

*“Det er ikke et pleiehjem vi driver her...”*

## **En studie av profesjonskonflikter i sykehus etter innføring av enhetlig ledelse**

*Monica Skjöld Johansen, PhD student, Handelshøyskolen BI<sup>1</sup>*

### **Innledning**

I løpet av 1990-årene har norske helsemyndigheter innført flere reformer, med det mål for øyet å få et mer brukervennlig og effektivt helsevesen. Midlene har blant annet vært i forhold til økonomiske styringstiltak (DRG/Innsatsstyrt finansiering), eierskap og organisering av sykehus (helseforetaksreformen), samt ledelse (enhetlig ledelse). Denne artikkelen retter fokus mot reformen om enhetlig ledelse.

Enhetlig ledelse ble vedtatt innført i norske sykehus fra 1. januar 1999 (Lov om spesialisthelsetjenester 1999). Reformen erstatter en praksis med todelt ledelse i norske sykehus, der leger og sykepleiere ledet sammen. Med enhetlig ledelse var tanken at man skulle ha én ansvarlig leder for hver organisatoriske enhet. Ideen stammer fra Fayol og hans ”unity-of-command” prinsipp, der tanken er at ingen skal motta ordre fra mer enn én overordnet, da dette skaper best mulig koordinert aktivitet i organisasjonen (Scott 1998). Hensikten med enhetlig ledelse var med andre ord at kommunikasjonen mellom de ulike nivåene ville bli enklere og mer rasjonell, samt at man ville oppnå klarere ansvarslinjer.

Vedtaket utløste en debatt mellom leger og sykepleiere om hvem som skulle ha rett på avdelingslederstillinger i norske sykehus; leger eller sykepleiere. Kjernen i debatten var spørsmålet om hvilke kvalifikasjoner en leder av en sykehusavdeling skulle ha. Debatten kom slik til uttrykk som en klassisk profesjonskonflikt, der leger og sykepleiere stod steilt mot hverandre. Uenighetene kulminerte sommeren 2002, da en omfattende polemikk raste i Bergens Tidende og Dagens Næringsliv. Den

---

<sup>1</sup> Handelshøyskolen BI, Institutt for ledelse og organisasjon. Nydalsveien 37, 0442 Oslo  
e-post: Monica.s.johansen@bi.no

umiddelbare foranledningen var at Kvinneklinikken på Haukeland sykehus hadde tilsatt en jordmor som avdelingssjef og ikke en lege.

Denne artikkelen tar utgangspunkt i den debatten som reformen om enhetlig ledelse utløste og de konfliktene den avdekket. Spørsmålene som stilles er *om* og eventuelt *hvordan* disse konfliktene uttrykkes i dag, samt *hvordan* de håndteres av de involverte partene; det vil si avdelingsledere med bakgrunn som leger eller sykepleiere.

I de senere årene har det vært en blomstring av studier knyttet til sykehusfeltet og sykehusreformer, både nasjonalt og internasjonalt. Disse studiene kan sies å ha gruppert seg om primært fire hovedakser. For det første, studier av reformprosesser (se for eksempel Byrkjeflot og Neby 2005). For det andre, studier av effektivitetsgevinster (se for eksempel Kjekshus 2004). For det tredje, brukerundersøkelser (se for eksempel Andreassen og Skjöld Johansen 2003) og for det fjerde, studier av mer mikroorientert art, med vekt på å undersøke de prosesser som settes i gang når reformer møter praksisfeltet. Denne siste typen av studier har særlig vært opptatt av de tradisjonelt sterke profesjonsgruppene som dominerer i sykehusene og hvordan disse har opplevd og forholdt seg til de nye reformene. Eksempelvis har Hanne Sognstrup i Danmark studert ”profesjonelle i avdelingsledelse”, der fokuset har vært hvordan legeledere og sykepleierledere forstår, utformer og beskytter<sup>2</sup> sine profesjonelle ledelsesprosjekter. Videre vektlegger hun de profesjonelle ledernes fortolkninger av ulike ledelsesmodeller i en reformkontekst (Sognstrup 2003).

Denne artikkelen setter søkelyset på profesjonskonflikter som ble manifestert i forbindelse med innføring av enhetlig ledelse. Med andre ord er artikkelen en studie av profesjonskonflikter som oppstod i tilknytning til innføringen av enhetlig ledelse spesielt og ikke spørsmål knyttet til ledelse generelt, eventuelt profesjonskonflikter generelt. Videre viser studien hvordan profesjonene over tid tilpasser seg hverandre og etterhvert faller tilbake til gammel praksis.

Enhetlig ledelse og dens konsekvenser har så langt vært lite studert. Først og fremst skyldes dette at reformen er såpass ny at det har vært vanskelig å studere dens konsekvenser inngående ennå. Vi vet derfor lite presist om hvordan enhetlig ledelse fungerer i praksis. I den grad reformen har vært studert, har fokus i stor grad vært på

---

<sup>2</sup> Begreper fra avhandlingens problemstilling.

møtet mellom én profesjonsgruppe og reformen, og i liten grad på de spenninger som reformen utløste *mellom* profesjonene.

Forskning på enhetlig ledelse i Norge har dessuten tatt utgangspunkt i kvantitative undersøkelser. Denne våren har Gjerberg og Sørensen utført en surveyundersøkelse ved AFI (Gjerberg og Sørensen 2005), der avdelingsledere i samtlige sykehus i Norge er blitt spurt diverse spørsmål om enhetlig ledelse. Denne surveyen er en viktig kartlegging av hvem som sitter i avdelingslederstillinger, hvor lenge de har sittet i stillingene og så videre. Det er imidlertid vanskelig å få tak i konflikter med bruk av kvantitative data, og i denne artikkelen belyses profesjonskonflikter derfor ved hjelp av kvalitative intervjuer med avdelingsledere. Jeg vil være opptatt av ledernes egne fortellinger om hvordan de mener det *bør* være og hvordan de beskriver hvordan det *er* i praksis. Slik mener jeg å komme inn bak den dominerende offentlige konflikten og få et bedre grep om de prosessene som ble satt i gang mellom sykehusorganisasjonens dominerende profesjonsgrupper, i kjølvannet av reformen om enhetlig ledelse.

