvem identifiserer de ulike profesjonelle lederne seg med?
- Opplever de ulike profesjonene å stå i en kryssende logikk mellom sitt fag og den økonomisk/administrative logikk? Opplever ulike profesjoner dette ulikt?
- Oppfattes reformtiltakene ulikt fra avdeling til avdeling?

Jeg vil i det følgende gå gjennom de ulike spørsmålene og forsøke å besvare dem ved hjelp av empiri og eksisterende teorier. Empirien er hentet fra kvalitative intervjuer med ledere i to norske somatiske sykehus, både kirurgiske og medisinske avdelinger. Ledere på tre nivåer er intervjuet (avdelingssykepleiere, avdelingsoverleger, avdelingssjefer og divisjonsdirektører).<sup>2</sup> Intervjuene er gjennomført som semistrukturerte intervjuer (Kvale 2001), av halvannen times varighet.

## Enhetlig ledelse

Innføringen av enhetlig ledelse 1. januar 2002, har skapt mye debatt og møtt mye motstand. Motstanden har i særlig grad kommet fra legene fordi de mente at den som skal ha ansvar på avdelingene bør ha medisinsk-faglig kompetanse på høyt nivå, det vil si medisinsk embetseksamen.<sup>3</sup> Dette innebærer i praksis et syn som tilsier at kun leger med spesialisering innen det aktuelle fagfeltet kan lede en sykehusavdeling. I motsetningen til legene med Legeforeningen i spissen, mente Jordmorforeningen, Sykepleierforbundet og flere politikere, at medisinsk embetseksamen ikke var en forutsetning for å kunne lede sykehus. Dette blant annet med støtte i de NPM inspirerte prinsippene om profesjonell ledelse, omtalt i avsnittet over. Sykepleierne mente de var vel så kvalifiserte som legene, særlig på bakgrunn av at de hadde tradisjon for å søke lederutdanning. Etter en lang debatt, som kulminerte sommeren 2002 var det sykepleierne som fikk støtte fra politisk hold. Politikerne gitt offentlig ut med krav om at legene skulle ta seg

---

<sup>2</sup> Ulike helseforetak benytter ulike betegnelser på tilsvarende stillinger divisjonsdirektør, klinikkisjef etc. Alle viser til den lederen som er nærmest direktøren i hierarkiet, i direktørens stab. Jeg vil for enkelthets skyld benytte meg av betegnelsen «divisjonsdirektør» i dette paperet.

<sup>3</sup> Debatten gikk høyt i Bergens Tidende og Dagens Næringsliv sommeren 2002, mellom blant annet Legeforeningen og Jordmorforeningen. Diskusjonen knyttet seg blant annet til at Kvinneklubben på Haukeland sykehus hadde ansatt en jordmor som leder og ikke en gynekolog.

sammen. Blant annet uttalte SVs Olav Gunnar Ballo følgende: «Dette er forstemmende og sjokkerende. (...) Leger som aktivt motarbeider ledere med en annen yrkesbakgrunn bør kunne sies opp fra sine stillinger» (*Dagens Næringsliv* 16.07.02). Resultatet var at man fra politisk hold uttalte at det var ønskelig med ledere i sykehus som både hadde helsefaglig bakgrunn (*ikke* påkrevd med medisinsk embetseksamen) og formell lederkompetanse.

Oppsummert kan man si at innføringen av enhetlig ledelse ledet til nye konflikter mellom leger og sykepleiere. Kjernen i konflikten var at leger og sykepleiere fikk tilgang på samme stillinger og at dette førte til en jurisdiksjonell konflikt. Konflikten hadde som kilde en usikkerhet omkring hvem som skulle ha tilgang på lederstillinger og hva som faktisk lå i lederrollen. Med andre ord, hvordan leger og sykepleiere fortolker sine lederroller i kjølvannet av innføringen av enhetlig ledelse.

Hva slags ulikheter er det eventuelt snakk om? Ulikhetene knytter seg til, for det første grad av permanens i jobben. Hvor lenge har de tenkt å bli i lederjobben? Har de tenkt å gå over i en annen lederstilling senere? Eller vil de tilbake til klinikken? Er dette en forbigående periode i livet, eller ser de for seg at det er ledelse de skal drive med fremover i sin karriere (om de har gått over i en ny rolle)? For det andre, er det ulik vektlegging av arbeidsoppgaver mellom legeledere og sykepleierledere? Spørsmålet knytter seg til hvorvidt lederne jobber klinisk ved siden av å jobbe som ledere. Er det forskjell på legeledere og sykepleierledere? For det tredje, hva oppleves som kjernen i lederkompetanse? Driver leger med faglig ledelse, mens sykepleierne driver med profesjonell ledelse? Og til sist, hvem identifiserer lederne seg med? Jeg vil først si noe om hvilke ulikheter det er snakk om, for deretter å skissere opp noen forklaringsmodeller.

Når det gjelder spørsmålet om hvorvidt de ulike lederne ser for seg at lederjobben er en jobb de har for en periode av livet eller om de faktisk har gått over i en ny rolle som ledere, er svaret her ganske entydig. Mens sykepleierne på spørsmålet om «hvor er du om fem år?» svarer at de sannsynligvis er i *denne stillingen*, eventuelt en annen lederstilling i sykehus, svarer legene at de skal tilbake til klinikken. En av legene uttrykte det slik:

«Jeg har hatt lyst til å prøve meg administrativt en eller annen gang i løpet av min yrkesaktive karriere, og jeg tenkte at det kunne være greit å gjøre det nå, slik at jeg ikke skal fortsette å være det i all evighet. Jeg ser på min jobb som avdelingsleder som en forbigående jobb».

På spørsmål om hvorvidt de kunne tenke seg å gå tilbake til klinikken svarer en av sykepleierlederne slik: »Nei, jeg tror ikke det. Fordi jeg vært i lederjobb så lenge, at det er vel det jeg synes er morsomst og så er det jo det jeg kan best».

Videre, samtlige leger i avdelingslederstillinger i mitt materiale jobber klinisk ved siden av at de fungerer som ledere av en avdeling, mens ingen av sykepleierlederne jobber klinisk. En av legelederne uttalte:

«Jeg er med i klinikken. Jeg tror det er viktig som leder, å være med i klinikken. Og jeg prøver å integrere det i mitt lederskap, og er opptatt av at ledelsen på dette nivået må ha en veldig god forankring i klinikken».

Når legene oppfatter lederjobben som forbigående, mens sykepleierne oppfatter det som et steg i karrieren, kan man tenke seg at leger og sykepleiere oppfatter ledelse ulikt;

at det eksisterer en ulikhet i oppfattelse av hva som utgjør den sentrale kjernekompetansen i ledelse. Samfunnsforskeren Wenche Sommervold skiller i en artikkel mellom administrativ og faglig ledelse, der vektingen mellom person og fag er ulikt innenfor de to ledelsestypene. Mens administrativ ledelse kan forstås som *management*, der lederens personlige egenskaper settes i sentrum og der ledelse oppfattes som et selvstendig virke, kan faglig ledelse forstås som en vektlegging av de faglige kvalifikasjonene (Sommervold 1996).

Dette tilsvarende Byrkjeflot (1999) omtaler som profesjonell ledelse og faglig ledelse. Profesjonell ledelse bygger på ideen om at ledelse er en egen spesialitet, eller et eget fag. De som driver med profesjonell ledelse føler seg forpliktet i forhold til organisasjonens målsettinger og visjoner, i motsetning til de som driver med faglig ledelse, som først og fremst føler seg forpliktet til sitt opprinnelige fag. Faglig ledelse kan slik forstås som en ledelsesform der forholdet mellom mester og lærling står sentralt, eller sagt på en annen måte, et forhold der novisen læres opp av senioren i faget. Det handler om å overføre faglige tradisjoner fra en generasjon til en annen, og det vesentlige er faget selv og ikke ledelsen. Det er i slike tilfeller, slik Byrkjeflot formulerer det: «(...) stor motstand mot å snakke for mye om ledelse, da ledelseskunnskapen angivelig ikke lar seg løsrive fra praksis. Ledelse bygger på ansiennitet og ikke utdanning» (1999:197).

