

ATM

Autonomy, Transparency and Management

Reform dynamics in health care: a comparative research program

Tone Jeanette Berntsen

Å være eller å framstå

-En studie av omdømmebygging i Helse Bergen

ATM – Skriftserie
Nr. 28/2008

 **Rokkansenteret**
STEIN ROKKAN SENTER FOR FLERFAGLIGE SAMFUNNSSTUDIER

 **POLIS**
Politikk, Organisasjon og Ledelse i
Spesialiserte kunnskapsorganisasjoner

ATM- skriftserie er en nettbasert publikasjonsserie med nyttigvelser av hovedfagsoppgaver, masteroppgaver, avhandlinger og paper som er produsert i tilknytning til ATM –prosjektet ved Rokkansenteret i perioden 2003 – 2008.

Forord

Jeg vil benytte anledningen til først og fremst å takke min veileder Anne Lise Fimreite. Takk for konstruktiv oppfølging gjennom skriveprosessen. Jeg vil også takke Haldor Byrkjeflot for inspirerende samtaler. I tillegg vil jeg takke Per Læg Reid som stilte opp i innspurten. Takk til Hege Gjessing for korrekturlesing. Jeg er også mine informanter en stor takk skyldig. En spesiell takk til Gunnar for humoristiske innslag i hverdagen og for hjelp med oppgaven underveis. Til slutt vil jeg takke familien min for oppmuntring og støtte.

Tone Jeanette Berntsen

Bergen, 16. juni 2008

Forord

Autonomi, Transparens og Management (ATM) Et forskningsprosjekt omkring ledelse og organisering i helsetjenestene

Ansvar for sykehusene i Norge ble fra og med 1. januar 2002 overført fra fylkene til staten. Fem regionale helseforetak ble etablert. I tillegg er det gjennomført reformer som omfatter alt fra pasientrettigheter til finansieringsordninger til enhetlig ledelse. Formålet med ATM-prosjektet ved Rokkansenteret er å studere slike reformer og endringsprosesser i den norske helsesektoren. I studiet av de aktuelle reformene brukes de tre begrepene Autonomi, Transparens og Management.

Med AUTONOMI siktes det til ambisjonen om å etablere autonome organisasjonsenheter og resultatenheter på lavere nivå, samtidig som man sentraliserer eierskapet til stater og regioner. TRANSPARENS; her siktes det til ambisjoner om å redusere kostnader og bidra til pasientens frie valg gjennom tiltak for økt grad av gjennomsiktighet og innsyn i ressursbruk og kvalitet. Den tredje typen reformambisjoner dreier seg om å innføre MANAGEMENT – det vil si at det skal utvikles en mest mulig profesjonell og entydig lederrolle på alle nivåer i helsevesenet. Samlet sett bidrar disse reformambisjonene til et sterkt press for omstilling, samtidig som konsekvensene på det praktiske planet er tildels motstridende og uoversiktlige.

I prosjektet gjøres det analyser av ulike former for organisasjon og ledelse, blant annet med hensyn til mulige konsekvenser for effektivitet, kvalitet og legitimitet i helsetjenestene. Det gjøres sammenligninger med Sverige og Danmark med sikte på å oppnå bedre forståelse for de aktuelle endringsprosessene. Det praktiske siktemålet med prosjektet er å utvikle forskningsbasert kunnskap omkring helsevesenets struktur og historie, bidra til å forstå aktuelle endringsprosesser og hvordan reformer ”virker” i praksis. Det er også et mål å bidra til kompetanseutvikling innenfor organisasjon og ledelse i helsevesenet, slik at helseinstitusjonene kan forbedre tjenesteytingen og kommunikasjonen mellom foretakene og befolkningen.

I prosjektet har det vært utviklet forskningsgrupper, nettverk og forskningsseminar der både praktikere, forskere og studenter har deltatt. Formidling av resultater fra forskningen skjer fortløpende på nettsidene til prosjektet (Se <http://www.polis.no>). Der formidles også resultater fra internasjonale forskningsseminarer og prosjekter der forskerne på ATM-prosjektet inngår, samt at det orienteres om åpne forskningsseminarer, formidlingsseminar og nettverksseminar.

Haldor Byrkjeflot
Prosjektleder

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	6
1.1 Tema	6
1.2 Begrepsavklaringer	7
1.2.1 Omdømme	7
1.2.2 Omdømmehåndtering	8
1.2.3 Strategisk kommunikasjon	8
1.2.4 Omdømme og markedsføring	9
1.2.5 Omdømme og image	9
1.2.6 Omdømme og identitet	10
1.3 Problemstilling	11
1.4 Begrunnelse for problemstilling	11
2.0 Kontekst	13
2.1 New Public Management	13
2.1.1 To søyler i NPM	14
2.2 Reformers	15
2.2.1 Innsatsstyrt finansiering av sykehus (ISF).....	15
2.2.2 Utvidede pasientrettigheter	16
2.2.3 Foretaksorganisering av sykehus.....	17
2.3 Reformers og trender	18
2.4 Omdømmehåndtering i sykehussektoren	20
2.5 Statlig informasjonspolitikk	22
2.6 Oppsummering av kontekstkapittel	22
2.7 Gangen i oppgaven	23
3.0 Teoretisk rammeverk	24
3.1 Omdømmehåndtering	24
3.1.1 Strategisk kommunikasjon	26
3.1.2 Merkevarerbygging.....	28
3.2 To analytiske tilnærminger til studiet av omdømmebygging i Helse Bergen	29
3.2.1 Verktøyperspektivet.....	29
3.2.2 Symbolperspektivet	32
3.3 Relasjonen mellom perspektivene	37
3.4 Oppsummering av teorikapittel.....	38

4.0 Metodisk tilnærming.....	39
4.1 Kvalitativ forskningsmetode.....	39
4.2 Casestudie.....	40
4.2.1 Generaliserbarhet ved casestudier.....	40
4.3 Datagrunnlag.....	40
4.3.1 Intervju.....	41
4.3.2 Dokumentanalyse.....	44
4.4 Datakvalitet.....	46
4.4.1 Reliabilitet.....	46
4.4.2 Validitet.....	47
4.5 Oppsummering av metodisk tilnærming.....	48
5.0 Det omdømmeorienterte helseforetak.....	49
5.1 Omdømmehåndtering – strategisk satsingsområde?.....	50
5.2 Omdømmeprojektet.....	52
5.2.1 Bakgrunn for Omdømmeprojektet.....	52
5.2.2 Formålet med prosjektet.....	53
5.2.3 Omdømmebegrepet.....	54
5.2.4 Prosjektgruppen i omdømmeprojektet.....	54
5.2.5 Prosjektrapport.....	55
5.2.6 Resultater fra undersøkelsen.....	55
5.2.7 Tiltak presentert i prosjektrapport.....	57
5.2.8 Informantenes vurderinger av og erfaringer med omdømmeprojektet.....	60
5.2.9 Informantenes erfaring.....	63
5.3 Medietreningskurs.....	65
5.3.1 Deltakernes erfaringer.....	70
5.3.2 Informantenes vurderinger.....	72
5.3.3 Medietreningskurset som omdømmehåndtering.....	73
5.4 Kommunikasjonsstrategi og retningslinjer for mediekontakt.....	78
5.4.1 Formålet.....	78
5.4.2 Kommunikasjonsstrategi før og nå.....	79
5.4.3 Retningslinjer før og nå.....	80
5.4.4 Informantenes erfaringer og vurderinger.....	81
5.4.5 Kommunikasjonsstrategi og retningslinjer for mediekontakt som omdømme.....	84
5.5 Oppsummering av empirikapittel.....	86

6.0 Analytiske betraktninger	88
6.1 Omdømmebygging i Helse Bergen.....	88
6.2 Omdømmebygging i lys av verktøyperspektivet	90
6.2.1 Omdømmeprojektet	90
6.2.2 Medietreningskurs	92
6.2.3 Kommunikasjonsstrategi	93
6.3 Omdømmebygging i lys av symbolperspektivet.....	94
6.3.1 Omdømmeprojektet	94
6.3.2 Medietreningskurs	96
6.3.3 Kommunikasjonsstrategi	98
6.4 En kompleks sammenkjedning	99
6.5 Oppsummering av analysekapittel.....	102
7.0 Oppsummerende betraktninger.....	103
7.1 Hovedfunn.....	103
7.1.1 Tiltakene som uttrykk for omdømmehåndtering	103
7.1.2 Innføring av organisasjonsoppskriften omdømmehåndtering som verktøy eller symbol	104
7.2 Forslag til videre forskning	105
Litteraturliste.....	107
Vedlegg 1	111
Vedlegg 2	112
Vedlegg 3	113

1.0 Innledning

1.1 Tema

I løpet av de siste ti årene har det innenfor helsesektoren blitt vedtatt og iverksatt store reformer. Utviklingen har medført at sykehusene nå i mye større grad enn tidligere må forholde seg til sine omgivelser, og at det ikke lenger anses som passende, formålstjenlig eller tilstrekkelig å opptre som en tradisjonell offentlig organisasjon eller kun som en nødvendig del av et nasjonalt helsesystem (Byrkjeflot og Angell 2007, 2008). Sykehusreformen med sin innføring av foretaksorganisering førte til et sterkere fokus på pasientene som kunder i et marked og et større krav til foretakenes serviceinnstilling overfor pasientene (Holme 2006:7). Fritt sykehusvalg og styrking av pasientrettigheter krever at sykehuset kommuniserer aktivt med sine omgivelser for å oppnå tillit hos ulike aktørgrupper (Holme 2006:8). Disse utviklingstrekkene har ført til en hardere konkurranse mellom helseforetakene om pasienter og ressurser, og man ser tendenser til at helseforetakene til en viss grad opptrer tilsvarende som bedrifter eller foretak i det private marked (Byrkjeflot og Angell 2007). Det er i dette bildet omdømmehåndtering¹ kan ses som et virkemiddel for å styrke tilliten til det enkelte helseforetak i befolkningen.

Den nye situasjonen har medført at helseforetakene må være mer synlige for omgivelsene sine, og informasjonsoppgavene har således blitt et viktig tema. Prioriteringen av informasjonsvirksomheten har ført til at denne har blitt utbygget og spesialisert som en enhet for å ivareta organisasjonens omdømme gjennom strategisk kommunikasjon (Holme 2006). I følge Byrkjeflot og Angell (2008) er sykehusene – spesielt lederne og informasjonsavdelingene – meget opptatt av sitt omdømme. Nesten alle sykehus har opprettet egne informasjonsavdelinger, som igjen har ført til endringer for hvordan sykehusene kommuniserer sitt budskap og sine mål, enten dette er til offentligheten, til de ansatte eller til helseprofesjonene generelt. Funnene underbygges av studier foretatt av Wæraas og Østhus (2007) som avdekker en økende interesse for egen organisasjonsidentitet og omdømme blant helseforetakene, ved et stadig økende bruk av virkemidler for å uttrykke hvem de er og hva de står for.

¹ Omdømmehåndtering, omdømmebygging og forvaltning av omdømmet vil bli brukt som synonymer i oppgaven.

Utviklingen i media er en faktor til at sykehusene i dag er under press. Man ser at foretakene oftere blir holdt ansvarlige av samtlige interessenter, slik vi så under den såkalte "Kristina-saken" i Bergen. Saken gjaldt 4 år gamle Kristina Hjartåker som ble innlagt på intensivavdelingen natt til 14. september 2005, etter at hun ble kritisk skadet i et jordras i sitt eget hjem på Hatlestad terrasse. Uenigheten som oppstod mellom sykehus og far om avslutning av behandling av den kritisk syke 4-årige jenta fikk stor medieoppmerksomhet². Saken er et eksempel på hvordan media er med på å forme omgivelsenes oppfatninger av virksomheten.

Oppgavens tema er omdømme og omdømmehåndtering i helseforetak med et særlig fokus på innføring av organisasjonsoppskriften omdømmehåndtering i Helse Bergen. Jeg tar for meg hvorvidt innføringen kan forklares ved at oppskriften benyttes som et verktøy for å gjøre Helse Bergen mer effektiv, i den forstand at det er noe organisasjonen er, eller ut i fra normer i omgivelsene som fører til at oppskriften adopteres som et symbol på den moderne organisasjon, og hvordan organisasjonen fremstår i omgivelsene. Innledningskapittelet³ vil klargjøre vesentlige begrep som benyttes regelmessig gjennom oppgaven, samt gi en forståelse av omdømmebegrepet i forhold til beslektede begrep. Videre vil også oppgavens problemstilling presenteres, herunder tilnærmingen til fenomenet omdømmebygging i Helse Bergen ved en presentasjon av problemstillingen. Avslutningsvis vil det bli gitt en begrunnelse for valget av oppgavens problemstilling.

1.2 Begrepsavklaringer

1.2.1 Omdømme

Omdømme defineres av Wæraas (2004:62) som "*summen av omgivelsenes oppfattede erfaringer med organisasjonen*". Oppfatningene kan variere i ulike grupper og segmenter, og en organisasjon kan således ha flere omdømmer (Bromley 1993:44, Dowling 2001:29). Finnes det kommunikasjonskanaler og overlappende medlemskap mellom ulike grupper i samfunnet, kan informasjonen og påvirkningen også bli overført fra en gruppe til en annen og på den måten bli spredt til hele samfunn (Holstein-Beck 2004:11). Siden gruppene vil variere når det gjelder størrelse og innflytelse, vil noen interessentgrupper være viktigere for en organisasjon enn andre interessentgrupper. Ut fra et markedssynspunkt bør en organisasjon

² Internavis, Helse Bergen, Hospitalet nr 1, 2007

³ Gangen i oppgaven vil først bli presentert avslutningsvis i kontekstkapittelet

hovedsakelig konsentrere seg om de grupper i samfunnet hvor oppfatningene vil være av størst betydning for organisasjonen (Bromley 1993:45), imidlertid uten å ignorere visse interessentgrupper (Dowling 2001:42)

Et godt omdømme er en form for symbolsk kapital en organisasjon kan trekke på (Kvåle og Wæraas 2006:44). Organisasjoner fremstiller seg som attraktive og positive, i hensikt å skape et bestemt bilde eller omdømme av seg selv i omgivelsene (Kvåle og Wæraas 2006:49). Videre skaper et veletablert omdømme tillit blant interessentgruppene. Et godt omdømme vil også kunne gi organisasjonen tilgang til de beste leverandørene, ettersom det er mer prestisjefyllt å jobbe ved en slik organisasjon. Ved en krise eller skandale kan et godt omdømme føre til at organisasjonen får en "ekstra sjanse" (Dowling 2001).

1.2.2 Omdømmehåndtering

Omdømmehåndtering refererer til den aktive forvaltningen av omdømmet. Omdømmet kan påvirkes og forandres, forverres og forbedres gjennom mer eller mindre planmessig grep, for eksempel gjennom endring av rutiner, og prosedyrer, igangsetting av nye tiltak osv. Røvik (2007:196) definerer omdømmehåndtering som "*tiltak rettet inn mot bevisst, planmessig presentasjon av en organisasjon overfor relevante aktørgrupper i omgivelsene med sikte på å styrke disses oppfatninger av - og tillit til organisasjonen*". Vi kan dermed si at "alle" organisasjoner har omdømme, men ikke alle bedriver strategisk omdømmehåndtering.

1.2.3 Strategisk kommunikasjon

Det økende fokus på omdømmehåndtering i sykehussektoren har ført til at sykehusene må tenke mer strategisk i forhold til deres kommunikasjon med omgivelsene. I den forbindelse har strategisk kommunikasjon blitt en stadig viktigere del av styringen av helsevesenet, blant annet som en konsekvens av foretaksorganisering, markedsorientering, aktivitetsbasert finansiering og et sterkere fokus på pasientrettigheter og fritt sykehusvalg. Helseforetak og helseinstitusjoner bruker i stadig større grad ressurser på å utvikle, organisere og styre kommunikasjonsprosesser både i forhold til media, offentlighet, ansatte og pasienter (Byrkjeflot og Angell 2007). I tråd med "reputation management", som er et konsept som i sin tid ble utviklet av konsulenter som i all hovedsak betjener forretningsdrivende virksomheter, skal det være et samsvar mellom det budskapet som blir kommunisert innad og utad. Videre blir det ofte framhevet at de ansatte nå er den viktigste ressursen til å formidle et godt

omdømme til omverden (Fombrun og Riel 2004). Strategisk kommunikasjon blir således et sentralt element i forsøket på å skape et godt omdømme.

1.2.4 Omdømme og markedsføring

Røvik betegner omdømmehåndtering som en hovedtrend innenfor organisasjonstenkning som kommer til uttrykk i et utvalg av nokså forskjellige ideer, blant annet om merkevarebygging, kommunikasjonsstrategier, organisasjoners samfunnsansvar, design av visuelle symboler osv. Fellesnevneren er at det handler om ideer og grep for å presentere organisasjoner på mest mulig fordelaktige måter overfor ulike aktører i omgivelsene (Røvik 2007:195).

Omdømmehåndtering omfatter langt mer enn et tradisjonelt begrep om markedsføring, i betydningen det at en organisasjon promoterer et bestemt produkt eller en tjeneste ovenfor potensielle kunder. For det første dannes og håndteres omdømme i forhold til langt flere aktørgrupper i omgivelsene enn "bare" kunder. Her nevner Røvik media som en av de viktigste aktørgruppene. For det andre skapes en organisasjons omdømme av langt mer enn kun omgivelsenes reaksjoner på dens produkter og tjenesters pris og kvalitet. Omdømmet skapes også ut i fra vurderinger om hvorvidt organisasjonen etterlever lover og regler, og om man lever opp til forventningene om hvordan den tidsriktige og effektive organisasjon skal se ut, herunder organisasjonsformer, prosedyrer og rutiner. Videre hvordan man håndterer spørsmål som lett påkaller offentlighetens oppmerksomhet, eksempelvis etiske problemstillinger organisasjonen må ta stilling til (Røvik 2007:195).

1.2.5 Omdømme og image

Mens image gjerne refererer til det umiddelbare inntrykk som skapes av en organisasjon, for eksempel som følge av en kortvarig informasjons- eller reklamekampanje, er omdømme mer et resultat av den verdibedømming som skjer av og i en organisasjon over relativt lang tid (Grey og Balmer 1998, Wæraas 2004). Videre er omdømme et mer positivt ladet begrep enn image. Det begrep som innholdsmessig korresponderer best med organisatorisk omdømme er sannsynligvis organisatorisk legitimitet. Dette begrepet omhandler graden av aksept og tillit som relevante aktører i omgivelsene har til organisasjonen. Parsons (1956) pekte på at en organisasjons legitimitet bl.a. vil avhenge av hvorvidt den er i stand til å inkorporere og reflektere utad de til enhver tid gjeldende institusjonaliserte normer, verdier og øvrige forestillinger i omgivelsene. Jo bedre organisasjonen evner å ta høyde for institusjonaliserte

mønster, jo mer legitimitet i betydningen tillit og aksept fra omgivelsene vil man kunne regne med å oppnå.

Organisasjonens identitet påvirker organisasjonens image som igjen resulterer i organisasjonens omdømme. Publikum kan assosiere organisasjonen med dens identitet, og hensikten er at slike identitetssymboler vil bidra til at aktører i omgivelsene husker deres image av organisasjonen som kan bestå av et mentalt bilde eller en følelse, som igjen vil føre til et mer langvarig inntrykk av organisasjonen. Store deler av dette imaget kan være et resultat av markedsføring. Stemmer for eksempel et individs verdier overens med tanker og følelser om en organisasjon, er det sannsynlig at individet former et positivt omdømme om bedriften. Dette igjen kan føre til at organisasjonen blir respektert, som igjen fører til høy grad av tillit, tro og støtte blant interessentgrupper (Dowling 2001).

Mer konkret vil verdigrunnlaget til et sykehus representere grunnverdiene og identiteten ved sykehuset, eksempelvis Helse Bergen sitt verdigrunnlag: "Alt handler om mennesker". Dersom en tidligere pasient føler at dette verdigrunnlaget stemmer med vedkommendes tidligere inntrykk og opplevelse av sykehuset, vil dette kunne resultere i et langvarig inntrykk og forme et positivt omdømme av sykehuset.

1.2.6 Omdømme og identitet

I følge Bromley (1993) beskrives organisasjonens identitet som karakteristikkene som skiller organisasjonen fra en annen. Det kan sammenlignes med personlig identitet. Måten en organisasjon kommuniserer med publikum kan ses som en del av organisasjonsidentiteten. Dette innebærer blant annet de ansattes oppførsel ovenfor kunder eller brukerne eller andre interessentgrupper, og ikke bare bedriftens visuelle kommunikasjon slik som logo, navn og reklameannonser.

Det forventes i dag av alle organisasjoner at de uttrykker hvem de er, og hva de står for. Dette medfører at organisasjonsidentiteten kommer til uttrykk på flere ulike måter, eksempelvis ved verdigrunnlag og visjoner. Alle er strategiske selvrepresentasjoner som blir formidlet i svært synlige og lett tilgjengelige fora, for eksempel internett og årsrapporter. Denne fremstillingen som organisasjonene gir av sin egen identitet, er strategisk på den måten at organisasjonen forsøker å gjøre identiteten så attraktiv som mulig, i den hensikt å skape et gunstig bilde eller

omdømme av seg selv i omgivelsene (Kvåle og Wæraas 2006:49). I dette ligger det at hensikten ikke utelukkende er informativ, ved at organisasjonen ønsker å kommunisere hvem den er, og hva den står for, men også et verktøy for bygge opp omdømmet for organisasjonen, og således bedrive aktiv omdømmehåndtering.

1.3 Problemstilling

For konkret å kunne studere innføring av organisasjonsoppskriften omdømmehåndtering i Helse Bergen har jeg sett nærmere på tre ulike tiltak ved Haukeland Universitetssykehus, henholdsvis omdømmeprojektet, medietreningskurs og ny kommunikasjonsstrategi. En utførlig presentasjon av tiltakene vil bli fremstilt i empirikapittelet.

På bakgrunn av det presenterte i dette kapittelet vil problemstillingene for denne studien åpne opp for å se nærmere på følgende:

På hvilken måte er omdømmeprojektet, medietreningskurs og ny kommunikasjonsstrategi et uttrykk for omdømmehåndtering fra Helse Bergen sin side?

Er omdømmeprojektet, medietreningskurs og ny kommunikasjonsstrategi ment å være et ledd i helseforetakets effektivisering eller som et symbol for en moderne organisasjon?

1.4 Begrunnelse for problemstilling

Omdømmebygging som fenomen er studert ved flere anledninger. Imidlertid er store deler av forskningen rettet mot privat sektor. Konsekvensene av sykehusreformen har medført at helseforetakene har et økt behov for å uttrykke hvem de, og hva de står for. Selv denne interessante utviklingen har det vært lite forskning på fenomenet omdømmehåndtering innenfor helsesektoren. Byrkjeflot og Angell (2007), og Wæraas og Østhus (2007) har derimot sett nærmere på denne tendensen vi nå ser blant sykehusene, blant annet ved å se på foretakenes ekspressive uttrykk. Det finnes også en del casestudier som har tatt for seg kommunikasjonsvirksomheten i norske sykehus og i den anledning observert at omdømme og kommunikasjon har vist seg å være nært relatert (Jf. Johnson 2005, Svendsen 2005 og Holme 2006).

Til tross for dette har det ikke vært noe forskning på enhetsnivå, i form av casestudier med omdømmehåndtering i helseforetak som utgangspunkt. Denne studie ser derfor nærmere på tre utvalgte tiltak som eventuelle konsekvenser av omdømmebygging, og oppgaven vil forsøke å gi en forklaring på hvorfor Helse Bergen har tatt tiltakene i bruk. Studien er også en del av et forskningsprosjekt som foretar en større kartlegging av strategisk kommunikasjon og omdømmehåndtering innenfor helsesektoren etter sykehusreformen, og som studerer ulike aspekt ved denne utviklingen.

2.0 Kontekst

I det følgende vil det redegjøres for hvordan moderniseringen av offentlig sektor har fungert som en betydningsfull faktor for det økende fokus på omdømmebygging innenfor offentlig sektor, og herunder helseforetakene. Kapitlet er ment som en videreføring av innledningskapitlet, ved å se nærmere på 1) de faktorene som blant annet har ført til hardere konkurranse mellom de enkelte helseforetak om pasienter og ressurser, 2) det faktum at helseforetakene til en viss grad opptrer tilsvarende som bedrifter eller foretak i det private marked, og 3) at helseforetakene i mye større grad må forholde seg til omgivelsene sine.

Kapitlet er disponert med utgangspunkt i tre hoveddeler. Det vil først og fremst bli gjort rede for New Public Management (NPM) som omtales som en ny styringsideologi, og hovedtrekk ved denne. For det andre vil det bli gitt en gjennomgang av nyere norsk helsepolitikk, herunder en presentasjon av ulike reformer, og NPM-trekk ved disse. For det tredje vil vi se nærmere på utviklingen i sykehussektoren sammenholdt med omdømmehåndtering. I dette ligger blant annet hvordan behovet for omdømmehåndtering kan betraktes som en konsekvens av NPM og ulike reformer, og som en stadig viktigere del av styringen av helsevesenet.