Et viktig analytisk utgangspunkt for artikkelen blir dermed profesjonssosiologien og særlig spørsmålet om profesjonskonflikter og jurisdiksjon (se Abbott 1988). Med jurisdiksjon menes enkelt sagt en profesjons myndighetsområde. For å bevare dette myndighetsområdet benytter profesjonen argumenter som bygger opp under profesjonens hevd på denne jurisdiksjonen. Dersom flere profesjoner får tilgang på samme typen arbeid og de må forhandle om myndighetsområdet (i dette tilfellet ledelse) oppstår jurisdiksjonskonflikter (Abbott 1988). Man kan med andre ord betrakte avdelingsledelse og avdelingslederstillinger som myndighetsområder profesjonene kjemper om tilgangen på.<sup>3</sup>

Det empiriske materialet er hentet fra seksten kvalitative intervjuer med legeledere og sykepleierledere ved kliniske somatiske avdelinger i to norske sykehus. Intervjuene er gjort blant ledere både i kirurgiske og medisinske avdelinger. Videre er

---

<sup>3</sup> Mange vil argumentere for at også kjønn vil spille en viktig rolle når man snakker om profesjoner. Tradisjonelt har leger vært menn, mens sykepleiere tradisjonelt har vært og er kvinner. Jeg velger likevel å holde et profesjonsfokus på denne artikkelen og vil ikke drøfte funnene på bakgrunn av kjønnsdimensjonen. Grunnen er at mine funn tyder på at de kvinnelige legenes oppfatninger av enhetlig ledelse og profesjoner er samstemte med de mannlige legenes. Dette tyder på en sterk sosialiseringssprosess innad i profesjonen, som fører til en kollektiv rasjonalitet når det gjelder synet på ledelse i sykehus. Tilsvarende gjelder for sykepleierlederne.

det gjort analyser av de ulike aktørenes innlegg i media, samt skriftlig materiale fra Den norske legeforening og Sykepleierforbundet.

Artikkelens disposisjon er som følger: Først vil det gis en beskrivelse av det empiriske og teoretiske bakteppet. Deretter en gjennomgang metode og data. Til sist vil jeg gå gjennom funn og analyser, samt forsøke å trekke noen konklusjoner.

### **Det empiriske og teoretiske bakteppet**

Ved stortingsvalget i 1985 satte man for første gang helsetjenestene høyt på den politiske dagsorden. Debatten knyttet seg blant annet an til de raskt økende kostnadene og utgiftene i sykehusvesenet, samt til at sykehusvesenet ble oppfattet som tungrodd og ineffektivt. Et av midlene for å få bukt med denne negative utviklingen var å fokusere på en mer rasjonell ledelse av sykehusene. Gjennom en mer profesjonell styring og ledelse av sykehusene ønsket man å bidra til økt effektivitet (Skaset 2003).

Den langvarige debatten resulterte i at Sosial- og helsedepartementet 19. april 1996 nedsatte et utvalg; *Steine-utvalget*, som skulle utrede spørsmålet om intern organisering og ledelse i norske sykehus. Mandatet var *å foreslå tiltak innenfor områdene ledelse og organisering som kan bedre driften ved norske sykehus*. Resultatet ble NOU 1997: 2, *Pasienten først!*

1. januar 1999 ble enhetlig ledelse vedtatt innført ved alle norske sykehus. Enhetlig ledelse innebærer i praksis at både leger og sykepleiere har fått tilgang på avdelingslederstillinger i sykehus. Prinsippet er tanken om en klar og synlig ledelse, samt at den som er best egnet til å lede skal lede, altså en profesjonsuavhengig ledelse. Man skal tilsette person og ikke profesjon i lederstillinger.

Innføringen av enhetlig ledelse skapte mye debatt og møtte mye motstand. Uenigheten kom i stor grad til å dreie seg om hvilke kvalifikasjoner en avdelingsleder burde ha og hvilken yrkesgruppe som skulle ha tilgang på disse stillingene. Utredningen som lå til grunn for reformen, fastslo kun at den som skulle lede en sykehusavdeling måtte ha relevant ledererfaring og ”nødvendig innsikt i den virksomhet vedkommende har et ledelsesmessig ansvar for” (NOU 1997:2). Heller ikke i den endelige lovteksten ble dette spørsmålet nærmere presisert (Lov om spesialisthelsetjenester 1999). Det uklare forholdet var hva som var ”relevant erfaring” og hva som skulle regnes som ”nødvendig innsikt”.

Både legene og sykepleierne ønsket tilgang på avdelingslederstillingene. Legene ønsket enerett på stillingene, mens sykepleierne ville ha tilgang på lik linje med legene. De to profesjonsgruppene argumenterte svært ulikt i forhold til hva de oppfattet som de viktigste lederegenskaper for en avdelingsleder. Legene mente at kun en lege med spesialisering innenfor det aktuelle fagfeltet kunne lede. Med andre ord argumenterte legene for faglig ledelse, som primært innebærer ledelse av fag, der de som er dyktigst i faget skal lede (Byrkjeflot 1997). Sykepleierne derimot anså ledelse av sykehusavdelinger som en form for administrativ ledelse, der medisinsk/sykepleiefaglig bakgrunn i kombinasjon med lederutdanning og personlige (leder)egenskaper var det vesentlige.

Etter en stund roet debatten seg tilsynelatende ned, og i sykehusene så vi etter hvert en klar tendens mot at sykepleierne fikk tilgang på lederstillinger. I 2002 var det 90% leger, mens vi i dag ser at 64% av avdelingslederne er leger, og 23% er sykepleiere (inkludert jordmødre). Resten har annen profesjonsbakgrunn (Gjerberg og Sørensen 2005).

Spørsmålet som reiser seg er om profesjonskonflikten har forsvunnet? Eller om det har oppstått en ny konsensus mellom de ulike profesjonsgruppene? Det som er klart er at reformen rokket ved veletablerte demarkasjonslinjer mellom de to profesjonene. Leger og sykepleiere inngår i det Abbott (1988) har kalt et *system av profesjoner*, der profesjonsgruppene er forbundet med hverandre gjennom de arbeidsoppgavene de utfører. Med andre ord kan profesjoner sees som innbyrdes forbundet med hverandre i et gjensidig avhengig system, som samtidig er et hierarkisk system.

I det hierarkiske systemet er profesjonene tuftet på ulik teoretisk og empirisk kunnskap, der de mer teoretisk orienterte profesjonene plasserer seg øverst i yrkeshierarkiet, mens de empirisk orienterte plasserer seg lenger ned i hierarkiet. I dette profesjonssystemet har sykepleierne vært legene faglig sett underordnet (Berg 1987).

I denne systemtankegangen inngår en forståelse av at ulike profesjoner har ulike myndighetsområder over arbeidsoppgaver; noen oppgaver er tradisjonelt sykepleieroppgaver, mens andre tar legen seg av. Profesjonslitteraturen argumenterer for at demarkasjonslinjene mellom profesjoner er solide og robuste, noe som innebærer at endringer av disse grensene trenger tid for å sette seg og bli akseptert av de involverte (Abbott 1988). Imidlertid er ikke disse myndighetsområdene statiske.

