

# Informasjons- og kommunikasjonsarbeidets rolle i det reformerende sykehusvesenet – en diskusjon

Simon Neby



**uni** Rokkansenteret

Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier

Notat  
11- 2012

Uni Rokkansenteret, Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier, har en todelt publikasjonsserie. Publikasjonsserien redigeres av et redaksjonsråd bestående av forskningsdirektør og forskningsledere.

I rapportserien publiseres ferdige vitenskapelige arbeider, for eksempel sluttrapporter fra forskningsprosjekter. Manuskriptene er vurdert av redaksjonsrådet eller en fagfelle oppnevnt av redaksjonsrådet.

Det som utgis som notater er arbeidsnotater, foredrag og seminarinnlegg. Disse godkjennes av prosjektleder før publisering.

ISSN 1503-0946

Uni Rokkansenteret  
Nygårdsgaten 5  
5015 Bergen  
Tlf. 55 58 97 10  
Fax 55 58 97 11  
E-post: [rokkansenteret@uni.no](mailto:rokkansenteret@uni.no)  
<http://rokkan.uni.no/>

# **Informasjons- og kommunikasjonsarbeidets rolle i det reformerende sykehusvesenet – en diskusjon**

SIMON NEBY

STEIN ROKKAN SENTER FOR FLERFAGLIGE SAMFUNNSSTUDIER

UNI RESEARCH

DESEMBER 2012

**Notat 11 – 2012**

# Innhold

SAMMENDRAG .....	3
SUMMARY .....	4
INFORMASJONS- OG KOMMUNIKASJONSARBEIDETS ROLLE I DET REFORMERENDE SYKEHUSVESENET – EN DISKUSJON.....	5
METODE, DESIGN .....	7
HVA ER KOMMUNIKASJONS- OG INFORMASJONSARBEID? .....	8
REFORMER SOM UTGANGSPUNKT FOR DISKUSJON.....	9
NPM-ERFARINGER I NORSK SYKEHUSSEKTOR: NOEN RØDE TRÅDER FOR INFORMASJONS- OG KOMMUNIKASJONSARBEIDET? .....	13
Kvasi-markedet, «kunden» og tjenestetilbyderen.....	14
Offentlig sektors utfordringer og tillitsproblemet.....	18
Avstanden mellom politisk kontroll og lokal autonomi: Nye styrings- og ledelsesverktøy .....	20
KOMPLEKS VIRKELIGHET, UKLAR ROLLE FOR KOMMUNIKASJONS- OG INFORMASJONSARBEIDET? .....	22
LITTERATUR .....	24

## Sammendrag

Det norske sykehusfeltet er gjenstand for en rekke pågående endringsprosesser. En omfattende reformaktivitet de to siste tiårene sammenfaller med en tydelig vekst i antall informasjons- og kommunikasjonsmedarbeidere i norske helseforetak. I reformdokumenter, strategiplaner og styringsnotater pekes informasjons- og kommunikasjonsutfordringer ut som viktige for både daglig drift og implementering av endringer. I dette notatet diskuteres forholdet mellom reform, styring og ledelse på den ene siden og informasjons- og kommunikasjonsarbeid på den andre. Med utgangspunkt i spennet mellom omdømmehåndtering, enveis informasjon og toveis kommunikasjon, drøftes tre spørsmål: For det første diskuteres forholdet mellom markedstenkningen og informasjon/kommunikasjon: Når NPM-reformer forutsetter transparens og åpen informasjonsutveksling, forutsetter markedstenkningen som følger med NPM-reformene økt fokus på informasjons- og kommunikasjonsarbeid? For det andre drøftes kommunikasjons- og informasjonsarbeidets rolle i forhold til systemets tillit i befolkningen: I krisefortellingen om den moderne velferdsstatens utfordringer, i hvilken grad kan informasjons- og kommunikasjonsarbeid knyttes til gjenreisningen, opprettholdelsen eller utviklingen av sykehussystemets tillit i befolkningen? For det tredje diskuteres kommunikasjons- og informasjonsarbeid i spennet mellom sentral kontroll og lokal autonomi: I hvilken grad er informasjons- og kommunikasjonsarbeidets art avhengig av den relative avstanden mellom styrende og styrte, og nye styrings- og ledelsesverktøy? Et sentralt argument er at til tross for den relativt klare ambisjonen om at informasjons- og kommunikasjonsarbeidets rolle skal bidra til å løse kompleksitetsutfordringer og skape integrasjon, er det mulig at det motsatte er tilfelle: En stadig økende kompleksitet kan gi større uklarheter rundt forståelsen av denne typen arbeid i sykehussystemet. Notatet er skrevet i tilknytning til prosjektet «Legitimacy, Identity, Hierarchy: Strategic Communication in the Hospital Sector» som var ledet av dr.art Svein Ivar Angell, finansiert av Norges Forskningsråd og lokalisert ved Uni Rokkansenteret.

## Summary

The Norwegian hospital field is subject to a series of continuous change processes. The comprehensive reforms introduced over the two last decades coincide with a clear increase in the number of information and communication professionals employed in Norwegian hospitals. In reform documents, strategy plans and steering letters, challenges related to information and communication is stressed as important for both the daily business of and the more profound change processes in the Norwegian hospital system. In this working paper, the central discussion revolves around the relation between reforms, steering and management on the one hand, and information and communication work on the other. Departing from the somewhat unclear distinction between reputation management, unidirectional information and multidirectional communication, three questions are raised and discussed: Firstly, the relationship between marketization and information and communication work: As NPM reforms build on premises of increased transparency and open information exchange, does (quasi-)marketization following NPM entail an increased focus on information and communication work? Secondly, the role of information and communication work in relation to the population's trust towards the system is discussed: In the current narrative of welfare state crisis, to what extent can information and communication work be connected to the re-establishment, sustainment or development of trust-based relations between the hospitals and their surroundings? Thirdly, information and communication work is discussed in relation to the balance between central control and local autonomy in hospital governance: To what extent is the nature of information and communication work dependent on the relative distance between those who govern and those that are governed, and on new tools of steering and management? A central argument forwarded in the paper is that in spite of the relatively clear ambition for information and communication work to solve issues of increased complexity and contribute to a higher degree of integration, the opposite may be the case: An increasing complexity may well also increase ambiguity in our understanding of this line of work within the hospital sector. The working paper is written as part of the project «Legitimacy, Identity, Hierarchy: Strategic Communication in the Hospital Sector», which was headed by dr. art. Svein Ivar Angell, financed by the Norwegian Research Council and localized at the Uni Rokkan Centre.

# Informasjons- og kommunikasjonsarbeidets rolle i det reformerende sykehusvesenet – en diskusjon<sup>1</sup>

Norske sykehus befinner seg i et politisk felt som er gjenstand for stadig reformaktivitet (Byrkjeflot og Neby 2008). Vi vet også at i dette feltet, blir kommunikasjons- og informasjonsutfordringer gjerne pekt ut som sentrale elementer i forhold til både det å implementere endring og det å drive daglig virksomhet (for eksempel i forbindelse med samhandlingsreformen, se St.meld. nr. 47 (2008–2009)). Dette reflekteres også i praksis: Kommunikasjonsarbeid har fått en større og viktigere rolle i helsetjenestenes administrative apparater, i alt fra informasjonsformidling til omdømmehåndtering (Sataøen 2011). Dette notatet tar opp forholdet mellom reform, styring og ledelse på den ene siden og kommunikasjonsarbeid på den andre. Mer presist utforskes og diskuteres ulike mulige roller for informasjons- og kommunikasjonsarbeid i norske sykehus opp mot de politiske reformtankene og en del av de konkrete endringene som har preget systemet de to siste tiårene.

I teoretisk forstand følger styring og ledelse i norske sykehus en hierarkisk logikk der nasjonale politikere befinner seg på toppen av systemet og befatter seg med overordnede og prinsipielle spørsmål. De regionale og lokale foretakene etter sykehusreformen i 2002 fyller bestemte roller i utførelsen av et spesifikt samfunnsoppdrag: Å drifte norske sykehus på en kostnadseffektiv, målorientert og kvalitetsbevisst måte. I realiteten er denne situasjonen langt mer kompleks (Neby 2009). For det første binder sykehussystemet politikk, profesjon, forvaltning og befolkning i en nærmest uløselig knute (Opedal og Stigen 2005). Politiske ambisjoner vektes mot befolkningens opplevde behov for helsetjenester, og organisatoriske valg balanseres mot fagutøvelse og profesjonelt skjønn. For det andre finnes det demokratiske utfordringer knyttet til helseforetaket som organisatorisk løsning for statlig virksomhet (Byrkjeflot, Neby og Vrangbæk 2012), dels som resultat av at den formelle politiske innflytelsen over systemet bare er nasjonalt – og ikke regionalt eller lokalt – forankret. For det tredje er kostnadsvekst, kvalitetsbekymringer og pasienthensyn i sykehusene stadig skiftende størrelser i både politisk, medisinsk og administrativ sammenheng (Lian 2007). Til sist preger den samfunnsmessige, medisinske og teknologiske utviklingen over tid sykehusene på grunnleggende vis (Ibid.), for eksempel gjennom at pasientene har større tilgang til medisinsk kunnskap enn tidligere og ved at den medisinske utviklingen stort sett ligger i forkant av behandlingsregimene som de fleste institusjoner kan tilby. Denne kompliserte situasjonen danner bakteppet for norsk sykehuspolitikk og driften av spesialisthelsetjenesten. Det er videre slik at det finnes en rekke interne dynamiske forhold i sykehusene som påvirker mulighetene og begrensninger for reformprosjekter. I dette spennet mellom daglig drift og reform fyller kommunikatørene flere roller, der alt fra formidling av politiske virkemidler til foretakenes ansatte via krisehåndtering til omdømmeforvaltning er sentrale oppgaver (Wæraas et al. 2011a, Sataøen 2011).

---

<sup>1</sup> Dette notatet er skrevet i tilknytning til prosjektet *Legitimacy, Identity, Hierarchy: Strategic Communication in the Hospital Sector* ved Uni Rokkansenteret. Prosjektet var finansiert av Norges Forskningsråd.

