

09

Organisatoriske forhold og løsninger i spesialisthelsetjenesten – hva mener sykehuslegene?

Michael 2017; 14: Supplement 19, 95–105.

Det er gjort få forsøk på å kartlegge hva sykehuslegene mener om dagens styring og organisering av spesialisthelsetjenesten. Vi gjennomførte en spørreundersøkelse blant 971 medlemmer av Overlegeforeningen og Yngre legers forening i Legeforeningen for å belyse følgende spørsmål: Hvilke oppfatninger har sykehusleger av ulike organisatoriske forhold og løsninger i dagens sykehusorganisering? Hvilke endringer av dagens modell mener sykehusleger vil være gunstig? Samlet sett synes norske sykehusleger å være skeptiske til den nåværende modell og en god del av legene mener at den tidligere fylkeskommunale forvaltningsmodellen vil være å foretrekke. Våre resultater indikerer at sykehusleger ønsker mer lokal ledelse, kortere beslutningsveier, mindre incentivbasert styring og bedre IT-systemer. Legene vil ikke ha politisk innblanding i driftsmessige spørsmål, men kan akseptere at politikere treffer beslutninger i større saker. Respondenter med lederansvar hadde signifikant lavere sannsynlighet for å betrakte både foretaksmodellen, fravær av stedlig ledelse og samling av avdelingen som problematisk sammenliknet med leger uten en lederrolle. En rekke aspekter ved dagens styringsmodell oppleves som mer problematisk i Helse Sør-Øst enn i de øvrige regionene. Undersøkelsen indikerer at sykehusleger ønsker seg tilbake til en sektor som i sterkere grad enn i dag er profesjonsstyrt.

Bakgrunn

Helseforetaksreformen i 2002 innebar at staten overtok eierskapet til sykehusene. Samtidig ble tilknytningsformen endret fra en forvaltnings- til en foretaksmodell. Det overordnede målet med reformen var å «legge grunnlaget for en helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten og å lovfeste et tydelig statlig ansvar, foruten å legge til rette for bedre utnyttelse av de ressursene som settes inn i sektoren og derved sikre bedre helsetjenester til hele befolk-

ningen» (1). Dette skulle sikre oppfyllelsen av en rekke målsettinger: klarere ansvarslinjer mellom sykehuseier (staten) og sykehusene, større likhet i tilgang på helsetjenester, bedre medisinsk kvalitet på helsetjenestene, bedre organisering av sykehusene, og økt produktivitet ved sykehusene.

Dagens foretaksmodell legger til grunn at det er en «armlengdes» avstand mellom politisk og administrativt nivå. Staten eier de regionale helseforetakene, som styres av statlig oppnevnte styrer. Den politiske styringen skjer gjennom bevilgninger, lover og forskrifter og direkte gjennom foretaksmøtet. De regionale helseforetakene eier foretakene, som styres av egne RHF-oppnevnte styrer. Det foreligger allerede flere omfattende analyser av reformens effekter og rapporter om helsetjenesten etter reformen (2–6), men det er gjort få forsøk på å kartlegge hva sykehuslegene mener om dagens styring og organisering av spesialisthelsetjenesten. Ett unntak er en studie av Aasland og medarbeidere som rapporterer resultatene fra en spørreundersøkelse i 2006 om hvordan legene ved somatiske sykehus oppfattet virkningene av reformen (7). Her kom det fram at én av to sykehusleger mente at sykehusreformen har hatt negative effekter for sykehusene. Sykehuslegene mente videre at reformen ikke har ført til bedre organisering, likeverdig tilbud eller bedre kvalitet.

Debatten om sykehusorganiseringen har pågått kontinuerlig siden reformen. I dag styres spesialisthelsetjenesten gjennom fire regionale helseforetak og det er funnet sted flere fusjoner av sykehus. Legeforeningen ønsket å vurdere alternativer til dagens organisering av spesialisthelsetjenesten, og initierte derfor et prosjekt som hadde som formål å bidra inn i en diskusjon av slike alternativ gjennom å belyse ulike prinsipielle sider ved modeller for organisering av helsetjenester. En del av dette prosjektet besto i å innhente sykehuslegenes vurderinger av dagens modell og preferanser for alternativer til dagens organisering.