Ut fra hva legelederne og sykepleierlederne uttrykker ser man tydelig hvordan sykepleiere som er ledere i hovedsak forstår ledelse ut fra prinsippene om profesjonell ledelse, mens legene på sin side forstår ledelse ut fra prinsippene om faglig ledelse. Mens sykepleierne ser ut til å forholde seg til ledelse mer som et eget fag, ser det ut til at legene jeg har snakket med, opplever at ledelse ikke lar seg løsrive fra praksis. Flere sykepleiere har også uttrykt at de opplever at legene har vokst opp med en annen kultur når det gjelder hvem de anser som sin sjef: «(...) den som er sjef for de [legene], det er den som de faglig sett skal kunne spørre om alle ting». Eller som en annen sykepleierleder uttrykte det: «(...) når du ikke er samme fagperson som dem, så er du liksom ikke deres skikkelige leder».

Refleksjonene over tilsier at legeledere og sykepleierledere identifiserer seg med ulike grupper, der sykepleierne i større grad enn legene identifiserer seg med sykehuset og avdelingen de jobber ved. Med andre ord, en identitet som er knyttet innad og lokalt i sykehuset. Legene på sin side vil identifisere seg sterkere med sitt fag og profesjon og sin spesialitet. Dette er i tråd med den forskjellen som ble trukket opp mellom profesjonell og faglig ledelse i forrige avsnitt. Der ble det hevdet at de som driver med profesjonell ledelse «føler seg forpliktet i forhold til organisasjonens målsettinger og visjoner, mens de som driver med faglig ledelse fokuserer på faget selv og ikke ledelsen» (Byrkjeflot 1999).

I mitt materiale er det tydelig at, mens legelederne gjerne er rekruttert utenfra, har sykepleierne stort sett hatt hele sin karriere på det sykehuset de nå er ledere på. Som en av sykepleierne sa: «Du kan si, jeg har gjort hele min karriere her på dette sykehuset. Jeg har vært ute og gått på skole, men jeg har vært her hele tiden». Legene på sin side, har gjerne jobbet på flere ulike sykehus og har enten søkt seg til lederstillingen på det sykehuset de er nå, for å få lederpraksis, eller blitt spurt om de kunne tenke seg å påta seg en lederstilling.

Videre forteller legelederne at de reiser en del på konferanser. På spørsmål om «reiser du på konferanser?» svarer en av legene: «Selv drar jeg på konferanser, ja! Hvis jeg skal overleve så må jeg også kunne drive med fag, ellers kommer jeg ikke til å overleve». Og videre på spørsmål om publiseringer: «Ja, jeg publiserer litt, ja. I år har jeg vel en publikasjon eller to, men det blir for lite altså. Jeg publiserer noe og forsker noe». En annen sa det slik:

«Jeg er medforfatter på noen artikler, men jeg kommer ikke til å utgi noen artikler selv. Jeg har ikke prioritert å bruke tiden på forskning her. Det er jo et ønske da, å greie å rydde såpass i tiden. (...) Jeg skulle fryktelig gjerne satt av tid til forskning, en dag i uken, eller noe sånt noe».

På mange måter kan kjernen i distinksjonen mellom leger og sykepleieres orientering gjenfinnes i det Alvin Gouldner fokuserer på i sin klassiske artikkel fra 1957, «Cosmopolitans and Locals». Gouldner peker her på hvordan ulike identiteter påvirker gruppeadferd og han innfører et hovedskille mellom 'Cosmopolitans' på den ene siden og 'Locals' på den andre<sup>4</sup>. Han benytter seg av tre variable for å analysere disse identitetene i en organisasjon: (1) Lojalitet til organisasjonen, (2) forpliktelse i forhold til faget, og (3) referansegruppeorientering. Et poeng for Gouldner var at mens 'cosmopolitans' var lite lojale mot organisasjonen, hadde en sterk forpliktelse i forhold til faget og en sterk referansegruppeorientering, hadde 'locals' på sin side en sterk lojalitet til organisasjonen, mindre forpliktelse i forhold til faget, og tilbøyelige til å bruke en lokal referansegruppeorientering (deres referansegruppe var kolleger i samme organisasjon) (Gouldner 1957). Ut fra dette fremtrer også distinksjonen mellom leger og sykepleieres orientering frem. Mens sykepleierne i sterkere grad enn legene er såkalte 'locals', er legene på sin side gjerne 'cosmopolitans'. Og i forlengelsen ser vi også forbindelsen til profesjonell og faglig ledelse.

Kort oppsummert kan vi si at det eksisterer relativt store ulikheter mellom legeledere og sykepleierledere og hvordan de fortolker lederrollen. Ulikhetene har vi sett utspiller seg langs en serie dimensjoner. For det første, det er ikke uvanlig for legene å jobbe klinisk ved siden av lederjobben, mens sykepleierne går ut av klinikken og inn i en ny rolle på sykehuset, nemlig rollen som leder. Det er forskjell på i hvilken utstrekning de opplever lederrollen som en permanent eller midlertidig oppgave; mens sykepleierlederne antar at de vil forbli i en lederstilling, så uttrykker legene at de vil tilbake til klinikken. Videre er det slik at mens sykepleierne identifiserer seg med sykehuset de jobber ved, så orienterer legene seg mer mot medisinske fagfeller. Dette bidrar til en sterkere lojalitet fra sykepleiernes side mot sykehuset de er ansatt ved, mens legens lojalitet mer ligger i profesjonen og det faglige spesialiseringsområdet. Spørsmålet er nå, hvilke forklaringer kan vi finne på dette?

Hvorfor er det slik at mens legene ser på administrative lederstillinger som midlertidige, så forblir sykepleierne ledere når de først har gått inn i administrative lederstillinger? Hvorfor jobber legelederne klinisk, mens sykepleierlederne trer ut av klinikken og inn i en ny yrkesrolle som profesjonelle ledere? Det kan være mange grunner til det. Jeg skal skissere opp tre. Det første er en pragmatisk og svært intuitiv

---

<sup>4</sup> Jeg vil for enkelthets skyld benytte meg av termene 'locals' og 'cosmopolitans'.

forklaring, nemlig lønn. Mens legene knapt går opp i lønn og kanskje til og med ned når de går fra overlegestillinger til administrative lederstillinger, er det motsatte tilfellet for sykepleiere. Dersom sykepleierlederne går fra lederstillinger tilbake til klinikken vil de tape ganske mye økonomisk, faktisk vil lønnen halveres. Med andre ord, det økonomiske incitamentet er ikke tilstede for de legene som vil ta lederstillinger.

Videre kan man tenke seg at legene gjennom sin lange utdanning har investert mer i («grunn»-)faget enn sykepleierne har. Omkostningene knyttet til å forlate faget er, kan man tenke seg, større for legene. Man kan videre anta at grunnen til at sykepleierlederne er mer motvillige til å gå tilbake til klinikken eller slutte som ledere er at de på sin side har investert langt mer enn legene i formell lederutdanning. Med andre ord, legelederne og sykepleierlederne har investert på ulike arenaer. Et gjennomgående bilde er at sykepleierne har fulltids lederutdanning av ett års varighet eller lengre. De har søkt lederutdanning fordi de har ønsket en lederjobb i sykehus og fordi de har ønsket å søke nye utfordringer i sin karriere. I den grad legene har kurs er dette i hovedsak korte kurs i regi av Legeforeningen. Eventuelt har de vært på helgekurs, kveldskurs eller tilsvarende, som de har gjort ved siden av den kliniske jobben, eller i forbindelse med sabbat og forskningsfri.

Et tredje moment kan knyttes til at lederutdanning kan fungere som en av relativt få karriereveier for sykepleierne, mens for legene kan andre karriereveier være mer attraktive og gi høyere status. Det er dette Abbott (1988) og Mintzberg (1983) snakker om når de påpeker at det gjerne eksisterer to parallelle statushierarkier i kunnskapsorganisasjoner, nemlig et hierarki knyttet til profesjonen og et hierarki knyttet til arbeidsplassen. Mens legenes status i stor grad knytter seg til det profesjonelle hierarkiet, kan sykepleierens status i stor grad sies å knytte seg til arbeidsplassen. Som en av informantene uttrykte det:

«Det ligger i faget deres at det å bli professor og det å være på et universitetssykehus, det er det de er oppdratt til. De er oppdratt veldig i den akademiske, artikler, forskning, doktorgrad helt fra de går grunnutdanningen sin. Og da er det det som gir status. Men sykepleiere har ikke så mye der, vi har kommet etter vi også, men ikke sånn som de har. Mens sykepleierne har i sin karriere valgt mye mer ledelse».