Kapitlet vil på denne måten fungere som et bakteppe for oppgaven og være viktig for å forstå oppgaven som en del av en større helhet. På grunn av at kontekstkapitlet og innledningskapitlet er så nært koblet i denne oppgaven, vil gangen i oppgaven bli presentert helt avslutningsvis i dette kapitlet for å skape en best mulig forståelse for tema og problemstilling.

2.1 New Public Management

NPM brukes ofte som en samlebetegnelse på moderniseringen av offentlig sektor gjennom reformer i offentlig administrasjon og ledelse, og kan i stor grad forstås som kritikk mot tidligere organisasjonsformer i offentlig sektor (Busch et al. 2005:15). Det settes her spørsmålsteget ved todelingen mellom de som gir instruksjoner (politikkerne), og de som skal iversette offentlig politikk på en nøytral måte (administrasjonen). Byråkratimodellen blir ikke lenger ansett for å være en målrettet og effektiv modell for organisering, men en modell som kan hemme fleksibilitet, kreativitet og innovasjon ved at det oppfattes som viktigere å følge prosedyrer enn å oppnå ønskede resultater av virksomheten (Lian 2007:124-125).

Løsningen som presenteres i NPM – litteraturen for å forbedre offentlig sektor, er å lære av privat sektor hvor det vektlegges at resultater er viktigere enn regler og prosedyrer (Osborne og Gaebler 1992). Med et slikt utgangspunkt vil det primære formålet med offentlige organisasjoner være å produsere goder som samfunnet har behov for. Det bør være klare målsettinger slik at det vil være mulig å fastslå i hvilken grad virksomheten oppnår de resultater som er forutsatt. Videre bør man foreta en desentralisering, i tillegg til at man bør skille enheter som driver med offentlig tjenesteproduksjon fra politisk og strategisk ledelse. NPM litteraturen anbefaler mer konkurranse mellom enheter i det offentlige (kvasi – eller interne markeder) og at privat sektor bør få konkurrere på lik linje med offentlige organisasjoner (konkurranseutsetting), mens andre oppgaver helt ut bør privatiseres og på denne måten løftes ut av offentlig sektor. Offentlige organisasjoner bør kutte kostnader, drive virksomheten så effektivt som mulig og la lederne stå personlig ansvarlig for resultatene (Hood 1991).

2.1.1 To søyler i NPM

Kjerneargumentasjonen i NPM kan deles i to: Den økonomiske argumentasjon og den organisatoriske og ledelsesmessige. Begge søyler er forestillinger om universelle mekanismer og styringsinstrumenter som kan tas i bruk uansett konteksten (Klausen 2005:58)).

Troen på at bruk av ulike typer markedsmekanismer kan skape økt kvalitet og effektivitet i produksjon og fordeling av offentlige tjenester råder i den økonomiske NPM - tankegangen. Den økonomiske søylen gjelder ønsket om liberal markedsorientering med økt bruk av markedskrefter både internt i det offentlige og i forholdet til privat sektor. Markedsorienteringen kommer til uttrykk gjennom bruk av en rekke instrumenter som privatisering, nye selskapsdannelser, konkurranseutsetting, brukerbetaling osv. (Lian 2007:126). Aktørene forventes å tilpasse seg ut i fra en vurdering av konsekvensene for ”egen” nytte. Det forutsetter at organisasjonen befinner seg i et marked med konkurranse og valgmuligheter, og at mulige interessenter faktisk er i stand til å sammenlikne utvalgte resultatdimensjoner (Klausen 2005:58).

Den organisatoriske og ledelsesmessige søyle bygger på at en med fordel kan overføre prinsipper som er kjent i det private, slik som sterkere oppslutning i forhold til organisasjoners

interesser, innføre bedre systemer for rekruttering, belønning, kvalitetssikring og mål – og resultatstyring i virksomheten (Lian 2007:126). Det handler om nye måter for organisering og ledelse av og i offentlig virksomhet (Vanebo 2005:262). Ønsket bygger på en hierarkisk styringslogikk vedrørende organisasjonsinterne og hierarkiske forankrede organisasjonsformer, hvor fokus rettes mot lederne av organisasjonen, og forventningen om at de skal kunne føre organisasjonen i ønsket retning (Lian 2007:126). Hovedoppgaven for ledere vil være å gjøre rasjonalistiske analyser av hvordan organisasjonen kan spare penger, øke produktiviteten, jobbe målrettet og bli mer brukervennlig (Lian 2007:131). Det legges mindre vekt på hvordan oppgavene blir løst da det er resultatet som teller. Videre er ledere ment å motivere og inspirere sine medarbeidere, og å ha avgjørende innflytelse på sin organisasjon (Lian 2007:132)).

2.2 Reform

Konkurransetsetting, merkevarebygging, benchmarking og autonomisering er alle eksempler på hvordan New Public Management har satt sitt preg på norsk offentlig forvaltning (Holme 2006:5). Videre er det innført økonomiske insentiver som bygger på økt grad av aktivitetsavhengig finansiering og et større fokus på resultatmåling og målestokkskonkurranser (benchmarking). I det følgende vil det bli presentert ulike reformer som eksempler på NMP-tiltak i norsk helsesektor, henholdsvis innsatsstyrt finansiering av sykehus (IFS), utvidede pasientrettigheter og foretaksreformen. Avslutningsvis ses reformene i sammenheng med utforming av omdømmehåndtering.

2.2.1 Innsatsstyrt finansiering av sykehus (ISF)

Innsatsstyrt finansiering (ISF) ble innført 1. juli 1997 i alle somatiske sykehus i Norge og er et finansieringssystem rettet mot de regionale helseforetakene⁴. Hensikten var å øke behandlingsaktiviteten og kostnadseffektiviteten (Stortingets sosialkomité 1997, sosial – og helsedepartementet 1996) Ordningen innebærer at sykehusenes inntekter avhenger av hvor mange pasienter de behandler, vektet i forhold til hva de blir behandlet for (Lian 2007:93). Det vil si at bortfall av etterspørsel og redusert aktivitet betyr inntekstreduksjon for sykehusene⁵. Økonomiske hensyn kan sies å ha vært et hovedmotiv bak reformen hvor de økonomiske gevinstene skulle oppnås ved hjelp av økonomisk frihet, kombinert med bruk av

⁴ Innsatsstyrt finansiering 2006, informasjonshefte fra Helse- og Omsorgsdepartementet

⁵Ot.prp.nr.66 Om lov om helseforetak

økonomiske insentiver (Lian 2007:96). I følge Helse – og Omsorgsdepartementet skulle aktivitetsfinansieringen: ”*oppmuntre til å kartlegge kostnader og identifisere og fjerne flaskehalsen som hindrer effektiv pasientbehandling*”⁶. ISF medfører at sykehusene får refundert deler av utgiftene til behandling av pasienter basert på systemet med diagnoserelaterte grupper (DRG), dette vil imidlertid ikke bli nærmere presentert i oppgaven⁷.

2.2.2 Utvidede pasientrettigheter

Den 1. januar 2001 trådte tre nye helselover med tilhørende forskrifter i kraft, henholdsvis pasientrettighetsloven, spesialisthelsetjenesteloven og helsepersonelloven, som et forsøk på å styrke pasientenes rettigheter (Lian 2007: 90).

Pasientrettighetsloven formål er å sikre likhet og økt medbestemmelse og i tillegg til å bidra til bedre utnyttelse av helsevesenets samlede ressurser (Lian 2007:92). Med hjemmel i pasientrettighetsloven har pasientene rett til fritt sykehusvalg. Pasientene har gjennom pasientrettighetsloven også rett til nødvendig helsehjelp, rett til vurdering og fornyet vurdering, rett til individuell behandlingsplan, rett til medvirkning og informasjon, samt rett til journalinnsyn⁸.

Spesialisthelsetjenesteloven skal sikre kvalitet, likeverdighet i tjenestetilbudet, i tillegg til å bidra til at ressursene utnyttes best mulig og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig og tilpasset pasientens behov. Videre fremkommer bestemmelser i forhold til ledelses – og systemansvar, plikt til opplæring, etterutdanning og videreutdanning⁹.

Lov om Helsepersonell regulerer helsepersonellens plikter der pasientrettighetsloven regulerer pasientenes rettigheter. På denne måten kan loven sies å være et ”speil” av pasientrettighetsloven. Det nye er at loven gjelder alt helsepersonell, grupper som har rett til autorisasjon, samt studenter som yter helsehjelp i forbindelse med helsefaglig opplæring (Lian 2007:92-93).

⁶ Innsatsstyrt finansiering 2006, informasjonshefte fra Helse- og Omsorgsdepartementet

⁷ IFS-refusjonen beregnes ut i fra DRG-klassifisert aktivitet. Dette betyr at sykehusoppholdene plasseres i grupper (DRG-er), hvor hver DRG er beregnet ut i fra en kostnadsvekt som gir uttrykk for relativ ressursbruk for denne gruppen. Det totale refusjonsgrunnlaget regnes ut i fra summen av poeng fra alle DRG-ene. For mer inngående drøfting av DRG se Pettersen 2005 og Lian 2007.

⁸ Ot.prp.nr.66 Om lov om helseforetak

⁹ <http://www.lovdatabasen.no/all/tl-19990702-061-001.html> - spesialisthelsetjenesteloven

2.2.3 Foretaksorganisering av sykehus

1. januar 2002 ble eierskapet av norske sykehus og spesialisthelsetjeneste overført fra fylkeskommunene til staten. Sykehusene ble forvandlet fra forvaltningsorganer til fristilte enheter (foretak). Staten overtok som nevnt eierskapet og driften ble overført til fem regionale helseforetak, ett i hver helseregion¹⁰. Organiseringen foregår over to nivåer, hvor hvert regionale helseforetak har flere underliggende helseforetak ("datterselskaper") (Lian 2007:99).

Modellen for foretaksorganisering av sykehus innebærer at enhetene er organisert som egne rettssubjekter, og ikke en integrert del av den offentlige forvaltning. Til forskjell fra forvaltningsmodellen, innebærer foretaksmodellen et klart organisatorisk skille mellom politiske organer og den enkelte virksomhet. Reformen er ment å kunne gi en klarere ansvars – og rollefordeling med hensyn til overordnet ledelse og drift av institusjonene hvor staten konsentrerer seg om overordnede forhold og rammebetingelser (fastsette mål, vedta lover og forskrifter og sikre finansieringen), mens de regionale helseforetakene har ansvar for å sette politikken ut i livet (Lian 2007:99).

Foretaksmodellen har gitt foretaksledelsen vide fullmakter i forhold til den daglige driften av virksomheten, mens det enkelte foretak har fått stor lokal frihet til å velge de virkemidler det anser som mest hensiktsmessig. Modellen bygger på mål – og resultatstyring, hvilket bl.a. innebærer at resultater vektlegges mer enn administrative prosedyrer og en form for desentralisering av beslutningsmyndighet. Ønsket var å oppnå mindre byråkrati, bedre omstillingsevne og bedre brukerorientering (Lian 2007:99). Reformen inneholder samtidig et element av sentralisering ved at staten har overtatt eieransvaret. Dette skal bidra til bedre utnyttelse av sektorens samlede ressurser og betyr flere behandlede pasienter, en utjevning av geografiske forskjeller i ventetid, bedre samordning av tjenestetilbudet, bedre oppgavefordeling og en forebygging av ansvarspulverisering. Standardisering av medisinsk behandling skal redusere uønskede geografiske variasjoner i medisinsk praksis (Lian 2007:100).

For at man skal oppnå et best mulig helsetilbud avhenger mye av god organisasjon og ledelse, rasjonell arbeidsdeling og effektiv utnyttelse av kunnskap og kapital. I denne forbindelse er

¹⁰ 1. juni 2007 ble Helse Sør og Helse Øst slått sammen til Helse Sør-Øst.

det enkelte foretaks autonomi særlig viktig. Et slikt styringssystem skal balanseres med et sterkere innslag av brukerstyring (jf. fritt sykehusvalg og utvidede pasientrettigheter)¹¹.

2.3 Reformen og trender

Sterkt fokus på strukturelle endringer og aktivitetsvekst er to trender som utspeiler seg fra de ulike reformene (Pettersen 2005).

NPM fører med seg et ønske om en konkurransesituasjon som innenfor sykehussektoren viser seg ved et økt fokus på serviceorientering (fritt sykehusvalg) og omdømmearbeid mot brukerne (Holme 2006:81). Ulike rettighetslover fører til at innbyggerne krever spesifikke velferdstjenester og serviceerklæringer som forplikter virksomhetene til et bestemt kvalitetsnivå. Videre definerer fritt sykehusvalg og utvidede pasientrettigheter brukerne i stor grad som kunder i et marked. Fritt sykehusvalg fører til at sykehusene risikerer å bli ”valgt bort” av enkelte pasienter eller grupper av pasienter¹², mens pasientrettighetslovens bestemmelser gir pasientene utstrakte rettigheter med hensyn til medvirkning, informasjon og samtykke (Lian 2007:92).

NPM kan sies å ha forsterket den økende grad av individualisering i samfunnet. Innbyggerne stiller samme krav til en offentlig velferdsprodusent som til en privat bedrift ved at de ønsker service, kvalitet, valgmuligheter og rask levering. Den individuelle belønningen blir viktigere enn den samfunnsmessige nytten (Busch 2005:78). En økende bedriftsorientering medfører en mer enhetlig ledelse og en profesjonalisering av styrer og styringsprinsipper. Foretakene utvikler seg på denne måten i en retning hvor vi kan anta ulike organisatoriske former. Helseforetakene er mer differensiert enn tidligere og det igangsettes egne regionale og lokale tiltak i større grad enn tidligere (Pettersen 2005). Videre er bruken av begreper som divisjoner, enhetlig ledelse og foretaksorganisering med på tydeliggjøre bedriftsorienteringen.

NPM inspirasjonen ved sykehusreformen tydeliggjøres i Ot.prp.nr. 66 Om lov om helseforetak: ”Reformen inngår i regjeringens målsetting om å modernisere den offentlige sektor”¹³. Målet med sykehusreformen var å bedre helsetjenesten sett fra pasientens ståsted. Reformen i seg selv sees ikke som tilstrekkelig for å nå de helsepolitiske målene, derimot

¹¹ Ot.prp.nr.66 Om lov om helseforetak

¹² Ot.prp.nr.66 Om lov om helseforetak

¹³ Ot.prp.nr.66 Om lov om helseforetak

realiseres de på sikt gjennom virkemidler og ressurser, og gjennom helsearbeidernes møte med pasienten. Det er pasientens behov som er utgangspunktet og målet med reformarbeidet. Pasienten/brukeren og de pårørende skal få reell medvirkning og innflytelse. For å kunne møte disse målsettingene ble det betraktet som nødvendig å rydde opp i forhold som av pasienten/brukeren og pårørende opplevdes som uverdige. Dette innbefatter uakseptable ventetider og overbelegg, forskjeller i helsetilbudene og dårlig ressursutnyttelse. Brukernes råd og erfaringer skal få en større plass ved planlegging og drift av helsetjenester¹⁴, jf. Helseforetaksloven § 35.

Vedrørende god organisasjon og ledelse vil det i stadig mer turbulente og krevende omgivelser være særdeles viktig å ha en manøvreringsdyktig ledelse. Sykehus har utviklet seg til høyteknologiske og kompetansebaserte institusjoner. De er komplekse organisasjoner som følge av både størrelse, spesialisering, kompetanse og teknologi. I fremtiden vil sykehusene i større grad måtte konkurrere om arbeidskraften med private og andre offentlige arbeidsgivere. Fremover vil det dermed kunne være et økt krav om god organisasjon og ledelse for å kunne gi et best mulig helsetilbud¹⁵.

Mens man tidligere betegnet helsetjenester som et velferdsgode, oppfattes tjenestene i dag i retning av markedsgoder. Bak ligger tenkningen om innsatsstyrt finansiering som økonomisk insentiv hvor grunntanken er at sykehusene vil reagere med å øke aktiviteten uten å øke kostnadene (Pettersen 2005:221). Videre er det større grad av fokus på resultatmåling, i tillegg til at det blir arbeidet med kvalitetsindikatorer for å kunne øke kunnskapen om institusjonene og gjennomsiktigheten i driften av disse (Pettersen 2005). Ved å ha et system preget at økonomiske incitament, valgfrihet og rettigheter følger det også en større økonomisk risiko enn tidligere. Det er på grunn av at foretakene har et offentlig eierskap og ikke er selvstendige juridiske "personer" som kan gå konkurs at styringsformene betegnes som en etterligning av et fritt marked, og ikke faktisk fremstår som dette¹⁶.

¹⁴ Ot.prp.nr.66 Om lov om helseforetak

¹⁵ Ot.prp.nr.66 Om lov om helseforetak

¹⁶ Ot.prp.nr.66 Om lov om helseforetak

2.4 Omdømmehåndtering i sykehussektoren

Grunnet konkurransesituasjonen som helseforetakene befinner seg i kan aktiv profilering mot omgivelsene være et meget viktig virkemiddel, da synlighet i omgivelsene vil kunne være en suksessfaktor (Byrkjeflot og Angell 2007, Wæraas og Østhus 2007) for å blant annet tiltrekke seg pasienter, påvirke omgivelsenes presentasjon og forståelse av sykehusene. Mye tyder på at sykehusene i dag må satse mer aktivt på å kommunisere med omgivelsene for å opprettholde og videreutvikle den legitimiteten som foretakene tidligere har vært tuftet på (Byrkjeflot og Angell 2007). Det bør i dag være et sammenfall mellom organisasjonens egen oppfattelse og de eksterne oppfatninger i omgivelsene av organisasjonen for å oppnå legitimitet (Fombrun og Riel 2004). Samtidig skal helseforetakene fungere som en holistisk organisasjon. Disse motstridende kravene gjør det nødvendig å utvikle strategier for hvordan ansatte håndterer media og å sosialisere dem inn i en kultur hvor målet er et ønskelig og fordelaktig bilde av organisasjonen (Byrkjeflot og Angell 2007).

Foretaksorganiseringen som ble introdusert forutsetter en annen kommunikasjonspraksis og vil naturligvis føre til at helseforetakene forsøker å tilpasse seg (Byrkjeflot og Angell 2008:12). Strategisk kommunikasjon brukes i dag i langt større grad for å profilere virksomheten eksternt i samfunnet. Det handler om å agere slik at de relevante deler av offentligheten blir påvirket for å kunne legitimere virksomhetens posisjon i samfunnet. Det hele bærer i krav om effektivitet, åpenhet og service-mindedness. Strategisk kommunikasjon blir på denne måten institusjonalisert ved at det skal påvises at det ikke er likhetstegn mellom offentlig ledelse og udemokratisk maktmisbruk (Lund 2005:381).

Det er et faktum at sykehusforetak i dag bruker store ressurser på kommunikasjonsvirksomhet og at omdømmet til den enkelte sykehusorganisasjon blir sterkt vektlagt¹⁷. Det har vært et økende bruk av visjoner, kommunikasjonsstrategier og informasjonspersonell, og et økende fokus på blant annet markedsføring, omdømmebygging og sykehusenes forhold til media (Byrkjeflot og Angell 2008:11). Videre har flere helseforetak foretatt omdømmemålinger. Slike målinger blir gjennomført for å kartlegge hvordan organisasjonen oppfattes i omgivelsene og hvordan foretakets kommunikasjon virker overfor ulike målgrupper (Holme 2006, Byrkjeflot og Angell 2007).

¹⁷ <http://www.polis.no/LIHCOM.htm>

Kommunikasjonsstrategier og moderne markedsføringsmetoder ble etter sykehusreformen sett på som avgjørende for å bygge opp et godt omdømme i og utenfor deres region for å tiltrekke seg pasienter (Byrkjeflot og Angell 2008). Innføringen førte videre til at antallet informasjonsmedarbeidere økte betraktelig. Det ble mer fokus på økonomisk tenkning og informasjonsoppgaver i tilknytning til profilering, mediehåndtering og informasjonsstrategier ble viktigere (Holme 2006:48). Dette skapte igjen kommunikasjonsutfordringer for de reorganiserte etatene og et betydelig informasjonsbehov hos deres brukere¹⁸.

I en studie fortatt av Byrkjeflot og Angell (2007) av kommunikasjonsstrategiene til helseforetakene fremkommer det at den nåværende situasjonen betyr at sykehusene må opptre på samme måte som andre virksomheter som befinner seg i det private (frie) marked. I følge Byrkjeflot og Angell er foretakenes motiv for å promotere sitt eget omdømme fremtredende, i varierende grad, i samtlige kommunikasjonsstrategier. Derimot viser det seg å variere hvordan foretakene forsøker å etablere et omdømme og hvilke verdier omdømmet skal avhenge av, for eksempel private markedsverdier med utgangspunkt i et kundeperspektiv. Merkevarerbygging blir òg nevnt som en del av omdømmebyggingen i en kommunikasjonsstrategi. Det skal tillegges at dette ikke er normen, men et eksempel på at det gjøres (Byrkjeflot og Angell 2007:256-257). Slike ambisjoner viser seg å ikke være like fremtredende hos alle foretak, selv om alle kan sies å være opptatt av sitt eget omdømme på den eller andre måten. Noen av kommunikasjonsstrategiene avslører en iver til å fremheve kvaliteten foretaket representerer. Nye kvalitetsindikatorer og krav om transparens fører til økt press på foretakene om å presentere seg selv som en trygg og tillitsfull enhet. Kommunikasjonsvirksomheten kan sies å skulle påse at verktøyene som blir tatt i bruk for å måle effektivitet og kvalitet i helsesektoren, bygger oppunder omdømmet til foretaket (Byrkjeflot og Angell 2007:258).

De mest fremtredende trekkene ved kommunikasjonsstrategiene er bindeleddet mellom promotering av omdømmet og forståelsen av kommunikasjon som et internt og eksternt ledelsesverktøy. Sykehusenes legitimitet var tidligere avhengig av legitimitet i den offentlige administrasjon i kombinasjon med medisin, mens sykehusenes legitimitet i dag i mye større grad er avhengig av hvordan de kommuniserer med markedet og brukerne, og hvordan foretakene er ledet og organisert. Da foretaksorganiseringen er et forholdsvis nytt fenomen

¹⁸ http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00003/IS-1119_3350a.pdf (Kommunikasjonsplattform for sosial - og helsedirektoratet)

gjenstår det å se om kommunikasjonsvirksomheten og informasjonsarbeiderens prominente posisjon vil være langvarig i norske sykehus (Byrkjflot og Angell 2007:260).

2.5 Statlig informasjonspolitikk

Det skal tillegges at helseforetakene bør følge den statlige informasjonspolitikken fra 2001 som er en viktig ramme for utformingen av døgnåpen offentlig forvaltning og utvikling av virksomhets-, informasjons- og internettstrategier. Statens informasjonspolitikk består av fem prinsipper. Kommunikasjonsprinsippet går ut på at forvaltning og bruker skal veksle i rollen som avsender og mottaker i en kommunikasjonsprosess og at begge parter skal kunne ta initiativ og legge premisser for samhandlingen. Prinsippet om aktiv informasjon betyr at alle offentlige virksomheter har et ansvar for å gi nødvendig informasjon, og at informasjon og tjenester skal være tilgjengelig når noen trenger den. Helhetsprinsippet vil si at det skal legges opp til et samspill av informasjon fra ulike offentlige virksomheter og gjerne på tvers av forvaltningsnivåer og sektorer. Linjeprinsippet går ut på at organisasjonsleddet som har fag – og saksansvaret skal ha informasjonsansvaret og sette seg inn i de informasjonsbehov og -utfordringer som gjelder for de enkelte saksområder. Til slutt prinsippet om informasjon som lederansvar. Dette prinsippet betyr at uansett hvilken formidlingskanal som benyttes, har ledelsen ansvaret for virksomhetens informasjon og at den er forankret i virksomhetens strategier og mål¹⁹.

2.6 Oppsummering av kontekstkapittel

Sykehussektoren har de siste ti år gjennomgått store reformer. Målsettingene med reformene viser klare trekk av bedriftsorientering og klare linjer til NPM - ideologien. Reformene er eksempler på NPM - tiltak ved at sykehusene nå befinner seg i en konkurranselignende situasjon hvor pasientene betegnes som kunder i et marked. Sykehusene må i dag kommunisere aktivt med sine omgivelser for å legitimere virksomhetens posisjon i samfunnet og for å tiltrekke seg pasienter. Studier viser at foretakene er blitt mer opptatt av å bedrive omdømmehåndtering, men det varierer på hvilken måte foretakene forsøker å oppnå et godt omdømme for å kunne hevde seg i konkurransemessig, og imøtekomme økende krav fra pasienter. I denne oppgaven vil det bli sett nærmere på omdømmehåndtering i Helse Bergen, herunder hva som kan forklare innføringen av organisasjonsoppskriften. Slik vil oppgaven kunne si noe om hva slags påvirkning den presenterte utviklingen har hatt på Helse Bergen

¹⁹ Informasjonspolitikk for statsforvaltningen. Mål, prinsipper og konsekvenser. Revidert utgave 2001.

som organisasjon og hvordan Helse Bergen har forholdt seg til fenomenet omdømmehåndtering.

2.7 Gangen i oppgaven

Kapittel tre (teoretisk rammeverk) tar for seg det teoretiske rammeverket for oppgaven. Her presenteres to ulike tilnærminger som forklaringer på hvorfor Helse Bergen adopterer organisasjonsoppskriften omdømmehåndtering. Jeg benytter meg av verktøyperspektivet og symbolperspektivet. Forventninger til funn presenteres etter hvert enkelt teoretisk perspektiv.

