

**PROFESJONSKAMP OG
FORHANDLINGSSTYRKE**
- OM INNTEKTSFORHOLD I PSYKISK HELSEVERN

Hovedoppgave i sosiologi
av
Knut Gunderrud

Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi
Universitetet i Oslo 2007
Cand.polit. 92

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse.....	3
Tabelliste.....	5
Figurliste.....	5
Likninger.....	6
Forord.....	7
Sammendrag.....	9
1 Innledning.....	11
2 Den økonomisk-teoretiske tilnærmingen.....	17
2.1 Prinsipal-agent-teori.....	18
2.2 Effektivitetslønnsteori.....	18
2.3 Forhandlingsteori.....	22
2.4 Forhandlingsituasjonen.....	23
2.5 Forhandlingsstyrken – kompleksitet og asymmetrisk informasjon.....	25
2.6 Asymmetrisk informasjon.....	26
2.7 Fagforeningsstyrke.....	29
2.8 Lønnsoppgjør.....	32
2.9 Empiriske konsekvenser av økonomisk-sosiologisk teori.....	34
3 Profesjonsteori.....	37
3.1 Observasjon og fortolkning av profesjonaliseringsprosesser.....	38
3.2 Konsekvensen av forholdet mellom observasjon og fortolkning.....	41
3.3 Abbott-tradisjonen.....	42
3.4 Jurisdiksjon.....	43
3.5 Workplace assimilation.....	44
3.6 Kontrollformer.....	45
3.7 Full jurisdiksjon.....	46
3.8 Underordning.....	46
3.9 Intellektuell jurisdiksjon.....	47
3.10 Rådgivende jurisdiksjon.....	50
3.11 Delt jurisdiksjon.....	50
3.12 Klientdifferensiering.....	51
3.13 Lukning.....	52
3.14 Lukning som lønnsstrategi.....	53
3.15 Lukningsstrategiens legitimitet og effekt.....	54
3.16 Lukning og jurisdiksjon.....	56
3.17 Profesjonshistorie.....	56
3.18 Håndverkstradisjonen.....	57
3.19 Den akademiske tradisjonen.....	58
3.20 To tradisjoner smelter sammen.....	60
3.21 Fagekspertise i statsbyråkratiet.....	62
3.22 Kamp om begreper i psykisk helse.....	65
3.23 Profesjonaliseringen og det politiske klima.....	67
3.24 Legenes legitimitetsgrunnlag under press.....	69
3.25 Psykologiens profesjonalisering.....	70

3.26	Psykologi som praksisfelt	72
3.27	Psykologene i profesjonskamp om rett til praksis	73
3.28	Psykologene i profesjonskamp over klientgrupper	74
3.29	Profesjonskamp over jurisdiksjon for praksis	75
3.30	Empiriske konsekvenser av profesjonsteori	76
4	Kvantitative data og kvantitativ metode	80
4.1	Om datamaterialet	80
4.2	Om datas struktur og observasjonenheter	80
4.3	Om variablene	82
4.4	Om utvalget	83
4.5	Andre faktorer	84
4.6	Kjønnsfordeling etter fag	85
4.7	Fordelingen av lege- og psykologpersonår i psykisk helsevern	86
4.8	Fordelingen av menn og kvinner i psykisk helsevern	87
4.9	Analysemetode	88
4.10	Regresjonslikningen	88
4.11	Referansegruppe	88
4.12	Regresjonskoeffisienter	89
4.13	Beregningen av koeffisientene	90
4.14	Regresjonsmodellens forutsetninger	92
4.15	Heteroskedastisitet	92
4.16	Autokorrelasjon	94
4.17	Multikolaritet	94
4.18	Kompleksitetskostnader - bruk av ikke-lineære sammenhenger og R^2	95
4.19	Sammendrag	96
5	Analyser	98
5.1	Gjennomsnittsinntekt for leger og psykologer i psykisk helsevern 1993-1998	98
5.2	Analyser – samlet inntekt - modell 1	100
5.3	Analyser – lønn - modell 2	102
5.4	Analyser – lønn og næringsinntekt - modell 3	106
5.5	Analyser – test for heteroskedastisitet og autokorrelasjon – modell 4	109
5.6	Alternative modeller – områder i psykisk helsevern	109
5.7	Alternative modeller – Institusjonstilhørighet	110
5.8	Avslutning	112
6	Sammenfatning og drøfting av analyseresultatene	113
6.1	Teori og hypoteser	113
6.2	Om lønnsoppgjøret i 1996	114
6.3	Konklusjon	116
7	Appendiks	118
7.1	Testregresjon for antakelse om heteroskedastisitet	118
7.2	Teori om effekten av mobilitet	119
7.3	Mobilitetsanalyse	121
7.4	Modell 1	122
7.5	Modell 2	123
7.6	Modell 3	124
7.7	Modell 4	124

7.8	Modell 5	126
7.9	Modell med korleksjon for autokorrelasjon	127
8	Litteraturliste	129

Tabelliste

Tabell 3-1.	Empiriske konsekvenser av teoriene.	79
Tabell 4-1.	Tabell over forskjellen på tidsseriedatastruktur og paneldatastruktur.....	81
Tabell 4-2.	Liste over forklaringsvariabler med beskrivelse og kommentarer.....	83
Tabell 4-3.	Krysstabell over fag og kjønn - personer	85
Tabell 4-4.	Krysstabell over fag og kjønn - personår	85
Tabell 4-5.	Fordeling etter fagtilhørighet og område i psykisk helsevern.....	87
Tabell 4-6.	Fordelingen av menn og kvinner i områder i psykisk helsevern.....	87
Tabell 5-1.	Gjennomsnittlige inntekter i 1998-kroner. Perioden 1993-1998.....	98
Tabell 5-2.	Modell 1. Inntektsutviklingen over år avhengig av fagtilhørighet.....	100
Tabell 5-3.	Modell 1. Regresjonsanalyse over næringsinntekt 1993-1998	101
Tabell 5-4.	Modell 2. Regresjonsanalyse over lønn 1993-1998 avhengig av faglig tilhørighet.	103
Tabell 5-5.	Modell 3. Regresjonsanalyse over samlet inntekt 1993-1998 avhengig av faglig tilhørighet.....	107
Tabell 5-6.	Resultat av hypotesetesting. Inntektsanalyser.....	112
Tabell 6-1.	Oppsummering av hypotesetesting.	114
Tabell 7-1.	Regresjon over bytte av institusjon med 1998-inntekt som avhengig variabel.	122
Tabell 7-2.	Regresjon over samspill mellom fag og bytte av institusjon med 1998-inntekt som avhengig variabel.....	123
Tabell 7-3.	Regresjon over samspill mellom fag og bytter av institusjon med samlet inntekt som avhengig variabel. 1998-kroner. Personårsobservasjoner.	125
Tabell 7-4.	Regresjon over samspill mellom fag og bytte av institusjon (dummy) med samlet inntekt som avhengig variabel. 1998-kroner. Personårsobservasjoner.	126
Tabell 7-5.	AR(1)-kontrollert GLS-regresjon over samspill mellom fag og bytte av institusjon (dummy) med samlet inntekt som avhengig variabel. 1998-kroner. Personårsobservasjoner.	128

Figurliste

Figur 2-1.	Kompleksitets og konsolideringsspiral.	28
Figur 2-2.	Venn-diagram over forhandlingsområde, arbeidsområde og psykisk helsevern. ..	31
Figur 3-1.	Kronologisk skjema over helseprofesjonens utviklingstrekk i Norge.	64
Figur 3-2.	Kronologisk oversikt over profesjonaliseringstrekk i psykisk helsevern.	77
Figur 5-1.	Lønn, næringsinntekt og aksjeinntekt fordelt på faglig tilhørighet. Gjennomsnitt 1993-1998.	99
Figur 5-2.	Grafisk fremstilling av lønnsutvikling for leger og psykologer med 10 års ansiennitet.	105
Figur 5-3.	108
Figur 7-1.	Struktur og mobilitetsmuligheter i psykisk helsevern.	120

Likninger

Likning 2-1. Forholdet mellom to aktørers relative innsats og belønning.....	19
Likning 2-2. Forholdet mellom innsats, lønn og rettferdig lønn (Akerlof og Yellen).....	20
Likning 2-3. Forholdet mellom tilfredsstillelse, belønning og rettferdig belønning (Homans).	20
Likning 4-1. Regresjonslikningen.....	88
Likning 4-2. Summen av kvadrerte avvik. OLS-regresjon.....	90
Likning 4-3. Formel for regresjonskoeffisientene.	91
Likning 4-4. Formel for standardfeilen.....	93
Likning 4-5. Formel for forklart varians. R^2	96
Likning 5-1. Regresjonslikning for lønn avhengig av fag, kjønn og år for de med 10 års ansiennitet	104

Forord

Jeg vil rette en takk til alle som har bidratt med gode innspill og god veiledning under oppgaveskrivingen. Først og fremst vil jeg takke mine veiledere Geir Høgsnes og Marianne Nordli Hansen for uvurderlig bra veiledning. En spesiell takk til Marianne som tok meg med i prosjektet ”Høyere utdanning: finansiering, rekruttering og resultater” som denne studien er en del av. Prosjekt inkluderte et generøst stipend på 30.000 kroner fra Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, og jeg er svært takknemlig for å ha vært en del av dette prosjektet som faglig var svært stimulerende. Jeg vil derfor takke alle som deltok på prosjektet ledet av Marianne, og alle som deltok på det tilknyttede veiledningsseminaret, ledet av Geir og Marianne. Jeg vil også takke andre faglige ressurser på Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi: Arne Mastekaasa, Fredrik Engelstad og Arvid Fennefoss for deres interesse og svært gode råd og tips. Medstudenter som har bidratt til min sosiologiske kompetanse fortjener en stor takk, spesielt mine studievenner på Northwestern University: Jørgen Svalund, Linn Kjørmo, Anne Line Wold, Charlotte Lockert, Are Thorkildsen, og Christian Wisløff, Faiza Mushtaq, Jesper Roine, og spesielt Stefanie DeLuca for fagligteoretiske diskusjoner og kollokvier. Takk til mine veiledere på Northwestern, Charles Ragin og Marc Ventresca, for god veiledning og for å ha penset meg inn på profesjonsstudier. En stor takk går til Øyvind Wiborg på prosjektkontoret for prosjektet ”Høyere utdanning” som med sin SPSS-ekspertise bidro sterkt med gode innspill. En ekstra takk går også til Knut Vikne og Jørgen Svalund som har lest hele, og deler av oppgaven, og bidratt konstruktivt med kritikk. En spesielt stor takk går til Arne Fevolden som med stor faglig dyktighet ga avgjørende gode innspill til et bedre språk og en mer logisk struktur i oppgaven, og som også ga betydelig moralsk støtte, og viste et oppriktig engasjement i forhold til mitt prosjekt i avslutningsfasen av hovedoppgaven. Denne hjelpen har vært uvurderlig verdifull. Jeg vil også takke venner og kjente på instituttet som har bidratt med moralsk støtte og faglig input ved uttallige kaffepauser og kollokvier. En takk her til Guren Hole, Petter Hansen, Eirunn Brofoss Skauge, Helge Hiram Jensen, Kaya Sverre, Roar Mortensen, Jan-Egil Aakernes, Jon Horgen Friberg og til alle som var med på teorikollokvien ”Den erfaringsfjerne gruppa”. Til slutt vil jeg takke mine foreldre Åse og Per, min søster Iselin og bestemor Sigrid for deres sterke tro på meg, for deres oppmuntring og støtte. Deres utrolige støtte har vært avgjørende for at jeg i det hele tatt kom i mål. En ekstra spesiell takk

går til min kjære Stina, som har vært en stor glede og en uunnværlig kilde til inspirasjon og oppmuntring gjennom skriveprosessen, og som med ekstra stor tålmodighet og hjelpsomhet har gjort sluttarbeidet så mye lettere.

Knut Gunderrud, Oslo, 2. mai 2007.

Sammendrag

Tema for denne avhandlingen er profesjonskamp, forhandlingsstyrke og forskjeller i inntekt blant leger og psykologer innen psykisk helsevern. Avhandlingens mål er å sammenlikne inntektsutviklingen til leger og psykologer i perioden 1993-1998 og finne ut om denne utviklingen best lar seg forklare av profesjonsteori eller økonomisk-sosiologisk teori.

Profesjonsteori og økonomisk-sosiologisk teori har ulike teoretiske utgangspunkt og forskjellige empiriske konsekvenser. Profesjonsteori tar utgangspunkt i teorier om makt og omhandler dannelsen av profesjoner og utviklingen av disse. Profesjonsteori predikerer at det er en sammenheng mellom profesjonsmakt og inntekt. Profesjonsmakt innebærer kontroll over arbeidsoppgaver slik at profesjonen oppnår enerett til arbeidet. Denne retten utgjør et arbeidsmonopol, og arbeidsmonopol øker prisen på arbeidskraften. Prisen på arbeidskraft er samtidig profesjonens inntekt. Når to profesjoner med ulik inntekt overlapper hverandres arbeidsområde, vil disse profesjonene over tid få lik inntekt forutsatt at de har like mye profesjonsmakt. Leger og psykologer i psykisk helsevern utgjør to overlappende profesjoner. Overlappingen har medført en profesjonskamp mellom leger og psykologer som har resultert i et mer likeverdig maktforhold. Avhandlingens profesjonsteoretiske hypotese er dermed at inntektsforskjeller mellom leger og psykologer blir mindre.

Økonomisk-sosiologisk teori benyttes til å forklare økonomisk ulikhet i samfunnet. Dette gjøres med utgangspunkt i teorien om rasjonelle valg og forhandlingsteori. Økonomisk-sosiologisk teori predikerer at det er en sammenheng mellom forhandlingsstyrke og inntekt. Den med størst forhandlingsstyrke vil bedre sin posisjon i hver runde med lønnsforhandlinger. Forhandlingsstyrken avhenger av evnen til å gjøre rasjonelle valg i forhold til tilgjengelige ressurser. Eksempler på ressurser er sterk markedsposisjon, god tilgang på informasjon samt sterk fagforening. Legene har mer ressurser enn psykologene, og legene har derfor størst forhandlingsstyrke. Avhandlingens økonomisk-sosiologiske hypotese er dermed at inntektsforskjellene mellom leger og psykologer blir større.

Profesjonsteori og økonomisk-sosiologisk teori utgjør dermed teoretiske motsetninger som kan testes mot empiri. Denne avhandlingen benytter regresjonsanalyse av inntektsdata i perioden 1993-1998 for å avgjøre hvilken teori som best forklarer inntektsutvikling til leger og psykologer. Resultatet av analysen viser at i perioden 1993-1998 har både leger og psykologer fått høyere inntekt, men inntektsforskjellene mellom dem har også blitt større.

Økonomisk-sosiologisk teori forutsa denne økningen i inntektsforskjeller, og forklarer økningen med legens større forhandlingsstyrke under lønnsforhandlinger. Økonomisk-sosiologisk teori virker dermed å være den beste teorien til å forklare utviklingen av inntektsforskjeller i psykisk helsevern.

1 Innledning

Tema for denne avhandlingen er forskjeller i inntekt blant leger og psykologer innen psykisk helsevern. Avhandlingens mål er å undersøke om det profesjonsteori eller økonomisk-sosiologisk teori som best kan forklare inntektsforholdet mellom konkurrerende profesjoner. Vi bruker inntektsutviklingen til leger og psykologer i perioden 1993-1998 til å teste de empiriske konsekvensene av de to teoriene som benyttes.

Oppgaven tar først for seg økonomisk-sosiologisk teori og utleder empiriske konsekvenser av denne. Deretter tar oppgaven for seg profesjonsteori og de empiriske konsekvensene utledes i en to-trinnsprosess – først generelle teoretiske utledninger som så benyttes på norske forhold for å utlede profesjonsteoriens empiriske konsekvenser.

Leger og psykologer som arbeider i psykisk helsevern er konkurrenter på et marked hvor de med ulik intellektuell ekspertise yter sine tjenester. De utgjør to ulike profesjoner og profesjonsteori er sentralt i forståelsen av hvordan de forholder seg til hverandre. Økonomisk-sosiologisk teori er sentralt for å forstå hvordan ekspertise og arbeidsmarked virker sammen i forhold til lønnsutvikling. Dette er grunnen til at valget har falt på disse teoriene.

Økonomisk-sosiologisk teori

Mange samfunnsmessige relasjoner er preget av økonomisk ulikhet, og økonomisk-sosiologisk teori kan forklare en del av denne ulikheten. Det er en teori som er en god kandidat til å forklare inntektsforskjeller mellom profesjoner. Økonomisk-sosiologisk teori tar utgangspunkt i teorien om rasjonelle valg, og ofte legges det til grunn et konfliktperspektiv på bakgrunn av knappe ressurser, hvor ulike parter må forhandle om et gode. Typiske ressurser i en økonomisk-sosiologisk analyse er penger, produksjonsmidler, eiendom og informasjon. Egenskaper ved forhandlingssituasjonen sammenfattes i sosiologisk forhandlingsteori som er en spesialisert variant av økonomisk-sosiologisk teori.

I forhandlinger angir forhandlingsstyrken en parts evne til å få gjennomslag for sine krav. Forhandlingsstyrken avhenger av evnen til å gjøre rasjonelle valg i forhold til tilgjengelige ressurser under forhandlinger. I lønnsforhandlinger vil eksempler på ressurser være sterk posisjon i arbeidsmarkedet (at arbeidet er etterspurt), god tilgang på informasjon,

samt en sterk fagforening. I forholdet mellom leger og psykologer, har legene i så måte flest ressurser. Legeforeningen er anerkjent som en av landets sterkeste arbeidssammenslutninger, leger er mer etterspurt enn psykologer, og Legeforeningen har en større informasjonsdatabase enn Psykologforeningen i form av utarbeidede statistikker og artikler. Legene er bedre representert i forvaltningen, de har forhandlingsrett med Staten, noe psykologene ikke har. Alle disse elementene virker sammen i et komplekst samspill som gir legene en større forhandlingsstyrke enn psykologene. På bakgrunn av økonomisk-sosiologisk teori identifiseres det mekanismer i dette komplekse samspillet som gir klare empiriske konsekvenser. Økonomisk-sosiologiske teori har som empirisk konsekvens at inntektsforskjellene mellom dem blir større, i tillegg kan denne teorien også beskrive at forskjellene øker stegvis.

Profesjonsteori

Profesjonsteoriens hovedpoeng er å redegjøre for dannelsen av profesjoner og utviklingen av disse. Profesjonsteori er lite brukt til å forklare økonomiske forskjeller. Det er derfor lite skrevet og lite å støtte seg på i søken etter empiriske konsekvenser for dette formål. De empiriske konsekvensene av profesjonsteori i forhold til inntektsforskjeller vil derfor bli utledet i to trinn ved en historisk og teoretisk gjennomgang. Profesjonsteori benyttes på norsk profesjonshistorie for å kunne utlede empiriske konsekvenser som har en norsk profesjonshistorisk forankring. På grunn av dette må denne delen bli mer omfattende da profesjonsteori ikke direkte kan avgi empiriske konsekvenser med hensyn til inntekt.

Avhandlingens teoretiske drøfting viser at profesjonsteori og økonomisk-sosiologisk teori har forskjellige empiriske konsekvenser.

Profesjonsteori forklarer grader av kontroll over arbeidet profesjonen utfører og styrkeforholdet til andre profesjoner. På bakgrunn av profesjonenes evne til å hevde seg i profesjonskampen om kontroll over arbeidet de utfører kan vi utlede profesjonsteoretiske empiriske konsekvenser. Hvordan sammenhengen mellom en profesjons kontroll over arbeidet og inntekt er, kan utforskes nærmere når to profesjoner kjemper om samme arbeidsområde. Den empiriske konsekvensen av profesjonsteori sier at når to profesjoner med ulik inntekt overlapper hverandres arbeidsområde, vil inntektsutjamning skje mellom disse profesjonene. Leger og psykologer i psykisk helsevern utgjør to overlappende

profesjoner. Mellom disse profesjonene foregår det en profesjonskamp om kontroll over arbeidet som har medført at de i større og større grad overlapper hverandre. Den empiriske konsekvensen av profesjonsteorien er i dette tilfellet at leger og psykologer vil nærme seg hverandre inntekstmessig.

Profesjonsteori og økonomisk-sosiologisk teori utgjør i denne avhandlingen teoretiske motsetninger som kan testes mot empiri. Avhandlingen tar i bruk regresjonsbaserte analyseteknikker for å analysere inntektsdata for perioden 1993-1998. På bakgrunn av denne analysen avgjøres det hvilken teori som best forklarer inntektsutvikling til leger og psykologer.

Sosiologisk og samfunnsmessig relevans

Studiet av forskjeller i inntekt mellom leger og psykologer er av sosiologisk interesse på flere nivå. Økonomiske faktorer som lønn og tjenestekostnader tilknyttet profesjoner berører mange mennesker og samfunnsforholdet generelt. Den samfunnsmessige tjenesteytingen og dens kostnader som leger og psykologer bidrar med i psykisk helsevern, er enorme. Profesjonsmakt og profesjonenes forhandlingsstyrke har samfunnsmessige kostnader og påvirker samfunnets evne til effektivitet å løse konkrete helsemessige problemer. Av den grunn er det av interesse å avdekke forhold mellom profesjonsmakt og forhandlingsstyrke i forhold til inntektsnivået til disse profesjonene. Innsikt i dette har betydning for aktører i lønnsforhandlinger, utarbeidere av økonomisk politikk enten det legges til grunn effektivitetshensyn eller utjammingshensyn, og for profesjonene selv som ønsker å maksimere deres muligheter for økte inntekter og innflytelse over eget arbeidsfelt. På et teoretisk nivå, og svært sentralt i analysen, forsøker avhandlingen å avdekke forklaringskraften til to sosiologiske teorier (profesjonsteori og økonomisk-sosiologisk teori) som i denne analysen er teoretiske motsatser med motsatte empiriske konsekvenser. Det er også viktig å avdekke både potensial og begrensinger i sosiologiske teorier, for på den måten kan teoriutvikling drives fremover og sosiale fenomener kan studeres mer effektivt og gi ny og bedre kunnskap om samfunnet. Avhandlingen håper på å bidra til innsikt i profesjonsteoriens muligheter og begrensinger i forhold til økonomisk-sosiologisk teori.

Tidligere forskning på sammenhengen mellom profesjoner og inntekt

I sosiologi har studier av profesjonene først og fremst handlet om spørsmål om profesjonsmakt, profesjonalisering og hvordan profesjonene administrerer kunnskap. En stor mengde godt kjent og mye brukt litteratur innen profesjonssosiologi omhandler slike spørsmål (se f.eks. Friedson 1970, 1986; Abbott 1988; Burrage og Thorstendahl 1990; Brint 1994). Det er i mindre grad skrevet om økonomiske forskjeller som inntekt, mellom profesjoner. Minst er skrevet om *hvordan* inntektsforholdene *endrer* seg mellom profesjoner. Tatt i betraktning den store produksjonen av artikler innen profesjonssosiologien, er det overraskende få artikler som prøver å knytte teorier om profesjonskamp og profesjonsmakt til *personinntekt*. De få studiene som gjør dette er enten svært generelle (se f.eks. Weeden, 2001), eller av teoretisk art (se f.eks., Shaked og Sutton, 1981; Grusky og Sørensen, 1998). Ingen kjente empiriske studier har klart å dokumentere hvordan sammenhengen mellom profesjonaliseringsprosesser og inntekt endres. Noe av forklaringen på denne mangelen er kanskje å finne i den teoretiske forskjellen mellom profesjonsteori og økonomisk-sosiologisk teori.

Profesjonsstudier oppfattes tradisjonelt som studier av makrofenomen, mens inntekt i større grad knyttes til mikronivåstudier. Denne oppfatningen av fenomenenes nivåforskjeller gjør at studier av dem holdes atskilt i sosiologien. Makronivåstudier i sosiologien er oftere av teoretisk art, eller benytter kvalitative data, mens studier av inntekt langt oftere benytter kvantitative tilnærming med data knyttet til enkeltindivider, altså mikronivå. Denne motsatsen gjør det vanskelig å knytte personinntekt direkte til profesjonsprosesser, og bunner samtidig i begrepsmessige vanskeligheter (Lukes 1968, Erbing og Young 1979). Dette gjør analyser av forhold mellom mikro- og makrofenomener til en utfordring. Mangelen på undersøkelser av forholdet mellom profesjonalisering og personinntekt er å finne i denne utfordringen, men flere viser at sammenhengen kan undersøkes direkte ved en kvantitativ tilnærming, slik det blant andre er foreslått av Coleman og Lao (1989).

Avhandlingens oppbygning

Fremgangsmåten i dette studiet vil være å gjøre rede for de to konkurrerende teoriene, og utlede deres empiriske konsekvenser. Deretter vil de empiriske konsekvensene testes ved hjelp av inntektsdata på personnivå.

I kapittel 2 presenteres økonomisk-sosiologisk teori. Denne teorien baseres på flere teoretiske bidrag. Alle teoriene har en grunnleggende forutsetning om rasjonelle valg. Forhandlingsstyrke avhenger av evnen til å gjøre rasjonelle valg i forhold til tilgjengelige ressurser og komparative fortrinn. Det utledes ulike økonomisk-sosiologiske mekanismer som er virksomme i gjentakende forhandlingsprosesser, og det undersøkes om det finnes noen empirisk forhold som kan differensiere på lønn. Avhandlingen kommer frem til at leger har en gunstigere økonomisk-sosiologiske forutsetninger i forhold til psykologene. Til sammen bidrar disse teoriene til å forklare forskjellen i forhandlingsstyrken mellom leger og psykologer vis-à-vis deres forhandlingsmotpart. På bakgrunn av økonomisk-sosiologisk teori finner avhandlingen at de empiriske konsekvensene er at inntektsforskjellene mellom leger og psykologer blir større.

I kapittel 3 presenteres profesjonsteori. Profesjonsteori brukes først og fremst til å forklare profesjonalisering, forholdet mellom profesjoner og hvordan profesjoner påvirker samfunnsforhold. Å benytte profesjonsteori på å forklare inntektsforhold er ikke vanlig i profesjonslitteraturen. Grunnen til det er at profesjonsteori i utgangspunktet ikke gir noen klare empiriske konsekvenser i forhold til inntekt. På grunn av dette må det benyttes en fremgangsmåte hvor vi drøfter oss frem til teoriutledede hypoteser. I en to-trinnsprosess utledes empiriske konsekvenser, først ved å se på den generelle teorien, og dernest benytte dette på norsk profesjonshistorie. Både profesjonshistorikk og teoretiske bidrag brukes dermed til å drøfte frem empiriske konsekvenser og hypoteser som kan testes. De teoretiske bidragene baseres på Abbotts profesjonsteori (Abbott 1988). Abbotts teoretiske bidrag benyttes på norsk profesjonshistorikk for å se hvordan arbeidsdelingen mellom helseprofesjoner endres, og hvordan dette kan differensiere på lønn. Det undersøkes om det er noen empiriske forhold som gjør at lønnsforholdet mellom leger og psykologer kan endres på bakgrunn av gjennomgåtte teori. Gjennom drøftingen finner vi at to overlappende profesjoner med ulik inntekt kan få endrede inntektsforhold når kontrollen over arbeidet endres. Når en profesjon øker kontrollen over arbeidsområdet og utvider profesjonens jurisdiksjon, samt at det mellom profesjonene finnes overlappende roller i arbeidsområdet, vil det finne sted en inntektsutjamning. Avhandlingen finner på bakgrunn av profesjonsteori

at dette er den empiriske konsekvensen, og utleder en profesjonsteoretisk hypotese om at leger og psykologer i psykisk helsevern vil nærme seg hverandre inntekstmessig.

Profesjonsteori og økonomisk-sosiologisk danner dermed i denne avhandlingen teoretiske motsatser. Disse teoriene har forskjellige empiriske konsekvenser som testes i avhandlingens analysedel.

I kapittel 4 gjøres det rede for metoden som benyttes for å teste de teoriutledede hypotesene fra kapittel 2 og 3. Metoden som benyttes er ulike regresjonsbaserte analyseteknikker. Data er registerdata fra folke- og boligtellingsene, og lønns- og trekkoppgaveregistrene. Data er ved hjelp av analyseverktøy tilordnet slik at man kan studere inntektsutviklingen over tid for enkeltindivider. Nærmere bestemt benytter avhandlingen et datasett med *panelstruktur*. Det er en egen metodikk for å analysere data med en slik struktur. Fordeler og begrensninger i forhold til denne metoden drøftes i kapittel 4.

I kapittel 5 presenteres analyseresultatene i ulike modeller. Det vises også til tester av analysens antakelser. Antakelsene som testes er både av teoretisk art og av metodologisk art. Det testes om regresjonsanalysens forutsetninger er brutt, og om det finnes styrke i alternative teoretiske antakelser.

Til slutt sammenfattes studiets prosjekt i kapittel 6, hvor det konkluderes med at økonomisk-sosiologisk teori ser ut til å være best til å forklare inntektsutviklingen mellom to konkurrerende profesjoner.

2 Den økonomisk-teoretiske tilnærmingen

Det teoretiske rammeverket i studien består av to ulike teoretiske tilnærminger. Den ene er den profesjonsteoretiske tradisjonen, som vi senere skal gjennomgå og som er basert på flere teoretiske og empiriske bidrag spesielt Abbott (1988), Friedson (1994) og Erichsen (1996). Den andre tilnærmingen utgjøres av en bolk teorier på inntektservervelse og lønnsfastsettelse som er basert på bidrag fra Akerlof (1982), Raiffa (1982), Bacharach og Lawler (1981), og Høgsnes (1994, 1999). Jeg vil for enkelthets skyld, og for bruk i denne studien, referere til teorier som angår inntektservervelse og lønnsfastsettelse som *økonomisk-sosiologiske teori*.

Økonomisk-sosiologisk teori bygger i denne avhandlingen på forhandlingssituasjonen mellom et sett aktører hvor det benyttes et spekter modeller fra enkle, økonomiske, rational-choice-baserte tilnærminger, til mer komplekse modeller som integrerer en større meningskontekst (som f.eks. normer om rettferdighet) inn i forhandlingssituasjonen. Markedsdimensjonen, og asymmetriske maktforhold er sentrale i disse teoriene som i seg selv ikke nødvendigvis benytter forhandlingssituasjonen i sine modeller for lønnsfastsettelse. Det finnes et vidt spekter av modeller, men de som her er nevnt er de sentrale. Mange teorier innen samfunnsøkonomien er strengt formaliserte, og etterstreber maksimal gyldighet innen strengt avgrensede rammer. Disse rammene er basert på premisser som i mange tilfeller er urealistiske, noe som ofte gjør at strengt formaliserte modeller har liten overføringsverdi til sosiologiske problemstillinger. Et eksempel på urealistiske premisser er forutsetningen om hyperrasjonelle aktører (Elster 1989). Dette vil si at aktøren har full kontroll og mulige valg som kan treffes og konsekvenser av disse. Full kontroll impliserer igjen full informasjon om ofte utilgjengelige størrelser som aktørenes preferanser, og at preferansene er stabile eller at vi har informasjon om deres endringer (Elster 1985). Det finnes også flere eksempler på problematiske forutsetninger i de strengt formaliserte modellene. For sosiologiske problemstillinger er det derfor mer fruktbart å se på mindre formaliserte teoriene (Høgsnes 1999:18-24).

Vi skal i det følgende gjennomgå de viktigste trekkene i disse mindre formaliserte teoriene, før vi senere undersøker om disse teoretiske tilnærmingene avleder ulike empiriske konsekvenser i forhold til inntektsutvikling hos leger og psykologer i psykisk helsevern. Jeg begynner med prinsippal-agent-teori og effektivitetslønnsteori før tar for meg

forhandlingsteori hvor begge disse teoriene er av viktighet. Hovedtyngden vil være på forhandlinger.

2.1 Prinsipal-agent-teori

Jeg skal først redegjøre i korte hovedtrekk for prinsipal-agent-teori, da denne teorien er grunnleggende for effektivitetslønnsteori og forhandlingsteori. Prinsipal-agent-teori tar utgangspunkt i at man har to typer aktører - prinsipalen og agenten. Prinsipalen delegerer arbeidsoppgaver til agenten. Et typisk eksempel på denne relasjonen vil være forholdet mellom en bedriftseier og dennes ansatte (Høgsnes 1999:24). Et konkret eksempel i vårt tilfelle vil være at prinsipalen er Staten som ønsker agenter til psykisk helsevern. Agentene er leger og psykologer. Det er to viktige egenskaper ved denne relasjonen. Den første viktige egenskapen er at prinsipalen og agenten ikke har sammenfallende interesser. Den andre er at prinsipalen ikke har mulighet til fullt ut å kontrollere agenten i dennes praksis og utførelse av det delegerte arbeidet.

Begge partene antas å være orientert mot egen nytte, og handle rasjonelt på bakgrunn av den begrensede informasjonen om hverandres disposisjoner og hensikter. Agenten søker derfor å skjule sine egentlige hensikter i et opportunistisk spill. Prinsipalen søker å begrense agentens opportunistiske atferd ved å gi en god lønnskontrakt. Relasjonen mellom prinsipalen og den opportunistiske agenten blir særlig relevant der hvor informasjonen er asymmetrisk mellom agenten og prinsipalen (Høgsnes, 1999:25). Relevansen av denne teorien må sees i forhold til ulike gruppers muligheter til å regulere informasjonsstrømmen til prinsipalen. Det kan for eksempel tenkes at legene har en større mulighet for dette enn det psykologene har, på bakgrunn av at leger innehar overordnede stillinger, både i Staten og innen psykisk helsevern, i langt større grad enn psykologer.

2.2 Effektivitetslønnsteori

En mindre formalisert teori innen samfunnsøkonomien som utvider og bygger på prinsipal-agent-teorien er kjent som *effektivitetslønnsteori*.¹ Denne teorien tar i betraktning betydningen av relativ lønn (Akerlof, 1982; Akerlof og Yellen, 1990). Altså, betydningen av

¹ For en utdypende innføring se Weiss, 1991.

en lønnstakers lønn sett i relasjon til andres lønn, utdanning, stillingsnivå etc. Betydningen av *relativ lønn* bare kan forstås i lys av en større meningssammenheng. Denne meningssammenhengen har hos Høgsnes (1989 og 1994) normer om rettferdighet som utgangspunkt, men det bør også integreres normer om status, arbeidsinnsats og kontroll. Det normative aspektet ved lønn og innsats kan ikke oversees. Høgsnes hevder at resultatet av lokale forhandling *bare* kan forstås i lys av slike effektivitetsbetraktninger (Høgsnes 1989:341). Normer er en viktig teoretisk mekanisme som regulerer forholdet mellom argumentene i lønnsforhandlinger og deres legitimitet. Å se bort fra normer i en slik kontekst er urimelig.

Effektivitetslønnsteorien forklarer at det er en sammenheng mellom lønn og innsats. Dette har vært kjent ved empiri lenge.² Generelle betraktninger om innsats og belønning, er at de står i samsvar, samt at forholdet også er påvirket av hva andre aktører får for sin innsats. Betraktninger om dette går helt tilbake til antikken, noe som understøtter at sammenhengene har generell gyldighet. Den generelle hypotesen er at det er likevekt mellom belønnings-tilfredsstillelse og innsatsen for å få belønningen i forhold til forventet belønning. *Over tid* vil det alltid etableres en likevekt mellom innsats og belønning. Dette er den sosiale konsekvensen av Adams teori om rettferdig likevekt (Adams, 1993), som igjen bygger på Aristoteles' teori om rettferdig behandling (Stigen 1999, xlvii). Vi kan si at følgende generelle forhold gjelder:

Likning 2-1. Forholdet mellom to aktørers relative innsats og belønning.

$$\frac{A's\ belønning}{B's\ belønning} = \frac{A's\ innsats}{B's\ innsats}$$

Effektivitetslønnsteori går lengre og innbefatter den positive sammenhengen mellom rekruttering og lojalitet til arbeidsgiveren eller firmaet. Dersom lønnen blir for lav svekkes arbeideres innsats og velvilje. Samtidig blir det vanskeligere å rekruttere nye arbeidere (Weiss 1991:55, 69). Den mest interessante varianten innen denne teorien er den som bygger på '*the fair wage-effort hypothesis*' (Akerlof og Yellen 1990). Her er innsatsen en funksjon

² Weiss (1991, fotnote s.55) nevner at Jacob Vanderlint allerede i 1735 viser dette i *Money Answers All Things*, London 1735.

av forholdet mellom faktisk lønn og det som ansees som rettferdig lønn. Dette kan enkelt formuleres slik:

Likning 2-2. Forholdet mellom innsats, lønn og rettferdig lønn (Akerlof og Yellen).

$$e = \frac{w}{w^*}$$

Uttrykt med de matematiske symbolene blir altså innsatsen e en funksjon av forholdet mellom lønnen w og den rettferdige lønnen w^* . For tilfeller hvor $w < w^*$ har vi at lønnstakerne får mindre enn fortjent. Den logiske konsekvensen er at lønnstakeren reduserer innsatsen til det nivået hvor det blir en rettferdig balanse. Det motsatte vil også gjelde, at ved for høy fortjeneste økes innsatsen.

Denne modellen baseres ekstensivt på resultater av samfunnsfaglige empiriske undersøkelser på tvers av etablerte fagtradisjoner. De fagtradisjonelle teoretiske støttepunktene ligger i psykologien hos Adams' teori om rettferdig likevekt (Adams, 1993), og i sosiologien i bytteteori (Homans, 1958; Blau, 1964). Homans viser hvordan det er en relasjon mellom det man selv oppfatter som tilfredsstillende ut i fra det som behager en, eller ut i fra oppfattelser om distributiv rettferdighet. Terskelen for denne tilfredsstillelsen er i likningen angitt ved rettferdig belønning Q . Belønningen R måles i forhold til denne terskelen ved differansen $Q-R$. Altså "fikk jeg som fortjent?". Tilfredsstillelsen S avhenger av denne evalueringen, og kan uttrykkes ved:

Likning 2-3. Forholdet mellom tilfredsstillelse, belønning og rettferdig belønning (Homans).

$$S = \frac{aR}{Q - R}$$

S er her en funksjon av belønningen R over differansen mellom rettferdig belønning Q og belønning (R). a er en proporsjonalitetskonstant og er ikke av betydning for det illustrerende formål. Modellen er for øvrig ikke intuitivt tiltrekkende, siden S varierer mellom 0 og ∞ . Hva som menes med uendelig tilfredsstillt er vanskelig å tenke seg, men en viktig implikasjon er at belønninger aldri slutter å virke. Vi ser at belønningens tilfredsstillelsesgrad avhenger av

forholdet mellom belønning og den belønningen man synes er rettferdig.³ Videre angir Homans arbeidsinnsatsen⁴ som en funksjon av mottatt belønning, hvilket etablerer relasjonen til S (tilfredsstillelsesgraden). Jeg går ikke inn på hvordan Homans gjør dette siden poenget kun er å vise Homans bidrag til lønneffektivitetshypotesen. Homans angir en mer detaljert sammenheng, hvilket hviler på teoretiske antagelser det ikke er empirisk belegg for i bytteteorien (Collins, 1989:351). Collins mener at det ikke er tilstrekkelig bevist empirisk at man øker innsatsen ved høyere belønning. Akerlof etablerer samme relasjon til innsats i sin likning som det Homans gjør, men Akerlof unngår denne kritikken fra Collins ved å si at sammenhengen mellom lønn og innsats først og fremst gjelder når man *får mindre enn fortjent* (Akerlof og Yellen, 1991:261).

Mye av litteraturen som benytter effektivitetslønnsteori konsentrerer seg om arbeidsledighet og konsekvensene av *for lav* lønn i forhold til referanselønnen. Et poeng i Adams' teori om likevekt er at agenten som belønnes har to tilpassingsstrategier for å etablere likevekten. I tilfellet hvor man betales *for lavt* i forhold til referanselønnen blir de to tilpassingsstrategiene som følger; enten senkes innsatsen, eller så endrer de sin vurdering av eksisterende innsats. Det forestilles her at agenten revurderer sin innsats som mindre verdt en tidligere, og opprettholder innsatsen på samme nivå som før. Det har vært mange undersøkelser på dette, men med sprikende resultat (Leonard 1987, Mühlau og Lindenberg 2003). Det er imidlertid funnet støtte for at innsats reduseres når inntekten blir *for lav* (Akerlof og Yellen 1991:257-8). Når det gjelder de studiene som konsentrerer seg om de tilfellene hvor lønnen er *høyere* enn referanselønnen, er det mer uklare resultater. Dette forklares med at kostnadene med å endre den psykologiske vurderingen av eget arbeid er lavere enn å endre selve innsatsen. For noen kreves det større innsats å legitimere lav innsats, enn å faktisk øke den (Akerlof og Yellen, 1991). Det er altså beheftet mer usikkerhet til de tilfeller hvor lønnen er høyere enn det man kan vurdere som fortjent⁵.