Snarere vil de være gjenstand for stadig forhandling og reforhandling. Defineringen av hvilken yrkesgruppe som har krav og tilgang på et myndighetsområde, vil derfor endre seg over tid. Sykepleierne har opp gjennom historien blant annet overtatt flere og flere av legens praktiske arbeidsoppgaver, slik som for eksempel sårstell og medikamentutdeling (Berg 1987).

Reformen om enhetlig ledelse var på mange måter et ytterligere steg i denne utviklingen, ved at den ga sykepleierne tilgang på lederposisjoner som hadde vært forbeholdt legene. I og med innføringen av enhetlig ledelse åpnet man opp for at både sykepleiere og leger kunne søke på samme lederstillinger i sykehus. Et viktig moment var imidlertid at som politisk reform var innføringen av enhetlig ledelse og de forskyvninger i demarkasjonslinjene som reformen representerte ikke generert av profesjonene selv. Snarere kom reformen som et eksogent sjokk på de ulike aktørene.

Resultatet var en umiddelbar manifestering av en latent konflikt som lenge hadde ligget mellom de to profesjonsgruppene og et behov for en redefinering av grensene mellom legeprofesjonen og sykepleierprofesjonen. En redefinering som igjen ledet til konflikter. Ut fra hva vi vet om profesjoner og relasjoner mellom dem, er det således lite som skulle tilsi at de konfliktene som reformen om enhetlig ledelse utløste, skulle være overvunnet allerede.

## **Data og metode**

Studien baserer seg på kvalitative intervjuer med profesjonelle avdelingsledere (legeledere og sykepleierledere) i kliniske somatiske avdelinger ved to norske sykehus. Til sammen består intervjumaterialet av seksten informanter. Intervjuene er gjennomført fra og med våren 2003 til og med mars 2005.

De seks første samtalene var av en eksplorerende karakter (Kvale 1997) med leger og sykepleiere i ulike stillinger i hierarkiet på et universitetssykehus. På bakgrunn av den informasjonen jeg hadde fra de ustrukturerte intervjuene, fulgte jeg opp med semi-strukturerte intervjuer (Rubin og Rubin 1995) med ledere på et middels stort lokalsykehus. De semistrukturerte intervjuene ble tatt opp på minidisk etter informantenes samtykke.

De første semi-strukturerte intervjuene ble gjort med to divisjonsdirektører, en med legebakgrunn og en med sykepleierbakgrunn. Disse to formidlet i neste runde kontakt med sine (underordnede) avdelingssjefer og meg. Hver av

divisjonsdirektørene foreslo to avdelingssjefer hver, som jeg kunne intervju. Et problem med det, kan selvsagt være at divisjonsdirektørene anbefalte meg å snakke med bestemte avdelingssjefer ut fra at disse har tilsvarende syn på reformen og organisasjonen som dem selv. Dette problemet forholdt jeg meg til, ved at jeg etter hvert utvidet utvalget. Jeg tok derfor kontakt med ”mine” divisjonsdirektører enda en gang for å spørre om de kunne formidle kontakt mellom meg og flere av sine avdelingssjefer, noe de gjorde. Jeg fikk i denne runden kontakt med en avdelingssykepleier på en kirurgisk avdeling, samt to legeledere som var avdelingssjefer.

Avdelingssjefene var både leger og sykepleiere; en legeleder tilknyttet kirurgisk divisjon og tre sykepleierledere fordelt på kirurgisk divisjon og to tilknyttet medisinsk divisjon. Til sammen består utvalget av syv leger, åtte sykepleiere samt en med annen bakgrunn.

Oppsummert kan vi konkludere med at dette empiriske materialet skulle være godt egnet til å si noe om legelederes og sykepleierlederes syn på hverandre som ledere og således om profesjonskonflikter i sykehusvesenet. Videre belyser materialet problemene med å implementere en politisk generert reform i et system som er sterkt forankret i tradisjoner og svært autonome profesjoner.

### **Funn og analyser**

Denne delen består av tre underdeler som fra ulike vinkler belyser spørsmålet om hvorvidt og eventuelt hvordan profesjonskonflikter utspiller seg på avdelingsnivå i dagens norske sykehus. Det første spørsmålet omhandler ledernes holdninger i forhold til hvem de mener *bør* lede. Det andre spørsmålet tar for seg hvordan ledere mener det faktisk *er*. Det siste spørsmålet omhandler hvordan det fungerer i det daglige mellom leger og sykepleiere i lederposisjoner; hvordan de forholder seg til reformen, rent praktisk. Med andre ord tar jeg utgangspunkt i hvordan ledere omtaler reformen og studerer hvorvidt det er konsensus eller diskrepans mellom *holdninger* og *handlinger* og hvordan dette eventuelt kommer til uttrykk i forhold til hvordan de agerer.

*Hvilken profesjon mener legeledere og sykepleierledere bør lede?*

Motstanden mot reformen, slik den ble nedfelt, kom særlig fra legene fordi de mente at den som skulle ha ansvar på avdelingene burde ha medisinsk-faglig kompetanse på høyt nivå, det vil si medisinsk embetseksamen.<sup>4</sup> Dette innebærer i praksis et syn som tilsier at kun leger med spesialisering innen det aktuelle fagfeltet kan lede en sykehusavdeling. I motsetning til legene med Legeforeningen i spissen, mente andre (blant annet Jordmorforeningen, Sykepleierforbundet og flere politikere), at medisinsk embetseksamen ikke var en forutsetning for å kunne lede sykehusavdelinger. Sykepleierne mente de var vel så kvalifiserte, særlig på bakgrunn av deres lange tradisjon for å søke lederutdanning.

Både legelederne og sykepleierlederne jeg har snakket med, er klare på at det *bør* være enhetlig ledelse i norske sykehus og at det burde vært innført tidligere. Det er enighet om at enhetlig ledelse bidrar til klare ansvarslinjer og enklere kommunikasjon mellom de ulike nivåene. Med andre ord, er både legene og sykepleierne enige om at dette er en fornuftig og ryddig ordning. Problemet er bare at legene og sykepleierne ikke er overensstemt om hva man skal forstå med ledelse, og sånn sett hvilken profesjon som bør lede. Sagt på en annen måte, de definerer innholdet i samme type stilling ulikt. Denne uenigheten var grunnleggende i mediedebatten og kommer også klart til uttrykk i mitt intervjumateriale. En av legene hevdet i mediedebatten blant annet at *ansvaret må tillegges en legespesialist innenfor det aktuelle fagområdet* (BT 02.06.02). Fra sykepleiernes side ble det blant annet påpekt at man i avdelingslederstillinger ikke trengte legefaglig kompetanse og at *avdelingssjefens jobb var å tilrettelegge for at alle skal kunne gjøre jobben de var kvalifisert til på best mulig måte* (DN 13.07.02).