På samme måte som sykehusenes hverdag ikke er ukomplisert, er reformbevegelsene som har preget norske sykehus de siste ti–femten årene heller ikke entydige og klare. Balansegangen mellom politisk sentralisering på den ene siden og administrativ og operativ desentralisering på den andre, er en av de grunnleggende problematiske dimensjonene ved disse reformene (Byrkjeflot og Neby 2008). Sykehusreformen fra 2002, som innførte foretaksorganisering og statlig eierskap på bekostning av demokratisk innflytelse på fylkesnivået, er kanskje den mest omtalte av disse reformene, men også innføringen av aktivitetsbasert finansiering fra 2001, enhetlig ledelse i 2002, og ulike pasientvalg/rettighetsendringer, finansieringsformer og kvalitetsforbedringstiltak på siste halvdel av 1990-tallet og tidlig 2000-tall er eksempler på reformer i en relativt intens endringsperiode for norske sykehus. En del kommentatorer peker på den helhetlige dreiningen av feltet som en norsk variant av en nyliberalistisk tenkning – New Public Management – der ideer om marked, konkurranse, målstyring og brukerorientering står sentralt (se f.eks. Opedal og Rommetvedt 2005, Lian 2007). Denne dreiningen har flere aspekter: Der noen peker på fordelene ved et mer målbart fokus på økonomi, resultatoppnåelse og kvalitet, peker andre på ulempene knyttet til kompleksitet, fragmentering og manglende helhetstilnærming (Neby 2009). Dette er ikke bare en beskrivelse av reformideer, men også en konkret balanseøvelse for aktørene i det norske sykehusfeltet: Overordnede politiske målsettinger, mer eller mindre konkrete styringssignaler, sykehuslederes tilnærming til ledelse, og det konkrete arbeidet som utføres skal avpasses.

Diskusjonen i dette notatet tar utgangspunkt i et av de viktigere tankesettene for reforminnsats i norske sykehus de to siste tiårene, New Public Management (NPM), og drøfter kommunikasjons- og informasjonsarbeidernes rolle i lys av dette. På den ene siden vet vi at informasjons- og kommunikasjonshverdagen i offentlig sektor og norske sykehus er en annen i dag enn for bare få år siden (Angell 2009, Sataoen 2011), og at det i dag stilles andre krav til informasjonsbehandling og kommunikasjon. På den andre siden bygger NPM på et løst definert – men like fullt identifiserbart – tankegods hentet fra nyliberalismen og økonomisk teori. Den konkrete utviklingen knyttet til informasjonsmengde, -teknologi og kommunikasjonsutfordringer møter dermed nyliberale tankesett gjennom reformene som er innført de senere årene.

I forbindelse med de nyliberale reformene som har preget det norske sykehussystemet i de senere år, er det liten tvil om at både substans og framturen, enveis informasjon og toveis kommunikasjon spiller en rolle. Imidlertid er det mer uklart hvordan dette foregår og hvordan en kan forklare den tydelige veksten i ressurser som brukes på informasjons- og kommunikasjonsarbeid – det er en utforskning av denne tematikken dette notatet forsøker å bidra til. Temaet som utforskes i dette notatet er derfor dels hvilken rolle informasjonsmedarbeidere og kommunikatører kan ha i en slik utvikling, og dels hvordan de selv ser på sin egen rolle i et slikt komplekst og omskiftelig system.

I konkretiseringen av denne tematikken, følger notatet tre distinkte spor. For det første diskuteres forholdet mellom markedstenkningen og informasjon/kommunikasjon: Når NPM-reformene forutsetter transparens og en mer åpen informasjonsutveksling, er det også slik at markedstenkningen som følger med NPM-reformene forutsetter et økt fokus på informasjons- og kommunikasjonsarbeid?



For det andre drøftes kommunikasjons- og informasjonsarbeidets rolle i forhold til systemets tillit i befolkningen: I en for så vidt tverrideologisk krisefortelling om den moderne velferdsstatens utfordringer, i hvilken grad kan informasjons- og kommunikasjonsarbeid knyttes til gjenreisningen, opprettholdelsen eller utviklingen av sykehussystemets tillit i befolkningen? For det tredje diskuteres kommunikasjons- og informasjonsarbeid i spennet mellom sentral kontroll og lokal autonomi, også med hensyn til en del av de nyere ledelses- og styringsverktøy internt i helseforetakene: I hvilken grad er informasjons- og kommunikasjonsarbeidets art avhengig av den relative avstanden mellom styrende og styrte, og nye styrings- og ledelsesverktøy?

Til sist føres en oppsummerende diskusjon som peker på noen av de overordnede dimensjonene knyttet til reform og styring på den ene siden, og informasjons- og kommunikasjonsarbeid på den andre. Et sentralt argument er at til tross for den relativt klare ambisjonen om at informasjons- og kommunikasjonsarbeidets rolle skal bidra til å løse kompleksitetsutfordringer og skape integrasjon, er det mulig at det motsatte er tilfelle: En stadig økende kompleksitet kan gi større uklarheter rundt forståelsen av denne typen arbeid i sykehussystemet.

## Metode, design

Formålet med dette notatet har vært å utforske og diskutere hva slags forståelse som kan legges på kommunikatørens rolle i det norske sykehussystemet fra et organisasjonsteoretisk/statsvitenskapelig perspektiv. Anvendelsen av overordnede perspektiver på de senere års reformer står sentralt, og dette balanseres opp mot et empirisk materiale som er todelt: For det første ble det samlet inn et skriftlig materiale som direkte angikk kommunikasjons- og informasjonsarbeid i norske sykehus, så som kommunikasjonsplaner, styrings- og strategidokumenter. For det andre ble det gjennomført telefonintervjuer av fem informasjons- og kommunikasjonsmedarbeidere i norske sykehus.<sup>2</sup> Informantene ble først og fremst ble spurt om hvordan de oppfatter sin egen rolle, hvordan de ser sin egen aktivitet i forhold til andre aktører i helsevesenet, og hvilke tema som er viktige for det arbeidet de utfører. Tre av informantene bidro med tilleggsinformasjon en stund etter at intervjuene ble gjennomført, på oppfordring fra forfatteren. Utvalget av strategidokumenter og kommunikasjonsplaner er knyttet til både det regionale og det lokale foretaksnivået, men dokumenter fra lokale helseforetak har primært vært samlet inn fra de samme organisatoriske enhetene som informantene tilhørte. Informanter, lokale og regionale foretak er anonymisert, av personvern hensyn.

Videre trekker notatet veksler på en rekke sekundære kilder og annet vitenskapelig arbeid. Dette gjelder spesielt forskningslitteratur om norske sykehus og reformer, og kommunikasjons- og informasjonsarbeid. Imidlertid har den samfunnsvitenskapelige forskningen på sykehus i Norge en rekke forskjellige utgangspunkt: Noe av litteraturen fokuserer på reformdynamikken (f.eks. Byrkjeflot og Neby 2008), noe mer direkte på NPM som premiss for endringene i sektoren (f.eks. Lægreid, Opedal og Stigen 2005, Christensen, Lægreid og Stigen 2006). Enkelte stiller med et implisitt kritisk standpunkt

---

<sup>2</sup> Informantene refereres til og skilles fra hverandre ved bokstaver A til E i dette notatet.

til de senere årenes utvikling (f.eks. Lian 2007), mens andre ser utviklingen som en mer spesifikk politisk dreining (f.eks. Berg 2005). Samtidig finnes det også en mer begrenset litteratur om informasjons- og kommunikasjonsarbeidet i norske sykehus (f.eks. Angell 2009, Sataøen 2011 og Wæraas et al. 2011a). Om New Public Management spesielt og reformer mer generelt, trekker dette notatet veksler på en svært omfattende litteratur som ikke nødvendigvis fokuserer på norsk helsetjenestene, men som i større grad er orientert mot å forstå og forklare dette tankesettet, dets opprinnelse og effekter (f.eks. Hood 1991 og Ferlie et al. 1996).

I denne sammensatte litteraturen er det flere ulike oppfatninger av hvordan reformer påvirker sykehussystemet, samt både avklarte og uavklarte oppfatninger av informasjons- og kommunikasjonsarbeid i dette feltet. Notatets innretning er slik at det ved hjelp av innsamlet empiri illustrerer en del av de spenningsforholdene som denne litteraturen peker på, og ved hjelp av disse illustrasjonene forsøker forfatteren så å si noe om mulige forståelser eller fortolkninger av rollen som informasjonsmedarbeiderne og kommunikatørene spiller i norske sykehus.

Notatet er utforskende i sin form, i den forstand at det har vært viktigere å identifisere interessante spenninger og problemstillinger enn å konkludere med konkrete funn. Drøftingen bygger i så måte på en utforskning av et empirisk felt som på den ene siden er «nytt og moderne» – men som på den andre siden har vært gjenstand for betydelig oppmerksomhet (ikke minst i samfunnsvitenskapelig forskning) de senere årene. Notatet bør derfor leses som et innspill til hvordan man kan forstå framveksten av informasjons- og kommunikasjonsarbeid i sykehussektoren, og som en drøfting av informasjons-, transparenss- og omdømmeproblematikken ut fra et statsvitenskapelig, organisasjonsteoretisk ståsted – der reform er et sentralt emne.

## Hva er kommunikasjons- og informasjonsarbeid?

En rekke ulike begrep og termer brukes i litteraturen for å få grep om kommunikasjons- og informasjonsarbeid og de som har kommunikasjons- og informasjonsoppgaver i arbeidet sitt. For den herværende drøftingen er det ingen uttalt ambisjon å rydde i jungelen av beslektede teorier, begrep og uttrykk. Leseren vil finne begrep som «informasjonsmedarbeider» og «kommunikatør», «omdømmehåndtering» og «PR-arbeid» om hverandre, avhengig av hvilken kontekst som skal framheves. Det er likevel fornuftig å framheve noen grunnleggende distinksjoner som kan kaste lys over kommunikasjons- og informasjonsarbeidets mangfoldige natur. Grunig og Hunt (1984) skiller mellom kommunikasjon som går én eller to veier, og mellom symmetri og asymmetri i kommunikasjonsprosessen. Som Sataøen påpeker, kan en derfor

... skilje mellom informasjon og kommunikasjon, der kommunikasjon er forstått som ei gjensidig samhandling om informasjon mellom to eller flere parter, medan informasjon kan karakteriserast som ein ein-sidig prosess der ein sendar via ein kanal overfører ein budskap til ein eller fleire mottakarar (2011:27).

Samtidig er det på det rene at informasjons- og kommunikasjonsarbeid kan tjene mange ulike funksjoner. Det er for eksempel forskjell på mer eller mindre teknisk viderefremming av intern informasjon innad i et helseforetak, og det å håndtere det

samme foretakets omdømme. Wæraas, Byrkjeflot og Angell (2011b:26) skiller i så måte mellom «substans» og «framtredden». Substans refererer til hva en organisasjon faktisk *gjør* og *er*, mens framtredden, ganske annerledes, handler om hvordan organisasjonen *framstår* og *hvilket inntrykk den gir*. Et lignende skille kan trekkes mellom informasjonsarbeid og kommunikasjonsarbeid som er internt rettet, og det arbeidet som er rettet mot en organisasjons omgivelser. Når det gjelder hva som på den ene siden er omgivelser og kontekst og hva som interne forhold på den andre, har de stadig sterkere kravene til økt *transparens* bidratt til en delvis utvisking av dette skillet (Levay og Waks 2006). Det betyr i praksis at hva som er omdømmehåndtering, informasjonsformidling eller kommunikasjonspraksis til enhver tid er gjenstand for diskusjon.