Et resultat av dette er at dersom sykepleieren mister en lederstilling i en kamp mot en lege, har de ikke noe å gå tilbake til som er like statusgivende og som gir samme økonomiske uttelling – det har legene!

Videre kan man stille seg spørsmål om hvorfor det er slike forskjeller i identitetsdannelse. Igjen skal jeg forsøke å skissere opp noen forklaringer. For det første og det mest åpenbare er ulike fagkulturer. Mens legene kommer fra en utdanning som tradisjonelt er preget av forskning og der man utdannes til å være forsker, finner man ikke tilsvarende på sykepleierutdanningen, som er langt mer praktisk rettet. Allerede på medisinsk grunnutdanning stifter legestudentene kjennskap til vitenskap, metode og forskning. For sykepleierens del, knyttes forskningen først og fremst til videreutdanning i Sykepleievitenskap, som er en utdanning man tar etter grunnutdanning på sykepleierhøyskolene. Legene har en genuin interesse for forskning og baserer hele sin vitenskap på forskning.

En annen grunn kan være at sykepleierne opplever at de ved å knytte identiteten og lojaliteten til arbeidsplassen vil ha større sjanse for å stige i gradene i hierarkiet. Dette kan knyttes til de tidligere nevnte to statushierarkiene. Siden sykepleierne er mer avhengige av arbeidsplassen sin for å kunne gjøre karriere, vil de kanskje i større grad være lojale mot arbeidsplassen sin. Legene på sin side, er mer avhengige av profesjonshierarkiet og vil derfor være mer lojale mot profesjonen sin, fordi de er avhengige av den for å kunne stige i gradene (jf Abbott 1988 og Mintzberg 1983). Jenkins (1994) har argumentert for at det ikke er tilstrekkelig å sende en beskjed om identitet; beskjeden må også aksepteres av signifikante andre, og for legene og sykepleierne vil signifikante andre være forskjellige grupper. For sykepleierne er signifikante andre kolleger på sykehuset de jobber ved, mens det for legene er kolleger på ulike nivåer i hierarkiet innenfor samme spesialitet, men kanskje på et annet sykehus.

Vi har nå sett at det har vært ulikheter i forhold til hvordan legedere og sykepleierledere oppfatter og fortolker lederrollen. Deretter har vi skissert opp flere forklaringer på hvorfor det kan være slik. Spørsmålet som reiser seg, er hva slags konsekvenser dette kan få. Teknisk sett er enhetlig ledelse innført på norske sykehus, men reelt sett kan man stille seg spørsmålet hvorvidt det faktisk er innført når sykehusledere oppfatter sin lederrolle så ulikt. Enhetlig ledelse innebærer i prinsippet at ledelsen skal være ensartet, men som denne studien viser så er det et mangfold av fortolkninger som bidrar til at vi får mange ulike ledelsesformer i sykehus avhengig av hvilken profesjonsbakgrunn lederen på den enkelte avdeling har. På den andre siden, så lenge man åpner opp rommet for lokale fortolkninger av lederrollen må man også samtidig forvente at dette fører til ulike former for ledelse på den enkelte avdeling.

## Økonomiske styringslogikker

Ulike reformer gir ulike spillerom for ulike grupper (Martin 2002). Man kan se for seg at et sykehus ikke representerer én homogen kultur, men flere. Mintzberg (1983) har hevdet at i en organisasjon som drives av profesjonelle grupper, *det profesjonelle byråkratiet*, vil grensene mot andre organisasjoner være mindre enn grensene innad i organisasjonen. Hvis dette stemmer vil man blant annet kunne se hvordan eksempelvis et sykehus i Østfold ikke vil være så ulikt Rikshospitalet eller et sykehus i USA på det organisasjonsmessige planet. Forskjellene vil derimot i sterkere grad finnes mellom ulike avdelinger (subkulturer) og mellom profesjonene internt i den enkelte sykehusorganisasjonen.

Det har vært flere debatter i media som har fokusert på hvordan de som jobber i sykehus opplever å få tredd krav om innsparinger og rasjonalisering nedover hodet. Blant annet var det en debatt i «Her og Nå» (NRK) 17. august 2004, der blant annet leder for Yngre Legers Forening, Yngve Mikkelsen, og leder for Sykepleierforbundet, Bente Slaatten, diskuterte at det viktigste nå var å holde budsjettene og at økonomisk tenkning i sykehus har blitt det overordnede. Man kan få inntrykk gjennom disse debattene at den økonomisk/administrative logikken overkjører den medisinske logikken, og at dette til syvende og sist går ut over både pasienter og de som jobber i sykehus. Dette spørsmålet stilte jeg til mine informanter. Nesten alle uttrykte engstelse



for at «blårussen» nå skulle overta styringen av sykehusene og at det er viktig at man har ledere med helsefaglig bakgrunn i sykehusene for å veie opp mot «blårussen».<sup>5</sup> På den andre siden ble det fremholdt at debatten trenger en nyansering på to områder; økonomisk tenkning og rasjonalisering er også mulighetsskapende, og debatten har oversett de klare forskjellene mellom kliniske avdelinger når det gjelder hvor bra økonomiske styringsverktøy er tilpasset og egnet.

For å kunne si noe mer om dette er vi først nødt til å si noe nærmere om hva vi substansielt legger i de to logikkene. Den økonomiske logikken er kjennetegnet av et kollektivistisk syn på samfunnet. Spørsmålet er: *hva kommer samfunnet til gode?* Snarere enn: *hva kommer individet til gode?* Man foretar på dette grunnlaget prioriteringer ut fra nytte-kostnadsanalyser. Innenfor den medisinske logikken foretar man derimot prioriteringer basert på en «her-og-nå» rasjonalitet. Med andre ord er den økonomisk/administrative rasjonaliteten i motsetning til den medisinske rasjonaliteten opptatt av at beslutninger om hvilke enkelthandlinger som skal foretas på et sykehus, skal begrunnes ut fra et videre perspektiv hvor en rekke faktorer tas i betraktning. Eksempler på slike faktorer kan være økonomi, redusering av ressursbruk i forhold til effektivitet, sammenligninger av forskjellige diagnostiserings- og behandlingsmåter, reduksjon av ventelister og ønske om å oppnå flest mulig DRG-poeng.

Oppsummert kan vi derfor si at mens den medisinske logikk er forankret i pliktetikken, der hensynet til individet er i fokus, er den økonomisk/administrative logikken forankret i nytteetikken eller utilitarismen; innsatsen skal vurderes etter cost-benefit betraktninger ut fra en overordnet sysnvinkel (Jespersen 1999, Natvig 1993). Og spørsmålet er om innføringen av NPM inspirerte reformtiltak kan lede til verdikonflikter for legene og sykepleierne, der man både skal ta hensyn til hva som er best for individet og hva som kommer samfunnet til nytte.

Når disse logikkene blandes sammen i én rolle, kaller legen Vegard Bruun Wyller det for «den moderne legerollens janusansikt». I min studie utvides dette begrepet til også den moderne sykepleierrollens janusansikt, der legene og sykepleierne «både fungerer som barmhjertig samaritan overfor den enkelte pasient og som salomonisk dommer vis-a-vis fellesskapets behov» (Wyller 2000:3062). Wyller sier videre:

«Jeg finner denne dobbeltrollen problematisk, og mener at vi i vår yrkesutøvelse må skille klarere mellom fag og etikk, og også mellom individuetikk og samfunnsetikk. Jeg argumenterer for at samfunnsetiske refleksjoner først og fremst tilhører den politiske arena, og at leger bør søke å unngå at slike refleksjoner inngår som premiss for profesjonelle handlingsvalg» (Wyller 2000:3062).

Med andre ord, argumenterer Bruun Wyller for at aktørene kan oppleve et krysspress mellom den medisinske logikken og den økonomisk/administrative logikken. På den andre siden kan man argumentere for at en mer økonomisk tenkning også kan være mulighetsskapende. Ledere i norske sykehus fungerer som det Llewellyn (2001) i sin artikkel 'Two-way Windows' karakteriserer som «medical managers». Med andre ord kan man si at de jobber parallelt med ideer både fra den medisinske logikken og fra den

---

<sup>5</sup> Dette er et begrep («blåruss») som informantene selv brukte for å karakterisere siviløkonomene.