Denne artikkelen retter søkelyset mot forholdet mellom politisk og administrativ styring av spesialisthelsetjenesten, med vekt på følgende to spørsmål: hvilke oppfatninger har sykehusleger av ulike organisatoriske forhold og løsninger i dagens sykehusorganisering, og hvilke endringer av dagens modell mener sykehusleger vil være gunstig?

Materiale og metode

Vi gjennomførte en spørreundersøkelse med bruk av Questback. Respondenter ble rekruttert via et uttrekk fra Legeforeningens register over medlemmer av Overlegeforeningen (OF) eller Yngre legers forening (Ylf) som var i et aktivt hovedarbeidsforhold tilknyttet et helseforetak. Undersøkelsen ble sendt ut 10.2. 2016 og det ble purret totalt fire ganger. Representativi-

teten av utvalget ble undersøkt ved å sammenligne respondentene med andre medlemmer i Legeforeningens register. Vi fant at respondentene avviker lite når det gjelder karakteristika for medlemmer i registeret og at avviket var størst med hensyn til helseforetakstilhørighet: Helse Sør-Øst generelt, og OUS HF spesielt, er underrepresentert i utvalget.

Vi har brukt deskriptive analyser for å undersøke fordelingen av svar på ulike spørsmål. I tillegg har vi gjennomført regresjonsanalyser for å undersøke hvordan sentrale variabler som alder, arbeidssted, arbeidsrolle osv. samvarierer med hvilke forhold ved dagens organisering som respondentene oppfatter som problematiske. Da fordelingene av svarene på disse spørsmålene var såpass skjevfordelte, valgte vi å dikotomisere variablene på følgende måte: svaralternativ 4 eller 5 ble kodet som *problematiske* (= 1), og svaralternativ 1–3 kodes som *ikke problematiske* (= 0). I de logistiske regresjonsanalysene har vi dikotomisert forklaringsvariablene på følgende måte:

- *Lederansvar*: Klinikleder/-sjef, avdelingsleder/-sjef eller seksjonsoverlege som 1, og 0 for resten.
- *Regional bakgrunn*: Ansatte i Helse Nord, Helse Midt og Helse Vest ble sammenliknet med ansatte i Helse Sør-Øst (HSØ). Ansatte i Helse Nord/Helse Midt/Helse Vest er kodet 1 og ansatt i HSØ er kodet som 0.
- *Alder*: Alder under 40 år er kodet 1, og alder 40 år og mer er kodet 0.
- *Universitetssykehus*: Verdien 1 for respondenter som arbeider på universitetssykehus, og 0 for resten.
- *Kjønn*: Kvinnelige respondenter er kodet 1 og mannlige er kodet 0.
- *Faglig bakgrunn*: Respondenter som arbeider innenfor indremedisinske fag, laboratoriefag, psykiatri, og «annet» er kodet 1, med respondenter som arbeider med kirurgiske fag kodet 0.

Spørreundersøkelsen ga anonyme data, og ble gjennomført i samarbeid med Legeforeningen.

Resultater

Vi endte til slutt opp med 971 besvarelser av et bruttoutvalg på 2967, noe som gir en responsrate på 32,7 %. Utvalget er beskrevet i tabell 1.

Respondentene ble bedt om å rangere ulike sider ved dagens organisering på en skala fra 1 til 5, der 1 er «uprotblematiske» og 5 er «svært problematiske» (tabell 2). Det er særlig styringsproblematikken som framheves: Om lag 40 % oppga «lange beslutningslinjer» som «svært problematiske», og om lag like mange opplevde «fravær av stedlig ledelse» som svært problematiske. Nesten 3 av 4 leger (74,3 %) opplevde «lange beslutningslinjer» som et

Tabell 1. Deskriptiv statistikk over utvalget (N = 971).

Andel av utvalget (%)		
Leder		
	Leder	26,8
	Ikke-leder	73,2
Region		
	Helse Nord	18,9
	Helse Midt	25,2
	Helse Vest	24,4
	Helse Sør-Øst	31,5
Alder		
	< 40 år	20,0
	≥ 40 år	80,0
Kjønn		
	Kvinne	40,4
	Mann	59,6
Fagområde		
	Indremedisin	34,5
	Kirurgi	38,5
	Psykatri	14,0
	Laboratoriefag	9,6
	Annet	3,3

problem når vi slo sammen de som svarte 4 eller 5 på skalaen. Når det gjelder «fravær av stedlig ledelse» var tilsvarende andel 68,2 %. Innsatsstyrt finansiering (ISF) ble opplevd som problematisk av mange, hvor i underkant av 64 % rangerte ISF som 4 eller 5 på skalaen, i tillegg til «IT-løsningene» (62,1 %).