I forvaltningen av sykehusenes virksomhet omtales også informasjons- og kommunikasjonsarbeidet på flere ulike måter, gjerne med skiller som nevnt ovenfor. Et unntak er imidlertid det sentrale aktører gjerne omtaler som «styringsdialogen». Denne består av utforming, formidling, bearbeiding og tilbakemelding på styringsdokumentene som manifesterer relasjonen mellom staten som eier og helseforetakene som tjenesteprodusenter. Denne dialogen – som kan være både formell og uformell – danner grunnlag for mange av de valgene som gjøres i helseforetakenes kommunikasjons- og informasjonsavdelinger, i styrearbeid og i lederes operasjonalisering av overordnede målsettinger. Det er for det første verdt å merke seg at begrepet «styringsdialog» like gjerne kan omfatte enveis informasjon som toveis kommunikasjon, for det andre at denne dialogen tross alt preges av statens overordnede rolle som eier, og til sist at begrepet først og fremst er en betegnelse på den samlede informasjon og kommunikasjon som angår forholdet mellom de regionale og lokale foretakene på den ene siden og staten som sykehuseier på den andre.

## Reformer som utgangspunkt for diskusjon

Selv om informasjonsarbeid i norske sykehus ikke nødvendigvis må ses som en nyvinning (Angell 2009), er det enighet om at informasjonsarbeidets utbredelse – og dermed kommunikatørens rolle – har blitt større og viktigere i løpet av de siste 10–15 årene. Om vi følger Sataøen (2011:21–24), kan vi forstå en tiltagende vekst i informasjons- og kommunikasjonsarbeidets omfang fra flere ståsteder. For det første kan vi peke på ideen om at en økende informasjonstilgang og digitalisering av informasjon stiller større krav til hvordan en håndterer informasjons- og kommunikasjonsoppgaver i sykehusene, både internt og eksternt. Informasjonstilfanget og kommunikasjonsutfordringene kan tenkes å være mer sammensatte og utfordrende enn før, noe som igjen er en ledelses- og styringsutfordring som kommunikatørene ideelt sett kan bidra til å løse. I forlengelsen av dette finnes også et annet argument, nevnelig at «alt skjer i et større tempo enn tidligere» – noe som også tolkes dithen at behovet for en styrket håndtering av informasjons- og kommunikasjonsoppgaver øker i takt med behovet for blant annet å håndtere uforutsette hendelser og kriser (Lundquist 2010). Dette kan også føres tilbake til den teoretiske avstanden mellom den styrende og den styrte, i den forstand at den styrende ikke selv kan håndtere det nødvendige

informasjonstilfanget på mikronivå – men må overlate dette til personer med mer spesialisert kompetanse.

I et reformperspektiv er det imidlertid særlig interessant å påpeke en tredje mulig variant, der framveksten av en mer omfangsrik rolle for kommunikatørene i sykehusene henger sammen med den nyliberale dreiningen i reformtenkningen som har preget norsk offentlig sektor i om lag 20 år. Den New Public Management (NPM)-orienterte tilnærmingen er preget av to beslektede tankeganger: På den ene siden har et viktig tankesett vært knyttet til økonomisk teori og troen på organisatoriske løsninger inspirert av markedet og privat sektor, på den andre en grunnleggende tro på ledelse som en stadig viktigere del av offentlige organisasjoners virksomhet og som gjenstand for profesjonalisering (Christensen og Læg Reid 2001, Klausen 2001, Lian 2007). Begge disse tankesettene har to felles karakteristika: Det første aspektet er en grunnleggende instrumentalitet som er rettet mot et sett felles problemoppfatninger, og det andre aspektet er en notorisk uklarhet i utvalget av modeller og anbefalte løsninger. Det betyr to ting: For det første at disse reformtankene bygger på en antakelse om at offentlig sektors problemer, inkludert det norske sykehussystemets utfordringer, kan løses gjennom å implementere de «riktige» løsningene på rasjonelt vis, og – paradoksalt nok – for det andre at man innenfor NPM-paraplyen i praksis vil finne en rekke ulike og relativt vagt definerte teoretiske konsepter, modeller og løsningsforslag (Ferlie et al. 1996).

NPM-tenkningen bygger på en samtidig kritikk av tjenesteyting i offentlig sektor som i stor grad sammenfaller med en mer generell kritikk av staten – ofte referert til som «the failure of the state». Pierre og Peters (2000:61) skriver at:

Interestingly, in all major ideological perspectives the performance of the state during the period after the Second World War has been more or less disappointing.

Dette er en sammensatt kritikk, og det relative innholdet i kritikken varierer etter politisk ståsted. Like fullt retter den seg generelt mot statens og offentlig sektors oppgaveportefølje, ressursbruk, rekkevidde og omfang. Når det gjelder NPM-tenkningen, er denne kritikken koblet til den ideologiske troen på markedet som motor i samfunnsutviklingen. Disse tankeretningene tilskrives gjerne anglo-amerikanske røtter, igjen i Pierre og Peters' (2000:55) ord:

Mrs. Thatcher shared Reagan's belief that economic prosperity was hampered by too much political control and regulation of markets. For both, unleashing the market was an overarching political goal.

I norsk helsevesen fant det riktignok aldri sted noen grunnleggende etablering av frie markeder, men i løpet av 1990-tallet ble det like fullt implementert en rekke reformer og endringer med innhold som i utvidet forstand kan sies å være markedsinspirerte.

For norske sykehus sin del, var dette en utvikling med en rekke konkrete utslag. Før vi tar fatt på utforskningen av kommunikatørens og informasjonsmedarbeidernes rolle i sykehussystemet, er det et poeng å gi en kort framstilling av NPM-utviklingen i dette feltet. Det er ingen enkel øvelse å beskrive reformhistorien i norske sykehus, selv ikke om man legger et forenklet NPM-perspektiv til grunn (Neby 2009). En utfordring er at kontekstuelle faktorer spiller en viktig rolle, både i form av samtidige utfordringer og i

form av utviklingstrekk og faktorer med påvirkningskraft i lengre tidsperspektiv (Byrkjeflot og Neby 2008). Videre er det slik at *hvordan* man velger å fortelle reformhistorie har noe å si for hvilke analyser som kan føres og forventninger som kan postuleres. I det følgende presenteres en framstilling av NPM-reformene som i tid er avgrenset til å gjelde fra midten av 1990-tallet og fram til i dag, og som i kontekst avgrenses til å gjelde det norske sykehussystemet. Det er vektlagt å framheve sammenhengen mellom de mange ulike reformtiltakene og å berede grunnen for en drøfting av hvordan kommunikasjons- og informasjonsarbeid spiller en viktig rolle i denne utviklingen.

Mange av fortellingene om NPM-reformene i norske sykehus starter med idéer knyttet til pasientrettigheter og utfordringer med lange køer og ventetider. I 1990 (Sosialdepartementet 1990a) og 1997 (Sosial- og helsedepartementet 1997) innførte man ventetidsgarantier som en politisk inngripen i det som ble oppfattet som en for dårlig avvikling av ventelister og for å oppnå en mer ensartet prioriteringspraksis (Lian 2007). Disse garantiene ble raskt gjenstand for politisk diskusjon, og sykehusene hadde problemer med å oppfylle garantiene. I sammenheng med dette oppstod det en diskusjon som hadde et noe annet fokus enn de foregående diskusjonene om prioritering (f.eks. i forbindelse med Lønningutvalgene<sup>3</sup>), nevnelig diskusjonen om pasientenes rettigheter. Denne diskusjonen hadde flere fasetter: På den ene siden kretset diskusjonene rundt prioriteringstemaet og sykehusenes håndtering av pasienter med «rett til nødvendig helsehjelp», på den andre siden handlet det om mulighetene for å etablere et mer generelt og substansielt sett av rettigheter som skulle gjelde for pasienter ved norske behandlingsinstitusjoner. Utfallet av disse diskusjonene skulle bli lovgivingen om pasientrettigheter som kom først på 2000-tallet. Tre nye lover dels videreførte, dels videreutviklet pasientenes rettigheter – nevnelig pasientrettighetsloven, spesialisthelsetjenesteloven og helsepersonelloven.<sup>4</sup>

Med utgangspunkt i NPM-doktrinene, beskrives gjerne en overgang fra tanken om at *pasienter* behandles i helsevesenet, via en ide om pasienten som *bruker*, til tanken om pasienten som *kunde* (Lian 2007, se også Osborne og Gaebler (1992) om offentlig sektor generelt). Idéen om kunden, eller forbrukeren av offentlige tjenester, henger sammen med tankene om at offentlig sektors virksomhet kan konkurrere om pasientene – eller sagt på en annen måte, konkurrere om å tilby helsetjenester. I norsk sammenheng, siden sykehusene er offentlig eid og finansiert, betød det i praksis en simulering av markedsmekanismer. De to grunnleggende elementene i dette, er kombinasjonen av fritt sykehusvalg for pasientene og innsattsstyrt finansiering av sykehusene. Valgfriheten henger imidlertid like mye sammen med innføringen av pasientrettigheter som etableringen av markedsmekanismer, og den innsattsstyrte finansieringen er tett knyttet til økonomisk teori om virkningen av insentiver i streben etter høyere effektivitet og lavere kostnadsnivå. I samspillet mellom fritt sykehusvalg og innsattsstyrt finansiering er det slik at pengene følger pasienten på den ene siden, og på den andre at sykehusene i større grad blir tildelt inntekter på bakgrunn av faktisk aktivitet. Med andre ord: Når

---

3 Lønningutvalgene ga ut to utredninger, med ti års mellomrom – NOU 1987:23 og NOU 1997:18

4 Lov av 2. juli 1999 nr. 63 Lov om pasientrettigheter, Lov av 2. juli 1999 nr. 61 Lov om spesialisthelsetjenesten m.m., Lov av 2. juli 1999 nr. 64 Lov om helsepersonell m.m.

pasientene blir mobile, kreves mobile økonomiske midler. Likevel kan man vanskelig argumentere for at disse to elementene ble innført som ledd i en helhetlig tilnærming i Norge, da den innsatsstyrte finansiering for somatiske sykehus ble innført i 1997 etter lengre tids oppmerksomhet, diskusjon og utprøving – mens fritt sykehusvalg gjennom pasientrettighetslovgivingen ble innført i 2001. Innsatsstyrt finansiering hadde vært på den helsepolitiske agendaen siden midten av 1980-tallet, og ble foreslått allerede i 1987 (i NOU 1987:25). Tanken var at denne finansieringsformen skulle bidra til å øke behandlingsaktiviteten og bedre kostnadseffektiviteten (Lian 2007:93).