³ Det forutsettes at $R \geq 0$.

⁴ Jeg oversetter her Homans "amount of behavior" (Homans, 1961:276-7) med termen *innsats*. Homans har det jeg vil kalle en *kvante*-tilnærming til handling. En person kan gi fra seg (investere) små standardiserte handlingenhetene (som for personen er en kostnad), mot å motta standardiserte belønningenheter. Det er summen av disse enhetene over tid, som angir Q og R i likevektsformelen. Tilnærmingen er ment som en abstrakt øvelse for å gi forholdet mellom tilfredsstillelse og produktivitet et generelt uttrykk, og ikke ment som en absurd beskrivelse av den sosiale realitet.

⁵ Når det gjelder denne oppgavens anliggende, finnes ikke ferdige tilordnede data på i hvilken grad leger og psykologer som jobber innen psykisk helsevern oppfatter lønnen sin som fortjent. Det finnes wage-effort-

Det effektivitetslønnsteorien kan fortelle oss av relevans for de kommende analysene, er at hvis situasjonen i arbeidsmarkedet er slik at det er få leger eller psykologer, ønsker Staten at disse legene skal jobbe mer. Følgene av lønnsforhandlingene blir at lønnen økes som effektivitetsinsitament for de gruppene hvor det er knapphet på arbeidskraft.

I det følgende skal jeg ta for meg forhandlingsteori. Det er mange betraktninger som har betydning for forhandlingssituasjonen. Effektivitetslønnsteori og prinsippal-agent-teori, som vi har gått igjennom, spiller begge en rolle her.

2.3 Forhandlingsteori

I denne delen tar jeg for meg de teoretiske bidragene som vi kan samle under betegnelsen forhandlingsteori og som inngår i det utvidede begrepet økonomisk-sosiologisk teori. Alle typer forhandlinger er underlagt noen sentrale kjennetegn, så jeg skal ta for meg disse først. Det vil dreie seg om forhandlinger generelt og mer spesielt lønnsforhandlinger. Lønnsforhandlinger griper direkte og umiddelbart inn i dannelsen av en persons samlede inntekt både i form av lønnsfastsettelse og vilkår for arbeidstid etc.

Det er noen generelle kjennetegn på forhandlinger⁶. De viktigste er at det er en interessekonflikt mellom de forhandlende parter, og at de har en felles interesse for å løse konflikten. Det finnes ulike modeller for forhandlinger som fokuserer på ulike aspekter ved forhandlingssituasjonen (Høgsnes 1999:20). Et aspekt kan være antallet av forhandlende parter og eventuelle allianser, et annet aspekt kan være *mengden* og *arten* av *informasjonen* partene sitter med, og et tredje kan være den *normative konteksten* som forhandlingspartene befinner seg i. Andre aspekter kan være aktørenes grad av rasjonalitet, risikopreferanser og tidshorisont. Disse aspektene som står sentralt i forhandlingsteori, danner grunnlag for ulike teoretiske modeller som kan differensieres langs et metodologisk kontinuum med rent matematiske modeller på den ene siden og rent deskriptive modeller på den andre. De mest fruktbare modellene i en sosiologisk analyse av inntektsnivå og inntektsendring vil ligge et sted mellom disse ytterpunktene.

metoder som tar hensyn til prinsippalens uvitenhet om arbeidstakernes fortjente referanselønn (Gan 2002), men vi mangler ennå å se resultater av denne teorien i empiriske undersøkelser.

⁶ Hele dette punktet er basert på Høgsnes, 1994 kap. 2.

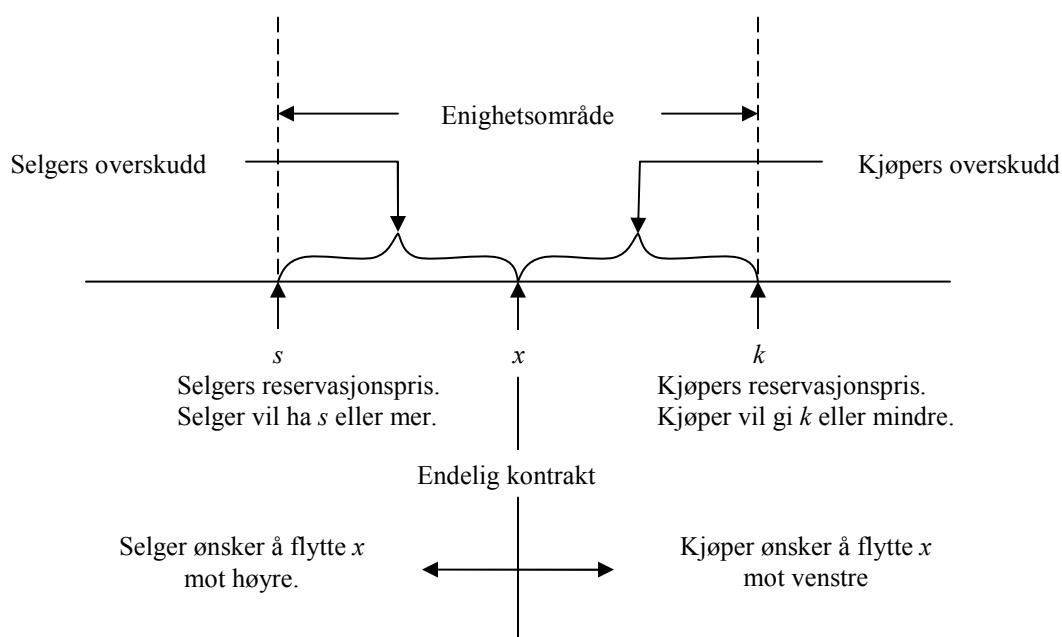
De fleste modellene som beskriver forhandlinger tar utgangspunkt i at det er to parter som står mot hverandre, og at de i forhold til en definert logikk forsøker å maksimere vinst og minimere tap. Premissene som ligger til grunn kan være at aktørene forutsettes som *begrenset rasjonelle*, det vil si, de er rasjonelle, men de er det i begrenset grad på grunn av mangelfull informasjon om motpartens preferanser, om konsekvenser av andres valg, og om betydningen av den informasjonen de har. Mangelfull informasjon er en kilde til usikkerhet. Siden informasjon ofte er mangelfull, gjør dette at forhandlinger foregår under varierende grad av sikkerhet. Dernest kan informasjonen man besitter være falsk, eller den kan bli brukt feilaktig på grunn av menneskelig feilbarlighet. Usikkerhet og mangelfull informasjon kan også tolkes som en ressurs, når informasjonen er asymmetrisk mellom partene og den ene parten vet at den er det. Mangelfull informasjon er ikke ubetinget rasjonalitetsbegrensende. Jeg kommer tilbake til dette senere.

Når det gjelder antall aktører skal vi begrense oss til to, noe som forenkler kompleksiteten. Denne forenklingen er uproblematisk på den måten at de lønnsforhandlingene som er aktuelle for vårt vedkommende var mellom to parter. Disse to er prinsipalen (Staten) og agenten (representanten for en fagforening eller en sammenslutning av fagforeninger som forhandler på vegne av medlemmene)

2.4 Forhandlingssituasjonen

Som nevnt er antallet aktører vesentlig i forhold til hva slags modell for forhandling man vil bruke. Ved mer enn to aktører øker kompleksiteten betydelig, slik at man gjerne etterstreber en situasjon der det kun er to aktører. Dette kan oppnås ved at partene danner koalisjoner. En fagforening må kunne sees på som en koalisjon av medlemmer mot en arbeidsgiver. Flere fagforeninger kan igjen danne en sammenslutning mot en arbeidsgiverforening. Representerende forhandlingspartnere kan ikke selv vedta forhandlingsresultatet. Representantene må som oftest bringe avtalen opp til avstemning hos de som de representerer. Dette innebærer at de som er representert ved forhandlingsbordet også må forhandle internt for at man skal få en avtale som godtas av medlemmene. Det finnes derfor minst to konfliktdimensjoner ved forhandlinger der partene representerer koalisjoner – en intern, partene seg imellom, og en ekstern mellom partene. Dersom partene har store problemer med den interne drøftingen kan enighet mellom forhandlingspartene ofte være lettere å oppnå.

(Raiffa, 1982:12, 15) En generell grunn til dette er at partenes *reservasjonspris* ikke er like klar. Reservasjonsprisen for *kjøper* er den høyeste prisen kjøper vil betale. Reservasjonsprisen for selger er den *minste* prisen selger vil ha betalt. Partenes reservasjonspris vil i de fleste tilfeller være forskjellig. Hvis denne reservasjonsprisen ikke er kjent, er det større usikkerhet om hva som utgjør *enighetsområdet* hvor man kan komme til en akseptabel avtale. Ingen av partene ønsker å skusle vekk muligheten for å komme til enighet.



Figur. 3.1 (Raiffa, 1982:46, fig. 2)

Figuren over illustrerer hvordan partenes reservasjonspriser definerer området hvor man kan enes om en kontrakt. Dersom $k < s$ vil det ikke være mulig å komme til enighet. Det vil si at kjøper vil gi mindre enn selgers reservasjonspris. I det tilfellet er det ikke noe område hvor partene kan bli enige. Hvis arbeidstakerne, det vil si *selger* av arbeidskraft i figuren over, ikke får s eller mer, kan de true med streik. Likeledes vil arbeidsgiver true med lockout dersom arbeidsgiver ikke får arbeidskraften for k eller mindre. Dersom det er stor usikkerhet om hva partenes reservasjonspris er, vil det være lettere å bli enig om en avtale som faller innenfor enighetsområdet.

2.5 Forhandlingsstyrken – kompleksitet og asymmetrisk informasjon

Forhandlingspartnerens reservasjonspris er avgjørende for utfallet av forhandlingene. Det er med andre ord en styrke å vite den andres reservasjonspris, samtidig som det er en styrke å holde sin egen reservasjonspris skjult. I lønnsforhandlinger vil det imidlertid være slik at reservasjonsprisen er en sum av mange ulike hensyn. Det kan for eksempel være krav om tillegg av ulike slag, som nattillegg, eller overtidstillegg og lignende. Prisen, eller avtalen det enes om, er på toppen av dette også variable størrelser som på forhandlingstidspunktet ikke er kjent. Hva de faktiske kostnadene og verdiene blir er usikkert, da det er lønn basert på fremtidig og ukjent innsats det forhandles om.

Et eksempel på ukjent innsats er hvor mye overtidsarbeid som vil utøves for kommende år. Dette kan være vanskelig å spå under forhandlingene. Selve resultatet av forhandlingene kan påvirke mengden overtid, noe som kan være forutsatt eller ikke. Begge parter vil kunne lage et estimat på kostnaden av overtid og bruke dette som argument i forhandlingene. Denne vil dermed være en faktor som øke kompleksiteten om totalresultatet det forhandles om. Kan det være noen forhandlingsmessige fordeler med høy grad av kompleksitet og usikkerhet rundt det endelige resultatet av forhandlingene? Svaret er ja. Grunnen er todelt.

Det ene grunnen har med asymmetrien i tilgangen til informasjon mellom partene. Jo enklere situasjon, jo mer symmetrisk kan man forvente at distribusjonen av informasjon rundt reservasjonspriser er. Partene har da likt utgangspunkt i forhold til informasjon. Når kompleksiteten øker, vil informasjonsbalansen bli mer labil, og det være mer sannsynlig at den ene parten vil beherske informasjon til egen nytte bedre enn den andre. Hvis den ene parten har bedre tilgang til informasjon, er det hensiktsmessig for denne å integrere denne kunnskapen som en del av løsningene det forhandles om, hvis det er mulig.

Den andre grunnen har med normer om rettferdig lønn å gjøre. Ideelt sett ønsker grupper med høy lønn et fravær av fokus på normer om rettferdig lønn. Dess mer oversiktlig en gruppes lønn er, dess enklere er det å sammenlikne denne med andre gruppers lønn. Dersom denne sammenlikningen ikke er ønskelig, vil det være tjenelig å gjøre den samlede gjennomsnittsinntekten for en gruppe så uoversiktlig som mulig. For grupper med høy lønn

vil det ikke være ønskelig å bli gjenstand for sammenlikninger med lavt lønnede på basis av rettferdighetsnormer. En slik sammenlikning gjør det vanskeligere å argumentere for at man skal ha mer. Uoversiktligheit er derfor en fordel for grupper med høy lønn⁷. Denne uoversiktligheiten oppstår ved å ha en relativt lav grunnlønn, men med verdifulle særavtaler som gir høye tillegg for arbeid av ymse slag, som risikofylt arbeid, overtidsarbeid, eller arbeid på ubekvemme tidspunkter. Eksempelvis er lønnsberegningen til leger og flygerledere svært kompleks, og begge representerer høylønnsyrker. Legens grunnlønn er ikke så forskjellig fra andre sammenliknbare yrker, men pga av mange tilleggsordninger har de likevel oppnådd en høyere inntekt. Disse tilleggsordningene kan være av betydning ved lønnsoppgjør, for disse ordningene gjør det mer komplekst å gjette på partenes reservasjonspris.

Konklusjonen er at kompleksitet vil under disse omstendigheter lage en labil situasjon hvor den ene parten kan få et overtak. Generelt er det selger som har best forutsetninger til å oppnå gode resultater ved forhandlinger når komplekse lønnsstrukturer ligger til grunn.

2.6 Asymmetrisk informasjon

Kompleksitet gjør balansen mellom forhandlingspartene labil, og at dette vil føre til en fordelaktig situasjon for den ene parten. Det avgjørende her er at den ene parten har mer relevant informasjon enn sin forhandlingspart, eller har klart å gjøre egenprodusert informasjon til et salgsargument. Et eksempel på det kan være at arbeidstakere bedre vet effekten av økt overtidstillegg fordi de har inngående kjennskap til sin egen arbeidssituasjon. Denne kjennskapen kan komme fra undersøkelser om vilje til overtidsarbeid, klager på arbeidsforhold, turnusordninger, etc. Dette er informasjon som både fagforeninger og arbeidsgivere samler inn, og som de kan benytte til å legitimere krav, eller holde skjult alt ettersom situasjonen angir det som er formålstjenelig. Likevel vil det være enklere å samle informasjon for en fagforening, både på grunn av lojaliteten i arbeiderkollektivet, og fordi de som representanter for yrket ofte har konkrete erfaringer å bygge på. Denne asymmetrien er verdt å utnytte, fordi det kan gi grunnlag for å fremstille sin egen reservasjonspris høyere enn

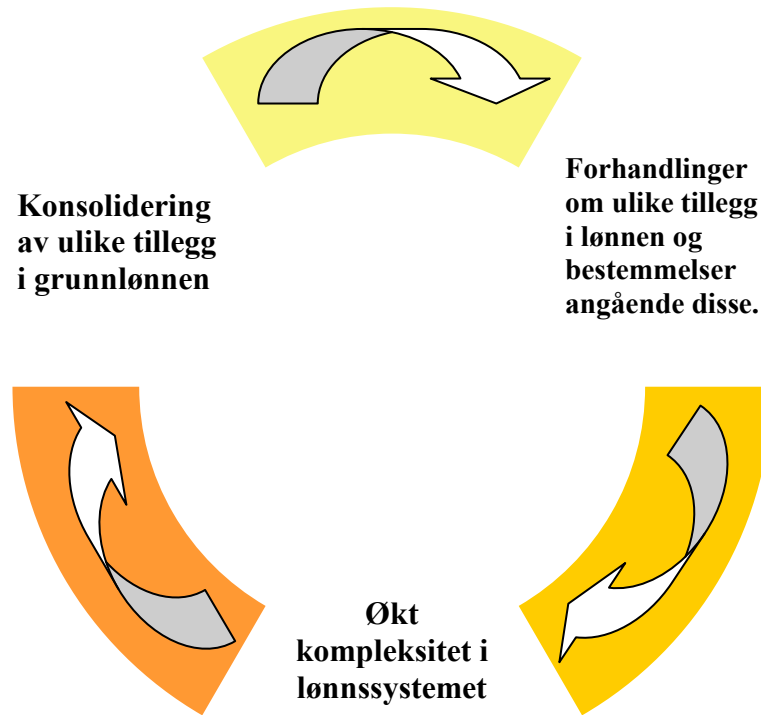
⁷ Et annet poeng er at de høytlønnede går imot kronetillegg, som vil gi relativt mindre til de som er høyt lønnede, men i stedet vil gå inn for prosentvise tillegg.

det den egentlig er, og likevel virke troverdig⁸. Påstander om f.eks. redusert deltidsarbeid ved lønnsøkning kan måles, og partene drives derfor mot en mer ærlig og realistisk begrunnelse for sine krav enn hva tilfellet ville være ved ikke-repeterende forhandlinger (Raiffa 1982:13). Også her må vi anta at kompleksiteten gjør det letter å komme unna med bedre/dårligere enn ventet lønnsoppgjør. Hvis lønnsoppgjøret ble uoversiktlig og resultatet uventet, så er det kompleksiteten, og ikke forhandlingspartene som får skylden for ikke-forventede resultater. I tillegg til at det finnes sterke insentiver for å gjøre situasjonen kompleks for å fullt ut kunne utnytte effekten av asymmetrisk informasjon, finnes det heller ingen opplagte motsatser som kan virke dempende på kompleksitetsnivået.

Likevel, en økt kompleksitet er ikke nødvendigvis *kun* et resultat av en bevisst strategi for å lettere utnytte asymmetrien i informasjonsdistribusjonen. F.eks trenger ikke et komplekst lønnsystem kun å være et uttrykk for en strategi om å tilsløre de egentlige kostnadene for arbeidsgiver. Det kan like gjerne være et uttrykk for arbeidsgivers forsøk på å gi insitamenter på økt arbeid ved relevante tillegg, jfr. tidligere diskuterte lønnseffektivitetsteori. Disse hensynene hos partene vil uansett være sammenfallende, slik at enighet kan oppnås hurtig. Et problem oppstår imidlertid når kompleksiteten over tid når et nivå hvor den blir uhåndterlig for en av partene eller begge. Det som da skjer er at partene må finne løsninger som forenkler bildet, og den enkleste løsningen vil være å nedfelle en del av disse tilleggene i grunnlønnen. Når tilleggene er felt ned i grunnlønnen, vil det være lettere å oppnå nye tillegg på grunn av effektivitetsbegrunnelser som tidligere nevnt. Vi får dermed en syklisk effekt hvor kompleksitet avløses av konsolidering og ny økning av kompleksitet. Følgende figur kan illustrere denne sykliske bevegelsen:

⁸ Troverdighet er en avgjørende forutsetning. Uten troverdighet ville hele forhandlingssituasjonen bryte sammen. Troverdigheten antas å være sikret ved at forhandlingene gjentas hvert år, slik at effekten av forhandlingene kan også måles og korrigeres ved neste lønnsoppgjør. Det er derfor ikke formålstejenelig for partene å ikke holde ord om de skal ha noen forhåpninger om enighet ved neste oppgjør.

Figur 2-1. Kompleksitets og konsolideringsspiral.



Denne situasjonen, enten den er et strategisk skjema eller ikke, er med på å drive lønningen oppover og man kan forvente at lønnsutviklingen også vil kunne være syklisk med hopp i de mest uoversiktlige oppgjørene hvor tillegg for variable størrelser er forhandlingstema.

En viktig forutsetning for at denne situasjonen kan oppstå er at det er vidt spekter av insitamenter å forhandle om. Her har legene et klart fortrinn over psykologer, både på grunn av nattjobbing, og den mer prekære mangelen på leger.

En annen forutsetning for at asymmetrien kan utnyttes i forhandlingssituasjonen er likevel at arbeiderne er koordinert slik at informasjonen de avgir kan sentraliseres og benyttes formålsrasjonelt. Fagforeningene tar seg av dette arbeidet, og deres dyktighet er derfor sentral i utnyttelsen av informasjonen, og dermed også for forhandlingsresultatet. I det videre skal jeg derfor gå nærmere inn på styrken til fagforeninger.

2.7 Fagforeningsstyrke

Fagforeningsteorier er et selvsagt element i en forhandlingsteoretisk ramme. Arbeidstakernes atferd er koordinert gjennom fagforeningsmedlemskap, hvor fagforeningene forhandler lønnsavtaler på vegne av medlemmene, men de verner også om medlemmenes faglige interesser. Fagforeningens styrke i lønnsforhandlinger avhenger positivt av *dekningsgrad* (høy grad fører til høyere lønn) og ikke ubetinget av medlemsmasse (Askildsen og Nilsen, 1996:1). At lønnsforhandlinger avhenger positivt av dekningsgrad har med at fagforeninger er grunnleggende rettet mot monopolisering av arbeidskraft. Selve størrelsen på medlemsmassen (ikke det samme som dekningsgrad) kan forklare hvorfor det er svært vanskelig for noen grupper å få store tillegg. Forklaringen er at økt lønn for medlemmer i store fagforeninger er svært kostbart og derfor er vanskeligere å oppnå, samtidig som at økningen kan ha innvirkning på økonomien sentralt og/eller lokalt. Det er mye lettere å fremme lønnskrav som er relatert til stillinger eller ekstra belastninger (Dale-Olsen og Høgsnes, 1999:31).

Forhandlingsstyrken er likevel sterkest tilknyttet konsekvensene av brudd i forhandlingene. Lønnsforhandlinger er av en slik art at partene må komme til enighet. Dersom enighet ikke finner sted kan to ting skje. Det ene er at en trussel settes i verk fra en av de to partene, det andre er at 3. part intervenerer.

Det spesielle ved trusselen ved lønnsforhandlinger generelt er at begge forhandlingsparters virkemiddel har opphør av arbeidet til arbeidstakerne som konsekvens. Dersom arbeidstakerne iverksetter trusselen kalles det *streik* og arbeidet nedlegges, og hvis arbeidsgiverne iverksetter trusselen kalles det *lockout* og arbeiderne stenges ute fra arbeidet. Ofte vil forhandlinger skje gjennom sammenslutninger på arbeidstakersiden og arbeidsgiverside, slik at trusselen om lockout og streik kan virke over et større nedslagsområde enn det området det oppstår uenighet om. Ingen av partene ønsker å sette igjennom trusselen da den vil ramme også dem selv, og andre, og ikke bare motparten.

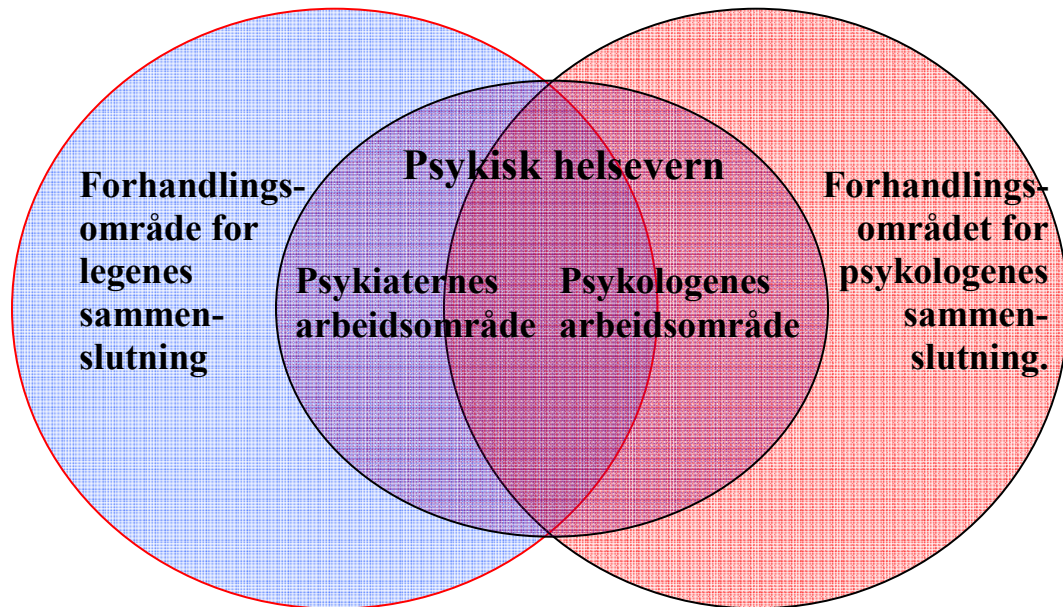
Hvis ikke enighet oppnåes, skjer det at Staten, som 3. part, *intervenerer* og riksmeklingsmannen kaller partene inn til forhandlinger. I viktige yrker som f.eks. innen helsesektoren vil ofte Stortinget vedta en lov som forbyr den aktuelle streik eller lockout før den iverksettes. Eventuell streik eller lockout blir dermed avblåst og en *tvungen lønnsnemnd*,

med 5 medlemmer oppnevnt av regjeringen og en hver fra partene, til sammen 7 medlemmer, blir oppnevnt.

Lønnsnemnden bestemmer så lønn som følger av dennes *dom*. Muligheten for intervensjon, altså tvungen lønnsnemnd, er noe som partene i utgangspunktet kan spekulere i. I et system med mulighet for tredjepartsintervensjon er innvirkningen av rettferdighetsnormer svekket (Høgsnes, 1994). Vi har tidligere drøftet effekten av disse normene. En part som ønsker å svekke rettferdighetsnormenes innflytelse vil derfor kunne bruke riksmeklingsmannen eller tvungen lønnsnemnd som virkemiddel. For legene er dette en vinn-vinn-situasjon, men det må likevel ansees som best at det ikke blir tvungen lønnsnemnd da det er større sannsynlighet for å nå er bedre enn forventet oppgjør over forhandlingsbordet.

Hvis vi ser på relevansen av dette i forholdt til styrken til leger og psykologer i forhandlinger, må vi anta at det er lite sannsynlig at det kommer til hverken streik eller lockout. Grunner er at helsevern er et sårbart område for nedleggelse av arbeid da det kan sette menneskers helse på spill. Vi må derfor se på andre konsekvenser av brudd i forhandlingene. En konsekvens er at enighet oppnåes senere. Dersom tid er relevant, vil dette slå ut på forhandlingsstyrken til partene. Den som er presset på tid, er den som står svakest. For å undersøke viktigheten av tid, må vi først se hvordan partene forhandler i forhold til det området vi ser på i studien, hvilket er psykisk helsevern. Følgende Venn-diagram er illustrerende for dette formål:

Figur 2-2. Venn-diagram over forhandlingsområde, arbeidsområde og psykisk helsevern.



Forklaring: Venn-diagram over forhandlingsområde og arbeidsområde for leger og psykologer, samt psykisk helsevern. De store sirkelens relative størrelse i figuren er irrelevant. Sirklene angir som følger: Stor venstre sirkel: legenes forhandlings- og arbeidsområde. Stor høyre sirkel: Forhandlings- og arbeidsområde for psykologenes sammenslutning. Midtre sirkel: Psykisk helsevern. Overlappende høyre og midtre sirkel: psykologenes arbeidsområde. Overlappende venstre og midtre sirkler: psykiaternes arbeidsområde. Utvalget i studiens analyser er de leger og psykologer som faller inn under området psykisk helsevern.

Når vi ser på de områdene som det forhandles lønn om i diagrammet over, så forhandles det om et større område enn psykisk helsevern, hvilket er det området som analysen begrenser seg til. Konsekvensen av denne strukturen er at det som er viktig for området utenfor psykisk helsevern, også får konsekvenser for psykisk helsevern. Ved lønnsoppgjør er det rimelig å anta at Staten oppfatter en uavklart situasjon med legene som mer prekær, enn en uavklart situasjon med kun psykiaterne eller psykologenes sammenslutning. Det gjør at tidsfaktoren er mer gunstig for de legene, og dermed psykiaterne, som jobber i psykisk helsevern, enn for psykologene som jobber der.

Til sist må vi også ta med at Lægeforeningen, som er legenes fagforening, er en forening med lang tradisjon for innsamling av data om egen profesjon, og analyse av denne. Langt mer enn hva som er tilfellet for psykologene, som er en mye yngre profesjon. Disse faktorene, og faktorer som vil drøftes i neste kapittel, som at leger har en sterkere forankring

i statsbyråkratiet, er faktorer som gjør at Lægeforeningen har et større potensial i lønnsforhandlinger enn hva som er tilfellet for psykologene. *Legene har dessuten forhandlingsrett med Staten*. Psykologene har ikke det, og må forhandle gjennom den sammenslutning deres fagforening er medlem i.

2.8 Lønnsoppgjør

De empiriske konsekvensene av økonomisk-sosiologisk teori vil ha sine utslag som resultat av lønnsoppgjør. Vi kan undersøke nærmere effektene av teorien vi har gjennomgått ved å se på historiske data over legegølnnsutviklingen. Høgsnes (1987:80) viser at legene har oppgjør i 1977 på over 15 %. Også i 2002 hadde de en lønnsvekt på over 15 %. Det finnes derfor svært sterke oppgjør blant legene, og det er heller ikke noen enkeltfenomen at legene har tidvis slike oppgjør. Disse lønshoppene kan bare knyttes til forhandlinger. Det har imidlertid ikke vært mulig for meg innen rammene for denne avhandlingen å lage en oversikt over alle kravene for lønnsoppgjørene for den perioden jeg har inntektsdata for (1993-98) og samspillet mellom dem, men lønnsoppgjøret for legene i 1996 ser ut til å ha en del interessante teoretiske elementer som skiller det ut fra øvrige oppgjør. Jeg skal derfor kun ta for meg dette oppgjøret her og den teoretisk betydningen av det.

I lønnsoppgjøret i 1996 forhandlet legene gjennom AF og Lægeforeningen levert sin krav gjennom AF med ”den klare og uttalte målsetting at dette oppgjøret skal være et vendepunkt i lønnutviklingen for offentlig ansatte” (Aarseth, H. P, president i Lægeforeningen, Tidskrift for norsk Lægeforening nr. 9, 1996, s.1157)

Bakgrunnen for denne uttalelsen er at lønnsoppgjørene først kommer i privat sektor og så i offentlig slik at oppgjøret i privat påvirker oppgjøret i offentlig sektor. Dette har ført til en utvikling hvor de offentlig ansatte har fått stadig mindre i forhold til de ansatte i privat sektor. Argumentet var derfor at det må kompenseres for denne utviklingen. I forkant av lønnsoppgjøret dette året var det også andre kompliserende bekymringer som lå på bordet. Legene var også bekymret over den dårlige rekrutteringen til psykiatri. Psykiatrien er en spesialitet som sliter med lav prestisje og noe av årsaken syntes å være manglene refusjonsordninger, ”samtidig er det et problem for rekrutteringen til psykiatrien at det ikke er vakttillegg på psykiatriske poliklinikker, slik at lønnen totalt blir laver enn på sykehus” (Alv A. Dahl i Tidskrift for norsk Lægeforening nr. 11, 1996 s. 1390). Denne uttalelsen må

vi også se i sammenheng med legeforeningens presidents uttalelse om det forestående lønnsoppgjøret:

”Det har i de siste måneder blitt inngått lokale avtaler om godtgjørelse for vakansvakter, overtid utover arbeidsmiljølovens grenser etc. Legeföreningen vil gjøre sitt til å overføre disse elementer i en ny særavtale som i stor utstrekning vil sette de lokale avtaler til side. En må se særavtalens bestemmelse om forlenget arbeidstid, overtid og vakansvakter i sammenheng med elementer som inngår i grunnlønnen. For legeföreningen har det vært et prioritert mål å få opp nettopp grunnlønnen” (Tidskrift for norsk legeförening nr. 17. 1996, s. 2087).

Lønssystemet var på dette tidspunktet uoversiktlig, og det lå til rette for å få konsolidert noen av tilleggene ned i grunnlønnen. Men det ble også forandret frem variable tillegg, f.eks et tillegg som ble lagt til grunnlønnen når man jobbet mer enn 2,5 timer overtid. Denne kompleksiteten skyldes i stor grad de ulike ordningene for tillegg, det sammensatte behovet for rekruttering til ulike disipliner og hensynet til de offentlig ansatte legene. Kompleksiteten gjør at forhandlingssituasjonen blir uoversiktlig. Forhandlerne på arbeidsgiversiden vil i slike scenarier ha stor problemer med å innse de økonomiske konsekvensene av avtalen som blir inngått.

Dette forholdet bringer oss derfor tilbake til forhandlingsteori, og modellen for lønnfastsettelse. Denne modellen tok utgangspunkt i at partene har ulike reservasjonspriser, og at disse danner utgangspunkt for et enighetsområde. Partene kjenner i utgangspunktet bare sin egen reservasjonspris og har imperfekt informasjon om motpartens reservasjonspris. Hvordan denne skal beregnes blir mer og mer kompleks jo flere faktorer som danner grunnlag for den endelige avtalen. I lønnsoppgjøret i 1996 var det krav om et tillegg til grunnlønnen når man jobber mer enn 2,5 timer overtid. Et problem her er at man ikke vet på forhånd hvor stort utslag dette vil gi, når det ikke er noen måte å beregne sikkert hvor mye overtidsarbeid som vil bli utført i fremtiden. Arbeidsgiverne ønsker for helseområdet at legene skal jobbe mer, siden det var mangel på leger. Dette er derfor et godt forhandlingsutgangspunkt for legene. Når det gjelder i hvilken grad legene ønsker å jobbe overtid, og hvor mye, er det rimelig å tro at det er en asymmetrisk distribusjon av denne type informasjon mellom arbeidsgiver og arbeidstakerorganisasjonene. I studiens teoretiske

drøfting konkluderte vi med at slike situasjoner med asymmetrisk informasjon ville bli unyttet, og jo sterkere utnyttelse dess mer kompleks situasjonen er.

2.9 *Empiriske konsekvenser av økonomisk-sosiologisk teori*

Vi har nå gjennomgått en del sentrale teorier som utgjør økonomisk-sosiologisk teori. Disse var prinsippal-agent-teori, lønneffektivitetsteori, og forhandlingsteori. Ut fra disse teoriene kan vi utlede empiriske konsekvenser om utviklingen i inntekt mellom leger og psykologer som jobber i psykisk helsevern.

Effektivitetslønnsteorien foreskriver ulikheter mellom leger og psykologer. Her er mekanismen den at det er få arbeidere og prinsippalen ønsker at disse skal jobbe mest mulig. Dette gir muligheter for å forhandle frem gode tillegg overtidsarbeid, arbeid på ubekvemme tidspunkter etc. Det er mangel på både leger og psykologer i psykisk helsevern. Og det vil ofte være slik at den ene mangelen er mer prekær enn den andre, at deres arbeids har ulik verdi, eller at mangelen gjelder for forskjellige områder. Generelt gjelder det at legemangelen oppfattes som mest prekær. Dessuten er medisinsk ekspertise mer etterspurt døgnet rundt, enn hva tilfellet er for psykologi som besitter en annen ekspertise innen behandling. Dette har stor betydning for overtidstillegg og nattillegg. Disse to faktorene kan tilsi at legene vil opparbeide en større lønnsforskjell til psykologene ved vedvarende mangel på personell, for hver runde med forhandlinger.

Under drøftingen av forhandlingsstyrke fant vi noen mekanismer som kan bidra til ulikt inntektsnivå og inntektsutvikling for leger og psykologer. Den ene faktoren var usikkerhet i forhold til den pris man må gi for merarbeid. Denne faktoren hadde to egenskaper. Den ene var at kompleksiteten i lønningsstrukturen gjorde det vanskelig og uoversiktlig for prinsippalen å overskue den reelle verdien av avtalen. Den andre var at det ville vanskeliggjøre sammenlikningen med andre grupper dersom normer om rettferdig lønn var et tema. Høyt lønnsgrupper ønsker derfor at dette ikke blir et tema. Leger er i en høyere inntektsklasse, og de har dessuten en mer kompleks lønningsstruktur. Dette danner grunnlag for gode forhandlingsresultat for leger. For psykologene er tilstanden en annen.

Vi har sett at høy grad av kompleksitet i forhandlingene gjør balansen mellom forhandlingspartene labil, og at dette vil føre til en fordelaktig situasjon for den ene parten. Særlig relevant her er evnen til å utnytte situasjonen med asymmetrisk informasjon som kan

oppstå. Et eksempel kan være at dersom det anlegges et effektivitetslønnsperspektiv, vil det være relevant å øke overtidsbetalingen. Problemet blir at man ikke vet hvor mye overtid som vil bli jobbet. Vi konkluderte med at legene i slike situasjoner har gode muligheter for å opptre opportunistisk og få en bedre enn forventet avtale. Her var dessuten fagforeningsstyrken et sentralt poeng hvor det ble vektlagt at legene har en lang tradisjon for innhenting av data om sin egen profesjon.

Fagforeningsstyrke avhenger også av hvordan det forhandles, og konsekvensene ved brudd i forhandlingene. Her fant vi at legene igjen har et fortrinn over psykologene. De har en lengre erfaring som fagforening, de har forhandlingsrett, og de forhandler for en gruppe medlemmer som er mer uunnværlig i tilfelle brudd. Sykehussjefene (Staten) har en tidspreferanse som i sterkere grad forskyver enighetsområdet til fordel for legene.

Det kan tenkes to ulike prosesser, en som tilsier jevnt gode oppgjør over tid, og en hvor de gode oppgjørene kommer med lengre mellomrom. Kompleksitets- og konsolideringsspiralen gir ikke noe definitivt svar, men muligheten for opportunistisk atferd i forhold til utnyttelse av kompleksitet og asymmetri i informasjonen mellom partene, samt arbeidsgivers ønske om å gi insitamenter muliggjør labile situasjoner hvor gode forhandlingsresultat forekommer. Som tidligere nevnt i forbindelse med tillitsforutsetninger, så vil effekten av et oppgjør være kjent før neste lønnsoppgjør. Det er lite sannsynlig at svært gode oppgjør gjentar seg i det tidsrommet vi har data for. Det er derfor mest sannsynlig med en lav frekvens av svært gode oppgjør.

De empiriske konsekvensene av økonomisk-sosiologisk teori er derfor at legene har bedre lønnsutvikling enn psykologene, og at vi kan forvente at legenes lønnsutvikling foregår i steg, og ikke gradvis, slik vi i større grad kan forvente hos psykologene. Dette vil derfor være de hypoteser vi tester senere.

Empiriske konsekvenser av økonomisk-sosiologisk teori:

Legene vil ha en bedre lønnsutvikling enn psykologene.

Legenes lønnsutvikling foregår i steg, mens hos psykologene gradvis.

Jeg skal i neste kapittel utlede de empiriske konsekvensene av profesjonsteori. Dette vil foregå i en to-trinnsprosess hvor jeg først redegjør generelt for profesjonsteori, og så benytter

denne på den norske profesjonshistoriske utviklingen til helseprofesjonen med vekt på profesjonskamp mellom leger og psykologer i psykisk helsevern. Gjennom disse to trinnene utledes den profesjonsteoretiske empiriske konsekvens for inntektsutviklingen for leger og psykologer i psykisk helsevern.

3 Profesjonsteori

Første trinn i den profesjonsteoretiske utledningen av empiriske konsekvenser er å gjøre rede for de generelle mekanismene i profesjonsteori. Profesjonsteori er et vidt og ofte diffust felt, og jeg vil først redegjøre for hvilken status profesjonsteori har i sosiologien, for jeg redegjør for hva profesjonsteori er og hvordan den kan forstås. Deretter avgrensers jeg meg til den delen av profesjonsteori som er fruktbar for avhandlingen, og ser på de mekanismer som kan avlede empiriske konsekvenser for inntektsforholdet i psykisk helsevern.

Profesjonsstudier i sosiologien er en sent utviklet retning, og har en ufortjent marginal plass i faget. Michael Burrage fremhever to hovedgrunner til dette: For det første sa Weber og Marx nesten ingen ting om profesjoner. Durkheim, som skrev ”*De la division du travail social*”, gav ikke noen historisk analyse av profesjonene, ei heller av hva de gjorde i hans egen samtid (Burrage og Thorstendahl 1990:1). Abbott fremhever videre at Durkheim så kun på hvilke funksjoner profesjonene kunne, eller burde, ha for den neokorporative fremtiden som Durkheim så for seg (Abbott, 1988:4). Det første forsøk på å forstå profesjonene i historisk og samtidig sammenheng kom ikke før utgivelsen Carr-Saunders og Wilsons *The Professions* i 1934 (Abbott 1988:4). Denne tok for seg historiene til 22 profesjoner (og yrker) i England, og profesjonenes fremvekst ble tolket som stabiliserende elementer som det moderne samfunnet drev henimot, forstått som en lineær evolusjonistisk utvikling. Profesjonene ble sett på som resultatet av konsolideringen av den spesialiserte kunnskapsbaserte praksis - og som sådan hadde profesjonene en sentral og opphøyd plass i samfunnet - i følge datidens hovedlinje i profesjonsteori. Dette sitatet fra Carr-Saunders og Wilson passer perfekt som illustrasjon:

”Professional associations are stabilizing elements in society [...] centres of resistance to crude forces which threaten steady and peaceful evolution. [...] above all the great professions, stand like rocks against which the waves raised by these forces beat in vain.”