Kapittel fire (metodisk tilnærming) gjør rede for oppgavens metodiske tilnærming. Her begrunnes og drøftes metodiske valg i oppgaven, og egne erfaringer i prosessen. Videre gis det en vurdering av datakvaliteten basert på kriteriene om validitet og reliabilitet.

Kapittel fem (Det omdømmeorienterte helseforetak) er en presentasjon av oppgavens empiriske fremstilling. Omdømmeprojektet, medietreningskurs og kommunikasjonsstrategi vil bli presentert atskilt. Tiltakene beskrives ut i fra dokumenter og informantenes erfaringer og vurderinger, og til slutt som omdømmehåndtering.

Kapittel seks (analytiske betraktninger) består av en analyse hvor de teoretiske forventinger ses i forhold til de empiriske funnene. Tiltakene analyseres i lys av verktøy – og symbolperspektivet og sees som en forklaring på hvorfor Helse Bergen har innført organisasjonsoppskriften omdømmehåndtering.

Kapittel syv (Avslutning) oppsummerer funnene og lanserer forslag til videre forskning.

3.0 Teoretisk rammeverk

Hensikten med kapitlet er å danne et teoretisk tolkningsgrunnlag for det empiriske materialet som blir presentert i kapittel fem. Kapitlet er bygget opp slik at det først vil bli gjort rede for omdømmehåndtering, strategisk kommunikasjon og merkevarebygging som beskrivende teori. Dette for å gi en beskrivelse av organisasjonsoppskriften det sees nærmere på i denne studien. Videre vil det gis en presentasjon av verktøyperspektivet og symbolperspektivet som fungerer som forklarende teori, og som vil belyse hvorvidt omdømmehåndtering kan sies å være et ledd i effektiviseringen og/eller oppfattes som forsøk på å oppnå legitimitet i omgivelsene. Perspektivene er utmeislet langs skillelinjene mellom to dominerende orienteringer i samfunnsvitenskapen, henholdsvis den rasjonelle-instrumentelle tradisjon og den neoinstitusjonelle tradisjon. Hvert av de to analytiske perspektivene avrundes med forventninger til funn.

3.1 Omdømmehåndtering

I innledningskapitlet ble omdømmehåndtering definert som *”tiltak rettet inn mot bevisst, planmessig presentasjon av en organisasjon overfor relevante aktørgrupper i omgivelsene med sikte på å styrke disses oppfatninger av - og tillit til organisasjonen”* (Røvik 2007:196). Ut i fra dette vil omdømmehåndtering i denne oppgaven forstås som energikrevende handling(er) fra Helse Bergen sin side som skal gi aktørgrupper i omgivelsene, som media, pasienter, pårørende, ulike myndigheter, interesseorganisasjoner osv., en forsterket tiltro til Helse Bergen som organisasjon og at foretaket evner å mestre sine oppgaver.

Omdømmehåndtering er en av de bakenforliggende ideene som i praksis styrer utformingen av vår tids organisasjoner og kommer til uttrykk i et utvalg nokså forskjellige ideer, blant annet om merkevarebygging, kommunikasjonsstrategier, organisasjoners samfunnsansvar, design av visuelle symboler, osv. Fellestrekket for de alle er det tydelige ekspressive aspektet; det handler om ideer og grep for å presentere organisasjoner på mest mulig fordelaktig måter overfor ulike aktører i omgivelsene (Røvik 2007:195).

Omdømmehåndtering omfatter blant annet vurderinger av hvorvidt organisasjonen etterlever lover og regler; hvorvidt man lever opp til samtidens normer for hvordan den tidsriktige, effektive organisasjon skal se ut, og ikke minst; hvordan organisasjonen skal opptre i spørsmål som lett påkaller offentlighetens oppmerksomhet. Lover og regler for en tidsriktig

og effektiv organisasjon kan dreie seg om organisasjonsformer, rutiner og prosedyrer, mens organisasjonens opptreden vil kunne være hvordan man håndterer etiske problemstillinger, arbeidsgiveransvar, miljøspørsmål osv (Røvik 2007:195).

Omdømmebegrepet kan sies å være preget av til dels uklar språkbruk. På den ene side taler virksomheter om deres omdømme som en selvstendig størrelse som svever rundt i virksomhetens verden – en størrelse, som ved hjelp av de rette metoder kan innfanges som en sommerfugl. På den annen side taler virksomheter om å skape et omdømme, om å danne et gunstig bilde av virksomheten i deres omgivelser. Med denne bruk av begrepet fremheves virksomhetens ekspressive strategier, dens ønske om å kontrollere de uttrykk som til sammen representerer virksomheten i dens omverden. I praksis sammenblandes de to forståelser ofte i samme diskurs, slik at virksomheter på en og samme tid taler om å skape og måle deres omdømme. Omdømmebegrepet kan sies å være preget av en dobbelthet, som både uttrykker realitet og konstruksjon, dybde og overflate. Vi må tilkjenne virksomhetens omdømme begge egenskaper (Christensen og Morsing 2005:63). Mens omdømmebegrepet henviser til et bilde av virksomheten som mer eller mindre passivt oppstår og registreres i dens omverden, uttrykker forestillingen om reputation management, at virksomheter spiller en mer aktiv rolle i dette bildets tilblivelse (Christensen og Morsing 2005:64).

Vi har i dag en rikelig tilgang på ideer og grep som kan klassifiseres som oppskrifter på organisatorisk omdømmehåndtering. Disse ideene for utvikling og forvaltning av omdømmet handler om utforming av ulike deler av formelle organisasjoner, men har i særlig grad implikasjoner for utforming av strategi og struktur, og for virksomhetsstyring generelt. Omdømmehåndtering bygger på to premisser. Det ene er at omdømmet kan være avgjørende for organisasjonens evne til å frembringe gode resultater. Det andre at organisasjonens omdømme i betydelig grad også er sosialt konstruert gjennom fortolknings – og meningsdanningsprosesser (Røvik 2007:196).

I følge Byrkjeflot og Angell (2008) er organisasjoner og ledere blitt opptatt av å håndtere omdømmet ved at de blant annet har utviklet strategier for hvordan de kan kommunisere kommunikasjonen (strategisk kommunikasjon) på en måte som bidrar til høyere anseelse i omgivelsene. Både for å bli den man ønsker å være og for å lukke gapet mellom den man er og det omgivelsene oppfatter at man er, trenger man i forhold til omdømmekonseptet å være

konstant opptatt av omgivelsenes dom, da det er det samlede inntrykket i omgivelsene som er avgjørende for hvor vellykket man er (Byrkjeflot og Angell 2008).

Per i dag er det forventet at alle organisasjoner skal fortelle hvem de er, og hva de står for. Alle har de strategiske selvrepresentasjoner som blir formidlet i svært synlige og lett tilgjengelige fora. Internett brukes aktivt og de fleste har egne hjemmesider. Slike fremstillinger er strategiske ved at de forsøker å gjøre identiteten så attraktiv og positiv som mulig, i den hensikt å skape et bestemt bilde eller omdømme av seg selv i omgivelsene. Wæraas og Kvåle knytter denne type tankegang til strategisk kommunikasjon ("corporate communication") og merkevarebygging ("corporate branding") (Kvåle og Wæraas 2006:49) som vi skal se nærmere på i det følgende.

3.1.1 Strategisk kommunikasjon

Riel og Fombrun definerer strategisk kommunikasjon som: *"the set of activities involved in managing and orchestrating all internal and external communications aimed at creating favorable starting points with stakeholders on which the company depends* (Riel og Fombrun 2007:25). Strategisk kommunikasjon er således en spredning av informasjon av ulike spesialister og generalister i organisasjonen, med det felles mål å øke organisasjonens overlevelsessevne (Riel og Fombrun 2007:25).

Oppfatningen av kommunikasjon som har oppstått i virksomhetssammenheng de siste ti årene er konseptet om strategisk kommunikasjon og det assosierte begrepet omdømmehåndtering (Byrkjeflot og Angell 2007:240). En konsekvens er at kommunikasjon ikke lenger kun handler om å tilpasse seg verden "der ute", men at virksomheten gjennom kommunikasjon bevisst forsøker å fremkalle virkeligheter som er gunstige for virksomheten. Dette gjøres strategisk, kreativt og retorisk med strategisk kommunikasjon (Christensen og Morsing 2005:22). Virksomheten kan sies å oppleve seg selv gjennom omverdenens blick, som betyr at virksomheten aldri opplever seg selv direkte, men gjennom sitt omdømme eller forestillingen om dette omdømmet (Christensen og Morsing 2005:62). Omdømmet er på denne måten den institusjonaliserte forestilling om et bilde av virksomheten i omverdenens blick (Christensen og Morsing 2005:63).

Cheney og Christensen (2000) mener at dette behovet for å kommunisere bevisst og aktivt med omgivelsene er noe som er blitt skapt av organisasjonen selv. Det hele kommer av et forsøk på å oppnå legitimitet og være synlig som organisasjon. Forvalterne mener at organisasjonen på denne måten overskygger interessen i omgivelsene med en enda større interesse for seg selv. Samtidig føler et økende antall organisasjoner et behov for å forklare sin eksistens og aktiviteter ut i fra nåtidens sosiale og politiske verdier (Cheney og Christensen 2000:246-248). Tidligere kunne en organisasjon til en viss grad oppnå legitimitet kun ut i fra konsumentens behov eller antall jobber forsørget av produksjon ved organisasjonen. Dagens legitimitetskrav består av mer bevisste og eksplisitte forsøk fra organisasjonen på å rettferdiggjøre hva organisasjonen er og hva den står for (Cheney og Christensen 2000:248).

I følge Riel og Fombrun (2007) er også effektiviteten til en organisasjon avhengig av dens evne til å tiltrekke seg ressurser fra dens interessenter, som blant annet innebærer legitimitet og omdømme. For å oppnå dette er det derfor viktig å utvikle og opprettholde et godt forhold til sine interessenter (Riel og Fombrun 2007:9). Strategisk kommunikasjon påvirker interessenters persepsjoner og oppfatninger av organisasjonens framtidsutsikter og er på denne måten med på å influere ressursene som blir gjort tilgjengelige for organisasjonen. Interessentene sine persepsjoner blir av ulike fagretninger betegnet med ulike termer, men de mest populære er "brand", "image" og omdømme. Forskjellen mellom disse varierer i forhold til at de representerer ulike synspunkter og deres pragmatiske implikasjoner varierer (Riel og Fombrun 2007:38).

God kommunikasjon blir reflektert ved kvaliteten på de forhold som foretak etablerer med sine interessenter (stakeholders/aktørgrupper). Foretak bygger sterke bånd til sine interessenter ved å uttrykke seg selv fullt og helt. Ekspressivitet danner persepsjoner av transparens og tillit til foretaket - og bygger et sterkere og mer elastisk omdømme (lettere for å komme seg) (Riel og Fombrun 2007:212). Riel og Fombrun fremlegger dermed en organisasjons omdømme som en multi - stakeholder konstruksjon som er spesielt passende for å måle hvorvidt en organisasjons kommunikasjonssystem er virkningsfull og effektiv (Riel og Fombrun 2007:38).

3.1.2 Merke varebygging

Når merkevarebygging (branding) defineres vektlegges det å rendyrke og holde frem det *unike* ved et produkt eller en virksomhet med sikte på å oppnå konkurransemessige fortrinn (Røvik 2007:198).

Innen nyere merkevarebyggingslitteratur er det tjenesten i seg selv som er den viktigste formen for kommunikasjon. Gummesson (1991) betegner alle ansatte som har kundekontakt som deltidsmarkedsførere. Med begrepet menes ikke at de er ansatt i en markedsavdeling, men heller at den ansatte er en viktig ressurs for serviceorganisasjoner ved sin kundekontakt og på den måten fungere som en ”markedsfører”. Interaksjonen mellom ansatt og kunde/bruker vil kunne være avgjørende for hvordan tjenestemerkene blir evaluert og oppfattet. Merke varebygging har beveget seg fra å kun innbefatte fokus på produkter til også å omfatte tjenester. Merke varebygging av tjenester skjer gjennom mennesker, det vil derfor være viktig å ha kunnskap om ansatte og deres atferd.

Dette betyr også gjerne et skifte i merkevarebyggingens innretning – fra det konkrete, det vil si tjenester som kan konsumeres og erfares – og til det abstrakte, som det å lage merkevare av en organisasjon med dens identitet og verdier (Røvik 2007:199). Merke varebygging av organisasjoner handler som sådan om å identifisere og løfte frem virksomhetens identiteter og kjerneverdier og så kommunisere dem klart og konsistent i forhold til alle relevante grupper i omgivelsene (Røvik 2007:199-200). For mange organisasjoner innebærer dette å oppnå et fordelaktig image som igjen kan resultere i et sterkt omdømme (Fombrun 1996). Merke varebygging er det begrepet som innenfor omdømmehåndtering er mest kjent og har fått mest oppmerksomhet (Røvik 2007:197).

Vedrørende dette casestudiet vil de tre tiltakene, ny kommunikasjonsstrategi, omdømmeprojektet og medietreningskurs, bli betraktet som konsekvens av satsing på omdømme. Samtlige av tiltakene kan sies å være planmessige grep for å presentere Helse Bergen på en fordelaktig måte, ut i fra hvordan omdømmehåndtering beskrives i litteraturen. Senere i oppgaven vil tiltakene bli grundigere presentert.

Omdømmehåndtering vil i denne oppgaven forstås som en fordelaktig fremstilling av organisasjonen som blant annet kommer til uttrykk gjennom at organisasjonen bedriver strategisk kommunikasjon og merkevarebygging. Det ekspressive aspektet forstås som en

bevisst påvirkning fra organisasjonen sin side av hvordan organisasjonen blir oppfattet i omgivelsene, samt en bevisst påvirkning av den presentasjon som blir gitt av organisasjonen i media (proaktiv).

3.2 To analytiske tilnæringer til studiet av omdømmebygging i Helse Bergen

I det følgende vil det presenteres to overordnede teoretiske perspektiver, henholdsvis verktøyperspektivet og symbolperspektivet. Disse kan sies å være utviklet for å illustrere den til dels dramatiske spennvidden mellom instrumentell og institusjonell tradisjon. Verktøyperspektivet og symbolperspektivet er ment å representere forskjellige tilnæringer til innføring av omdømmehåndtering og hvordan Helse Bergen forholder seg til organisasjonsoppskriften. Perspektivene vil bli brukt som bakteppe for oppgavens empiriske observasjoner, og holdt opp imot og tolket i forhold til disse.

3.2.1 Verktøyperspektivet

Perspektivet er utledet fra den rasjonelle - instrumentelle tradisjon i organisasjonsteorien, og knytter sammen ulike skoleretninger og forskere som blant annet Scientific Management (Taylor 1911) og klassisk administrasjonslære (Weber 1924;1947). Felles ved ideene er at de kjennetegnes ved at organisasjoner blir betraktet som redskaper for effektiv frembringelse av vedtak, varer, tiltak og tjenester. Hvorvidt en organisasjon har mulighet til å overleve og oppnå legitimitet, avhenger av hvorvidt den evner å være effektiv. Det viktigste redskapet for å kunne bli mer effektiv er planmessig organisasjonsutforming. Ut i fra verktøyperspektivet er omdømmehåndtering et redskap som ledelsen kan bruke i det kontinuerlige arbeidet med å gjøre Helse Bergen mer effektiv. Perspektivet er på mange måter klart modernistisk inspirert ved at det er preget av generell utviklingsoptimisme og sterk rasjonalistisk orientering (Røvik 2005: 31-32).

Organisasjonsoppskrifter antas innenfor dette perspektivet å ha fått sitt opphav i en bestemt kontekst der de har virket godt og på denne måten fått et godt rykte, for eksempel ved at en organisasjon kan oppnå klare konkurransemessige fortrinn i forhold til andre organisasjoner. Ryktene betraktes ikke som skrytehistorier, men som nøktern informasjon og med mulighet til å kunne vise til dokumenterte effekter fremkommet gjennom systematiske etterprøvinger (Røvik 2005:33).

Den organisasjonsinterne håndtering betraktet i verktøyperspektivet

Resonnementet fra verktøyperspektivet er at man først oppdager at man har et "ekte" problem, for så å starte letingen etter oppskrifter for å løse det (Røvik 2005:39). Det hevdes ofte i konseptlitteraturen at oppskriftene nokså uproblematisk og raskt kan bli "installert" i de fleste organisasjoner. Konseptet fremstilles i verktøyperspektivet som en samlet "pakke", som er klar for å bli benyttet, uten særlig intern bearbeiding og tilpasning. Oppskriften kan raskt koples til, nedfelle seg som rutine og få styrende virkninger på aktiviteter i organisasjonen. I litteraturen forespeiles ofte organisasjonene at positive resultater vil kunne følge nokså raskt etter at vedkommende oppskrift er adoptert. Imidlertid settes det som forutsetning at konseptene "installeres" på en riktig måte. Vi kan si at oppskriftene her betraktes som standardiserte komponenter tilpasset alle typer organisasjoner, og som forholdsvis raskt kan ta i bruk, og byttes ut etter behov (Røvik 2005:146-147).

I verktøyperspektivet forutsettes det at organisasjonsmedlemmer er formålsrasjonelle og effektivitetsorienterte aktører som bedriver problembetinget søking og lokal organisatorisk kontroll med utformingen av løsninger. Løsningene søkes etter – og som respons på - at det har oppstått objektive og ekteføyte problemer med eksisterende løsninger. På denne måten vil mange oppskrifter kunne bli avvist, og de man velger blir "filt til" og tilpasset hensynet til effektiv lokal problemløsning (Røvik 2005:34).

Innføring av organisasjonsoppskrifter blir begrunnet med at det vil føre til måloppnåing som innebærer effektivitet, og ut i fra erfaringsbaserte innsikter i hvordan oppskriften virker i praksis (Røvik 2005:32). Oppretting av tiltakene vil da forstås som rasjonelt og helt nødvendig siden organisasjonsoppskriften benyttes som et verktøy for å påvirke forhold som har betydning for sjansene for måloppnåelse. Dette kan skje gjennom utforming av strukturelle trekk, og dels gjennom formålsrasjonelle handlinger innenfor disse rammene (Christensen et al. 2004:44). Organisasjonsoppskriften brukes som et verktøy for å oppnå gitte mål satt av ledelsen eller grupper i samfunnet som organisasjonen er redskap for. Mulighetene for å nå de fastsatte målene vil være begrenset av organisasjonens mål-middel-forståelse og dels ha gjennomslagskraft i forhold til andre aktører som har interesser knyttet til oppgavene (Christensen et al. 2004:45).

Ut i fra et verktøyperspektiv blir organisasjonsoppskriften innført for å oppnå eller realisere noe i fremtiden. Oppskriften antas å innebære handlinger som tar sikte på å eliminere

avstanden mellom en ønsket og en virkelig tilstand. Et annet begrep for dette er formålsrasjonelle handlinger. Det vil si at organisasjonen vurderer tilgjengelige virkemidler ut i fra fastsatte mål, hva avstanden er i forhold til det man har på det daværende tidspunkt, foretar viljestyrte valg mellom alternativene, og oppnår de effektene som ønskes gjennom disse valgene. Det skal tillegges at fullstendig rasjonalitet, som innebærer at en har klare og konsistente mål, oversikt over alle alternativer og full innsikt i hvilke konsekvenser disse alternativene har i forhold til målene, i liten grad er realistisk. Dette er særlig tydelig i offentlige organisasjoner hvor mange hensyn skal tas. Dette blir fanget opp av begrepet begrenset rasjonalitet som hevder at organisasjonen velger et alternativ som gir god nok, eller tilfredsstillende grad av måloppnåing (Christensen et al 2004:33).

Forventninger

Ut i fra verktøyperspektivet vil Helse Bergen ha gjort seg opp noen forventninger til konsekvenser i forhold til målene som kan følge av hvert alternativ, og hvor sannsynlige disse konsekvensene er – gitt at alternativer blir valgt. Valgene som blir tatt vil legge føringer på hvordan oppgavene som blir utført kommer til uttrykk gjennom etablerte rutiner i foretaket.

Helse Bergen forventes å ha adoptert omdømmehåndtering fordi dette regnes som det beste verktøyet for ledelsen for å gjøre foretaket mer effektivt og konkurransedyktig. Videre benytter ledelsen seg av organisasjonsoppskriften for å påvirke politiske mål for å få tilgang til økonomiske ressurser, og oppnå sosial kontroll over omgivelsene. Det blir tatt utgangspunkt i at et godt omdømme er den beste måten å få de beste faglig kvalifiserte arbeidssøkerne, få flere pasienter og økt tilgang på arbeidsressurser. Ut i fra disse betraktningene fremstår omdømmehåndtering som den beste organisasjonsoppskriften i forhold til foretakets målsetninger, og som et påkrevd verktøy for å ivareta omdømmet til Helse Bergen og sikre effektivitet.

Tiltakene forventes å fremstå som midler for å nå de overordnede mål som er nedfelt i ulike strategidokumenter og et redskap for å nå målsetningene tilknyttet omdømmehåndteringen til Helse Bergen. Foretakets satsing på omdømmehåndtering kan forstås som et ledd for å oppfylle målsetningen om å være en effektiv og konkurransedyktig organisasjon ved at sykehusene nå befinner seg i en tilværelse lik et kvasi-marked (jf. Byrkjeflot og Angell 2007). Omdømmeprojektet forventes å fungere som et verktøy ved at resultatene fra

omdømmemålingene kartlegger målgrupper hvor det bør iverksettes tiltak som skal føre til et bedre omdømme. Sagt på en annen måte; omdømmeprojektet er ment for å skape et bedre omdømme, ikke bare måle omdømmet. Ut i fra et verktøyperspektiv forventes det også at medietreningskurset og retningslinjer for mediekontakt er ment å påvirke og bedre hvordan Helse Bergen blir presentert i media. Medietreningskurset forventes å benyttes som et verktøy for å bedre hvordan ansatte uttaler seg i media og dermed føre til at mediesakene i størst mulig grad blir positivt vinklet. Retningslinjene for mediekontakt antas å fungere som et verktøy for ledelsen ved at retningslinjene inneholder klare prinsipper de ansatte skal følge slik at ledelsen får en større kontroll med de ansattes uttalelser i media. Ved at media har en stor innflytelse på befolkningens oppfatninger av foretaket kan det antas at en større kontroll fra ledelsens side og en forbedring av hvordan de ansatte uttaler seg fører til at det blir flere positive saker av Helse Bergen, som igjen resulterer i flere pasienter og at Helse Bergen betegnes som en attraktiv arbeidsplass. Tiltakene forventes på denne måten å være opprettet fordi det er rasjonelle tiltak som skal tjene helseforetakets målsetninger.

3.2.2 Symbolperspektivet

Nyinstitutionell teori blir betraktet som den sterkeste utfordreren til verktøyperspektivet og blir med en felles betegnelse kalt symbolperspektivet. Her er det grunnleggende resonnetet at formelle organisasjoner befinner seg i institusjonelle omgivelser der de konfronteres med sosialt skapte normer og konvensjoner for hvordan den enkelte organisasjon bør være utformet (Røvik 2005:36).

Institusjonelle omgivelser kan derimot ikke sies å være stabile. Normene for moderne organisasjoner vil kunne endre seg og nedfelle seg i de enkelte organisasjoner i form av vedvarende høyt endringsuttrykk og i stadig nye forslag til reformer. Nyinstitutionalismen førte med seg innsikt om at mange organisasjoner synes å innføre bestemte strukturer, prosedyrer og ideologier blant annet for å bedrive ”window-dressing”- i den betydning at man lever opp til normer i omgivelsene for hvordan tidsriktige organisasjoner bør se ut for å oppnå legitimitet (Røvik 2007:196). Dette ble oppfattet som provoserende og som avvik fra de rådende rasjonelle idealer for hvordan beslutninger om organisasjonsdesign og ressursbruk skal tas. I så tilfelle ville man måtte åpent innrømme at organisasjonen innførte ulike reformerideer under hensyntaken til omdømmet i omgivelsene. I dag er det nærmest tatt for gitt at ens omdømme er viktig, og at dette er noe virksomheten må passe på og forvalte

strategisk i forhold til omgivelsene. Fra tidligere å ha blitt assosiert med begreper som ”fasadepussing”, ”irrasjonell ressursbruk” og ”hykleri”, er det nå stadig flere som har forståelse for at organisasjoners forsøk på systematisk påvirkning av omgivelsenes oppfatninger av organisasjonen (for eksempel gjennom kommunikasjonsstrategier, omdømmemålinger, profileringstiltak, etc.) er et meget viktig element i rasjonell virksomhetsstyring (Røvik 2007:197).

Institusjonaliserte organisasjonsoppskrifter

Røvik definerer institusjonaliserte standarder eller institusjonaliserte organisasjonsoppskrifter som ”en legitimert oppskrift på hvordan man bør utforme utsnitt eller elementer av en organisasjon” (Røvik 2005:13). På denne måten er det en oppskrift som fenger og som har fått en forbilledlig status for flere organisasjoner. Ved å si at en oppskrift er ”institusjonalisert” antydes det at den innenfor et bestemt tidsrom av mange blir oppfattet og gjerne omtalt som den riktige, den hensiktsmessige, den effektive og den moderne måten å organisere på (Røvik 2005:13). Slike moderne oppskrifter er på den annen side ikke ment som totalløsninger for hvordan man skal utforme en hel, kompleks organisasjon, men som institusjonaliserte formelementer, komponenter eller byggesteiner (Røvik 2005:14).