En tredje forutsetning for markedssimulering i norsk sykehussektor, var etableringen av helseforetakene gjennom sykehusreformen i 2002 – i lovs form.<sup>5</sup> Foretaksreformen, som den mer spesifikt kan betegnes, overførte det demokratiske ansvaret for norske sykehus fra fylkestingene og fylkeskommunene til staten og regjeringen, og etablerte et system med regionale og lokale helseforetak basert på statlig eierskap knyttet til Helse- og Omsorgsdepartementet (Sosial- og helsedepartementet 2001). I prinsippet er helseforetakene autonome organisatoriske enheter, blant annet med selvstendig ansvar for økonomi – noe som blant annet synliggjøres gjennom at foretakene følger privat regnskapsrett. Som private selskaper, ledes også foretakene gjennom et system av styrer og ledere, der både det lokale og det regionale ledernivået har et oppnevnt styre å forholde seg til. Eieren, staten, utøver sitt eierskap dels gjennom departementets eieravdeling, dels gjennom foretaksmøtet (som tilsvarende generalforsamlingen i aksjeselskaper), dels gjennom styringsbrev og dels gjennom direkte inngripen i enkeltsaker (som følger av den norske tradisjonen for ministerstyre).

Ledelsen av norske sykehus, og etter hvert helseforetak, har i seg selv vært gjenstand for reform. I 2001 ble alle norske sykehus pålagt å innføre et system for enhetlig ledelse (Byrkjeflot og Neby 2005, Nerheim 2008, Sveri 2008), der lederes handlingsrom ble utvidet og skillet mellom faglig og administrativ ledelse i teorien ble utvisket. Denne ledelsestilnærmingen var først og fremst motivert ut fra et ønske om styrbarhet, der ansvarliggjøringen av ledere tilrettela for større kontroll ovenfra (Byrkjeflot og Neby 2005:56). Ledelse innenfor NPM-tankegangen handler i stor grad om å sikre måloppnåelse og om kostnadseffektivitet, men siden sykehusfeltet er så politisert, profesjonsavhengig og tett knyttet til pasienters rettigheter og velbefinnende fordrer ledelse her noe mer enn driftskontroll og strategiske visjoner (Ibid.). Like fullt har visjoner, strategier og tilhørende dokumenter blitt en viktig del av helseforetakenes administrative portefølje av oppgaver, noe man gjerne kan se i sammenheng med helseforetaket som organisasjonsform og styringsrelasjonene mellom foretakene og politiske myndigheter spesielt og omgivelsene generelt.

Som en oppsummering kan det vanskelig hevdes at det både fasetterte og fragmenterte reformbildet peker i en entydig retning, ei heller synes det riktig å forstå den overordnede politiske tilnærmingen som programmatisk knyttet opp mot NPM-tankegangen (Neby 2009). Det ble det aldri opprettet noe reelt marked for sykehustjenester, til tross for innføringen av markedslignende mekanismer knyttet til økonomisk teori om insentiver og transaksjon som koordinerende mekanisme. Opprettelsen av helseforetakene markerer en klar inspirasjon fra privat sektors

---

<sup>5</sup> Lov av 15. juni nr. 93 Lov om helseforetak m.m.

løsninger, men innebar ingen privatisering. Innføring av enhetlig ledelse gjorde ikke sykehusene mindre gjenstand for faglige og profesjonsbaserte vurderinger. Hvordan kan vi knytte den tydelige framveksten av informasjons- og kommunikasjonsarbeid i helseforetakene til denne reformhistorien?

## NPM-erfaringer i norsk sykehussektor: Noen røde tråder for informasjons- og kommunikasjonsarbeidet?

For å håndtere spørsmålet om informasjons- og kommunikasjonsarbeidets rolle ut fra det vi vet om NPM-reformer i den norske sykehussektoren, er det nødvendig å trekke inn et sentralt aspekt ved NPM: Transparens. Denne idéen om synlighet eller gjennomskinnelighet ligger til grunn for flere sentrale aspekter ved NPM-paradigmet: Uten synliggjøring av kvalitet har ikke pasienten et grunnlag for å velge; uten synliggjøring av pris – eller mer presist kostnad – kan ikke helseforetakene forholde seg til insentivbasert økonomisk styring; uten synliggjøring av oppnådde direkte og indirekte resultater vanskeliggjøres lederens arbeid; uten synliggjøring av både output og outcome blir den overordnede politiske styringen fort detaljert og direkte heller enn prinsipiell og bred (Levay og Waks 2006).

Slik spiller det ikke så stor rolle om de NPM-inspirerte reformer faktisk har innført en markedsløsning eller ikke: Følger vi Sataøen (2011:103–104), gir den mer realistiske beskrivelsen «kvasi-marked» innhold til forskjellen mellom et system der aktørene opptrer profittmaksimerende og systemer der aktørene opptrer kostnadsminimerende – som i det norske sykehussystemet. I forlengelsen:

Nye konkurransesystemer legg også press på at sjukehusa skal kommunisere kva som gjer dei unike, spesielle og interessante for pasientar, qua kundar (ibid.).

Andre har vektlagt konkurranseaspektet mindre, men legger seg tett opp til en tilsvarende overgang fra tradisjonell forvaltning til en forretningsform, eller fra politikk til økonomikk (Berg 2005). Den første tråden som skal forfølges i denne diskusjonen er

- hvorvidt markedstenkningen som følger med NPM-tilnærmingene forutsetter et økt fokus på informasjons- og kommunikasjonsarbeid.

Samtidig er NPM-reformene i den norske sykehussektoren et svar på noe; de kan ses som et sett løsninger, koblet til et sett definerte problemer (Stigen 2005). Følger vi Pierre og Peters (2000) i tankegangen om at det eksisterer en grunnleggende kritikk uavhengig av ideologisk ståsted som innebærer at staten har feilet, ville en plausibel hypotese være at den moderne velferdsstaten har en legitimitetsutfordring. Kanskje kan det være slik at kommunikasjons- og informasjonsarbeid overfor sykehusenes og helseforetakenes omgivelser er knyttet til en gjenreisning eller bevaring av systemets legitimitet, eller mer presist; at man gjennom omdømmehåndtering og -bygging søker å positivt påvirke befolkningens tillit til sykehusene. På den måten følger det stadig mer omfangsrike

kommunikasjons- og informasjonsarbeidet NPM-reformene hånd i hånd; det kan tenkes at omdømmehåndtering kan ses som en del av løsningene – slik foretaksmodellen eller innsatsstyrt finansiering også kan beskrives som løsninger på definerte problemer. En slik tolkning av tillitsproblematikken bør også knyttes til at man forlot en løsning med mer regional og lokal politisk forankring, ved å la helseforetakene overta for fylkene. Den andre tråden som forfølges i den kommende diskusjonen er derfor

- hvorvidt informasjons- og kommunikasjonsarbeidet er knyttet til gjenreisningen, opprettholdelsen eller utviklingen av tillit i befolkningen som en konsekvens av offentlig sektors problemer.

I forlengelsen av denne tankegangen kan en også diskutere hvorvidt helseforetakene og sykehusene har et kommunikasjonsbehov som er tett knyttet opp mot selve den politiske styringen av dem. Som i forrige tråd er dette forbundet med kritikken av offentlig sektors evne til å løse sine oppgaver, men det kan og tenkes at den formelle avstanden mellom sentrale beslutningstakere og selve sykehussystemet fører til en økt betydning for informasjons- og kommunikasjonsarbeid. Den såkalte «styringsdialogen» er sentral for forståelsen av styringen av norske sykehus: Med innføringen av enhetlig ledelse, opprettelsen av helseforetakene og bruken av NPM-orienterte målstyringsverktøy er det også mulig å se for seg at det interne kommunikasjons- og informasjonsarbeidet er blitt viktigere. Enkelte studier påpeker at måling og evaluering av aktivitet i sykehusene har fått en større rolle som input til styring og ledelse (Byrkjeflot, Neby og Vrangbæk 2012, Levay og Waks 2006), der innsamling, bearbeiding og formidling av ulike typer informasjon foregår på flere nivå og tar flere retninger. Den tredje tråden som forfølges er dermed

- hvorvidt den relative avstanden mellom semi-autonome helseforetak og sentrale politiske beslutningstakere gjør både de formelle og uformelle informasjons- og kommunikasjonslinjene mer omfattende, viktigere, eller om de endrer karakter i takt med introduksjonen av nye styrings- og ledelsesverktøy.

Disse tre temaene – markedstenkningen, tillitsproblematikken, avstanden mellom sentrale beslutningstakere og helseforetakene og de nye ledelses- og styringsverktøyene – er retningsgivende for den følgende diskusjonen, som er basert på hva vi vet om sykehusutviklingen gjennom NPM-inspirert reform, en del av forskningen på informasjons- og kommunikasjonsarbeid i sykehussystemet og offentlig sektor i de senere år, og det innsamlede materialet knyttet til nettopp dette notatet.

### **Kvasi-markedet, «kunden» og tjenestetilbyderen**

Med sykehusreformen i 2002 kom en økning i satsing på strategisk kommunikasjon og omdømmehåndtering (Byrkjeflot og Angell 2007), ikke minst på grunn av at det ble

... stilt store forventninger til at sykehusene skulle konkurrere om pasienter og ressurser (Byrkjeflot og Angell 2011:124).



Reformen opprettet helseforetakene, som skulle nyte godt av en større selvstendighet og rådeevne enn tidligere tiders sykehusorganisasjoner hadde hatt. I utvidet forstand handler denne autonomisering om noe mer enn beslutningstaking og delegasjon av ansvar, skal man tro Brunsson og Sahlin-Andersson (2000). Autonome offentlige organisasjoner trenger ikke bare formell beslutningsevne og klare mandater, de må også *framstå* som autonome – gjerne med tydelig identitet og godt omdømme. I NPM-tenkningen, dog noe karikert for den norske situasjonen, er tanken at kunden – altså pasienten – kan operere i et marked, der flere autonome aktører kappes om å tilby sine tjenester til kunden. I norsk sammenheng betyr pris lite eller ingenting for pasienten, siden det er det offentlige som betaler for tjenesten og helsevesenets organisasjoner som bærer kostnadene over sine budsjetter, såkalt tredjepartsfinansiering (Evensen 2009). Man kan derimot forvente at en del av informasjons- og kommunikasjonsarbeidet i helseforetakene bygger på en antakelse om at ryktet eller renomméet som et helseforetak eller sykehus har, vil spille en viss rolle for pasientens utøvelse av fritt sykehusvalg.