Tabell 3 viser fordeling av svarene på spørsmål om økt grad av politisk styring. Spørsmålene skiller mellom økt politisk styring av *store beslutninger* (som eksempelvis lokalisering, funksjonsfordeling mellom sykehus, sammenslåinger og større investerings- og utbyggingsprosjekter) og *driftsrelaterte beslutninger* (som eksempelvis bemanningsnivå, mindre investeringer og evt. redusert beredskap/drift om sommeren). I tillegg ble det spurt om det er ønskelig med økt *lokalpolitisk* styring, enten gjennom fylkestingene eller gjennom en gjeninnføring av en regional eller fylkeskommunal forvaltningsmodell.

Tabell 2. «Hvilke organisatoriske forhold/løsninger har du inntrykk av at er problematiske i dagens sykehusorganisering?» Prosentvis fordeling av svar for kategoriene 1 («uproblematisk») til 5 («svært problematisk») og antall respondenter totalt (N).

	«Uproblematisk»			«Svært problematisk»		N
	1	2	3	4	5	
Foretaksmodellen	6,1	12,9	34,6	27,2	19,3	940
Innsatsstyrt finansiering	1,3	9,4	25,7	37,0	26,6	945
Individuell rettighetsfesting	6,5	19,9	41,8	24,9	6,9	936
Fravær av stedlig ledelse	3,2	10,2	18,5	30,8	37,4	942
Samling av avdelinger i divisjoner/klinikker	7,1	17,5	29,9	31,0	14,5	949
IT-løsningene	3,8	11,7	22,4	33,2	28,9	951
Regnskapsloven	8,7	15,9	49,4	17,4	8,6	895
Lange beslutningslinjer	1,5	4,9	19,3	34,8	39,5	934

Tabell 3. «I hvilken grad tror du følgende endringer av dagens modell vil være gunstig? Igjen er det en forutsetning at størrelsen på bevilgningen ikke endres». Prosentvis fordeling av svar i ulike kategorier og antall respondenter totalt (N).

	«Uegnet»	«Lite egnet»	«Noe egnet»	«Godt egnet»	«Svært godt egnet»	N
Sterkere politisk styring av større beslutninger	13,7	28,8	29,7	22,9	4,9	942
Sterkere politisk styring av driftsbeslutninger	32,5	43,8	14,9	7,8	1,1	941
Sterkere lokal politisk styring, f.eks. gjennom fylkesting	23,7	30,9	27,7	13,7	4,1	933
Gå tilbake til en fylkeskommunal (eller regional) forvaltningsmodell	23,1	23,1	29,0	16,4	8,5	923

Generelt var legene skeptiske til endringsalternativer med økt politisk styring. Mer enn 3 av 4 (76,3 %) av de spurte mente økt politisk styring av driftsbeslutninger ville være en «uegnet» eller «lite egnet» endring. Det å erstatte nåværende organisering med en fylkeskommunal (eller regional) forvaltningsmodell var heller ikke særlig populært, hvor over halvparten (54,6 %) mente dette vil være en «uegnet» eller «lite egnet» endring. Endelig oppga 42,5 % at det vil være «uegnet» eller «lite egnet» å tillate sterkere politisk styring av større beslutninger.

Tabell 4 viser resultatene av regresjonsanalysene der forklaringsvariabler med statistisk signifikante sammenhenger med legers vurderinger av organisatoriske forhold som utfallsmål presenteres. Respondenter med lederansvar hadde signifikant lavere sannsynlighet for å betrakte både «foretaksmodellen», «fravær av stedlig ledelse» og «samling av avdelinger» som problematiske enn leger uten en lederrolle.

Region er viktig for hvordan de ulike organisatoriske grepene i dagens modell ble vurdert. En rekke aspekter ved dagens styringsmodell ble opplevd som mer problematisk i Helse Sør-Øst enn i de øvrige regionene. Ettersom respondenter fra Helse Sør-Øst utgjør referansekategorien i analysene, betyr det at leger i både Helse Midt og Helse Vest i mindre grad ser «samling av avdelinger» og «lange beslutningslinjer» som et problem enn leger i Helse Sør-Øst. I tillegg skiller respondenter fra Helse Vest seg ut med å vurdere «foretaksmodellen» som mer uproblematisk enn referansekategorien, og tilsvarende Helse Midt når det gjelder «fravær av stedlig ledelse».