(Carr-Saunders og Wilson, 1933:497)

Profesjonene ble sett på som bindeleddet mellom kunnskap og makt (Torstendahl og Burrage, 1990:6), og profesjonenes funksjon var, i følge Carr-Saunders og Wilson, å ”bringe Kunnskap til tjeneste for Makten” (Carr-Saunders og Wilson, 1933:499-500). Det kan derfor

se ut til at Carr-Saunders og Wilson ønsket seg en profesjonalisering etter en tysk modell hvor fagmannen står sterkt i Staten i egenskap av å være byråkrat (jfr. Weber 1971:128, 145, 148-9). Fagmannen binder kunnskap til makten, og fagmannsbevegelsene ble av denne grunn forstått som de egentlige profesjonene, ifølge Carr-Saunders og Wilson.

Dessverre fokuserte mange av profesjonssosiologene og historikerne kun på det anglo-saksiske området. En viktig forskjell mellom dette området og resten av verden er at i USA og England hadde profesjonene, som en form for yrkesmessig organisering, en friere utvikling i forhold til staten enn hva tilfellet var ellers i verden (Brint, 1994:22). Ikke før på 1970-tallet oppstod den alminnelige oppfattelsen om at historiske og kryssnasjonale analyser var nødvendig for å forstå fremveksten av profesjonene. Vibeke Erichsen fanger opp skillet mellom det anglo-saksiske området og andre ved å skille analytisk mellom to idealtypiske prosesser: de *profesjonsdrevne* prosessene, som er typisk for USA og England hvor profesjonene i hovedsak opptrer som autonome pressgrupper utenfor staten; og de *statsdrevne* som er typisk for Frankrike og Tyskland hvor profesjonene i mye større grad er et produkt av staten (Erichsen 1996:81-2). Profesjonsteori har, som følge av disse innsiktene, blitt et mer komplekst og uoversiktlig emne enn det var til å begynne med. Profesjonsstudier er fortiden i en bølgedal i sosiologien, og det er gjort lite innen feltet etter midten av 90-tallet.

3.1 Observasjon og fortolkning av profesjonaliseringsprosesser

Steven Brint (1994) viser til to ulike historiske profesjonaliseringsprosesser som kan tjene som eksempler på hvor forskjellig profesjoner kan forståes, selv når disse profesjonene er dannet innen samme stat og epoke.

I følge Brint starter profesjonenes moderne historie allerede i senmiddelalderen ved deres utvikling fra kirken og ulike laug (Brint 1994:26). De var da kun en smalt orientert gruppering av høystatusyrker innenfor de lærene som senere har blitt teologi, medisin og rettslære. Øverst blant disse stod teologi som det eneste ”faget” som hadde institusjonalisert makt gjennom kirken. Kirken øvet kontroll over ethvert yrke som trengte en form for formell læring, men disse yrkene var smalt orientert. I tillegg til disse hadde man selvsagt håndverksyrkene som var organisert gjennom egne laug. I Brints (1994) redegjørelse, vises det til to forskjellige profesjonaliseringsprosesser, henholdsvis av rettsvesenet og helsevesenet. Jeg skal kort gjøre rede for disse prosessene. Poenget er å vise sammenhengen

mellom observasjon og redegjørelse - hvordan tolkningen avhenger av observasjonen - og hvordan ulike profesjonaliseringsprosesser kan være forskjellige, selv innen samme stat og epoke.

Rettsvesenet

Den engelske profesjonaliseringen av rettsvesenet der startet med at det først ble opprettet av Staten en permanent rett ved Westminster med heltidsansatte *professional pleaders*. Denne forløperen til advokatfunksjonen ble raskt ”kapret” av såkalte *serjeants* som også tok av seg opplæring og rekruttering av nye *serjeants* i egne internat hvor studentene bodde og studerte. Med etableringen av *Inns of Courts* som en egen profesjonell organisasjon rundt år 1400 kan man si at profesjonaliseringen av rettsvesenet som den første sekulære profesjon i England var et faktum. Det kan derfor se ut til at etableringen av en permanent organisert praksis var kimen til profesjonaliseringen av rettspraksisen i England. Denne utviklingen kan være inspirasjonen til Wilenskys (1964) forståelse av profesjonalisering:

”Professions begin when people start doing full time “the thing that needs doing.” But then the issue of training arises, pushed by recruits or clients. Schools are created. The new schools, if not begun within universities, immediately seek affiliation with them. Inevitably, there then develop higher standards, longer training, earlier commitment to the professions, and a group of full time teachers. Then the teaching professionals, along with their first graduates, combine to promote and create a professional association.”

(Wilensky 1964 i Abbott 1988:10)

Wilenskys definisjon passer på den utviklingen som beskrevet over fordi han legger ingen vekt på arbeids art, som bare i hans ord er ”*the thing that needs doing*”, og ingen vekt på selve monopoliseringen. Hans begrep om profesjonalisering starter først etter at ”monopolet av ting som må gjøres” er dannet. Han vektlegger så opplæringsaspektet, og at standarden blir høyere og treningen lengre. Deretter dannes den profesjonelle forening, som da er *Inns of Courts* i dette tilfellet. Wilensky har en forståelse av profesjonaliseringen som en lineær prosess som inneholder visse steg, og som beveger seg fra det enkle til det komplekse. Det er klassisk modernisme som Wilensky her forfekter. En slik observasjon av profesjonalisering

kan føre til *én* forståelse av profesjonalisering, men det finnes eksempler på andre observasjoner og fortolkninger av profesjonalisering.

Helsevesenet

La oss ta det andre eksemplet. Det er også det fra England. For profesjonaliseringen av det engelske helsevesenet var det ikke slik at man hadde etablert en organisasjon analogt med retten i Westminster med klare roller og en geografisk plassering midt i London. Faktum var at medisinere var en veldig mangartede og geografisk spredt gruppe, og de var ofte foraktet som gruppe på grunn av mange udugelige, ufaglærte utøvere og kvakksalvere. Det ser ut til, i Brints redegjørelse (1994), at profesjonaliseringen av legene fulgte en annen strategi som gikk ut på å bedre *anseelsen* til legene. Legene, som hadde en sterk tilknytning til kirken og de kirkeledede universitetene, dannet sin første profesjonelle organisasjon av betydning i 1518, hvilket var *The Royal College of Physicians of London*. Denne bidro til økt anseelse og renommé, en anseelse som ble forsterket av det fortsatte samarbeidet med Kirken via universitetene (Brint, 1994:26-27).⁹

I motsetning til de engelske *serjeants* som kapret de etablerte rettsfunksjonene i Westminster, måtte legene først vinne anerkjennelse for deres virke, og senere kjempe for institusjonaliserte rammer hvor deres virke skulle finne sted. Legene hadde derfor et fullstendig annerledes utgangspunkt. Denne utviklingen kan være inspirasjonen til Caplows (1954) forståelse av profesjonalisering:

”Professions begin with the establishment of professional associations that have explicit membership rules to exclude the unqualified. Second, they change their names, in order to lose their past, to assert their monopoly, and, most importantly, to give themselves a label capable of legislative restriction. Third, they set up a code of ethics to assert their social utility, to further regulate the incompetent, and to reduce internal competition. Fourth, they agitate politically to obtain legal recognition, aiming at first to limit the professional title and later to criminalize work in their jurisdiction.” (Caplow 1954 i Abbott 1988:11)

⁹ Brint fremhever også en bakenforliggende mekanisme, i weberiansk stil, for fremveksten av de tre klassiske profesjonene: teologi, juss og medisin: Det ble antatt at de besørget individuell velvære i form av økt vitalitet, finansiell vitalitet og ”vitalitet” i det hinsidige (Brint 1994:27). De administrerer ”skyldig kunnskap” – kunnskap om sykdommer, ulovligheter og synd (jfr. Huges 1971:287-92). At det kunne ”leges” innen disse sfærer var av ytterste viktighet innen datidens pietistiske samfunn (jfr. Weber 1995:70ff, 88ff).

Caplow starter med det som Wilensky slutter med, nemlig dannelsen av den profesjonelle forening. Dannelsen av profesjonsforeningen er ikke her en konsolidering av en lengre moderniseringsprosess. Den er dannet for å hevde seg som *rette* tilbydere legetjenester. Men de vil ikke assosieres med de urette tilbydere av legetjenester så, de skifter navn. Under dette navnet har medlemmene av den profesjonelle foreningen enerett til å *kalle seg* lege. Deretter kjemper de for eneretten til også å *virke som lege*.

Profesjonaliseringen hos Caplow er ikke en funksjon av økende kompleksitet og modernisering som hos Wilensky, men en prosess drevet frem av ønsket om legitimitet for enerett på eget virke.

3.2 *Konsekvensen av forholdet mellom observasjon og fortolkning*

Disse to redegjørelsene på to ulike profesjonaliseringsprosesser som vi nettopp har gått igjennom, viser at det ikke er *én* oppskrift på årsaker til og fremdriften i profesjonalisering. Det er ikke noen empiriske studier som viser at profesjonalisering nødvendigvis må gå stegvis slik som Wilensky og Caplow på ulik måte gjør rede for i sine strukturalistiske i fremstillinger med fokus på organisasjon (Abbott 1988:16-7). Brint hevder også at profesjonaliseringsprosesser ikke bør fortolkes uavhengig av hverandre (Brint 1994:26-7). Profesjonalisering skjer strukturelt svært ulikt og hovedårsaken til de ulike forståelsene av hva profesjonalisering er, i følge Abbott (1988), nettopp det at tidligere undersøkelser har vært strukturelt fokusert. De har tatt for seg case for case og redegjort for profesjonalisering som en serie historiske begivenheter hvor fokuset har vært den strukturelle organiseringen av profesjonen. Abbott hevder at det er *arbeidet* og ikke *organisasjonen* som skal være hovedfokuset i profesjonsstudier da det fremfor alt er *arbeidet* profesjonene ønsker å regulere. Det er et viktig fokus fordi arbeidets art og dets relasjon til et annet virke endrer seg langt raskere enn profesjonsorganisasjonene som koordinerer utøverne. Profesjonsorganisasjonene og andre organisasjoner, som statsapparatet og andre aktører er også involvert i profesjonaliseringsprosessene. Disse er svært forskjellige fra sted til sted. Det er derfor best å se på hvilken lokalthistorisk og juridisk forankring de ulike profesjonaliseringsprosessene i medisin og psykologi har i Norge. Vi må derfor forstå profesjonshistorien til legene og psykologene i Norge gjennom Abbotts begrepsapparat for

best å kunne avgjøre hvilken empirisk konsekvens profesjonskampen mellom dem har. Dette er bakgrunnen for at de empiriske konsekvensene utledes i en to-trinnsprosess hvor den profesjonshistoriske redegjørelsen utgjør det andre trinnet.

Profesjonenes innvirking på samfunnet er mangfoldige og komplekse, og det kan vanskelig la seg gjøre og lage en uttømmende teori på området. Det mest fruktbare perspektivet er å finne på mellomnivå (Mjøset, 1991), og Andrew Abbotts *The System of Professions* fra 1988 fremdeles leses som et av de beste bidragene på en omfattende teori på hvordan profesjoner utvikles og virker sammen. Jeg vil i det følgende trekke frem de viktigste analytiske punktene i den posisjon Abbott antar, for denne har vært skoledannende, og omtales i dag som Abbott-tradisjonen. De analytiske punktene benyttes senere i den historiske gjennomgangen av profesjonsutviklingen i Norge hvor også relevante, empirisk testbare konsekvenser av profesjonsteori utledes, for senere å bli testet mot data.

3.3 Abbott-tradisjonen

Abbott-tradisjonen står i dag sterkt innen det som omtales som profesjonsteori. Det finnes knapt noen som skriver om profesjonsteori og som ikke referer til Abbott, eller benytter hans tilnærming¹⁰. I Abbott-tradisjonen fokuseres det på *koblingen* mellom en profesjonsorganisasjon og dens praksis, altså mellom en organisert gruppe personer og deres handlinger. Fokuset på denne koblingen var en innovasjon i profesjonsteorien som klargjorde blant annet hvorfor ulike profesjonsanalyser konkluderte forskjellig når ulike profesjoner ble analysert. Tidligere ble det kun anlagt et funksjonalistisk perspektiv eller et organisasjonsperspektiv.

Koblingen mellom profesjonsorganisasjonen og dens praksis består i all enkelhet av ett begrep - *jurisdiksjonsbegrepet* (Abbott, 1988:20, Erichsen, 1996:14). Begrepet jurisdiksjon forbinder vi med det området en lov gjelder for, men Abbott mener ikke her lov i streng forstand. Abbott mener at det profesjonelle arbeidet utføres under spesielle regler, basert på profesjonenes *hevd* av å være de rettmessige utøvere av arbeidet. Det finnes ikke nødvendigvis noen skreven og vedtatt lov som sanksjoneres ved legal autoritet, slik det gjelder for Norges lover. Med jurisdiksjon forståes det *ikke kun* det juridiske domsområde for en profesjons praksisfelt. Det tenkes her på en utvidet forståelse hvor jurisdiksjon svarer til

¹⁰ Et av de større prosjekter i Norge på profesjoner utført ved LOS-senteret ved Universitet i Bergen i 1996 benyttet Abbott sin tilnærming.

en form for *eksklusiv* autoritet, enten den er *legal, sosial eller kulturell*. Når en profesjon hevder å være de rettmessige utøvere av arbeidet, gjøres det gjennom det Abbott kaller *jurisdictional claim* - hevd over et praksisområde eller jurisdiksjon (Abbott, 1988).

En viktig grunn til at Abbotts tilnærming er bedre, og så avgjørende forskjellig fra andre profesjonsteorier er at denne teorien *ikke* hevder at profesjonelle gjør det de gjør med henvisning til den kunnskapen som de behersker, altså en *funksjonalistisk* fortolkning. Det Abbott sier noe om, er *måten* en profesjon hevder sin rett til å gjøre det den gjør. Å ha et begrepsapparat som analyserer dette er helt avgjørende for å forstå hvem som gjør hva *der hvor to profesjoner grenser mot hverandre i kunnskap og praksis og/eller overlapper*. I og med at psykisk helsevern utgjør et slikt område, er det nærliggende å benytte Abbotts tilnærming. Med *jurisdiksjonsbegrepet* redegjorde Abbott for de mekanismene som regulerer kontrollforholdet mellom profesjoner. I hvilken grad disse mekanismene påvirker inntektsnivået til leger og psykologer er ikke kartlagt, slik at dette på utledes.

3.4 Jurisdiksjon

De mekanismene som regulerer kontrollformene mellom profesjoner defineres ved begrepet jurisdiksjon. Ordet jurisdiksjon kommer fra juss, og er betegnelsen for det området en lov gjelder for. At en lov gjelder for et område impliserer at området er underlagt *kontroll*, og det er kontrollfunksjonen som er det sentrale. Abbott knytter så jurisdiksjonsbegrepet, som er et begrep om kontroll, til *arbeidet* – det som blir gjort. De mekanismene som regulerer kontrollformene mellom profesjonene, vil nødvendigvis være de mekanismene som benyttes når vi utleder de empiriske konsekvensene av profesjonsteorien i forhold til inntektsutvikling. Vi må derfor få klarhet i hvordan en profesjon skaffer seg jurisdiksjon, eller kontroll, over arbeidet det utfører.

Profesjonenes jurisdiksjon vinnes ved *hevd*, mener Abbott. Å vinne jurisdiksjonell kontroll over et arbeide, betyr å hevde den *eksklusive* retten til arbeidet (Abbott, 1988:86). Dette kan gjøres på flere arenaer. De tre viktigste arenaene er rettssystemet, offentligheten og arbeidsplassen. *Rettssystemet* kan sikre formell kontroll over arbeidet gjennom lover. Det er ofte profesjonens målsetting å oppnå legalt arbeidsmonopol. Legene ønsker for eksempel monopol på behandlingen av ulike fysiske, atferdsmessige, sosiale eller kognitive symptomer. De vil fremheve disse symptomene som tegn på sykdommer som er gjenstand

for medisinsk behandling. Gjennom *offentligheten* kan profesjonene legitimere sine krav overfor grupper som i sin tur kan øve press på lovgiverne, og samtidige svekke motstanderne i kampen om jurisdiksjon på arbeidsplassen (Abbott, 1988:59-62). Media spiller her en viktig rolle som medium mellom profesjonene og offentligheten. På *arbeidsplassene* varierer kampen om jurisdiksjon svært mye etter kontekst. En forutsetning er at det er flere profesjoner til stede. På for eksempel sykehusene vil *interprofesjonelle* krav om jurisdiksjonell kontroll være å finne langs forholdet mellom leger og psykologer. Mens *intraorganisasjonelle* krav om jurisdiksjonell kontroll vil være å finne langs det hierarkiske forholdet mellom leger og sykepleiere. For leger, psykologer og sykepleiere vil profesjonelle og organisatoriske rammer påvirke krav om kontroll over hvem som bør gjøre hva.

Det å hevde eneretten til et arbeide har derfor mange konfliktdimensjoner ved seg. Dette gjelder spesielt dersom det er flere profesjoner til stede. Der det bare er en profesjon, trenger ikke profesjonen å hevde noe rett til arbeidet. I stedet kan det være andre grupper eller Staten som gir en gruppe enerett til arbeidet, og dessuten med pålegg om praksis. Profesjonen ansees i dette tilfellet som de selvsagte utøvere av arbeidet det er snakk om, og de har dermed den legitimitet som trengs. I tillegg har de et garantert markedsmonopol, og med det ofte et høyt lønnsnivå. Men i konkurranse med andre profesjoner, må kontrollen over arbeidet stadig legitimeres og holdes i hevd. Deres jurisdiksjon må beskyttes. Denne konflikten over jurisdiksjon er i sin essens *profesjonskamp*.

3.5 Workplace assimilation

Profesjonskamp er ikke nødvendigvis preget av konflikt overalt i arbeidsområdet det kjempes over. Ofte vil ikke den konkrete arbeidssituasjon bære preg av konflikt og konkurranse. På *arbeidsplassen* vil det alltid være viktig å få ting gjort og å finne praktiske løsninger på oppgavene. I stedet for konflikt over hvem som skal gjøre hva, vil det forekomme det Abbott kaller *workplace assimilation* (Abbott, 1988:65). Det betyr at de ulike fagpersonene blir assimilert og tatt opp i den andres praksis. Det innebærer at det en fagperson egentlig skulle ha gjort på bakgrunn av tittel og teoretisk kunnskap, i stedet gjøres av en annen fagperson uten den formelle tillatelsen. I selve arbeidssituasjonen er det som sagt resultater som teller; titler og teoretisk kunnskap kommer derfor i bakgrunnen. Profesjonenes sammensetning og arbeidsbetingelser fører ofte til arbeidsassimilasjon. Leger og psykologer har ulik

kunnskapsbasis og gjør forskjellige ting, men de jobber ofte sammen. De jobber også sammen med andre tilstøtende profesjoner.

Assimilasjonen forutsetter at de profesjonelle lærer seg å beherske hverandres teknologier på arbeidsplassen selv om de ikke besitter den teoretiske kunnskapen som legitimerer bruken av den andres teknologi. Dette skjer ofte når folk jobber med hverandre over tid. I psykiatrien kan dette forekomme ved at en psykolog vet hvilke medisiner som kan brukes til behandling av ulike mentale sykdommer. En psykolog kan foreslå bruk av medisin overfor en lege i sammenheng med psykologisk terapi, men dette vil samtidig være en trussel mot legenes juridiske kontroll over den medisinske pasientbehandlingen, særlig hvis dette ble allment kjent og denne sammenblandingen av kunnskapsbaserte roller bredte seg. Men i den konkrete arbeidssituasjon kan en slikt forslag være løsningen på et praktisk problem om hvem som skal gjøre hva, og i hvilket henseende, altså ting som de profesjonelle i et enkelttilfelle kan anse som bagateller i en større sammenheng. Det er derfor en indre og ytre sammenheng mellom hevd og legitimitet. Den indre er at til praktiske formål samarbeider man om å få ting gjort uten å hevde noen eksklusiv rett til metodikk. Den ytre er at man holder den indre sammenhengen skjult og forfekter en eksklusiv rett til et bestemt arbeid og formål. Dette er juridisk kontroll. Den hevdes i dette eksemplet ved kunnskap. Kunnskap legitimerer den eksklusive rett. Det finnes imidlertid ulike grader av kontroll, og ulike virkemidler til å hevde kontroll. I det følgende skal jeg gå igjennom disse kontrollformene.

3.6 *Kontrollformer*

Det finnes ulike former for kontroll en profesjon kan utøve. Forståelsen av hvilken kontroll en profesjon har er helt avgjørende for å kunne fortolke hvordan den påvirker og påvirkes av andre profesjoner og institusjonelle omgivelser. Det er via juridisk kontrollbegrepet at kontrollformene kan endres, og at de mekanismer som kan påvirke inntektsforhold blir virksomme. For at vi skal kunne utlede empiriske konsekvenser av profesjonsteori og profesjonshistorien i den to-trinnsprosessen det legges opp til her, er det avgjørende å ha et grep om disse kontrollformene.

3.7 Full jurisdiksjon

Den mest fullkomne kontroll en profesjon kan besitte er ifølge Abbott under *full jurisdiksjon*. Full jurisdiksjon over et praksisområde hevdes offentlig, og det hevdes overfor lovgivende myndigheter. Den offentlige hevd får et uttrykk gjennom flere kanaler, hvor medier som aviser, tv og radioprogrammer er viktige formidlere. Full jurisdiksjon kjennetegnes gjennom at det finnes formelle lover og regler som angår praksisen som profesjonene utfører (Abbott, 1988:70-1). Tanken er at disse lovene blir gitt legitimitet gjennom hevdvunnen rett. Altså at en gruppe, som legene, alltid har utført en bestemt praksis og det er allment godtatt at de er de beste til å gjøre dette. Lovgivende myndighet stadfester så denne allmenne godtagelsen gjennom lov. Retten blir først vunnet i det offentlige rom, og så offisielt beskyttet gjennom lov. Arbeidsområdene til en profesjon med full jurisdiksjonell kontroll er altså stadfestet ved lov. Det er profesjonenes mål å oppnå beskyttelse ved lov. For at denne beskyttelsen, som garanterer profesjonens kontroll over eget virke, skal kunne vedvare som stabil ordening, er det et krav at den må legitimeres kontinuerlig (Weber, 1990:87). Den jurisdiksjonelle kontrollen legitimeres ved profesjonens teoretiske *kunnskap*, og ved profesjonens *effektive* anvendelse av denne (Abbott, 1988:70). Ved full jurisdiksjon er det ikke adgang for andre profesjoner å utføre noen oppgaver innen dette praksisområdet som jurisdiksjonen gjelder for. Denne jurisdiksjonen er en eksklusiv rett, og som sådan opprettholder den et arbeidsmarkedsmonopol for en bestemt type arbeid. Dette har viktige inntektsmessige implikasjoner. Historisk sett har monopol nesten alltid sikret høy inntekt for monopolistene, selv under prisregulering.

3.8 Underordning

Et resultat av jurisdiksjonelle konflikter kan være at den ene profesjonen *underordnes* den andre. Dette er tilfellet for sykepleierne overfor legene, og ofte vil den underordnede profesjonen kjempe om utvidet jurisdiksjon eller de vil minske avstanden mellom den overordnede profesjonen. Sykepleiere vil derfor hevde sin egen sykepleievitenskap som forskjellig fra, og helst sideordnet, medisin (Abbott, 1988:71, Erichsen, 1996:46-7).

Som ved full jurisdiksjon, er underordning et resultat av konflikt over jurisdiksjon, godtatt av offentligheten. I tilfellet med sykepleierne ser offentligheten underordningen som en legitim følge av legenes overordnede kunnskapsbasis. For å motvirke dette ser vi i Norge

at sykepleierne ønsker mer forskning innen sykepleievitenskap, dels for å understreke deres uavhengighet som profesjon. Denne kampen foregår på utdanningsarenaen i form av økt akademisk utdanning. Virkeligheten på arbeidsplassen forblir ofte den samme som før, samtidig som den overordnede profesjon også har interesse av at den skal fortsette å være den samme. Ofte vil en underordnet profesjon være en funksjonell underordning. Denne underordningen viser seg også i ansvarsnivå, og finansieringsnivå. Den underordnede profesjonen er mindre bemidlet, har flatere stillingshierarki, innslag av ufaglærte, og utøverne har oftere et lavere inntektsnivå.

3.9 *Intellektuell jurisdiksjon*

Mellom de to foregående kontrollformene (full jurisdiksjon og underordning) finner vi en form som Abbott kaller *intellektuell jurisdiksjon*. Dette forkommer når en profesjon fastholder sin kontroll over *kunnskapsforvaltningen* og kunnskapsproduksjonen over et område, men blir tvunget til å godta at andre yrkesutøvere konkurrerer om å yte samme type tjenester. I utgangspunktet kunne den profesjon med intellektuell jurisdiksjon utføre alle tjenestene selv, slik som det var tilfellet for leger i psykiatrien før andre verdenskrig. I USA klarte legene å beholde den intellektuelle jurisdiksjonen over *psykoanalytikerne*, som er psykologer, ved at det ble påkrevd at alle psykologer skulle ha en formell opplæring hos en såkalt *analytiker*, som måtte være en *lege* (Abbott, 1988:75). I Norge har vi et analogt tilfelle mellom leger og fysioterapeuter hvor legene besitter den intellektuelle kontrollen over fysioterapi ettersom fysioterapeuter ved lov ikke kan behandle uten forordning fra en lege (Erichsen, 1996:47). Et annet eksempel er at farmasøyter som lager medisiner, ikke selv kan skrive dem ut til pasienter, noe bare leger kan. Den intellektuelle jurisdiksjon er et bedre utgangspunkt for et høyt inntektsnivå enn underordning, samtidig som denne posisjonen kan være mer truet enn profesjoner med full jurisdiksjon. Muligheten for å oppnå en utvidet jurisdiksjon på bakgrunn av den legitimitet kunnskapsbasen gir, er også sterkt tilstede.

Psykologer i randsonen mellom legeprofesjonen og psykologiprofesjonen vil derfor forsøke å vinne jurisdiksjonell kontroll ved å ekspandere sin egen teoretiske kunnskap og sin anvendelse av denne. Det vil altså innebære å styrke den intellektuelle kapasiteten for kontroll. Forskningsinstitusjonene er viktige produsenter av vitenskaplige arbeider som kan brukes

kampen for utvidede praksisområder. Men disse forskningsinstitusjonene kan være relativt fristilte fra den pågående jurisdiksjonelle kamp. Det er derfor ikke gitt at all forskning gagnar den ene eller andre parten, det kan også hende at forskningen undergraver begge parter.

Et eksempel på dette er arbeidet av Eysenck (1968) som viste at personer i USA med psykiske problemer generelt ble bedre uavhengig av behandling i løpet av 2 år eller mer. Dette skapte en del debatt på amerikansk side (Lyons et al., 1997:vii), og manglende legitimitetsgrunnlag førte dermed til en profesjonell *krise* innen psykisk helsevern, noe som rammet både legene og psykologene. Ofte er målbarheten av effekten av behandlingen dårlig innen psykisk helsevern. Mest utsatt er psykologene siden disse benytter en behandlingsmetode som ikke gir like målbare behandlingsdata, noe legenes metoder ofte gir (Lyons, et al, 1997). Det kan vises hvordan medisinen virker i laboratorier, mens dette ikke gjelder i samme grad for psykologenes manualer til bruk i terapi. Inntak av medisin er også et mer målbart fenomen enn en terapeutisk samtale. Det er derfor en viss ubalanse i måten legitimiteten av behandlingsformer kan vitenskapelig forfektes av leger og psykologer. Relevansen av denne forskjellen kommer til uttrykk når vi ser på finansieringskanalene. Legene kan, på grunn av deres behandlingsmetoder, i langt større grad benytte seg av kvantitative data når de måler effekten av medikamenter i kontrollerte laboratorieforsøk, og tall virker ofte mer overbevisende på finansieringsinstitusjonene som låner penger til utvikling av nye behandlingsformer. Likevel, ubalansen i empirisk dokumenterbarhet er et tveegget sverd, for med bedre målinger kan man bedre måle feildiagnostisering og skadevirkninger som kanskje ikke ble fanget opp i utviklingsfasen. En del av profesjonskampen har gått ut på å nære den skepsis som oppstår når legemidlene ikke fungerer som de skal. Svært ofte kommer dette til uttrykk offentlig. Utallige leserinnlegg, kronikker, debatter og dokumentarer i radio og fjernsyn bevitner om kampen leger og psykologer har for å vinne folkets tillit. Dertil kommer også faglig uenighet mellom profesjoner om hva som er den beste behandlingsformen, en uenighet som også spilles ut i offentligheten. Offentlighetens oppfatninger vil også påvirke legitimitetsgrunnlaget for behandlingsmetodene, og dermed påvirkes også finansieringen som foretaes via politiske beslutningsprosesser.

Kampen om behandlingsformer blir imidlertid tilslørt for det offentlige gjennom tverrfaglig samarbeid der profesjonene overlapper som psykisk helsevern. Det kan derfor

synes paradoksalt at det er nettopp der hvor profesjonskampen er offentlig tilslørt at den trer sterkest frem i et juridisk perspektiv. Her blir kampen for og mot jurisdiksjonell underordning særlig relevant. Mellom leger og psykologer vil altså profesjonskampen bli tydeligst der hvor pasienter er gjenstand for *både* legevitenenskapelig medisinsk behandling og psykologvitenskapelig terapeutisk behandling, for her ville disse behandlingsmåtene utfylle hverandre i noen tilfeller, og overflødiggjøre hverandre i andre. Siden det ofte er utfyllende roller på arbeidsplassen, som også medfører en viss grad av *workplace assimilation*, vil den jurisdiksjonelle kampen i første rekke dreie seg om formell underordning, både legalt og gjennom offentlig hevd. Eksempler på slik underordning er legenes monopol på å foreskrive medisiner og monopol til tvangsbehandling. Sistnevnte ble opphevet i 2000, men legene insisterte på at de måtte ha det overordnede ansvaret.

Eksemplet over illustrerer Foucaults påstand om at maktkamp ofte er en kamp båret frem av en juridisk-diskursiv maktforståelse (Foucault, 1976:82). I Foucaults begrep ligger det at hvis offentligheten har et inntrykk av at leger er overordnet psykologer, så vil det av det følge et inntrykk av at leger ikke bare vet mer enn psykologer om medisin spesielt, noe som jo er åpenbart at de bør vite, men også *psykisk helse generelt*. I komplekse arbeidsmiljø skjer det likevel en assimilasjon av praksismåter hvor den formelle kunnskapen og de praktiske avledninger av denne kunnskapen blir diffus og av mindre betydning. Den juridisk-diskursive maktforståelsen, og den formelle debatten om profesjoner er med på å skjule denne assimilasjonen. Paradoksalt vil debatten styrke offentligheten i sin tro på at den dominante parten vet best (Abbott, 1988:72). En offentlig debatt vil bære preg av argumenter som legitimerer underordning på basis av teoretisk kunnskap. Paradoksalt nok er denne kunnskapen ofte ikke relevant i de konkrete arbeidssituasjonene, som diskutert tidligere. I forhold til den offentlige debatten er det derfor et poeng at offentligheten ikke har innsikt i assimilasjonen av yrkespraksisen på arbeidsplassen (Abbott, 1988). Som et eksempel på sistnevnte forhold kan det nevnes at offentligheten knapt vet forskjellen på en psykiater og en psykolog., selv om profesjonskampen mellom psykiatere og psykologer hviler på det faktum at de har forskjellig kunnskapsbasis og arbeidsmetodikk.

3.10 Rådgivende jurisdiksjon

En svakere form for jurisdiksjon er der hvor en profesjon hevder retten til å gi råd, og også retten til å fortolke og delvis moderere praksisen til en *annen* profesjon, som en implikasjon av det å gi råd. I slike tilfeller har ofte begge profesjonene full jurisdiksjonell kontroll på egne atskilte praksisfelt (Abbott, 1988:75). Rådgivende jurisdiksjon kan sees på som et skritt i retning av å utvide sine jurisdiksjonelle grenser (Erichsen, 1996:46, Abbott, 1988:76). Eksempler på dette er psykiaternes rådgivende kontroll i barnevernet tidlig på 1900-tallet (Ludvigsen, 1996:135), og psykologenes rådgivende kontroll i skolen i midten av forrige århundre (Hernes, 1996:160-3). Dette er en profesjonskampstrategi som kan fungere bra fordi den har to dimensjoner ved seg; den ene er at den utvider den intellektuelle jurisdiksjonen, og det andre at den griper inn i et annet praksisfelt.

3.11 Delt jurisdiksjon

I noen tilfeller vil det lykkes en profesjon å oppnå delt jurisdiksjon på et arbeidsområde sammen med en annen profesjon. Det er to varianter av delt jurisdiksjon (Abbott 1988: 340, n33). Et eksempel på den første varianten er der profesjonene innen den delte jurisdiksjonen betrakter hverandre som to *uavhengige, men supplerende profesjoner* (Erichsen, 1996:47, Abbott, 1988:73). I dette eksemplet er det en formell, *funksjonelt differensiert arbeidsdeling* på basis av kunnskapsgrunnlaget. Det er en slik variant sykepleierne søker overfor legene. Som jeg var inne på i avsnittet om underordning, ønsker sykepleierne å regulere sin praksis overfor pasienter ved henvisning til sykepleie og sykepleievitenskap, mens legene gjør det samme med henvisning til diagnostikk og medisin (Erichsen, 1996:47). Vi finner også prosesser mellom leger og psykologer som likner på delt jurisdiksjon. Den profesjonen som har størst kontroll kan være villig til å slippe funksjonelt differensiert grupper til, men de vil fastholde på en eller annen form for overordnet kontroll, slik tilfellet var ved oppløsningen av tvangsbehandlingsmonopolet i psykiatrien i 2001. Psykologene fikk her begrenset rett til tvangsbehandling, men legene insisterte på at de måtte ha det overordnede ansvaret. Det fikk de ikke og på dette området ble jurisdiksjonen delt.

En annen type delt jurisdiksjon finner sted når ulike profesjoner skal utføre *de samme arbeidsoppgavene*, altså at de i prinsippet *ikke* er funksjonelt differensierte. Dette er tilfellet for ekteskapsrådgivningen i USA (Abbott, 1988:73), og i den psykologisk-pedagogiske

rådgivningstjenesten i kommunene (Erichsen, 1996:47). Men også i tilfeller som i den siste varianten av delt jurisdiksjon, vil man ofte finne en uformell funksjonell arbeidsdeling mellom de involverte gruppene. Å gå inn for delt jurisdiksjon er en defensiv profesjonsstrategi som kan foretrekkes når oppgavene er mange, utøverne er få og belønningen for arbeidet relativt liten.

3.12 Klientdifferensiering

Jurisdiksjonelle konflikter kan også ende med klientdifferensiering. Her er ikke arbeidsdelingene bestemt ut i fra profesjonenes funksjonelle differensiering, men ut i fra egenskaper ved klientene. Klientenes *valg* er det sentrale, og den differensierende mekanismene oppstår når valget treffes på bakgrunn av individbetingede faktorer som kan oppsummeres i klientenes betalingsevne, og strukturelle faktorer som refusjonsordningen (dvs. tredjeparts betalingsvilje). Betalingsevnen er avgjørende fordi man ikke kan velge det man ikke har råd til. I Norge, hvor svært få privatpraktiserende psykologer har rett på refusjon fra folketrygden, kan de mer betalingsdyktige benytte seg av psykologer fremfor psykiatere *hvis de velger det*. Ved bruk av psykiater vil man ofte bare betale egenandelen (Erichsen, 1996:48). I USA, hvor systemet for finansiering er annerledes, finner vi at det er psykiaterne som behandler de med høyeste sosioøkonomisk status (Abbott, 1988:77). Klientdifferensiering oppstår derfor i samspill med forutgående profesjonaliseringsprosesser hvor politiske finansieringsinitiativ både fra profesjoner og andre er avgjørende, og klientenes valg som delvis er bestemt av betalingsevne. Leger og psykologer vil danne front mot andre utfordrere innen psykisk helsevern.

Et eksempel på en slik front finner vi mot en relativt ny gruppe, filosofiske praktikere, som har et tilbud til folk som har problemer av en art som ikke faller inn under sykdomsbegrepet, men som likevel kan være i grenseland til, eller i området for psykisk helsevern. Folk kan henvende seg til filosofiske praktikere med problemer som i utgangspunktet ikke er sykkelige. Særlig problematisk ble dette filosofiske tilbudet for leger og psykologer som så at det kunne grense opp mot behandlingsområdet for tvangstanker, da tilbudet ble markedsført på en måte som kunne oppfattes som et tilbud til folk som over lengre tid hadde grunnet på et problem og fant dette problematisk. Tvangstanker faller både

inn under psykologiske og medisinske behandlingsformer for OCD¹¹, og er ikke alltid like lett å diagnostisere. Selv om tilbudet fra filosofiske praktikere er et marginalt tilbud på landsbasis, uttrykte både psykologer og psykiatere bekymring og skepsis overfor filosofenes virksomhet. Bekymringen dreide seg om hva filosofiske praktikere ville gjøre med klienter som psykologer og leger har jurisdiksjonell rett til å behandle. Dette kunne vært benyttet i et strategisk forsøk på å vinne en klientgruppe, ved at man angriper en profesjon på det punktet hvor det er svakest. For de diagnosene det er en svak forbindelse mellom diagnose, behandling og inferens, vil det være lett for en gruppe som kan tilby alternativ behandling å vinne over klienter. Dette skjer stadig vekk innen medisin og terapi.

I tillegg til de ulike kontrollformene som vi har gått igjennom via jurisdiksjonsbegrepet, finnes det også andre teoretiske innfallsvinkler som kan benyttes til å beskrive den kontroll en profesjon kan utøve. Jeg skal ta for meg noen av disse også.

3.13 Lukning

Jurisdiksjonsbegrepet forklarte ulike kontrollformer som beskriver en profesjons forhold til dets arbeidsområde. Et annet aspekt ved profesjoner er hvordan vi kan oppfatte en profesjon som en gruppe, hvordan de har gruppetilhørighet, hvordan de forholder seg som gruppe, og hvordan de også forstår seg som gruppe.

Max Weber (1922) utviklet begrepsparet *åpne* og *lukkede* forhold. Et åpent sosialt forhold, eller relasjon, har vi når utenforstående har en fri adgang til å inngå en sosial orden, som en gruppe. Et lukket forhold har vi når det er regler, begrensinger, eller betingelser som regulerer adgangen til den sosiale orden (Weber, 1994:126). En slik orden, forstått som gruppe, kan eksempelvis være en vennegjeng, en bedrift, eller en profesjon. *Social closure*¹² har blitt en innarbeidet betegnelse på mekanismene som lukker en sosial gruppe. Mekanisme vil her si den regelen, betingelsen, begrensningen eller liknende, eller en kombinasjon av disse, som regulerer tilgangen til gruppen. Profesjonen er i dette henseende et *lukket* forhold, fordi det trengs profesjonell opplæring for å bli medlem av gruppen. Begrensningen ligger på et nivå i selve *ekspertisen*, det at man må være opplært og kunnskapsrik. Mens det på et annet nivå ligger en begrensning i *tilgangen* på den opplæringen som gir vedkommende en

¹¹ Obsessive Compulsive Disorder

¹² I denne studien vil jeg bruke ordet *lukning* til å betegne *social closure*.

slik kunnskap. Vi kan anse begrepsparet *åpne og lukkede forhold* som idealtyper langs et kontinuum hvor det kan være grader av åpenhet og lukning, fordi det er grader av ulik tilgang til de forhold som gjør at man kan bli medlem av gruppen.

3.14 Lukning som lønnsstrategi

Webers bidrag om åpne og lukkede forhold hjelper oss til å forstå hvordan inntektsforholdet mellom leger og psykologer kan påvirkes, og fungerer godt som et supplement til profesjonsteorien. Det er en del sentrale spørsmål som er relevante i forhold til lukning. Fører lukning til endrede lønnsforhold og i så fall hvordan? Hvordan regulerer en gruppe tilgangen til den, kan de bestemme det selv, eller er det andre som bestemmer det for dem, eller en kombinasjon av disse?