Byrkjeflot og Angell (2011) har analysert omdømmehåndtering og strategisk kommunikasjon i norske helseforetak, og konkluderer om kommunikasjonsplaner at

Formålet ser også ut til å være å forbedre inntrykket omgivelsene har av tjenestetilbudet, heller enn å oppfylle lovens krav og å oppfylle de mest basale forventninger (ibid.:127).

Følger vi denne tankegangen, er det altså viktig for foretakene at omgivelsene har det riktige – eller det mest passende – inntrykket av tjenestetilbudet, hvilket som står i en viss kontrast til en mer nøytral idé om at det er informasjon om det faktiske tjenestetilbudet som skal danne grunnlaget for pasientens valg. Dermed stilles pasientene – eller kundene – som skal velge sykehus overfor et dobbeltsidig sett av informasjon: På den ene siden er den grunnleggende informasjonen om hva slags tjenestetilbud som finnes hvor, ventetider og tilgang, og på den andre siden finnes det informasjon som er tilpasset eller bearbeidet slik at pasienten skal ha det riktige inntrykket av tjenestetilbyderen. Det er altså et teoretisk skille mellom informasjon om hva slags tjenestetilbud som finnes, og hvordan dette tjenestetilbudet oppfattes.

Røvik (2007:196) definerer omdømmehåndtering som bevisste tiltak for presentasjon av organisasjonen overfor aktører i omgivelsene; det vesentlige hensynet er å styrke disse aktørenes oppfatning av og tillit til organisasjonen. I dette ligger det en instrumentalitet, i den forstand at informasjons- og kommunikasjonsarbeidet – i vår sammenheng – skal påvirke relasjonen mellom foretak og omgivelser på en slik måte at det er til foretakets gunst. Med andre ord: Hvis omgivelsene har tillit til helseforetaket, vil flere pasienter velge behandling der; hvis flere pasienter gjør det, øker foretakets inntekter. Samtidig er det ikke bare informasjons- og kommunikasjonsarbeiderne som gjennom kommunikasjon forbinder sykehuset med omgivelsene. Også andre ansatte, ledere, politikere og ikke minst pasienter spiller en rolle i etableringen av et helseforetaks omdømme i kvasi-markedet. I et av intervjuene kommer det også fram at instrumentaliteten i omdømmearbeidet ikke er så enkel som den framstår. Omdømmehåndtering og strategiarbeidet knyttet til dette ble oppfattet som en viktig del av en kommunikasjonsfaglig tilnærming til det å styre det aktuelle foretaket, men et

sentralt problem var knyttet til det å ha kontroll over både selve tiltaket og effekten av det:

Vi har jo tenkt at vi kan jobbe med å få folk i hele sjukehuset til å tenke på det som faktisk står i strategiene våre. Likevel, eller når det kommer til stykket, så vet jo ikke vi hva som skjer eller hvordan sjukepleieren tenker at det hun sier til en pasient om sjukehuset har noe å si for om folk synes vi er åpne eller ikke... Jeg vet jo at leger og sjukepleiere her ikke alltid snakker pent om hverandre, ikke sant, og hva tenker pasienten da, liksom. Og det er jo flere steder i foretaket også, så vi vet jo ikke hva de sier og gjør på en eller annen avdeling på sjukehuset i [anonymisert], selv om det kanskje er jobben vår å få til noe der og.<sup>6</sup>

Satt på spissen ser det ut til at en del av utfordringen er at kommunikasjonsarbeiderne har en «kontroll over» sine egne tiltak, strategier og planer – men de har mindre kontroll på andre interne aktørers handlinger og utsagn, og liten kontroll på disse andre aktørenes relasjon til omgivelsene. Samtidig forhindrer ikke dette at det utarbeides informasjons- og reklamemateriell som er rettet mot både interne og eksterne aktører. En informant sa:

Altså, om vi lager brosjyrer og infomateriell som skal til pasientene, mener jeg, er det like viktig at alle i sykehuset vet hva som står der, ... og helst enda mer. Hvis at legen ikke er enig i info'en vi lager, er det vanskelig, eller problematisk.<sup>7</sup>

Dette kan tyde på at det rent kommunikasjonsfaglig er ønskelig med samsvar mellom indre og ytre kommunikasjon, men også på at det kan tenkes å være en avstand mellom de hensyn som tas av f.eks. medisinsk personell og de oppgavene som er utadrettede og markedsorienterte. I praksis speiler skillet mellom det interne og det eksterne på denne måten også et skille mellom det faktiske og det ønskede: Der informasjons- og kommunikasjonsarbeiderne jobber utadrettet mot omgivelsene, forsøker man å etablere en ønsket oppfatning av helseforetaket som pasientene og befolkningen har tillit til – men for at denne ønskede oppfatningen skal ha den tilsiktede effekten, må den også stemme med den interne virkeligheten. På den måten er det også en glidende overgang mellom identitets- og merkevarebygging, likeens som overgangen mellom markedsføring og omdømmehåndtering ikke er absolutt og klar.

I en full undersøkelse av forholdet mellom informasjons- og kommunikasjonsarbeidet og markedstenkningen i NPM-reformene, ville det vært viktig å undersøke hvordan pasientene – eller kundene – forholder seg til sykehusene. Det har det ikke vært rom for i forbindelse med dette notatet, men i intervjuene ble informantene spurt om hva de tenkte om informasjons- og kommunikasjonsarbeid rettet mot pasienten som bruker av helsetjenester. Markedsløsninger kan ses som et system for fordeling, der kundenes betalingsvilje og -evne i prinsippet styrer godefordeling (Lian 2007:74), men i det norske sykehussystemet er koblingen mellom det å betale for tjenesten og det å utøve valg koblet fra hverandre. Tredjepartsfinansieringen fjerner dermed den grunnleggende koblingen mellom «kunde» og «produsent», det transaksjonsbaserte forholdet. Pris, eller kostnad, blir derfor ikke en

---

6 Informant E.

7 Informant A.

særlig viktig del av informasjonen som kunden trenger for å utøve sin rett til å velge. En informant var tydelig på dette:

Det finnes jo sikkert en prislapp, eller mange, men det er ... ja. Vi prøver å si at vi er gode og trygge og flinke til det vi gjør, og at den informasjonen vi gir fra oss forteller om kvalitetene vi har og ikke hvor mye penger det koster.<sup>8</sup>

Samtidig er pasientenes valg av sykehus, altså mobiliteten som er grunnlaget for kvasi-markedet, knyttet til flere av helsetjenestenes nivåer, og ikke bare til relasjonen mellom helseforetakene og sykehusene på den ene siden og pasientene på den andre. Eksempelvis spiller fastlegene en viktig rolle for formidling av informasjon om valgmuligheter, blant annet fordi de spiller en «portvaktrolle» ved å sluse pasientene inn i mer spesialiserte deler av helsesystemet. Men Norheim og Carlsen (2003) peker på hvordan fastlegenes portvaktrolle etter hvert har fått mindre å si, dels fordi pasientene selv besitter en større kompetanse om egne muligheter og ikke minst sin egen helse, og dels fordi også fastlegene befinner seg i en konkurransesituasjon der flere pasienter betyr høyere inntekter. Pasientene har dermed større tilgang til utvidede helsetjenester enn tidligere, og setter større krav til helsevesenet angående hva de ønsker og mener de har rett på. Pris- og kostnadselementet spiller liten rolle for pasienten, siden finansieringen kommer fra tredjepart. En mulig konsekvens av dette kan være at informasjons- og kommunikasjonsarbeidet i sykehus ikke kan betraktes som «reklamefolk» med utgangspunkt i en tradisjonell forståelse av et marked, men heller som en kobling mellom helsetjenestens ulike nivåer i hverdag som er like mye preget av kvalitetsdiskursen som av transaksjonsbaserte mekanismer. Dermed åpnes muligheten for at informasjonsarbeidets rolle i følge med kvasi-markedet like gjerne kan beskrives som et samhandlingsverktøy som markedsføring eller omdømmehåndtering.

Dette understreker noe flere har pekt på i den generelle utviklingen av NPM-lignende reformtiltak, nevnelig at utviklingen over tid har vist en dreining vekk fra det svært sterke fokuset på kostnadseffektivitet til et tydeligere fokus på kvalitet (se f.eks. Lian 2007:124–141). Det betyr at framstillingen av et foretak som kvalitetspreget og beskrivelser av tjenester som gode blir sentrale for å skape pasientmobilitet gjennom fritt sykehusvalg. Den grunnleggende informasjonen om hva man får for pengene (markedsføring) blir irrelevant for pasienten, mens det avgjørende blir informasjonen om hun faktisk *kan* velge og mellom hvilke alternativer (samhandling/koordinering) og at hun kan velge mellom foretak som jobber for å etablere *tillit* til seg selv (omdømmehåndtering). Man kan derfor stille spørsmål om markedstenkningens ide om at markedsføring er viktig utfordres av tanken om at det er tilliten til systemet som spiller størst rolle. Byrkjeflot og Angell (2011:124–125) beskriver hvordan fokus i konferansene Informasjonsforum For Sykehus (IFS) er flyttet fra markedsføringsinspirerte diskusjoner i 2003 til omdømmebygging i 2007, og slik hvordan kommunikasjonsarbeidernes eget fokus har dreid seg vekk fra konkurransediskursen som preget situasjonen rett etter foretaksreformen.

---

<sup>8</sup> Informant B.

## Offentlig sektors utfordringer og tillitsproblemet

I forlengelsen av diskusjonen om omdømmehåndtering i kvasi-markeder, ligger også en diskusjon om befolkningens generelle tillit til helsesystemet. Før foretaksreformen var fylkestinget en grunnleggende kanal for lokal- og regionalpolitisk innflytelse over norske sykehus og muligheten for å plassere ansvar var politisk definert (Byrkjeflot, Neby og Vrangbæk 2012). I den nåværende situasjonen ligger den politiske innflytelseskanalen for den jevne pasient og borger på det nasjonale nivået, og er først og fremst knyttet til nasjonale Stortingsvalg. Til tross for re-introduksjonen av politikere i helseforetakenes styrever, mangler en formell lokal eller regional demokratisk innflytelseskanal. Samtidig engasjerer sentrale politikere seg direkte i relativt detaljerte saker, f.eks. gjennom media (Neby 2012) og gjennom økt bruk av parlamentariske virkemidler som for eksempel spørsmål til Stortinget (Opedal og Rommetvedt 2005).