økonomisk/administrative logikken; med andre ord at de har det som tidligere ble omtalt som den moderne legerollens/sykepleierrollens janusansikt.

Metaforen *to-veis vindu* impliserer også at de ser tingene klarere, noe som kan bidra til en bedre gjensidig forståelse mellom de to logikkene (Llewellyn 2001). Med andre ord, kan den nye rollen også være mulighetsskapende og ikke bare problemgenererende. *To-veis vindu* metaforen støtter opp om ideen at man gjør de profesjonelle lederne mer ansvarlige og bevisste i forhold til fellesskapets behov ved å knytte dem tettere opp til mer overordnede spørsmål knyttet til sykehusets drift og styring. Dette gjenspeiler også det flere av informantene sier: «Å være en god leder handler om å være en god oversetter. Det har noe med å kunne språkene, å være tospråklig». Og det å ha en god leder er et av midlene for økt effektivitet innenfor NPM logikken. En god leder skal bidra til å skape en mer synlig, målrettet og effektiv organisasjon (Hood 1991, Klausen 2001).

Er det forskjeller på legeledere og sykepleierledere i forhold til hvorvidt de opplever å stå i en kryssende logikk? Hvordan utnytter ulike aktører mulighetene knyttet til innføringen av en mer økonomisk logikk i sykehuset? Med andre ord, kan det også være mulighetsskapende?

Studier av profesjoner har vist at ulike profesjoner tilpasser seg endringer i organisasjoner ulikt. En dansk studie har blant annet argumentert for at sykepleiere i større grad enn leger finner seg til rette med sterkere økonomisk styring, fordi pleielogikken er mindre motstandsdyktig mot den økonomisk/administrative logikk (Jespersen 1999). En årsak til dette kan være at ledelse tradisjonelt har vært en karrierevei for sykepleiere. Som en av sykepleierinformantene uttrykte det: «Du kan enten velge å ta en [klinisk] spesialutdannelse, eller du kan ta en spesialutdannelse i form av administrasjon». Sykepleiere har med andre ord i lengre tid hatt tradisjon for å integrere ledelse og ledelsestenkning i faget sitt, og logikken blir dermed heller ikke så fremmed, men snarere ansett som mulighetsskapende karrieremessig.

Man kan videre tenke seg at legene står i sterkere krysspress, fordi det i stor grad er de som utfører de økonomiske tiltakene i praksis i møte med pasienten. Jeg tenker da særlig på koding (DRG), som legene må forholde seg aktivt til på en annen måte enn sykepleierne. Med andre ord, kan dette bidra til at legene i sterkere grad får problemene servert opp i fanget. Og resultatet kan være at legene således nærer en større skepsis mot reformtiltakene enn sykepleierne.

På den ene siden var det flere, både leger og sykepleiere, som uttrykte skepsis overfor de stadig økte kravene om å bli mer og mer effektive:

«Jeg føler at en del av de resultatene med den helsereformen vi har, er at man stiller krav til effektivisering, og så ser man at det fungerer, og så, som takk, så stiller man akkurat de samme kravene året etter til effektivisering, og jeg må lure på når det vil ta slutt».

Og en annen uttalte følgende:

«De [sykepleierne og legene på gulvet] står midt oppe i resultater av effektivisering. De jobber fortere, tøffere, liggetiden går ned, det er så effektivt. Det kan fort bli vanskelig hvis man ikke tar seg tid til å stoppe opp, og helt spesifikt gjør noe med det, og ikke bare sier man skal gjøre noe med det. Og så er det også det der med å ivareta, sørge for at det er kvalitet, at det på en måte er kvalitetssikret».

Et siste moment er at legene vil kunne være mer skeptiske fordi de har mer å tape på reformtiltakene. Sykehus har tradisjonelt vært en arena der legene nærmest uten motstand og innblikk, har fått styre og utøve faget sitt.

Til tross for disse argumentene uttrykte de fleste lederne jeg snakket med at innføringen av økonomiske styringsverktøy også hadde vært mulighetsskapende (dette var uavhengig av profesjonsbakgrunn). Noen uttrykte sogar at de opplevde at man tidligere hadde hatt en sløsekultur i norsk sykehusvesen, og at man nå måtte tenke nøyere gjennom hvordan man brukte pengene. Som en sa: «(...) men de [sykepleierne og legene på 'gulvet'] har godt av å tenke litt der [på økonomien] også, for det er forferdelig mye sløsing». Eller som en annen sa:

«Jo, det [økonomien] er der, og det bør vel være der og? Vi forvalter jo masse penger, som er offentlige penger. Jeg må si at jeg opplever det positivt på en måte, for vi må tenke på det, og vi har blitt effektive og vi har spart penger. Det er mange rutiner som vi har gått gjennom nå, som var mye mer sløvt før. Og det tror jeg helsevesenet trenger også».

En annen sa om DRG: »Det er vanskelig å forestille seg hvordan man skal fordele ut ressursene rettferdig. Og DRG er ett system, som jo har sine store svakheter, men det har også mange positive sider, det synes jeg».

Oppsummert kan man si at både når det gjelder innsparinger i forhold til at det hadde vært en «sløsekultur» tidligere, og de stadig strengere kravene om effektivitet var legelederne og sykepleierne stort sett enige. Samtidig var de enige om at «blårussen» ikke måtte overta hele styringen av sykehusene, men at man måtte ha ledere med helsefaglig bakgrunn i administrative lederstillinger i sykehusene.

Hittil har denne artikkelen konsentrert seg om hvordan ulike profesjoner tilpasser seg ulike NPM inspirerte reformtiltak. Men er det en annen dimensjon? Oppfattes reformtiltakene ulikt på ulike kliniske avdelinger? Er det slik at ulike avdelinger preges av ulike logikker, som igjen fører til ulike opplevelser av reformtiltakene?

En dansk studie har vist at det er forskjell på avdelinger i forhold til hvordan de adopterer og aksepterer den «nye» økonomiske logikken, der DRG systemet er fremtredende. Jespersen sier: «Der vil typisk være planlagte kirurgiske operationer, der kan rationaliseres, hvorimod medisinske og især ældremedisinske og psykiatriske pasienter er lidet attraktive» (Jespersen 1999: 155).

Min studie støtter opp om dette funnet; det var en forskjell mellom lederne på medisinske avdelinger og kirurgiske avdelinger og hvordan de opplevde de økonomiske styringslogikkene. Denne forskjellen var særlig uttalt når det kom til bruk og anvendelse av DRG og spørsmålet om «sløsekultur». En av lederne på kirurgisk avdeling sa: «DRG er jo nesten laget for kirurgiske fag, tenker jeg». Mens en av lederne på medisinsk avdeling uttrykte når jeg spurte om vedkommende opplevde at det hadde vært en «sløsekultur» i sykehusvesenet: «Altså jeg vet ikke om det har vært det i forhold til min verden. For å si det sånn, så har det ikke vært det, nei!»

I mitt materiale er det en klar trend som peker henimot at sykehus ikke bare kjennetegnes av integrasjon (harmoni og homogenitet), men også av til dels betydelig kulturell differensiering. Man finner kort sagt ulike subkulturer innenfor det samme sykehuset (Martin 2002). Selv om alle som jobber i sykehus har det til felles at de har pasienten først som felles prioritering og slik samles i konsensus om sykehusets

grunnleggende mål og ideologi, så synes det også klart at ulike aktører fortolker målet ulikt, og at ulike aktører mener at det eksisterer ulike midler til å nå målet – med andre ord en klar kulturell differensiering. En av lederne som jeg snakket med, sa det slik: «Ingen her vil si at de ikke har pasienten først. Men teamet har ulikt ståsted i forhold til hva [som] er pasienten først».

Subkulturer kan med andre ord leve side om side i harmoni, uavhengig av hverandre eller i konflikt med hverandre. Noen saker eller mål er man vel forlikt om, mens andre saker eller midler til å nå målene kan skape konflikter og uenigheter. Ulikheter mellom disse subkulturene kan skyldes at man både ser på verden gjennom ulike briller og at man kjemper om de samme midlene. Som en av informantene uttrykte det da hun snakket om divisjonaliseringen av sykehus: «Det er akkurat som det er to beilere til toppsystemet».