John Meyer (1994) beskriver oppskriftene som rasjonaliserte symboler. Det betyr at oppskriftene fremstilles og defineres som finslipte redskaper for effektivisering og modernisering. Det er på denne måten at symbolperspektivet og verktøyperspektivet knyttes sammen og gjør det vanskelig å tenke seg oppskrifter som enten symboler eller effektive verktøy. Meyer og Rowan (1977) åpner imidlertid også for at rasjonalistiske symboler kan være rasjonaliserte myter. Her er troen på rasjonalitet og vitenskap i vår kulturkrets grunnlaget for utviklingen av det moderne organisasjonssamfunnets overtro, og det som fører til myteskapning.

Oppskriftene som er tilnærmet globalt utbredte og forholdsvis stedløse omtales av Røvik som institusjonalisert superstandarder (Røvik 2005:22). Det vil si at kriteriet for at omdømmehåndtering betegnes som institusjonalisert superstandard er hvorvidt oppskriften har – eller ikke har – gitt konkurransemessige fortrinn. For eksempel blir oppskrifter som kvalitetsledelse, prosjektorganisering og målstyring betraktet som *særlig* effektive verktøy, og kan dermed betegnes som en superstandard (Røvik 2005:33). Omdømmehåndtering bærer

preg av å være superstandard, men hvor lenge denne utbredelsen vil fortsette vil jeg ikke spekulere i.

Den organisasjonsinterne håndtering betraktet i symbolperspektivet

Forestillingen om aktører som velger organisasjonsformer ut i fra normativt press og sosialt konstruerte tatt-for-gitt-ideer om hva som er hensiktsmessig og ”riktige” løsninger dominerer i symbolperspektivet (Røvik 2005:39). I symbolperspektivet vektlegges det at man *først* blir oppmerksom på en løsning, dvs. organisasjonsoppskriften, for så å oppleve at man har et ”problem” som må løses ved hjelp av oppskriften (Røvik 2005:39). En populær oppskrift betraktes i symbolperspektivet som en ”pakke” som inneholder både en tidstypisk problembeskrivelse (”hva feiler de fleste moderne organisasjoner i dag?”) og en tidstypisk løsning (”Hva bør moderne organisasjoner gjøre for å overkomme problemet?”). Forklaringen på at slike oppskrifter spres er på grunn av at organisasjoner ofte opplever at de har samme typer problemer, og at de forsøker å løse disse omtrent samtidig med den samme oppskrift (Røvik 2005:39).

Innreise begynner når ett eller flere organisasjonsmedlemmer blir oppmerksomme på og begeistres for en organisasjonsoppskrift. Siden blir det tatt noen valg om å adoptere, og oppskriften blir deretter bearbeidet og tatt i bruk på rutinemessig basis med sikte på at den skal få styrende virkning på noen aktiviteter i organisasjonen. Institusjonaliserte organisasjonsoppskrifter må tolkes, tydeliggjøres og tilpasses før de eventuelt kan sies å være adoptert av organisasjonen. At et konsept er ”adoptert” betyr at det er tilpasset og nedfelt i nye rutiner som virker styrende på noen aktiviteter i virksomheten. Perioden fra det er tatt en beslutning om at konseptet skal adopteres og til det eventuelt har nedfelt seg i aktiviteter, kaller Røvik innføringsfasen (Røvik 2005:145).

Forskning som tar for seg innføringsfasen bringer frem kunnskap om hvorvidt superstandarder påvirkes av lokale tradisjoner, rutiner og innsikter når de adopteres av den enkelte organisasjon. Man får således belyst hvorvidt det virkelig *er* slik at ulike organisasjoner verden over nokså uproblematisk adopterer stort sett de samme konsepter (ensrettingsscenarioet), og dermed på sikt stort sett blir helt like (isomorfi), eller om organisasjonene er atskillig mer ”immune” overfor eksterne konsepter som trenger seg på og støter dem fra seg slik gammel-institusjonalisme hevder (Røvik 2005:114).

Selv om konsepter kan være vage og for enkle, eller i utakt med grunnleggende verdier og normer kan moderne organisasjoner likevel oppleve press fra institusjonelle omgivelser til å inkorporere de tidsriktige og legitime oppskrifter. Hos nyinstitusjonalister er dette et nøkkelresonnement og de mener at moderne organisasjoner støter på et dilemma: hensynet til effektivitet på den ene side og hensynet til å oppnå ekstern legitimitet på den annen side. Mens effektivitetshensynet tilsier at man bør holde fast ved godt innarbeidete og erfaringsbaserte løsninger, oppfordrer legitimitetshensynet at organisasjonen bør ta opp i seg de ideer og oppskrifter som til enhver tid oppfattes som moderne, og som antas å gi organisasjonen ekstern legitimitet. En måte å takle problemet på er å adoptere moderne konsepter, men sørge for å holde dem *frikoplet* slik at de i liten grad får styrende virkninger på aktiviteter av betydning. Man snakker som om man har adoptert et moderne konsept, mens daglige aktiviteter og ”produksjon” forløper nokså upåvirket av skiftning i ”ideverden” (Røvik 2005:148-149). Her begrenser organisasjonsendringer gjennom oppskrifter seg til utslag i språklig fornyelse.

Organisatorisk bearbeiding

I følge Røvik (2005) kan nye terminologier over tid gi opphav til nye rutiner og praksiser. Gjennom å studere adoperingsprosesser vil man kunne oppdage at språk og rutiner etter en viss tid nedfeller seg og preger aktiviteter i organisasjonen. Begrepet ”virus” er brukt som metafor for å beskrive nye oppskrifter som innføres i organisasjonen som en ”språklig infeksjon” og etter en lang ”inkubasjonsperiode” som regel nedfeller seg i form av endrede rutiner og praksiser. Det hele kan forklares med at organisasjoner vanskelig langvarig kan forbli i en tilstand der det foreligger uoverensstemmelse med det man sier man gjør og det man faktisk gjør (Røvik 2005:150).

Et annet resonnement er at når oppskriftene spres blir de stadig oversatt og dermed kontinuerlig mutert i en enda nyere lokal versjon (Christensen et al. 2007:73). Røvik (2005) skiller her mellom to arenaer som er særlig viktige for oversettelse av konsepter, nemlig organisasjonsfeltet og den enkelte organisasjon (Røvik 2005:156). Ofte foretar aktører med stor autoritet bearbeiding og oversettelse, som igjen blir til oversettelser med autoritativ status i forhold til øvrige aktører på feltet. På denne måten kan vi si at de både fungerer som forsterkere og som et filter, i den forstand at de betoner visse aspekter ved konseptet og

forkaster andre (Røvik 2005:157). Oversettelse kan òg foregå internt i organisasjonen ved at flere aktører og grupper kan ha roller som organisasjonsinterne oversettere. Eksterne organisasjonskonsulenter kan også brukes for å bistå i arbeidet med innføring av nye konsepter. Transportører og translatører kan også sies å være ansatte i stillinger som er opprettet for å tilpasse generelle oppskrifter til lokale vilkår. Det kan nevnes stillinger som ”kvalitetssjef”, ”internkontrollkonsulent” og ”HMS-konsulent/leder” som ble opprettet på 1990-tallet (Røvik 2005:159).

Oversettelsen kan forekomme ved at konseptet blir transformert til mer konkrete termer. Konseptet blir på denne måten tolket og tydeliggjort slik at konseptet kan nedfelle seg i rutiner, og på denne måten gå fra det generelle til det spesifikke. Dette er også grunnen til at noen av konseptene kan virke som ”halvfabrikata” som med nødvendighet må tolkes og tilpasses den enkelte organisasjon, da konseptet på denne måten vil kunne få større spredningsevne. På den annen side kreves det av organisasjonen svar på spørsmål som hva organisasjonen skal vektlegge i konseptet, i hvilken grad innføringen betyr nye rutiner, prosedyrer, holdninger og verdier, og hvorvidt innføringen skal berøre ulike aktivitetsområder og grupper. Den organisasjonsinterne konkretiseringen vil på denne måten føre til at det utvikles mange nye varianter (Røvik 2005:161).

Forventninger

Det forventes at Helse Bergen har adoptert organisasjonsoppskriften fordi den uttrykker rasjonalitet, og ikke fordi den faktisk er rasjonell og effektiv. Omdømmehåndtering blir forventet å føre til at foretaket vil fremstå som en moderne organisasjon som tar omgivelsenes oppfatning på alvor, og at det i konkurransesammenheng kan oppfattes som kriterier på at foretaket er suksessfullt. Omdømmehåndtering vil fungere som et meningsbærende symbol ved at den har et meningsinnhold som rekker utover det å (bare) være et verktøy for effektiv problemløsning, og at adopteringen vil skje fordi dette er tidsriktig, moteriktig og fremstår som rasjonelt for omgivelsene.

Tiltakene kan sees som påkrevd for å ivareta omdømmet og sikre effektivitet som en effekt av et godt omdømme. Jeg forventer at omdømmeprojektet og dets omfang, i tillegg til kommunikasjonsstrategi er mer frikoplet, i den forstand at det ikke får styrende virkninger på aktiviteter av betydning i motesetning til medietreningskurs og nye retningslinjer for

mediekontakt da disse ikke er på et overordnet nivå, men gjelder det daglige virket. Omdømmehåndtering antas videre å være ”filt til” av oversetterne og påvirket av profesjonaliseringen av informasjonsmedarbeidere og deres økende innvirkning på foretaket etter foretaksreformen. Det forventes også at Helse Bergen som en del av sykehusfeltet har hatt en forsterkende effekt når det gjelder kravet om å bedrive omdømmehåndtering. Dette antas å ha blitt til i kombinasjon med de organisasjonsinterne oversetterne. Omdømmehåndtering som konsept forventes å ha godt fra det generelle til det spesifikke ved at utgangspunktet for omdømmehåndtering blir uttrykt på en generell måte for så å nedfelle seg i eksempelvis disse tre tiltakene.

Tar en utgangspunkt i et symbol perspektiv er det rimelig å forvente at omdømmehåndtering som organisasjonsoppskrift har blitt institusjonalisert i sykehussektoren og på denne måten ”reist” videre inn i Helse Bergen. Videre at institusjonaliseringen har foregått over tid som har resultert i at omdømmehåndtering er blitt tatt for gitt som en effektiv, rasjonell og god måte å organisere på. Helse Bergen vil ha kunne oppfattet et press mot å adoptere omdømmehåndtering, som igjen har ført til endring i formelle strukturer. Vi kan anta at Helse Bergen gjennom kalkulasjon har kommet frem til at omdømmehåndtering i størst mulig vil kunne gi legitimitet og ”goodwill”. Det er grunn til å forvente ut i fra symbolperspektivet at ny kommunikasjonsstrategi og nye retningslinjer for mediekontakt, omdømmeprosjektet og medietreningskurs er blitt institusjonalisert som en del av omdømmehåndteringen og som et symbol på at man er moderne.

3.3 Relasjonen mellom perspektivene

Verktøyperspektivet og symbolperspektivet representerer ulike linser vi kan forstå innføring av organisasjonsoppskriften omdømmehåndtering i Helse Bergen gjennom. Det er derimot nødvendig å klargjøre samspillet mellom perspektivene.

Symboler er noe som vokser frem på et makronivå, sprer seg raskt mellom og innen ulike typer organisasjoner, og blir påkrevd organisasjonene, uten at det er særlig tydelig hvilken rolle intensjonalitet spiller i prosessene (Christensen et al. 2004:178). Ut fra dette resonnementet kan en si at symboler har forrang framfor det instrumentelle i beslutningen om å innføre omdømmehåndtering. Slik kan symboler hemme en mer verktøy drevet prosess og undergrave planlagte endringer ved å overdrive de negative effektene. Derimot kan symboler

også bidra til å fremme reformprosesser. Tilhengere og motstandere av organisasjonsendringen vil spille på symboler på ulike måter og vil kunne medføre at ulike symboler står mot hverandre ved at de vektlegger ulike faktorer. I symbolperspektivet vil ikke for eksempel adoptering av omdømmehåndtering medføre instrumentelle effekter, men fremtre som fasadepussing på organisasjonsstrukturen. Symbolene, som ikke har handlingsmessige implikasjoner, eksponeres for å fremme legitimitet i omgivelsene. Derimot kan en tenke seg at symbolene kan bli en rettesnor for handling eller endring i denne, og fungere som en teori om beslutningsatferd. Videre kan organisasjonen operasjonalisere og kun ta i bruk visse aspekter av symbolene. Det er også mulig å oversette eller tilpasse organisasjonsoppskriften til den eksisterende praksis (Christensen et al. 2004:179).

Hvis en derimot sier at instrumentalitet har forrang medfører det helt andre beslutningsforløp. For det første kan lederskap bevisst skape bestemte myter i omgivelsene. Disse kan være instrumentelt begrunnet, slik at omdømmehåndteringen ser ut som helt nødvendig, mens de i virkeligheten er handlingsomgivelser som man har skapt selv. Ulike grupper kan sertifisere organisasjonsoppskrifter gjennom å henvise til at de er allment akseptert rundt i verden, eller bestemte aktører kan bevisst hente inn fra omgivelsene organisasjonsoppskrifter de manipulerer med, for å øke muligheten for gjennomføring av innføringen, noe som kan øke deres legitimitet, som igjen kan øke muligheten for at symboler blir iverksatt, enten helt eller delvis og ikke bare eksisterer som "window-dressing" eller ferniss på et makronivå (Christensen et al. 2004:179-180).

3.4 Oppsummering av teorikapittel

I dette kapitlet har jeg presentert det teoretiske rammeverket for oppgaven. Omdømmehåndtering, herunder strategisk kommunikasjon og merkevarebygging, er presentert for å gi en forståelse for noen av de bakenforliggende ideer som i praksis styrer utformingen av dagens organisasjoner. Verktøyperspektivet og symbolperspektivet, som henholdsvis er utmeislet fra den instrumentelle og den institusjonelle tankegang, er presentert som ulike tilnærminger til innføringen av organisasjonsoppskriften omdømmehåndtering i Helse Bergen. Videre er det etter hvert av de to perspektivene fremstilt forventninger til funn, og avslutningsvis redegjort for relasjonen mellom verktøyperspektivet og symbolperspektivet for å få fram samspillet mellom perspektivene da dette kan fremstå som uklart.

4.0 Metodisk tilnærming

I det følgende vil det bli gjort rede for studiens metodiske tilnærming, datainnsamlingen og hvordan jeg har gått frem for å belyse studiens problemstilling. Studiens empiriske fokus er det lokale helseforetaket Helse Bergen hvor jeg har sett nærmere på tre tiltak, henholdsvis omdømmeprosjektet, medietreningskurs og ny kommunikasjonsstrategi og nye retningslinjer for mediekontakt. For å undersøke dette har jeg foretatt kvalitative intervjuer og innholdsanalyse av aktuelle dokumenter om omdømmebygging. Kapittelet er lagt opp til først og fremst å redegjøre for kvalitativ metode og casestudie som forskningsstrategi. Dette for å kunne underbygge valget av kvalitativ metode i denne studien og Helse Bergen som utvalgsenhet for å kunne få tak i de dataene jeg er ute etter. Videre vil jeg gi en begrunnelse og drøfting, av intervju og dokumentanalyse som metodeverktøy i forhold til problemstillingen. Til slutt vil det bli foretatt en vurdering av datakvaliteten basert på kriteriene om validitet og reliabilitet som vil si noe om studiens styrker og svakheter.

4.1 Kvalitativ forskningsmetode

Da studiens siktemål er å si noe om fenomenet omdømmebygging i Helse Bergen på en analytisk og beskrivende måte betrakter jeg kvalitativ metode som best egnet. Mens man ved kvantitativ metode ønsker å gå i bredden og tallfeste datamaterialet som muliggjør statistiske beregninger, søker jeg i denne oppgaven kunnskap om menneskers erfaringer, opplevelser, tanker og meninger rundt tre ulike tiltak, for så å se disse som mulig konsekvens av omdømmehåndtering. Gjennom intervjuer og dokumenter har dette blitt forsøkt oppnådd, for å få frem en sammenheng og en helhet som kan si meg noe om fenomenet omdømmehåndtering. Beskrivelsene har så blitt systematisert og kategorisert med sikte på å skape en oversikt over det relevante innholdet i datagrunnlaget i forhold til problemstillingen.

Utgangspunktet mitt for studiet var teorier om organisasjonsoppskrifters reise inn i organisasjoner. Vedrørende omdømmehåndtering (reputation management) som fagfelt hadde jeg ingen kunnskap utover det jeg observerte og gjorde av notater på en omdømmekonferanse arrangert av informasjonsforum for sykehus (IFS) i mai 2007. Informasjonsforum for Sykehus ble stiftet av en gruppe informasjonsansvarlige i 1999, og er tilsluttet Norsk sykehus – og helsetjenesteforening (NSH). IFS sin hovedoppgave er å skape et konstruktivt nettverk for alle som jobber med informasjon i sykehus²⁰.

²⁰ <http://www.nsh.no/script/fora.asp?fora=3&doc=8&img=1>

4.2 Casestudie

Casestudier beskrives av Yin (1994:13) som empiriske undersøkelser hvor en undersøger et fenomen i sin naturlige kontekst. Fordelen med casestudier er at det fungerer spesielt godt som studiemetode når det er vanskelig å trekke grenser mellom fenomenet og dets kontekst. Ved å benytte seg av casestudie har en mulighet til å benytte seg av forskjellige metodiske teknikker og et mangfold av datakilder, som igjen vil kunne føre til fleksibilitet med tanke på innsamling, bearbeidelse og tolkning av data (Holme 2006:32). Videre åpner det for å studere komplekse årsakssammenhenger og konteksten rundt fenomenet da det gir en mulighet for å gå i dybden.

4.2.1 Generaliserbarhet ved casestudier

Casestudier gjør at man får studert mikroprosesser på nært hold, derimot går dette på bekostning av innsiktens generaliserbarhet og valg av case kan virke tilfeldig. På den annen side er det ikke studiens siktemål å generalisere til et større univers, men derimot å gå i dybden av det enkelte case. Likevel vil det muligens kunne overføres til organisasjoner med samme trekk som foretaket. Eksempelvis kan en kanskje analytisk generalisere til andre sykehus, andre offentlige institusjoner og andre store organisasjoner generelt. Videre kan valg av case virke tilfeldig og fremstillingen kan virke usystematisk (Yin 1994:10). For å unngå dette vil det gjennomgående i kapittelet bli gjort rede for ulike valg som er tatt underveis.

4.3 Datagrunnlag

Kvalitative intervju har sammen med dokumentanalyse fungert som metode for innsamling av studiens datamateriale. Dette da kunnskapen om de ulike tiltakene og hvorvidt de kunne sies å være en konsekvens av omdømmebygging ikke kunne belyses på en god nok måte kun ut i fra intervju eller dokumenter. Det forelå mange viktige dokumenter i forhold til de tre tiltakene, i tillegg til så jeg det som nødvendig å intervju personer som hadde kjennskap til tiltakene og som kunne gi meg informasjon og fortelle om sine egne erfaringer. Intervjuene ga meg på denne måten nyttig informasjon om deres deltakelse, gjennomføringen av tiltaket, deres oppfatning av tiltaket, deres vurderinger og deres syn på omdømmehåndtering generelt, mens dokumentene supplerte som faktabaserte data. Dessuten kunne jeg under intervjuene spørre om forhold som ikke kom klart fram i dokumentene og som manglet i forhold til å få besvart problemstillingen. Alt i alt tror jeg ikke at metodene atskilt kunne gitt meg et like godt datagrunnlag til videre analyse og utgangspunkt for å kunne svare på problemstillingen.

4.3.1 Intervju

Et hovedfokus var å opprette en god kommunikasjon med informantene, da dette ofte oppfattes som en utfordring under datainnsamlingen (Grønmo 2004: 164). Vedrørende grad av åpenhet, når det gjeldt hensikten med studien, hadde jeg som utgangspunkt å gi mest mulig åpenhet. Dette utgangspunktet holdt jeg fast ved gjennom hele studien. En uke før intervjuet sendte jeg en elektronisk mail med relevant informasjon med informasjon om ulike temaer jeg undersøkte og min problemstilling på det daværende tidspunkt, men uten å legge ved intervjuguiden. Dette gjorde jeg bevisst slik at informanten skulle svare det som falt han eller henne inn, og ikke gi nøye utarbeidete svar, men fortsatt ha muligheten til å forberede seg. Derimot var det heller ingen av informantene som spurte om å få tilgang til intervjuguiden. Jeg oppfattet de som tilfreds med informasjon de fikk på forhånd siden de ikke ga uttrykk for noe annet. I tillegg viste det seg at noen av informantene til tider slet med å huske tilbake til ulike deler ved tiltakene og slet med å gi en tilstrekkelig beskrivelse av det de ble spurt om. Mailen som ble sendt ut på forhånd kan ha vært med på å overvinne denne svakheten til en viss grad.

Informantene valgte jeg strategisk ut i fra at de hadde kjennskap til de ulike tiltakene. En informant ble intervjuet to ganger på grunn særlig god kjennskap til alle tre tiltakene, men er på grunn av anonymisering beskrevet som tre forskjellige informanter. Til sammen intervjuet jeg åtte personer, hvor tre hadde deltatt på omdømmeprojektet (informant 1,2 og 3), fire på medietreningskurset (informant 4,5,7 og 8) og to vedrørende kommunikasjonsstrategien (informant 6 og 9), hvor begge to har hatt en rolle i prosessen om vedtaket av ny strategi. Informantene er gjort kjønnsnøytrale.

De fleste informantene hadde i stor grad erfaring med media og var vant til å bli intervjuet. Som et eksempel hadde en av informantene jobbet som journalist i 16 år. Som en konsekvens av dette kan det være at svarene som ble gitt var strategiske og avspeiler informantens eller Helse Bergens interesser mer enn deres faktiske meninger og erfaringer. Relevante dokumenter spilte en viktig rolle i forhold til at jeg kunne lese meg opp om de ulike tiltakene og var bedre i stand til å komme med oppfølgingsspørsmål.

Studien inngår som en del av LIHCOM²¹ prosjektet ved Rokkansenteret. Gjennom dette prosjektet har jeg fått mulighet til å samarbeide med andre forskere og studenter blant annet

²¹ Legitimacy, identity, hierarchy: Strategic communication in the hospital sector (LIHCOM)

gjennom seminarvirksomhet. Dette har gitt meg verdifull informasjon, først og fremst fordi jeg har hatt muligheten til å diskutere oppgaven min med andre med kjennskap til fagfeltet og på grunn av deres innspill på eventuelle interessante informanter i forhold til studien min. Videre fikk jeg tips av andre medstudenter og forskere om hva jeg eventuelt kunne forvente meg i intervjusituasjonen med tanke på at det var informanter med en del intervjuerfaring. Dette gjorde at jeg kunne forberede meg og tilpasse intervjuguiden. I tillegg har jeg tilhørt forskningsseminaret politisk organisering og flernivåstyring ved Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap ved Universitet i Bergen, hvor jeg har fått mange gode råd og kommentarer til oppgaveskrivingen.

Intervjusituasjonen

I forhold til min problemstilling var det en fordel med kvalitativt studium på grunn av dette ga meg en nærhet til informantene og sensitivitet i den forstand at jeg kunne formulere nye spørsmål etter hvert som intervjuet utviklet seg (Grønmo 2004:131). Blant annet fikk jeg personlig mulighet til å gjøre rede for studiet mitt, introdusere meg selv og være med på å skape en ro rundt intervjusituasjonen. Dette utmerket seg spesielt i en intervjusituasjon. Tilfellet gjaldt en informant som virket forholdsvis stresset på grunn av at det var en intervjusituasjon. Det hele roet seg fort som kan skyldes at intervjuet foregikk på et sted informanten var fortrolig med, vedkommendes kontor, og at vi hadde mulighet til å føre en avslappet samtale om studiet og mine hensikter før selve intervjuet startet.

Videre er kvalitative forskningsopplegg preget av fleksibilitet (Grønmo 2004: 130). Dette fikk jeg erfart flere ganger gjennom forskningsprosessen, blant annet gjennom nye erfaringer og ved at det dukket opp relevante dokumenter som igjen førte til justeringer underveis. Eksempelvis vedrørende nye erfaringer ble jeg gradvis mer fortrolig med intervjusituasjonen og forskerrollen som førte til mer systematikk under intervjuene, større fortrolighet med intervjuguiden og mer aktiv intervjuing. Intervjuguiden ble som konsekvens av dette redigert et fåtall ganger etter de første intervjuene.

Denne typen metodisk opplegg ga meg også mulighet til å styre intervjuet slik at informasjonen jeg fikk ble mest mulig dekkende i forhold til problemstillingen. Derimot krevde dette at jeg var bevisst faren for å få forskjellige typer informasjon fra de ulike informantene. For å begrense dette i størst mulig grad forsøkte jeg å stille tilleggsspørsmål

som ga meg enhetlig informasjon, så fremt mulig, slik at det ikke skulle få negative konsekvenser for hvordan de innsamlede data kunne forstås (Grønmo 2004:131).