For kommunikasjonsarbeidet i norske helseforetak er dette knyttet til grensesnittet mellom det som er interne forhold og det som skjer i omgivelsene. Flertallet av helseforetakene driver medieovervåking (Kjekshus og Bernstrøm 2010), samtlige har nettstedet med nyhetssider beregnet på eksterne aktører. Mediedekningen av forhold og enkeltsaker knyttet til foretakene legger beslag på en god del av oppmerksomheten for *enkelte* av informasjonsarbeiderne i norske sykehus:

Og vi gjør forskjellige ting. Jeg har en kollega som stort sett håndterer det som skjer i media og rundt oss, men hun jobber så tett med ledelsen og ikke så mye med oss, fordi media er en annen oppgave, og en oppgave med et annet fokus enn for eksempel strategiarbeid og internkommunikasjon som jeg jobber mest med.<sup>9</sup>

Dette antyder at kommunikasjons- og informasjonsarbeidet har flere sider, der noe anses som ledelsesoppgaver og er eksternt rettet, mens andre aspekter ved arbeidet oppfattes som interne og administrative. Flere av informantene, og en del av de interne strategidokumentene, peker imidlertid på viktigheten av samsvar mellom intern og ekstern virksomhet.

Tilliten til norsk forvaltning har generelt vært vurdert som høy (Norris 1999). Samtidig viser en del forskning hvordan NPM-inspirerte reformer gjerne bygger på en instrumentell logikk som er mindre konsensus- og tillitsorientert enn det norske systemet har vært, om det ikke er snakk om dreining i retning av mistillitsbaserte styringsløsninger: Mange av de sentrale mål- og resultatstyringsverktøyene hevdes å bygge på en grunnleggende mistillit til at underordnede aktører kan stoles på, fordi de primært forfølger sine egne interesser (Boston m.fl. 1996, Christensen og Læg Reid 2001, Self 2000). Dette skaper en utfordring, fordi den samme NPM-utviklingen forutsetter økt transparens. Dermed blir de mistillitsbaserte systemene synlige og mulig å diskutere, en åpenhet som har potensiale til å skape et press mot helseforetakene: Når dårlige resultater, katastrofal økonomi, ledelsesmessige utfordringer eller styringsproblemer løftes fram i lyset, forutsetter også omdømmearbeidet at ekstra innsats må settes inn – slik at tilliten til systemet og den enkelte organisasjon kan berges, styrkes eller videreføres.

---

<sup>9</sup> Informant A

Når interne problemer løftes fram og blir eksterne utfordringer, genereres medieoppmerksomhet på en annen måte enn ved «normaltilstanden». Det vil si at media etablerer krisefortellinger om helseforetakene som fortelles til et bredt publikum. Slike saker er med på å forme befolkningens oppfatning av helseforetakene: Vi vet for eksempel at selv om norske pasienter stort sett er svært fornøyde med behandlingen de har fått på sykehus og møtet med profesjonelle helsearbeidere, rapporteres det om et synkende generelt tillitsnivå når det gjelder befolkningens oppfatning av systemet som helhet (ref.). Det er i dette spennet at informasjons- og kommunikasjonsarbeidet befinner seg. På den ene siden skal kommunikatørene ivareta den retten eller tilgangen til opplysninger om interne saker og kunnskap om foretakets virksomhet som befolkningen har krav på, men på den andre siden skal de også sørge for at det bildet som tegnes av foretaket i omgivelsene ikke er feilaktig eller til ulempe i for stor grad. Solbakk (2011) beskriver hvordan dette arbeidet mer eller mindre har resultert i et nytt «kommunikasjonsparadigme» som ikke bare handler om å håndtere informasjonsasymmetri, men representerer en respons på legitime krav fra omgivelsene. Når man benytter mistillitsbaserte styringsformer, øker kravet til transparens og innsyn; for å avgjøre hvorvidt man har tillit til en institusjon, kreves informasjonstilgang om alle aspekter ved institusjonen.

Medietrykk, åpenhetspress, og brukerorientering. Det kommer tydelig fram at utviklingen mot omdømmehåndterende sykehus kan tolkes som noe mer enn «bare» en trend. Disse utfordringene og endringene kan sies å ha skapt et behov for en ny profesjon i sykehussektoren, kommunikasjonsprofesjonen (ibid.:192).

En informant svarte på spørsmål om hvilken rolle tillitsproblematikk spilte for arbeidet han gjorde:

Jeg vet ikke helt, dette er jo om legitimitet. Vi er jo det offentlige, liksom, og staten må drives på riktig måte, mener jeg, altså sykehuset. Men så er ikke alt like bra hver gang, og da jobber vi for å vise at vi er bedre enn vi er på vårt dårligste, om du skjønner ... at ikke alt er elendighet.<sup>10</sup>

Utsagnet kan tolkes slik at legitimitet er knyttet til arbeidet som faktisk utføres ved sykehusene, altså at om foretaket produserer gode tjenester og har god kvalitet på arbeidet de utfører, blir legitimiteten større. Det forutsetter imidlertid at legitimiteten springer ut av selve kjernevirksomheten ved sykehuset, hvilket ikke trenger å være tilfelle. Tillit kan like gjerne være knyttet til den generelle oppfatningen av et foretak over lengre tid, til den politiske debatten rundt sykehussektoren, eller til grunnleggende ideer om hvilke tjenester som skal tilbys befolkningen i velferdsstaten. Det noe ad hoc-pregede bildet som denne informanten tegner trenger altså ikke være avgjørende for et helseforetaks tillit, og omdømmehåndtering blir likeens bare et av flere elementer som sammen kan bidra til å skape tillit (Brønn 2011:36).

Det er liten tvil om at dette er et sentralt område for de som jobber med utadrettet kommunikasjonsarbeid i norske sykehus. På den måten kan man se omdømmearbeid som et ledd i det skape en slags «buffer» mellom mistillit og tillit, i den forstand omdømmearbeidet tenkes å begrense muligheten for negative konsekvenser av

---

<sup>10</sup> Informant B

befolkningens oppfatning av sykehusene når det stormer som verst. I forlengelsen av dette kan man også se for seg omdømmehåndtering som en slags forebyggende aktivitet, der et sentralt moment er å unngå potensielle legitimitetskriser knyttet til institusjonene i systemet. Imidlertid eksisterer det norske sykehussystemet i en grunnleggende politisert virkelighet (Neby 2009), der også andre momenter påvirker befolkningens oppfatninger av systemet. De senere årenes mange reformer understreker dette, fordi den direkte koblingen til politikk framheves gjennom reforminitiativ som reflekterer den politiske diskursen rundt helsevesenet. Denne diskursen og reformene som springer ut av den, har igjen konsekvenser for informasjons- og kommunikasjonsarbeidet i helseforetakene.

## Avstanden mellom politisk kontroll og lokal autonomi: Nye styrings- og ledelsesverktøy

Forholdet mellom politisk virksomhet og sykehusdrift har også en annen side, som forbinder tillitsdiskusjonen med en mer teknisk eller operativt orientert side ved styringen av helseforetakene. I sykehusreformen var et sentralt virkemiddel den såkalte «eierstyringen», som tilsa en viss avstand mellom det sentrale politiske beslutningsnivået og virksomheten som sykehusene skal stå for. Dette er en tanke vi finner igjen i NPM-tenkningen, der politikk på den ene siden forutsettes å spille en overordnet og prinsipiell rolle og den utførende virksomheten tenkes å være fleksibel og autonom, basert på ideen om at «den kjenner best hvor skoen trykker, som har den på» (Christensen og Læg Reid 2001). Styringen av sykehusene er tett knyttet til det man gjerne kaller for «styringsdialogen» mellom Helsedepartementet og de regionale helseforetakene, og for så vidt igjen mellom de regionale og de lokale foretakene. Gjennom såkalte styringsbrev, finansielle tildelinger etter forskjellige prinsipper, foretaksmøtet og et system for revisjon og tilbakeføring av informasjon om virksomheten søker man å finne en balansen mellom å la foretakene forvalte sin egen virksomhet og å styre den samme virksomheten i ønsket retning.

I foretakene utarbeides det strategiplaner og tiltakspakker som skal sørge for politikken gjennomføres i tråd med politiske ønsker og målsettinger. Disse planene og tiltakene er et av de mer sentrale arbeidsområdene til informasjons- og kommunikasjonsmedarbeidere i norske sykehus. Selv om de selv ikke rår over innholdet i planene, er gjerne arbeidet med å konkretisere, publisere og forankre dem tett knyttet til kommunikasjonsarbeid. En av de mer frittalende informantene sa følgende om sin egen rolle i styringsdialogen og i forbindelse med utarbeiding og formidling av strategiplaner:

Jeg mener, hos oss ... og sikkert ellers og, at ledelsen eller politikken ikke ville påvirket organisasjonen vår, i hvert fall det vi gjør, uten ordentlig kommunikasjonsarbeid. Altså, noen må jo si hva en skal høre på, ikke sant?<sup>11</sup>

Tanken ser ut til å være at informasjonsarbeidet er en direkte forbindelse mellom det operative arbeidet i foretaket og de politiske signalene som går fram av styringsdialogen. Denne forbindelsen må bunne i oppfatningen av informasjonsarbeidet er viktig for koordinering av alle de handlinger som foregår på ulike nivå i sykehussystemet, med

---

11 Informant D.

andre ord at kommunikatørene bidrar til å løse kollektive handlingsproblemer: Hva gjør vi, hvem skal gjøre det, når skal det skje, og på hvilken måte?

Det betyr ikke at det er opp til informasjonsmedarbeiderne å treffe beslutninger som angår disse emnene, men heller at de spiller en rolle i det å omsette den nødvendige informasjonen til praksis. Utarbeiding og formidling av strategiplaner og tiltak, tilbakeføring av informasjon til overordnede organer, utarbeidelse av rapporter, instruksjer og rutiner var blant de tingene som flere av informantene påpekte som helt sentrale for arbeidet sitt, selv om de fleste anser foretakenes ledelse som viktigere for planens innhold. I forbindelse med et spørsmål om hvordan de jobbet med strategiplaner, sa en informant:

Vi jobber kanskje mest med form, og formulering og formidling. Innholdsbeslutninger er ikke min sak, i alle fall.<sup>12</sup>

Denne virksomheten er noe annet enn omdømmehåndtering og tillitsproblematikken, og mer orientert mot de praktiske utfordringene knyttet til det å drive moderne (og reformerte) sykehus. Det interessante er at en mer intens sentralisering av sykehuspolitikken øker den politiske oppmerksomheten mot selv ganske detaljerte sider ved helsetjenesten (Neby 2012), og at det generelle kravet til økt transparens dermed også gjelder på detaljnivå (Sahlin-Andersson 2006). Konsekvensen er at det utvikles nye måter å håndtere informasjon på, og nye måter for å la informasjon spille en viktigere rolle.