Mine funn støtter opp om dette. Sykepleierne jeg intervjuet er klare på at den som sitter i lederstillinger *bør* ha formell lederkompetanse. Med formell lederkompetanse mener de lederutdanning der man trer ut av avdelingen og klinikken for en periode, gjerne opp til et år, og leser organisasjon og ledelsesfag sammen med andre som ønsker å gå inn i lederstillinger. Dette mener de uttrykker et bevisst valg, som er vesentlig for å kunne drive med ledelse i sykehus:

---

<sup>4</sup> Legene var i utgangspunktet *for* reformen fordi de mente man måtte avklare ansvarsforholdene på sykehusene. Motstanden kom i det man åpnet opp for at også andre yrkesgrupper (som sykepleierne) kunne søke på samme stillinger som legene. Sykepleierne på sin side, var i utgangspunktet mer skeptiske til reformen, fordi de mente det fungerte bra med todelt ledelse.

*Jeg tror jo at man bør ha det, for det å gå gjennom en lederutdanning er en utviklingsprosess. (...) Så jeg tror det er nyttig å ha lederutdanning. Jeg har alltid jobbet veldig for at ledere skal ha minimum ettårig eller 60 studiepoengs lederutdanning. Det er noe med å bli tatt ut og være i en utviklingsprosess, det tror jeg er viktig.*

Ledelse i sykehus er således en egen karrierevei sett fra sykepleiernes ståsted. Det administrative hierarkiet er derfor viktig for sykepleierne. En av informantene mente at et av problemene med innføring av enhetlig ledelse for sykepleiernes del, var at de ikke bare møtte et glasstak, men snarere et *betongtak*.<sup>5</sup> Ved å sperre for at sykepleiere kunne gå inn i administrative lederstillinger i sykehus, ville sykepleieryrkets status bli forringet, med de konsekvensene det vil kunne medføre.

Sykepleiernes syn på ledelse må dog ikke forveksles med en ren administrativ ledelse, som tar utgangspunkt i at ledelse anses som et eget fag og at lederegenskaper er generiske. Ren administrativ ledelse ville i slike tilfeller være å forstå som ledelse der lederen ikke nødvendigvis har medisinskfaglig bakgrunn, men like gjerne har økonomisk bakgrunn eller annet tilsvarende. I dette synet på ledelse velger man personen som skal være leder helt uavhengig av vedkommendes profesjon. Dette er ikke sykepleiernes syn, noe vi ser tydelig i hvordan de distingverer seg fra hjelpepleierne ved å argumentere for at de er hjelpepleierne overordnet i pleiehierarkiet, og således også i profesjonssystemet (Sommervold 1997). Sykepleierne oppfatter seg selv som ledende i forhold til pleiehierarkiet. Ved å føre denne strategien unngår de krav fra hjelpepleierne om å få tilgang på lederstillinger. Argumentet sykepleierne fører er at en leder av en sykehusavdeling bør ha medisinsk-/pleiefaglig bakgrunn samt formell lederutdanning. I relasjonen mot hjelpepleierne støtter altså sykepleierne seg på en faglig begrunnelse for deres kvalifikasjon som ledere; der ledelse forstås som ledelse av fag og der ledelse bygger på ansiennitet innen det aktuelle faget og ikke lederutdanning i seg selv (Byrkjeflot 1999). Sykepleiernes syn på avdelingsledelse må på denne bakgrunn ses på som en hybrid mellom faglig ledelse og administrativ ledelse (Sommervold 1996).

Dette kan sees som en dobbelstrategi fra sykepleiernes side. På den ene siden argumenterer de sterkt for at de er et selvstendig fag og yrke, og at dette gjør dem likestilt med legene (Sommervold 1997). Ved å søke formell lederutdanning skapes

---

<sup>5</sup> Begrep brukt av en av informantene.

forventninger om å inneha lederstillinger i sykehus på lik linje med legene, lederstillinger som også omfatter lederansvar av legene (på tilsvarende måte som legene kan lede sykepleierne) (Kragh Jespersen 2005).

Sykepleierne argumenterer altså *ikke* for ren administrativ ledelse. Hadde de gjort det, måtte de samtidig akseptert at for eksempel også hjelpepleiere med tilleggsutdanning i ledelse og administrasjon skulle få tilgang på lederstillinger. I likhet med legene argumenterer sykepleierne også for faglig ledelse, der de fagspesifikke kvalifikasjonene fremheves som viktige i forhold til organisasjonens mål.

I motsetning til mange leger mener flere av sykepleierne i mitt materiale, at formell lederutdanning er påkrevd og at medisinskfaglig bakgrunn også innbefatter sykepleierbakgrunn:

*Jeg tror jo at man må ha helsefaglig bakgrunn for å lede. (...) Og jeg tror faktisk at om man har den ene eller en annen bakgrunn, om man er sykepleier eller lege, hvis vi skal være konkrete, så har ikke det så mye å si. Det har mer å si om man er en god leder og at man klarer å se helhet og at man er inkluderende overfor de andre faggruppene.*

Legene i mitt materiale, er ikke like overbeviste om at man trenger lederutdanning for å kunne lede en sykehusavdeling. I legenes øyne bør en lege med spesialisering innenfor det aktuelle fagfeltet lede den aktuelle avdelingen. Ledelse handler for legene om ren faglig ledelse og knyttes tett opp til klinikken.

*Fordi jeg synes det [å drive klinisk] er viktig og jeg prøver å integrere det i mitt lederskap. Og er opptatt av at ledelse på dette nivået må ha en veldig god faglig forankring i klinikken.*

Samtidig uttrykker flere av legene at sykepleierne som gruppe har vært flinkere enn legene til å søke seg til videreutdanning i ledelse og sånn sett styrket sin posisjon. Legene anerkjenner altså sykepleiernes strategi, men argumenterer samtidig for at ledelse av en sykehusavdeling primært handler om ledelse av medisinske fag. På spørsmål om hvorfor legene mener at kun leger bør lede svarer en av legeinformantene på denne måten:

*Fordi vi kan faget. Vi vet hva det er vi skal gjøre rent medisinsk sett. Og vi vet hva som er det nye, hva som kommer. Og det er det som skal drive dette fremover. Det er ikke et pleiehjem vi driver. Dette er et sted hvor vi behandler mennesker. Og behandlingsmåten forandrer seg og da må vi legge opp driften etter det. Og det mener jeg at legene er de beste til å se og få til.*

Legenes og sykepleiernes ledelsesprosjekter (Larson 1977, Sognstrup 2003) er således på åpenbar kollisjonskurs. Legenes ledelsesprosjekt handler om at leger kun vil ledes av leger og at de oppfatter seg selv som de naturlige lederne i sykehus. Sykepleierne anses å være en hjelpeprofesjon i et profesjonssystem der legene er ledende profesjon, og der ledelse først og fremst forstås som ledelse av det medisinske faget, noe som primært vedrører behandlingsformer og faglige prioriteringer (Kragh Jespersen 2005).