Hva er logikken bak dette? En forklaring er som nevnt tidligere, at DRG-systemet kan oppleves å være konstruert for kirurgi. Det er lett å kvantifisere kirurgiske inngrep, X-antall menisker denne uken, Z-antall by-pass operasjoner dette året. Når det kommer til medisinske avdelinger, slik som for eksempel kreftavdelinger, er det ikke lenger så enkelt å telle, for hvordan teller man omsorg til en kreftpasient eller til «gamle-mor»? Eller som en leder på medisinsk avdeling sa:

«Men jeg tror veldig mye er pengestyr. Veldig mye økonomi oppe i dette her. Og sykehusene har fått lov til å operere seg ut av køer, men har vi operert de riktige pasientene, har vi tatt oss av de gamle, som faktisk er storforbrukere av helsevesenet? Det kan man jo spørre seg om. Har vi operert nok hofter og knær, har alle fått plastikk i hofter og knær så alle går greit? Men tar vi av oss gamle-mor på 85 med to-tre-fem-åtte diagnoser? (...) Og klart det DRG-systemet som er bygd opp, er bygd opp veldig mye rundt kirurgisk, altså mye rundt de operative fagene. Og det kan jo lettere telles, enn om du er gammel og skrøpelig og skal komme deg litt, og du har fått en urinveisinfeksjon. Og det gir jo ikke noe særlig inntekter til medisinsk avdeling».

Når lederne snakker sammen om mål er det stor grad av konsensus, mens når man kommer tilbake til sin avdeling reduseres den interne koordinasjonen man hadde da lederne snakket sammen. Grunnen kan være at man finner lokale løsninger for å opprettholde legitimiteten på sin avdeling og blant sine underordnede. Individene på den enkelte avdeling finner således en felles oppfatning av den sosiale virkeligheten (Berger og Luckman 1967) som er løst koplet fra organisasjonens mål og visjoner, og man skiller i sitt daglige virke mellom formell struktur (sykehusets mål og visjoner) og hverdagsaktivitetene (avdelingens daglige virke). Eller som Meyer og Rowan (1977: 341) sier det:

«To maintain ceremonial conformity, organizations that reflect institutional rules tend to buffer their formal structures from the uncertainties of technical activities by becoming loosely coupled, building gaps between their formal structures and actual work activities».

Kort oppsummert kan vi si at økonomiske styringsverktøy ofte er dårlig tilpasset sykehusavdelingens særegenheter, og måling av effektivitet og måloppnåelse på tvers av disse grensene kan dermed bli meningsløst. Mens noen avdelinger er godt egnet for å gjøre kvantitative målinger, vil ikke det være tilfellet for andre avdelinger som har stort

tilfang av pasientgrupper med kroniske lidelser eller svært alvorlig syke, og som trenger mye pleie og omsorg.

## Penga eller livet?

Denne artikkelen har søkt å kaste lys over hvordan legeledere og sykepleierledere opplever og forholder seg til noen av de mest sentrale reformene som har blitt gjennomført i norsk helsevesen de siste årene. Jeg har gått gjennom reformtiltak knyttet til ledelse, nærmere bestemt innføringen av enhetlig ledelse og reformer orientert mot innføring av nye typer økonomiske styringsverktøy. Som vi har sett er det til dels store forskjeller på hvordan legeledere og sykepleierledere opplever tiltakene knyttet til ledelse og hvordan de orienterer seg i forhold til dem. Når det gjelder innføring av økonomiske styringsverktøy, så er det interessante funnet at forskjellene her i mindre grad knytter seg til forskjeller mellom ulike profesjoner, men snarere kan knyttes opp mot ulike avdelinger – kirurgiske og medisinske. Slik synes dette tiltaket å generere spenninger også internt i de ulike profesjonene.

Sykepleierne har på mange måter hatt nytte/glede av reformtiltakene ved at de nå har tilgang på samme stillinger som legene, mens legene har tapt terreng med tanke på ledelsesspørsmål. Likevel vil det være feil å si at legene har tapt status som en følge av reformtiltakene. Grunnen til dette er at man i sykehus finner to parallelle statushierarkier, profesjonshierarkiet og et hierarki knyttet til den enkelte arbeidsplass. Med andre ord, har sykepleierne utfordret legenes plass i den arenaen som underbygger arbeidsplasshierarkiet. På denne arenaen har legene måttet vike for sykepleierne. På den andre siden har legene sitt profesjonelle hierarki, der faglig kompetanse, ansiennitet og erfaring gir status.

Videre kan funnene peke i retning av at det eksisterer relativt store ulikheter mellom legelederne og sykepleierlederne. Sykepleierledere og legeledere fortolker sin lederrolle på svært ulike måter. Dette gjelder for eksempel hvilke arbeidsoppgaver de prioriterer, i hvilken utstrekning de opplever lederrollen som en permanent eller midlertidig oppgave, hvilke egenskaper og kunnskaper de vektlegger som ledere, og hvem de identifiserer seg med som ledere. Mens legelederne gjerne jobber klinisk ved siden av administrativt jobb, har sykepleierlederne valgt å tre ut av sykepleierfaget og inn i lederfaget. Videre er det funn som tyder på at mens sykepleierne identifiserer seg med og er lojale mot det sykehuset de jobber ved, så orienterer legene seg sterkere mot det medisinske fagfeltet og utviser lojalitet med fagspesialiseringen sin og legeprofesjonen.

Det neste spørsmålet som ble belyst var spørsmålet om de ulike profesjonene opplever å stå i en kryssende logikk mellom sitt fag og den økonomisk/administrative logikk, og om legeledere og sykepleierledere opplever dette ulikt. Flere av lederne (både legene og sykepleierne) på både medisinske og kirurgiske avdelinger, opplever at det hadde vært en sløsekultur i norske sykehus og at man nå har godt av å tenke litt igjennom på hva man bruker offentlige penger på. Videre er de fleste enige om at man ikke kan la «blårussen» overta styringen av sykehusene, men at man må ha ledere med helsefaglig bakgrunn i administrative lederstillinger. På den andre siden mener de at

kravet om stadig å bli mer effektive kanskje har nådd en grense og at man ikke kan løpe raskere enn man allerede gjør.

Et annet viktig aspekt er type avdeling, om det er en kirurgisk eller en medisinsk avdeling. Mens man på kirurgiske avdelinger opplever at de økonomiske reformtiltakene er nesten ubetinget mulighetsskapende, opplever ledere som er knyttet til medisinske avdelinger at de har lite å gå på når det gjelder økonomiske innsparinger. Ledere knyttet til medisinske avdelinger uttrykker at de ikke har lønnsomme pasienter som gir god økonomisk avkastning.

Funnene denne atikkelen indikerer at vi ikke kan se på profesjoner som en homogen gruppe, men snarere som heterogene grupper som bærer med seg ulike subkulturer, knyttet til verdier, holdninger, profesjonsstolthet og ulike agendaer. En viktig konsekvens blir dermed, at man ikke bare kan tre reformer nedover hodene på aktørene, men snarere må ta høyde for at man vil respondere ulikt på reformene. Sykehusorganisasjonen er preget av ledere som *også* er medlemmer av en profesjon, og dette må legges til grunn når man setter i gang med ulike reformtiltak.

I tillegg har arbeidsoppgaver en betydning, og kan virke til å skape heterogenitet i oppfatninger også innad i en profesjonsgruppe. Sagt på en annen måte, det har betydning hva slags type pasienttilfang man har på avdelingen, om det er kirurgiske pasienter eller medisinske, for hvordan man oppfatter reformtiltakene. Dette kan bidra til at profesjoner ikke bare blir en mindre viktig forklaring, men at det potensielt blir en splittelse internt i profesjonsgruppen. Det er viktig å ta høyde for at økonomiske styringsverktøy i ulik grad er tilpasset sykehusavdelingenes særegenheter, og at måling av effektivitet på tvers av disse grensene blir meningsløst. Mens noen avdelinger nærmest kan fungere som forutsigbare maskinbyråkratier (jf Mintzberg 1983) der pasientene kan behandles etter samlebandprinsippet, er andre avdelinger mindre forutsigbare. Videre vil noen avdelinger ha pasienter som ikke bare kommer inn for en operasjon og som skrives ut ganske umiddelbart, men tvert om ha kronisk syke, alvorlig syke, gamle og sterkt pleietrengende pasienter, som er lite lønnsomme for sykehuset.