Ved innføring av enhetlig ledelse var en grunnleggende tanke at helhetsansvaret for hvert enkelt nivå i sykehussystemets strukturelle arkitektur skulle tilhøre en enkelt leder. Det vil si at ansvar for medisinsk behandling, administrasjon og økonomi ble sammenføyd og plassert et sted på hvert nivå; fra foretakenes styrer til ledere på avdelingsnivå (Sveri 2008). Skillet mellom faglig, administrativ og økonomisk ledelse ble i teorien opphevet. En slik endring av ledelsestilnærmingen medfører også endringer i informasjons- og kommunikasjonsarbeidet, fordi rapporteringskrav og -form endrer seg med forandringer i både avsender- og mottakerenden. Granskningsmetodikk kan tenkes å bli viktigere (Sahlin-Andersson 2006), fordi innhenting, aggregering, sammensetting og formidling av informasjon om virksomheten kan bli lederens fremste formelle kommunikasjonsmiddel ut over daglig kontakt med overordnede. Strategiplaner operasjonaliseres, og man benytter styringsverktøy som krever rapportering langs indikatorer av ulike slag. Uthenting av informasjon og utarbeiding av rapporterbart materiale er en viktig oppgave for informasjonsmedarbeiderne, skal vi tro informantene:

Jeg bruker mye tid på å sette sammen info til forskjellige folk i sykehuset, eller altså foretaket (...) og noen skal sende et notat til avdelingssjefen om aktiviteten på en sengepost, avdeling, eller direktøren har blitt bedt om å levere noe til styret, og så lager vi rapporter og info til ledelse ut fra forskjellige bestillinger.<sup>13</sup>

Et eksempel på en tilbakevendende problematikk i norske sykehus, er utilfredsstillende kodepraksis i forbindelse med DRG-systemet og den aktivitetsbaserte finansieringen (Læg Reid og Neby 2012). Disse styringsverktøyene forutsetter en håndtering av

---

12 Informant B

13 Informant C

informasjon som innebærer et visst rom for fortolkning og et visst behov for skjønnsmessige vurderinger blant involverte parter i helseforetakene. I en gjennomgang av kodepraksis i norske sykehus, påpekte Helsedirektoratet og de fire regionale helseforetakene at et av de største problemene var upresise retningslinjer, og at dette var en direkte utfordring for informasjonsarbeidet som forbinder styringsinformasjon ovenfra med institusjonell praksis i sykehusene (Helse Sør-øst m.fl. 2011). Systemet med aktivitetsbasert finansiering er et konkret eksempel på et nytt styringsverktøy som er implementert med basis i NPM-tankegangen. Kombinasjonen av kostnadskontroll, effektivitetsøkning og insentivtankegang er tett knyttet til ideen om et (kvasi-)marked, der bytteforholdet mellom tjeneste utført og kostnad dekket er grunnlagt i en transaksjonsorientert styringslogikk.

Også her kan man se informasjonsarbeid som et sentralt ledd i den koordinerende aktiviteten: All koding og aggregering av aktivitetsdata er i realiteten styringsinformasjon, på samme måten som utarbeidelse av strategiplaner og tiltakspunkter er det. Det betyr at informasjons- og kommunikasjonsmedarbeiderne er involvert i styring både *ex ante* og *ex post*: I utarbeidelsen av strategidokumenter legges planer for fremtiden, i rapporteringen av aktivitetsdata er det gårsdagens aktivitet som er i sentrum. Skillet mellom *ex ante*- og *ex post*-styringsformer er sentrale i NPM-tankegangen, der det til en viss grad forutsettes at politisk inngripen skal være prinsipiell og orientert mot å peke ut en overordnet kurs: Når *ex ante* policy skal være overordnet og bred, kanaliseres detaljene til påfølgende *ex post* kontroll. Informasjons- og kommunikasjonsarbeidet ser ut til å spille en rolle i begge ender av styringsdialogen.

I denne sammenheng er det også på sin plass å påpeke det som gjerne kalles omdømmehåndtering, en spesifikk del av informasjons- og kommunikasjonsarbeidet som er knyttet opp mot å håndtere institusjoners relasjoner til omgivelsene – der den grunnleggende ideen er at institusjoner henter store deler av sin legitimitet fra omgivelsenes oppfatninger av dem. Institusjonens framtrede blir altså like viktig som dens aktiviteter eller grunnleggende *raison d'être* (Wæraas et al. 2011b:19). Deler av informasjons- og kommunikasjonsarbeidet sirkler rundt etablering av en identitet som er synlig i omgivelsene, en understreking av det særegne ved den enkelte institusjon, overvåkning og håndtering av medieoppmerksomhet og lignende aktiviteter. I dette ligger en oppfatning av at virksomhet og eksistensgrunnlag dels kan legitimeres i omgivelsene (Ibid.). En utfordring ved dette, i et styringsperspektiv, er utfordringen overordnede myndigheter kan tenkes å møte i styringen av underordnede institusjoner som etablerer egne, selvdefinerte identiteter og som lykkes å forankre disse i omgivelsene. Paradokset er at selv om institusjonens legitimitet kan tenkes å bli større, er det mulig at styrbarheten blir mindre – hvilket i seg selv kan være en legitimitetsutfordring.

## Kompleks virkelighet, uklar rolle for kommunikasjons- og informasjonsarbeidet?

De ulike formene for informasjons- og kommunikasjonsarbeid har en grunnleggende dimensjon til felles med reformtankegangen: I begge ligger en grunnleggende



instrumentalitet. Der reformer kan ses som store, planlagte endringer som skal sette systemer i stand til å møte nye utfordringer gjennom strukturelle og funksjonelle endringer til «noe bedre», er informasjons- og kommunikasjonsarbeidet på samme måte en virksomhet som skal påvirke prosesser og oppfatninger på positivt vis – slik at man sikrer riktig informasjonstilfang for beslutninger, legitimitet i omgivelsene eller styrbarhet for overordnede. I denne sammenhengen skal vi la den store diskusjonen om reformtankenes vellykkethet i dette henseende ligge, og heller fokusere på informasjons- og kommunikasjonsarbeidet. Den foregående diskusjonen om informasjons- og kommunikasjonsarbeidets rolle har vært orientert rundt tre tematiske fokus: Markedstenkningen, tillitsproblemet og relasjonene mellom autonomi, kontroll og styring.

I diskusjonen om markedstenkningen i NPM-paradigmet og informasjonsarbeidet, var et sentralt poeng, satt på spissen, at man for sykehusenes del ikke nødvendigvis kan snakke om en reklamefunksjon. Transaksjonsforbindelsen mellom kunde/pasient og selger/helseforetak brytes av tredjepartfinansieringen og det statlige eierskapet. Like fullt jobbes det ut fra en instrumentell tankegang, der det er koordinerings- eller samhandlingsaspektet som blir det viktige: Når pasientene har større kunnskap og tydeligere krav «på vei inn i sykehusene», blir det et vesentlig oppdrag for informasjonsarbeidet å påvirke forholdet mellom oppfatning og realitet, både overfor konkrete pasientgrupper og overfor omgivelsene generelt. Å minske oppfatningen om gapet mellom det mulige og umulige i helsetjenestene er viktig.

Vi finner igjen en tilsvarende motivasjon i arbeidet med reformer i helsevesenet: Det såkalte «helsegapet» svarer til den til enhver tid eksisterende avstanden mellom det som er medisinsk *mulig* å gjennomføre og som den kresne pasient ønsker seg på den ene siden, og det som er økonomisk, politisk og medisinsk *forsvarlig* å gjennomføre på den andre (Lian 2007:21–40). Gjennom reform forsøker vi å redusere denne avstanden; ved å finne nye måter å organisere, finansiere og prioritere på, er målsettingen generelt å øke standarden og omfanget på tilbudte helsetjenester innenfor forsvarlige økonomiske, politiske og medisinske rammer. Informasjons- og kommunikasjonsarbeidet knyttes til dette arbeidet i gjennom en serie konfliktfylte oppgaver, som igjen kan si noe om hvilken rolle dette arbeidet har i det reformerende norske sykehussystemet.

Informasjonsarbeidet spiller en sentral rolle for utviklingen og anvendelsen av idealet om økt transparens, noe som dels handler om ledelses- og styringsinformasjon, dels om kontrollinformasjon, dels om tillits- og omdømmebygging. Mye av dette arbeidet foregår internt i helseforetakene, men store deler av arbeidet er også ekstern rettet mot å håndtere forholdet til omgivelsene. Det betyr at profesjonaliseringen av informasjons- og kommunikasjonsarbeid nødvendigvis må ta flere retninger (Røvik 2011), der de enkelte områdene hver for seg eksisterer i spenningsfylt virkelighet. For eksempel har det vært argumentert for at informasjons- og kommunikasjonsarbeid er knyttet til ledelsesfunksjonene i helseforetakene. På den ene siden er det ingen tvil om at dette er riktig, mens det på den andre siden ikke er slik at denne koblingen er entydig og uproblematisk. Med NPM-tankegangen fulgte en profesjonalisering av ledelse, slik det også har funnet sted en profesjonalisering av kommunikasjonsarbeidet. Denne profesjonaliseringen bidrar potensielt til å skape en avstand mellom politisk styring og aktiviteten i helseforetakene, fordi deler av kommunikatørens arbeid er knyttet opp

mot å håndtere informasjonsstrømmen *inn og ut* av helseforetakene, både informasjon som er relevant for styringsdialogen og informasjon som har som formål å etablere gitte oppfatninger av foretakene i omgivelsene – omdømmebyggingen.

Paradoksalt nok kan man se for seg at dette kan bidra til å øke motsetningene mellom de styrende og de styrte i sykehussystemet, om det blir slik at helseforetakene eksisterer som separate institusjoner i et felt av sykehusorganisasjoner som ikke bare kjemper om oppmerksomhet, men om den riktige oppmerksomheten. Transparensidealet har slik sin begrensning (Solbakk 2011), fordi streben etter åpenhet forutsetter en styrt informasjonstilgang for omgivelsene – noe som igjen strukturerer og begrenser den samme åpenheten.

På samme måte er informasjons- og kommunikasjonsarbeidets rolle som koordineringsinnsats uklar. Der man på den ene siden kan argumentere for at en profesjonalisering av informasjonsvirksomheten kan bidra til en bedre integrering mellom helsetjenestens ulike nivåer, institusjoner og prosesser, kan det argumenteres for at omdømmehåndtering og -bygging bidrar til å etablere tydeligere skiller mellom «oss» og «de andre», framheve enkeltinstitusjoners profil eller identitet på bekostning av andre. Slik sett er fragmentering en mulig konsekvens av det som opprinnelig ble beskrevet som en instrumentell innsats for integrering av systemets bestanddeler. Et lignende motsetningsforhold ligger i omdømmehåndteringsens potensiale for å generere mistillit der formålet i prinsippet er å genere tillit: Årsaken til det er at

... tilliten til statlige institusjoner forutsetter politisk og demokratisk styring og en moralsk troverdig forvaltning (...) Videre forutsetter det at det er sammenheng mellom ulike saksområder og nivåer, noe som gjør at ikke alle statlige oppgaver kan plasseres i autonome organisasjoner og avgrenses fra hverandre en gang for alle (Byrkjeflot 2011:68).