Sykepleierne på sin side, aksepterer ikke å være en hjelpeprofesjon. De ønsker å være ledende i forhold til pleieområdet, noe som inkluderer ledelse av de øvrige pleiegrupper, i særdeleshet hjelpepleierne. Sykepleierne ønsker å være likestilt med legene i forhold til å lede eget fagområde, samt å ta del i øvrige ledelsesoppgaver på lik linje med legene. Strategien for å oppnå denne likestillingen er blant annet å søke lederutdanning (Kragh Jespersen 2005).

#### *Hvordan fungerer enhetlig ledelse i praksis?*

Det neste spørsmålet er hvordan enhetlig ledelse fungerer i praksis; altså hvordan det er. Antagelsen er at uenigheten mellom legene og sykepleierne om hvem som bør lede spiller seg ut i praksis siden de ennå ikke har funnet en felles forståelse av hva som kreves av en leder.

Først og fremst, ingen av lederne, verken legelederne eller sykepleierlederne, gir uttrykk for at de synes det er vanskelig å lede sykepleiere. Problemet med å være leder, knytter seg først og fremst til ledelse av leger. Dette støttes også av legelederne. Problemet knyttes med andre ord opp til et allment problem ved det å lede leger, og ikke som et problem på tvers av profesjoner; leger vegrer seg for å la seg lede. En av legelederne sier det på denne måten:

*Ja, det er vanskelig å lede leger uansett, tror jeg. Det er en utfordring uansett. (...) De er veldig individualistiske vet du! Autonome og! Er ikke villige til å innordne seg noe særlig.*

Samtidig er det et spørsmål om de eventuelle uoverensstemmelsene også kan koples til profesjon og profesjonssystemet. Flere sykepleierledere uttrykker at det kan være

vanskelig å være administrativ leder for legene, fordi legene ikke anser en person med annen faglig bakgrunn enn dem, som deres virkelige leder. Det gjør det vanskelig å få gjennomslag overfor legene.

*(...) jeg tror at mange leger ikke anser, altså når du ikke er samme fagperson som dem, så er du liksom ikke deres skikkelige leder. For de må ha en, altså hvis ikke legene kan gå til meg og diskutere fag, så føler de på en måte ikke at de får veiledning og støtte i det.*

Dette kan henge sammen med at en leges leder er en person med større faglig ballast enn dem selv, en som er høyere opp i det medisinske hierarkiet. Legene trenger en person de kan diskutere fag og forskning med, en de kan få veiledning og støtte av i faglige spørsmål. Den personen som kan tilby en lege det, blir også ansett som hans leder; mesteren i faget veileder novisen (Byrkjeflot 1999). Innenfor den faglige ledelsestradisjonen, som vi har sett at legene knytter seg til, står nettopp forholdet mellom mester og lærling sentralt. Ledelsesoppgavene består i å bevare fagets tradisjoner, og det gjøres blant annet ved å opprettholde det etablerte sosiale fellesskapet. En av legelederne på lokalsykehuset forteller at hun, for å holde seg faglig oppdatert, forsker og skriver artikler sammen fagfeller på et universitetssykehus.

Samtidig, verken legelederne eller sykepleierlederne kommer med konkrete eksempler på konflikter de har opplevd. Tvert i mot forteller de fleste at det fungerer greit i det daglige, selv om det kan være gnisninger med enkelte leger. En av sykepleierinformantene forteller at hun har hørt historier fra andre steder om leger som ikke lar seg lede av andre enn leger, uten å kunne gi noen konkrete eksempler. Hun sier videre at det fungerer greit på hennes avdeling og begrunner det med at *hun nok har vært heldig med legegruppen sin*. En legeleder forteller fra sin avdeling:

*(...) Det er jo klart at der er jo alltid konflikter mellom mennesker, småkonflikter. Det er ikke konfliktløst å være sammen med noen. Men det går ikke på, det får ikke lov til å gå på yrkesgrupper. Og med en gang vi har ant at nå kan det bli konflikter, så har vi tatt tak i det.*

Noen av sykepleierlederne forteller at de søkte stillingen som avdelingssjef sammen med en lege, der sykepleierlederen fikk stillingen. Jeg har spurt hvordan det var underveis i søknadsprosessen og i ettertid; om det var misnøye eller konflikter. De forteller at det var full åpenhet rundt det, og at de hadde mange diskusjoner med

legegruppen. Flere leger uttrykte skepsis, mens andre, særlig de yngre legene hadde en mer positiv innstilling. En av sykepleierne forteller at noen av de yngre legene hadde sagt til henne *det er klart at den må du ha!* Hun forteller videre at samarbeidet med legene i dag fungerer svært bra, og at hun og overlegen (som er hennes assisterende avdelingssjef) har en funksjonsfordeling som fungerer optimalt for begge parter.

Dette kan tyde på at mye av profesjonskampen i forhold til lederposisjoner, foregår på fagforeningsnivå og at det finnes få konkrete eksempler fra praksisfeltet. I det daglige er leger og sykepleiere nødt til å samarbeide. På spørsmål om hvorvidt informantene tror at profesjonskampen i større grad foregår på fagforeningsnivå, enn det den faktisk gjør i sykehusene, svarer en av sykepleierlederne slik:

*Ja, av og til så lurer jeg på om ikke den er større der. For når man jobber rundt pasienten og for pasienten, så blir hverdagen vår en annen. Og jeg sier ikke at det ikke er profesjonskamp på sykehuset, det kan være uenigheter, og det kan godt være leger som synes det er noe tull at sykepleierne skal bestemme noe som helst. Men det er lite. Sånne avvik finner man i alle slags miljøer, ikke bare sykehus. Det er jo noe med mennesketypene. Legene er jo veldig autonome som personer, og det må de på en måte være i jobben sin og. Men de er jo like interessert som oss i at pasienten skal ha det bra og reise herfra som fornøyd og frisk.*

Med andre ord fremholder denne informanten at det er en konflikt om enhetlig ledelse, men at den primært foregår på fagforeningsnivå. Informanten utelukker heller ikke at det eksisterer en konflikt i sykehusene, men at man overfor pasienter og pårørende ikke kan tillate seg dette. Mye tyder altså på at det er en diskrepans mellom hvordan legeledere og sykepleierledere mener det *bør* være og hvordan det *er* i praksis. Mens legene er av den oppfatning at en leder bør være lege, fremholder sykepleierne på sin side at det primære er hvorvidt lederen har formell lederutdanning, i tillegg til lege- eller sykepleierbakgrunn, som det avgjørende. Med andre ord er det ingen konsensus i forhold til hvem legelederne og sykepleierlederne mener bør lede. Dette skulle tilsi en konflikt mellom de to profesjonsgruppene