## Litteratur

- Abbott, Andrew (1988): *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Berg, Ole (1987): *Medisinens logikk. Studier i medisinens sosiologi og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget
- Berger, Peter L. og Thomas Luckmann (1967): *The social construction of reality. A treatise in the sociology of knowledge*. New York: Anchor Books
- Botten, Grete og Maren Skaset (1999): «Utviklingen i norsk helsevesen og norsk helsepolitikk i lys av målsettingen om likhet», *Tidsskrift for velferdsforskning*, 2 (4).
- Busch, Tor, Erik Johnsen, Kurt Klaudi Klausen og Jan Ole Vanebo (red.) (2001): *Modernisering av offentlig sektor. New Public Management i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget
- Byrkjeflot, Haldor (1999): «Kan demokrati og ledelse forenes?», *Nytt Norsk Tidsskrift*, 16 (3).
- Christensen, Tom og Per Lægreid (2002): «New Public Management – Puzzles of Democracy and the Influence of Citizens», *Journal of Political Philosophy*, 10 (3 – sept): 267–295.
- Dagens Næringsliv* (16. juli 2002)

- Erichsen, Vibeke (red.) (1996): *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Oslo: TANO Aschehoug.
- Ferlie, Ewan, Lynn Ashburner, Louise Fitzgerald and Andrew Pettigrew (1996): *The New Public Management in Action*. Oxford: Oxford University Press.
- Gouldner, Alvin (1957): «Cosmopolitans and Locals: Toward an Analysis of Latent Social Roles-I», *Administrative Science Quarterly*, 2 (3 – des.): 281–306.
- Hood, Christopher (1991): «A Public Management for all seasons?», *Public Administration*, 69 (Spring): 3–19.
- Jenkins, Richard (1994): «Rethinking Ethnicity: Identity, Categorization and Power», *Ethnic and Racial Studies*, 17: 197–223.
- Jespersen, Peter (1999): «New Public Management reformers betydning for den administrative og lægefaglige profession i sykehusorganistionen», i Bentsen, Eva Zeuthen, Finn Borum, Guðbjörg Erlingsdóttir, Kerstin Sahlin-Andersson (red.): *Når styringsambitioner møder praksis. Den svære omstillingen af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. Munksgaard: Handelshøjskolens Forlag.
- Klausen, Kurt Klaudi (2001): «New Public Management – en fortolkningsramme for reformer», i Busch, Tor, Erik Johnsen, Kurt Klaudi Klausen og Jan Ole Vanebo (red.): *Modernisering av offentlig sektor. New Public Management i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget
- Kvale, Steinar (2001): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldedal Akademisk
- Lian, Olaug (1995): «Hvilke verdier styrer og legitimerer det 'reformerte norske helsevesen?» Bergen: LOS-senter Notat 9514.
- Lian, Olaug (2003): *Når Helse Blir en Vare. Medikalisering og markedsorientering i Helsetjenesten*. Høyskoleforlaget.
- Llewellyn, Sue (2001): «'Two-way Windows': Clinicians as Medical Managers», *Organization Studies*, 22 (4): 593–623.
- Martin, Joanne (2002): *Organizational Culture. Mapping the Terrain*. SAGE Publications.
- Meyer, John W. og Brian Rowan (1977): «Institutionalized Organizations: Formal Structures as Myth and Ceremony», *American Journal of Sociology*, 83 (2 – Sep.): 340–363.
- Mintzberg, Henry (1983): *Structure in fives. Designing effective organizations*. Prentice/Hall International.
- Natvig, Randi-Susanne (1993): *Sykepleietikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- NOU 1997: 2: *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- NRK P2 (17. august 2004): «Her og Nå»
- Powell, Michael J., David M. Brock and C. R. Hinings (1999): «The Changing Professional Organization», i Powell, Michael J., David M. Brock and C.R. Hinings (eds.): *Restructuring the Professional Organization. Accounting, health care and law*. New York: Routledge.
- Skaset, Maren (2003): «Reformtid og markedsgløtt: Det offentlige helsevesen etter 1985», i Schiøtz, Aina: *Folkets helse – landets styrke 1850–2003*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sommervold, Wenche (1996): «Ledelse i sykepleien: forståelsesmåter i endring», i Erichsen, Vibeke (red.): *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Oslo: TANO Aschehoug.
- St.meld. nr. 50 (1993–94): *Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*.
- Sørensen, Rune (2004): «Markedsreformer i offentlig sektor. Elitistisk motebølge, velferdskoalisjonens interesser eller partienes konkurranse om velgere?», *Tidsskrift for Samfunnsforskning*, (3).
- Vrangbæk, Karsten (1999): «New Public Management i sykehusfeltet – udformning og konsekvenser», i Bentsen, Eva Zeuthen, Finn Borum, Guðbjörg Erlingsdóttir, Kerstin Sahlin-Andersson (red.): *Når styringsambitioner møder praksis. Den svære omstillingen af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. Munksgaard: Handelshøjskolens Forlag.
- Wyller, Vegard Bruun (2000): «Gi keiseren hvad keiserens er...», *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 120.

## PUBLIKASJONER FRA ATM- PROSJEKTET, ROKKANSENTERET

Notatene kan bestilles fra Rokkansenteret, tlf. 55 58 97 10,  
e-post: [post@rokkan.uib.no](mailto:post@rokkan.uib.no), <http://www.rokkansenteret.uib.no>

### RAPPORTER

#### 2004

- 3-2004 Rune Hallingstad: *Regional styring i lys av foretaksorganiseringen. En sammenlignende studie av Helse Vest-Norge RHF og Helse Midt-Norge RHF*. September 2004.
- 5-2004 Sturla Herfindal: *Veien frem til sykehusreformen – En studie av beslutningsprosessen bak lov om helseforetak*. November 2004.

### NOTATER

#### 2005

- 15-2005 Haldor Byrkjeflot: «The Rise of a Health-Care State? Recent Health-Care Reforms in Norway». December 2005.
- 16-2005 Monica Skjøld Johansen: «Penga eller livet? Lederutfordringer i det reformerte norske sykehusvesenet». Desember 2005.

#### 2004

- 1-2004 Dag Olaf Torjesen and Hallgeir Gammelsæter: «Management Between Autonomy and Transparency in the Enterprise Hospital». January 2004.
- 2-2004 Haldor Byrkjeflot and Simon Neby: «The Decentralized Path Challenged? Nordic Health Care Reforms in Comparison». January 2004.
- 5-2004 Karsten Vrangbæk and Katarina Østergren: «The Introduction of Choice in Scandinavian Hospital Systems. Arguments and Policy Processes in the Danish and the Norwegian Case». March 2004.
- 15-2005 Katarina Østergren: «The Institutional Construction of Consumerism. A Study of Implementing Quality Indicators». December 2004.
- 17-2004 Tom Christensen, Per Læg Reid and Inger Marie Stigen: «Performance Management and Public Sector Reform: the Norwegian Hospital Reform». December 2004.
- 22-2004 Birte Folgerø Johannessen: «Ledelse og evidens i det psykiske helsevernet, konsekvenser for kunnskapsforståelse og organisering». Desember 2004.

#### 2003

- 22-2003 Ivar Bleiklie, Haldor Byrkjeflot and Katarina Östergren: «Taking Power from Knowledge. A Theoretical Framework for the Study of Two Public Sector Reforms». December 2003.
- 23-2003 Per Læg Reid, Ståle Opedal and Inger Marie Stigen: «The Norwegian Hospital Reform – Balancing Political Control and Enterprise Autonomy». December 2003.