Resultatene viser videre at alder og kjønn er av betydning for hvilke aspekter ved dagens sykehusorganisering som legene opplevde som negative. Yngre leger ser «samling av avdelinger» som et mindre problem enn eldre leger, mens bildet var motsatt med hensyn til «IT-løsningene». Kvinnelige leger var på sin side mer tilbøyelige enn sine mannlige kolleger til å vurdere «lange beslutningslinjer» som problematiske.

Endelig indikerte resultatene at faglig bakgrunn er en relevant forklaringsfaktor. For det første skilte leger som hovedsakelig arbeider med indremedisinske fag eller psykiatri seg ut med lavere sannsynlighet for å oppgi både «samling av avdelinger» og «IT-løsningene» som problematiske sammenlignet med referansekategorien (som er de som arbeider med kirurgiske fag). Leger med indremedisin som fagbakgrunn opplevde «lange beslutningslinjer» som et mindre problem enn leger innen kirurgiske fag. For variablene ansatt ved universitetssykehus eller faglig bakgrunn innen laboratoriefag var det ingen statistiske signifikante sammenhenger med noe utfallsmål.

Vi gjennomførte logistiske regresjoner og fant at leger med faglig bakgrunn innen indremedisin var mer positive til sterkere politisk styring av driften enn referansegruppen (OR 1,69, $p < 0,05$) og var også mer positive til sterke lokal politisk styring (OR 1,54, $p < 0,05$). Leger med faglig bakgrunn innen psykiatri var positive til sterkere lokal politisk styring (OR 2,03, $p < 0,05$).

Diskusjon

Undersøkelsen viser at en relativt stor andel av legene finner dagens modell for både organisering og finansiering av spesialisthelsetjenesten problema-

Tabell 4. Logistiske regresjonsanalyser av legenes vurderinger av utvalgte organisatoriske forhold i dagens sykehusorganisering. Statistisk signifikante sammenhenger uttrykt i oddsratio for å oppleve løsningene som problematiske. Konfidensintervall (95 %) er angitt i parentes. Ikke signifikante sammenhenger er angitt med ns. (N = 961).

	Organisatoriske forhold					
	Foretaksmodellen	Fravær av stedlig ledelse	Samling av avdelinger	IT-løsningene	Regnskapsloven	Lange beslutningslinjer
Leder	0,61** (0,44-0,85)	0,69* (0,50-0,97)	0,66* (0,48-0,92)	ns	ns	ns
Helse Nord	ns	ns	ns	0,50** (0,33-0,74)	ns	ns
Helse Midt	ns	0,62* (0,42-0,91)	0,63** (0,44-0,90)	0,67* (0,46-0,98)	ns	0,51** (0,33-0,79)
Helse Vest	0,65* (0,45-0,94)	ns	0,36** (0,24-0,53)	Ns	ns	0,47** (0,30-0,72)
< 40 år	ns	ns	0,69* (0,48-0,98)	1,55* (1,07-2,25)	ns	ns
Kvinne	ns	ns	ns	ns	ns	1,62** (1,16-2,26)
Indremedisin	ns	ns	0,68* (0,49-0,93)	0,65** (0,47-0,89)	ns	0,57** (0,40-0,82)
Psykatri	ns	ns	0,59* (0,38-0,90)	0,50** (0,33-0,76)	ns	ns
Laboratoriefag	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Annet	ns	0,40* (0,18-0,89)	0,30** (0,12-0,73)	0,36* (0,17-0,79)	ns	ns
Universitets-sykehus	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Konstant	1,63**	3,49**	2,07**	2,51**	0,39**	5,62**

* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$.

tisk og at flertallet er skeptisk til økt politisk styring av sektoren. Det synes imidlertid å være noe tilslutning til en sterkere politisk styring når det gjelder større beslutninger. Dermot er det tydelig at legene gjerne vil at politikere ikke skal være involvert i beslutninger knyttet til drift. Det er interessant at et en av fire mener at det vil være «godt egnet» eller «svært god egnet» å vende tilbake til en fylkeskommunal forvaltningsmodell. Legger

man til de som svarer «noe egnet» finner vi at mer enn halvparten av legene er positive til en fylkeskommunal forvaltningsmodell. Samlet sett synes norske sykehusleger å være skeptiske til den nåværende modell, og en god del av legene mener at den tidligere fylkeskommunale forvaltningsmodellen vil være å foretrekke. Våre resultater indikerer at sykehusleger ønsker mer lokal ledelse, kortere beslutningsveier, mindre incentivbasert styring og bedre IT-systemer. Samtidig vil de ikke ha politisk innblanding i driftsmessige spørsmål, men kan akseptere at politikere treffer beslutninger i større saker.