Likevel er det vanskelig å finne eksempler på konflikter i det daglige virket. Legene og sykepleierne virker vel forlikte og samarbeidet fungerer tilsynelatende bra. Dette kan enten tyde på at legelederne og sykepleierlederne er lojale mot fagforbundet og snakker deres sak når de blir intervjuet, uten at de nødvendigvis er 100% enige selv. Flere har opplevd at det fungerer bra med en sykepleier som sjef, men likevel

hevder de at en lege bør lede. Samtlige av de jeg snakket med var medlemmer av Legeforeningen henholdsvis Sykepleierforbundet. Med andre ord, er det sannsynlig at de snakker om enhetlig ledelse som man kunne forvente at en lojal legeleder eller sykepleierleder skal snakke. Under mediedebatten i 2002, kom det også frem at flere leger, som var uenige Legeforeningens syn, hadde blitt sanksjonert av legekolleger og Legeforeningen. En lege uttalte:

*(...) men mange er redde for å si noe. Laugsånden blant legene er meget sterk. Hvis du åpner opp for sykepleiere som sjef, så kan det bli oppfattet som om du "svikter" legenes sak. Du må aldri svikte faget. Da kan du bli ekskludert av kolleger og miste muligheten for å bli anerkjent (DN 14.07.02).*

At også 94% av landets leger er medlemmer av Legeforeningen støtter denne antagelsen om sterke lojalitetsbånd til kolleger og stand.

På den andre siden, flere av legene jeg har snakket med har uttrykt sterk misnøye mot sykepleiere i avdelingslederstillinger, uten at det nødvendigvis kommer til overflaten i det daglige. Det er vanskelig å forstå at denne misnøyen kun skal være et utslag av lojalitet til Legeforeningen og at den ikke er internalisert i den enkelte lege. Det er lite hensiktsmessig å skille mellom sosial identitet og individuell identitet; identiteten dannes i en prosess gjennom sosiale relasjoner (Jenkins 1996). Det er også en allmenn oppfatning at sosialiseringprosessen på medisinstudiet er sterk og at legene ofte opptrer som et kollektiv med felles normer (DiMaggio og Powell 1983, 1991) og med sterke lojalitetsbånd til hverandre. Med andre ord er det rimelig å anta at det er en latent profesjonskonflikt, som ikke kommer til overflaten. Det gir derfor mening å følge opp med spørsmålet: hvordan lever man med konfliktene i dag?

#### *Løs kopling som svar på profesjonskonflikten?*

Enhetlig ledelse er formelt innført på alle norske sykehus i dag, dog i noe ulik utstrekning. Samtlige sykehus praktiserer enhetlig ledelse ned til avdelingsledernivået, mens praksisen er noe ulik når det kommer ned på avdelingsoverlege/avdelingssykepleiernivå; det vi kaller førstelinjeleder-nivået (Grønhaug, Hellesøy og Kaufmann 2001). Det er med andre ord innført enhetlig ledelse på samtlige nivåer fra og med mellomledernivået og opp til og med toppledernivå på samtlige norske sykehus.

Som vi så ga NOU 1997:2 og Lov om spesialisthelsetjenster 1999 få klare retningslinjer på hvem som skulle lede eller hva som skal vektlegges i lederskapet.

Reformen gir med andre ord rom for fortolkninger og man vil derfor i praksis finne lokale løsninger i forhold til hvordan man fortolker reformen. For eksempel er det mye som tyder på at man mange steder fortsatt praktiserer todelt ledelse, der leger og sykepleiere sammen leder avdelingene. Forskjellen fra tidligere er at man nå har *en* ansvarlig leder istedenfor to. La meg utdype nærmere.

Ved flere sykehus har man innført en ordning som innebærer at der det er en lege som er avdelingssjef, der har man en sykepleier som assisterende avdelingssjef. Der man har en sykepleier som avdelingssjef, har man en lege som assisterende avdelingssjef. Riktignok rapporterer assisterende avdelingssjef i linje til avdelingssjefen og har sånn sett ikke et selvstendig sjefsansvar, men mye tyder på at man i praksis finner at legelederne og sykepleierlederne fungerer som team, der sykepleieren tar seg av det administrative, mens legen tar seg av det medisinskfaglige. Dette ser ut til å gjelde uansett stillingstittel de innehar. En av legelederne sier:

*Jeg har jo en ass som er sykepleier, som stort sett ivaretar veldig mye av det sykepleiefaglige.*

Med andre ord fordeler legen og sykepleieren i praksis jobben seg i mellom, der sykepleieren tar seg av pleierstaben og det administrative, mens legen gjør det legefaglige. Da man praktiserte todelt ledelse var funksjonsfordelingen basert på at avdelingsoverlegen tok seg av det medisinskfaglige, mens oversykepleier ledet pleierstaben samt gjorde det rent administrative på avdelingene. Mye tyder altså på at det har skjedd få praktiske endringer i forhold til dette.

Spørsmålet er om enhetlig ledelse i praksis fungerer bra fordi sykepleieren fortsatt tar seg av det sykepleiefaglige og det administrative, mens legen tar seg av legene og er medisinskfaglig ansvarlig, uansett hvem som er sjef og hvem som er assisterende sjef. Har man i norske sykehus i dag seget tilbake til gamle vaner og praktiserer ledelse som man gjorde før reformen? Er enhetlig ledelse ”skinnimplementert”? Mye kan tyde på det.

I intervjuene forteller legelederne at de ivaretar det medisinskfaglige ansvaret, og overlater sykepleiergruppen til sin assisterende avdelingssjef som er sykepleier. En legeleder forteller følgende:

*Det er jo en annen avdeling her med en sykepleier som leder, og det fungerer veldig greit. Og hvorfor fungere det så greit? Jo, fordi hun så klart tilkjenner at hvis det gjelder lege, doktoradministrative saker, så vil hun veldig gjerne at hennes ass, som på en måte er medisinskfaglig ansvarlig, ivaretar den jobben. Og hun fronter oppover, og på sykepleiersiden. Og det er en veldig bra funksjonsfordeling. Og det er jo i nærheten av det som het delt ledelse før.*

Slik fremstår norsk sykehusvesen som et kjerneeksempel på løst koplete systemer (Meyer og Rowan 1977). Med løs kopling forstås i dette tilfellet inkonsistens i forhold til organisasjonens formell struktur (de jure) og hverdagsaktiviteter (de facto). De jure er enhetlig ledelse innført; vi finner at samtlige sykehus har innført reformen. Dette har vært et ufravikelig krav fra myndighetenes side, og kan ikke forhandles om. De facto finner vi derimot at mange avdelinger praktiserer ut fra hva man mener fungerer best; det vil si hvordan man praktiserte før reformen. Ved å løskople seg på den måten opprettholder man samtidig profesjonssystemet slik det tradisjonelt har vært. Sykepleieren har tradisjonelt tatt seg av det administrative samt pleierstaben, mens legen har tatt seg av det medisinske. I dag finner vi, på flere sykehus, at lite er endret i så henseende.