Jeg benyttet meg av et semistrukturert intervjuopplegg hvor jeg tok utgangspunkt i en intervjuguide. Intervjuet begynte med enkle og åpne spørsmål for å vekke interesse og finne en god form og flyt. Dette utgangspunktet gjorde at det ble en fin glidende overgang til selve hoveddelen hvor jeg fulgte opp med mer kompliserte og sentrale emner. Underveis stilte jeg oppfølgingsspørsmål hvis informanten uttrykte seg uklart, sa noe interessant som var verdt å følge opp eller spørsmål som kunne hjelpe informanten å huske i tilfeller der hvor mye var glemt osv. Jeg gikk så naturlig gjennom intervjuguiden ved å følge den tematisk slik at alle temaer jeg hadde betraktet som nødvendig for å få data om informantenes erfaringer om tiltaket dekket. Bevisst skapte jeg en aktiv intervjusituasjon som hjalp meg, spesielt der informanten forsøkte å styre eller "ta over" intervjuet. På slutten av intervjuet spurte jeg om de hadde noe å tillegge, noe ingen av informantene benyttet seg av.

Datainnsamlingen er basert på lydopptak. Samtlige av informantene godkjente bruken av lydbånd før intervjuet startet. Dette ga meg mulighet til å fungere bedre som lytter og bedre i stand til å komme med oppfølgingsspørsmål. Underveis supplerte jeg med notater, dels for å holde styringen og en viss oversikt over utviklingen av intervjuet, dels for å registrere forhold som ikke kom med på lydbåndet. Slike observasjoner kan være respondentens kroppsspråk, eller inntrykk, erfaringer, vurderinger og tolkninger, som kan være nyttig bakgrunn for senere intervjuer eller analyser av datamaterialet (Grønmo 2004:164). Som et eksempel hadde en av informantene hengt opp en plakat på kontoret sitt om viktigheten av omdømmebygging. Etter intervjuet viste informanten meg rundt i arbeidslokalene hvor det hang flere slike plakater. Dette noterte jeg som nyttig informasjon og interessant observasjon. Notering under intervjuet ga meg også mulighet til å tilføre de transkriberte utskriftene notater om ulik kroppsbud bruk når informanten responderte på mine spørsmål eller ulike faktorer som ikke ble plukket opp av lydbåndet. For eksempel var det under intervjuene noen av informantene som hadde med seg rapporter fra tiltak jeg hadde gitt beskjed om at jeg studerte. Dette noterte jeg blant annet fordi det tydet på at mye av det var glemt og at det noen ganger ble det lest rett i fra rapporten, noe som ville vært umulig for meg å ha hørt ut i fra lydbåndet. På denne måten kunne jeg ved hjelp av mine notater lese når informanten ikke snakket ut i fra hukommelsen.

Samtlige intervju ble foretatt i informantenes egne omgivelser. I alle tilfeller kom jeg til deres arbeidssted, hvor jeg intervjuet de på deres kontor, unntatt i et tilfelle hvor vi var på et arbeidsrom. I gjennomsnitt varte intervjuene i ca 40-45 minutter, hvor det lengste var på nærmere 90 minutter og det korteste i underkant av 30 minutter. Spriket i tid gjorde intervjuguiden min svært viktig siden noen av informantene var ganske ordknappe og det krevdes mer av meg som intervjuer ved at jeg måtte stille flere spørsmål fra intervjuguiden og komme med flere oppfølgingsspørsmål for å få det datagrunnlaget jeg ønsket.

Intervjuene ble fortatt i perioden mellom desember 2007 og februar 2008. Hvilke informanter jeg skulle benytte meg av var noe som ikke ble klarlagt i starten av prosjektet, men som ble til etter hvert som jeg fikk mer kjennskap til de ulike tiltakene og gikk i gjennom relevante dokumenter.

Analyse

Neste steg var å kategorisere de transkriberte intervjuene som innebar å avdekke generelle og/eller typiske mønstre. Kategoriseringen ble gjort ut i fra overordnede tema i intervjuguiden som jeg ønsket å få belyst. Disse varierte noe fra tiltak til tiltak, men hovedsakelig kategoriserte jeg ut i fra bakgrunn for tiltaket, formål, gjennomføring, informantenes vurderinger, konsekvenser, og til slutt tiltaket som omdømmehåndtering. Jeg organiserte det transkriberte materialet slik at datagrunnlaget ble komprimert og dermed presentert på et betydelig færre antall sider, samtidig som jeg forsøkte å trekke ut informantenes implisitte og eksplisitte meninger. Kodingen ble basert på temaene i intervjuguiden og uforutsette innholdselementer i datamaterialet som hadde relevans i forhold til problemstillingen. Slike uforutsette innholdselementer kunne være forhold flere informanter påpekte gjennom ulikt språk, ulike eksempler, men hvor budskapet var det samme og førte til en ny kategori.

4.3.2 Dokumentanalyse

De relevante delene av innholdet i dokumentene ble bearbeidet, systematisert og registrert på en slik måte at de kunne brukes som datagrunnlag i studien (Grønmo 2004:187). Det skriftlige datagrunnlaget består av internaviser, aktuelle nettsider, prosjektrapport fra Omdømmeprojektet, power points fra medietreningskurset, både ny og gammel kommunikasjonsstrategi, det samme gjaldt retningslinjer for mediekontakt, relevante

dokumenter fra LIHCOM prosjektet, årsrapporter, referat fra styremøter og informasjonsmaterieell av ulikt slag. I tillegg fikk jeg fri tilgang til Helse Bergen sitt intranett gjennom en dag. Jeg benyttet meg da av en stasjonær datamaskin på Haukeland Universitetssykehus, hvor jeg hadde mulighet til å printe ut det jeg fant interessant. Dessuten var informasjonsdirektøren behjelpelig når jeg spurte om ulike dokumenter og eventuell tilgang på disse.

Ved bruk av skriftlige kilder er det viktig at tekstene blir betraktet i forhold til konteksten for å kunne tolke og forstå innholdet. Videre at tekstenes representativitet blir vurdert ut i fra hvem tekstene er representative for. For eksempel om det er forfatterens budskap, eller en større gruppe, en organisasjon eller en institusjon sitt budskap som kommer til uttrykk. Et annet viktig moment er å vurdere tekstenes mening eller betydning. For å forstå tekstenes representativitet og mening må man vurdere blant annet hvem som laget tekstene, hvilken bakgrunn forfatterne og leserne hadde, og hvem som leste dem, og i hvilken situasjon tekstene ble utformet, formidlet og lest (Grønmo 2004:191). Det er viktig å være oppmerksom på at ens eget perspektiv kan påvirke utvelgingen og tolkningen av tekstene. Tolkningen av innholdet kan på denne måten bli ensidig. Et annet problem er at en kan komme i skade for å basere seg på tekster som er lite troverdige, dette kan føre til feiltolkninger av innholdet (Grønmo 2004:192). For å unngå slike feiltolkninger om tekstenes representativitet og mening skal det vektlegges å forstå tekstenes innhold ut i fra den konkrete situasjonen da tekstene ble utformet og formidlet, og i lys av forfatterens antatte intensjoner, tekstenes sosiale funksjoner og lesernes mulige persepsjoner (Grønmo 2004:193).

En fordel ved å benytte seg av skriftlige kilder er at en har mulighet til å gå tilbake i tid (Holme 2006:32). I denne studien gjaldt det blant annet omdømmeprojektet som var gjennomført i 2005 hvor rapporter var blant de få stedene jeg kunne finne eksplisitt informasjon om prosjektet. Dessuten var det viktig å få sett nærmere på tidligere kommunikasjonsstrategi i forhold til den som ble vedtatt i 2008, for å kunne se endringene mer detaljert.

De skriftlige kildene var også viktige i forarbeidet når jeg skulle bestemme hvilke tiltak jeg skulle se nærmere på som konsekvens av omdømmehåndtering. Gjennom årsrapporter og foretaksstrategier fikk jeg informasjon om foretakets synspunkter vedrørende omdømmehåndtering og deres videre satsningsområder.

Informasjonen jeg har fått gjennom dokumentanalyse har fungert bra som komplementerende materiale til opplysninger jeg fikk gjennom intervjuer, for eksempel gjennom henvisninger informantene gjorde til ulike dokumenter. Slike sammenhenger mellom de skriftlige og de muntlige kildene styrker oppgavens datagrunnlag og funnene på bakgrunn av dette.

4.4 Datakvalitet

En avgjørende forutsetning for å komme fram til analyseresultater som er holdbare og fruktbare er at datamaterialet er av tilfredsstillende kvalitet. Ved samfunnsvitenskapelige data nevnes to kriterier som de viktigste, reliabilitet og validitet (Grønmo 2004: 217).

4.4.1 Reliabilitet

Reliabilitet kan defineres som *”graden av samsvar mellom ulike sammenhenger av data om samme fenomen basert på samme undersøkelsesopplegg”* (Grønmo 2004:222). Ved kvalitative studier har undersøkelsesopplegget og datamaterialet mindre struktur enn i kvantitative studier og vurderingen av reliabilitet vil i stor grad dreie seg om hvordan måleinstrumentet fungerer. Det er blitt hevdet at reliabilitet ikke er relevant eller fruktbart for kvalitetsvurderingen, og begrepet troverdighet blir ofte i nyere litteratur om kvalitativ forskning brukt i stedet for reliabilitet (Grønmo 2004:229). Derimot skal det tillegges at man ved intervju har mulighet til å benytte samme intervjuguide og gå i gjennom notater foretatt av forskeren, og på denne måten i stor grad bruke det samme måleinstrumentet.

I denne studien benyttet jeg meg av dokumentanalyse som gjør at de arkiverte tekstutsnittene med merking og kommentarer kan gjennomgås og vurderes på nytt, og når det gjelder intervjuene kan lydbåndopptakene eller utskriftene fra samtalene vurderes kritisk gjentatte ganger (Grønmo 2004:229). Reliabiliteten handler med andre ord om hvorvidt en annen person kunne foretatt studiene og kommet fram til samme resultat. I denne studien har jeg benyttet meg av både offentlige og interne dokumenter, derimot var de interne dokumentene ikke noe problematisk å samle inn og ut i fra slik jeg oppfattet det, være mulig for en annen å innhente disse dokumentene. Hvorvidt det at jeg tilhørte et forskningsprosjekt ved Rokkan senteret kan hatt noe å si, kan diskuteres. Videre måtte jeg underskrive på forskningsavtale i forbindelse med intervjuene, som også tok for seg Helse Bergen sin plikt til å forsøke å hjelpe til i studien der hvor det var nødvendig. Helse Bergen har under store deler av studien vært

behjelpelig med dokumenter o.l når dette trengtes, derimot har jeg også til tider, slik jeg oppfattet det, blitt møtt med skeptisisme.

4.4.2 Validitet

Validitet er en betegnelse på datamaterialets gyldighet for problemstillingen som belyses. Er validiteten høy vil det si at undersøkelsesopplegget og datainnsamlingen resulterer i data som er relevante for problemstillingen (Grønmo 2004: 426). I denne studien vil det si om jeg fikk tak i hvorvidt de tre tiltakene kan sies å være en konsekvens av omdømmehåndtering. For å imøtekomme kravet om validitet har jeg forsøkt å benytte meg av de kildene som var mulig å oppdrive. Det skal tillegges at det kunne vært interessant og observert ved et medietreningskurs, men ut i fra problemstillingen min og tidsaspektet på oppgaven mener jeg å tro at jeg tok riktig beslutning ved å kun benytte meg av intervju og dokumenter. Studiens validitet styrkes også på grunn av at jeg har forsøkt å oppdrive det som finnes av offentlige dokumenter og foretatt intervju med sentrale aktører i forhold til de tre tiltakene. Kompetanse validitet, kommunikativ validitet og pragmatisk validitet er tre validitetstyper som kan tillegges vekt ved kvalitetsvurderinger av kvalitative data (Grønmo 2004: 234).

Kompetansevaliditet refererer til forskerens kompetanse for innsamling av data. Dette innebærer forskerens erfaringer, forutsetninger og kvalifikasjoner knyttet til denne type datainnsamling (Grønmo 2004:234). Kommunikativ validitet bygger på dialog og diskusjon mellom forskeren og andre om hvorvidt materialet er godt og treffende i forhold til problemstillingene i studien. Dialog med kildene er ganske vanlig, for eksempel informanter som er intervjuet. Dette for å avdekke mulige virkelighetsbeskrivelser som ikke stemmer overens mellom forsker og aktør (Grønmo 2004:235). Pragmatisk validitet viser i hvilken grad datamaterialet og resultatene i en studie danner grunnlag for bestemte handlinger. Det vil si at pragmatisk validitet uttrykker i hvilken grad bestemte hendelser – eller handlingsforløp kan påvirkes av studien (Grønmo 2004: 236).

I denne studien ble det forsøkt oppnådd høy validitet ved å fokusere på likheter eller forskjeller mellom ulike synsvinkler eller innfallsvinkler og sammenlikne ulike typer data om de samme fenomenene. Ulike sammenlikninger ble så drøftet i forhold til konteksten for datainnsamlingen. Dette ble gjort siden forskjeller mellom de samme fenomenene kan skyldes

at datainnsamlingen er tatt under ulike kontekstuelle forhold, og ikke nødvendigvis at det er lav validitet (Grønmo 2004: 238).

Under intervjuene gjorde jeg mitt ytterste for å føre gode systematiske notater som forhåpentligvis skapte et bedre grunnlag for å vurdere datamaterialets kvalitet. Dette igjen førte til bedre forutsetninger for å kunne revidere undersøkelsesopplegget og endre datainnsamlingen med sikte på å forbedre datakvaliteten.

En annen faktor som styrker studiens validitet er sammenheng mellom de ulike tiltakene. Ved at det i prosjektrapporten til omdømmeprojektet er nevnt de to andre tiltakene som en del av videre satsing for å bedre omdømmet taler dette for at studien har fått svart på problemstillingen.

4.5 Oppsummering av metodisk tilnærming

I dette kapitlet har jeg gjort rede for metodiske tilnærming og problematisert ulike utfordringer jeg har stått overfor i datainnsamlingen og analysen. Gjennomgående er det blitt presentert begrunnelser for valg jeg har foretatt underveis. Til slutt er det blitt diskutert svakheter og styrker ved studien ut i fra begrepene validitet og reliabilitet. I det neste kapitlet vil studiens funn bli presentert. Kapitlet er lagt opp til å presentere funn i forhold til tiltakene enkeltvis.

5.0 Det omdømmeorienterte helseforetak

Omdømmehåndtering er en av flere hovedtrender i samtidens organisasjonstenkning. Som tidligere fremstilt i teorikapittelet handler det om ideer og grep for å presentere organisasjoner på mest mulig fordelaktige måter overfor ulike aktører i omgivelsene, og å oppnå tillit hos ulike aktørgrupper. Organisasjonsoppskriften omdømmehåndtering spres til og materialiseres i stadig flere organisasjoner. Et felles trekk er at organisasjonene aktivt og bevisst driver strategisk selvpresentasjon utad til omgivelsene (Røvik 2007:195), som blir formidlet i svært synlige og lett tilgjengelige fora. Internett brukes aktivt og de fleste har egne hjemmesider da det blir forventet av alle organisasjoner at de skal fortelle hvem de er, og hva de står for (Kvåle og Wæraas 2006:49).

I likhet med svært mange andre organisasjoner har også Helse Bergen like etter århundreårsskiftet vært opptatt av sitt omdømme. Satsningen består delvis av tiltak for å presentere organisasjonen best mulig overfor ulike aktørgrupper, samt tiltak for å regelmessig måle omgivelsenes oppfatninger av foretakets omdømme. Studiens siktemål er å se nærmere på innføring av organisasjonsoppskriften omdømmehåndtering. Dette innbefatter hvordan det har materialisert seg og hvilke konsekvenser det har fått. Som teoretisk bakteppe for de empiriske observasjonene benyttes det to analytiske tilnærminger; symbolperspektivet og verktøyperspektivet. Empiri defineres som *opplysninger eller informasjon om faktiske forhold i samfunnet som bygger på folks erfaringer* (Grønmo 2004:33). Som diskutert i teorikapittelet vil Helse Bergen ut i fra verktøyperspektivet benytte seg av organisasjonsoppskriften omdømmehåndtering som et redskap for å gjøre organisasjonen mer effektiv, mens ut i fra symbolperspektivet gjøres det for å oppnå legitimitet fra omgivelsene.

For å kunne si noe om omdømmehåndtering i Helse Bergen har jeg har konsentrert meg om tre ulike tiltak: omdømmeprojektet, medietreningskurs og kommunikasjonsstrategi. *Omdømmeprojektet* innebar å kartlegge interessentgrupper, foreta omdømmemålinger og utarbeide tiltak for å lukke gapet mellom ønsket og virkelig omdømme. Interessentgrupper vil i denne oppgaven forstås som de aktørgrupper Helse Bergen kartla under projektet, henholdsvis befolkningen, pasienter/pårørende, politikere, 1. linjetjenesten og ansatte, i tillegg til media. På *medietreningskurset* kurses det i hvordan en skal forholde seg til media, og i

*kommunikasjonsstrategien*²² blir viktige overordnede prinsipp og mål for all kommunikasjon beskrevet. Tiltakene vil bli mer utførlig presentert i det følgende kapittel.

Tiltakene ble valgt fordi alle tre er nevnt i Helse Bergen sin årlige melding fra 2007 som satsing på omdømmehåndtering. Videre var det viktig at tiltakene stod i forhold til hverandre når det gjaldt omfang. Å se nærmere på tre tiltak ga dessuten en viss bredde og et bedre grunnlag for å kunne si noe om omdømmehåndtering i Helse Bergen. Med dette utgangspunktet valgte jeg å operasjonalisere omdømmehåndtering i Helse Bergen ut i fra disse tre tiltakene. Det skal tillegges at flere tiltak er nevnt i den årlige meldingen. Å velge omdømmeprojektet som et av tiltakene i en studie om omdømmehåndtering var en selvfølge på grunn av at Helse Bergen kalte dette et omdømmeprojekt. Videre har det i andre studier (Holme 2006, Johnson 2005) som har omhandlet kommunikasjon vist seg å være en kobling til omdømmebygging. Derfor var det av interesse å ta for seg kommunikasjonsstrategien og medietreningskurset for å se nærmere på disse tiltakene som et uttrykk for omdømmehåndtering. I det følgende vil det først og fremst bli gitt en kort presentasjon av Helse Bergens fremtidsplaner og deres visjoner i forhold til omdømmehåndtering for å få et overblikk over foretakets generelle fokus på omdømme, før det fullstendige empiriske materialet vil bli presentert. I denne presentasjonen vil de enkelte tiltakene bli nærmere presentert ut fra dokumenter og dybdeintervju.

5.1 Omdømmehåndtering – strategisk satsingsområde?

Plandokumentet Helse 2020 er et forsøk på å tegne et så presist bilde som mulig av fremtiden og fungerer som visjon for spesialisthelsetjenesten på Vestlandet, og omfatter perioden 2008-2011. Dokumentet inneholder felles visjon, felles verdier og felles målsettinger for de lokale foretakene som Helse Vest eier, henholdsvis Helse Førde, Helse Bergen, Helse Fonna og Helse Stavanger. Konkretisering og den praktiske gjennomføringen av plandokumentet Helse 2020 er det de lokale helseforetakene som står for (Helse 2020:5).

I Helse 2020 presiseres det at samtlige lokale helseforetak som ligger under Helse Vest er avhengig av allmenn tillit, og av å fremstå som tillitsvekkende i de ulike miljø som influerer

²² Som nevnt i innledningskapittelet vil ny kommunikasjonsstrategi og nye retningslinjer for mediekontakt fungere som et tiltak. Dette siden retningslinjene ble lagt ved som orienterende vedlegg når kommunikasjonsstrategien skulle opp i styret. Retningslinjene fungerer som en rettesnor for all mediekontakt og retter seg direkte mot de ansatte.

virksomheten. På denne måten blir det stadig viktigere å utvikle bevisste handlinger til omdømmespørsmål og å gjøre omdømmebygging til en integrert del av arbeidshverdagen på alle plan i organisasjonen. Lederne i organisasjonen beskrives som å ha et særskilt ansvar med å påse at omdømmeaspektet blir vektlagt i beslutningsprosesser (Helse 2020:33). Omdømmebygging har blitt videreført som et tidligere eksisterende satsningsområde, og skal også vektlegges og gjennomføres bevisst gjennom perioden plandokumentet Helse 2020 gjelder for (Helse 2020:35).

Helse Bergen beskriver sitt eget forhold til omdømme på denne måten:

”Et godt omdømme er heilt grunnleggjande for at innbyggjarane skal ha tillit til at dei får den hjelpa dei treng frå Helse Bergen når dei blir sjuke. Den viktigste måten å byggje eit godt omdømme på, er å sikre at pasienter får god medisinsk behandling og at dei blir godt ivaretekne som mennesker i all kontakt med føretaket. Måten vi møter dei pårørende på, er også viktig for omdømmet vårt. Dei beste ambassadørane våre, er nøgde pasienter og pårørende. Måten dei tilsette omtaler arbeidsplassen sin, veg også tungt, anten det skjer i faglige fora, sosiale lag eller i media. Det grunnleggjande omdømmebyggjande arbeidet må altså skje internt ved å sikre nøgde pasienter og pårørende og at dei tilsette opplever at dei har gode arbeidstilhøve” (Årleg melding 2007:57).

Samtidig har media blitt en stadig viktigere aktør vedrørende foretakets omdømme ved at Helse Bergen de siste par årene hatt flere vanskelige mediasaker som har kunnet påvirket omdømmet deres. I innledningskapittelet ble den såkalte ”Kristina-saken” nevnt der det dreide seg om en uenighet mellom sykehuset og far om avslutning av behandlinga av den kritisk syke 4-årige jenta. Psykiatrien har også vært i et kritisk søkelys hvor rømminger og utsagn om dårlig arbeidsmiljø har gitt hundretals medieoppslag. Terskelen for å skrive negative saker om Helse Bergen oppfattes som lavere og foretaket kan derfor sies ha en ekstra utfordring knyttet til å håndtere media godt i tiden fremover (Årleg melding 2007:57).

I Helse Bergens årlige melding fra 2007 blir det pekt ut tre strategiske satsingsområder for å kunne møte utfordringer foretaket har 1) Utvikling av kjernevirksomheten 2) styring og forvaltning av ressurser og 3) samhandling og relasjonsbygging, og herunder omdømmebyggende arbeid. I meldingen beskrives spørreundersøkelser som et viktig middel

for å vite noe om hvordan foretakets omdømme utvikler seg i ulike målgrupper, og at omdømmeprojektet i den forbindelse vil fungere som et viktig middel i sammenheng med andre oppfølgingsundersøkelser (årleg melding 2007:70). Videre står det at media har en sentral rolle i omdømmebygging og at foretaket ønsker å få enda mer fokus på profileringen av de gode sakene. I den årlige meldingen fremkommer det at foretaket selv oppfatter at de jobber mer strategisk enn tidligere for å sikre at foretaket får fram viktig informasjon, også i de vanskelige mediesakene. Videre skal omdømmebyggingen innbefatte et økt tilbud innen medietreningskurs for ansatte som skal uttale seg i media og ferdigstilling av en ny kommunikasjonsstrategi sammen med nye retningslinjer for mediekontakt (Årleg melding 2007:71).

5.2 Omdømmeprojektet

5.2.1 Bakgrunn for Omdømmeprojektet

I prosjektbeskrivelsen for omdømmeprojektet fremkommer det at Helse Bergen tidligere i liten grad aktivt og målrettet har forholdt seg til hvordan viktige interessegrupper oppfatter virksomheten. Derimot er foretaket nå avhengig av et godt omdømme på en rekke områder for å kunne vinne kampen om pasientene, de beste fagfolkene, økonomiske ressurser og posisjoner i utviklingen av spesialisthelsetjenesten. Prosjektbeskrivelsen uttrykker at et godt omdømme skaper trygghet i befolkningen og styrker lagånden internt. Videre påpekes det at flere ulike faktorer påvirker interessegruppers oppfatning av foretaket, deriblant resultat av den medisinske behandlingen, pleien pasientene får, forskningsaktiviteten, interne forhold og interessenters opplevelse av møtet med mennesker og fysiske forhold i Helse Bergen. I beskrivelsen fremkommer det at i en eventuell konkurransesituasjon vil hva som skjer i andre foretak kunne være med og påvirke interessenters oppfatning av Helse Bergen og dets omdømme. Det er derfor viktig at interne og eksterne forhold som vil kunne forme omdømmet til foretaket blir overvåket i årene som kommer i følge prosjektbeskrivelsen²³.

I omdømmerapporten (prosjektrapport), som er en redegjørelse for hva prosjektet har tatt for seg og som presenteres senere i kapittelet, beskrives omdømmehåndtering som et viktig fokus for foretaket. Det fremheves at det økende fokus skyldes at omdømmet er viktig for å legitimere virksomheten overfor lokalbefolkningen og å styrke tilliten til helseforetaket blant bevilgende myndigheter: politisk og administrativt. Det uttrykkes i rapporten av Helse Bergen

²³ Prosjektbeskrivelse for "Omdømmeprojektet" 2005 hentet fra intranettet til Helse Bergen

vil kunne lettere få gjennomslag for viktige og nødvendige prioriteringer andre skal gjøres på deres vegne ved å ha et godt omdømme. Videre vil det kunne styrke Helse Bergen sin posisjon i et marked med økende konkurranse og sikre rekruttering av de beste kandidatene til Helse Bergen, samt styrke lagånden blant de ansatte.