Vi finner både regionale, alders-, kjønns- og spesialitetsspesifikke forskjeller i hva man vurderer som problematisk med dagens modell, men det er langt vanskeligere å finne systematiske forskjeller i synet på politisk versus administrativ styring. En rekke aspekter ved dagens styringsmodell oppleves som mer problematisk i Helse Sør-Øst enn i de øvrige regionene, hvilket kanskje ikke er uventet tatt i betraktning de store omorganiseringsprosesser som har funnet sted og fremdeles pågår i regionen. En relativt stor andel av legene finner dagens modell for organisering og finansiering av spesialisthelsetjenesten problematisk, men leger med bakgrunn innen indremedisin og psykiatri synes å være noe mer positive til en sterkere lokalpolitisk styring. En mulig tolkning av dette resultatet kan være at leger med bakgrunn innen indremedisin og psykiatri er grupper som i særlig grad behandler pasienter hvor det er sterkt behov for koordinering med primærhelsetjenesten og kommunene, hvor fravær av lokal politisk styring oppleves om et hinder for god samhandling.

Våre funn indikerer at sykehusleger ønsker seg tilbake til en sektor som i sterkere grad enn i dag er profesjonsstyrt. Den klassiske profesjonslitteraturen ser gjerne den medisinske profesjonen som sosialisert inn i en kultur av klinisk individualisme, der motstanden mot administrativ styring vil være stor (8,9). Reformen i helsesektoren som er inspirert av New Public Management (NPM), slik som den norske foretaksreformen, ber derimot klinikere utvikle et perspektiv som balanserer den kliniske autonomien med ansvarlighet sett fra et styringsperspektiv. Reformen søker å etablere mer gjennomskiktighet med hensyn til ansvar og større anerkjennelse av sammenhengen mellom kliniske og andre dimensjoner, slik som den økonomiske. Reformenes suksess blir dermed delvis betinget av hvordan klinikere og ledere tolker reformens målsettinger og hvordan de forstår sine roller (10–12). Enkelte mener at NPM-doktrinen anser den profesjonelle autonomien som en del av problemet med den tradisjonelle organiseringen av offentlig sektor. Markedslogikken og dens forsøk på å begrense den profesjonelle autonomien innebærer derfor et brudd med samspillet mellom

staten og profesjonene og en potensiell radikal endring av mange samfunnsområder (13).

Våre resultater viser at leger med lederansvar i mindre grad enn leger uten en lederrolle betraktet organisatoriske forhold som «foretaksmodellen», «fravær av stedlig ledelse» og «samling av avdelinger» som problematiske. Våre funn er i tråd med en tidligere studie av norske sykehusleger som viste at leger med lederansvar var mer positive i sine evalueringer av reformen, mens leger som var involvert i direkte pasientrelatert arbeid viste det motsatte mønsteret (14). Ved å betrakte den medisinske profesjonen som en enhetlig gruppe risikerer man å overse viktige funksjonelle og hierarkiske forskjeller innad i profesjonen. Våre funn indikerer at det kan være hensiktsmessig å skille mellom de som praktiserer klinisk medisin til daglig og ledere og administratorer. Mens de førstnevnte har oppmerksomheten rettet mot «mikronivået» og den individrettede behandlingen, er personer i høyere lederposisjoner og administratorer mer orientert mot «makrobehandlingen» av befolkningen eller drift av virksomhetene. Det vil kunne oppstå spenninger både mellom de praktiserende legene og de som styrer dem med bakgrunn i politiske målsettinger, virkemidler og standarder (15), samtidig som ledere i seg selv kan oppleve rollekonflikter mellom en klinisk orientering og systemets krav i rollen som leder (16,17). Det er blitt hevdet at innføringen av «management»-verdier vil kunne kolonisere den medisinske profesjonens arbeid og i sin tur endre den medisinske mentalitet (18). I stedet for at «management»-verdier koloniserer den medisinske profesjonen gjennom en «hybridiseringsprosess» som omfatter alle, finner vi holdepunkter for at det fortsatt eksisterer heterogenitet innad i den medisinske profesjon.