Sånn sett finner man både plass til legenes faglige ledelse samt til de mer administrative oppgaver, som gjerne blir tilgodesett sykepleierne. Man finner med andre ord lokale løsninger som bidrar til å opprettholde det som i praksis fungerer best på de enkelte avdelingene og opprettholder sånn sett legitimiteten i systemet og for legens del, lojalitet overfor sine medisinske fagfeller. Man orienterer seg mot et system og en funksjonsfordeling man vet fungerer. Gjennom denne funksjonsfordelingen skiller man i sitt daglige virke mellom formell struktur (sykehusvesenets og politikernes mål og visjoner) og hverdagsaktivitetene (avdelingens daglige virke) og kopler seg på den måten løs fra organisasjonens formelle mål og visjoner. Ved å praktisere på denne måten virker det tilsynelatende som at legene og sykepleierne har løst konflikten seg i mellom. Dette inntrykket befestes ved at legene og sykepleierne prater positivt om reformen og uttrykker at de ønsker den velkommen.

Men det er én viktig og vesentlig endring fra tidligere; i dag har man én ansvarlig leder og ikke to som tidligere. Statistikken peker i retning av at sykepleierne mer og mer overtar det administrative ledelsesfeltet. Med andre ord, må man stille spørsmål om hvorvidt legene er i ferd med å forlate den offisielle ledelsesarenaen.

Hva er i så tilfelle det et uttrykk for? Man kan tenke seg tre grunner; for det første, det legene egentlig vil, er å jobbe klinisk, og ikke bruke tid på rent administrative oppgaver. Legene har studert medisin for å praktisere som medisinerer og ikke som administratorer. Når dette ikke lar seg forene, velger de bort det som for dem er det minst attraktive, nemlig administrative oppgaver.

Ved å orientere seg bort fra ledelsesfeltet får legene ryddet plass til å gjøre det de egentlig vil, nemlig å jobbe i klinikken. Samtlige av mine legeinformanter uttrykker at det å jobbe klinisk er det de egentlig vil og det de føler at de mestrer. Når jeg snakker med dem om det kliniske eller om medisinske nyvinninger er det tydelig at de er på hjemmebane. Dette er noe de kan og føler at de mestrer. De fleste har derfor planer om å gå tilbake til klinikken. Ved å jobbe klinisk ved siden av lederjobben, forske og publisere samt dra på fagkonferanser, vedlikeholder de kontakten med det medisinske fagmiljøet. Flere uttrykker sågar at de gjerne skulle satt av mer tid til klinisk arbeid. En av legelederne forteller at han *ønsker å jobbe mer i turnus, og derfor tar en del ekstra vakter i helgene*. Ved å jobbe klinisk ved siden av lederjobben blir det enklere å vende tilbake til klinikken på et senere tidspunkt fordi man fortsatt har faget i ”fingrene”.

Et annet argument for å vende seg tilbake til klinikken er at det er vanskelig å få respekt i legegruppen dersom de fullstendig fjerner seg fra det kliniske og blir rene administrative ledere. Legefaget er nært knyttet til klinisk praksis. Det er gjennom denne praksisen legene oppnår sin status, ikke gjennom administrative lederoppgaver. Flere leger jeg snakket med uttrykker sterk skepsis til legekolleger som går ut av faget og forblir ledere. Å være administrativ leder blant leger gir lite status. Det som gir status er den kliniske karrieren.

For det tredje, er det vanskelig for legene å akseptere å være sykepleiernes likestilte. Profesjonssystemet har vært tuftet på at legen har vært sykepleieren overordnet gjennom legefagets sterkere teoretiske og vitenskapelige orientering. Gjennom tilgang på samme lederstillinger gis det implisitt uttrykk for at leger og sykepleieres kompetanse på ledelsesområdet er likeverdige. Det er det vanskelig for legene å akseptere. En måte for legene å håndtere dette dilemmaet på er ved å distingvere seg fra ledelsesarenaen.<sup>6</sup> Det gjør de ved å gi uttrykk for at de opplever at

---

<sup>6</sup> Unntaket er Rikshospitalet, der det nesten kun er leger som er avdelingssjefer. Dermed vil dette bli opprettholdt som en arena for leger.

de ikke har gjennomslagskraft i stillingen, og at det gjør det umulig å sitte som leder. Det er med andre ord, mye som tyder på at legene leder fra stillinger som ikke er lederstillinger. Sagt på en annen måte, de leder i kraft av sitt faglige lederskap og sin faglige autonomi.

En konsekvens er at de nedvurderer ledelse og administrasjon som eget fag, og at de anser lederstillinger som stillinger uten makt, der man kun blir (topp)ledelsens løpegutt. Resultatet er at man i sykehus i realiteten får to statushierarkier; et faglig og et administrativt (Mintzberg 1983; Abbott 1988), der legene orienterer seg mot det faglige, mens sykepleierne orienterer seg mot det administrative.

Når legene distingverer seg fra administrative oppgaver ved å velge seg bort fra dem, vil det bli mindre konkurranse om stillingene, samtidig som man opprettholder funksjonsfordelingen á la todelt ledelse. En innsikt fra Bourdieus arbeider er hvordan ulike former for kapital mister sin status når de blir for tilgjengelige for de store massene (Bourdieu 1980). Resultatet er at man distingverer seg fra avdelingslederstillinger og nedvurderer stillingenes status.

Sykepleierne har lenge drevet en strategi (Sommervold 1997), der målet har vært tilsvarende status som legefaget. Et av midlene har vært å øke den abstrakte kunnskapen og få status som profesjon. Som vi har sett vil profesjonene være grunnlagt på ulik teoretisk og empirisk kunnskap, der de mer teoretiske fagene befinner seg høyere opp i hierarkiet (Abbott 1988; Freidson 1986). Ved å føre en strategi der middelet er å tilføre faget mer abstrakt kunnskap vil målet være at sykepleieryrket får høyere sosial status. Men når legene melder seg ut av administrative stillinger og sånn sett distingverer seg, setter de en ny dagsorden, der det som gir status innen gruppen er klinisk-faglig kompetanse. Dette innebærer intet tap for legene. For det første tjener de like mye som avdelingsoverleger som de gjør som avdelingssjefer. For det andre, de taper ingen sosial status ved å gå tilbake til klinikken. Tvert imot.