Omdømmerapporten uttrykker også at omgivelsene i dag krever innsyn og at folk legger mer vekt på informasjon fra andre kilder, for eksempel bekjente, andre pasienter, pasientorganisasjoner, fastleger og media. Med dette kravet og denne informasjonsflyten blir omdømmestrategi en forretningsstrategi/foretaksstrategi som skal etablere tillit og anerkjennelse hos alle som kan tenkes å påvirke foretakets muligheter for å lykkes, som i følge rapporten skal oppnås gjennom kommunikasjon, relasjonsbygging og reell adferd²⁴.

Med utgangspunktet i det fokus Helse Bergen nå kan sies å ha på omdømme og ønsket om å mer aktivt å forholde seg til sine omgivelser vedtok ledelsen i styresak 39/05 å starte opp Omdømmeprojektet. Strategiplanen for Helse Bergen gir forankring for innholdet i et slikt prosjekt²⁵. Ser man nærmere på strategiplanen til Helse Bergen for 2004 – 2008 finner man kommunikasjon og omdømme som et strategisk satsningsområde. Videre i strategiplanen for 2008 - 2012 vektlegges det at foretaket skal være en fremtidsrettet kompetanseorganisasjon. Dette innbefatter å styrke omdømmet gjennom kloke valg og at det fortsatt er en bevissthet rundt omdømme og valg foretaket gjør som kan påvirke dette.

5.2.2 Formålet med prosjektet

Høsten 2005 startet informasjonsavdelingen i Helse Bergen arbeidet med Omdømmeprojektet. Et av målene var å se om Helse Bergen sitt omdømme var blitt svekket. Prosjektet skulle først og fremst kartlegge interessentgrupper, deres oppfatning av Helse Bergen, og kanaler til å lukke gapet mellom ønsket og virkelig omdømme²⁶. Fra november 2005 til og med mars 2006 gjennomførte Helse Bergen omfattende undersøkelser hvor de tok for seg omdømmet til Helse Bergen og utvalgte divisjoner, klinikker og avdelinger. Helse Bergen engasjerte Headvisor Communication og Konvoi for å bistå i prosjektet. De kvantitative undersøkelsene ble utført av Norsk Respons, delvis som selvstendige undersøkelser og delvis som en del av en større undersøkelse, en såkalt ”omnibus”. Det ble

²⁴ Prosjektrapport

²⁵ Prosjektbeskrivelse for ”Omdømmeprojektet” 2005 hentet fra intranettet til Helse Bergen

²⁶ Prosjektbeskrivelse for ”Omdømmeprojektet” 2005 hentet fra intranettet til Helse Bergen.

foretatt en medieanalyse, det vil si vurderinger av hvordan Helse Bergen blir framstilt i pressen. Videre ble det foretatt flere spørreundersøkelser for å se om Helse Bergen sitt omdømme var blitt svekket etter sterk kritikk og mye negativ omtale blant annet vedrørende Kristina-saken. Resultatet fra undersøkelsen viste at virksomhetene under Helse Bergen har et ganske godt og robust omdømme, med unntak av de psykiatriske enhetene som kommer ut betydelig svakere enn de somatiske enhetene Haukeland Universitetssykehus, Voss lokalsykehus og Kysthospitalet. (En mer utførlig presentasjon av resultatene fra undersøkelsen presenteres senere i kapitlet.) Undersøkelsen ble rettet mot befolkningen generelt, pasienter/pårørende, ansatte i Helse Bergen, førstelinjetjenesten og politikere. Ved at de gikk så bredt ut, med tanke på respondenter, førte dette til mange interessante data som igjen viste hvilke områder de burde satse på i fremtiden for å bedre Helse Bergen sitt omdømme. I følge Helse Bergen er dette noe de har intensjoner om å arbeide planmessig og strategisk med i tiden fremover²⁷.

5.2.3 Omdømmebegrepet

For å få en forståelse for hvordan omdømmebegrepet ble benyttet og forstått i prosjektet skal det nevnes at det i prosjektrapporten uttrykkes at et omdømme skapes av: ”*summen av fortolkede erfaringer og kunnskap, og er et uttrykk for et sett med følelser og subjektive inntrykk*”. I følge rapporten betyr dette at et omdømme kan sies i stor grad å være emosjonelt betinget. Som regel vil følelser tale sterkere enn fakta, derfor er informasjon viktig for å rette åpenbart gale tolkninger av hendelser og uheldige erfaringer. Informasjon kan vel så gjerne være en handling i form av relasjonen pasient/lege²⁸.

5.2.4 Prosjektgruppen i omdømmeprojektet

Organiseringen av prosjektet fungerte med, administrerende direktør på det daværende tidspunkt, som prosjekteier, og informasjonsdirektøren som prosjektleder. Prosjektgruppen bestod av representanter fra ulike avdelinger som skulle hovedsakelig sette fokus på sin avdelings arbeidsområde.

Prosjektgruppens arbeid bestod blant annet i å kartlegge interessenter og finne hvilke interessenter som skulle prioriteres. Gruppen skulle også utarbeide og gjennomføre ulike

²⁷ Prosjektrapport

²⁸ Prosjektrapport

undersøkelser for å måle omdømmet til Helse Bergen. Etter foretatte undersøkelser skulle prosjektgruppen kartlegge områder eller avdelinger i Helse Bergen som hadde størst potensial til å utvikle eller bedre Helse Bergens omdømme. Så fremt mulig skulle arbeidet samkjøres med eksisterende undersøkelser og forbedringsarbeid. Videre skulle gruppen kartlegge hvilke eksterne forhold som kunne påvirke foretakets omdømme og som en forlenging komme med forslag til ulike delprosjekter på grunnlag av undersøkelser og analyser. Gruppens medlemmer hadde mulighet til å komme med forslag til opplegg for kontinuerlig overvåking av omdømmet, og gjennom informasjon bidra til at ansvaret for omdømmet ble forankret i hele organisasjonen. Utgangspunktet var å levere rapporten 1. februar 2006, dette ble derimot utsatt og prosjektrapporten er datert 1. juni 2006²⁹.

5.2.5 Prosjektrapport

Prosjektrapporten er en revidert utgave av rapporten levert av Headvisor og Konvoi som inneholdt blant annet foreslåtte tiltak for å bedre omdømmet til Helse Bergen. Helse Bergen utelot noen av tiltakene, mens andre ble nevnt som kommende satsningsområder for omdømmet til foretaket. I rapporten kommer det fram at dette er den første omfattende kartleggingen av omdømmet og gir et godt grunnlag for å sette i verk tiltak som kan bidra til å gjøre omdømmet enda mer robust. Målingene skal gjentas hvert annet år. Andre måling ble foretatt i november 2007. Undersøkelsene er lagt opp til å ha et fast gjentatt innhold slik at det vil være mulig å se en eventuell endring. I etterkant av prosjektet ble omdømmerapporten lagt ut på intranett, i form av en presentasjon av hovedfunn i undersøkelsen, slik at de ansatte fikk informasjon om det tidligere pågåtte prosjektet. I tillegg ble det laget et eget temanummer av Hospitalet, internbladet for Helse Bergen, om foretakets omdømme.

5.2.6 Resultater fra undersøkelsen

I undersøkelsen kom det fram at sykehusene hadde et sterkere merkenavn enn helseforetakene, og at Helse Bergen med sitt kjente merkenavn "Haukeland Universitetssykehus" i spissen, hadde et godt omdømme i befolkningen. Det ble foretatt en kvalitativ analyse av oppslag i media i perioden 17. september 2005 til 17. desember 2005, og senere gjort en vurdering av resultatene:

²⁹ Prosjektrapport

”Informasjonspolitikken i Helse Bergen gjenspeiles i at svært mange ansatte uttaler seg. Ikke alle gjør det like vellykket. Bl.a. er en sak nærmest utelukkende negativt vurdert, selv om utgangspunktet til Helse Bergen faktisk var godt”³⁰.

Videre tillegges det at: *”Det bør vurderes en bedre oppfølging av alle som skal uttale seg til mediene og en strengere praksis i forhold til å innhente medieråd før ansatte uttaler seg til mediene, spesielt i saker som kan bli oppfattet kontroversielt/negativt dersom de ikke håndteres riktig”³¹.*

Undersøkelsen viste også at profilering av forskning og pasienttilbud hadde bidratt mest til å bygge et godt omdømme i perioden oppslagene var hentet fra.

I følge prosjektrapporten vil Helse Bergen fremover, for ytterligere å styrke omdømmet, ha som siktemål å styrke de ansattes oppfatning av omdømmet av egen arbeidsplass, virksomhetens servicenivå, det interne samholdet, håndteringen og forståelsen av media og anvende kunnskap om omdømme i profileringen av Helse Bergen. Videre kan omdømmet styrkes gjennom helseforetakets informasjonsstrategi ved å utvikle kommunikasjonsplattformen og vurdere bruk av virkemidler og kanaler for informasjonsspredning. I følge rapporten innebærer dette både den rolle og funksjon Informasjonsavdelingen fyller, i tillegg til kommunikasjonen som skjer/ikke skjer i linjen.

Undersøkelsen viser at Haukeland Universitetssykehus er godt kjent og godt ansett i Norge. Helse Bergen derimot er det få som har et forhold til, og blant de som har kjennskap til foretaket, er omdømmet dårligere enn det som er tilfellet med Haukeland. Det uttrykkes at det det ligger en betydelig utfordring vedrørende navnbruk for å:

”vedlikeholde og bygge videre på omdømmet for organisasjonen. Det vil være nødvendig å ta en gjennomgang av navnebruken for å finne løsninger som er optimale fra et omdømmesynspunkt”³².

³⁰ Prosjektrapport

³¹ Prosjektrapport

³² Prosjektrapport

Videre viste undersøkelsen et klart signal om at fritt sykehusvalg er en foretrukket verdi i befolkningen, men i praksis er dette en verdi som ikke har så stor betydning ennå. Videre at møtet mellom pasient og helsearbeider er det viktigste elementet i omdømmebyggingen og det er også dette som gir stoff til de sakene som havner i mediene. Spesielt fire tema blir av de ansatte ansett for å være viktig for omdømmet: 1. Faglig kvalitet, 2. Ventetid på behandling, 3. Respekt og omsorg overfor pasienter og pårørende og 4. Medias omtale av Helse Bergen.

5.2.7 Tiltak presentert i prosjektrapport

I rapporten blir det foreslått at det bør opprettes egne grupper til å arbeide videre med foreslåtte tiltak, eventuelt at oppfølgingen legges til allerede eksisterende grupper. Tillitsvalgte og brukerutvalg bør også bli inkludert i arbeid med de ulike tiltakene.

Ut i fra undersøkelsen fremstår det som viktig å finne tiltak som kan bidra til at de ansatte ikke opplever at ledelsen er mer opptatt av økonomi enn pasienter. I tillegg er behov for å lage lettere kommuniserbart verdigrunnlag. Dette har i den senere tid blitt forenklet av Helse Vest og gjelder på denne måten også for Helse Bergen.

”Helse Bergen” er nesten fraværende i media og står svakere som navn i de undersøkte målgruppene, sammenlignet med ”Haukeland Universitetssykehus”. Merkevarer ”Helse Bergen” er derfor bestemt tonet ned, og merkevaren ”Haukeland Universitetssykehus” skal brukes der det er mulig. Merkenavnet ”Haukeland Universitetssykehus” vil på denne måten profileres i større grad. Navnebruken til Psykiatrisk divisjon er derimot en større utfordring og i rapporten fra Helse Bergen er tiltak foreslått fra konsulentfirmaet ikke nevnt. Konsulentselskapet foreslo et helt nytt navn for Psykiatrisk divisjon, i kombinasjon med tiltak for å styrke intern og ekstern oppfatning av divisjonens omdømme som et mulig godt trekk. Hvorfor Helse Bergen valgte å utelate dette i sin egen rapport er ikke nevnt og kan komme av ulike faktorer, men noe forslag til løsning blir ikke presentert.

Navnejustering og nytt verdisett vil forhåpentligvis også føre til at de ansatte ikke er fullt så kritiske til foretaket og arbeidsplassen. Dette kan danne et utgangspunkt for et identitetsprogram hvor det settes søkelys på ”*hvem vi er og hva vi er*”, derimot ble ikke dette nevnt som noe videre satsningspunkt eller planlagt tiltak fra noen av informantene.

Bedring av forholdet til 1. linjetjenesten er allerede i gang, blant annet med praksiskonsulentordningen. Dette er en ordning der allmennleger ansettes i deltid av helseforetakene som konsulenter for å bedre samarbeidet om pasientbehandlingen mellom første- og andrelinjen, for eksempel ved å kartlegge og fjerne hinder for god pasientflyt³³. Videre er det satt i gang et arbeid med å se på hvordan internett i større grad kan brukes i veiledning av fastlegene, et pilotprosjekt er startet på barneklubben. I tillegg foreligger det planer for mer omfattende prosjekt i samarbeid med Helse Vest IKT, fortrinnsvis på regionalt nivå.

En holdningskampanje der møtet mellom helsearbeider og pasient/pårørende er tema foreslås i rapporten, derimot er det ikke mulig å se at dette er gått noe videre på. På den annen side nevnes kurs i omdømme/kommunikasjon og relasjonsbygging som et tilbud til ledere på alle nivå i organisasjonen og som har blitt gjennomført av informasjonsdirektøren.

For at Helse Bergen skal ha et godt omdømme er det essensielt at pasienter og pårørende føler seg ivaretatt. Det foreslås i den forbindelse et brukerombud, et lavterskeltilbud, for alle som har synspunkter på møtet med Helse Bergen. Brukerombudet skal forhåpentligvis gjøre slik at pasienten føler seg tatt på alvor ved at sykehuset har en instans som er interessert i å høre på klagen – uansett alvorlighetsgrad. Sykehuset igjen, får en unik mulighet til å få tilbakemeldinger om forhold som deres brukere er misfornøyd med³⁴. Informasjonsdirektøren har i den senere tid uttalt at hun har fått klarsignal om å begynne arbeidet med lavterskeltilbudet.

Som tidligere nevnt i oppgaven fremkommer det i rapporten at omdømmet til de psykiatriske enhetene er dårligere enn de somatiske enhetene. Psykiatrien scorer lavt på flere områder, derimot kommer psykiatrien bedre ut i flere målgrupper hva angår oppfatning av faglig dyktighet og kompetanse. I rapporten tillegges det: *”Til tross for lav score må vi holde fast ved at psykiatrien ikke skal ha lavere ambisjoner knyttet til omdømmet enn det som gjelder for andre deler av spesialisthelsetjenesten”*. Derfor er divisjonen i gang med flere endringer som på sikt vil bidra til å styrke omdømmet til psykiatrien. For eksempel har

³³ <http://www.helsebiblioteket.no/Samfunnsmedisin+og+folkehelse/Helser%C3%A5det/2005/Nr.+4-05/5148.cms>

³⁴ Prosjektrapport

informasjonsavdelingen vært spesielt oppmerksom på å formidle positive saker fra psykiatrien til mediene.

Tilbakemeldinger fra de ansatte i undersøkelsen indikerer at budskapet fra ledelsen ikke alltid når igjennom internt. Omdømmearbeidet gir en anledning til å stoppe opp og vurdere hvilket etterlatt inntrykk man ønsker at ansatte skal sitte igjen med. Dette for å bestemme hvilket kjernebudskap som skal penetrere budskapene og hvordan ledelsene best mulig skal kunne kommunisere med sine ansatte. Som en del av dette arbeidet ble kommunikasjonsstrategien revidert i januar 2008.

Siden alle ansatte ikke synes å håndtere media like godt, og ikke alle har like stor innsikt i den strategiske tenkningen i forhold til hva Helse Bergen profilerer seg med i mediene, ble det foreslått klarere retningslinjer for hvem som skal uttale seg på Helse Bergens vegne. Videre innskjerpede rutiner for rapportering av mediekontakt, og obligatoriske medietreningskurs. Nye retningslinjer for mediekontakt trådte i kraft januar 2008, og både grunnkurs og videregående kurs i medietrening er blitt holdt for ledere og andre som er i posisjoner der de vil komme i kontakt med mediene.

Oppsummering av omdømmeprojektets dokumenter

Helse Bergen har tidligere i liten grad forholdt seg til begrepet omdømme og på hvilken måte omdømmehåndtering kan tilføre styrker og forbedringer på en rekke ulike områder for foretaket. Omdømmeprojektet fremstår helt klart som en del av prosessen for å bedre og ha et sterkere fokus på omdømmet. På den ene siden brukes omdømmehåndtering, og projektet som et ledd i denne håndteringen, for å oppnå gevinster slik som sterkere posisjon i en konkurransesituasjon, og på den annen side for å legitimere virksomheten. Omdømmeprojektet ble startet høsten 2005 og kan sies å være en del av den grunnleggende plattformen for omdømmehåndtering i foretaket, i og med at projektet skulle kartlegge interessent grupper og resultatene fra undersøkelsene skulle brukes som et utgangspunkt for videre omdømmehåndtering. Gjennom projektet har foretaket fått kartlagt omdømmet sitt og hvilke områder de burde satse på i fremtiden. Omdømmeprojektet stod for den første omfattende kartleggingen av omdømmet til Helse Bergen og er ment å gjentas hvert annet år. Ny omdømmemåling for Helse Bergen ble foretatt i november 2007. Gjennom målingene viser det seg at Helse Bergen har et godt omdømme, mens det er merkevaren Haukeland Universitetssykehus som har best omdømme og er mest kjent. Det er derfor bestemt at

merkenavnet Haukeland Universitetssykehus skal brukes mer i fremtiden. I prosjektrapporten er noen av tiltakene fra konsulentselskapet utelatt og andre bygget videre på. To av tiltakene som blir nevnt er kommunikasjonsstrategi og medietreningskurs som denne studien har sett nærmere på som en eventuell konsekvens av omdømmehåndtering, i tillegg til omdømmeprojektet. I det følgende vil informantens erfaringer og vurderinger fra omdømmeprojektet bli presentert.

5.2.8 Informantenes vurderinger av og erfaringer med omdømmeprojektet

Bakgrunn for prosjektet

Under intervjuet ble informantene bedt om å beskrive deres oppfatning av hvorfor omdømmeprojektet ble igangsatt. Informant 3 trakk inn det omdømmefokuset som rådet i tiden 2004 – 2005 som en medvirkende faktor: *”Altså du kunne nesten ikke åpne en avis eller et tidsskift uten at en eller annen rådgiver for næringslivet snakket om hvor viktig omdømme var”*. På denne måten betraktet hun omdømmehåndtering, og herunder omdømmeprojektet som en motesti som *”dels var født av moderne ting i tiden”*, samtidig som hun mente at omdømmehåndtering var et viktig tema og et fokusområde for foretaket ved at *”det var et genuint behov for å vite: hvor står vi?”*. Dette behovet bestod i følge informanten å få en oversikt over Helse Bergens omdømme i de ulike målgruppene. Hennes oppfattelse var at prosjektet skulle fungere som en sondering. Dette begrunnet hun med at et slikt prosjekt, og et videre arbeid gjennom ulike tiltak for å styrke omdømmet, var avhengig av ressurser og hvor omfattende man ville gå inn for å gjøre endringer *”... Det lå jo ikke noe, sånn som jeg oppfattet, noen budsjettmidler klart for at: hvis dere først finner noe så har dere tre millioner til å utvikle...”*(informant 3).

Videre ble omdømmeprojektet oppfattet av informantene som en måte å tenke systematisk på for å finne ut om befolkningen hadde tillit til foretaket, og utarbeide forslag til tiltak for styrke forholdet til de aktuelle målgruppene (informant 2), samt at *”prosjektet ga oss jo en retning i forhold til hvor vi bør jobbe, for å få økt omdømme”* (informant 3).

Definering av omdømmebegrepet

Begrepet omdømme blir av en informant sidestilt med ordet rykte: *”Hva synes de andre om oss?”* (informant 2). Informant 3 oppfatter omdømme som det virksomheten greier å formidle, og beskriver omdømmebegrepet som en vanskelig definerbar størrelse som både er

emosjonelt og praktisk betinget. Hun forklarer at omdømmebegrepet kan sies å være emosjonelt betinget fordi folk fornemmer et omdømme på veldig grunt grunnlag som igjen kan føre til at omdømmet kan være helt feilaktig. Det praktiske dreier seg om at *”du må si hvem du er, også må du faktisk også være det. Men, jeg tror det aller viktigste er at vi bare er utrolig flinke”* (informant 3). Informanten betrakter det som ideelt hvis omdømmet påvirkes av det reelle forhold. Her fremkommer det et klart samsvar mellom defineringen gjort av informant 3 og den mer ”formelle” definisjon fra prosjektrapporten. En siste informant definerer omdømmebegrepet som: *”Summen av alle inntrykk du får”*(informant 1). Liknende definisjoner av omdømmebegrepet kjenner vi igjen fra store deler av omdømmelitteraturen (Jf. Fombrun 1996:37, Christenesen & Morsing 2005:63, Wæraas 2004:62, Apeland 2007:18). Informantenes egen definering er viktig å relatere til Helse Bergens mer ”formelle” definering slik det beskrives i prosjektrapporten fra omdømmeprosjektet. Begrepsavklaringene gir oss en forståelse for hva informantene legger i begrepet omdømme og på hvilken måte dette samstemmer med hvordan omdømme beskrives i dokumentene, slik at det viser relasjonen mellom informanter og dokumenter.

Gjennomføring av prosjektet

I følge informant 2 sier omdømmemålinger noe om hva slags omdømme Helse Bergen har og om de har forbedret seg fra sist måling. Ved å gjennomføre målingene flere ganger kan Helse Bergen se om omdømmet deres har endret seg noe i omgivelsene over tid og på denne måten eventuelt bestemme seg for å gjøre noe med det gjennom tiltak for å styrke forholdet til de aktuelle målgruppen. Prosjektet var på denne måten planlagt for å kartlegge omverdenen, ansatte og samarbeidspartnere sine meninger om Helse Bergen. Videre oppfattet hun gjennomføringen av prosjektet som todelt, hvor selve prosjektet var fase en, og tiltak og konsekvenser av prosjektet fase to. Vedrørende arbeidsgruppen sin rolle var den å se nærmere på interne forhold og hva som skjedde i organisasjon. I forhold til sin egen rolle i prosjektet uttrykte hun seg på denne måten:

”Jeg opplevde at i tillegg til å selvfølgelig å gi innspill på det som skulle skje, så var min oppgave eventuelt å sette spesielt fokus på det området (avdeling) har spesielt ansvar for” (informant 2).

Prosjektgruppen hadde jevnlig møter fra oktober 2005 til mai 2006, hvor siste innspill til rapporten ble gitt av prosjektgruppens medlemmer i mai 2006. I starten av prosjektet var det

færre møter enn mot slutten av prosjektet fordi prosjektmedlemmene på slutten diskuterte de data som forelå fra konsulentselskapet. Det foregikk på den måten at når rapportutkastet var utarbeidet, fikk prosjektmedlemmene rapporten tilsendt for å komme med innspill på om de var enige i det som stod i rapporten. Dette gjaldt hovedsakelig en diskusjon rundt ulike tolkningsmuligheter. I følge informant 2 ble det brukt litt tid på tolkning generelt. Hovedsakelig fordi prosjektmedlemmene var uenig i den tolkning som lå fra konsulentselskapets side. I tillegg ble foreslåtte tiltak fra konsulentselskapet diskutert. Det tillegges at dette ikke ble oppfattet som problematisk. Store deler av arbeidet bestod av å utforme spørreskjema og vurdere spørsmål om skulle stilles. Informanten beskriver dette som hovedarbeidet i innføringsfasen (informant 2). Noe av det som ble diskutert mer inngående var spørsmål som: ”Hva er det som skaper et omdømme? Hva er det som påvirker? Altså hvor ligger driverne?” (Informant 3). Dessverre husker ikke informanten hva som ble svart på disse spørsmålene da det er en stund siden.

I følge samtlige informanter fungerte prosjektet på den måten at medlemmene i prosjektgruppen ga slipp på prosjektet når rapporten var levert. De så seg da ferdig med prosjektet. Gjennom hele prosjektperioden lå store deler av prosjektet, i følge informantene, på skuldrene til prosjektleder.

Informantene vurderinger av foreslåtte tiltak

Informant 1 beskriver tiltakene som ble foreslått i prosjektrapporten som en konsekvens av omdømmeprojektet. Videre begrunner hun at de store ønskelige omveltningene ikke har blitt satt i gang fordi

”det er så mye annet som har skjedd. Det har vært knall tøffe budsjettår, som har krevd masse oppmerksomhet, vi har fått tredje direktøren på litt over ett år...”. ”... det har hatt betydning for hvorfor vi ikke har fått satt i gang noen store ting” (informant 1).

De andre informantenes kjennskap til tiltak som konsekvens av omdømmeprojektet er meget begrenset, og de gir heller en henvisning til prosjektleder for nærmere informasjon. Derimot uttrykker den ene informanten seg rundt forslag til ulike tiltak, blant annet uttaler hun vedrørende verdigrunnlaget at

”For å være helt ærlig så må jeg innrømme at jeg kjenner på den usikkerheten på hvor mye dette er keiserens nye klær”. ”... jeg føler litt at det er en mote oppfatning. At vi må ha det” (informant 3).