Dersom gruppen selv har mulighet til å regulere adgangen til den, vil de i følge Weber velge den løsning som er best i forhold til egeninteresse. Egeninteressen må sees i forhold til inntektsforhold og æresforhold. Æresforhold angår statuskategorier og kan være avhengig av kvalitetssikring av tjenestetilbudet. Et åpent forhold vil være best dersom de anser økt medlemsmasse som en mekanisme som kan bedre deres situasjon, enten økonomisk eller æresmessig (Weber, 1994).

Strategiske hensyn ligger bak dannelsen av lukkede og åpne forhold. Hvilke grunner er det for å åpne for medlemskap for alle? I utgangspunktet vil en gruppe velge en åpen strategi for å få medlemmer til å konstituere seg som gruppe. Uten medlemmer vil man ha liten legitimitet til å kjempe for gruppens interesser. I alminnelighet er disse interessene i vårt henseende ulike former for rettigheter, lønn og arbeidsforhold, altså økonomiske forhold. Samtidig ønsker ikke gruppen å spre godene over flere enn de må for å beholde godene de har vunnet. Det vil bety mindre på hvert medlem. I en slik sammenheng vil en lukket strategi virke best for å forsvare de samme rettighetene.

Hvordan passer så dette på leger og psykologer? Generelt kan vi si at legene har nådd sitt mål om å opprettholde sine interesser. Gjennom legenes interesseorganisasjon Lægeforeningen, kan de i stor grad kontrollere tilgangen i antall nye studenter som skal utdanne seg til leger. Det er en stor fordel å kunne kontrollere legetilgangen fordi det er sammenheng mellom tilbud, etterspørsel og pris – hvis mange trenger legehjelp, vil legemangel presse opp prisene på legetjenester. Økning av tilbudet kan enten skje ved at

legene jobber mer overtid, og dermed få mer lønn utbetalt, eller ved å utdanne flere leger slik at arbeidet spres på flere. Det er avgjørende for legenes muligheter for økt lønn at det ikke blir flere leger. Samtidig er det avgjørende for sykehusene at legene jobber så mye at behovene dekkes. Dette er grunnen til at det er fordel å kontrollere tilgangen til legestudiet.

Det er ikke bare opp til Lægeforeningen å avgjøre antall studenter. Staten ønsker flere leger for å kunne behandle flere og for å få ned prisen på legetjenester. Effektive motargumenter er at flere studenter gir dårligere kvalitet på opplæringen. Dette fordi det blir færre undervisningsressurser pr student, eller flere leger i undervisning, noe som reduserer tjenestetilbudet på kort sikt. Kvalitet er et tungtveiende argument innen helsespørsmål. Vi ser derfor at den *meningen* som kan ligge i stramme studentinntak, kan variere fra hvilket ståsted man har, om det er snakk om begrensning av tilbudet eller sikringen av kvaliteten. Det spiller ingen rolle hvilken mening som legges begrensning. Det er tilstrekkelig å kartlegge at det kan være ulike meninger, og at effekten av begrensningen er den samme uansett mening.

Når en gruppe har monopol på utøvelsen av en praksis hvor profitten av praksisen avhenger av å øke etterspørselen ved å begrense antallet utøvere, så vil gruppen søke å gjøre nettopp dette.

Psykologer, som leger, forsøker å utnytte denne mekanismen. Heller ikke de ønsker store kull siden dette går utover kravene som stilles til utdanningen. Effekten av det er at etterspørsel og prisen på psykologtjenester holdes oppe.

3.15 Lukningsstrategiens legitimitet og effekt

Både legene og psykologene har på ulike tidspunkt valgt lukning som strategi. I perioden 1993-1998 var det ikke vekst i antallet utdannende i disse gruppene mellom 1980 og 1996, men en nedgang (Nielsen et al, 2000). Det er hard kamp for å komme inn på de studieplassene som er tilgjengelige. Derfor er det mange som blir ekskludert fra deltakelse på grunn av plassmangel. En slik restriksjonen er en type maktutøvelse som i følge Weber krever legitimitet. Legitimiteten i dette tilfellet kommer i stand ved at restriksjonen tolkes ut fra en egenskap ved den som ikke kom inn, og ikke som et lønnsstrategisk grep. Plassrestriksjonene oversettes derfor til karakterkrav som en funksjon av tilbudet. Dette hjelper på legitimiteten til restriksjonsmekanismen ved at de som ikke kommer inn *ikke var gode nok*, snarere enn at det *ikke var plass nok*. Det er for øvrig ikke nødvendigvis slik at det

er de samme institusjonene som avgjør opptaksregler og som bestemmer antall studieplasser. Hilde Lorentzen (1995) finner at profesjonenes syn og eventuelle innvirkning på valg av opptakskriterier har vært vanskelig å kartlegge, men på direkte spørsmål kan det virke som at profesjonene har hatt liten innflytelse og engasjement i dette (Lorentzen 1995:269). Det vesentlige er derfor ikke selve utvelgelsesmekanismen, men at antallet studieplasser holdes nede.

Konsekvensen av få studieplasser i Norge vil være at de som er fast bestemt på å få en legeutdanning må ta denne i utlandet. Utenlandsk vitnemål impliserer imidlertid at de ikke var gode nok for en norsk utdanning, hvis utdannelsen er i fra et øst-blokkland som f.eks Ungarn, hvor mange har valgt å ta legestudiet. Denne implikasjonen gjør det også lettere for profesjonen å legitimere strukturelle hindre for de med utenlandsk vitnemål. Eksempelvis er det vanskeligere for studenter som har tatt utdannelsen i utlandet å få turnusordninger på norske sykehus når de kommer tilbake. Slike strukturelle hindre gjør at lukningsstrategien likevel fungerer. Denne lukningsstrategien står i sterk kontrast til samfunnsvitenskaplige fag hvor det har vært en stor tilvekst av antallet uteksaminerte kandidater fra 1981-1996 (Nilsen, Fekjær, Aagnes, Helland, 2000:7). Tilveksten av studenter gjør arbeidsmarkedet dårligere for samfunnsvitere slik at samfunnsvitere oftere er overrepresentert i arbeidsledighetsstatistikken i forhold til andre høyt utdannede grupper. Dette er konsekvensen av et *åpent* forhold.

Hvordan gir lukningsstrategien seg utslag i forholdet mellom leger og psykologer når det gjelder inntektsnivå? For legene er det hensiktsmessig å begrense tilgangen på leger for å holde prisene på legetjenester høye, dvs. lønn og/eller næringsinntekt for de som har privat praksis. Det samme argumentet gjelder også for psykologene. Begge grupper ønsker å begrense tilgangen på nye studieplasser for å øke verdien av egen arbeidskraft. Situasjonen er imidlertid slik at kliengruppene i psykisk helse er differensiert. Mens det i for leger er en refusjonsordning, gjelder ikke dette for privatpraktiserende psykologer. Klienter med bedre råd kan velge å gå til privatpraktiserende psykolog. Denne type terapi dekkes ikke av refusjonsordningen. Det er derfor en ulikhet mellom leger og psykologer i hvor lukningseffekten slår sterkest ut. Det er derfor av betydning hvordan området psykisk helsevern avgrenses når inntekt analyseres for disse gruppene. Vi bør imidlertid forvente oss at det vil være en inntektsøkning for begge disse gruppene på bakgrunn av lukningseffekten.

3.16 Lukning og jurisdiksjon

Vi har nå gjennomgått Abbotts begrep om jurisdiksjon, og Webers begrep om lukning. Hva er forholdet mellom disse? Parkins hjelper oss til å forstå dette forholdet. For Parkins' videreutvikler Webers begrep om lukning (Parkins, 1994:144). Han skiller mellom en gruppes maktutøvelse over utenforstående gjennom eksklusjon, og de ekskludertes reaksjon og *motmaktutøvelse* gjennom usurpering. I Abbotts terminologi vil dette ligge nært opp til jurisdiksjonell kamp, hvor den ene parten (A) har full jurisdiksjon, og hvor (B) prøver å utvide jurisdiksjon (usurpere) på bekostning (A) som forsøker å beholde full jurisdiksjon (ekskludere). Weber tar utgangspunkt i gruppen, mens Abbott tar utgangspunkt i selve arbeidet og knytter gruppen til den eksklusive retten til arbeid via jurisdiksjonsbegrepet. Abbotts profesjonsteori foreskriver ikke noen spesiell utvikling av profesjonene, men den viser til en del mekanismer som kan virke i profesjonaliseringen og profesjonssituasjonen mellom to konkurrerende profesjoner. Situasjonen kan best forstås på bakgrunn av sin egen lokalhistoriske jurisdiksjonelle forankring ved å fortolke profesjonssituasjonen i lys av de mekanismer som virker på den, i følge Abbott. Dette skal jeg gjøre i neste trinn hvor profesjonsteori benyttes på utviklingen av den norske helseprofesjon frem til moderne psykisk helsevern, og empiriske konsekvenser av profesjonsteorien utledes.

3.17 Profesjonshistorie

Andre trinn i tottrinns-utledningen av de empiriske konsekvensene fra profesjonsteori, er å benytte den gjennomgåtte profesjonsteorien på profesjonshistorien i Norge. I det følgende vil jeg redegjøre for utviklingen av medisin som profesjonelt fagfelt generelt med utgangspunkt i en profesjonskamp mellom to fagdisipliner i kirurgi, og deretter utviklingen av spesialistutdannelsen i psykiatri, og så profesjonaliseringen av psykologien i Norge. Denne fremgangsmåten, hvor ved å se på en ferdig utviklet profesjonskamp med legene, viser hvordan profesjonsteorien fungerer, og antakelsen er at den vil fungere på samme måte i dag mellom leger og psykologer. Til slutt utledes de empiriske konsekvensene av den utviklingen som profesjonaliseringsprosessen er inne i nå på basis av både de teoretiske utledningene, og den forventning vi trekker ut av den profesjonshistoriske redegjørelsen.

3.18 Håndverkstradisjonen

Jeg tar først for meg hvordan to ulike disipliner innen helsevern utøver en profesjonskamp, og hvordan dynamikken i denne kampen er. Dette blir en nasjonal profesjonshistorisk referanse til den utviklingen leger og psykologer senere gjennomgår. Selv om det er lang tid i mellom profesjonaliseringsprosessene, er det svært mange likhetstrekk mellom dem.

Vi skal se at helseprofesjonaliseringen i Norge følger en annen vei enn den i England, men denne prosessen er ikke løsrevet fra prosesser i England og på kontinentet. Det foregikk tidlig dannelser av egne laug i Norge og Danmark innenfor den tidlige kirurgi for utvortes behandling, og som var av håndverksmessig art. Den mer teoretisk innvortes helseekspertisen, som ble dannet på universitetene, ble konsolidert i en mer helhetlig profesjonsprosess etter hvert. Og hvordan dette skjedde kan belyse hvordan forholdet mellom leger og psykologer etter hvert vil bli. Selv om det er et langt spenn i tid mellom de to hendelsene, har de en mengde likhetstrekk.

Helseprofesjonen ble svært tidlig lovregulert i Norge. Allerede i 1163 la den katolske kirken ned forbud mot at geistlige skulle få gjøre blodige inngrep (Sandvik og Strand 1996:3614). Ikke lenge etter, i 1282, ble *bartskjærene*¹³ (håndverkskirurger) anerkjent av Kongen, Eirik Magnusson Prestehater (konge 1280-1299), og deres arbeid regulert ved lov. Anerkjennelsen av håndverkskirurgene er viktig da et kirurgisk inngrep må ha en offisiell begrunnelse som skiller det fra voldshandlingen, selv om den er frivillig påført. Syke mennesker kunne jo dø, og håndverkskirurgene ville med en lov være mer beskyttet mot anklager, men det var ingen garanti for rettfølgelse for dødsfall etterfulgt av forsøk på behandling. De ble også under Eirik Magnusson Prestehater sin *retterbot* pålagt å ikke kreve mer enn en *veiet penning* for årelating. Vi ser her en direkte statlig regulering og godkjenning av en type helsetjeneste. Dette er en sterk antydning på hvor lukrativ forretningen var for håndverkskirurgene. Fra 1536 gjorde de såkalte bartskjærene også tjeneste som militærleger, og hadde også rett til å virke som privatpraktiserende sårleger hvis de var organisert i laug (Reichborn-Kjennerud 1936:22-4). Disse var da tyske laug som hadde eksistert i Norge siden 1440-tallet, gjennom Hansaforbundet, til 1558, da disse ble oppløst på grunn av en ny lov som sa at alle håndverkere skulle være norske borgere (Sandvik og Strand 1996).

¹³ Bartskjærene var håndverksutdannede kirurger og ble lavt ansett, likeledes som kirurgien innen medisin også var lavt ansett – noe som har sammenheng med deres fellestrekk, og deres juridiksjonelle sidestillelse under Napoleonskrigen. Bartskjærere (av gml. ty. bart for *bad* som i *badstue* hvor årelating ofte skjedde).

Håndverkskirurgene hadde derfor en gunstig tilknytning til maktapparatet både gjennom forbundet med handelseliten, og med kongsmakten.

Uten noe laug ville det vise seg vanskelig å beholde kompetansen, og å hindre kvakksalvere, som ble oppfattet som illegitime konkurrenter til bartskjærerne. Det var, etter nesten 40 år uten laug, på høy tid å danne et nytt norsk *bartskjærerlaug* som det offisielt het. Bartskjærerne hadde fremdeles et nært forhold til kongsmakten som feltkirurger og som livleger. Det nyopprettede lauset i Bergen i 1597, som jo i stor grad hadde fått sin ekspertise fra hanseatene, fikk gjennom sitt nære forhold til kongsmakten til en kollektiv *avtale med kongsmakten om privilegier*. Kongen delegerte dessuten *godkjenningen av nye mestre til lauset*, som dermed hadde sikret de viktigste kjennetegnene på en profesjon. Bartskjærerne kan på et vis etter dette betraktes som offentlig ansatte. (Sandvik og Strand 1996). Håndverkskirurgene hadde ikke rettslig monopol på sin aktivitet, og de konsentrerte seg om spesielle oppgaver. De tolererte at andre grupper utøvde oppgaver lik deres, men de nølte ikke med å trekke ufaglærte for retten (Sandvik og Strand 1996). Lauget gav dem således rettslig slagkraft. At de kunne tolerere andres likeartede virksomheter skyldes yrkesetikken hvor det håndverksmessige stod sterkt. Den akademiske tradisjonen hadde en helt annen toleranseterskel, fordi det i denne tradisjonen legges til grunn en *idé* om sykdom og på bakgrunn av denne en metodikk for helbred. Derfor blir arbeidsmonopolet og toleransen for andre aktører utvidet til mer et spørsmål om hva som faller inn under sykdomsbegrepet, enn et spørsmål om hvem som best kan utføre helbredsutøvelsens håndverk. Det å hevde at håndverket i seg selv ikke er tilstrekkelig, og at man også må kunne akademisk teori, er en måte å kontrollere tilgangen til arbeidet på. Det som her skjer er at bartskjærerne kommer i press fra akademisk orienterte praktikere som hevder intellektuell jurisdiksjon på helbredspraksisen.

3.19 Den akademiske tradisjonen

Bartskjærerne var som nevnt håndverksutdannede kirurger og ble lavt ansett, likeledes som kirurgien innen medisin også var lavt ansett – noe som har sammenheng med deres felles arbeid, og deres jurisdiksjonelle sidestillelse under Napoleonskrigen. Det var derfor ikke noe i den offentlige bevissthet som skilte skarpt mellom dem. Medisinhistorikeren Grøn (Reichborn-Kjennerud et al. 1936) har anlagt et perspektiv som starter med den *akademiske*

legepraksisen. Vi kan derfor si at vi har to parallelle historier om profesjonaliseringen av helsevesenet, en håndverksmessig og en akademisk. Det akademiske perspektivet, er også det mest foretrukne perspektivet blant helsehistorikere. I denne tradisjonen blir ofte den norske utvikling ofte sett på som etternøgende og *statssentrert* i forhold til England og det øvrige Europa. Grunnen til denne foretrukne fremstillingen er, etter min mening, en konsekvens av det akademiasentrerte synet hvor den akademiske lege er det sentrale subjekt snarere enn selve praksisen, altså helbredsøvelsen (jfr. Abbotts profesjonsteorikritikk¹⁴). I tillegg er mange av helsehistorikerne selv leger med akademisk utdannelse, slik at fremstillingen ofte er preget av denne erfaringen. Når vi ser disse to tradisjonene i sammenheng, blir profesjonaliseringen ikke så statssentrert, enn om man bare ser på profesjonaliseringen av den akademiske lege.

Ifølge Grøn (Reichborn-Kjennerud et al. 1936) var det omtrent samtidig med utviklingen av den engelske helseprofesjon, tilløp til etablering av *privilegier* for leger i Danmark-Norge. I 1526 forsøkte Fredrik I (konge 1524-1533) å få til et ordnet *medisinalvesen med en sikret lønn av det offentlige*. Adelen stemte i mot så det ble ikke noe av (Reichborn-Kjennerud et al. 1936:200). Grøn sier ikke noe om hvilke prosesserer som ledet an til Kongens initiativ, men det kan se ut for at det er tale om en statssentrert prosess, ulikt den som skjedde for helsevesenet i det samtidige England (jfr. Erichsen). Initiativene fortsatte, men strandet også under Christian III (konge 1537¹⁵-1559). Under Fredrik II (konge fra 1559-88) ble det endelig en lovgivning som *forbød kvakksalvere*, samt *påbud* om apotekvisitasjoner. Det viktige med dette er at legene er fra nå av sikret enerett til deres yrkespraksis, samt garantert et marked gjennom påbudet om apotekvisitasjoner.

Under Christian IV (konge 1588-1648) ble apoteket det eneste lovlige utsalgssted for resepter, men hvem som helst kunne eie retten til en resept. Apotekeren måtte i de tilfeller hvor en utenforstående eide resepten, sverge ved ed å ikke røpe den til noen. Legene ble pålagt å besøke de syke, unntatt i pest- og blodsottstid (Reichborn-Kjennerud et al. 1936:201). I 1603 ble det også opprettet en offentlig stilling, stadsfysikatet i Bergen, som en lege kunne bekle. Dette skjedde altså 6 år etter at bartskjærerlauget ble dannet, slik at privilegiene til bartskjærere og legene ble gitt omtrent på samme tid. Disse tiltakene regulerte

¹⁴ Abbott har hele tiden forfektet at arbeidet må være enheten for sosiologiske analyser om profesjoner (Abbott 1988).

¹⁵ Det var ingen konge mellom 1533-1537, altså et interregnum. Denne perioden er før øvrig kjent som Grevestriden.

ytterligere arbeidsmarkedet for leger, apoteker og bartskjærere, etter en blanding av statlig og private initiativ. Leger, apotekere og bartskjærere har her i prinsippet det som Abbott vil kalle delt jurisdiksjonell kontroll. Virkeligheten var nok en helt annen, da folkemedisinen rådde lenge i Norge, og de derfor delte store deler av markedet med kvakksalvere. Det var også tilløp til gnisninger mellom bartskjærere og leger. I en samling av biografier over bartskjærere av Sollied og Sollied (1924) fortelles det om en bartskjærere som ble dømt for å ha truet Bergens stadsfysikus med en stokk og kalt ham en skurk! Foranledningen skal ha dreid som bartskjærerenes behandlingsmetoder som skal ha krysset grensen for deres jurisdiksjon. Dette skal da stadsfysikusen ha reagert på. Bartskjæreren hadde derfor ikke noen grunn til å kalle stadsfysikusen for en skurk ut i fra Abbotts jurisdiksjonsterminologi. Frustrasjonen kan være et uttrykk for at arbeidsmarkedet ble strammet inn for bartskjærerne, for gjennom Christian IV's lover, som er nevnt over, ble *arbeidsmarkedet* for de medisinske utdannede legene sikret, i tillegg til at selve arbeidet også ble regulert ved lovpålagte oppgaver.

3.20 *To tradisjoner smelter sammen*

Arbeidsdelingen mellom leger og bartskjærere som lenge hadde eksistert, ble etter hvert formalisert ved lov. Dette skjedde i dansk-norsk lovgivning i 1619. Det ble formalisert at innvortes behandling ble forbeholdt leger, men ved visse unntak og jurisdiksjonen ble avgrenset til legenes fordel. Bartskjærere gjorde utvortes behandling. Disse to gruppene jobbet ofte sammen, og det var nærliggende at man ønsket en samordning av utdannelsen for å dra nytte av synergieffekten det ville gi. Dette gav bartskjærerne en mulighet til å nærme seg legenes privilegier, men også en mulighet for legene til å kontrollere bartskjærerne gjennom deres overlegne intellektuelle jurisdiksjon. Bartskjærerne hadde lenge hatt et godt forhold til kongsmakten og Christian IV forsøkte allerede 2 år senere, i 1621, å gi bartskjærerne adgang til universitetet i København, men professorene der ville bare dosere på latin (Sandvik og Straand 1996), og mer skulle ikke til for å ekskludere bartskjærerne fra legeutdannelsen. Arbeidsdelingen mellom leger og bartskjærere ble også strengere og strengere håndhevet. I 1656 skriver stadsfysikus Johan Friedrich Treubler:

"Hvorfor tillades det hvemsomhelst at foreskrive medicin og dræbe folk ustraffet naar det i haandverket ikke tillades hvemsomhelst at være maler, og den som ikke er smed, ikke ustraffet tager hammer i haand?" (Sandvik og Strand, 1996)

I 1672 ble statuttene for laug (laugskråen) endret og da ble det bestemt at bartskjærermestre også måtte ha eksamen hos en stadsfysikus som var lege. I Abbott sine termer står bartskjærerne her rett og slett overfor en underordning av legene, omtrent slik sykepleiere er underordnet leger i dag. Fra å ha hatt full jurisdiksjon, og svært gode økonomiske vilkår, så gode at de måtte reguleres, har legene via intellektuell jurisdiksjon angrepet bartskjærerne på det svakeste området ved å styrke forbindelsen mellom teori, metode og helbred. På samme måte som sykepleiere i dag forsøker å sideordne seg leger ved å etablere en egen sykepleievitenskap, gjorde også bartskjærerne dette ved å etablere anatomikamre hvor opplæring og eksamener ble holdt. Dette ble opprettet i 1736 i København, og 1748 i Bergen. Som Caplow i sin definisjon av profesjon, vil man i denne prosessen forsøke å kvitte seg med sin fortid ved å endre navn, og bartskjærerne kaller seg stadig oftere kirurger fra da av. I 1785 oppnår kirurger likestilling med leger, hvilket innbar at de kunne drive medisinsk praksis uten godkjenning fra en lege. (Dette nullstilte statuttene fra 1672 og anatomikammeropplæringen kan sies å ha vært en suksess.) I 1845 ble disse separate utdanningsinstitusjonene slått sammen, og nesten umiddelbart (1845) kunne kirurger avlegge forenklete eksamener for å få legetittel (Sandvik og Straand, 1996). Hvorvidt man leser ut av dette at bartskjærerne vant noe tilbake, eller om legene inkluderte bartskjærerne under deres intellektuelle jurisdiksjon, er to sider av samme sak. Økonomisk sett er det ikke noen tvil om at det er bedre å ta del i attraktive privilegier enn å være marginalisert på arbeidsmarkedet. Rent teoretisk kan vi si at når en underordnet profesjon smelter sammen med en annen, får denne del i den andres privilegier. Dette kan være et relevant scenario for psykologene vis-à-vis legene.

Vi har nå sett et eksempel på hvordan to ulike retninger i profesjonaliseringen av norsk helsevesen ble lovregulert, og smeltet sammen. I denne utviklingen så vi også at den håndverksmessige bartskjærer gikk fra en likestilt posisjon med leger, til underordning, for igjen å bli likestilt og til så å bli profesjonelt slått sammen med legene på utdanningsplanet. Det er derfor *ikke noen ensartet retning på profesjonaliseringen* i dette tilfellet, hvor den ene parten utvider sin jurisdiksjon uten videre. Når kirurgene ble innlemmet i legefelleskapet ble

de også innlemmet i den profesjonsetikk som legene forfektet. I den fortsand utvidet legeprofesjonen sin jurisdiksjon til å gjelde kirurgien.

3.21 Fagekspertise i statsbyråkratiet

Vi har sett hvordan kirurgi i en viss forstand ble innlemmet i medisinsk utdanning, hvordan den legale autoriteten ble sikret i loven, og til slutt hvordan legenes intellektuelle autoritet brakte kirurgien til den medisinske jurisdiksjon, samtidig som at håndverkskirurgene søkte seg mot legenes privilegier. Det er imidlertid ikke nok å nevne dette som forklaring, fordi den faglige prestisjen var på den tiden lav, og den faglige autoriteten var således i fare (jfr. jurisdiksjonell legitimitet). Vi må se på hvordan den faglige autoriteten styrkes.

I 1803 opprettedes det danske sunnhetskollegium som en slags instans for kontroll og administrasjon av medisinalvesenet. Hvor mange som var leger i det danske sunnhetskollegium fant jeg ikke noe svar på i de kildene jeg brukte, men Det Kongelige Norske Sunnhetscollegium av 1809 bestod av 5 medlemmer hvorav 3 var leger, og i 1811 var antallet 7 medlemmer hvorav 5 var leger (Reichborn-Kjennerud 1933:13). Det er rimelig å tro at det norske sunnhetskollegium var dannet etter en dansk modell, spesielt siden vi fremdeles var i union med Danmark, og fordi det faglige sentrum var Universitetet i København. Opprettelsen av disse sunnhetskollegiene i Danmark og Norge dannet i norsk medisinsk profesjonshistorie et skifte i profesjonaliseringen av helsevesenet. Til å begynne med hadde kollegiet ikke så stor innflytelse, men deres relasjon til Staten førte senere til en styrket stilling for legene. Koordinasjon gjennom kunnskapsbasert interessefelleskap så ut til å være første prioritet for kollegiet. I et *"Kancelli-cirkulære"* av 20. desember 1803, utstedt av det danske sunnhetskollegium, anmodes det til at alle legene i både Norge og Danmark skal levere årlig innberetning til sunnhetskollegiet med begrunnelse av hvor nødvendig det er *"for Lægekunsten og dens Dyrkere"* at de får slike innberetninger (Wessel-Berg (1845) i Grøn 1936:206). Selv om borgernes trygghet var den manifeste mening med kollegiet, vitner utsagnet om den egentlige og latente mening som var sementering av profesjonen gjennom statskanalene som kontrollerte privilegiene. Innberetningene skulle inneholde mange av de ting som legene ville se seg som formelle administratorer for – hvilket var sykdommer, vaksinasjoner, fødsler, død m.m. Områder som også andre yrkesgrupper var involvert i, som jordmødre og prester. Året etter skulle også alle stift- og amtmenn samt adelen, også levere

innberetninger ”*saa snart farlige Sygdomme mærkes*”, dessuten skulle det rapporteres om legenes aktivitet, hvor mange som virket, hvor de virket etc.

Det var med andre ord en betydelig pågang for å *sentralisere medisinsk kunnskap og fakta*, noe som er vesentlig, faktisk avgjørende, i en prosess som søker å monopolisere tilgangen til høyere medisinsk utdanning, og utøvelsen av denne spesielt. Men vel så viktig var det å få understreket den opphøyde status legene fikk ved å være rapporteringspunkt for adel og embetsmenn.

I 1811 ble Universitetet i Oslo opprettet og legeutdannelsen startet i 1814.¹⁶ Samtidig (i 1814) fikk sunnhetskollegiet igjennom i statsråd at det skulle opprettes et rikshospital på 150 senger, og allerede i 1815 ble sunnhetskollegiet oppløst og dets funksjoner ble overført til ”3die Departement”¹⁷.

Relevansen av denne oppløsning og overføringen av funksjonene til departementet ligger i at *dette inkorporerte legene i statsbyråkratiet*. Og videre at dette selvsagt er en fordel overfor konkurrerende grupper ved at *legene kunne utøve legalrasjonell autoritet* (jfr. Weber). En autoritet som ble brukt i kamp om rett til sykdomsbehandling og som dessuten gav legene en større mulighet til å definere hva som skulle falle inn under sykdomsbegrepet og ikke. Dette var helt avgjørende for å holde andre profesjoner på avstand fordi dette gav legene en *rett til selv å definere grensene for deres jurisdiksjon*. Leger er også i dag godt representert i statsbyråkratiet, hvilket også er en viktig forskjell mellom legeprofesjonen og de tilstøtende profesjoner, som psykologene, som jo ikke har samme grad av relevant representasjon i byråkratiet. En høy grad institusjonsutbygging (rikshospital, universitet, offentlige organer) bidro til at fagets prestisje og rekrutteringspotensial ble betraktelig styrket. Enda viktigere er det at legene nå fikk en mulighet til å sitte på begge sider av bordet hva deres privilegier angikk, og at de hadde full kontroll over antall utøvere som kunne praktisere.

Følgende figur kan illustrere den kronologiske utviklingen i profesjonaliseringsprosessen som fant sted i Norge.

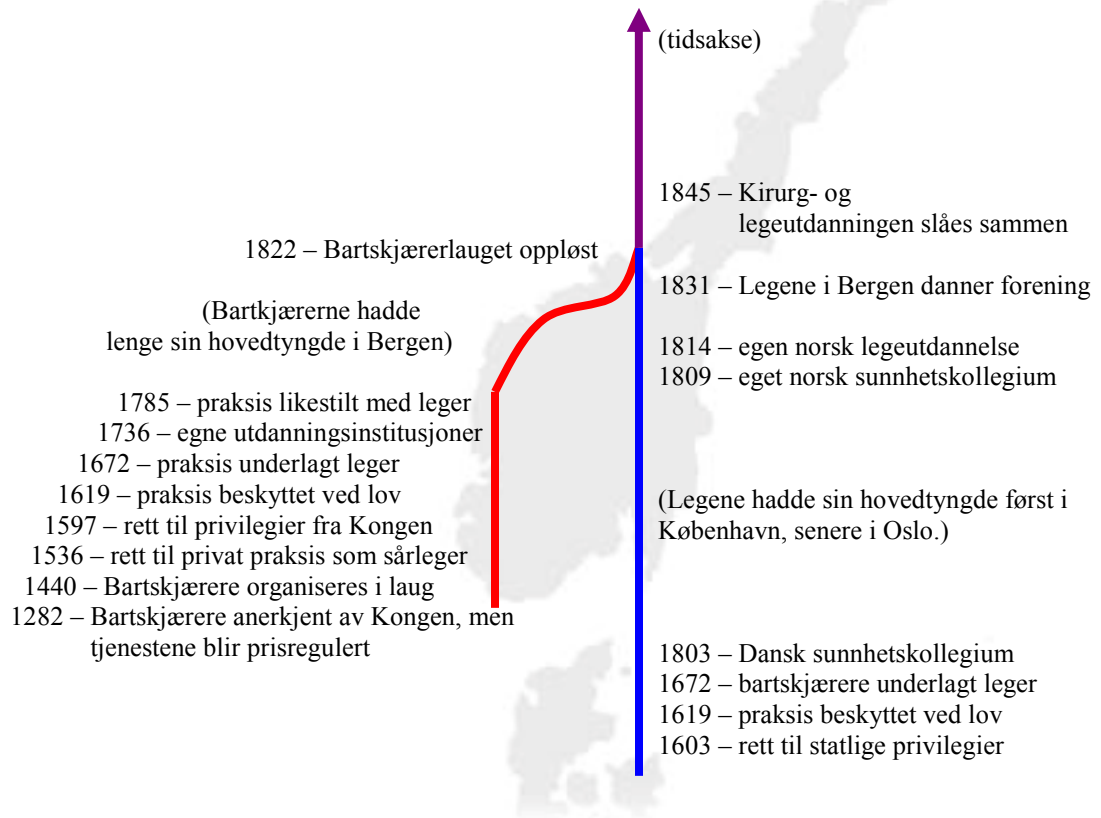
¹⁶ Det var bare 3 studenter det første året (1814), og den første uteksaminerte lege var i 1820 (Reichborn-Kjennerud 1933:16). Interessen var, som tidligere nevnt, lav, men mulighetene var nok heller ikke de største for folk som virkelig var interessert.

¹⁷ Det tredje departement var forløperen til justisdepartementet. Politivesenet lå under dette departement. I 1819 ble medisinalvesenet flyttet til Kirkedepartementet, og i 1846 til Indredepartementet, i 1878 tilbake til justisdepartementet, og i 1913 til Socialdepartementet. (Kobro, 1936:280-1).

Håndverkstradisjonen



Akademisk tradisjon



Figur 3-1. Kronologisk skjema over helseprofesjonens utviklingstrekk i Norge.

(Den kronologiske oversiktens plassering på kartet er mer av estetiske hensyn, men antyder likevel at bartskjærernes utvikling er fortolket langs en norsk profesjonsutvikling, mens legenes profesjonsutvikling er fortolket innenfor en dansk kontekst hvor den kontinentale og akademiske innflytelse var stor. Oversiktens plassering over kartet er ment å illustrere nettopp dette.)

Også mellom psykologer og leger vil mye av kampen dreie seg om intellektuell jurisdiksjon og rett behandlingsform. Intellektuell jurisdiksjon kan både bryte opp et arbeidsmonopol, og vinne tilbake et tapt arbeidsmarked. Koblingen mellom teori, metode og resultat er sentralt

her, men også kampen om begreper er viktig som for eksempel retten til å bestemme hva som skal inn under sykdomsbegrepet og ikke.

3.22 Kamp om begreper i psykisk helse.

I Norge var ikke sinnslidelser noe medisinsk anliggende selv om det ved begynnelsen av 1800-tallet var et delvis utviklet medisinsk begrepsapparat angående de såkalt sinnssyke, eller gale som de også ble kalt. Galskap ble i gammel tid oftest sett på som følge av trolldom og sjelden ble det tolket som slektsarv. Under tidlig kristendom ble det tolket som besettelse, en demonisk påvirkning (Reichborn-Kjennerud 1936:53). Altså samme fortolkning, men med en kristen fortolkningsramme. De gale ble ikke ofte forsøkt behandlet, men det ble ofte utsatt for ulike former for kontroll, som f.eks. at de ble bundet. Sykdommen kunne derfor, i de tilfeller binding var nødvendig, bli kalt *gæzlusótt*, et norrønt ord som betyr ”vaktsykdom”. Den syke måtte våktes for at man skulle ha kontroll over vedkommende. Ved å kalle sykdommen ”vaktsykdom” blir kontrollen som vekten utøver overført til sykdomsbegrepet og den syke. Senere kom det lover som regulerte sinnssykdomsbehandling. Etter Magnus Lagabøters (konge 1263-1280) lov skulle det prøves rettslig om en person var sinnssyk, og således falt denne sykdom under juridiske definisjoner snarere enn medisinske (Reichborn-Kjennerud 1936:56). Psykiske lidelser var dermed *et juridisk anliggende* og forble et spørsmål om hva skulle gjøres med de såkalt gale for å sikre den offentlige ro og orden, enn hva som skulle gjøres for å oppnå helbred. Til langt ut på 1800-tallet var det slik. De som ikke ble forsørget av familie eller private med støtte fra fattigvesenet ble oppbevart i tukthus, eller såkalte dollhus (Ludvigsen 1998:46).

Hva var det som brakte den juridisk anliggende galskapen, eller *gæzlusótt*, under medisinsk kontroll, behandlingsmetode og teori?

Dollhusene hadde allerede fra slutten av 1700-tallet vært kritisert av Kirken og enkelte embetsmenn. De uttrykte missnøye over måten sinnssyke ble forvart på, og dette bidro til å undergrave tanken om forvaring av de syke. Biskopene hadde som medlemmer av stiftsdireksjonene ansvaret for fattigvesenets innretninger, herunder også dollhusene. Slik sett lå administrasjonen av sinnssyke delvis under kirkelig jurisdiksjon. Men kirken hadde ikke noen sterk ambisjon om å kontrollere dollhusene ved å innlemme dem fullstendig i sitt praksisfelt. Kirkens bekymring så først og fremst ut til å være å redde lidende fra døden, og ikke minst *i døden* som ledsager til frelse. Kirken så helst at dette ble et pleie- og

omsorgsfelt (Rud (1966) i Ludvigsen 1998:57). Legene hadde derimot et ønske om full jurisdiksjonell kontroll over dette helseområdet som innbefattet sinnslidelser. Vi ser at det *ikke* lå til rette for den potensielle interessekonflikten mellom leger og geistlige, slik det er mellom psykiatri og psykologi i dag. Overgangen fra tanken om forvaring til behandling og pleie overtok også ettersom kunnskapen om sinnssykdom som fenomen fikk større omfang og med den statlige institusjonaliseringen av helsevesenet som jo også brakte flere leger i kontakt med psykisk syke. Gjennom den medisinske interessen som lå i å forstå og helbrede galskap, som var den medisinske betegnelsen (senere definert som *sinnssykdom*), hadde de en mulighet for å innlemme de sinnssyke under deres jurisdiksjon. Målet var jo full jurisdiksjonell kontroll over behandlingsformen av sinnssykdom. Så veien frem til dette målet var i teorien enkel.

Men det var ikke så enkelt som det skulle se ut som. For profesjonaliseringsprosessen kan forstås som en sammensatt prosess eller kjede av handlinger og begivenheter som til sammen har en *retning og konklusjon*: kollektive beslutninger og strategier skal utformes og involvere andre med like taktiske disposisjoner enten deres interesser er sammenfallende eller ikke. Jeg skal eksemplifisere dette snart. Vi må og huske på at den profesjonsinterne prosessen var til da ikke fremskreden. Det medisinske fakultet talte kun 4 professorer. Det er ikke så mye bare 4 stykker kan utrette. Det var heller ikke leger over hele landet. Men på en annen side var det en vekstfase og en glødende interesse for videreutvikling av legeprofesjonen.

Som nevnt, profesjonaliseringen er kompleks, men mange av de kontekstuelle faktorene så ut til å ligge til rette: det offentlige apparat viste interesse og vilje til å endre organiseringen av de sinnssyke etter datidens terminologi. Staten finansierte forskning på sinnssykeanstalter, og en lengre avhandling om sinnssykeanstalter ble diskutert i Stortinget i 1824. Senere ble det sågar opprettet en kommisjon som skulle utrede forholdene for de psykisk syke i Norge. Denne kommisjonen, bestående av 3 av professorene ved det medisinske fakultet (av de 4) samt andre fremstående embetsmenn administrerte også den første telling av alle som led under sinnssykdom. Og interessant nok var det *prestene* som foretok selve tellingen der hvor det ikke fantes leger, og det var mangel på leger overalt. Dette førte til at sinnssykdom som *kunnskapsområde* ble innlemmet i legevesenet, selv om

prestene ødela mye av kunnskapen siden de ikke kunne diagnostisere¹⁸. Å opprette dette område som et kunnskapsområde, til da var det jo kun et kontrollområde, er i denne sammenhengen vesentlig. Trass at alle disse forholdene lå til rette, ble det likevel ikke til at det ble konstituert noe eget praksisfelt for psykisk helbred på dette tidspunkt.

3.23 Profesjonaliseringen og det politiske klima

Hva gjorde sitt til at, legene, under gunstige institusjonelle rammer, ikke klarte å etablere psykisk helse som eget praksisfelt?

Da kommisjonen som skulle utrede forholdene for sinnssyke i Norge var ferdig lå det klart et reformforslag som innebar et *krav om full jurisdiksjonell kontroll* for legene over behandling av sinnssyke, samt en *underordning* av tilstøtende profesjoner. I reformforslaget skulle legene ha det overordnede ansvaret for selve anstaltene, behandling, innskriving og utskrivning av pasienter. Anstaltene skulle også bemannes med geistlige og sykepleiere, hvilket fikk en underordnet rolle i dette medisinske praksisfeltet. Så langt hadde legene gjort alt riktig i følge Abbots profesjonsteori, men det er ikke bare opp til eksperter i et praksisområde å avgjøre hvem skal gjøre hva. For de har ikke lovgivende makt, for den lå på den tiden hos Kongen og ikke i parlamentet.

Reformforslaget ble altså lagt frem før vi fikk parlamentarisme i landet hvilket vil si at Kongen bestemte, og kong Karl Johan (konge 1818-1844) ønsket på dette tidspunktet å styrke Regjeringen i forholdt til Stortinget. Både Kirkedepartementet¹⁹ og Stortinget var positive til planene som også innebar omfattende institusjonsutbygging. Men i 1827 oppløste Karl Johan det Stortinget som skulle behandle planene. Og det satte en stopper for reformplanene.