Med utgangspunkt i dette er det vanskelig å tilskrive informasjons- og kommunikasjonsarbeidet i norske sykehus noen enkelt bestemt oppgave eller rolle. Snarere ser det ut til å være slik at dette arbeidet – som det nå uomtvistelig gjøres mer av – går inn i en allerede kompleks virkelighet, der potensialet til informatørene ser ut til å være like vanskelig å definere som å avskrive. Arbeidet gjøres med utgangspunkt i en grunnleggende instrumentalitet, men det er heller ikke unikt for denne typen arbeid eller de involverte yrkesgruppene. Generelt kan man kanskje hevde at informasjons- og kommunikasjonsarbeidet gjennom sine mange fasetter bidrar til å øke den allerede store kompleksiteten i sykehusfeltet, hvilket i neste omgang gir en viss rolleklarhet. Arbeidet utføres innenfor – og dels med formål om å utbedre – flere problematiske spenningsforhold, så som å avpasse forholdet mellom interne og eksterne oppfatninger av helseforetakene, å håndtere og etablere både mistillit og tillit, å styre transparens og hindre lukkethet, og å fasilitere styring og etablere autonomi.

## Litteratur

- Angell, S.I. (2009): Strategic communication and Haukeland Hospital i A. Andresen, T. Grønlie, W. Hubbard og T. Ryymin (red.) (2009), *Healthcare Systems and Medical Institutions*. Oslo: Novus Press
- Berg, O. (2005): *Fra politikk til økonomikk. Den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel*. Oslo, Den Norske Legeforenings skriftsserie.

- Boston, J., J. Martin, J. Pallot and P. Walsh (1996): *Public Management: The New Zealand Model*. Auckland, Oxford University Press.
- Brunsson, N. og K. Sahlin-Andersson (2000): «Constructing Organizations: The example of Public Sector Reform». *Organization Studies*, 21 (4), s. 721–746.
- Brønn, P.S. (2011): Forståelse av omdømme i offentlig sektor. I A. Weraas, H. Byrkjeflot og S.I. Angell (red.) *Substans og framturen. Omdømmehåndtering i offentlig sektor*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Byrkjeflot, H. (2011): Et kritisk blikk på omdømmeblikket. I Angell, S.I., Byrkjeflot, H. og Weraas, A. (red.) *Substans og framturen. Omdømmehåndtering i offentlig sektor*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Byrkjeflot, H. og S.I. Angell (2007): Dressing up hospitals as enterprises? I Kjær, P. og Slaatta, T. (red.) *Mediating Business. The Expansion of Business Journalism*. København, Copenhagen Business School Press.
- Byrkjeflot, H. og S.I. Angell (2011): Omdømmehåndtering og strategisk kommunikasjon i sykehus. I Angell, S.I., Byrkjeflot, H. og Weraas, A. (red.) *Substans og framturen. Omdømmehåndtering i offentlig sektor*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Byrkjeflot, H. og S. Neby (2005): Norge i Norden: Fra etterløper til pioner i reformering av sykehussektoren? I S. Opedal og I.M. Stigen (red.) *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Byrkjeflot, H. og S. Neby (2008): «The end of the decentralized model of healthcare governance? Comparing developments in the Scandinavian hospital sectors». *Journal of Health Organization and Management*, 22 (4), 331–349.
- Byrkjeflot, H., S. Neby og K. Vrangbæk (2012): «Changing accountability regimes in hospital governance: Norway and Denmark compared». *Scandinavian Journal of Public Administration*, 15/4, s. 3–23.
- Christensen, T. og Lægred, P. (red.) (2001): *New Public Management. The Transformation of Ideas and Practice*. Aldershot, Ashgate.
- Christensen, T., Lægred, P. og Stigen, I.M. (2006): «Performance Management and Public Sector Reform: The Norwegian Hospital Reform». *International Public Management Journal*, 9/2, s. 113–139.
- Evensen, S.A. (2009): Et helsevesen uten grenser. I K. Haug, O.M. Kaarbøe og T. Olsen (red.) *Et helsevesen uten grenser*. Oslo, Cappelen Akademisk.
- Ferlie, E., L. Ashburner, L. Fitzgerald, og A. Pettigrew (1996): *The new public management in action*. Oxford, Oxford University Press.
- Grunig, J.E. og T. Hunt (1984): *Managing Public Relations*. Chicago, Holt Rinehart and Winston.
- Helse Sør-øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord (2011): *Nasjonal internrevisjon av medisinsk kodepraksis*. Oslo, Internrevisjonene i de regionale helseforetakene.
- Hood, C. (1991): «A Public Management for All Seasons?» *Public Administration*, 69/1, s. 3–19.
- Kjekshus, L.E. og V. Bernstrøm (2010): *Helseforetakenes interne organisering og ledelse – INTORG 2009*. HERO Skriftserie 4–2010, Oslo, Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo.
- Klausen, K.K. (2001): New Public Management – en fortolkningsramme for reformer. I T. Busch, E. Johnsen, K.K. Klausen og J.O. Vanebo (red.) *Modernisering av offentlig sektor. New Public Management i praksis*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Levay, C. og C. Waks (red.) (2006): *Strävan efter transparens. Granskning, styrning och organisering i sjukvårdens nätverk*. Stockholm, SNS Förlag.
- Lian, O. (2007): *Når helse blir en vare. Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*. 2. utgave. Kristiansand, Høyskoleforlaget.
- Lundquist, (2010): *Strategisk omvårdsanalys vid myndigheter*. Forskningsrapport 2010/2. Stockholm, Institutet för framtidsstudier.
- Lægred, P. S. Opedal og I.M. Stigen, (2005): «The Norwegian Hospital Reform: Balancing Political Control and Enterprise Autonomy». *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30/4, s. 1027–1064.
- Lægred, P. og S. Neby (2012): *Innovations in public management and gaming the system: The case of activity based financing in Norwegian hospitals*. Paper presented at the 2012 IPMN conference on Innovations in Public Management for Combating Corruption 27–29 June, 2012, Honolulu, Hawaii.

- Neby, S. (2009): *Institutional Reform and Governance in the Scandinavian Hospital Fields. The dynamics of and between change and control*. PhD-avhandling. Institutt for Administrasjons- og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen.
- Neby, S. (2012): *NPM vs. WoG in Norwegian healthcare: Accountability issues arising from a decade of health sector reforms*. Paper til EGPA 2012, SWG VI "Governance of public sector organizations".
- Nerheim, S.T. (2008): *Hvem skal lede? Nasjonal profesjonsdebatt og lokale erfaringer ved innføring av enbetlig ledelse i helseforetak*. ATM Skriftserie 10–2008. Bergen, Uni Rokkansenteret.
- Norheim, O.F. og B. Carlsen (2003): *Legens doble rolle som advokat og portvakt i fastlegeordningen. Evaluering av fastlegeordningen*. Rokkannotat 19–2003. Bergen, Uni Rokkansenteret.
- Norris, P. (1999): *Critical Citizens. Global Support for Democratic Governance*. Oxford: Oxford University Press.
- NOU 1987:23 *Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*
- NOU 1987:25 *Sykebusstjenester i Norge*
- NOU 1997:18 *Prioritering på ny*. Gjennomgang av retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste.
- Osborne, D. og T. Gaebler (1992): *Reinventing government. How entrepreneurial spirits are transforming the public sector*. Reading, Addison-Wesley.
- Opedal, S. og H. Rommetvedt (2005): *Foretaksfrihet eller Stortingsstyring? I I.M. Stigen og S. Opedal (red.) Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Opedal, S. og Stigen, I.M. (red.) (2005): *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Pierre, J. og B.G. Peters (2000): *Governance, Politics and the State*. London, Macmillan.
- Røvik, K.A. (2007): *Trender og translasjoner: Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Røvik, K.A. (2011): *Analyse av komminkatorenes innmarsj i offentlig sektor*. I A. Wæraas, H. Byrkjeflot og S.I. Angell (red.) *Substans og framturen. Omdømmehåndtering i offentlig sektor*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Sahlin-Andersson, K. (2006): *Transparensens former*. I C. Levay og C. Waks (red.) *Strävan efter transparens. Granskning, styrning och organisering i sjukvårdens nätverk*. Stockholm, SNS Förlag.
- Sataoén, H.L. (2011): *Frå folkeopplysning til omdømmehåndtering? Om institusjonalisering og kommunikasjonsarbeid i norske sykehus*. PhD-avhandling. Sosiologisk Institutt, Universitet i Bergen.
- Self, P. (2000): *Rolling Back the State. Economic Dogma & Political Choice*. New York, St. Martin's Press.
- Solbakk, M.N. (2011): *Omdømmehåndtering i sykehussektoren. Hvorfor og hvordan?* I A. Wæraas, H. Byrkjeflot og S.I. Angell (red.) *Substans og framturen. Omdømmehåndtering i offentlig sektor*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Sosial- og helsedepartementet (1997): *Forskrift om ventetidsgaranti*. (I-0887 B).
- Sosial- og helsedepartementet (2001): *Om lov om helseforetak m.m.*
- Sosialdepartementet (1990a): *Forskrift om ventelisteregistre og prioritering av pasienter*. Rundskriv I-43/90.
- Stigen, I.M. (2005): *Innledning*. I I.M. Stigen og S. Opedal (red.) *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen, Fagbokforlaget.
- St.meld. nr. 47 (2008–2009): *Sambhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 19. juni 2009, godkjent i statsråd samme dag.
- Sveri, T. (2008): *Strukturer og reformer*. En kvalitativ analyse av reformen «enhetlig ledelse» sett i lys av sykehuset arbeidsorganisering. ATM Skriftserie 4–2008. Bergen, Uni Rokkansenteret.
- Wæraas, A., H. Byrkjeflot og S.I. Angell (red.) (2011a): *Substans og framturen. Omdømmehåndtering i offentlig sektor*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Wæraas, A., H. Byrkjeflot og S.I. Angell (2011b): *Dilemmaer i omdømmehåndtering: Substans og framturen*. I Wæraas, A., Byrkjeflot, H. og Angell, S.I. (red.) *Substans og framturen. Omdømmehåndtering i offentlig sektor*. Oslo, Universitetsforlaget.