Konklusjonen er at de to strategiene; løskopling og det at legene synes å trekke seg ut av lederstillinger og heller vender seg mot det faglige hierarkiet, er to måter de to profesjonene tilsynelatende løser ledelseskonflikten. Ved å løskople seg blir det både plass til legenes faglige ledelse og sykepleiernes mer administrative ledelse. På den måten fungerer de to profesjonene sammen slik de gjorde tidligere da man praktiserte todelt ledelse. Når sykepleierne i tillegg ser ut til å overta

ledelsesfeltet, mens legene velger det faglige hierarkiet er det mye som tyder på at profesjonskonfliktene tilsynelatende har funnet sin løsning.

### **Oppsummering**

Denne artikkelen har satt på fokus på profesjonskonflikter i kjølvannet av innføringen av enhetlig ledelse i norske sykehus. Spørsmålet som ble reist i innledningen var hvordan profesjonskonfliktene spiller seg ut i dag. For å kunne besvare dette spørsmålet ble det først stilt spørsmål om man i dag finner profesjonskonflikter.

Til tross for at legene og sykepleierne er uenige om hva som kreves av en avdelingsleder, er det lite som tyder på at man finner de store konfliktene i det daglige virket på avdelingene. Både legelederne og sykepleierlederne tilkjenner at det er utfordrende å lede leger på grunn av deres autonomi. Videre uttrykker noen av sykepleierlederne at det kan være vanskelig å lede leger fordi de ikke anser en person med en annen faglig bakgrunn enn dem, som deres virkelige leder. Dette må ses i sammenheng med at det innenfor legefaget er tradisjon for faglig ledelse.

For å kunne leve med enhetlig ledelse er det mye som tyder på at legene og sykepleierne benytter to strategier. For det første kan det virke som at legelederne og sykepleierlederne har funnet en løsning på utfordringen ved å praktisere på den måten som fungerer best. Det innebærer at sykepleierne tar seg av det administrative og pleiepersonalet, og at legene tar seg av det legefaglige. Dette er på mange måter likt todelt ledelse, som var praksis før enhetlig ledelse ble innført. Det er dette man definerer som løs kopling.

For det andre, statistikken tyder på at det blir færre leger i avdelingslederstillinger. Grunnen kan være at legene bevisst velger seg bort fra det administrative hierarkiet og heller vender seg mot det faglige. For legenes del, er det dette som gir status blant fagfeller. Dette gir rom til sykepleierne som ser ut til å overta ledelsesfeltet i større grad. Ved å benytte seg av disse strategiene ser det ut til at legene og sykepleierne tilsynelatende har løst profesjonskonfliktene.

## Litteratur

- Abbott, Andrew (1988): *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. The University of Chicago Press, Chicago and London
- Andreassen, Irene og Monica Skjøld Johansen (2003): "Møtet med helsevesenet: Er det ulikt for gamle og unge?" i Daatland, Svein Olav, Frode Berglund, Irene Andreassen og Monica Skjøld Johansen (2003): *Eldre og Helse først. Alder, Makt og Ressurser*. Makt- og demokratiutredningen; Rapportserie; nr. 74- august 2003.
- Berg, Ole (1987): *Medisinens logikk*. Universitetsforlaget
- Bergens Tidende (2. juni 2002): "Ledelse av sykehusavdelinger."
- Bourdieu, Pierre (1980): *The Logic of Practice*. Stanford University Press, Stanford California
- Byrkjeflot, Haldor (1997): "Fra ledelse til management?" i Byrkjeflot, Haldor (1997) (red.): *Fra styring til ledelse*. Fagbokforlaget
- Byrkjeflot, Haldor (1999): "Kan demokrati og ledelse forenes?" i Nytt Norsk Tidsskrift. Nr. 3 1999
- Byrkjeflot, Haldor og Simon Neby (2005): "The decentralized path challenged? Nordic healthcare reforms in comparison". *Scandinavian Political studies*. (Kommende)
- Dagens Næringsliv (13. juli 2002): "Så, så, søster."
- Dagens Næringsliv (14. juli 2002): "Desinformasjon om Kvinneklubben."
- DiMaggio Paul and Walter W. Powell (1983): "The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields", in *American Sociological Review*, Volume 48, Issue 2 (Apr., 1983), pp. 147-160.
- DiMaggio Paul and Walter W. Powell (1991): "The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields", in Powell, Walter W. and Paul DiMaggio (eds.): *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. The University of Chicago Press

- Freidson, Eliot (1986): *Professional Powers. A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. The University of Chicago Press
- Gjerberg, Elisabeth og Bjørg Aase Sørensen (2005): (Kommende).
- Grønhaug, Kjell, Odd Hellesøy og Geir Kaufmann (2001): *Ledelse i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget
- Jenkins, Richard (1996): *Social identity*. Routledge
- Kjekshus, Lars Erik (2004): *Organizing for Efficiency. A Study of Norwegian Somatic Hospitals*. Dr.grads avhandling. Institutt for Statsvitenskap. Universitetet i Oslo.
- Kvale, Steinar (1987): *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademisk.
- Kragh Jespersen, Peter (2005): *Mellom profession og New Public Management-ledelse på sygehuse*. Handelshøjskolens Forlag
- Larson, Magali Sarfatti (1977): *The Rise of Professionalism. A Sociological Analysis*. University of California Press
- Lov om spesialisthelsetjenester (1999): LOV-1999-07-02-61. Helse- og omsorgsdepartementet
- Meyer, John W. and Brian Rowan (1977): "Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*. Vol 83, Issue 2 (Sep.,1977), 340-363)
- Mintzberg, Henry (1983): *Structure in Fives. Designing Effective Organizations*. Prentice Hall International
- NOU 1997: 2: *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*. Sosial- og Helsedepartementet
- Rubin, Herbert J. og Irene S. Rubin (1995): *Qualitative Interviewing. The Art of Hearing Data*. SAGE Publications
- Schiøtz, Aina (2003): *Folkets helse-landets styrke 1850-2003*. Oslo: Universitetsforlaget

Scott, Richard W. (1998): *Organizations. Rational, Natural and Open Systems*.  
Prentice Hall

Skaset, Maren (2003): "Reformtid og markedsgløtt: Det offentlige helsevesen etter  
1985" i Schiøtz, Aina (2003): *Folkets helse-landets styrke 1850-2003*. Oslo:  
Universitetsforlaget

Sognstrup, Hanne (2003): *Professionelle i afdelingsledelse*. PhD afhandling. Institut for  
Økonomi, Politik og Forvaltning. Aalborg Universitet

Sommervold, Wenche (1996): "Ledelse i sykepleien: Forståelsesmåter i endring" i  
Erichsen, Vibeke (red.) *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk  
tradisjon*. TANO Aschehoug

Sommervold, Wenche (1997): "Ledelse i sykepleien" i Byrkjeflot, Haldor (1997)  
(red.): *Fra styring til ledelse*. Fagbokforlaget