Oppløsningen av parlamentet kan skyldes at Kongen og Regjeringen helst ikke ønsket at omfattende reformer ble drevet frem av pressgrupper (Ludvigsen 1998). De anla et mer statssentrert perspektiv hvor de selv skulle utforme reformer og igangsette tiltak, mens Stortinget skulle kontrollere. Det viktige her er at vi ser at selve den institusjonelle rammen som legene måtte samvirke med, sviktet på det øverste politiske plan og bidro til at deres

¹⁸ Prestene ødela mye av potensialet i tellingen ved at de benyttet et folkelig klassifikasjonsskjema hvor uttrykk som 'rasende gal' og lignende ble brukt.

¹⁹ Se tidligere note.

reform som innebar et krav om full jurisdiksjonell kontroll, ikke ble vedtatt slik de selv ville. Et nytt forsøk på å få vedtatt reformen i 1836 strandet også. Likeledes i 1842 da bondeopposisjonen var stor. I perioder med stor bondeopposisjon synes normen å ha vært en sparepolitikk. Psykiatri ble i slike perioder en salderingspost. Dette viser også at det ikke er noe konstant forhold mellom det institusjonelle miljø (Stat, Regjering, partier, økonomi etc.) og en profesjons innflytelse, som i dette tilfellet med legene. Det var bare et spørsmål om tid før institusjonsbetingelsene skulle falle gunstigere.

I løpet av perioden med reformforslag (1827-1845) hadde det skjedd helt avgjørende endringer i helseprofesjonens organisasjonelle omgivelser. De viktigste grunnene er: økonomiske – det var en lang deflasjonsperiode fra 1822-1842 (Pryser 1999: 84) (sparepolitikken til det ”radikale Bondestorting” var hovedgrunnen til at reformforsøket i 1836 strandet, Ludvigsen 1998:75), det var sterk befolkningsvekt og urbanisering i tilknytning til den industrielle revolusjonen noe som oppløste den tidligere private administrasjonen av sinnssyke, samtidig med økt fattigdom, som også påvirket organiseringen av fattigvesenet (Sejersted 1978:268). *Kriminalloven av 1842 sa også at sinnssyke ikke skulle straffes* (Langfeldt 1950 i Ludvigsen 1998:88). I perioden med urbanisering og økt fattigdom ble det også en økt bevissthet på det svært tiltagende, og dessuten synlige, problemet, hvilket ledet til fattigloven av 1845 hvor de fattige fikk rettskrav på understøtte (Sejersted 1978:268). Det var også et generasjonsskifte i den politiske og akademiske elite som ofte i helt avgjørende grad deltok i reformarbeid (Sejersted 1978 i Ludvigsen 1998:87-88 jfr. også Sejersted 1978:378-9). Med den politiske elite henvises det her til at Karl Johan døde i 1844 og Oscar I ble konge. Allerede året etter, i 1845 kom den første bevilgningen til sinnssykeanstalt, uten at noen reform var vedtatt, denne bevilgningen ble vedtatt i Stortinget med knappst mulig flertall. To år senere, i 1847, ble selve reformen vedtatt. Dette vedtaket kan sees på som starten moderne psykiatri som profesjon i Norge. Nå hadde psykiatri blitt opprettet som en eget praksisfelt med *eget kunnskapsområde innefor lovregulerte rammer for arbeid og tilgang til et reelt statlig garantert arbeidsmarkedet*. Legene var således før psykologene i konkurransen om å etablere en praksis med hensyn til psykisk syke i Norge.

3.24 Legenes legitimitetsgrunnlag under press.

Rundt 1850 hadde legene innlemmet behandling av sinnssykdom som en del av sitt praksisfelt, og deres rolle som administratorer for sykdommer generelt, var det ikke spørsmål om. Det medisinske fakultet hadde rollen som sakkyndige i rettspsykiatriske spørsmål uten at det ble stilt krav til kompetanse i psykiatri (Ludvigsen 1998:158). Legene ledet også asylene. På en måte stod legene sterkt, *men den teoretiske og faglige begrunnelsen for deres autoritet var svak*, og hadde ikke den legitimitet som legene skulle ønske seg (jfr. Abbott). Legene vant legitimitet for sitt virke *før* den kliniske behandlingen ble virksom, og *før* medisinske prinsipper basert på verifisering ble lagt til grunn for legeaktiviteter (Erichsen 1990:72). Legenes behandlingsoptimisme for psykisk syke viste seg vanskelig å oppfylle. Det var derfor mulig å utfordre deres autoritet rent faglig, hvilket også ble forsøkt av andre grupperinger i embetsvesenet, hvor disse da ønsket å overta som bestyrere av asylene, som da hadde mer karakter av en fengselsliknende organisering (Ludvigsen 1998:160).

Strategien for legene ble derfor å reise tilliten og skaffe legitimitet gjennom å bedre sammenhengen mellom diagnose og behandling. Dette var en vanskelig oppgave da asylene ble fylt opp av kronikere som var vanskelig å helbrede. Dette bidro ytterligere til å svekke legenes autoritet og det ble også et problem å vinne anerkjennelse selv blant allmennleger.²⁰ Legenes utgang av ulendet var et grep som gikk ut på å utvide den intellektuelle jurisdiksjonen til å ikke bare omfatte kunnskap om sinnssyke med diagnosen *psykose*, men også om ”lettere sinnslidelser”, ”grensetilstandene”, ”nervøsitet” og ”begynnende sinnssyke” (Ludvigsen 1998:283). Forebyggingstanken stod sentralt i sinnssykelegenes strategi for å gjøre psykiatri til et universitetsfag med obligatoriske eksamener. Det var også viktig å spre kjennskapen om psykiatri blant legene rett og slett fordi rekrutteringen var lav, noe som også må sees i forhold til den lave statusen, som igjen kan relateres til den daværende svake forbindelsen mellom diagnose og behandling²¹. Selv i dag er psykiatri den spesialisering med lavest prestisje (Album 1991:2127-ff).

I følge Abbott, hviler en profesjons evne til å beholde sin jurisdiksjon på den akademiske kunnskap (Abbott 1988:53). For leger innen psykisk helsevern sin del betyr dette

²⁰ Legene mente at deres behandlingsmetoder var virksomme, men at målbarheten ble svekket siden effekten av behandlingsmetoden var best på personer som ikke var så veldig syke.

²¹ Den tidligere drøftelsen av statusproblem og rekruttering blant leger gjelder ikke her. Den forrige redegjørelsen om rekrutteringsproblemer gjaldt rekruttering til medisin generelt, mens det her gjelder psykiatri spesielt.

at det må være en sammenheng mellom diagnose, behandling og fortolkning²² hvorpå den profesjonelle utøvelse skrider frem i henhold til formaliserte oppgaver basert på dette kunnskapssystemet. Men for sinnssykelegene anno 1870 var det liten sammenheng mellom diagnostisering, behandling og fortolkning, og man hadde ikke engang et felles diagnosesystem (Ludvigsen 1998:161). Dette utgjorde et legitimitetsproblem i forhold til å bevare eneretten til behandling av sinnslidende.

Legenes manglende legitimitet på dette punktet banet vei for psykologenes profesjonalisering. Og paradoksalt nok var det mens den juridiske kontrollen for behandling stod sterkest, at dens legitimitetsgrunnlaget begynte å slå sprekker. Det er nøyaktig samme svakhet som gjorde at legene i sin tid overtok for håndverkskirurgene, noe de hadde suksess med.

3.25 *Psykologiens profesjonalisering*

Den største trusselen mot legenes juridiksjonelle kontroll kunne bare komme fra et annet kunnskapsbasert praksisområde, et med bedre forbindelse mellom diagnose, behandling og fortolkning. Et praksisområde som kunne true legenes hegemoni overfor behandling av psykisk syke var i emning, for de samme ideologiske strømninger som forutsatte en utvidet juridiksjon for legene (behandling av psykisk syke fremfor forvaring, hygieneteknikk), var også grunnlaget for en ny vitenskap – *psykologien*. Psykologien var også en motpart mot kirken i synet på årsaker til sinnssykdom, selv om syndsspørsmålet like fullt var et sterkt tema i psykologien (Foucault 1976). Med utgangspunkt i det seksuelle, banet Freud veien for en teknologi om det psykologiske avvik og dets behandling (jfr. Freud 1972).

I Norge ved skiftet til 1900-tallet var psykologi bare et akademisk fag, og deres metoder som *tester* og *psykoterapi* ble faktisk tatt i bruk av legene i deres profesjonsinterne juridiksjonelle kamp mot nevrologene som også var leger. Dette var en slags innbyrdes juridiksjonell kamp som gikk langs spesialistutdannelsene. Nevrosejurisdiksjonen ble derfor

²² Abbott bruker begrepet *inference*, forstått som *fortolkning* eller *teori*, om bindeleddet mellom diagnose og behandling (Abbott 1988: 40-52). Når dette forholdet ikke er klart, vil det kunne utsettes for press fra andre grupper som ønsker å utfordre med deres egen teori (*inference*), og videre forsøke å innføre egne klassifikasjonssystemer for diagnose og behandling. Konkurransen mellom lege og psykolog er særdeles treffende i dette tilfellet.

ikke truet før psykologene etablerte seg med egen profesjon. Dette var imidlertid ikke til stor bekymring for datidens psykiatere hvor mulighetene for juridisk ekspansjon lå foran dem som et åpent landskap. Ragnar Vogt, som var landets eneste universitetslærer i psykiatri i det første tiår på 1900-tallet, anså psykiatrien som en disiplin sammensatt av medisin, psykologi og sosiologi (Ludvigsen 1998:367). Det er mye til Vogts ære at psykiatrien ekspanderte til å innbefatte vergegårdssystemet, som gikk ut på at vergegårdene²³ skulle ha ansvaret for barn som ellers ville ha vært i fengsel for sin kriminelle atferd. Legene fikk her kun en intellektuell juridisk ekspansjon hvor psykiaterne hadde ekspertisen, men de utførte ikke arbeidet selv (Ludvigsen 1998:146). Denne utvidelsen av den juridiske området innebar også en iherdig kamp mot juristene som i stor grad vektla det strafferettslige (Ludvigsen 1998:352-67).

Psykologien utviklet seg i en periode med psykiatrisk og medisinsk ekspansjon, og psykologiens fremvekst var ikke uavhengig av denne, hverken teknisk-vitenskapelig eller idémessig. Først og fremst brøt medisinsk kunnskap sykdommens metafysiske tilknytning til det onde (Foucault 1976) og gjorde den kristen-religiøse forståelsen av helbred irrelevant, hvilket syntes å muliggjøre psykologiens fremvekst.²⁴ Dessuten var leger også ivrig med i utviklingen av psykologi som fag, og utviklingen av psykologi som universitetsfag begynte også veldig teknisk, med eksperimentell laboratoriepsykologi i Tyskland på slutten av 1800-tallet, og psykoteknikken i Frankrike omtrent samtidig. I Norge var det også eksperimentallpsykologien og Binets intelligenstesting som var de første forskningsområdene. Psykologisk institutt ble opprettet i 1909 og muligheten for ta magistergrad i psykologi kom i 1921. Det første professoratet kom i 1928 og var en omgjøring av et professorat i filosofi til psykologi, noe som også understreker den filosofiske og abstrakte basisen til faget i forhold til det praktiske og utøvende, noe som kom sterkere igjennom senere.

Psykologien er på dette stadiet rent akademisk, og det var legene som tok i bruk den nye kunnskapen. I denne fasen er det ikke noen sterke insentiver juridisk ekspansjonell kamp om

²³ Dette var gårder som mot en kompensasjon fra Staten tok i mot barn og ungdom med problemadferd.

²⁴ Foucault viser spesielt til at den medisinske vitenskapen viste hvordan døden var knyttet til kroppen, og dermed til individet, og ikke nødvendigvis til metafysiske størrelser, moralske påbud og det onde. Dette medførte at det vestlige mennesket klarte å se seg selv som et objekt for vitenskapen. Det medisinske språk gjorde det mulig å danne seg en diskursiv erfaring av individualitet. Selve integrasjonen av *døden* inn i medisinsk tenkning banet veg for en vitenskap om individet, og dermed også muliggjøringen av psykologi som fagdisiplin (Foucault, 1976).

praksisområdet fordi praksisen er hovedsaklig i sammenfallende interesse, samt at privilegiene til både leger og psykologer er gode. Etter hvert utviklet psykologien seg til en medisinsk avvikende psykologisk praksis utført av psykologer innenfor en egen jurisdiksjon.

3.26 *Psykologi som praksisfelt*

Psykologene utgjorde kun en akademisk gruppe ved århundreskiftet, men psykologi var et viktig forskningsområde også for pedagoger og leger, som også var svært delaktig i utviklingen av faget (Hernes, 1996:152-3). Psykologenes kunnskap om sinnslidelser ble således benyttet av allerede etablerte profesjoner. Dette innebærer at psykologenes profesjonalisering måtte skje i et praksisfelt som allerede var kontrollert enten helt eller delvis av etablerte profesjoner. Slik skjedde det også i USA, hvor psykologene først praktiserte i tverrfaglige team med pedagoger og psykiatere i den såkalt Child-guidance-bevegelsen rundt 1910-20. Denne hadde klinikker rundt om i USA hvor disse utøvet sitt virke, men under *medisinsk* jurisdiksjon. Det var altså leger som hadde kontrollen og ansvaret for driften. Psykologene var derfor underordnet, og hadde heller ikke noen mulighet til å legitimere krav gjennom ny kunnskap da også leger bidro til utviklene av denne og dessuten benyttet mye av denne kunnskapen.

I Norge begynte psykologene å praktisere rundt 1930, først å fremst ved testing og diagnostisering av problembarn, og som rådgivere i skolepsykologisk sammenheng (Hernes 1996:153). Når vi ser starten på denne virksomhet i sammenheng med psykiaternes innlemmelse av vergegårdsarbeidet som ble nevnt tidligere, så er det her en åpenbar kilde til jurisdiksjonell konflikt mellom disse to yrkesutøverne. Legene gjorde derfor krav på at all behandling av syke var et *medisinsk anliggende*, mens psykoanalytikerne hevdet at psykoanalysen og anvendelsen av denne skulle ligge under *psykologisk jurisdiksjon*. Dette er vesentlig fordi den som har det overordnede ansvaret også avgjør hvilken behandlingsmetode som blir brukt. Dersom dette er en lege med overvekt på medisinsk ekspertise er det sannsynlig at en medisinsk behandling blir valgt fremfor en psykoanalytisk, under ellers like vilkår.

3.27 *Psykologene i profesjonskamp om rett til praksis*

Psykologenes oppgave var nå å skaffe seg rett til å utøve en praksis basert på et kunnskapsfelt *de selv administrerte*. Det ble dannet to foreninger: Psykologisk forening i 1934 og Norsk-dansk psykoanalytisk forening samme år. Disse krevde overfor myndighetene en regulering av psykoanalytisk praksis med autorisasjonsbestemmelser slik at psykologene kunne få sanksjonere over "kvakksalverpsykologer". (En tilsvarende lov som legene hadde fra 1500-tallet som diskutert tidligere.) En slik ordning ble til, men autorisasjonsbestemmelsene kom til å bli *kontrollert av leger* da det ble Det medisinske fakultet som skulle utarbeide innstillingene for psykoanalytisk praksis. På den måten behold legene kontrollen over den intellektuelle jurisdiksjonen på området. Dette skiller psykologenes profesjonalisering litt fra legenes, legene som heller ikke fra begynnelsen utarbeidet autorisasjonsbestemmelsene for deres praksis (det var Staten som gjorde det); det spesielle her er at psykologprofesjonen som ønsket å vinne rett til praksis og klientgrupper, har som sin oppponent til å definere sine oppgaver og oppgaveområde. Dette er nøyaktig det samme som skjedde med håndverkskirurgene som måtte få godkjent sin praksis av en lege. Denne underordningen er også den samme som ved Child-guideance-bevegelsen i USA fra 20-30 åra.

Et avgjørende utviklingstrekk i psykologenes profesjonalisering skjedde etter 2. verdenskrig. Psykologenes profesjonelle styrke ville på et nivå også øke ved *rent antall* ettersom stadig flere tok mastergraden. Frem til krigen var det kun 60-70 som studerte psykologi, mens det i 1947-48 var nærmere 200 personer. Psykologiforening gikk aktivt inn for å få etablert en egen profesjonsutdanning og fikk støtte fra Forsvarets overkommando, og Arbeidsdirektoratet. Forsvaret så behovet for psykologisk kompetanse i utvelgelse og rehabilitering av personell (Hernes, 1996). Alt som kunne oppfattes som argumenter for en egen profesjonsutdannelse i psykologi ble tatt i bruk. Alt fra at psykologene kunne løse en rekke sosiale problemer innfor ulike sektorer som skole, fengsel, vergeråd, psykiatriske institusjoner etc. til at det økende antall studenter gjorde det nødvendig med utdannet personell til å undervise. Lov om eksamen i psykologi ved Universitetet i Oslo ble vedtatt i 1948, men det var fremdeles få muligheter for psykologisk arbeid.

Her skiller psykologene seg fra legene i deres profesjonaliseringsprosess på et viktig punkt, nemlig det at det ble satset hard på å få utdannet svært mange psykologer raskt. Det

gjorde selvsagt at det ble *lett tilgang på psykologisk ekspertise*, noe som mettet markedet og øvet press på prisene og muligheten til bedre inntekt. Men på dette stadiet gjorde de mange psykologene sitt til at det ble øvet et press mot legenes *virkeområde, deres jurisdiksjon*. Dersom psykologene kunne brukes til testing av innrullerte ved sesjon i militæret, og psykologer var billigere arbeidskraft, så var det rasjonelt for Forsvarets overkommando å støtte psykologene i å opprette en egen utdanning. I en slik situasjon med mye tilgjengelig arbeidskraft vil profesjonen ønske å utvide sitt praksisområde til å innbefatte andre profesjoners område, ikke bare det medisinske området.

3.28 *Psykologene i profesjonskamp over klientgrupper*²⁵

De første stedene hvor en jurisdiksjonell kontroll over arbeidet ble opparbeidet for psykologene var i barnevernet. Det var to barnevernsreformer på 50-tallet som definerte psykologenes rolle i dette arbeidet gjennom Barnvernskomiteens innstilling i 1951 og Utvalget for psykisk barnevern i 1956. Barnevernet syntes å være det letteste stedet å vinne jurisdiksjonell terreng da det var et underprioritert område med mange uløste oppgaver og flere potensielle yrkesgrupper som stod klare for å kapre det de kunne av tjenesteytelser. De mest sentrale aktørtypene var leger, psykologer og pedagoger, og disse stod alle i konflikt med hverandre på den måten at deres profesjonaliseringsstrategier angikk hverandres problemfelt og praksisområde (Hernes, 1996). Dette ble tydeliggjort da Utvalget for psykisk barnevern i innstillingen også uttrykte stort behov for skolepsykologiske kontorer, barnepsykiatriske avdelinger, behandlingshjem og andre barnvernsinstitusjoner med tilknyttet faglig ekspertise. I hovedsak ble denne delen av psykologenes profesjonalisering, en kamp om avklaring av deres jurisdiksjonelle grenser i forhold til skolepedagogene og den nyopprettede gruppen barnevernspedagoger. Hovedsaken var å avklare psykologenes rolle innenfor skolesektoren hvor pedagogene ikke ville slippe sine egne muligheter for spesialisering, samtidig som psykologene hadde behov for et fotfeste som praktiserende eksperter.

Dette er og et scenario som understreker hvor sammensatt forholdet mellom profesjonsdannelse og lønnsdannelse er. Det er på dette punktet klart at en av disse gruppene,

²⁵ Dette avsnittet bygger på Hernes, 1996 i Erichsen 1996, kap.7.

særlig de underordnede psykologene og pedagogene, kunne prise seg ut i kampen om denne klientgruppen, da det var Staten, i egenskap av utvalg og Storting, som utredet, innstilte, vedtok og betalte.

3.29 Profesjonskamp over jurisdiksjon for praksis.

Leger og psykologer stod mot hverandre i synet på hvem som skulle ha behandlingsrett over ulike grupper, men også over ulike symptomer. Det var en kamp om hva som var de beste behandlingsmetodene. Det er med andre ord sammenhengen mellom diagnose, behandling og teori som skulle demonstreres for å vinne kontroll over praksisfeltet. Særlig behandling av nevroser ble det kjempet hardt om da begge leiere hevdet at de hadde de beste behandlingsmetodene. Men legene forsøkte også å argumentere for monopol på nevrosebehandling rent prinsipielt ut i fra at de skulle ha monopol på *all* behandling i kraft av å ha det overordnede juridiske ansvar for pasientbehandling. Sykdommen og den profesjonen som måtte ha den *intellektuelle jurisdiksjonen* over sykdommen, altså den teoritiske forståelsen for den, var derfor ikke viktig ut fra et slikt argument. Legene forsøkte derfor å gjøre psykologenes argument om behandlingsrett irrelevant ved å anlegge et juridisk-administrativt perspektiv. Atter en annen strategi var å spesialisere feltet, noe som resulterte i opprettelsen av et eget medisinsk spesialområde, barnepsykiatrien. Dette var trolig også en reaksjon på psykologenes ekspansjon på det barnepsykoterapeutiske feltet, som diskutert i forrige avsnitt. Det ble etter hvert behov for å konsolidere de ulike oppfatningene i et kompromiss som var å leve med, og Helsedirektorat tok initiativ til å utforme en lov som skulle regulere de tilstøtende profesjoners praksis innen psykisk helsevern. Helsedirektorat var av den oppfatning at *psykiske problemer hadde komplekse årsaker* og det var nødvendig at flere yrkesgrupper med ekspertise på området jobbet sammen (Hernes, 1996). Psykologene hadde vunnet frem med argumenter som hvilte på deres akademiske kunnskap. Som forutsatt av Abbott er det nødvendig med troverdig akademisk kunnskap. Legenes juridisk-administrative mottrekk kan også tyde på en delvis seier for psykologene.

En komité bestående av leger og psykologer utarbeidet et kompromiss som ble lagt frem i 1955, og var grunnlaget for institusjonaliseringen av den kliniske psykologien. Gjennom dette forslaget fikk psykologene rett til diagnostisering og en begrenset adgang til terapeutisk behandling, slik at et nytt praksisfelt ble åpent for dem. Legene på sin side fikk

beholde kontrollen over behandlingen og tilgangen til praksis ved at psykologene først og fremst skulle knyttes til institusjoner som var underlagt medisinsk ledelse. Disse var psykiatriske institusjoner, barnpsykiatriske behandlingshjem, og lignende (Hernes 1996:164). Kompromisset var til større fordel for legene og psykiaterne enn for psykologene, men dette må sees i sammenheng med styrkeforskjellen på de to gruppene og at avtalen også var, for psykologenes del, et skritt i ønsket retning i henhold til en lengre profesjonsstrategi. Særlig det at psykologene nå jobber i legenes praksisfelt, i institusjoner legene styrer, baner vei for samme type profesjonssammensmelting som håndverkskirurgene gjennomførte.

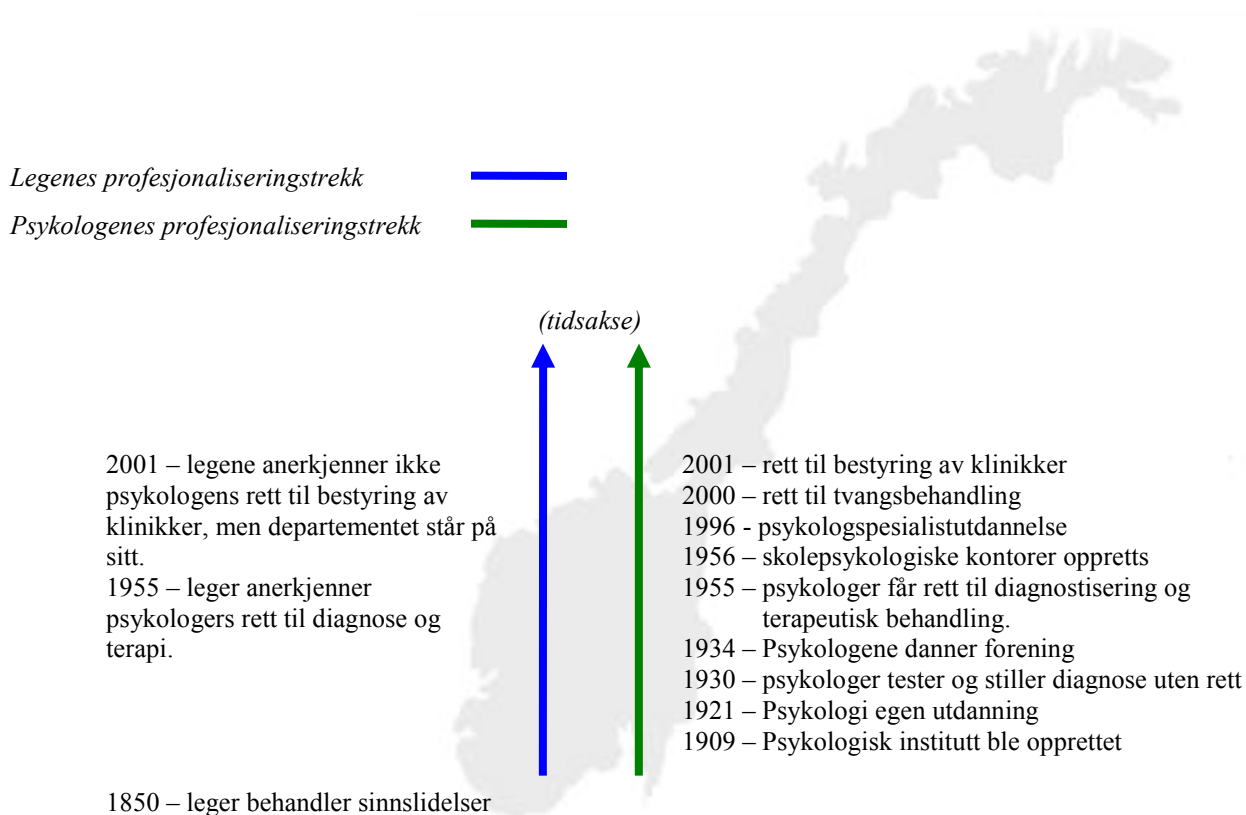
3.30 *Empiriske konsekvenser av profesjonsteori*

Som den foregående historiske redegjørelsen har vist, har legene opparbeidet en sentral posisjon i statsapparatet. Den profesjonelle medisinske ekspertise har hatt en helt sentral rolle i utformingen og gjennomføringen av politiske tiltak (Erichsen 1996:23). Dette må sees i sammenheng med det Erichsen kaller for den sykehussentrerte helsetjenesten (Erichsen 1996:20). Ressursene kanaliseres gjennom sykehusene, hvor legene har en dominant posisjon, og det er dessuten legeprofesjonen som i *sterk grad har medvirket til bevillingene og bevillingsstrukturen*. I løpet av 80-årene har denne sentreringen imidlertid blitt dempet.

Vi kan si at psykologene fremdeles er i en underordnet situasjon i forhold til leger, selv om deres formelle retter er utvidet. Det kommer av at det er relativt god tilgang på psykologisk ekspertise, og at det fremdeles er en legevitenskapelig kontrollert struktur som psykologene i stor grad forholder seg til. Dette gjør at psykologene er i en dårligere posisjon til å stille krav i forhold til egen arbeidssituasjon på de områder de konkurrerer med leger.

I 1996 ble det også opprettet en ny stillingskode for psykologer som ble kalt *psykologspesialist*. Dette innebar en anerkjennelse av spesialistutdanningen hos psykologer og etablerte et nytt nivå i stillings- og lønns hierarkiet. Etter at denne stillingsbetegnelse ble opprettet oppstod det en stor etterspørsel etter psykologspesialister, og det kan ventes at dette på sikt vil bedre inntektsgrunnlaget for psykologene. Dette er helt i tråd med det vi har sett i den tidligere profesjonaliseringsprosessen håndverkskirurgene hadde, og er således et av de siste fasene i profesjonssammensmeltingen. Som følge av den utvidede utdannelsen til psykologene kan det ventes at den intellektuelle jurisdiksjonen utvides, og en ytterligere

assimilering med legenes praksisfelt finner sted. En mulig utvidelse av jurisdiksjonen kan være rett til utskriving av medisiner. Det vil medføre et stort skritt mot full likestilling. Figuren under oppsummerer en del sentrale trekk ved psykologenes profesjonalisering innen psykisk helsevern. Kontrasten til tidligere figur illustrerer et annet poeng, nemlig det at det ikke har skjedd noen sammensmelting av de faglig forskjellige ekspertiseområdene psykiatri og psykologi.



Figur 3-2. Kronologisk oversikt over profesjonaliseringstrekk i psykisk helsevern.

(Årstallenes plassering på kartet er uten betydning. Linjene representerer kun den kronologiske rekkefølgen av begivenheter i legenes og psykologenes profesjonalisering med relevans til psykisk helsevern.)

Styringsstrukturen på klinikkene, at medisinsk utdannende overleger hadde den formelle bestyrerrollen, ble ikke endret før i 2001 og fant derfor sted etter innsamlingen av data som er brukt i denne undersøkelsen. Det samme gjelder retten til tvangsbehandling som kom i 2000. Det har likevel vært en formidabel profesjonaliseringsprosess i løpet av kort tid for

psykologenes del, slik at effektene likevel er til stede når vi ser på dette som en fortløpende prosess drevet frem *workplace assimilation*. Den juridiksjonelle utvidelsen kan leses som milepæler i et profesjonaliseringsløp. Samtidig med denne profesjonaliseringsprosessen har det vært ulike individuelle tilpasningsstrategier blant psykologene for å øke deres autonomi i arbeidet, for å finne mulige karriereveier og for å unndra seg legenes kommandostruktur. Et eksempel som viser en slik utvikling finnes i en undersøkelse fra 1990 av Bleiklie (1990). Der viser han til at psykologene i et psykoterapeutisk behandlingssenter for rusmisbrukere fulgte tilpasningsstrategier hvor de beveget seg fra terapi til teori, altså fra pasientbehandling til forskning, eller fra gruppeterapi til individualterapi (Bleiklie 1996:192, n25:195). Dette er helt klart autonomi-motiverte strategier som går på bekostning av den økonomisk sett beste profesjonsstrategien som er å oppnå likestilling med legene. Her blir det mer en strategi for økt intellektuell juridiksjon og klientdifferensiering. (jfr. Abbott). Jeg undersøkte effekten på inntekt som dette fenomenet hadde, og fant at det ikke var noen signifikant effekt²⁶.

Det at profesjonaliseringen i psykologien og utvidelsen av denne vis-à-vis legene har vært mest intens fra 90-tallet og til nå, gjør de inntektsdata jeg har tilgjengelig ekstra egnede. Ut ifra den profesjonshistoriske gjennomgangen hvor vi har benyttet Abbotts skjema for profesjonsanalyse, har vi gode teoretiske holdepunkter for å hevde at psykologene står overfor samme profesjonseffekter som håndverkskirurgene gjorde, og at det foregår en profesjonssammensmelting. Det er flere profesjonsteoretiske grunner til å forvente at inntektene til psykologene som en følge av dette vil øke slik at den blir mer lik legenes.²⁷ Dette har med at ansvarsfordelingen og karrierestigene blir likere, det andre har med at leger og psykologer vil jobbe mer sammen og mer likere oppgaver. Inntektsforskjeller på 10-tusener av kroner vil skape en vanskelig arbeidssituasjon, samtidig som at arbeidsgiverne vil satse mer på den billigste arbeidskraften. Denne effekten vil bli tydeligere når alle ansvarsnivåer blir tilgjengelige for psykologer, og når arbeidsplass assimilasjonen tiltar.

²⁶ Jeg gikk igjennom data for de som bytter roller i psykiatrien basert på skifte av bedriftskode, men innenfor næringskoder i psykisk helse. Jeg fant ikke noen positiv sammenheng mellom jobbskifte og inntekt for psykologene. Dette kan bety at noen ønsker å bytte jobb pga autonomi (jfr. Bleiklie), eller at stillingsstrukturen mangler nivåer som muliggjør en karrierevei for psykologer innen næringskodene knyttet til psykisk helsevern. Se appendiks, for disse undersøkelsene.

²⁷ Profesjonsteorien gir også gode argumenter for at den underordnede profesjon tjener mindre enn den dominante. Dette er trivielt, og den samme empiriske konsekvensen fant vi også i økonomisk-sosiologisk teori tidligere i avhandlingen.

Samtidig med dette foregår det styrking av den intellektuelle jurisdiksjonen. Psykologenes ekspertise vil økes på arbeidsområde og utvidelsen av deres jurisdiksjon innebærer en assimilasjon som gjør dem mindre atskilt for prinsipalen som betaler for arbeidet. Dette trekket førte til den endelige sammensmeltingen for håndverkkirurgene, og kan således for psykologene føre til delt jurisdiksjon og likestilling, økt assimilasjon eller begge deler. Alle de profesjonsteoretiske mekanismene, når de benyttes på den profesjonshistoriske redegjørelsen, peker i retning av én empirisk konsekvens. Profesjonsteori har som empirisk konsekvens at psykologene vil nærme seg legene inntektsmessig. Det er med andre ord den motsatte hypotesen som den vi kom frem til økonomisk-sosiologisk teori.

For å oppsummere de empiriske konsekvensene som er funnet har vi følgende tabell. Her er også tatt med de mer trivielle hypotesene som ikke er motsatser, men som vi likevel kommer til å teste i analysedelen. Uthevet er motsatsene.

Tabell 3-1. Empiriske konsekvenser av teoriene.

TEORI	EMPIRISKE KONSEKVENSER AV TEORI
Profesjonsteori	Legene har høyere inntekt enn psykologene.
	Psykologenes inntekt øker.
	Psykologenes inntekt øker mer enn legenes
Økonomisk-sosiologisk teori	Legene har høyere inntekt enn psykologene.
	Legenes inntekt øker.
	Legenes inntekt øker mer enn psykologenes.
	Legenes lønnsutvikling foregår i steg, mens hos psykologene gradvis.

4 Kvantitative data og kvantitativ metode

I det foregående har det historiske grunnlaget og den teoretiske tilnærmingen i studien blir redegjort for. I det følgende skal jeg redegjøre for egenskaper ved data som benyttes i analysene, den kvantitative tilnærmingen i studien, om metoden og dens svakheter, og om metoden passer til de data som benyttes.

4.1 Om datamaterialet

Denne studien benytter seg av registerdata fra Statistisk Sentralbyrå levert til prosjektet ”Høyere utdanning: Rekruttering finansiering og resultater”²⁸ ved Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi ved Universitetet i Oslo. Basis for registerdataene er data fra Universitetene i Oslo, Tromsø og Bergen, inntektsregisteret og folketellingene fra 1970 og 1980.

Datasettet er egnet til bruk for å studere utviklingen i ulike former for inntekt og også karriereutviklingen i ønskede grupper. På bakgrunn av det opprinnelige datamaterialet, har jeg laget et datasett med opplysninger for hvert enkelt år i perioden 1993 til 1998 for å tilrettelegge for paneldataanalyse. Undersøkelsesenheterne i datasettet er kvinner og menn med cand.med. og cand.psychol. utdannet ved universitetene i Oslo, Bergen og Tromsø i perioden 1980 til 1997. Alle kandidatene fra universitetene i Oslo, Bergen og Tromsø er med i utvalget. På Universitetet i Trondheim, tidligere NTH og AVH, var det ikke på undersøkelsestidspunktene mulig å ta disse eksamenene. Til bruk for analysene har det blitt benyttet analyseverktøyet SPSS som er et relativt godt kjent analyseverktøy spesielt designet for samfunnsvitenskapene, og for enkelte analyser er det benyttet STATA som gir større rom for modellspesifikasjoner.

4.2 Om datas struktur og observasjonsenheter

I analysene av utviklingen i inntekt fra 1993-98 mellom leger og psykologer, og mobilitet 1989-98, benyttes det en blanding av tverrsnittsdata og tidsseriedata. Dette kalles ofte *pooled data*, og det er en spesiell struktur av denne type data som benyttes. Denne strukturen kalles

²⁸ Prosjektnr: 120614/510

paneldatastruktur, hvor de samme tverrsnittene observeres over tid. (Gujarati, 1995:23-24). Jeg har benyttet en teknikk hvor jeg har utarbeidet dummyvariabler for hvert enkelt år hvor de samme undersøkelsesenheterne er representert årlig i form av årlige observasjoner. Disse observasjonene kalles *personår*. Panelstrukturen har en rekke metodologiske implikasjoner som jeg kommer tilbake til senere i kapitlet. Under har jeg skissert hvordan panelstrukturen er forskjellig fra tidsseriestruktur gitt de samme data.

Tabell 4-1. Tabell over forskjellen på tidsseriedatastruktur og paneldatastruktur

Tidsseriedatastruktur	Paneldatastruktur
$\begin{bmatrix} \textit{Person} & 1 & v_1 & v_2 & v_3 & v_x & v_y & \cdots & v_n \\ \textit{Person} & 2 & v_1 & v_2 & v_3 & v_x & v_y & \cdots & v_n \\ \textit{Person} & 3 & v_1 & v_2 & v_3 & v_x & v_y & \cdots & v_n \\ \vdots & & \vdots & \vdots & \vdots & \vdots & \vdots & & \vdots \\ \textit{Person} & n & v_1 & v_2 & v_3 & v_x & v_y & \cdots & v_n \end{bmatrix}$	$\begin{bmatrix} \textit{Person} & 1_{v_1} & v_x & v_y & \cdots & v_n \\ \textit{Person} & 1_{v_2} & v_x & v_y & \cdots & v_n \\ \textit{Person} & 1_{v_3} & v_x & v_y & \cdots & v_n \\ \textit{Person} & 2_{v_1} & v_x & v_y & \cdots & v_n \\ \textit{Person} & 2_{v_2} & v_x & v_y & \cdots & v_n \\ \textit{Person} & 2_{v_3} & v_x & v_y & \cdots & v_n \\ \vdots & & \vdots & \vdots & & \vdots \\ \textit{Person} & n_{v_1} & v_x & v_y & \cdots & v_n \\ \textit{Person} & n_{v_2} & v_x & v_y & \cdots & v_n \\ \textit{Person} & n_{v_3} & v_x & v_y & \cdots & v_n \end{bmatrix}$

Variablene v_1 , v_2 og v_3 angir tidspunkter, v_x og v_y angir andre variabler. v_n angir de n -te variablene i matrisen.

Et sett med en persons årlige observasjoner kalles et *panel*. I eksempelet over er panelene balanserte på den måten at alle personene er representert 3 ganger. Den typiske situasjonen i empiriske studier er imidlertid at vi ikke har alle observasjonene, datasettet er da ubalansert. Datastrukturen endres dersom vi ikke har alle de årlige observasjonene for en person. I vårt tilfelle kan dette være at en person ikke ble utdannet før i år 2, og følgelig vil det ikke være data på denne personen i år 1. Dette fører til *ubalanserte panel* (Baltagi 2001:159). Det kan også være at vi har valgt å utelate enkelte årlige observasjoner på grunnlag av utvalget vi har bestemt oss for, eller at vi mangler informasjon om et år. Disse vil fremstå som manglende observasjoner uten kodet verdi. I vårt materiale vil eksempelvis de som ikke jobber i psykisk helsevern et år, ikke være med i analysen for dette året. Strukturen på data blir da ubalansert med manglende observasjoner. Tabellen under illustrerer forskjellen i datastrukturen:

Balanserte paneldata

$$\begin{bmatrix} \text{Person } 1_{v_1} & v_x & v_y & \cdots & v_n \\ \text{Person } 1_{v_2} & v_x & v_y & \cdots & v_n \\ \text{Person } 1_{v_3} & v_x & v_y & \cdots & v_n \\ \text{Person } 2_{v_1} & v_x & v_y & \cdots & v_n \\ \text{Person } 2_{v_2} & v_x & v_y & \cdots & v_n \\ \text{Person } 2_{v_3} & v_x & v_y & \cdots & v_n \\ \vdots & \vdots & \vdots & & \vdots \\ \text{Person } n_{v_1} & v_x & v_y & \cdots & v_n \\ \text{Person } n_{v_2} & v_x & v_y & \cdots & v_n \\ \text{Person } n_{v_3} & v_x & v_y & \cdots & v_n \end{bmatrix}$$

Ubalanserte paneldata

$$\begin{bmatrix} \text{Person } 1_{v_1} & v_x & v_y & \cdots & v_n \\ \text{Person } 1_{v_2} & v_x & v_y & \cdots & v_n \\ \text{Person } 1_{v_3} & v_x & v_y & \cdots & v_n \\ \text{Person } 2_{v_2} & v_x & v_y & \cdots & v_n \\ \text{Person } 3_{v_1} & v_x & v_y & \cdots & v_n \\ \text{Person } 3_{v_3} & v_x & v_y & \cdots & v_n \\ \vdots & \vdots & \vdots & & \vdots \\ \text{Person } n_{v_1} & v_x & v_y & \cdots & v_n \\ \text{Person } n_{v_2} & v_x & v_y & \cdots & v_n \\ \text{Person } n_{v_3} & v_x & v_y & \cdots & v_n \end{bmatrix}$$

I den balanserte matrisen til venstre opptrer alle personårene like mange ganger i hvert panel, i matrisen med ubalanserte panel til høyre finner vi at de to første panelene er ubalanserte (person 1 og 2), mens det tredje panelet (Person 3) mangler observasjon for v_2 .