**NOTATSERIE ROKKANSENTERET (ISSN 1503-0946)**

Notatene kan bestilles fra Rokkansenteret, tlf. 55 58 97 10,  
e-post: [post@rokkkan.uib.no](mailto:post@rokkkan.uib.no), <http://www.rokkkansenteret.uib.no>

**2005**

- 1-2005** *Ivar A. Lima og Agnete Vabø:* «Instituttstruktur og fakultetsorganisering ved HF-fakultetet, Universitetet i Bergen». Mai 2005.
- 2-2005** *Dag Arne Christensen og Jacob Aars:* «Modalen: Fra off-road til on-line på 25 år». Mai 2005.
- 3-2005** *Nanna Kildal:* «Fra arbeidsbegrepets historie: Aristoteles til Marx». Mai 2005.
- 4-2005** *Per Læg Reid, Paul G. Roness and Kristin Rubecksen:* «Autonomy and Control in the Norwegian Civil Service: Does Agency Form Matter?». September 2005.
- 5-2005** *Per Læg Reid, Paul G. Roness and Kristin Rubecksen:* «Regulating Regulatory Organizations: Controlling Norwegian Civil Service Organizations». September 2005.
- 6-2005** *Tom Christensen and Per Læg Reid:* «Regulatory Reforms and Agencification». November 2005.
- 7-2005** *Anne Lise Fimreite and Per Læg Reid:* «Specialization and Coordination: Implications for Integration and Autonomy in a Multi-Level System. November 2005.
- 8-2005** *Per Læg Reid, Paul G. Roness and Kristin Rubecksen:* «Performance Management in Practice – The Norwegian Way». November 2005.
- 9-2005** *Stig Hellenen:* «Omstilling i Arbeidstilsynet: Tilsynsmeldingens konsekvenser for strategi og organisering». November 2005.
- 10-2005** *Per Læg Reid, Runolfur Smari Steinthorsson and Baldur Thorhallsson:* «Europeanization of Nordic Central Governments: Towards a Transnational Regulatory State?». November 2005.
- 11-2005** *Kari Ludvigsen and Kari Tove Elvbakken:* «The Public, the Mother and the Child. Public Health Initiatives Promoting the Strong and Happy Child – Focusing on Food and Mental Health». December 2005.
- 12-2005** *Rune Ervik and Ingrid Helgøy:* «Overcoming the Barriers and Seizing the Opportunities for Active Ageing in Norway: Report from an Expert Panel Meeting». December 2005.
- 13-2005** *Ingrid Helgøy:* «Active Ageing and the Norwegian Health Care System». December 2005.
- 14-2005** *Martin Byrkjeland og Knut Grove:* «Bygdeutvikling i Hordaland 1990–2005». Desember 2005.
- 15-2005** *Haldor Byrkjeflot:* «The Rise of a Healthcare State? Recent Health Care Reforms in Norway». December 2005.
- 16-2005** *Monica Skjold Johansen:* «Penga eller livet? Lederutfordringer i det reformerte norske sykehusvesenet». Desember 2005.

**2004**

- 1-2004** *Dag Olaf Torjesen and Hallgeir Gammelsæter:* «Management Between Autonomy and Transparency in the Enterprise Hospital». January 2004.
- 2-2004** *Haldor Byrkjeflot and Simon Neby:* «The Decentralized Path Challenged? Nordic Health Care Reforms in Comparison». January 2004.
- 3-2004** *Tom Christensen and Per Læg Reid:* «The Fragmented State – the Challenges of Combining Efficiency, Institutional Norms and Democracy». March 2004.
- 4-2004** *Morten Dyrdal:* «Europeisering av tilsynsmyndigheter i Norge og Sverige». Mars 2004.
- 5-2004** *Karsten Vrangbæk and Katarina Østergren:* «The Introduction of Choice in Scandinavian Hospital Systems. Arguments and Policy Processes in the Danish and the Norwegian Case». March 2004.
- 6-2004** *Marit Tjomsland:* «Internationalization at Norwegian Universities and Colleges after the Quality Reform». April 2004. The Globalization Program.
- 7-2004** *Hans-Tore Hansen, Anne Hege Trædal-Henden, Olaf Jürgens and Wolfgang Voges:* «Poverty among Households with Children: A Comparative Study of Lone Parents and Couples with Children in Norway and Germany». April 2004.
- 8-2004** *Renate Støretvedt Lien og Arnhild Taksdal:* «Integrering av kjønnsperspektiv i offentlig tjenesteproduksjon og planlegging». Mai 2004.
- 9-2004** *Ingrid Helgøy og Synnøve Serigstad:* «Tilsyn som styringsform i forholdet mellom staten og kommunene». Mai 2004.
- 10-2004** *Morten Dyrdal:* «Legemiddeltilsyn og europeisering». September 2004.

- 11-2004 *Bodil Ravneberg*: «Økonomiske insentiv i arbeidslinjen, virker det? Evaluering av forsøksordning med kvalifiseringsstønad i 'Prosjektet Amalie' i Åsane». Oktober 2004.
- 12-2004 *Per Læg Reid and Synnøve Serigstad*: «Organizing for Homeland Security: The Case of Norway». November 2004.
- 13-2004 *Ivar Bleiklie*: «Institutional Conditions and the Responsibilities of Universities». November 2004.
- 14-2004 *Lise Hellebø*: «Food Safety at Stake – the Establishment of Food Agencies». November 2004.
- 15-2004 *Katarina Østergren*: «The Institutional Construction of Consumerism. A Study of Implementing Quality Indicators». November 2004.
- 16-2004 *Ingrid Helgøy and Anne Homme*: «Governance in Primary and Lower Secondary Education. Comparing Norway, Sweden and England». November 2004.
- 17-2004 *Tom Christensen, Per Læg Reid and Inger Marie Stigen*: «Performance Management and Public Sector Reform: The Norwegian Hospital Reform». December 2004.
- 18-2004 *Tom Christensen and Per Læg Reid*: «Regulatory Agencies – The Challenges of Balancing Agency Autonomy and Political Control». December 2004.
- 19-2004 *Dag Arne Christensen*: «Velferdsstat, rettighetslovgivning og lokalt selvstyre». Desember 2004.
- 20-2004 *Kristin Rubecksen*: «Civil Service Organizations in Norway: Organizational Features and Tasks». December 2004.
- 21-2004 *Kjell Erik Lommerud, Odd Rune Straume and Lars Sjørgard*: «National Versus International Mergers in Unionised Oligopoly». December 2004. The Globalization Program.
- 22-2004 *Birte Folgerø Johannessen*: «Ledelse og evidens i det psykiske helsevernet, konsekvenser for kunnskapsforståelse og organisering». Desember 2004.
- 23-2004 *Jacob Aars og Svein Kvalvåg*: «Politiske uttrykksformer i en bykontekst». Desember 2004.
- 24-2004 *Ingrid Helgøy*: «Active Ageing in the Labour Market. Country Report – Norway». December 2004.
- 25-2004 *Torgeir Sveri*: «Strukturer og reformer. En kvalitativ analyse av reformen 'Enhetlig ledelse' sett i lys av sykehusets arbeidsorganisering». Desember 2004.
- 26-2004 *Stig Hellenen*: «Arbeidstilsynets rollekonflikt: Vekslede tilsynsstrategier mellom kontroll og veiledning». Desember 2004.
- 27-2004 *Kjell Erik Lommerud, Frode Meland and Odd Rune Straume*: «Globalisation and Union Opposition to Technological Change». December 2004.
- 28-2004 *Frode Meland*: «A Union Bashing Model of Inflation Targeting». December 2004. The Globalization Program.

### 2003

- 1-2003 *Tom Christensen og Per Læg Reid*: «Politisk styring og privatisering: holdninger i elitene og befolkningen». Mars 2003.
- 2-2003 *Ivar Bleiklie, Per Læg Reid and Marjoleine H. Wik*: «Changing Government Control in Norway: High Civil Service, Universities and Prisons». March 2003.
- 3-2003 *Badi H. Baltagi, Espen Bratberg and Tor Helge Holmås*: «A Panel Data Study of Physicians' Labor Supply: The Case of Norway». March 2003. HEB.
- 4-2003 *Kjell Erik Lommerud, Frode Meland and Lars Sjørgard*: «Unionised Oligopoly, Trade Liberalisation and Location Choice». March 2003. The Globalization Program.
- 5-2003 *Lise Hellebø*: «Nordic Alcohol Policy and Globalization as a Changing Force». April 2003.
- 6-2003 *Kim Ove Hommen*: «Tilsynsroller i samferdselssektoren». April 2003.
- 7-2003 *Tom Christensen and Per Læg Reid*: «Trust in Government – the Significance of Attitudes Towards Democracy, the Public Sector and Public Sector Reforms». April 2003.
- 8-2003 *Rune Ervik*: «Global Normative Standards and National Solutions for Pension Provision: The World Bank, ILO, Norway and South Africa in Comparative Perspective». April 2003. The Globalization Program.
- 9-2003 *Nanna Kildal*: «The Welfare State: Three Normative Tensions». Mai 2003.
- 10-2003 *Simon Neby*: «Politisk styring og institusjonell autonomi – tre illustrasjoner». Mai 2003.
- 11-2003 *Nina Berven*: «Cross National Comparison and National Contexts: Is what we Compare Comparable?». July 2003. The Globalization Program.