5.2.9 Informantenes erfaring

Informantene fant det blant annet interessant å se hva man kunne få ut av en slik type undersøkelse og hva man kunne nyttiggjøre seg. Samtlige av informantene nevner at de i dag må tenke mer bevisst på deres forhold til omgivelsene, men de alle har ulike meninger om hva som burde vektlegges ved omdømmehåndtering i forhold til hva som er viktig å fokusere på i deres egen avdeling. Ved en omdømmemåling får en målt ”temperaturen” til en organisasjon, som igjen gir et utgangspunkt for videre arbeid (informant 2). Derimot mener samtlige av informantene at prosjektet utover det ikke har betydd så mye for deres egen del, siden de har hatt fokus på omdømme i utgangspunktet og jobbet aktivt i forhold til det å fremstå som synlige og gode. Informant 3 tillegger at på kurs hun holder, tas viktigheten av et godt omdømme opp. Hennes deltakelse på omdømmeprojektet kan ha hatt en innvirkning og dermed en videreføring av omdømmefokuset over disse kursene, derimot uttaler hun at hun alltid vært opptatt av omdømme og mener å tro at hun hadde tenkt på det uansett.

Eksempelvis uttaler en informant: *” det er en av kjepphestene mine den der harseleringen med at man skal tenke omdømme. Vi har gjort det hele tiden, vi. Vi har vært opptatt av at befolkningen skal være trygg på at vi er et godt tilbud. Det er jo det det handler om” (informant 1).* Senere tillegger informanten at dette nødvendigvis ikke alltid har vært like bevisst.

En annen informant uttaler: *”Det er jo ikke sånn at det er helt nytt... Vi har snakket om det kanskje i andre ordlag. Men, det kommer nok inn i denne veldige: `Nå er det jaggu på tide å snakke om omdømme`. Det gjør jo gud hjelpe meg hele Norge” (informant 3).*

Videre arbeid

Noe nytt omdømmeprojekt er ikke planlagt, derimot vil det være aktuelt å følge opp tiltak som er skissert i rapporten: *”oppfølgingen legges ned til linjen... Altså til ledelsen på de ulike nivåene for å følge ting opp. Så det er nok der det vil gå og ikke på å gjennomføre et*

sånt type prosjekt, i hvert fall ikke i nær framtid” (informant 2). Dette betyr at oppfølgingen vil nok fokuseres opp til kliniske avdelinger på avdelingspostnivå siden mye av problemstillingen i prosjektet var knyttet til det, i tillegg til forholdet til primærhelsetjenesten som en av de viktigste samarbeidspartnerne Helse Bergen har (informant 2).

Oppsummering

Omdømmeprosjektet blir oppfattet som et tegn i tiden og som en motesti, men beskrives også som helt nødvendig. Prosjektet ga en pekepinn i forhold til hvilke områder som burde fokuseres på og hvilke tiltak som burde settes i gang for å få et bedre omdømme og opprettholde det gode omdømmet der det var tilfellet.

En interessant observasjon er at samtlige av informantene ser ut til å mene at omdømmehåndtering er noe som alltid har vært praksis i Helse Bergen, i hvert fall på deres egen avdeling, forskjellen er at det er brukt i andre ordlag. Flere av informantene ser ut til å rasjonalisere sitt eget og sin avdelings fokus på omdømme.

Vedrørende intensjonen med prosjektet ser denne til å favne videre når man leser dokumentene enn hva informantene uttaler. Omfanget på prosjektet ser ikke ut til å ha vært så omfattende som det fremstilles i dokumentene. Prosjektleder har stått for store deler av det arbeid som er blitt foretatt og igangsatte tiltak kan sies å ha trukket ut over forholdsvis lang tid. Prosjektet startet høsten 2005 og selv i dag, over to år, senere svarer en informant at det ikke er blitt gjort så mye som de håpet og at de hadde større tanker for prosjektet enn det som har vist seg å være tilfellet i den senere tid.

Noe nytt prosjekt er ikke planlagt og det er mye som tyder på at det ikke vil forekomme heller. Det som derimot vil fortsette, og som har blitt foretatt flere ganger, er omdømmemålingene. Samtlige av informantene nevnte medietreningskurs som et av tiltakene det vil satses videre på og som er viktig for deres omdømme. I det følgende vil funn som omhandler medietreningskurset bli presentert.

5.3 Medietreningskurs

Som deltager på kurset lærer man hvordan å forholde seg til media. Tilbudet gjelder hovedsakelig de som kan komme til å måtte uttale seg i media, det vil si avdelingssjefer og kliniksjefer (nivå to ledere), og de som i kraft av fagperson uttaler seg til media som forsker eller spesialist på enkeltområder. Kursene avholdes i form av kveldskurs og heldagskurs, og grunnkurs og videregående kurs. Kursinnholdet på grunnkurs består av mediehandtering og omdømme, medias rolle og arbeidsmetoder og praktiske tips for mediekontakt, i tillegg til praktiske øvelser for deltakerne. På kurset tas det opp på hvilken måte de ansatte fremstiller foretaket, andre ansatte og seg selv i egne informasjonskanaler og i mediene. Videre på hvilken måte ansatte behandler de som kommer i kontakt med dem og hvordan de selv fremstilles når pasienter og pårørende omtaler dem. Disse faktorene regnes å ha betydning for omdømmet. På kurset får deltakerne omdømme presentert som: ”*summen av all kontakt mellom Helse Bergen og omverdenen, alt vi kommuniserer*”³⁵. På denne måten er alle ansatte med å påvirke og forme omgivelsenes oppfatninger av Helse Bergen. Deltakerne blir presentert hvorfor et godt omdømme er viktig for Helse Bergen, blant annet presiseres det at et godt omdømme gir en trygghet i befolkningen og ved valg av sykehus vil pasientene benytte seg av for eksempel Haukeland Universitetssykehus. Med tanke på jobbmarkedet vil et godt omdømme kunne føre til at Helse Bergen vinner kampen om de beste fagfolkene og videre vil et sterkt omdømme kunne gi et bedre forhold til samarbeidspartnere, en bedre posisjonering i utviklingen av spesialisthelsetjenesten, og til slutt styrke lagånden internt.

På kurset skilles det mellom et kvalitetsgap, kunnskapsgap og et persepsjonsgap. Liknende modeller finner vi i omdømmelitteraturen. Kvalitetsgapet er et gap mellom slik Helse Bergen mener at de fortjener å bli oppfattet (fortjent omdømme) og slik Helse Bergen ønsker å bli oppfattet (ønsket omdømme). Kunnskapsgapet er mellom på hvilken måte foretaket ønsker å bli oppfattet (ønsket omdømme) og slik foretaket faktisk blir oppfattet (faktisk omdømme). Persepsjonsgapet er et gap mellom hvordan Helse Bergen faktisk blir oppfattet (faktisk omdømme) og slik Helse Bergen mener at de fortjener å bli oppfattet (fortjent omdømme). Optimalt sett skulle gapene vært tettet og Helse Bergen hatt det de mener er et fortjent omdømme³⁶.

³⁵ Power point fra mediekurs grunnkurs avholdt 29. oktober 2007

³⁶ Power point fra mediekurs grunnkurs avholdt 29. oktober 2007

På kurset får man hva man kalle en påminnelse om medienes rolle som informatør, henholdsvis til å avdekke kritikkverdige forhold, beskytte enkeltmennesker mot overgrep eller forsømmelser og underholdning. Mediene skal gi informasjon, skape debatt og være samfunnskritisk. Samtidig skal de verne om ytringsfriheten, offentlighetsprinsippet og enkeltmennesker mot overgrep eller forsømmelse. Disse faktorene er også kjent som ”vær varsom – plakaten”. Sannsynligvis har kursdeltakerne en egen oppfatning av hva gode nyheter er, derimot på kurset lærer de om kjennetegn ved gode nyheter fra journalistens ståsted. Mytene rundt journalister blir tatt opp og besvart med at man kan svare ja på de fleste myter om journalister, men hovedbudskapet på kurset er at det er best å snakke med journalistene. Huskeregelen kursdeltakerne skal ta med seg fra kurset er at: ”et hvert møte med en journalist er en mulighet”³⁷.

Kurset retter også søkelys mot den medieutviklingen som har vært ved at det er blitt flere medier og dermed en sterkere konkurranse. Det har vært strukturelle endringer og en endring i forbrukeradferden, sistnevnte innbefatter økende bruk av internett, mindre TV, mer fragmentert TV og mindre aviser. Mediene har i tillegg alltid en ”deadline”, som for eksempel kan føre til at saken kan bli belyst på en uheldig måte. Det er en generell ”tabloidisering” og sakene er ofte case med personfokusering. Medieutviklingen har vist at også nyttejournalistikken/forbrukerjournalistikken øker³⁸.

God mediedekning er viktig for foretaket. Først og fremst fordi positive saker styrker tilliten i befolkningen, og negative saker er viktig for troverdigheten, men fakta må være korrekte. En mulighet er å bedrive aktivt innsalg av saker foretaket ønsker oppmerksomhet rundt. For å nå ulike målgrupper er det mulig å bruke ulike medier og vedrørende budskapet gir denne veien en mulighet til å tilpasse utformingen av budskapet. Ved å være åpne og ærlige i forhold til mediene vil det kunne føre til en god medierelasjon, som igjen gir mulighet til å bruke mediene konstruktivt. Vedrørende åpenhet er offentlige organisasjoner pliktig, i følge offentlighetsloven, til at alle dokumenter skal være offentlige, med visse unntak. Taushetsplikten gjelder enkeltopplysninger og ikke hele dokumenter. På kurset blir taushetsplikten beskrevet som den største utfordringen og hvordan man som helsepersonell kan og bør uttale seg³⁹.

³⁷ Power point fra mediekurs grunnkurs avholdt 29. oktober 2007

³⁸ Power point fra mediekurs grunnkurs avholdt 29. oktober 2007

³⁹ Power point fra mediekurs grunnkurs avholdt 29. oktober 2007

En annen del av kurset er å gi kursdeltakerne praktiske tips for mediekontakt. For at budskapet skal nå ut er det blant annet viktig at de som uttaler seg kommuniserer på mediens premisser i form og innhold og etablerer personlige forhold til enkeltjournalister. Kontakten med media etableres enten via informasjonsavdelingen eller som direkte kontakt, men da skal helst informasjonsavdelingen være informert på forhånd om uttalelsen, eller som pressemelding eller til et eksklusivt medium. Innenfor de ulike metodene å ta kontakt på finnes det igjen retningslinjer for hvordan det hele praktisk skal foregå. Ofte er det pasientene selv som ber at media skal komme og skrive om deres sak, men også hvor media tar kontakt. I slike tilfeller er det viktig at pasientene selv får bestemme om de vil la seg fotografere, la seg intervju, hvor det skal foregå, men med hensyn til medpasienter, og til hvem som blir med på bildet og avdelingsledelsen skal varsles⁴⁰.

En viktig del av kurset er også at informasjonsavdelingens arbeid blir belyst og hva de kan bidra med. Informasjonsavdelingen kan bidra med å formidle kontakt med mediene, ”sile” pressehenvendelser, sende ut pressemelding, holde pressekonferanse, bistå i utforming av debattinnlegg eller kronikker, hjelpe til å utforme en mediestrategi, kurse i medietrening (dette gjelder også i enkeltsaker) og fungere som en samtalepartner. For at informasjonsavdelingen skal kunne være tilgjengelig fikk samtlige kursdeltakere et ”nødnummer” som går rett til avdelingen. Kursdeltakerne ble også kurset i hvordan de skal reagere hvis en journalist ringer, hvis det kritiske søkelyset rettes spesifikt mot en ansatt, hvordan begrense negativ omtale eller hva en journalist som regel vil ha svar på. Kurset tar også for seg hvordan å handle i ulike situasjoner slik som for eksempel i forkant av intervjuet og under intervjuet. Når intervjuet pågår kan det lønne seg å vite hvordan man kan bygge broer, for eksempel når journalisten leder intervjuet vekk skal de ansatte bruke ulike broer eller overganger for å for eksempel vri intervjuet tilbake, for å tilbakevise utsagnet til journalisten for så å trekke frem sitt eget perspektiv eller for å kunne omdefinere journalistens fokus. I et møte med media er det også viktig å vite både sine egne og journalistens rettigheter, noe som tas opp på kurset. Skulle det oppstå en krisesituasjon som omhandler media gis det på kurset oversikt på hva som kjennetegner en krisesituasjon og hvordan den skal håndteres. Mye av det som presenteres kan sies å være ”steg-for-steg” informasjon om hvordan mediene skal håndteres på riktig måte⁴¹.

⁴⁰ Power point fra mediekurs grunnkurs avholdt 29. oktober 2007

⁴¹ Power point fra mediekurs grunnkurs avholdt 29. oktober 2007

På kurset for viderekomne går man ut i fra at deltakerne har forholdsvis god kjennskap til medias rolle og arbeidsmetoder, slik at foredragsholder kutter ned på denne delen av foredraget ganske drastisk i forhold til hva som blir presentert på grunnkurset. Derimot dreier kurset seg mer om omdømme og viktigheten av å ha et godt omdømme, og hvorfor foreta omdømmemålinger. Målingene fører til at foretaket er i stand til å sjekke sin egen ”temperatur” og ha en oversikt over hvordan de blir oppfattet på ulike områder. For å kunne se eventuelle endringer gjøres dette med toårs mellomrom. Deler av omdømmemålingene som er foretatt presenteres, med vekt på spørsmålene rundt navnet Helse Bergen HF og Haukeland, og de ulike målgruppens oppfatninger av ulike faktorer som kan sies å påvirke omdømmet. Kurset fremlegger også kjennetegn ved ”fremtidens pasient” og vektlegger at denne type pasient allerede eksisterer. Fremtidens pasient stiller både krav til det medisinske og det som omhandler service. De kjenner sine rettigheter og sjekker ”alt” det de måtte være nysgjerrig på ved bruk av internett. De bruker advokat og medier, i tillegg til å forvente en kur mot alt som er ille. På dette kurset blir fremtidens pasient beskrevet som sykehusets utfordring. Konsekvensen blir at det stilles større krav til ydmykhet, og kommunikasjonsevner hos helsepersonell. Åpenhet rundt behandling og prosesser, gode og brukervennlige nettsider, system hvor en kan få informasjon på tilbakemeldinger fra brukere og en sterkere vektlegging av ikke-medisinske funksjoner. I bunn og grunn ligger det en forventningsavklaring hos fremtidens pasient som man ikke har sett tidligere⁴².

Fokus på omdømme er noe som strekker seg i gjennom hele foredraget på kurset. Omdømme beskrives som noe som ”bygges opp millimeter for millimeter, og rives ned meter for meter”. På kurset blir det presentert resultater fra omdømmemålinger om enkelthendelsers betydning for omdømmet og vektlagt at den viktigste jobben må gjøres internt i organisasjonen og at det er der omdømmebygging må begynne. Omdømmebygging skal ikke bare være fasadepussing, men også medføre en åpenhet om negative saker, som igjen forhåpentligvis vil tilføre Helse Bergen troverdighet. Omdømme består av både et kvalitetsgap, kunnskapsgap og persepsjonsgap. Optimalt skal disse gapene være lukket. Det betyr at det ikke skal være noe gap mellom hvordan blir oppfattet, fortjener å bli oppfattet og hvordan Helse Bergen ønsker å bli oppfattet.

⁴² Power point fra mediekurs for viderekomne

Videre fokus på omdømmehåndtering retter seg mot ulike områder i foretaket. Blant annet bør Helse Bergen i tiden fremover fokusere på en klarere definering av ønsket omdømme, verdigrunnlaget må forenkles, avholdes intern holdningskampanje og bevisstgjøring, en endring av bruken av navn, styrke kommunikasjonen med 1. linjetjenesten, opprette et brukerombud og lages i stand ny kommunikasjonsplattform og – strategi, økt medietrening for ledere. Ut i fra omdømmemålingene kommer det fram at psykiatrisk er et problemområde og psykiatrisk divisjon vil være et eget prosjekt. Informasjonstilbudet overfor politikerne må utvides og til slutt er det nødvendig med en systematisk overvåking av omdømmet i ulike målgrupper ved hjelp av regelmessige omdømmemålinger⁴³.

Oppsummering

Medietreningskurset er et kurs for ansatte i Helse Bergen som kan komme til å uttale seg i media og på den måten ha betydning for omdømmet til Helse Bergen. Media er i stor grad med på å forme de oppfatninger som råder om Helse Bergen blant ulike grupper i omgivelsene. Derfor anses det som viktig at ansatte som uttaler seg gjør dette på en profesjonell måte og med en viss innsikt i medias virke. For at ansatte som uttaler seg skal ha mulighet til å gjøre dette på en korrekt måte er det også viktig å ha en viss forståelse av hva som kan skje og hvilken betydning det kan ha for omdømmet til Helse Bergen hvis uttalelsen skulle være av uheldig art. Videre er det viktig å kunne få frem sitt budskap på en kort og konsis måte, og utføre gode overganger for å få frem poengene sine. Medietreningskurset gir blant annet trening i alt det ovennevnte og som kan sies å ha betydning for omdømmet til Helse Bergen.

Holme (2006:97) sin studie viser at foretakene har blitt mer proaktive. Dette ser vi igjen på medietreningskurset hvor det presiseres hvor vesentlig det er å få solgt inn de gode sakene og være med å forme det som kommer på trykk. Helse Bergen har som intensjon å påvirke media og trene sine ansatte som kommer til å uttale seg til media om på hvilken måte man kan bruke media strategisk. Informasjonsavdelingen skal også brukes aktivt i et hvert møte med media. En skal helst melde fra til informasjonsavdelingen hvis en har blitt kontaktet av media.

⁴³ Power point fra mediekurs for viderekomne

Omdømme defineres som: ”*summen av all kontakt mellom Helse Bergen og omverdenen, alt vi kommuniserer*”⁴⁴. Omdømme kobles her tett opp til kommunikasjon og i forhold til omdømmeprojektet ser vi at begrepet blir brukt på en litt annen måte for å binde det til det enkelte tiltak.

Resultater fra omdømmemålingene blir presentert på kursene for å kunne danne et bilde av Helse Bergen sitt omdømme. Omdømmeprojektet og omdømmemålingen blir på denne måten koblet til medietreningskurset og gir uttrykk for den fremtredende rolle omdømmehåndtering har på kurset. Videre blir tiltakene som ble presentert i omdømmerapporten beskrevet som videre fokus på omdømmehåndtering. Samtlige av deltakerne blir på denne måten klar over at Helse Bergen har et fokus på omdømme som retter seg mot ulike områder i tiltaket.

5.3.1 Deltakernes erfaringer

I følge informantene ble deltakerne i forkant av kurset bedt om å forberede et case på noe som deltakerne mente kunne være en aktuell mediesak. På kurset ble det først gitt en teoretisk innføring og informasjon om presseetikk og kommunikasjon med pressen. Videre viktigheten med omdømme og å ikke gå i baklås, men å kunne kommunisere med pressen. En informant mener å tro at ansatte har lett for å gjøre nettopp dette. Siste del av kurset beskrives som egentrening. Under egentreningen skulle man lære om hvordan man selv håndterte pressen, alt fra kroppsspråk til det som faktisk ble sagt. En informant som hadde deltatt på et viderekommende kurs opplevde gjennomføringen av kurset som ”all right” og lærerikt. Informanten tillegger at dette kurset, sett i forhold til andre kurs hun har vært på i regi av andre institusjoner, er bedre tilpasset til deres eget arbeidssted og arbeidssituasjon. En annen informant beskriver opplevelsen med kurset som vanskelig: ”*Jeg føler at jeg har et godt forhold til det å møte pressen, så jeg syns at noe av det var elementært... Også likte jeg ikke så veldig godt å ha en øvelse med en tenkt problemstilling, hvor jeg skulle leke at nå møter jeg pressen... for jeg har alltid vanskeligheter med det, jeg vil heller hoppe ut i det virkelige og ta det...*” (informant 7).

Kurset tok for seg hvordan media har forandret seg opp i gjennom historien, presseetikk generelt og de ansatte sin vinkling i forhold til det etiske rettet mot å skjule seg bak

⁴⁴ Power point fra mediekurs grunnkurs avholdt 29. oktober 2007

taushetsplikten. Vedrørende å ”gjemme” seg bak taushetsplikten uttalte en informant: *”Når du kan gjøre, når du ikke kan gjøre det. Det er jo forferdelig vanskelig da. Vi elsker jo å gjøre det, så slipper vi å svare på noe som helst”*(informant 4). Vinklingen på kurset videre var teorien rundt medietrening, de ansattes rettigheter, hvor viktig det er å spille med media, ha kontakt med media for å ikke komme i den situasjon hvor media er ute etter de og å gjøre media til en samarbeidspartner. Når det gjaldt det praktiske fikk kursdeltakerne presentert hvordan de skulle være bevisst kroppsspråket og stemmebruk, hvordan de skulle svare, og å svare på det journalisten spør om og ikke alt mulig annet. Det ble så foretatt praktiske øvelser hvor kursdeltakerne ble intervjuet i forhold til deres hverdag hvor deltakerne selv hadde beskrevet en situasjon de hadde vært oppe i med media. Dette ble gjort ved hjelp av video. Det hele ble vist de andre kursdeltakerne, for så å komme med tilbakemeldinger.

Hovedfokuset har vært å få trening og tilbakemelding på hvordan man agerer under et intervju, og å lære av andre kursdeltakere. Videre fordi mange ansatte ikke er særlig gode til å håndtere media, slik at de gjennom kurset skal lære seg å bruke media strategisk. En annen informant trekker fram fokuset på at media ikke skal oppfattes som en fiende, men som en ressurs. Hvis media ringer skal man ikke tenke at de er ute etter å finne noe ufordelaktig. Informanten tillegger: *”Men, samtidig så vet vi jo alle sammen at de leter etter konfliktene eller skandalene, ikke de gode nyhetene”* (informant 5).

Deltakelse

Hovedsakelig deltar deltakerne på kurset fordi de kan bli kontaktet av media. Et slikt kurs vil da kunne tilføre lærdom rundt hvordan å håndtere pressen, eller som en informant sier: *”hvordan vi skal håndtere det for å ikke komme i trøbbel mest”* (informant 4). Samtlige av informantene har ved flere anledninger vært i kontakt med pressen og de fleste har vært på ulike medietreningskurs, også i regi av andre institusjoner. Motivasjonsfaktoren for å delta på slike kurs gjentatte ganger er grunnet i at man aldri kan bli god nok. Kursene fører til en bevissthet rundt sin egen fremtreden og en mulighet til å få hvisket vekk noen unoter og

Kurset blir beskrevet som et tilbud og som et helt naturlig ledd i omdømmehåndteringen. Selv om kurset er et tilbud varierer det derimot på hvilken måte informantene oppfattet dette elementet av valgfrihet. En informant uttaler: *”Nei, det ble vi satt til”*(informant 7). Vedkommende tillegger at dette var slik hun følte det og at: *”Jeg tror det var et ledd i møtene*

vi hadde som ledergruppe” (informant 7). Mens en annen informant uttrykker: *”Man blir ikke beordret til slike ting, nei”* (informant 5). På hvilken måte deltakerne har fått informasjon om kurset varierer. Informasjonen har blant annet blitt presentert på intranett, diskutert i samtaler med andre ansatte, informert om fra informasjonsavdelingen og presentert på ledergruppemøter.

5.3.2 Informantenes vurderinger

Informantene opplevde kurset som nyttig, men tillegger at de har hatt med media og gjøre tidligere, og noen ganske ofte. En informant uttaler at det ikke ga noen nytt i forhold til det vedkommende hadde hørt i alle år. Slik at kurset fungerte mer som en bekreftelse på kunnskap.

Det å se seg selv på film ble oppfattet av noen av informantene som ubehagelig. Det å se hvordan en håndterer situasjonen, både kroppsspråk og ansiktsuttrykk. Videre å se hvordan man blir provosert og sint, og da se hvordan en endrer holdninger til journalisten.

En informant uttaler: *” Før har det bare vært: Nå må dere oppføre deres skikkelig overfor media – opplegg. Men, det å få det inn i en kontekst som omdømmebygging, og det å skulle være en del av Helse Bergen og bygge omdømme utad til publikum, det tror jeg var nyttig”* (informant 4)

Vedrørende kursets betydning i forhold til informantenes arbeidssituasjon uttaler en av informantene at hun ikke engster seg så mye for om journalistene ringer siden hun nå vet hvordan hun skal håndtere det. I tillegg vet hun hva hun har krav på, i den forstand å be om at de ringer igjen etter at hun har fått tenkt seg om og at hun dermed ikke hiver seg utpå noe hun ikke er forberedt på. En annen informant svarer at det har hatt ingen betydning.

I følge informant 4 førte kurset til at hun ikke er like forbannet på media som det hun en gang var. Nå er hun mer strategisk på hva hun kan bruke media til. Ved for eksempel å selge inn saker slik at det vinkles positivt hvordan avdelingen hjelper folk, i stedet for å bare vinkle hvordan de ødelegger folk. En annen informant som har vært leder i over 20 år uttaler at på de første medietreningskursene hun var på lærte hun mye av å bli filmet, å se hvordan hun så ut på film og tenke igjennom hvilke omgivelser hun skulle filmes i, kameravinkler og bakgrunn.