For å oppsummere har vi altså et utgangspunkt i et datasett med personer som har cand.psychol. og cand.med. Fra disse har jeg konstruert ett nytt datasett med *personår* som undersøkelsesenheter i henhold til beskrivelsen i forrige avsnitt. Et personår er slik det fremgår av foregående illustrasjon, en observasjon av *en person ett år*. Samme person et annet år er et nytt personår og telles dermed som en ny observasjon. Et sett med en persons personår kalles for et *panel*. Denne tilordningen av data har en del metodologiske implikasjoner fordi det opprinnelige datasettet med personer danner grunnlag for flere undersøkelsesenheter i form av personår. Jeg vil komme tilbake til de metodologiske konsekvensene av dette senere.

4.3 Om variablene

Den avhengige variabelen er den variabel hvis verdi vi søker forklart ved hjelp av et sett forklaringsvariabler. I denne studien er den avhengige variabelen lønnsinntekt, næringsinntekt og aksjeinntekt, eventuelt kombinasjoner av disse størrelsene. Det blir presisert nærmere hva som er avhengig variabel i hver enkelt analyse. Disse variablene er alltid en kontinuerlig variabel på forholdstallsnivå. Variabelens minste verdi er satt til 0 kroner pr. definisjon, slik at negativ næringsinntekt settes til 0. De årlige kroneverdiene er kontrollert for prisstigningen ved hjelp av konsumprisindeksen. Verdiene på

inntektsvariablene, som i studien oppgives i 1998-kroner (KPI 1998=1), er hentet fra lønns- og trekkoppgaveregisteret.

Forklaringsvariablene er de variablene som vi tar med i en analyse for å se hvordan de varierer med verdiene på den avhengige variabelen. I denne studien er de vesentligste variablene kjønn, årstall, fag (medisin/psykologi), ansiennitet og mobilitet. Tabellen under summerer opp de viktigste egenskapene ved disse forklaringsvariablene. Eventuelle samspill mellom variablene og matematiske transformasjoner av variablene kommer i tillegg.

Tabell 4-2. Liste over forklaringsvariabler med beskrivelse og kommentarer.

Variabelnavn	Beskrivelse og kommentarer
Fag	<i>En dikotom variabel hvor de med cand.psychol. har verdien 0 og de med cand.med. har verdien 1.</i>
Kjønn	<i>Dikotom variabel hvor menn er gitt verdien 1 og kvinner verdien 0</i>
Årstall	<i>En kategorisk variabel som angir det aktuelle år. Årene har 18 verdier, og angir årene 1980-1998. Det må bemerkes her at det kun er data på inntekt fra årene 1993-1998. De øvrige årene blir i inntektsanalysene utelatt.</i>
Ansiennitet	<i>En kontinuerlig variabel på forholdstallsnivå, som angir antall år etter avlagt eksamen. Variabelen er konstruert ut i fra antall år fra avlagt eksamen. Personår med verdier under 1 er utlatt da disse ennå ikke har avlagt eksamen til cand.med. eller cand.psychol. Potensiell yrkeserfaring varierer fra 1 til 17 år. Det er flere ting å merke seg med denne variabelen. For det første måler den ikke hvor mange år en person har vært i arbeid, men antall år denne personen kan ha vært i arbeid. Videre blir ikke eventuelle avbrekk i arbeidsmarkedet grunnet for eksempel omsorgspermisjon fanget opp her. Som konsekvens av dette vil vi kunne anta at det er en forskjell på reell arbeidserfaring mellom menn og kvinner på bakgrunn av den ulike arbeidsdelingen i hjemmet vedrørende omsorg.</i>
Institusjonsbytte	<i>En dikotom variabel som angir om en person har byttet arbeidsplass til annen institusjon innen psykisk helsevern. 0 angir ingen bytter. 1 angir ett eller flere bytter.</i>

4.4 Om utvalget

Utvalget er gjort ut fra arbeidsmengde og *næringstilhørighet*. Arbeidsvariabelen atskilte to grupper ut i fra om de hadde 80 % *stilling* eller ikke. Jeg har valgt de som jobber 80 % eller

mer. Arbeidsmengden til vedkommende person varierer i virkeligheten, men ikke slik at den kommer under 80 % av heltidsarbeid på et år.

På variabelen for næringstilhørighet var det flere hundre verdier som hver anga den næring som en person arbeidet i. Jeg valgte ut de områder som jeg identifiserte som *områder i psykisk helsevern*²⁹. Disse personene kan ha ulike stillinger, men hovedjobben må være innen psykisk helsevern. På bakgrunn av disse kontantene kan vi derfor si at det bare er personer som jobber i minimum 80 % stilling innen et område i psykisk helsevern som er med i undersøkelsene.

4.5 Andre faktorer

Det er flere faktorer som kan tenkes å ha en effekt, men som ikke kan brukes i analysen på grunn av manglende data. En regresjonsbasert tilnærming er en forenkling. Vi antar at det finnes en mengde flere variabler enn de vi måler effekten av, men at disse i sum påvirker den avhengige variabelen helt tilfeldig uten systematiske variasjoner. Ett enkelt ledd i regresjonslikningen representerer alle disse variablene, og dette leddet kalles *restleddet*. Restleddet forutsettes som en variabel som ikke varierer systematisk med den avhengige variabelen, eller med forklaringsvariablene. Det forutsettes at effekten av restleddet er lik null, slik at vi kan se bort fra den i analysene³⁰. De viktigste variablene som vi ikke kan kontrollere for i analysen er *sektortilhørighet* og *overtidsarbeid*. Med sektortilhørighet menes offentlig eller privat sektor. Det er ofte store lønnforskjeller mellom disse sektorene, slik at dette er noe som må vurderes i fortolkningen av analysene. Med overtidsarbeidet menes lønnsarbeid utover normalarbeidstid. Med tanke på at utvalget i studien er bestemt ut i fra et kriterium på minimum 80 % stilling, er dette en betydelig forstyrrende faktor som må taes med i betraktning ved lesning av analyseresultatene.

I det følgende skal jeg sammenlikne noen grunnleggende grupper i enkle tabeller som tar for seg de mest sentrale variablene i studien.

²⁹ Utvalget er basert på næringskodene fra SSB. Utvalget er som følger: SSB-næringskoder for 1989-1994: 93360 psykiatriske helseinstitusjoner, 93361 psykiatriske sykehus, 93362 barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner, 93363 psykiatriske sykehjem, 93369 andre psykiatriske helseinstitusjoner, 93380 helseinstitusjoner for alkoholikere og narkomane. SSB-næringskoder for 1995-1998: 85116 psykiatriske sykehustjenester, 85117 barne- og ungdomspsykiatrisk behandling, 85118 psykiatriske sykehjemstjenester og ettervern, 85125 psykiatrisk poliklinisk behandling, 85126 barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinisk behandling, 85313 Heldøgns omsorg for rusmisbrukere.

³⁰ Restleddet forutsettes normalfordelt med et gjennomsnitt lik 0, og at spredningen er homoskedastisk.

4.6 **Kjønnsfordeling etter fag**

Som tidligere nevnt, er utvalget hentet fra alle som tok cand.med. eller cand.psychol. ved universitetene i Oslo, Bergen og Tromsø i perioden 1980 til 1997. I alt ble det ved disse institusjonene utdannet 1839 psykologer og 4805 leger i denne perioden. Av disse er det bare er de som jobber innen psykisk helsevern som er av interesse. Disse fordeler seg på følgende måte mellom leger, psykologer og kjønn:

Tabell 4-3. Krysstabell over fag og kjønn - personer

		Kjønn		Total
		Kvinne	Mann	
Fag	Psykologi	425	278	703
	Medisin	209	191	400
Total		634	469	1103

Når vi konverterer alle personene i utvalget til årlige personobservasjoner får vi et høyere antall enheter å analysere. Av disse er det altså kun de som jobber heltid innen psykisk helsevern som er av interesse. Perioden er videre begrenset til 1993-1998. Ikke alle jobbet innen psykisk helsevern i hele denne perioden. Personårene er derfor ikke representert like mange ganger for hver person (ubalanserte panel). Dette utvalget av personår fordeler seg på følgende måte over kjønn og fagtilhørighet.

Tabell 4-4. Krysstabell over fag og kjønn - personår

		Kjønn		Total
		Kvinne	Mann	
Fag	Psykologi	1130	798	1928
	Medisin	526	511	1037
Total		1656	1309	2965

Tester³¹ viser at denne fordelingen er signifikant forskjellig fra en statistisk uavhengig frekvensfordeling, men at sammenhengen er svak. Det er flere personårsobservasjoner av psykologer enn av leger. Dette til tross for at det var utdannet langt flere leger enn psykologer. Årsaken er selvsagt at av alle medisinske disipliner, vil de færreste legene falle inn under næringskodene for psykisk helsevern, som dessuten også har lav prestisje blant leger (Album 1991). At en større andel psykologer arbeider i psykisk helsevern er derimot ikke å undres over.

4.7 Fordelingen av lege- og psykologpersonår i psykisk helsevern

I 1994 endret SSB sine næringskoder. Mitt intervall for næringene er fra 1989 til 1998. Det innebærer at jeg har to forskjellige sett med næringskoder for dette intervallet. Jeg har derfor samordnet de ulike psykiatriske kodene³² til tre grupper. Disse kaller jeg primære psykiatriske tjenester, barne- og ungdomspsykiatriske tjenester og andre psykiatriske tjenester.

Det er flere psykologer enn leger i alle grenene av psykisk helsevern. Dette faktum er også interessant i et profesjonsteoretisk perspektiv. Når legene tjener mest, og det er 2 leger per psykolog³³, sier dette noe om psykologiens underordning. Også innen forhandlingsperspektivet får dette betydning siden det blir dyrere å gi et generelt tillegg til psykologene enn til legene.

³¹ En kji-kvadrattest viste en sammenheng mellom kjønn og fag, men en Goodman og Kruskal tau-test viste at denne sammenhengen var veldig svak ($\leq 0,006$).

³² På tidspunktet hvor data ble samlet inn var ikke *psykisk helsevern* et innarbeidet begrep, slik at næringskodene til SSB hadde medisinsentrerte navn, som barnepsykiatri i stedet for psykisk helsevern for barn etc.

³³ Det gjelder da de som ble utdannet etter 1981.

Tabell 4-5. Fordeling etter fagtilhørighet og område i psykisk helsevern

		Fag		Total
		Psykologi	Medisin	
Område i psykisk helsevern	Primære psykiatriske tjenester	1082	833	1915
	Barne- og ungdomspsykiatriske tjenester	473	164	637
	Andre psykiatriske tjenester	373	40	413
Total		1928	1037	2965

4.8 Fordelingen av menn og kvinner i psykisk helsevern

Vi kan også se hvordan kjønnsfordelingen i personår er over disse kategoriene av psykisk helsevern. Vi ser at begge kjønn er bra representert i alle områdene. Tester viser en signifikant skjevhet i fordelingen, men sammenhengen er veldig svak.

Tabell 4-6. Fordelingen av menn og kvinner i områder i psykisk helsevern

		Kjønn		Total
		Kvinne	Mann	
Områder i psykisk helsevern	Primære psykiatriske tjenester	1017	898	1915
	Barne- og ungdomspsykiatriske tjenester	441	196	637
	Andre psykiatriske tjenester	198	215	413
Total		1656	1309	2965

I neste kapittel skal vi se nærmere på hvordan ulike inntektsformer varierer i perioden 1993-1998 mellom leger og psykologer i psykisk helsevern.

4.9 Analysemetode

Analysemetoden som blir brukt er lineær regresjonsanalyse, *ordinary least squares* (OLS), og *generalized least squares* (GLS) hvor det taes hensyn til panelstrukturen i datamaterialet. GLS gir rom for modeller med spesifikasjoner for autokorrelasjon og heteroskedastisitet. Dette er relevante spesifikasjoner for avvik som kan forekomme, og som det må testes for. Autokorrelasjon er spesielt relevant da en endring i et personår kan være korrelert med endringen i påfølgende år, samtidig som at spredningen i restleddet kan variere for ulike verdier på noen av forklaringsvariablene (heteroskedastisitet).

4.10 Regresjonslikningen

Regresjonsmodellens matematiske uttrykk er gitt ved formelen (Gujarati, 1995:5, 22, 283):

Likning 4-1. Regresjonslikningen

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k + u$$

Her angir β konstanter eller parameterestimer, mens Y angir avhengig variabel og X 'ene angir forklaringsvariablene. u kalles restleddet og angir alle andre faktorer som ikke er spesifisert som egen variabel X_k i modellen. Vi forutsetter imidlertid at disse faktorene som ligger i u i sum påvirker Y like mye i begge retninger, slik at $u = 0$. Vi kan derfor forenkle uttrykket videre ved å utelate u . Jeg kommer tilbake til problemer angående restleddet u senere.

4.11 Referansegruppe

La oss si at Y angir gjennomsnittlig, mens X_I angir variabelen utdanning, slik at $Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + u$ hvor vi antar at $u = 0$. Personene kan ha en av to utdannelser – medisinsk eller psykologisk. Har personene medisinsk utdanning får X_I verdien 1. Har personene derimot psykologisk utdanning, får X_I verdien 0. Verdien av X_I varierer dermed etter hvilken utdanning undersøkelsesenheterne har. I de tilfellene hvor $X_I = 0$, hvilket er tilfellet når X_I angir psykologisk utdanning, vil likningen kunne forenkles til:

$$Y = \beta_0$$

Konstantleddet, gitt ved parameterestimatet β , vil alene angi gjennomsnittslønnen til psykologene. Vi kaller den gruppen som β angir gjennomsnittslønnen til for *referansegruppen*. Dette gjelder for alle regresjonslikninger i denne studien. Bidraget til Y fra de resterende leddene i regresjonslikningen kan derfor tolkes som endringer i forhold til referansegruppen.

4.12 Regresjonskoeffisienter

Regresjonslikningen gir oss muligheter til å kontrollere for andre variabler. I forfølgelsen av eksempelet over kan vi tenke oss at vi ønsker å kontrollere for kjønn og ansiennitet, samt samspill mellom utdanning og kjønn. Disse variablene kommer da inn i regresjonslikningen som nye ledd, henholdsvis X_2 for kjønn og X_3 for ansiennitet, og X_1X_2 for samspillet mellom utdanning og kjønn.:

$$Y = \beta_0 + \beta_1X_1 + \beta_2X_2 + \beta_3X_3 + \beta_4X_1X_2 + u$$

Med de tre variablene innføres også tre nye parameterestimer for disse variablene, henholdsvis regresjonskoeffisientene. Regresjonskoeffisienten forteller oss hvor mye Y øker når X_k øker med én enhet. I denne likningen har vi tre dikotome variabler (variabel som bare kan anta to verdier 0 og 1) og kontinuerlig variabel for ansiennitet, X_3 , som kan ha verdier fra 0 og oppover. Ved dikotome variabler kan man anse koeffisientene som et mål på ulikheten mellom gruppene.

I analysene som følger oppgir den avhengige variabelen inntekt i kroner. Vi kan da lese regresjonskoeffisientene til forklaringsvariablene som inntektsendringer i kroner i forhold til referansegruppen. Referansegruppens inntekt er lik konstantleddet i regresjonslikningen. Referansegruppen er nyutdannede, kvinnelige psykologer uten

ansiennitet³⁴. I analysekapitlet ser jeg på hvordan inntekt varierer mellom leger og psykologer innen psykisk helsevern.

4.13 Beregningen av koeffisientene.

Det er flere måter å beregne koeffisientene som angir sammenhengen mellom variablene. Jeg skal her skissere den vanligste metoden, forskjellen mellom den og alternative metoder, og begrunne mitt valg av metode.

Regresjonslikningen angir en lineær sammenheng mellom en avhengig variabel og dens forklaringsvariabler³⁵. Denne sammenhengen kan fremstilles grafisk som rett linje i et koordinatsystem. Det er stigningstallet til denne linjen som angir koeffisientene til den uavhengige variabelen. De fleste observasjonene vil ha et avvik (u_i) fra linjen $Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + u$. Problemet i metodevalget består i hvordan man skal forholde seg til restleddet u når man skal beregne denne linjen. Den vanligste metoden er metoden som er kjent som ”minste kvadratsums metode” (Gauss, 1823, 1897). Den består i at linjen er beregnet slik at summen, \sum , av kvadrerte avvik (u_i^2) fra linjen er minst mulig. Matematisk uttrykt ønsker vi at utregninger ved formelen under skal få så lav verdi som mulig (Gujarati, 1995:54):

Likning 4-2. Summen av kvadrerte avvik. OLS-regresjon.

$$\text{Summen av Kvadrerte Avvik} = \sum_{i=1}^N u_i^2 = \sum_{i=1}^N (Y_i - \beta_0 - \beta_1 \cdot X_i)^2$$

En stor fordel med denne metoden er at det er lett å forstå hvordan man regner ut regresjonskoeffisientene, noe som er en fordel for å få en følelse av hva som ligger bak koeffisientverdiene. Dersom vi angir gjennomsnittet av Y ved \bar{Y} og gjennomsnittet til X ved \bar{X} , så kan vi bestemme verdiene av parameterestimatene $\hat{\beta}_0$ og $\hat{\beta}_1$ ved formelen

³⁴ Dette gjelder også mobilitetsanalysene. Det er implisitt i det at man ikke har ansiennitet at man er i sin første jobb.

³⁵ Disse variablene kan i sin tur være variabler som angir styrken av ikke-lineære sammenhenger ved at variabler har blitt omkodet ved hjelp av funksjoner for ikke-lineære sammenhenger.

$\bar{Y} = \hat{\beta}_0 + \hat{\beta}_1 \cdot \bar{X}$. Jeg skal ikke gå nærmere inn på bevisføring her, men nøyer meg med å gjengi at koeffisienten $\hat{\beta}_1$ er gitt ved (Skog, 1997:222):

Likning 4-3. Formel for regresjonskoeffisientene.

$$\hat{\beta}_1 = \frac{\sum_{i=1}^N (X_i - \bar{X}) \cdot (Y_i - \bar{Y})}{\sum_{i=1}^N (X_i - \bar{X})^2}$$

og konstantleddet $\hat{\beta}_0$ er følgelig gitt ved: $\hat{\beta}_0 = \bar{Y} - \hat{\beta}_1 \cdot \bar{X}$. Når $\hat{\beta}_1$ er kjent ved foregående utregning, er det lett å regne ut konstantleddet $\hat{\beta}_0$.

En stor *ulempe* med denne metoden er selvsagt at observasjoner med *store* avvik (utliggere, eng. *outliers*) får forholdsmessig stor innvirkning på parameterestimatets verdi i forhold til andre observasjoner i matrisen som ligger nærmere regresjonslinjen (Kleiner et al. 1979:315). Grunnen til det er selvsagt det at *alle avvik blir kvadrert*. Avvikene har derfor en eksponentiell innvirkningskraft på beregningen av parameterestimatene. Dessuten blir alle enhetene også tillagt like mye vekt uavhengig av hvor ulik spredning det er på enhetene rundt regresjonslinjen. Vi ønsker ofte å tillegge mindre vekt på de enhetene hvor det er stor spredning, enn der hvor enhetene ligger tett. I denne studien er det vurdert 5 måter å løse disse problemene på dersom det skulle vise seg aktuelt.

1. Fjerning av utliggere. Observasjoner med stort avvik blir slettet fra datamaterialet.
2. Veide minste kvadratsums metode (WLS – *Weighted Least Squares*). Det defineres en vekt for observasjonenes avvik for å begrense utliggernes innflytelse på parameterestimatene.
3. Regresjon basert på minste sum av absolutte avvik³⁶ i stedet for kvadrerte avvik, ved kvartilregresjon (LQD – *Least quartile difference*). Dette løser problemet med at

³⁶ *Summen av absolutte avvik* = $\sum_{i=1}^N |u| = \sum_{i=1}^N |Y_i - \beta_0 - \beta_1 \cdot X_i|$

observasjonene har eksponentiell innflytelse på regresjonskoeffisientene dess lengre vekk fra regresjonslinjen de er.

4. Logaritmisk transformasjon. Reduserer vekten som tillegges utliggere.
5. Regresjon etter GLS-metoden (*Generalized least squares*³⁷) som i en viss grad løser problemene med utliggere og heteroskedastisitet³⁸, men er designet først og fremst for å vekte enhetene etter spredning rundt regresjonslinjen. Denne metoden bygger på OLS og ikke LQD.

Utliggere har ikke vært noe problem i analysene. Derfor har jeg valgt den lettest tilgjengelige metoden, som er minste kvadratsums metode (OLS), men benyttet alternativ 5 (GLS) som test for å undersøke effekten av ujevn spredning. Til GLS benyttet jeg programvaren STATA, og ikke SPSS som jeg ellers har benyttet.

4.14 Regresjonsmodellens forutsetninger.

Regresjonsmodellen hviler på en rekke forutsetninger, som at sammenhengene vi må være lineære, at restleddene (u_i) i sum er tilnærmet null, at variansen i restleddet er konstant eller homoskedastisk, at det ikke er autokorrelasjon i restleddet, at restleddet er normalfordelt, at restleddene er uavhengig av hverandre og at forklaringsvariablene ikke er eksakt korrelert med hverandre (multikolaritet³⁹). Jeg skal her kun ta for meg de forutsetningene som er problematiske for de følgende analyser.

4.15 Heteroskedastisitet

Et spesielt tilfelle av utliggerproblemet har med en annen forutsetning å gjøre, nemlig fravær av heteroskedastisitet. Som nevnt tidligere vil observasjoner som ligger langt fra

³⁷ Summen av generaliserte avvik = $\sum \left(\frac{\hat{u}_i}{\sigma_i} \right)^2 = \sum \left[\left(\frac{Y_i}{\sigma_i} \right) - \hat{\beta}_1 \left(\frac{X_{0i}}{\sigma_i} \right) - \hat{\beta}_2 \left(\frac{X_i}{\sigma_i} \right) \right]^2$ Hvor σ angir heteroskedastisk varians

(Gujarati 1995:362-3).

³⁸ Jeg kommer tilbake til dette senere i kapitlet.

³⁹ Fravær av multikolaritet er ikke en regneteknisk forutsetning, men det representerer ført og fremst et identifikasjonsproblem, og et spesifikasjonsproblem.

regresjonslikningen ha større innflytelse på koeffisientene enn de som ligger nærme. Særlig problematisk blir denne effekten dersom utliggerne befinner seg i de ytterste kvantiler, og frekvensen av observasjoner ellers er normalfordelt langs regresjonslinjen. Ved ikke-lineær omkoding vil disse uteliggerne ikke lenger være utliggerne, fordi de vil være nærmest alene om å påvirke regresjonslinjen og trekke den til seg. Men hvordan kan vi vite at sammenhengen er ikke-lineær og ikke at uteiggerne er spesielle tilfeller? Det kan vi ikke vite. Det skyldes at standardfeilen til estimatet egentlig varierer langs linjen. Men den standardfeilen vi vanligvis måler er den gjennomsnittlige standardfeilen langs hele linjen. Denne er gitt ved formelen (Skog 1998:274):

Likning 4-4. Formel for standardfeilen.

$$SE(\hat{b}) = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^N (Y_i - \tilde{Y}_i)^2}{(N - V_n) \cdot \sum_{i=1}^N (X_i - \bar{X})^2}}$$

Av foregående formel ser vi at standardfeilen baseres på summer av kvadrerte avvik ($Y_i - \tilde{Y}_i$), vi kan derfor anta at, hvis vi delte opp observasjonene i ulike segmenter langs en regresjonslinje og beregnet en linje for hvert segment med egne summer av kvadrerte avvik, så vil $SE(b)$ variere over segmentene. Dette fordi summene vil variere i ikke-deterministiske modeller som vi har i samfunnsvitenskapen. Når standardfeilen varierer langs linjen, skyldes det at observasjonene har ujevn utbredelse (den er heteroskedastisk), og derfor knyttes det større usikkerhet til det egentlige stigningstallet til kurven (regresjonskoeffisienten) der hvor utbredelsen er størst. Regresjonsmodellen forutsetter at observasjonene har lik utbredelse (homoskedastisk) slik at parameterestimatenes usikkerhet er tilnærmet konstant uansett hvor på regresjonslinjen man måler den. Dersom dette ikke er tilfellet må man vurdere å benytte andre analysemetoder enn regresjon ved minste kvadratsums metode (OLS).

Gitt panelstrukturen i datasettet må det kontrolleres for heteroskedastisitet mellom panelene, det vil si mellom personer, og ikke fra år til år for en person. Det er mindre sannsynlig at det store heteroskedastiske effekter innad i panelet, altså hos en persons årlige inntektsforskjeller. Der er det i stedet fare for autokorrelasjonseffekter, noe jeg skal ta opp i

neste punkt. Det er derfor teoretiske grunner til at det bør velges en metode som kontrollerer for heteroskedastisitet, og som samtidig tar hensyn til panelstrukturen i datamaterialet.

4.16 Autokorrelasjon

Autokorrelasjon vil si at verdien på en enhets avvik (u_i) er avhengig av forrige enhets avvik (u_{i-1}) i datasettet når dette er sortert etter paneler og for eksempel år. Et eksempel på en slik avhengighet er når verdien på en aksje øker en dag, er tendensen til at den øker også neste dag, dersom den minker en dag, vil den ha en tendens til å også minke påfølgende dag. Dette er såkalt positiv autokorrelasjon, man kan følgelig også ha negativ autokorrelasjon hvor økning etterfølges av minkning og motsatt. Positiv autokorrelasjon er imidlertid mest vanlig i finansielle studer som har med inntekt, aksjer og økonomi å gjøre.

Siden det benyttes longitudinelle data, utsettes analysen for mulige effekter av trender. Det er kontrollert for stigningen i konsumprisindeksen og for ansiennitet. Dette er variabler som endrer sin verdi over tid. Det kan være andre tidspåvirkede variabler som også påvirker analysene. Hvis en observasjons avvik ikke varierer tilfeldig med tiden, kan analysen være påvirket av autokorrelasjon. Det er en enda større fare for at autokorrelasjon påvirker longitudinalanalyser som bruker data med panelstruktur. En test som kalles *Durbin h* test⁴⁰, kan identifisere autokorrelasjonen i paneldata. Dersom Durbin h testen er signifikant, må det benyttes en regresjonsmodell som korrigerer for autokorrelasjon. Tar vi med konklusjonene fra forrige avsnitt så er det derfor teoretiske grunner til at det bør velges en metode som kontrollerer for heteroskedastisitet, og som samtidig tar hensyn til panelstrukturen i datamaterialet, og videre ikke kontrollerer for heteroskedastisitet innad i panelene, *men i stedet kontrollerer for den panelspesifikke autokorrelasjonen*.

4.17 Multikolaritet

Når to uavhengige variabler korrelerer kalles det multikolaritet eller bare kolaritet. Kolaritet oppstår når to (kolinære) variabler har en felles komponent som bidrar med lik informasjon. Kolaritet er ikke ønskelig fordi det vanskeliggjør beregningen av hvilken av

⁴⁰ Dette er en modifisert testen av den mer kjente Durbin-Watson testen for autokorrelasjon, men som dessverre er best egnet for små datasett med færre enn noen hundre enheter (Gujarati, 1995:605-9). I studiens analyse er det opp mot 3000 enheter i over 1100 paneler. I modeller som korrigerer for autokorrelasjon benyttes *Durbin's m* for å teste resterende første ordens autokorrelasjon, AR(1) (Gujarati, 2003:474). Denne testen var ikke tilgjengelig for mine analyser.

de to kolineære variablene som effekten på den avhengige variabelen skal tilskrives. Kolinearitet er derfor et identifikasjonsproblem (Skog 1998:274). Ved perfekt kolinearitet vil de fleste statistikkprogrammer sparke den ene variabelen ut av analysen. Dette problemet er relevant for mobilitetsanalysene.

Vi vet at bytte av institusjon er et annet fenomen enn ansiennitet teoretisk sett, og vi ønsker at modellen skal skille mellom disse to størrelsene. Hva konkret er det som skaper dette problemet? Et eksempel som kan tjene til å belyse problemet er den ekstreme situasjonen hvor alle bytter institusjon *hvert eneste år*. Da ville det ikke vært mulig å skille variablene ansiennitet og institusjonsbytte fra hverandre. For hvert år vil derfor alle ha et års høyere ansiennitet og jobbe i sin $n + 1$ institusjon. Jo større variasjon det er i mobilitetsratene, jo mindre indentifikasjonsproblem. Dessuten er det slik at jo kortere intervaller man har, jo nærmere kommer man denne uønskede ekstremtilstanden. Ved det minste intervallet (år til år + 1), ville det vært umulig med en slik analyse. For å minske problemet med kolinearitet har jeg valgt lengre intervaller på ansiennitet og mobilitet. Dette øker forskjellen i variasjonen mellom de to variablene, slik at de i større grad bidrar med ulik informasjon. Vi har dermed med personer med høy og lav ansiennitet, og personer som har byttet institusjon mye og lite. Slik blir det lettere for modellen å skille de teoretisk forskjellige størrelsene *ansiennitet* og *bytte av institusjon* fra hverandre. Ved et større intervall å måle bytte av institusjoner i, får man større variasjonsbredde på verdiene i variabelen, enn det ville gjort ved et kortere intervall. Muligheten for analyse avhenger i stor grad av intervallstørrelsen. Multikollinearitet er et generelt problem i longitudinale studier (Gujarati 2003:345), og det er derfor ikke så mye en svakhet som det er "*a fact of life*" (Leamer 1983:300-1).

4.18 *Kompleksitetskostnader - bruk av ikke-lineære sammenhenger og R^2*

Det er viktig å påvise sammenhenger i datamaterialet som man ønsker så godt som mulig å redegjøre for.. Vi har et mål på hvor godt dette er redegjort for gjennom størrelsen R^2 . Denne måler hvor stor andel av variasjonen i den avhengige variabelen som korrelerer med de uavhengige forklaringsvariablene. Målet beregnes ved å ta summen av kvadrerte avvik (som et mål på den variasjonen som ikke er forklart av regresjonslikningen), og deler på summen

av kvadrerte avvik fra gjennomsnittet \bar{Y} , fra den avhengige variabelen Y. Det gir formelen (Skog 1998:249,252):

Likning 4-5. Formel for forklart varians. R^2 .

$$R^2 \approx 1 - \frac{\sum_{i=1}^N (Y_i - \beta_0 - \beta_1 \cdot X_i)^2}{\sum_{i=1}^N (Y_i - \bar{Y})^2}$$

Jo høyere R^2 , jo større andel av variasjonen til den avhengige variabelen er forklart. Det er viktig å være klar over at å øke R^2 ved å modifisere modellen ikke er noe mål i seg selv. Slike oppfatninger vil typisk føre til modifikasjoner hvor man legger inn noen flere variabler uten at det finnes noen teoretisk begrunnelse for dette. Man har da oppdaget at disse ekstra variablene redegjør for mer av variasjonen i data, uten at man har noen teoretisk begrunnelse for fenomenet. Målet er ikke først og fremst å redegjøre for størst mulig andel av variasjonen i et gitt datasett, men å teste hypoteser. Idealet, slik jeg ser det, er dessuten at disse testene skal være så lett tilgjengelige for leseren som mulig. Dersom det er mulig å oppnå en større andel av forklart varians ved å øke kompleksiteten i modellen, uten at dette ikke rokker ved hypotesetesten eller er forsvart ved teoretiske drøftinger, skal den enkleste modell foretrekkes på bekostning av høyere andel forklart varians. Det er vanlig å måle om det er en signifikant økning i andelen forklart varians, altså om økningen av R^2 i seg selv er signifikant fra en modell til en annen. Mens det sjelden settes opp noe kriterium på forhånd om hvor mye av variansen som bør bli forklart for at modellen skal være ”god”. Jeg kommer tilbake til dette med forklart varians senere i kapitlet da spesielle faktorer i forhold til longitudinelle data virker inn R^2 .

4.19 Sammenheng

Jeg har nå gjennomgått relevante forhold ved regresjonstilnærmingen. De mest kritiske punktene i forhold til kommende analyser er de som har å gjøre med ekstreme enheter og trender, og deres innvirkning på estimatene og standardfeilen. Gjennom denne drøftingen har jeg kommet frem til en rimelig grunnmetode, minste kvadratsums metode (OLS), som

forsvarlig ut i fra de egenskaper datamaterialet har for de enkle analysene. Denne modellen vil videre modifieres for å korrigere for paneldatastrukturen og eventuelle effekter som bryter med regresjonslikningens forutsetninger. I disse analysene vil jeg derfor bruke regresjon etter GLS-metoden. Modifiseringen av GLS vil bestå av korreksjon av heteroskedastisitet mellom paneler og autokorrelasjon innad i paneler (foreslått i Kmenta 1986). Metoden som jeg velger for dette formålet er regresjon med heteroskedastisk-korrigerede standardfeil og panelspesifikke autokorrelasjoner⁴¹. Å gå inn på modelleringen av GLS (*Generalized Least Squares*) for denne modellen vil falle utenfor studiens avgrensning, og det er tilstrekkelig her å vite om den teoretiske begrunnelsen for bruk av denne metoden, hvilket var at det er en tendens til restleddet har ujevn spredning for ulike verdier på forklaringsvariablene (longitudinalstudier er ofte kilde til heteroskedastisitet), og at det er en tendens til autokorrelasjon i finansielle longitudinelle studier hvor inntekt kan være en av variablene. Alle analysene vil først bli gjort med OLS regresjonsanalyse, testet med GLS mot heteroskedastisitet og autokorrelasjon. Dersom disse testene er uten signifikans er OLS-regresjon tilstrekkelig og bare denne vil da bli presentert.⁴²

⁴¹ Det forutsettes *first lag* autokorrelasjon AR(1). Nyere forskning (Baltagi 2001:193) viser imidlertid til enda mer robuste metoder for de korrigeringene jeg har forsøkt her. Disse er imidlertid relativt utilgjengelig foreløpig, i alle fall hva statistiske programpakker angår, og krever derfor avansert kunnskap i programmering.

⁴² Jf, law of parsimony.

5 Analyser

I dette kapitlet presenter jeg analysene av lønnutviklingen til legene og psykologene i perioden 1993-1998. Jeg vil også se på inntektsutviklingen totalt. Det vil si *lønn i tillegg til annen inntekt*. Annen inntekt vil her si næringsinntekt og aksjeinntekt. Av disse størrelsene lager jeg tre inntektsvariabler: En variabel som angir *lønn*, en annen variabel som består av *lønn og næringsinntekt*, og en tredje variabel som består av *lønn, næringsinntekt og aksjeinntekt*.

5.1 Gjennomsnittsinntekt for leger og psykologer i psykisk helsevern 1993-1998

Først skal vi se på gjennomsnittforskjellene i samlet inntekt mellom leger og psykologer i perioden 1993-1998, hvor jeg har kontrollert for prisstigningen ved hjelp av konsumprisindeksen⁴³. Følgende tabell angir gjennomsnittlige inntekter totalt sett målt i 1998-kroner.

Tabell 5-1. Gjennomsnittlige inntekter i 1998-kroner. Perioden 1993-1998

Fag	Gj.snitt	N	Std. avvik
Psykologi	305045,27	1882	92977,28637
Medisin	487030,97	1008	159900,12989
Samlet	368519,87	2890	148545,17446

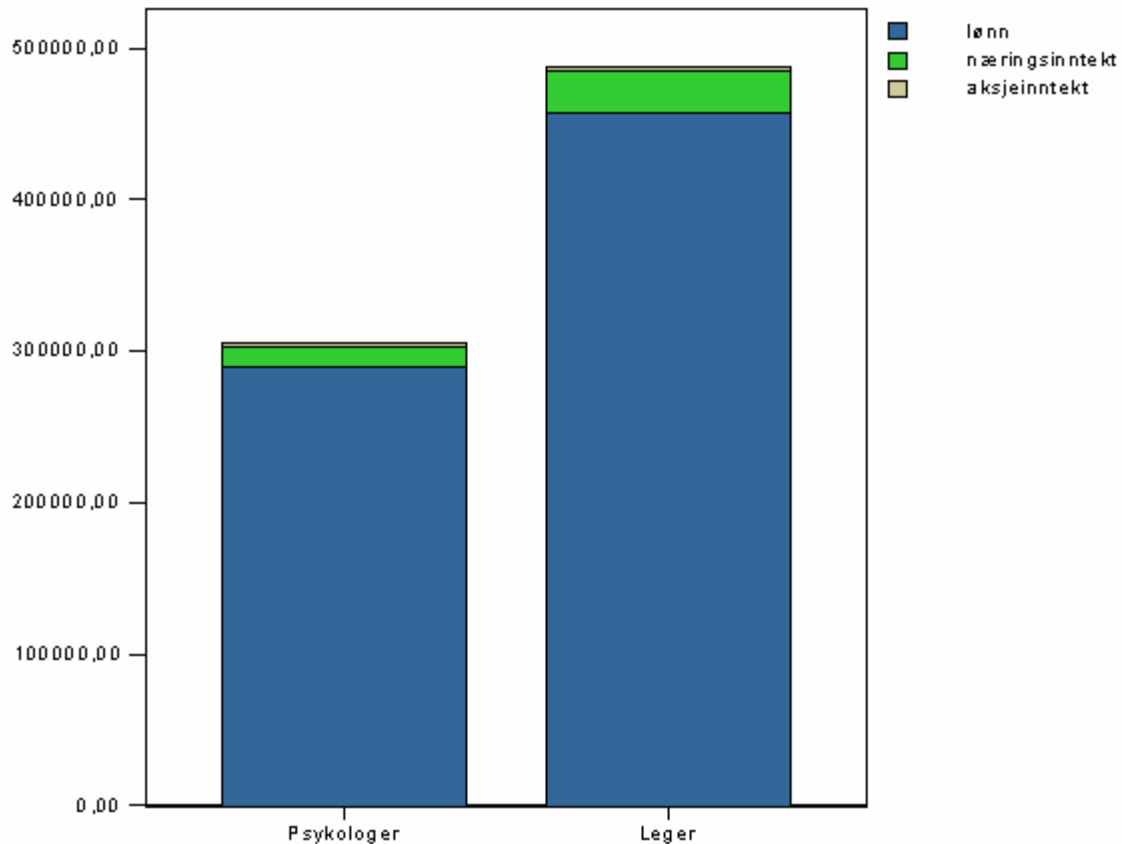
Kun inntekter fra årlige observasjoner mens personen jobbet i psykisk helsevern er med. Hver person er i snitt representert med 2,6 personår, maksimum 6 personår og minimum 1 personår. Antall personer er 1103.

I perioden 93-98 ser vi altså at forskjellen i gjennomsnittsinntekt for leger og psykologer, for de personårene som finnes innen psykisk helsevern, var over 180.000 kroner i gjennomsnitt i hele perioden. Det er en svært stor forskjell, og det er legene som har en langt høyere inntekt enn psykologene. Standardavviket er også svært høyt og det tyder på at det er store variasjoner i inntekt mellom leger og mellom psykologer. Vi må i det videre se på hvordan denne forskjellen arter seg. Den totale inntekten består av lønn, næringsinntekt og

⁴³ KPI: 1998=1

aksjeinntekt. Hvordan disse inntektene hver for seg bidrar til totalinntekten, kan vi se av følgende figur:

Figur 5-1. Lønn, næringsinntekt og aksjeinntekt fordelt på faglig tilhørighet. Gjennomsnitt 1993-1998.



Gjennomsnittlige inntekter for leger og psykologer i perioden 1993-1998 i 1998-kroner.