- 12-2003 *Hilde Hatleskog Zeiner*: «Kontrollhensyn og kontrollpraksis. En studie av Food and Veterinary Office (FVO)». August 2003.
- 13-2003 *Nanna Kildal*: «Perspectives on Policy Transfer». August 2003.
- 14-2003 *Erik Allardt*: «Two Lectures: Stein Rokkan and the Twentieth Century Social Science». «Den sociala rapporteringens tidstypiska förankring». September 2003.
- 15-2003 *Ilcheong Yi*: «The National Patterns of Unemployment Policies in Two Asian Countries: Malaysia and South Korea». September 2003. The Globalization Program.
- 16-2003 *Dag Arne Christensen*: «Active Ageing: Country Report Norway». November 2003.
- 17-2003 *Kim Ove Hommen*: «Tilsynspolitik i Norge: Utflytting og autonomi». November 2003.
- 18-2003 *Dag Arne Christensen, Rune Ervik and Ingrid Helgøy*: «The Impact of Institutional Legacies on Active Ageing Policies: Norway and UK as Contrasting Cases». December 2003.
- 19-2003 *Ole Frithjof Norheim og Benedicte Carlsen*: «Legens doble rolle som advokat og portvakt i Fastlegeordningen. Evaluering av fastlegeordningen». Desember 2003. HEB
- 20-2003 *Kurt R. Brekke og Odd Rune Straume*: «Pris- og avanseregulering i legemiddelmarkedet. En prinsipiell diskusjon og en vurdering av den norske modellen». Desember 2003. HEB
- 21-2003 *Per Lægveid, Vidar W. Rolland, Paul G. Roness and John-Erik Ågotnes*: «The Structural Anatomy of the Norwegian State 1947–2003». December 2003.
- 22-2003 *Ivar Bleiklie, Haldor Byrkjeflot and Katarina Östergren*: «Taking Power from Knowledge. A Theoretical Framework for the Study of Two Public Sector Reforms». December 2003. ATM.
- 23-2003 *Per Lægveid, Ståle Opedal and Inger Marie Stigen*: «The Norwegian Hospital Reform – Balancing Political Control and Enterprise Autonomy». December 2003. ATM.
- 24-2003 *Håkon Høst*: «Kompetansemåling eller voksenutdanning i pleie- og omsorgsfagene? Underveisrapport fra en studie av pleie- og omsorgsutdanningene». Desember 2003.
- 25-2003 *Kjell Erik Lommerud, Odd Rune Straume and Lars Sørgard*: «Downstream merger with upstream market power». The Globalization Program. December 2003.
- 26-2003 *Ingrid Drexel*: «Two Lectures: The Concept of Competence – an Instrument of Social and Political Change». «Centrally Coordinated Decentralization – No Problem? Lessons from the Italian Case». December 2003.

## 2002

- 1-2002 *Håkon Høst*: «Lærlingeordning eller skolebasert utdanning i pleie- og omsorgsfagene?». April 2002.
- 2-2002 *Jan-Kåre Breivik, Hilde Haualand and Per Solvang*: «Rome – a Temporary Deaf City! Deaflympics 2001». June 2002.
- 3-2002 *Jan-Kåre Breivik, Hilde Haualand og Per Solvang*: «Roma – en midlertidig döv by! Deaflympics 2001». Juni 2002.
- 4-2002 *Christian Madsen*: «Spiller det noen rolle? – om hverdagen på nye og gamle sykehjem». Juni 2002.
- 5-2002 *Elin Aasmundrud Mathiesen*: «Fritt sykehusvalg. En teoretisk analyse av konkurranse i det norske sykehusmarkedet». Juni 2002. HEB.
- 6-2002 *Tor Helge Holmås*: «Keeping Nurses at Work: A Duration Analysis». June 2002. HEB.
- 7-2002 *Ingvild Halland Ørnsrud*: «Mål- og resultatstyring gjennom statlige budsjettreformer». Juli 2002.
- 8-2002 *Torstein Haaland*: «Tid, situasjonisme og institusjonell utakt i systemer». Juli 2002.
- 9-2002 *Kristin Strømsnes*: «Samspillet mellom frivillig organisering og demokrati: Teoretiske argument og empirisk dokumentasjon». August 2002.
- 10-2002 *Marjoleine Hooijkaas Wik*: «Mangfold eller konformitet? Likheter og forskjeller innenfor og mellom fem statlige tilknytningsformer». August 2002.
- 11-2002 *Knut Helland*: «Den opprinnelige symbiosen mellom fotball og presse». September 2002.
- 12-2002 *Nina Berven*: «National Politics and Global Ideas? Welfare, Work and Legitimacy in Norway and the United States». September 2002. The Globalization Program.
- 13-2002 *Johannes Hjellbrekke*: «Globalisering som utfordring til samfunnsvitskapane». September 2002. Globaliseringsprogrammet.
- 14-2002 *Atle Møen*: «Den globale produksjonen av symbol og kunnskap. Verdsflukt og verdsherredømme». September 2002. Globaliseringsprogrammet.

- 15-2002 *Tom Christensen and Per Læg Reid:* «Complex Patterns of Interaction and Influence Among Political and Administrative Leaders». October 2002.
- 16-2002 *Ivar Bleiklie:* «Hierarchy and Specialization. On Institutional Integration of Higher Education Systems». Oktober 2002.
- 17-002 *Per Læg Reid, Runolfur Smari Steinthorsson and Baldur Thorhallsson:* «Europeanization of Public Administration: Effects of the EU on the Central Administration in the Nordic States». November 2002.
- 18-2002 *Tom Christensen and Per Læg Reid:* «Trust in Government – the Relative Importance of Service Satisfaction, Political Factors and Demography». November 2002.
- 19-2002 *Marit Tjomsland:* «Arbeidsinnvandrings situasjonen i Norge etter 1975». November 2002. Globaliseringsprogrammet.
- 20-2002 *Augustín José Menéndez m.fl.:* «Taxing Europe. The Case for European Taxes in Federal Perspective». December 2002. The Globalization Program.
- 21-2002 *Fredrik Andersson and Kai A. Konrad:* «Globalization and Risky Human Capital Investment». December 2002. The Globalization Program.
- 22-2002 *Fredrik Andersson and Kai A. Konrad:* «Human Capital Investment and Globalization in Extortionary States». December 2002. The Globalization Program.
- 23-2002 *Anne Lise Fimreite, Yngve Flo og Jacob Aars:* «Generalistkommune og oppgavedifferensiering. Tre innlegg». Desember 2002.
- 24-2002 *Knut Grove:* «Frå privat initiativ til kommunalt monopol. Lysverk, sporvegar og renovasjon i Bergen og Oslo 1850–1935». Desember 2002.
- 25-2002 *Knut Grove:* «Mellom 'non-intervention' og 'samfundsvillie'. Statleg og kommunal regulering av økonomisk verksemd i Norge på 1800-talet». Desember 2002.
- 26-2002 *Dag Arne Christensen:* «Hovedtyper av valgordninger. Proporsjonalitet eller politisk styring?». Desember 2002.
- 27-2002 *Jan Erik Askildsen, Badi H. Baltagi and Tor Helge Holmås:* «Will Increased Wages Reduce Shortage of Nurses? A Panel Data Analysis of Nurses' Labour Supply». December 2002. HEB.
- 28-2002 *Sturla Gjesdal, Peder R. Ringdal, Kjell Haug and John Gunnar Mæland:* «Medical Predictors of Disability Pension in Long-Term Sickness Absence. December 2002. HEB.
- 29-2002 *Dag Arne Christensen og Jacob Aars:* «Teknologi og demokrati. Med norske kommuner på nett!». Desember 2002.
- 30-2002 *Jacob Aars:* «Byfolk og politikk. Gjennomgang av data fra en befolkningsundersøkelse i Bergen, Oslo og Tromsø». Desember 2002.
- 31-2002 *Hjørdis Grove:* «Kommunaliseringsprosessen i Århus 1850–1940». Desember 2002.