Referanser

1. Ot. prp. nr. 66 (2000–2001). *Om lov om helseforetak m.m.*
2. Agenda Kaupang. *Evaluering av styrene i helseforetakene. En evaluering av roller og funksjon for styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene Rapport R7561, 2. Juni 2012.* Fulltekst: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/eia/rapporter/evalueringavstyreneihelseforetakenehele.pdf> (lest 1.11. 2016).
3. Agenda Muusman. *Belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet. En evaluering av utvalgte sider ved helseforetaksmodellens virkemåte og effekter, begrensninger og potensialer.* Rapport, 2005. Fulltekst: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hod/rap/2005/0006/ddd/pdfv/267200-r5040_helseforetaksmodellen2.pdf (lest 1.11. 2016).
4. Opedal S, Stigen IM, red. *Statlig eierskap og foretaksorganisering i spesialisthelsetjenesten 2002–2005. En prosessevaluering.* Sluttrapport. NIBR/Nordlandsforskning/Rogalandsforskning – Samarbeidsrapport, 2005. Fulltekst: <http://www.hioa.no/extension/hioa/design/hioa/images/nibr/files/filer/samarb-rapport%20nibr-rf-nf-2005.pdf> (lest 1. 11. 2016).

5. Forskningsrådet. *Resultatevaluering av sykehusreformen. Tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukermedvirkning og medbestemmelse*. Oslo: Norges forskningsråd, 2007.
6. Kalseth J, Lassemo E, Rohde T. *Evaluering av finansiering av forskning i helseforetakene*. SINTEF rapport A14727, 2010. Fulltekst: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/rapporta14727.pdf> (lest 1.11. 2016).
7. Aasland OG, Hagen TP, Martinussen PE. Sykehuslegenes syn på sykehusreformen. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2007;127:2218–21.
8. Abbott A. *The system of professions*. Chicago: University of Chicago Press, 1988.
9. Freidson E. The reorganization of the medical profession, *Med Care Rev*. 1985; 42: 11–35.
10. Degeling P. Policy as the accomplishment of an implementation structure: hospital restructuring in Australia. I: Hill M. (red.) *New agendas in the study of the policy process*. London: Harvester Wheatsheaf, 1993.
11. Degeling P. *Unrecognized structural implications in case mix management*. *Health Serv Manage Res* 1994; 7: 9–21.
12. Degeling P, Kennedy J, Hill M. Do professional subcultures set the limits of hospital reform. *Clinician in Management*. 1998;7:89–98.
13. Jespersen PK, Nielsen L-LM, Sognstrup H. Professions, institutional dynamics, and New Public Management in the Danish hospital field. *Int J Public Admin*. 2002;25:1555–74.
14. Martinussen PE, Magnussen J. Resisting market inspired reform in health care: The role of professional subcultures in medicine. *Soc Sci Med*. 2011;73:193–200.
15. Scott WR. Managing professional work: three models of control for health organizations. *Health Serv Res*. 1982;17:213–40.
16. Spehar I, Frich JC, Kjekshus LE. Clinicians' experiences of becoming a clinical manager: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:421.
17. Spehar I, Frich JC, Kjekshus LE. Professional identity and role transitions in clinical managers. *J Health Organ Manag*. 2015;29:353–66.
18. Broadbent J, Laughlin R. Public service professionals and the new public management: control of the professions in the public services. I: McLaughlin K, Osborne SP, Ferlie E, red. *New public management: current trends and future prospects*. London: Routledge, 2001:95–108.

Pål E. Martinussen

Professor

Institutt for sosiologi og statsvitenskap

Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet

7491 Trondheim

pal.e.martinussen@ntnu.no

Jan C. Frich
Professor
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
0318 Oslo
jan.frich@medisin.uio.no

Karsten Vrangbæk
Professor
Political Science and Public Health Department
University of Copenhagen
1017 København K
kavr@sund.ku.dk

Jon Magnussen
Professor
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie
Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet
7491 Trondheim
jon.magnussen@ntnu.no