Av figuren ser vi at det er lønn som utgjør den største andelen av inntekten, men interessant nok har leger også høyere næringsinntekt. Andelen som aksjeinntekt utgjør for psykologer er knapt synlig i denne figuren, mens det ser ut til at leger har noe aksjeinntekt. Ved nærmere undersøkelser viser det seg at denne aksjeinntekten kun skyldtes noen få personers høye aksjeinntekt enkelte år, og når disse fjernes fra analysen så utgjør heller ikke andelen inntekt fra aksjer for leger noe synlig bidrag til den samlede inntekten. Av den grunn vil jeg ikke inkludere aksjeinntekt i de videre analysene, da aksjeinntekt bidrar marginalt til den totale

inntekten⁴⁴. *Samlet inntekt* vil heretter referere til summen av lønn og eventuell næringsinntekt. Men vi ser altså en klar forskjell mellom leger og psykologer, ikke bare i lønnsutmåling, men også i deres tilknytning til næringsinntekt. Både profesjonsteori og sosiologisk-økonomisk teori forutsa denne ulikheten, og er således et trivielt funn.

5.2 Analyser – samlet inntekt - modell 1

Vi har slått fast at det er legene som har høyest gjennomsnittsinntekt av de to gruppene. Den virkelige testen består i å finne ut hvilken av de to teoretiske tilnærmingene av profesjonsteori og økonomisk-sosiologisk teori som er best til å forklare inntektsutviklingen mellom leger og psykologer. Disse to teoretiske retningene hadde motsatte empiriske konsekvenser. Profesjonsteori har som konsekvens at psykologenes inntekt blir likere legenes, men økonomisk-sosiologisk teori har som konsekvens at forskjellene blir større. I modell 1 har jeg på enkleste måte undersøkt dette forholdet. Her har jeg sett hvordan gjennomsnittsinntektene for leger og psykologer endres fra 1993 til 1998. Det er også gjennomsnittlige endringer mellom årene som vises.

Tabell 5-2. Modell 1. Inntektsutviklingen over år avhengig av fagtilhørighet.

Modell 1	Ustandardiserte koeffisienter		t	Sig.
	B	Std. feil		
Konstant	285279,05	4536,901	62,880	,000
Leger	120027,08	7782,594	15,423	,000
År (1993=0)	6505,15	1367,762	4,756	,000
Samspill - leger * år	21598,99	2355,339	9,170	,000

Avhengig Variabel: Totalinntekt i 1998-kroner. N=2888. R² = 0,446.

Tabellen viser at legene i 1993 hadde en samlet realinntekt som lå 120 000 kroner høyere enn psykologene. Tabellen viser også at det er en forskjell i inntektsutviklingen. I gjennomsnitt

⁴⁴ Aksjeinntekt er dessuten problematisk fordi det ikke er noen direkte forbindelse til selve arbeidet og aksjeinntekten. Den eneste forbindelsen som kan trekkes er at de med mye penger har bedre råd til å løpe risiko i aksjemarkedet, men selv dette argumentet blir noe spekulativt i denne sammenhengen. En annen bemerkning til dette funnet er at spekulasjoner om legers tilknytning til legemiddelindustrien ikke gir seg noe utslag i at de har betydelige aksjeinntekter fra denne industrien, i og med at de ikke har noen aksjeinntekter av betydning overhodet.

har legene en inntektsøkning på over 21 600 kroner *mer* hvert år i forhold til psykologene. Inntektsforskjellen kommer da opp i et beløp som starter 120 000 fra 1993, og hvor det årlig legges til ca 21 600 kroner. Begge gruppene viser imidlertid en realinntektsvekst i perioden. Denne modellen viser bare at det er en forskjell i gjennomsnittlig inntektsutvikling. For å finne om denne differansen i inntektsutvikling skyldes et spesielt lønnsoppgjør slik kompleksitets- og konsolideringsspiralen sannsynliggjør, må det trekkes inn flere forklaringsvariabler og analysere inntektenes delkomponenter.

Av tidligere figur så vi at leger har mer næringsinntekt enn psykologer. Følgende tabell viser hvordan den årlige utviklingen for næringsinntekt har vært i perioden 1993-1998.

Tabell 5-3. Modell 1. Regresjonsanalyse over næringsinntekt 1993-1998

Modell 1	Ustandardiserte koeffisienter		t	Sig.
	B	Std. Feil		
Konstant	14705,95	2562,823	5,738	,000
Leger	22727,03	4396,263	5,170	,000
År (1993=0)	-447,90	772,627	-,580	,562
Samspill - fag * år	-3265,77	1330,494	-2,455	,014

Avhengig variabel: Næringsinntekt i 1998-kroner. N=2888. R² = 0.16

Leger har over 22 000 kroner mer i årlig næringsinntekt enn psykologer, mer en dobbelt så mye næringsinntekt som psykologer, men denne typen inntekt blir redusert i perioden for leger hvor den årlige nedgangen i næringsinntekt i perioden 93-98 er på over 3000 kroner pr år. Vi ser også at næringsinntekten ikke er av stor betydning i forhold til den samlede gjennomsnittlige realinntekten, verken for leger eller psykologer, og at den alene ikke forklarer mer enn 16 % av variasjonen i datamaterialet. Mange leger og psykologer har næringsinntekt som sin viktigste inntektskilde. Det er derfor et interessant funn at legenes næringsinntekt ser ut til å bli svekket såpass mye i perioden. Dette kan bety to ting. Det ene er at de med næringsinntekt velger å jobbe mer på tariffbasert lønn på sykehusene, det andre er at markedet har presset prisene ned. Det kan også forklare at psykologene ikke har noen signifikant økning i deres næringsinntekt.

Forrige tabell viste at utviklingen av den samlede realinntekten for leger har økt i perioden. På bakgrunn av analysene over samlet realinntekt, aksjeinntekt og næringsinntekt, konkluderes det med at økningen i den samlede realinntekten skyldes lønnsøkning alene. I det videre vil jeg derfor kun forholde meg til hvordan lønnsutviklingen (eksklusive aksje- og næringsinntekter) har vært for leger og psykologer, i og med at det er her vi finner de største forskjellene.

5.3 Analyser – lønn - modell 2

I den neste modellen skal vi derfor se på hvilke korrelasjoner det er mellom lønn og andre variabler. Det er rimelig å tro at det er ulik utvikling for også andre grupper enn bare mellom de faglige, og i første omgang skal vi konsentrere oss om noen variabler som kan tenkes virker inn i lønnutviklingen. Tidligere forskning har vist at det er ulik lønn mellom kvinner og menn. Kjønn som forklaringsvariabel må derfor inn i modellen. I en analyse som undersøker en utvikling over tid må det også kontrolleres for andre variabler hvor vi kan anta at verdiene varierer over tidsforløpet. Ansiennitet er en slik variabel, fordi vi antar at ansiennitet påvirker lønnsutmålingen over tid. Derfor må det kontrolleres for ansiennitet også. I modell 2 vil de uavhengige forklaringsvariablene være fag, kjønn, ansiennitet, samt dummyvariabler⁴⁵ for årene 1993-1998. Vil vi da kunne se om det er noen spesielle år som utmerker seg i forhold til økt lønnsvekst. Dette representeres i samspillet mellom fag og de ulike årene. De samspillsvariablene som er med, er de som viser samspillet mellom fag og kjønn, og mellom fag og de ulike år. En test for ulike samspill mellom år, kjønn og ansiennitet gav ubetydelige resultater. Disse samspillsvariablene er derfor utelatt fra modellen.

⁴⁵ Dummyvariabel er her en kontinuerlig variabel som er delt opp i flere dikotome variabler (variabel hvor enheten kun kan anta to mulige verdier).

Tabell 5-4. Modell 2. Regresjonsanalyse over lønn 1993-1998 avhengig av faglig tilhørighet.

Modell 2	Ustandardiserte Koeffisienter		t	Sig.
	B	Std. feil		
Konstant	227596,49 6	6196,809	36,728	,000
Fag (lege)	43524,573	11056,220	3,937	,000
Kjønn (mann)	16991,134	4120,836	4,123	,000
Samspill fag/kjønn	69695,654	6777,169	10,284	,000
Ansiennitet	5278,605	487,557	10,827	,000
Samspill – fag/Ansiennitet	3092,127	827,712	3,736	,000
1994	3516,005	7500,005	,469	,639
1995	1531,701	7633,014	,201	,841
1996	13574,317	7312,507	1,856	,063
1997	12647,575	7128,122	1,774	,076
1998	21491,879	6987,267	3,076	,002
Samspill fag * 1994	-10353,666	12814,057	-,808	,419
Samspill fag * 1995	-7080,310	12765,054	-,555	,579
Samspill fag * 1996	15313,699	12258,351	1,249	,212
Samspill fag * 1997	76126,731	12101,115	6,291	,000
Samspill fag * 1998	72306,145	12084,289	5,983	,000

Avhengig variabel: Lønn i 1998-kroner. N=2888. R² = 0,444.

I denne modellen får vi spesifisert hvor store forskjeller det er i lønn mellom leger og psykologer for hvert enkelt år, når det er kontrollert for ansiennitet og kjønn. I utgangspunktet, som er 1993, er det over 43 000 kroner forskjell i lønn mellom leger og psykologer når disse er kvinner. Når vi sammenlikner mellom menn blir forskjellen ytterligere 50 000 kroner større⁴⁶ og nærmer seg nesten 100 000 kroner i forskjell i årslønn. En forskjell som kun er basert på kjønn og faglig tilhørighet. Kjønn spiller dermed en stor rolle i lønnsdifferensieringen for leger og psykologer. Denne forskjellen øker også med ansiennitet, fordi leger får mer betalt for ansiennitet enn psykologene. Men funnet her er likevel ikke disse forskjellene. Funnet er at det ikke er jevn økning i forskjellene i lønn mellom leger og psykologer slik hypotesen fremsatte. Det er helt tydelig og markant hopp i lønn fra 1996 til 1997 hvor vi finner at forskjellen i lønn mellom leger og psykologer som

⁴⁶ Når man legger til samspillet mellom fag og kjønn på 69696 kroner og trekker fra tillegget for menn på 16991 kroner får vi en differanse på 52705 kroner. Denne kommer i tillegg til differansen på 43525 kroner og den totale differansen blir da 96230 kroner.

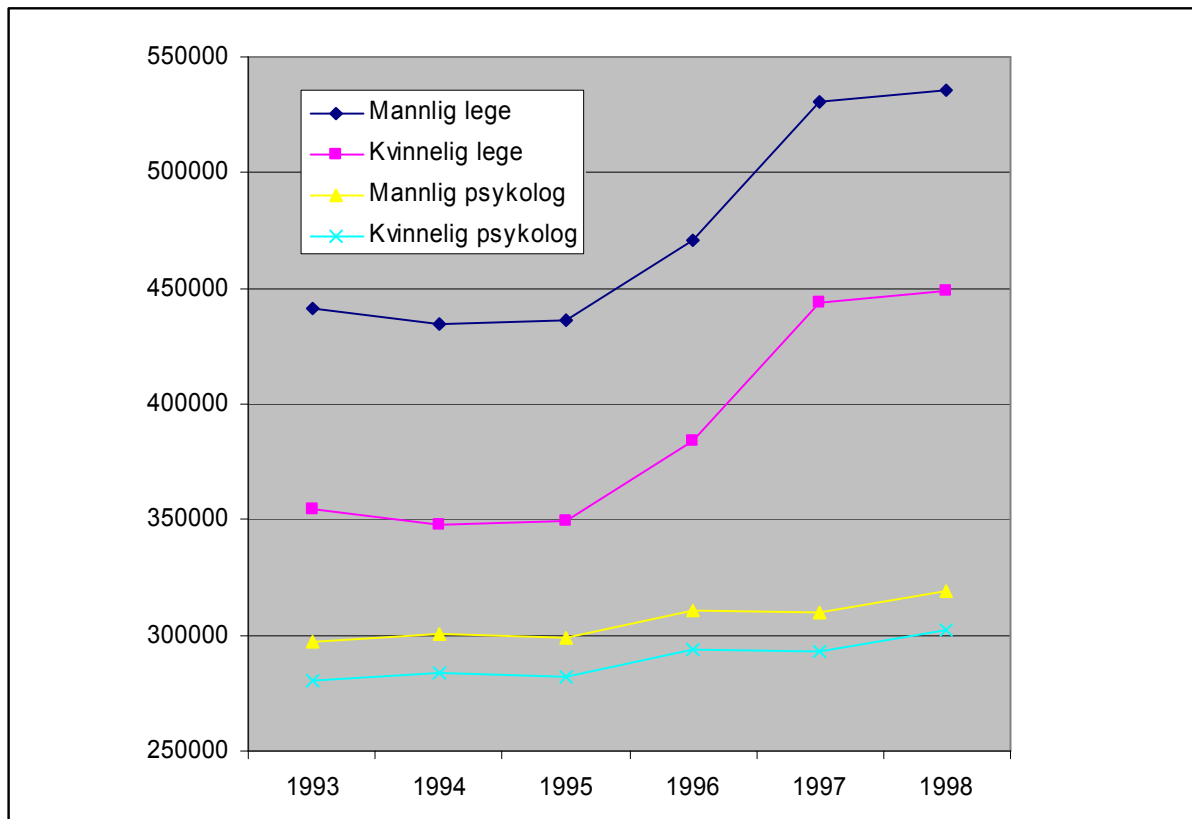
tilskrives årlige variasjoner kommer opp i over 76000 for 1997 og over 72 000 kroner for 1998. Dette er signifikante forskjeller som gjør at vi finner støtte for den økonomisk-sosiologiske modellen som forutsa nettopp disse empiriske konsekvensene. Denne utviklingen kommer tydelig frem i følgende grafiske fremstilling av lønnutviklingen til leger og psykologer. Denne fremstillingen er basert på ovennevnte regresjonsanalyse og her er det beregnet lønnutviklingskurvene for de som har 10 års ansiennitet. Følgende regresjonslikning er dermed lagt til grunn:

Likning 5-1. Regresjonslikning for lønn avhengig av fag, kjønn og år for de med 10 års ansiennitet

$$L_i = \beta_1 + \beta_2 FAG_i + \beta_3 KJØNN_i + \beta_4 (FAG_i \times KJØNN_i) + 10\beta_5 ANS_i + 10\beta_6 (ANS_i \times FAG_i) + \beta_7 \dot{A}R(n)_i + \beta_8 (FAG_i \times \dot{A}R(n)_i)$$

Regresjonslikningen gjør det mulig å regne ut gjennomsnittlønnen for de gruppene vi ønsker å sammenlikne. Disse gruppene er mannlige og kvinnelige leger, og mannlige og kvinnelig psykologer. Analysen viser at lønnsøkningen er dramatisk for legene. Dette mønsteret kommer tydelig frem i den grafiske figuren under.

Figur 5-2. Grafisk fremstilling av lønnsutvikling for leger og psykologer med 10 års ansiennitet.



Denne variasjonen kan bare forklares ved at noen av lønnsparameterne er endret. Disse parameterne består av avtalt lønn, arbeidsmengde og ulike tillegg. Parameterne henger også sammen slik at de påvirker hverandre. Eksempelvis vil høye overtidssatser føre til økt arbeidstid. I og med dette er det nærliggende å se på lønnsoppgjøret i 1996 som en viktig årsak til det store hoppet i lønn for leger mellom 1996 og 1997. Det er i lønnsoppgjørene at rammene for arbeidet bestemmes, særlig avtale om lønn, og tilleggssatser, men også regler for arbeidsmengde kan avtales spesielt her.

Forskjellen i lønn mellom menn og kvinner er også markant for legene, mens den er relativt liten for psykologene. Lønnsøkningen fra 1996 til 1997 for legene er likevel det som er det største funnet i disse analysene. Når det foreligger en så stor økning fra et år til et annet som vi her ser skyldes dette som nevnt lønnsoppgjøret i 1996. Lønnsoppgjøret i 1996 er tidligere diskutert og viste at dette oppgjøret hadde egenskaper som lå til rette for at kompleksitet og asymmetri kunne utnyttes av arbeidstakerne. Den eneste fruktbare teoretiske

rammen for å forklare den økende forskjellen i inntekt mellom leger og psykologer, vil med dette resultatet være den økonomisk-teoretiske tilnærmingen.

Av den profesjonsteoretiske drøftingen kunne vi også vente at psykologer skulle få en lønnsøkning fra 1996. Bakgrunnen for den antagelsen var, som nevnt i den profesjonshistoriske delen av studien, at det i 1996 ble opprettet en ny stillingskode for psykologer som ble kalt psykologspesialist. Dette innebar en anerkjennelse av spesialistutdanningen hos psykologer og etablerte et nytt nivå i stillings- og lønns hierarkiet. Etter at denne stillingsbetegnelsen ble opprettet økte etterspørselen etter psykologspesialister, men den generelle lønnutviklingen har ikke vært påtagende for gruppen sett under ett. En av årsakene til dette kan være at mange av de som er spesialister i undersøkelsesperioden ble ferdig utdannet før 1980, og derfor ikke er med i datautvalget. I og med at det tar i snitt 10 år for psykolog å bli spesialist kan et omtrentlig anslag være at kun 50 % av psykologspesialistene i 96-98 er med i utvalget. Det kan forklare hvorfor den ventede lønnsveksten ikke ble bekreftet i datamaterialet.

5.4 Analyser – lønn og næringsinntekt - modell 3

De fire neste punktene er tester av antakelser i analysen. Den første tesen er om resultatet blir påvirket av at jeg kun så på lønnsinntekt, og ikke tok med næringsinntekt og aksjeinntekt. Den andre er om regresjonsmodellens forutsetninger ikke er brutt med tanke på autokorrelasjon og heteroskedastisitet. Den tredje er om det lønnsutviklingen kun gjelder for delområder av psykisk helsevern, og den siste er om den kun gjelder for ulike institusjoner.

Først ser vi altså på hvor stor den samlede realinntekten er for leger og psykologer, og forskjellen mellom dem er også av interesse. Vi benytter her samme fremgangsmåte som i modell 2, men her har vi samlet inntekt som avhengig variabel. I med at vi har en annen avhengig variabel, må nødvendigvis fortolkningen av forklaringsvariablene bli noe annerledes. Eksempelvis vil ansiennitet få en noe annerledes fortolkning når vi trekker inn inntektsformer som næringsinntekt og aksjeinntekt. For lønnsbasert ansiennitet kan det tenkes at det er tillitsmekanismer som virker mellom lønnstaker og arbeidsgivere. Disse mekanismene trer da i kraft i en lønnsforhandlings situasjon over ansiennitetsstiger, fordi arbeidsgiveren stoler på argumentet om at de ansatte opparbeider erfaring over tid. Et element av kultur ligger også til grunn for ansiennitetssystemet hvor det oppfattes som

rettferdig og som en ansvarlig lønnspolitikk. For næringsinntekter og aksjeinntekter vil en slik tolkning av ansiennitet ikke være gyldig. Dermed må en tolkning av ansiennitet som faktisk erfaring ligge til grunn, hvor erfaring direkte lar seg omsette til verdiskapning.

Hvis vi ser på regresjonsmodellen under hvor vi har samlet realinntekt som avhengig variabel, finner vi de samme effektene som i modell 2, men forskjellene mellom leger og psykologer er nå større, og også forskjellen mellom kjønn. Det ser derfor ut til at det er flest menn som enten har annen inntekt enn lønn, eller denne type inntekt i tillegg til lønn.

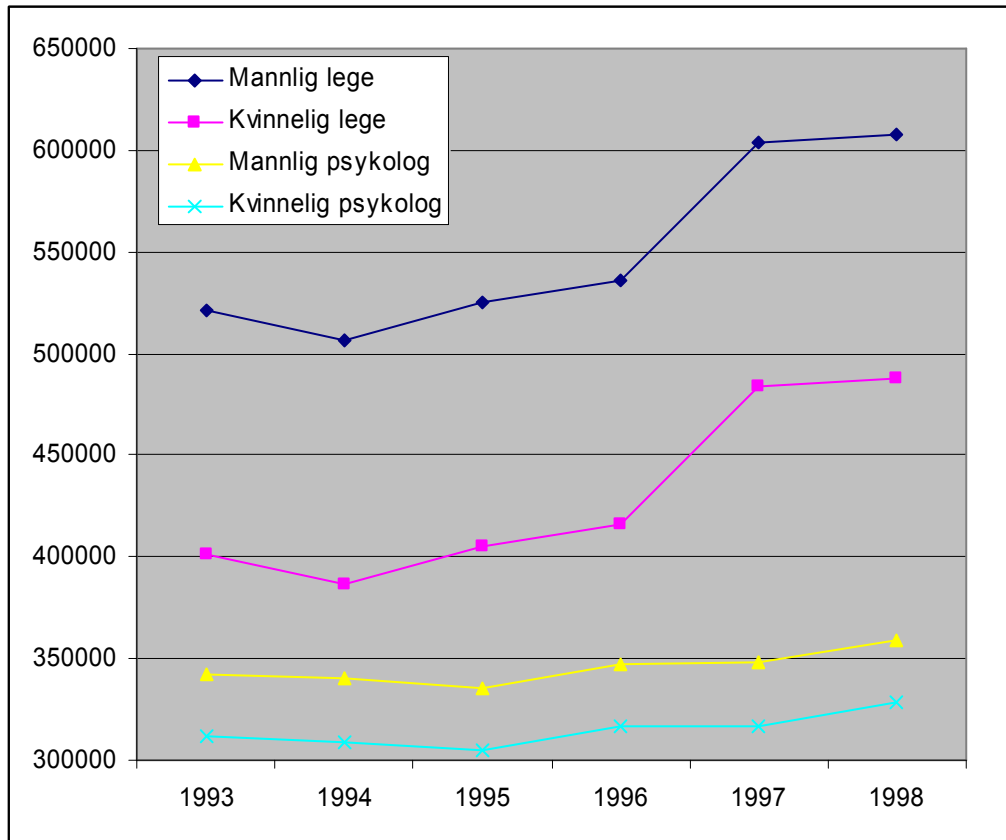
Tabell 5-5. Modell 3. Regresjonsanalyse over samlet inntekt 1993-1998 avhengig av faglig tilhørighet.

Modell 3	Ustandardiserte koeffisienter		t	Sig.
	B	Std. feil		
(Konstant)	237099,11	6294,284	37,669	,000
Fag (lege)	64170,98	11381,565	5,638	,000
Kjønn (mann)	31072,91	4099,954	7,579	,000
Samspill fag * kjønn	89346,43	6849,871	13,044	,000
År etter avlagt eksamen	7456,34	489,859	15,221	,000
Samspill - fag * ansiennitet	2528,48	856,277	2,953	,003
1994	-2663,19	7562,267	-,352	,725
1995	-6908,16	7742,900	-,892	,372
1996	4680,42	7343,863	,637	,524
1997	5315,60	7090,127	,750	,453
1998	16482,39	6991,051	2,358	,018
Samspill fag * 1994	-12403,48	12971,888	-,956	,339
Samspill fag * 1995	10640,88	13347,856	,797	,425
Samspill fag * 1996	9992,56	12445,408	,803	,422
Samspill fag * 1997	77282,25	12148,397	6,362	,000
Samspill fag * 1998	69811,67	12196,944	5,724	,000

Avhengig variabel: Samlet inntekt (lønn + næringsinntekt) i 1998-kroner. N=2888. R²=0.608

Også denne modellen kan vi gi en grafisk fremstilling av for den med 10 års ansiennitet, slik at vi kan se hvordan inntektsutviklingen har vært for mannlige og kvinnelige leger, og mannlige og kvinnelige psykologer.

Figur 5-3



Vi ser her de samme utviklingstrekkene som i tidligere figur og lønnutvikling for de samme gruppene. Innslaget av fortrinnsvis næringsinntekt ser ut til å differensiere inntekten ytterligere mellom kvinner og menn, både blant leger og psykologer. Det er også en tilsvarende differensierende effekt mellom leger og psykologer som skyldes næringsinntekt. Fra før vet vi jo at aksjeinntekt spiller en marginal rolle i den samlede realinntekten hos både leger og psykologer.

Hovedfunnet i modell 3 er den svært store, forskjellen i samlet inntekt mellom leger og psykologer som jobber heltid i psykisk helsevern. Dette er tidligere dokumentert i foregående lønnsanalyse. I og med at dette er to grupper som begge har høyere utdanning, og som også har mulighet til spesialistutdannelse, er det påtagende at forskjellen er såpass stor som den er. Siden psykologer en den gruppen som også utvider sin jurisdiksjon innen psykisk helsevern i forhold til de oppgaver de har lov til å utføre, så var det også ventet at det ville skje en utjamning på inntektssiden mellom leger og psykologer. Denne hypotesen er blitt tilbakevist. Men vi ser likevel en svak positiv utvikling i samlet inntekt hos psykologene,

men den er ikke sterk nok til å bidra til å utjamne forskjellene mellom leger og psykologer. I det følgende tar jeg for meg noen metodologiske problemstillinger som berører analysene som her er utført.

5.5 Analyser – test for heteroskedastisitet og autokorrelasjon – modell 4

Når man undersøker fenomener som har med inntekt å gjøre er det en del fenomener som er viktige å være klar over. Et av disse er at inntekt ser ut til å variere mer fra person til person blant de med høy inntekt, enn blant de med lav inntekt (Høgsnes et al, upublisert manus). Grunnen til at det er slik er at jo mer inntekten har sitt grunnlag i tariffbasert lønn, jo oftere vil tilfellet være at disse har noenlunde lik lønn. Med høyere ansvar og lederposisjoner, blir en større andel av inntekt basert på skjønn. Derfor oppstår det en ujevn variasjon i lønnforskjeller mellom de med lav og høy lønn. I metodologisk forstand fører dette fenomenet med ujevn utbredelse av variasjoner til *heteroskedastisitet*, som gjennomgått i metodekapitlet. Et *scatter plot* over variasjonens utbredelse syntes å vise at utbredelsen av avvikene var heteroskedastisk, særlig for legenes inntekt. Dette var forventet siden leger i større grad har lederposisjoner. Jeg har kjørt analyser som tester for autokorrelasjon, heteroskedastisitet og kombinasjon av disse. Disse analysene gav ikke substansielt forskjellige resultater, og metodologisk sett var ikke forskjellen i forklaringskraften til modellene signifikante. Av hensyn til regelen om det enkle er å foretrekke fremfor det komplekse (*law of parsimony*) har jeg ikke gjengitt disse analysene⁴⁷.

5.6 Alternative modeller – områder i psykisk helsevern

I teorien er det slik at det er en sammenheng mellom utvidelse av jurisdiksjonelle grenser og inntektsutvikling. Det er derfor rimelig å anta at det forekommer endringer i inntektsdifferansen mellom to profesjoner som er i jurisdiksjonell kamp. Historisk sett utspiller kampene seg på ulike steder i psykiatrien og i ulike perioder. Det er derfor

⁴⁷ Se appendiks for analyser korrigert for AR(1) autokorrelasjon og for AR(1) og heteroskedastisitet.

interessant å se om denne utviklingen vi nå har sett kun gjelder for et bestemt område i psykiatrien. Som det ble gjort rede for i kapittel 3, har kampen vært hardest der hvor barn og ungdom utgjør klientene. Det er viktig for alle fagområder at de får behandlet så mye som mulig av pasientgruppen. Dette fordi det danner grunnlag for spesialistutdannelse, og fordi det er viktig å vise til det Abbott kaller *inference* som er koblingen mellom diagnose og resultater. Selv om det ikke er en sterk kobling, vil man likevel forsøke å behandle flest mulig under egen jurisdiksjon for å hindre tilstøtende profesjoner å demonstrere en bedre *inference*. I følge teorien skal dette da bli områdene i psykisk helsevern for barn- og ungdom hvor lønnsdifferansen mellom leger og psykologer reduseres mest, siden det er her hvor det tverrfaglige arbeidet er tettest, og hvor kampen om pasientene teoretisk sett er sterkest.

En analyse som tar sikte på å finne ut om det er forskjell i lønnsutvikling i de ulike psykiatriske næringene blir mer kompleks enn den vi har sett nå. Dette innebærer at det blir målt samspill mellom tre variabler, fag, år og område i psykisk helsevern.

Et problem med en slik analyse som i denne modellen, er at gruppene som sammenliknes blir små under norske forhold. Da vil selv store inntektsforskjeller kunne forklares med henvisning til tilfeldige variasjoner. Dermed vil det være vanskelig å vise til statistisk signifikante forskjeller. Det kan likevel være at en slik test lar seg gjøre innen andre land med et større antall leger og psykologer. En test i det foreliggende datamaterialet gav ingen signifikante resultater.

5.7 *Alternative modeller – Institusjonstilhørighet*

En annen mulig analyse, er å undersøke om det er ulikt inntektsnivå og inntektsutvikling mellom leger og psykologer basert på institusjonstilhørighet. Lønnsforhandlinger⁴⁸ kan differensiere inntektsnivået mellom leger og psykologer på institusjonsnivå via følende mekanismer. Institusjonene kan ha ulike bemanningssyklus og stillingsstruktur som kan gi seg utslag i inntektsdifferensiering på bakgrunn av lønnsoppgjør. Det kan være at de har ulikt behov eller tilretteleggelse av deltidsarbeid, overtidarbeid, nattillegg etc. Denne strukturen kan ha stor innvirkning på inntektsforskjeller på bakgrunn av institusjonstilhørighet.

⁴⁸ Lønn forhandles frem gjennom sentrale forhandlinger, og i disse forhandlingene kan de gis en ramme for lokale tillegg som fordeles ved lokale forhandlinger. Dette er en mekanisme som direkte kan differensiere inntekt på institusjonsnivå. Lokale lønnsforhandlinger ikke ble påbegynt før etter 1998, dvs. etter den perioden jeg har data for.

Mekanismen kan være at det er forhandlet frem avtaler hvor tillegg for overtid og nattarbeid er ment som ekstra insentiv (jf. tidligere diskuterte effektivitetslønnsteori), hvilket kan føre til store forskjeller i inntekt hvis overtid og nattarbeid øker. Dersom institusjonstilhørighet korrelerer signifikant med endring i inntektsforskjeller, vil man ha en mulighet til å teste hypotesen om mindre lønnforskjeller på grunn av *workplace assimilation*. Poenget her er da at denne assimilasjonen på arbeidsplassen innebærer at to personer tilhørende ulike profesjoner ender med å gjøre det samme arbeidet på tross av deres ulike faglige utgangspunkt. Dette kan føre til en raskere utjevning av lønnsforskjellene.

I en test i dette materialet tok jeg utgangspunkt i både institusjonsstørrelse og geografisk tilhørighet. Dette kan vi indirekte måle ved å finne ut hvor mange personer i datamaterialet som har samme institusjonskode, hvor disse bor, og hvilket område innen psykisk helsevern som disse jobber i. Når man teller personene og grupperer dem på bakgrunn av nevnte variabler må man anta at gruppenes størrelse gjenspeiler institusjonsstørrelsen. Deretter valgte jeg ut de største organisasjonene. I datasettet jeg testet, ble bare organisasjoner med mer enn 40 heltidsansatte leger og psykologer jobbende i psykiatrien tatt med. Et annet utvalgsriterium var også bedriftens geografiske tilhørighet. Vi må anta at de ansatte bor nær institusjonen de jobber, og kan derfor bare ta med de institusjoner hvor de ansatte bor nær hverandre. Dette må gjøres fordi institusjonskoden i seg selv ikke sier noe om hvor den er geografisk, eller om de ansatte jobber på forskjellige steder i landet under samme institusjon. Hensikten med slike utvalgsriterier er todelt. For det første ønsker man grupper som er store nok til å la seg sammenlikne etter statistiske metoder som man kan ta i bruk. For det andre, og som jeg redegjorde for i den teoretiske drøftingen, utspiller en del av profesjonskampen seg lokalt på arbeidsplassen, altså på institusjonsnivå. Ved å velge institusjonstilhørighet ut fra de ansattes bosted, er det rimelig å tro at de fleste også jobber relativt nært hverandre.

Metoden er her den samme som for analysen over inntektsforskjeller i områder i psykisk helsevern. Gruppene som sammenliknes blir små, og det er vanskelig å påvise statistisk signifikans. Denne testen gav heller ingen signifikante resultater.

5.8 Avslutning

I dette kapittelet har vi tatt for oss analysene over inntektsnivå, samlet inntektsutvikling, og lønnutviklingen til leger og psykologer i perioden 1993-1998. Tidligere utledede empiriske konsekvenser ble testet, og resultatet av testingen var som følger:

Tabell 5-6. Resultat av hypotesetesting. Inntektsanalyser.

TEORI	EMPIRISKE KONSEKVENSER AV TEORI	TEST-RESULTAT
Profesjonsteori	Legene har høyere inntekt enn psykologene.	Støttet
	Psykologenes inntekt øker.	Støttet
	Psykologenes inntekt øker mer enn legenes	Avvist
Økonomisk-sosiologisk teori	Legene har høyere inntekt enn psykologene.	Støttet
	Legenes inntekt øker.	Støttet
	Legenes inntekt øker mer enn psykologenes.	Støttet
	Legenes lønnsutvikling foregår i steg, mens hos psykologene gradvis.	Støttet

Av størst interesse var hypotesene om inntektsutviklingen til legene i forhold til psykologene da de empiriske konsekvensene av teorien stod mot hverandre. De øvrige hypotesene var trivielle, med unntak av hypotesen om stegvis inntektsvekst for legene. Alle hypotesene ble støttet bortsett fra hypotesen om at psykologenes inntekt øker mer enn legenes. En egen analyse over næringsinntekt viste imidlertid at legenes næringsinntekt sank mer enn psykologene i perioden 1993-1998, uten at dette påvirket det totale bildet. Analysene viste at inntektsøkningen til legene skyldtes et spesielt bra lønnsoppgjør i 1996. Den økonomiske tilnærmingen synes derfor sterkere enn profesjonsteorien når det gjelder å forklare ulikheter i lønn mellom konkurrerende profesjoner.

6 Sammenfatning og drøfting av analyseresultatene

I dette kapitlet drøftes analyseresultatene opp mot det teoretiske rammeverket og studiens hypoteser. Tidligere forskning på profesjoner har ikke forsøkt å bruke profesjonsteori mot data på lønnsdannelse. Det er derfor ikke så mye spesiallitteratur å støtte seg på i forhold til den store mengden av generell profesjonslitteratur. Studien støttet seg derfor på teori av generell anvendelighet. Denne anvendeligheten ble oppnådd ved å drøfte to ulike tilnærminger, og tilpasse disse hver for seg, til den problemstilling som studien tok for seg.

6.1 Teori og hypoteser

Den profesjonsteoretiske tradisjonen var basert på flere teoretiske og empiriske bidrag - spesielt Abbott (1988), Friedson (1994) og Erichsen (1996). Denne ble så gjort relevant for norske forhold ved å fortolke profesjonaliseringsprosessen for leger og psykologer i Norge. Profesjonsteori handler om de grunnleggende betingelsene for organisering og koordinering av arbeid og kunnskap, samt deres historiske betingelser og omfanget av profesjonens juridiske kontroll.

Økonomisk-sosiologisk teori baserte på bidrag fra Akerlof (1982), Raiffa (1982), Bacharach og Lawler (1981), og Høgsnes (1994, 1999) som handlet om relasjoner mellom innsats, belønning og som vektlegger prinsippal-agent-teori, effektivitetslønnsteori, og generell teori om forhandlinger og fagforeningsstyrke.

Vi gjennomgikk de viktigste trekkene i disse teoriene for å undersøke om disse teoretiske tilnærmingene impliserte ulike forventninger i forhold til inntektsnivå og inntektsutvikling hos leger og psykologer i psykisk helsevern. Ut i fra det teoretiske grunnlaget ble det formulert empiriske konsekvenser som lot seg teste i datamaterialet. Følgende tabell viser testresultatet:

Tabell 6-1. Oppsummering av hypotesetesting.

TEORI	EMPIRISKE KONSEKVENSER AV TEORI	TEST-RESULTAT
Profesjonsteori	Legene har høyere inntekt enn psykologene.	Støttet
	Psykologenes inntekt øker.	Støttet
	Psykologenes inntekt øker mer enn legenes	Avvist
Økonomisk-sosiologisk teori	Legene har høyere inntekt enn psykologene.	Støttet
	Legenes inntekt øker.	Støttet
	Legenes inntekt øker mer enn psykologenes.	Støttet
	Inntektsøkningen til legene skjer stegvis, ikke gradvis.	Støttet

Av størst interesse var hypotesene om inntektsutviklingen til legene i forhold til psykologene da de empiriske konsekvensene av teorien stod mot hverandre (uthevet). De øvrige hypotesene var trivielle, med unntak av hypotesen om stegvis inntektsvekst for legene. Alle hypotesene ble støttet bortsett fra hypotesen om at psykologenes inntekt øker mer enn legenes. En egen analyse over næringsinntekt viste imidlertid at legenes næringsinntekt sank mer enn psykologene i perioden 1993-1998, uten at dette påvirket det totale bildet. Analysene viste at inntektsøkningen til legene skyldtes et spesielt bra lønnsoppgjør i 1996 som alene overgikk lønnsveksten til psykologene i hele perioden.

6.2 Om lønnsoppgjøret i 1996

I den økonomisk-teoretiske gjennomgangen drøftet vi om det kunne være noen forhandlingsmessige fordeler med høy grad av kompleksitet og usikkerhet rundt det endelige resultatet av forhandlingene. Vi fant at det var flere grunner.

Den ene grunnen har med asymmetrien i tilgangen til informasjon mellom partene. Jo enklere situasjon, jo mer symmetrisk kan man forvente at distribusjonen av informasjon rundt reservasjonspriser er. Partene har da likt utgangspunkt i forhold til informasjon. Når

kompleksiteten øker, vil informasjonsbalansen bli mer labil, og det vil være mer sannsynlig at den ene parten vil beherske informasjon til egen nytte bedre enn den andre.

Vi konkluderte med at kompleksitet gjør balansen mellom forhandlingspartene labil, og at dette vil føre til en fordelaktig situasjon for den ene parten. Særlig effektiv blir denne asymmetrien om den angår faktorer som påvirker fremtidig lønn, og disse faktorene bare er kjent av den ene parten. Et eksempel var at arbeidstakere kan ha bedre kunnskap om effekten av økt overtid fordi de har inngående kjennskap til sin egen arbeidssituasjon. Denne kjennskapen kan komme fra undersøkelser om vilje til overtidarbeid, klager på arbeidsforhold, turnusordninger, etc. Dette er informasjon som fagforeningen mottar, og som de kan benytte til å legitimere krav, eller holde skjult, dersom situasjonen angir det som formålstjenelig. Denne asymmetrien er verdt å utnytte, fordi det kan gi grunnlag for å fremstille sin egen reservasjonspris høyere enn det den egentlig er, og likevel virke troverdig, fordi kompleksiteten, og ikke forhandlingspartene, får skylden for ikke-forventede resultater. Det er derfor ikke noen sterke insentiver for å ikke fullt ut utnytte effekten av asymmetrisk informasjon.

Det tegnet seg derfor et komplekst bilde av de krav og ønsker som legene stilte foran lønnsoppjøret i 1996. Denne kompleksiteten skyldes i stor grad de ulike ordningene for tillegg og det sammensatte behovet for rekruttering til ulike disipliner og hensynet til de offentlig ansatte legene. Kompleksiteten gjør at forhandlingssituasjonen blir uoversiktlig. I lønnsoppjøret i 1996 var det spesielt tillegget som ble lagt til grunnlønnen når man jobbet mer enn 2,5 timer overtid som var det avgjørende. Ingen visste på forhånd hvor stort utslag dette ville gi, siden det ikke var noen måte å beregne sikkert hvor mye overtidarbeid som ville bli utført i fremtiden. Forhandlerne på arbeidsgiversiden klarte ikke å innse de økonomiske konsekvensene av avtalen som ble inngått med legene i 1996 (Høgnes, 1999:21). Arbeidsgiverne ønsket at legene skulle jobbe mer, siden det var mangel på leger, og legene fikk derfor tilslag på det tilbudet de la frem. Når det gjelder i hvilken grad legene ønsker å jobbe overtid, er det rimelig å tro at det er en asymmetrisk distribusjon av denne type informasjon mellom arbeidsgiver og arbeidstakerorganisasjonene. Legene fikk bra uttelling av asymmetrien fordi arbeidsgiverne ikke forstod at tillegget ville øke inntektene for legene så mye som det faktisk gjorde. I studiens teoretiske drøfting konkluderte vi med at

slike situasjoner med asymmetrisk informasjon ville bli unyttet, og jo sterke utnyttelse dess mer kompleks situasjonen er.

Dersom legene ikke hadde kommet til enighet med KS i lønnsoppgjøret i 1996, ville en mulig streik sannsynligvis blitt avblåst og konflikten ville blitt avgjort av tvungen lønnsnemnd. Grunnen til at slike scenarioer ikke har forekommet er at det er mangel på leger, og arbeidsgiveren er opptatt av at disse skal jobbe så mye som mulig. Dessuten jobbet tiden mer i favør for legene, fordi en krise med legene ville oppfattes som prekær.

6.3 Konklusjon

Oppgavens oppbygning har vært å gjennomgå de to teoretiske tilnærmingene profesjonsteori og økonomisk-sosiologisk teori, utlede empiriske konsekvenser av de to tilnærmingene, og teste de empiriske konsekvensene mot tilgjengelig data. Profesjonsteori og økonomisk-sosiologisk teori hadde forskjellige empiriske konsekvenser hvor de predikerte ulik utvikling i inntekt mellom leger og psykologer. Profesjonsteori predikerte at det ville finne sted en inntektsutjamning, mens økonomisk-sosiologisk teori predikerte at det ville bli økte lønnsforskjeller mellom leger og psykologer. Disse empiriske konsekvenser ble utledet i kapittel 2 og 3, hvor de ble formulert til testbare hypoteser. Disse hypotesene ble testet i kapittel 5 mot inntektsdata fra 1993-1998 i et utvalg leger og psykologer som inkluderte alle som ble utdannet etter 1980 og som jobbet innen psykisk helsevern. Det ble benyttet lineær regresjon på et datasett med paneldata-design for å estimere inntektsutviklingen kontrollert for relevante forklaringsvariabler. Avanserte analytiske verktøy og metoder ble benyttet for å teste at metodens forutsetninger ikke var brutt. Redegjørelsen for metoden ble gitt i kapittel 4. Konklusjonen av disse analysene er at den utledede empiriske konsekvensen av profesjonsteori ble avvist, mens det ble funnet støtte for de økonomisk-sosiologiske prediksjonene. Mekanismene som førte til den økte inntektsforskjellen ble forklart ved hjelp av teori.

Antakelsen om inntektsutjamning hvilte på profesjonsteoretiske forhold. Den gikk ut på det ville finne sted en utjamning i samlet inntekt mellom grupper i skjæringspunktet mellom tilstøtende profesjoner dersom disse gruppene blir likere hverandre i forhold til juridisk kontroll og *workplace assimilation*. Denne utviklingen så ut til å ha blitt bekreftet gjennom profesjonshistorien. I den tottrinns teoretiske og historiske drøftingen fant

vi at leger og psykologer i psykisk helsevern utgjorde et tilfelle av profesjonskamp og *workplace assimilation*. Forventningen ble derfor at leger og psykologer ville nærme hverandre inntekstmessig. Vi fant at psykologene hadde en svak positiv lønnsutvikling, men at legenes lønnsutvikling var større.

Økonomisk-sosiologisk teori hadde motsatt empirisk konsekvens. Den baserte seg på mindre formaliserte modeller som effektivitetslønnsteori, bytteteori og forhandlingsteori. De empiriske konsekvensene ble utledet på bakgrunn av en integrert helhet hvor de ulike teorielementene virket sammen. De viktigste elementene var at det var mest prekær mangel på leger i forhold til psykologer, at prinsipalen ønsket å etablere belønningsmekanismer for å øke innsatsen til agentene, at det var asymmetrisk distribusjon av informasjon mellom agent og prinsipal og at agenten ville opptre opportunt i forholdt til å utnytte denne situasjonen. Teorien gjør det mulig å konstruere en situasjon som øker kompleksiteten og som muliggjør lønnsoppgjør med mer enn forventet resultat, denne situasjonen ble kalt kompleksitets- og konsolideringsspiralen. En gjennomgang av lønnsoppgjørene viste at lønnsoppjøret i 1996 hadde elementer som tilfredstilte betingelsen for et bedre enn forvantet oppgjør. Vi fant at legene hadde et meget bra opp gjør i 1996 og at inntektsforskjellene mellom leger og psykologer økte.

Konklusjonen av denne avhandlingen er at økonomisk-sosiologisk teori ser ut til å være best til å forklare lønnsutviklingen mellom leger og psykologer i psykisk helsevern.

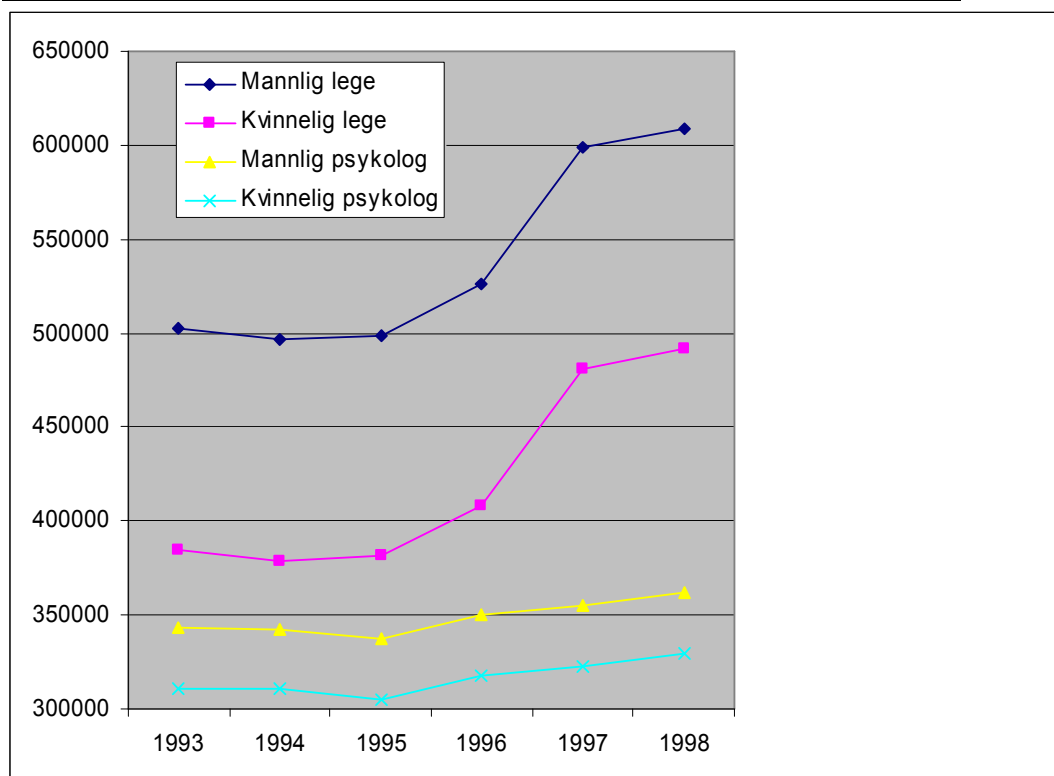
Det generelle teoretiske utgangspunktet som ligger til grunn av hypotesen gir håp om at dette forholdet har overførbarhet til andre situasjoner hvor profesjoner på samme måte kjemper om jurisdiksjonell kontroll.

7 Appendiks

7.1 Testregresjon for antakelse om heteroskedastisitet

Regression with heteroskedastic panels corrected standard errors

Model	Unstandardized Coefficients		Sig.
	B	Std. Error	
2 (Constant)	231.463,40	6.196,81	0,000
Fag (cand.med.=1)	67.552,67	11.056,22	0,000
Kjønn (mann=1)	32.649,13	4.120,84	0,000
Samspill fag/kjønn	85.395,76	6.777,17	0,000
Ansiennitet	8.759,91	487,56	0,000
Samspill – fag/Ansiennitet	437,66	827,71	0,692
1994	-3.347,58	7.500,01	0,316
1995	-10.905,24	7.633,01	0,006
1996	-354,21	7.312,51	0,931
1997	4.862,67	7.128,12	0,250
1998	12.006,17	6.987,27	0,008
Samspill fag * 1994	-13.960,70	12.814,06	0,079
Samspill fag * 1995	-4.108,54	12.765,05	0,683
Samspill fag * 1996	7.402,63	12.258,35	0,458
Samspill fag * 1997	70.792,20	12.101,12	0,000
Samspill fag * 1998	69.304,43	12.084,29	0,000



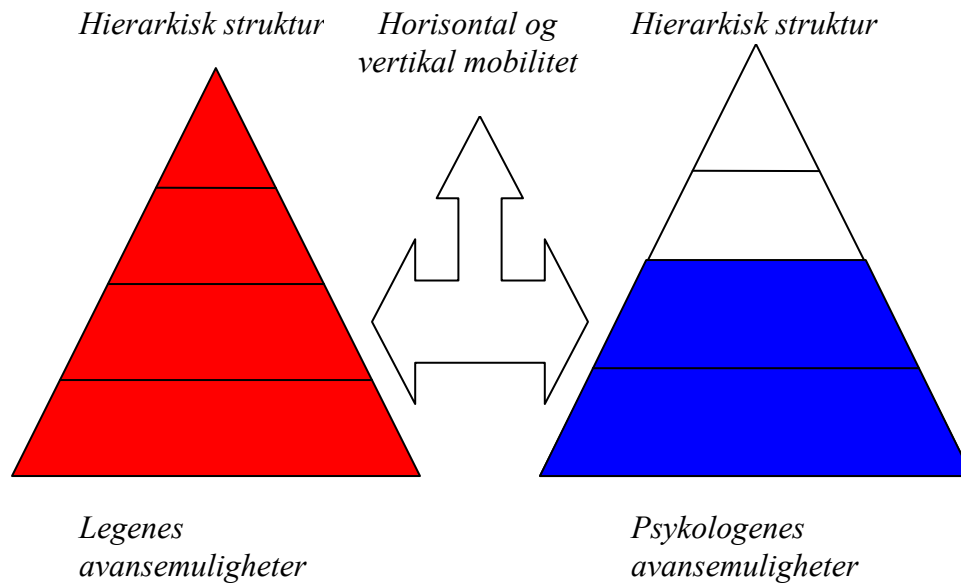
7.2 Teori om effekten av mobilitet

Gjennomgangen av profesjonsteorien og profesjonshistorikken har også gitt oss muligheter til å vurdere effekter av mobilitet på inntekt. Mobilitet vil si bytte av arbeidsplass eller stilling, eller en kombinasjon av disse. Arbeidsplassen er gitt ved den organisasjonen man jobber i, mens stillingen er gitt ved den posisjonen man har i organisasjonen. Vi kan analysere mobilitetsforhold langs to akser, en vertikal og en horisontal. Den vertikale aksene gjenspeiler stillingshierarkiet, mens den horisontale gjenspeiler alle stillinger på et nivå i stillingshierarkiet for alle mulige organisasjoner. Det finnes derfor et knippe av mulige mobilitetsforhold. Våre data gir bare anledning til å studere horisontal mobilitet mellom organisasjoner. Organisasjoner innen helsevesen blir gjerne kalt institusjoner, slik at vi kan kalle den mobiliteten vi måler for *interinstitusjonell mobilitet*. Vi måler mobilitet mellom institusjoner når en person skifter sitt arbeidsforhold fra en institusjon fra en annen. Denne mobiliteten kan også være vertikal, men det måler vi ikke. I analysene forutsetter rasjonelle aktører med mål om å maksimere inntekt.

Hva kan vi forvente oss av funn når vi måler interinstitusjonell mobilitet og dennes effekt på inntekt? Den profesjonshistoriske gjennomgangen viste at psykologer i psykisk helsevern gjerne ønsker større autonomi i arbeidet, at de ikke har samme muligheter for vertikalt avansement i stillingshierarkiet som leger, og vi derfor kan forvente at de i større grad forsøker å bygge karrieren ved hjelp av interinstitusjonell mobilitet (jfr. Bleiklie 1996).

Vi kan oppsummere mobilitetsforholdene mellom leger og psykologer i følgende figur:

Figur 7-1. Struktur og mobilitetsmuligheter i psykisk helsevern.



Figuren illustrerer på en idealisert måte to institusjoner (pyramidene) og deres hierarkiske nivåer (horisontale streker). Det blå området illustrerer psykologenes avansementligheter i institusjonene, mens det røde området viser legenes. (Disse forhold gjelder begge institusjonene selv om fargene er representert i hver sin pyramide). Pilene illustrerer dimensjonene som mobiliteten antar. Mobiliteten er vertikal, horisontal, eller begge deler. For psykologene er det færre vertikale avansementligheter, slik at de i større grad søker seg til mer spesialiserte stillinger som gir bedre avkastning i forhold til hierarkisk nivå.

Vi antar at psykologenes interinstitusjonelle mobilitet er et ønskelig bytte, og vi antar at psykologene som foretar slike bytter har leitet etter mulighetene i karriereøymed. Av dette forventer vi at det her en positiv effekt på inntekt når vi sammenlikner disse inntekt med de som ikke bytter institusjon. Også her begrenser vi oss til samme område og intervall som i de foregående hypotesene.

H₁. Gjennomsnittsinntekten for psykologer er høyest for de med interinstitusjonell mobilitet

Vi ønsker å sammenlikne denne mobiliteten med legenes tilsvarende mobilitet. Vi beholder den samme underliggende antagelse om struktur og autonomi som vi antok for psykologene i forrige hypotese. På bakgrunn av dette vil det være mer ønskelig for en lege å forbli i den institusjonen vedkommende er i. Denne logikken vil imidlertid skjerpe konkurransen om

høyere poster innad i institusjonen. De som taper kampen om poster innad i institusjon vil dermed være mer tilbøyelige til å bytte institusjon for å bedre avansementmulighetene. Vi forventer at dette byttet også har en positiv innvirkning på inntekten, men samtidig forventer vi at de *intra*institusjonelle avansementet er mer positivt. Når vi sammenlikner de som bytter institusjon med de som ikke gjør det, vil vi derfor se at de som ikke gjør det har høyere inntekt. Sammenhengen mellom mobilitet og inntekt blir for legene motsatt:

H₂. Gjennomsnittsinntekten for leger er lavest for de med interinstitusjonell mobilitet.

7.3 *Mobilitetsanalyse*

Mobilitet vil her si bytte av jobb mellom institusjoner i psykisk helsevern. Det registreres bytte hver gang en person som er ansatt innen psykisk helsevern i et gitt år, er registrert *i en annen institusjon innen psykisk helsevern* i det påfølgende år, dersom det ikke finnes data på arbeidssted i det påfølgende år, registreres byttet i første etterfølgende år med data på arbeidssted. Både den bedriften man flytter fra og den man flytter til må være i psykisk helsevern⁴⁹. I gjennomgangen av profesjonsteorien ble det drøftet om hvorvidt effekten av bytte av institusjon ville være like sterk for både leger og psykologer. Legene har en hierarkisk struktur som gagnet dem mer enn psykologene. Leger bør derfor ha et bedre utgangspunkt for et institusjonsinternt karriereløp, og ikke mobilitet mellom institusjoner. De som ikke når opp i den institusjonsinterne konkurransen, må søke nye karrieremuligheter, og disse sakter akterut inntektsmessig i forhold til sine kolleger.

Videre forventet vi at psykologer sin inntekt ikke ville ha liknende nivåforskjeller mellom de som ofte bytter institusjon og de som ikke gjør det, fordi psykologer i større grad vil innstille seg på et interinstitusjonelt karriereløp. Hvis disse antagelsene er riktige, vil det i så fall vise seg som et signifikant samspill mellom faglig tilhørighet og antall bytter av institusjon. Dette gir grunnlag for disse hypotesene:

H₁: Gjennomsnittsinntekten for psykologer er høyest for de med interinstitusjonell mobilitet

⁴⁹ Modellen tillater for at en person kan ha hatt jobb innen et annet område i mellomtiden, f.eks. som forsker eller annet som ikke er regnet som psykisk helsevern.

H₂: Gjennomsnittinntekten for leger er lavest for de med interinstitusjonell mobilitet.

7.4 Modell 1

Denne modellen undersøker på enklest mulig måte effekten av antall bytter av institusjonstilhørighet mellom 1989 og 1998 på den totale inntekten i 1998. Dette året er valgt for at alle byttene må ha skjedd for vi måler inntekten. Hypotesen er at det finnes en sammenheng mellom inntektsnivået i 1998 og antall bytter av institusjoner i perioden 1989-98. Følgende tabell viser til funnet.

Tabell 7-1. Regresjon over bytte av institusjon med 1998-inntekt som avhengig variabel.

Modell 1	Ustandardiserte koeffisienter		t	Sig.
	B	Std. feil		
Konstant	246265	8245	29,868	,000
Fag (leger)	156942	10474	14,984	,000
Kjønn (mann)	33668	9143	3,682	,000
Fag * kjønn	92613	15682	5,905	,000
Ansiennitet	7876	860	9,156	,000
Inst.bytter	3535	4076	,867	,386

Avhengig variabel: Samlet inntekt 1998. N=627. Observasjonene er personer, ikke personår. Verdier er oppgitt i 1998-kroner. R²=0,627.

Analysen viser mobilitet ikke har noen signifikant effekt (Sig=0.386). For hver gang en person skifter institusjonstilknytning så reduseres 1998-inntekten med mer enn 3500 kroner i snitt som følge av bytte av institusjon. Vi kan tolke et økende antall skifter som uttrykk for et noe mer omskiftelig karriereløp. Et stort antall observasjoner avviker imidlertid så mye fra den gjennomsnittlige effekten av institusjonsskifte at vi ikke kan konkludere med at det er noen reell effekt. Vi må her være oppmerksomme på at institusjonsskiftene er ikke direkte knyttet til årlig endring i inntekt, for vi kan ikke se om et skifte gir direkte endring i inntekt fra et år til et annet. Konklusjonen her er at effekten av endringer i institusjonstilknytning i perioden 89-98 er, i denne enkle analysen, altfor liten i snitt i forhold til den store spredning i inntekt blant de som endrer institusjonstilknytning til at vi kan si at institusjonsbytter har

noen effekt på 1998-inntekten. Hypotesen om at det er en sammenheng mellom inntektsnivået i 1998 og antall bytter av institusjoner i perioden 1989-98 har ikke funnet støtte i denne analysen. I en analyse med 1998-lønnen som avhengig variabel fikk jeg samme resultat. Vi finner imidlertid bekreftelse på de sammenhenger vi har funnet i tidligere kapitler, altså den stor lønns- og inntektsforskjellen mellom leger og psykologer, samt forskjeller i lønn og samlet inntekt mellom kvinner og menn.

7.5 Modell 2

I modell 2 skal vi sammenlikne effekten av institusjonsbytter mellom leger og psykologer. Dette gjør vi ved å inkludere et samspill mellom institusjonsbytter og faglig tilhørighet.

Tabell 7-2. Regresjon over samspill mellom fag og bytte av institusjon med 1998-inntekt som avhengig variabel.

Modell 2	Ustandardiserte koeffisienter		t	Sig.
	B	Std. feil		
Konstant	244526	8337	29,328	,000
Fag	163984	11672	14,049	,000
Kjønn	33555	9137	3,672	,000
Fag * kjønn	93014	15674	5,934	,000
Ansiennitet	7767	863	8,998	,000
Inst.bytter	8157	5300	1,539	,124
Inst.bytter * fag	-10724	7867	-1,363	,173

Avhengig variabel: Samlet inntekt 1998. N=627. Observasjonene er personer, ikke personår. Verdier er oppgitt i 1998-kroner. $R^2=0,628$.

Vi ser her at en effekt av et slikt samspill ikke finnes. Standardfeilen viser at det er stor spredning i effekten av mange institusjonsbytter i forhold til inntekt.

Det er en del problemer knyttet til en slik fremgang. Det forutsettes at det er en lineær sammenheng mellom institusjonsskifte og inntekt, slik at jo mer man bytter jo mer endrer inntekten seg på samme måte som tidligere. Slik er det neppe i virkeligheten. Effekten av bytte av institusjon kan tenkes å endres etter et visst antall bytter. Dette problemet forsøkes å løses i modell 3.

Det kan også tenkes at lønnsoppgjøret i 1996 har en viss innvirkning på institusjonsbytter, og det testes i modell 2.

7.6 Modell 3

Vi har sett at lønnsoppgjøret i 1996 var et betydelig oppgjør, og det kan tenkes at dette oppgjøret kan ha påvirket hvordan leger bytter institusjonstilknytning. Dette ble undersøkt i en ny modell som hadde med hvert år som dummyvariabel, og det ble målt om det var ulik effekt av skifte av institusjonstilknytning i noen år. Av spesiell interesse var årene 1996 og 1997 på grunn av lønnsoppgjøret i 1996.

Disse resultatene var uten statistisk signifikans så analysen støttet ikke antagelsen om at noen enkelte år hadde noen innvirkning på effekten av skifte av institusjonstilknytning.

7.7 Modell 4

I denne modellen sammenlikner jeg inntektene på bakgrunn av antall institusjonsbytter. Her benyttes teknikken med bruk av personår, hvilket tilsier at vi har et datasett på paneldatastruktur. Konsekvensene av dette er diskutert tidligere. Måleperioden for institusjonsbytter er fra 1989-98, mens måleperioden for inntekt er 1993-1998. Bakgrunnen for dette er gjort rede for i metodekapitlet. Vi må være oppmerksomme på at i det heller ikke i denne analysen måles den direkte effekten av bytte av jobb fra et år til et annet. Det måles om det er noen gradert forskjell i inntektsnivå mellom de som bytter et gitt antall institusjoner i perioden 1989-98 og de som ikke har noen bytter av institusjon. I og med at det ikke måles den direkte effekten av institusjonsbytte på inntektsnivå fra et år til et annet, er det uproblematisk å ha med observasjoner av institusjonsbytter før 1993, som er det året hvor målingen av inntekt starter. Det er ingen kjente forbindelser mellom intervallet 1993-1998 og intervallet 1989-98 som tilsier diskvalifikasjon av data på institusjonsbytter før 1993.

Tabell 7-3. Regresjon over samspill mellom fag og bytter av institusjon med samlet inntekt som avhengig variabel. 1998-kroner. Personårsobservasjoner.

Modell 4	Ustandardiserte koeffisienter		t	Sig.
	B	Std. feil		
Konstant	240153	4150	57,866	,000
Fag	83717	8373	9,998	,000
Kjønn	29898	4345	6,881	,000
fag * kjønn	87921	7260	12,110	,000
Ansiennitet	7603	539	14,085	,000
fag * ansiennitet	4952	922	5,367	,000
Inst. bytte	1521	2520	,604	,546
Inst. bytte * fag	-9355	3981	-2,349	,019

Avhengig variabel: Samlet inntekt i 1998-kroner N=2793. Observasjonene er personår.
R²=0,577.

Vi ser at i denne modellen finner vi et signifikant samspill mellom antall bytter av institusjonstilhørighet og faglig tilhørighet (sig. .019). Leger som bytter institusjonstilknøyning ofte, sakter akterut i forhold til leger som ikke gjør det. Dette forholdet gjelder ikke for psykologer. Psykologer som ofte bytter institusjonstilknøyning ligger ikke på noe signifikant annet inntektsnivå i forhold til psykologer som ikke bytter ofte (sig. .546). Denne modellen støtter derfor hypotesene H₁ og H₂.

En frekvensanalyse av institusjonsskifte viser at psykologer bytter institusjonstilknøyning like ofte som leger. Resultatet må imidlertid ikke tolkes som at det ikke lønner seg for den enkelte lege å bytte mellom institusjoner isolert sett. En separat analyse viste at alle som bytter institusjonstilknøyning øker sin samlede inntekt som følge av byttet. Dette er et viktig poeng også av en annen grunn; de som bytter institusjon kan tenkes å ha mindre perioder uten inntekt, slik at den samlede inntekten vil falle i det året jobben byttes. En slik negativ sammenheng fantes ikke ved å se på år til år variasjon for de som bytter institusjon.

Funnet i denne modellen er at jo oftere leger bytter institusjon, jo lavere snittinntekt får disse legene i forhold til de som ikke bytter institusjon. Og dette forholdet gjelder altså ikke for psykologer. Vi kan derfor tolke dette resultatet som en støtte til hypotesen om at stillingsstrukturen innad i institusjonene er en som gagnar legene.

7.8 Modell 5

En egen analyse tydet på at effekten på inntekt av å bytte institusjon er fallende. Analysen antydet at de som byttet institusjon noen få ganger tjente på dette, men etter et visst punkt havnet man akterut inntektsmessig i forhold de som ikke byttet så ofte. I en ny modell vil jeg derfor undersøke effekten av bytte ved å skille mellom de som kun bytter institusjon et par ganger, og de som gjøre det ofte, det vil se 3 ganger eller mer. Modellen baseres på en dummyvariabel som angir hvilken institusjon i rekken av institusjoner som personen har jobbet i. De som bare har hatt vært ansatt i en eller to institusjoner har verdien 0. De øvrige, som inkluderer de som har vært ansatt i sin tredje institusjon eller mer, får verdien 1. Her er det dessuten målt effekten av inntekt det året de respektive personer er i den ene eller andre kategorien. Inntekten er justert etter konsumprisindeksen i 1998-kroner.

Tabell 7-4. Regresjon over samspill mellom fag og bytte av institusjon (dummy) med samlet inntekt som avhengig variabel. 1998-kroner. Personårsobservasjoner.

Modell 5	Ustandardiserte koeffisienter		t	Sig.
	B	Std. feil		
Konstant	240361	4132,942	58,157	,000
Fag (lege)	82559	8344,271	9,894	,000
Kjønn (mann)	29791	4346,060	6,855	,000
Samspill fag * kjønn	88290	7257,057	12,166	,000
Ansiennitet	7551	528,137	14,299	,000
Samspill - fag * ansiennitet	4881	908,253	5,375	,000
Inst. bytte	7119	6002,993	1,186	,236
Inst. bytte * fag	-24200	9291,756	-2,605	,009

Avhengig variabel: Samlet inntekt i 1998-kroner N=2793. Observasjonene er personår. R²=0,577.

Også her ser vi, med enda større sikkerhet (sig. .009) at det viser seg en negativ effekt av interinstitusjonelt skifte av jobb for leger (7 119 - 24 200 gir 17 081 kroner lavere snittinntekt

for leger som bytter ofte i forhold de som ikke bytter), mens den ikke viser noen signifikant endring i inntekt for psykologer (sig. .236). Vi finner støtte for H_1 og H_2 . Igjen kan derfor tolke dette resultatet som en støtte til hypotesen om at stillingsstrukturen innad i institusjonene er en som gagnar legene. Som nevnt innledningsvis og drøftet i den teoretiske diskusjonen, kan det argumenteres for at psykologene ikke blir marginalisert i en institusjonsintern konkurranse i samme grad som leger, vil dette kunne vise seg i at de kan i større grad foreta vellykkede karrierevalg utenfor den institusjon de opprinnelig var ansatt i. Det teoretiske utgangspunktet for skifte av institusjon bygget på empiriske undersøkelser som viste at psykologene ønsket høyere grad av autonomi, mens skifte av institusjon var for leger i større grad er et utslag av marginalisering i den institusjonsinterne konkurransen som blir konstruert på grunn av den legetilpassede stillingsstrukturen. Denne strukturen fungerer som en ramme for det som kan betraktes som et alminnelig karriereløp for leger innen psykisk helsevern.

7.9 Modell med korreksjon for autokorrelasjon

Siden enheten i datasettet opptrer flere ganger i form av årlig observasjoner, kan det hende at restleddets verdi ikke er uavhengig av verdien på foregående observasjon. Dette kan føre til en feil i utregningen av signifikanstestene, fordi standardfeilene som inngår i disse testene blir for små i forhold til det de i virkeligheten er. Konsekvensen av dette er større sannsynlighet for at vi får signifikante resultater og slutter oss til at det er en sammenheng, mens det i virkeligheten ikke er noen sammenheng (type I-feil)⁵⁰. I denne modellen ønsker vi å fjerne problemet med autokorrelasjon, og se hva koeffisientene blir dersom vi fjerner den komponenten som skyldes at restleddet korrelerer med forgående enhet. I denne modellen taes det også hensyn til panelstrukturen i datasettet.

⁵⁰ Se Skog 2004:207 for type I og type II –feil.

Tabell 7-5. AR(1)-kontrollert GLS-regresjon over samspill mellom fag og bytte av institusjon (dummy) med samlet inntekt som avhengig variabel. 1998-kroner. Personårsobservasjoner.

Modell 6	Ustandardiserte koeffisienter		t	Sig.
	B	Std. feil		
Konstant	240361	4132	58,157	,000
Fag (lege)	18534	10566	1,75	,079
Kjønn (mann)	17865	6591	2,71	,007
Samspill fag * kjønn	58292	10844	5,38	,000
Ansiennitet	7492	660	11,34	,000
Samspill - fag * ansiennitet	11193	1120	9,99	,000
Inst.bytte	1088	7087	0,15	,878
Inst.bytte * fag	2584	10888	0,24	,812

Avhengig variabel: Samlet inntekt i 1998-kroner N=2793. Observasjonene er personår. $R^2=0,577$.

Tabell over viser at dersom vi tar høyde for den forventede autokorrelasjon i datamaterialet, er det ikke lenger mulig å si at de som ofte bytter institusjon har en annet snittinntekt enn de som ikke gjør dette. Den signifikansen som vi oppnådde i tidligere modeller, skyldes at derfor at standardavvikene ble for små som følge av autokorrelasjon. Etter å ha tatt hensyn til dette, ser vi ikke lenger at den sammenhengen som teorien predikerer finner støtte i data. Vi har derfor ikke noen funn som støtter H_1 og H_2 . Vi har derimot et funn som peker på faren for type-I-feil ved bruk av paneldata, og betydningen av å kontrollere for autokorrelasjons-effekter ved bruk av slike data.

Konklusjonen på dette blir derfor at vi *ikke* har funnet støtte for antagelsene som profesjonsteorien ga grunnlag for angående mobilitet.

8 Litteraturliste

- Abbott, Andrew. "The Sociology of Work and Occupations." *Annual Review of Sociology*, Vol. 19, 1993, s. 187-209.
- Abbott, Andrew. 1988. *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago, The University of Chicago Press.
- Akerlof, George A. og Janet L. Yellen.. "The Fair Wage-Effort Hypothesis and Unemployment." *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. 105, Nr. 2. 1990, s. 255-283.
- Akerlof, George A.. "Labor Contracts as Partial Gift Exchange." *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. 97, Nr. 4. 1982.
- Album, Dag. "Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje", *Tidsskrift for Den norske lægeforening*. Årg. 111, nr. 17, s. 2127-ff. 1991.
- Askildsen, Jan Erik og Øivind A. Nilsen. *Membership and union power*. Bergen. LOS-senteret. 1996.
- Bacharach, Samuel B og Edward J. Lawler. *Bargaining: power, tactics and outcomes*. Jossey-Bass, San Fransisco, 1981.
- Baltagi, Badi H. *Econometric analysis of panel data*. Chichester, Wiley, 2001.
- Blau, Peter M., *Exchange and Power in Social Life*. New York, Wiley, 1964.
- Bleiklie, Ivar. "Den psykiatriske klinikken som serviceregime" i Erichsen, Vibeke (red.) *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Los-senteret, Tano-Aschehoug. 1996.
- Bleiklie, Ivar. *Service regimes, a comparative organizational study of client-official relations and political steering in two service agencies*. Universitetet I Bergen: Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, 1990.
- Brint, Steven. *In an Age of Experts*. Princeton, New Jersey, 1994
- Burrage, Michael og Rolf Torstendahl. *Professions in Theory and History*. Sage, London, 1990.
- Carr-Saunders A. M. og P. A. Wilson "The Professions", Oxford. 1933.
- Collins, Randall.. *Theoretical Sociology*. 1989.
- Dale-Olsen, Harald og Geir Høgsnes. *Kjønnforskjeller i tilleggslønn*. Institutt for samfunnsforskning, Rapport 99:7, 1999.
- Durkheim, Emile. *De la division du travail social*. PUF, Paris. 1978.
- Elster, Jon, *Nuts and Bolts for the Social Sciences*. Cambridge University Press, New York, 1989b.
- Elster, Jon. "Some Unresolved Problems in the Theory of Rational Choice", *Acta Sociologica*, vol. 36, nr.3, s. 179-190.
- Elster, Jon. *Sour Grapes: Studies in the subversion of rationality*, 1985.
- Elster, Jon. *The Cement of Society*. Cambridge. 1989a
- Erichsen, Vibeke. *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. LOS-senteret, Tano-Aschehoug, Oslo. 1996
- Eysenck, H.J. *Psykologi - fakta och ferdomar*, Stockholm, 1968.
- Foucault, Michel. *The History of Sexuality: 1 – The Will to Knowledge*. Robert Hurleys oversettelse, Penguin, London, 1976.
- Freud, Sigmund. *Psykoanalyse. Forelesninger til innføring i psykoanalyse*. 3. utg, Oslo : Gyldendal, 1972.
- Friedson, Elliott. *Professional Power*. Chicago. Chicago University Press, 1986.

- Friedson, Elliott. *Professional Dominance*. Chicago. Aldine, 1970.
- Gan, Li. "The Uncertain Wage-Effort hypothesis and Wage Secrecy". *Topics in Economic Analysis & Policy*, vol 2, nr 1. 2002.
- Gauss, Carl Friedrich [Carolo Fredrico Guass]. *Theoria combinationis observationum erroribus minimis obnoxiae*, Gottingae. 1823.
- Gauss, Carl Friedrich. *Abhandlungen zur Methode der kleinsten Quadrate*. Berlin : P. Stankiewicz, tysk oversettelse ved von A. Börsch og P. Simon. 1887.
- Grusky, David B og Jesper B. Sørensen.. "Can Class Analysis Be Salvaged?" *American Journal of Sociology*, vol. 103, nr. 5, s. 1187-1234, 1998
- Gujarati, Damodar N. *Basic Econometrics*. International edition, 3. utgave, McGraw-Hill, Singapore. 1995.
- Gujarati, Damodar N. *Basic Econometrics*. International edition, 4. utgave, McGraw-Hill, New York. 2003.
- Hernes, Synnøve. "Barnevern i 1950-årene: om psykologiens profesjonalisering." i Erichsen, Vibeke (red.) *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*, Los-senteret, Tano-Aschehoug, 1996.
- Høgsnes, Geir. "Wage Bargaining and Norms of Fairness – a Theoretical Framework for Analysing the Norwegian Wage Formation", *Acta Sociologica*, Vol. 32, nr. 4, s. 339-357.
- Høgsnes, Geir. *Collective Wage Bargaining and the Impact of Norms of Fairness*, rapport nr. 8, Institutt for samfunnsforskning, Oslo, 1994.
- Høgsnes, Geir. *Krone for krone. Lønnsforhandlinger og –fordelinger*. Oslo, Ad Notam Gyldendal. 1999.
- Høgsnes, Geir. *Relativ lønnsutvikling I Norge 1973 til 1985 – omfordeling eller stabilitet I posisjoner?* Rapport 87:2, ISF, Oslo, 1986.
- Holberg, Ludvig [1729] [Tittel mangler] i Reichborn-Kjennerud et al, 1936.
- Holst, F. "Beretning om Oslo Dollhus' nuværende tilstand, samt wink til sammen hensigtsmessige indretning og forslag til oprettelsen af en ny helbredsanstalt for sindssvage". *Budstikken*, Kristiania, nr. 75-78, 1822.
- Homans, George C. "Social Behaviour as Exchange". *American Journal of Sociology*, nr. 63, s. 597-606, 1958.
- Kleiner, B, R. D. Martin og D. J. Thomson. "Robust Estimation of Power Spectra." *Journal of the Royal Statistical Society. Series B (Methodological)*, Vol. 41, Nr. 3. 1979.
- Kmenta, Jan. *Elements of Econometrics*. MacMillan, New York. 1986.
- Kobro, I. "Fra ca. 1800 til vår tid" i Reichborn-Kjennerud et al. *Medisinens historie i Norge*. Grøndahl & Søns Forlag, Oslo. 1936.
- Langfeldt, G. "Kriminalitet og sjelelige abnormtilstander." i Andenæs, J., J.B. Hygen og G. Langfeldt *Forbrytelse og straff*, Cappelen, Oslo. 1950.
- Leamer, Edward E. "Model Choice and Specification Analysis." 1983 i Zvi Griliches og Michael D. Intriligator, red. "Handbook of Econometrics", vol. 1, North Holland Publishing Company, Amsterdam, 1983, i Damodar N. Gujarati.. *Basic Econometrics*, McGaw-Hill, Singapore, 1995.
- Leonard, Jonathan S. "Carrots and Sticks: Pay, Supervision, and Turnover." *Journal of Labor Economics*, 5 (4), s. S136-S152, 1987.
- Lorentzen, Hilde. *Når ikke alle kan få – om fordelig av knappe goder*. Rapport 95:13, 1995, ISF
- Ludvigsen, Kari. "Barnevern ved århundreskiftet: om psykiatriens profesjonalisering" i Erichsen, Vibeke (red.) *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*, Los-senteret, Tano-Aschehoug. 1996.
- Ludvigsen, Kari. *Kunnskap og politikk i norsk sinnssykevesen 1820-1920*. Rapport nr. 63, Institutt for administrasjon og organsisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen. 1998.

- Lukes, Steven "Methodological Individualism Reconsidered", *The British Journal of Sociology*, Vol 19, nr 2. 1988.
- Lyons, John S. et al. *The measurement and management of clinical outcomes in mental health*. John Wiley & Sons, New York. 1997.
- Mjøset, Lars. *Kontroverser i norsk sosiologi*. Universitetsforlaget, Oslo. 1991.
- Mühlau, Peter og Siegwart Lindenberg. "Efficiency Wages: Signals or incentives? An empirical Study on the relationship between wage and Commitment." *Journal of Management and Governance*, nr. 7, 2003.
- Nielsen, Roy A., Silje N. Fekjær, Bjart Aagnes og Håvard Helland. *Samfunnets støtter? Arbeidsmarkedet for hovedfagskandidater fra Det samfunnsvitenskaplige fakultet ved Universitetet i Oslo*. Rapport 2:2000, Institutt for Sosiologi og Samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo, 2000.
- Parkins, Frank. "Marxism and Class Theory: A bourgeois Critique" [1979] i Grusky, David B.. *Social Stratification in Sociological Perspective*. Westview Press, Oxford, 1996.
- Pryser, Tore. *Norsk historie 1814-1860 – Frå standssamfunn til klassesamfunn*, Det Norske Samlaget, Oslo, 1999.
- Raiffa, Howard. *The art and science of negotiation*. Harvard, Cambridge. 1982.
- Reichborn-Kjennerud I, Fredrik Grøn og I. Kobro. *Medisinens historie i Norge*. Grøndahl, Oslo, 1936.
- Rud, F. "Kort Historisk oversikt over psykiatrien før Herman Major", 1966, i Ludviksen, Kari. *Kunnskap og politikk i norsk sinnssykevesen 1820-1920*. Rapport nr. 63, Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen. 1998.
- Sejersted, Francis. *Norges Historie – Den vanskelige frihet. 1814-1851*. Cappelen, Oslo. 1978.
- Shaked, Avner og John Sutton "The Self-Regulating Profession." *The Review of Economic Studies*. Vol. 48, nr. 2, 1981.
- Skog, Ole-Jørgen. *Å forklare sosiale fenomener. En regresjonsbasert tilnærming*. Ad Notam Gyldendal, 1998.
- Sollied, O og P.R Sollied. "Bergens bartskerere og kirurger 1500-1800" i *Bergens historiske Forenings Skrifter* nr. 29/30 s.121-262. Bergen 1924.
- Weber, Max. "Open and Closed Relationships." [1922] i, Grusky, David. B. *Social Stratification in Sociological Perspective*. Westview Press, Oxford. 1996.
- Weber, Max. *Den protestantiske etikk og kapitalismens ånd*, Pax, Oslo, 1995 [1920].
- Weber, Max. *Makt og Byråkrati*. Gyldendal, Oslo, 1971 [1922].
- Weber, Max. "Wirtschaft und Gesellschaft." [1922], i Weber, Max. *Makt og Byråkrati*. Dag Østerbergs oversettelse, Gyldendal. Oslo, 1990.
- Weeden, Kim. *Why do some Occupations Pay More than others? Social Closure and Earnings Inequality in the United States*. Doktorgradsavhandling, Cornell University, 2001.
- Weiss, Andrew. *Efficiency Wages*. Clarendon Press, Oxford, 1991.
- Wessel-Berg. "Kongelige rescripter, Resolutioner og Collegial-Breve for Norge", fjerde bind, 1845, i Reichborn-Kjennerud et al. *Medisinens historie i Norge*. Grøndahl, Oslo, 1936.
- Wilensky, H. L. "The professionalization of everyone?" *American Journal of Sociology*, 70:137-58, 1964.

Alle kilder i denne avhandlingen er oppgitt.

Antall ord: 38.479