Mens medieutviklingen har ført til at de i dag må tenke mer bevisst på hva som skjer i mediene på grunn av at det i dag benyttes mer tv og internett, enn tv og radio slik det var før. En tredje informant uttaler at kurset ikke har hatt noen betydning for hennes forhold til omgivelsene eller media.

Mediekurs beskrives som et helt klart viktig tiltak først og fremst for at ansatte skal lære at omdømmet til Helse Bergen er avhengig av et godt forhold til media generelt. Og for det andre fordi man indirekte kan påvirke media gjennom måten de ansatte oppfører seg i møte med media. En bivirkning av et slikt kurs kan dermed være at media får en positiv holdning til foretaket og de ansatte. Hvis de ansatte også "lærer" seg å være positive til media og får kontakter innad i medieverdenen så kan det muligens påvirke positivt og være med å snu de negative trendene, med tanke på hvordan sakene fremstilles i dag. En informant uttaler at hennes avdeling har forsøkt å selge inn saker til media med det fokus å produsere gode saker i mediene og å vise på hvilken måte de hjelper pasientene. Medietreningskurset betraktes også som helt klart viktig fordi det er viktig hvordan man fremstår i media og at man alltid kan bli bedre, slik det er i de fleste sammenhenger. Videre fører kurset til en bevisst tenkning rundt møtet med media. Det som sies må være gjennomtenkt, slik at man for eksempel ikke "plumper" ut med taushetsbelagte opplysninger. En må være vennlig, og prøve å få frem budskapet siden det florerer med myter rundt store deler av helsearbeidet. Videre å forklare samfunnet hva arbeidet deres omfatter og at de er fagfolk som "vet hva de gjør".

Samtlige av informantene er positive til å delta igjen på medietreningskurs. En informant uttaler i den sammenheng: *"sånn som når jeg går på Stoltzekleiven eller fjellet, du må holde blikket, du må jo trene hele tiden. Ledere som sier at nå er vi ferdig utlært, DE er vel ganske ferdige da"*(informant 5).

5.3.3 Medietreningskurset som omdømmehåndtering

Omdømme blir av informantene oppfattet som hva befolkningen tenker om Helse Bergen. Hva befolkningen ser helsevesenet kan tilby, men også hva helsevesenet kan stå for. Hvordan Helse Bergen oppleves som institusjon, og at foretaket gjør det de står for. For eksempel når Helse Bergen sier at de er pasientfokusert, så må de også fremstå som det. En informant uttaler at de er opptatt av å bli oppfattet som pålitelige, imøtekommende og løsningsorienterte. Dette må da gjennomsyre deres handlinger slik at det ikke blir en "mis-match". Disse tre

begrepene prydet også en plakat på informantens kontor og andre steder i avdelingen. En tredje informant nevner også at foretaket kan ha ulikt omdømme i ulike grupperinger, og på denne måten variere.

Vedrørende begrepet omdømmehåndtering uttaler en av informantene slik: *”ja, det(omdømmehåndtering) har vi blitt flasket opp med etter hvert... det er litt sånn den strategien som går på å være litt strategisk i forhold til å kontakte media... for å bruke de (media)... i å bygge et omdømme”* (informant 4). Omdømmebygging beskrives av annen informant som at foretaket for det første gjør det de står for, og for det andre at de er proaktive i forhold til media å fortelle om de positive sakene. Derimot tillegges det at foretaket gjerne skulle fått inn flere saker i Aftenposten og Dagens Næringsliv på grunn av foretakets posisjon i norsk helsevesen. Avdelingen informanten tilhører retter seg mer aktivt mot lokalnyhetene for å selge de gode sakene, da lokalnyhetene ofte mangler nyheter. For befolkningen betraktes dette av informanten som bra, men at det er uheldig for foretaket å ikke komme i de større avisene i forhold til funksjoner og ressurser. En tredje informant beskriver omdømmehåndtering rett og slett som: *”det å prøve å gjøre noe for å få et bedre omdømme”* (informant 7).

Omdømmebygging må ikke være noe som er løsrevet fra en virksomhet de ansatte gjør (informant 7). Skulle derimot foretaket gjøre en feil, har de media liggende i buskene, i følge informanten. Feilen vil på denne måten fort komme ut og det er noe foretaket er nødt til å ta hensyn til. Informanten uttaler at dette tenkte de ikke så mye på før. Det at de ikke må ha for mange negative saker media for da går det galt med hvordan folk tenker om dem, beskrives som en ny måte å forholde seg til virksomheten på. At de nå skulle bry seg om hva media sier. De ansatte er i dag mer bevisst at en uheldig hendelse fort kan skade omdømmet. Informanten beskriver 2006 som et år hvor omdømmebegrepet begynte å slå mer rot, før den tid kan hun ikke huske at hun hadde blitt presentert for begrepet. Hun beskriver at foretaket i de senere år har blitt nødt til å ta hensyn hvis de får hard medfart i media, men at dette er blitt gjort i etterkant.

Å takle media bedre kan føre til at det blir færre negative saker, og en økt fokus på de gode sakene og en mer positiv vinkling generelt. Videre kan foretaket bruke det til forebyggende helsearbeid ved å samarbeide med media for eksempel når det gjelder røyking. Hvis foretaket derimot ikke takler media kan omdømmet på veldig kort tid rives ned og ødelegges

(informant 4). Ofte er også slik at det er likegyldig hva som ansatte vet er fakta hvis de ikke kan uttale seg på grunn av taushetsplikten, derfor vil kontaktflaten til de som jobber i Helse Bergen og hva de sier generelt om sitt arbeidssted være en minst like viktig omdømmebygger. På denne måten kan en god del mennesker hele tiden vite noe om hva Helse Bergen forsøker å få til. Ved å takle media kunne foretaket også ha fått unna en del misforståelser, som av en informant beskrives som roten til alt ondt (informant 5).

Vedrørende på hvilken måte kurset kan ha en positiv innvirkning på omdømmet til Helse Bergen mener en informant at skulle kurset føre til at kursdeltakerne gjør en bedre jobb i forhold til media vil dette kunne være bra, derimot i en rekke omdømmefaktorer vil ikke dette kurset i seg selv ha stor tyngde i forhold til Helse Bergen sitt omdømme. Grunnen er at det er en del av den daglige driften og en del av den løpende ledelsen. En annen informant mener at slike kurs kan føre til at ansatte ikke går i fellene til media og at man også slipper misforståelser.

Kurset oppfattes som en del av omdømmebyggingen til Helse Bergen, et ledd i å prøve å få et bedre omdømme, og som et strategisk valg fra informasjonsavdelingen for å gjøre ansatte som uttaler seg i media bedre til å håndtere dette møtet.

Ønskelig posisjon for Helse Bergen er at befolkningen har tillit til at de gjør en god jobb. At de har trygghet når de oppsøker Helse Bergen og at folk ønsker å bruke Helse Bergen som sitt første valg. Videre at foretaket fremstår som et sted hvor man har høy kompetanse, at de ansatte er samvittighetsfulle, dyktige, vennlige i sin behandling av pasienter og at det er et trygt og tillitsvekkende sted. Det må komme klart fram at det er pasienten som er hovedpersonen. Det tillegges at Helse Bergen har potensiale til å forbedre omdømmet sitt. Helse Bergen som organisasjon har mer enn nok av pasienter og de rekrutterer godt, derimot er det viktig å få frem at virksomheten og pasientflyten er godt gjennomtenkt og ikke rotete og komplisert slik mange tenker om en så stor organisasjon. Et annet forbedringsområde som koster lite er god nok informasjon til pasientene. Hva de har blitt behandlet for, hvilken behandling de har fått, hva som skjer videre osv. Når det gjelder Helse Bergen sitt omdømme i dag kjenner de fleste av informantene til omdømmemålingene som er foretatt. Befolkningen generelt har stor tillit til at Helse Bergen gjør en god jobb, derimot er faren det som kommer frem i media og det folk diskuterer. Alle de dårlige opplevelsene (informant 5).

Kunnskap fra kurset blir først og fremst brukt personlig i situasjoner hvor en må håndtere media og for å unngå at de ansatte kommer i en posisjon som de ikke takler. Videre i veiledning av ansatte når de kommer i en situasjon hvor de må håndtere media, for eksempel hvordan de skal håndtere en telefon fra media. Egentlig skal all mediehandtering foregå på ledernivå, men det er ikke alltid at de greier å beskytte de ansatte. Det kan også være generelt i forhold til hvordan Helse Bergen skal profilere seg utad, for eksempel hvordan de skal skrive brev, hvordan håndtere publikum, hvordan håndtere klager osv. En informant uttaler at innad på avdelingen diskuterer de viktighetene av et godt omdømme. Selv evaluerer de også sine handlinger ut i fra sin omdømmestrategi som omhandler å være pålitelige, imøtekommende og løsningsorienterte. Hun uttaler:

”vi overlever bare på et godt omdømme...(yrkesgruppe) våre vil alltid ha mye å gjøre, mens avdelingene som jeg har ansvar for, hvis ikke de har et godt omdømme...så er det ikke noe interessant for foretaket, da kan vi jo likså godt kjøpe disse tjenestene utenfor. Så for oss så er det jo en markedsstrategi som er veldig viktig da”. Videre sier hun: ”Vår strategiske utvikling og våre grep de baserer seg på utvikling av det omdømmet... vi i (avdeling) er jo mye mer konkurranseutsatt enn (avdeling) for eksempel da... For en bedrift så er jo omdømmeveldig mye, og det er det jo for oss, så hvis jeg snakker for egen del så er omdømme i (avdeling) veldig viktig og jeg tror det også er viktig for Helse Bergen, men for oss er det helt avgjørende. Dårlig omdømme betyr at vi ikke overlever” (informant 5).

Informanten beskriver også omdømmehåndtering som en del av deres strategiske utvikling.

Informant 5 nevner også nye retningslinjer for mediekontakt og ny kommunikasjonsstrategi, og at prinsippet i en slik sammenheng er at ledere, og for så vidt medarbeidere, uttaler seg om det fagområdet de har ansvar for. I den sammenheng er det ofte at hun diskuterer og gir råd med dem hun har rett under seg om hvordan det skal fungere.

Det grunnleggende budskapet å få frem er at de ansatte gjør en god jobb, har god kompetanse på det de bedriver, at befolkningen kan være trygg på at de får god behandling, og skjer det feil som ikke er så godt håndtert som de skulle ønske, må det gjøres noe med det. Videre at ”alt handler om mennesker”. Dette betyr at de ansatte skal være menneskeorienterte. Omsorgen til pasientene blir grunnverdien. At de er hjelpeorienterte i alt de gjør (informant 7).

En informant tillegger at Helse Bergen i dag er fokusert som et sykehus på fattigkassen og at de ikke har ressurser til noe som helst. Ut i fra en slik situasjon er det vanskelig å garantere publikum at de ansatte faktisk gjør en god jobb. Det fremstilles ofte i media som at det eneste foretaket tenker på er økonomi, som igjen medfører at det blir ekstra vanskelig med omdømmehåndtering innen sykehussektoren.

En av informantene hadde tydeligvis liten kjennskap til omdømmebegrepet og hva omdømmehåndtering dreier seg om. Hun hadde problemer til tider å besvare spørsmål som omhandlet disse begrepene. Ut i fra intervjuet virket det ikke som at dette var et tema som spesielt henne bekjent som leder. Dette kan også skyldes andre ting, slik som for eksempel problemer med å ordlegge seg på en god måte osv.

Oppsummering av medietreningskurset

Helse Bergen har et fokus på omdømmehåndtering, en oppfatning av at medietreningskurs er med på å håndtere dette omdømmet og ansattes uttalelser i media er med på å forme omdømmet til foretaket. Dette kommer tydelig frem i dokumentene. Gjennom informantenes uttalelser kan dette fokus på å ”drille” de ansatte til å bli bedre til å takle media forstås. Det forholdet til media som skisseres på kurset kan ikke sies å være praksis blant informantene. Det utales blant annet at det kan være greit å ”gjemme” seg bak taushetsplikten så de slipper å svare media, ta intervjuet på sparket og det herjer en oppfatning om at media kun er ute etter de store skandalene. Ut i fra det fokus foretaket selv har på omdømme og at det er: ”*summen av all kontakt mellom Helse Bergen og omverdenen, alt vi kommuniserer*”⁴⁵, er det tydelig at for å oppnå et godt omdømme er kurset essensielt som en del av foretakets omdømmehåndtering. Et element er å begynne innad i foretaket og skape en overbevisning om at det er viktig å en god og åpen kommunikasjon med omgivelsene, og å se på media som en ressurs.

Mediehåndtering har gått fra at en kun måtte: ”*oppføre seg skikkelig overfor media-opplegg*” til å settes inn en kontekst som omdømmebygging. Kurset kan sies til en viss grad å ha hatt en positiv innflytelse på informantenes oppfatning av media, hvordan å takle media, og det journalistiske arbeid. Informantene uttaler at de i dag er mer bevisst at en uheldig hendelse

⁴⁵ Power point fra mediekurs grunnkurs avholdt 29. oktober 2007

kan skade omdømmet til foretaket og at de må ta hensyn til at media er med på å forme omdømmet til foretaket.

Ved en av avdelingene var det hengt opp plakater med en påminnelse om at de skulle være pålitelige, imøtekommende og løsningsorienterte, som en del av deres omdømmebyggende arbeid. Informanten skiller seg ut når det gjelder å presentere det fokus informantens egen avdeling har på omdømmebygging. Informantene fremlegger deres omdømmebygging som helt avgjørende for at de ikke skal bli konkurranseutsatt, og kaller det for deres markedsstrategi. Informanten likestiller viktigheten av en privat bedrifts omdømme med sin egen avdelings omdømme, og tillegger at uten et godt omdømme så overlever de ikke.

Omdømmebegrepet var for minst en informant ukjent for inntil noen år siden. Tiltak slik som medietreningskurset er helt klart med på å sette omdømme på dagsorden og en del av foretakets strategi for å få uttrykt det fokus foretaket har på omdømmebygging. Videre å påse at de ansatte gjennom uttalelser i media ikke svekker omdømmet til Helse Bergen.

Informantene uttaler at de blant annet ved hjelp av den informasjon de har fått på medietreningskurset gir råd til ansatte under seg hvis media skulle ta direkte kontakt med dem. I den forbindelse nevnes det også at de som ledere skal informere om ny kommunikasjonsstrategi og nye retningslinjer for mediekontakt til sine ansatte. I det følgende vil funn fra kommunikasjonsstrategi og retningslinjer bli mer utførlig presentert.

5.4 Kommunikasjonsstrategi og retningslinjer for mediekontakt

5.4.1 Formålet

Kommunikasjonsstrategien beskriver viktige prinsipp, retninger og mål for all kommunikasjon, og bygger på Helse Bergens foretakside og verdigrunnlag. Gjennom kommunikasjon på alle plan skal de skape trygghet i befolkningen og gi et realistisk bilde til pasientene og deres pårørende, ansatte, de ulike interessegruppene i samfunnet, om hvordan best løse oppgavene deres med behandling og pleie innenfor spesialisthelsetjenesten. I følge Helse Bergen er det summen av innsatsen til hver enkelt som skaper varige inntrykk av sykehuset, derfor må hvert ”møte” bli så positivt som mulig. De ansatte har derfor et personlig

ansvar vedrørende å være bevisst på hvordan å kommunisere med pasienter, pårørende og kollegaer og i samtale med andre utenfor sykehuset⁴⁶.

Retningslinjene for mediekontakt gjelder for alle ansatte ved Helse Bergen, Haukeland Universitetssykehus. Det vil si alle ansatte som blir kontaktet av journalister eller på eget initiativ tar kontakt med mediene. Målet med utkastet er at omverdenen gjennom media skal få kjennskap til de behandlingsmulighetene sykehuset tilbyr, få del i den kunnskapen sykehuset forvalter, få innsikt i de utfordringer sykehuset står overfor og til slutt få et balansert og realistisk bilde av virksomheten. Utgangspunktet er at sykehuset skal være åpen for innsyn og tilgjengelig for media. Det er derfor viktig at alle ansatte har en gjennomtenkt holdning til hva de uttaler til media, grunnet hensyn til pasienter og pårørende (helsearbeideres taushetsplikt) og den rolle og vekt helseeksperter eller autoriteter tillegges i den offentlige debatten⁴⁷.

5.4.2 Kommunikasjonsstrategi før og nå

Den største forskjellen mellom gammel og ny kommunikasjonsstrategi finner vi innledningsvis i den nye strategien. Det blir først gjort rede for Helse Bergen som organisasjon og ulike forhold foretaket selv ønsker å presentere. Ved å ha en slik innledning kan det forstås at foretaket i den nye kommunikasjonsstrategien forventer at det er flere enn de ansatte som kommer til å lese strategien. På denne måten kan det sies at foretaket bevisst har utformet strategien på en annen måte da strategien er med på å forme det inntrykk omgivelsene får av Helse Bergen. I den gamle finner vi derimot ingen innledning på samme måten.

Videre presiseres det i den nye strategien at alle ansatte i foretaket kommuniserer, som igjen betyr at alle har et personlig ansvar for å være bevisst på hvilken måte de kommuniserer med omgivelsene. Det tillegges at det er ”*summen av innsatsen til kvar enkelt som skaper varige inntrykk av sjukehuset*”⁴⁸. Dette utsagnet kan knyttes til hvordan et omdømme formes og, som nevnt i innledningskapittelet, at omdømmet er et mer varig inntrykk i forhold til et image som er et mer umiddelbart inntrykk. På denne måten ser vi at kommunikasjonsstrategien kobles til omdømme og tyder på å være en del av omdømmehåndteringen til foretaket.

⁴⁶ Kommunikasjonsstrategi for Helse Bergen

⁴⁷ Retningslinjer for mediekontakt

⁴⁸ Kommunikasjonsstrategi vedtatt januar 2008

Utover det nevnte er den nye kommunikasjonsstrategien hovedsakelig mer detaljert, utdypende, utfyllende og mindre stikkordsmessig enn den gamle. Mange av de samme punktene går igjen og andre er tillagt for å skape et mer helhetlig dokument. Blant annet fremheves det at foretaket skal være proaktiv, et begrep som ikke ble brukt i den gamle strategien. Språket kan altså sies å ha endret seg til å bli mer moderne og mer i samsvar med hvordan et foretak forventes å uttrykke seg i dag.

5.4.3 Retningslinjer før og nå

Retningslinjene som ble laget i 1999 fremkommer som en forening av kommunikasjonsstrategi og retningslinjer for mediekontakt. Deler av det overordnede som vi finner i den nye kommunikasjonsstrategien kjenner vi igjen fra de gamle retningslinjene. En konsekvens av at et dokument har blitt til to er at det står mer detaljert og utførlig i de enkelte dokument. I retningslinjene fra 2008 presiseres det at de gjelder alle ansatte. Videre er det en klarere oppdeling av dokumentet i formål, talspersoner, spesielt vanskelig mediesaker, varsling, private ytringer, pasienter i mediene, foto/video, taushetsplikt, ulykkesinformasjon, interne forhold og media og kontakt informasjonsavdelingen. Dette skiller seg fra de gamle retningslinjene hvor det kun var listet punktvis. De nye retningslinjene fremkommer som mer oversiktlige og praktisk rettet. Det er eksempelvis beskrevet nokså nøyaktig hvordan private ytringer skal foregå enten som fagperson eller privatperson. Informasjonsavdelingen har også fått en mye viktigere rolle ved at det fremkommer at avdelingen alltid skal informeres om mediesaker. Dette gjelder både negative og positive saker. Videre har det kommet et eget punkt i de nye retningslinjene med kontaktinformasjon til informasjonsavdelingen.

I de gamle retningslinjene finner vi et punkt angående bruk av mediene for å få omgjort beslutninger fattet i beslutningsorgan. Dette er nå endret og det er et nytt punkt i retningslinjene som tar for seg varsling. I dag skal saker tas opp internt og det presiseres at media ikke er riktig kanal å benytte.

I 1999 var det et eget dokument som tok for seg spesielt vanskelige mediesaker. Disse er nå integrert i de nye retningslinjene. Omdømmet til Helse Bergen blir nevnt i denne forbindelse. Er det spesielt vanskelige faglige saker som kan ha betydning for omdømmet til Helse Bergen skal administrerende direktør stå for all mediekontakt. Begrepet omdømme ble ikke tidligere

brukt. Den gang brukte sykehuset formuleringen: *Administrerende direktør og informasjonsdirektør skal varsles omgående når det er fare for at en sak kan føre til negativ profilering av Helse Bergen*⁴⁹. I de nye retningslinjene kan en altså se hvordan dokumentet kobles til omdømmebegrepet.

5.4.4 Informantenes erfaringer og vurderinger

Kommunikasjonsstrategien kan sies å være grunnmuren og de prinsippene det skal jobbes etter når det gjelder kommunikasjonsarbeidet (informant 9). Strategien består av oppsummerende vurderinger gjort av ledelsen om plattform for arbeidet med informasjon og er mer på et overordnet nivå (informant 6).

Kommunikasjonsstrategien i Helse Bergen for seg tre ting: Det ene er strategi overfor media, det andre er møtet med pasienter og relasjonen der, enten det er gjennom media eller på en annen måte, og det tredje er det som er knyttet til den interne kommunikasjonen, altså ledelsens forhold til det interne. Dette er de feltene som er blitt diskutert i utredning av kommunikasjonsstrategi og retningslinjer for mediekontakt under styremøter. For sykehuset er det utrolig viktig å nyte tillit i samfunnet, overfor dem som kommer med sine helseproblemer og sykdommer, og i denne sammenheng vil det være av stor betydning hvordan sykehuset går ut med ting (informant 6).

I forhold til kommunikasjonsstrategien kan retningslinjer for mediekontakt sies å være ulike eksempler eller veivalg som mer direkte sier noe om hvordan saker skal bli håndtert (informant 6).

Bakgrunn og gjennomføring

Da Helse Bergen fikk ny informasjonsdirektør 1. mars 2003 forelå det ingen nedskrevet kommunikasjonsstrategi. Derimot ble det betraktet som nødvendig å ha noen prinsipper å jobbe etter, slik at det ble informasjonsdirektøren sitt ansvar å legge planer for informasjonsavdelingen og hvordan kommunikasjonsstrategien skulle utformes. Tidspunktet da informasjonsdirektøren ble konstituert hadde foretaket kun retningslinjer for mediekontakt, som fungerte som en slags kommunikasjonsstrategi.

⁴⁹ Retningslinjer for håndtering av vanskelige mediesaker

I 2003 fikk Helse Bergen på initiativ fra informasjonsdirektøren en kommunikasjonsstrategi, men av ulike grunner ble den ikke formelt vedtatt i styret. Den overordnede kommunikasjonsstrategien bestod av hvilke prinsipper det skulle jobbes etter, for eksempel at foretaket skulle ha en åpenhet om både det positive og det negative. Konsekvensen er at hvis noen er skeptiske til nærmest full åpenhet kan det henvises til kommunikasjonsstrategien hvor det står svart på hvitt at det er faktiske prinsipper foretaket jobber etter. En informant uttaler at et viktig fokus styret hadde var nettopp at sykehuset skulle ha så stor åpenhet som mulig og opptre på en måte som gjorde at det skulle kunne være tillit til informasjonen som ble gitt. Det å være åpen på denne måten handler om troverdighet. Det å kunne si hva man ikke er så god på, for så å si noe om hva som skal gjøres for at det skal bli forbedringer.

I 2006 ble det bestemt at kommunikasjonsstrategien skulle behandles i styret for annen gang. Retningslinjene fra 1999 ble da sendt med som orienterende vedlegg. Det viste seg at representantene for de ansatte i styret hadde innvendinger til en formulering i retningslinjene og at de reagerte på at retningslinjene ikke hadde blitt drøftet med de tillitsvalgte. Styret valgte på bakgrunn av dette å utsette vedtaket knyttet til ny kommunikasjonsstrategi. Ordlyden på formuleringen var at: *"det anses ikke som lojalt å bruke mediene til å få omgjort vedtak som er gjort i lovlige organer"*. For å forstå diskusjonens må en se på konteksten. På den tid forekom det at mediene ble brukt bevisst når det var noe en ikke fikk gjennomslag for i budsjettprosessen. Intensjonen med formuleringen var at man skulle forholde seg til et vedtak som var fattet. Formuleringen hadde stått siden 1999, men det var først da retningslinjene ble tatt opp i styret at det ble protester. Ut i fra dette bestemte styret at alt skulle sendes tilbake og få en ny gjennomgang. Noe av det som ble diskutert mer inngående på styremøtet vedrørende retningslinjene var hvem som kunne uttale seg om hva hvis det hadde vært en vanskelig sak, for eksempel sykehusets behandling av enkeltpersoner. Dette innbefatter de spenningene som er knyttet til at en ikke kan omtale enkelttilfeller av taushetsmessige grunner, mens en må si noe om system, som helt klart er følsomme saker. Videre det som gjaldt sykehusets ressurser og hvordan å kommunisere om dette.

Senere ble det nedsatt en arbeidsgruppe med representanter fra tillitsvalgte, nivå 2 – og 3 – ledere og kommunikasjonsarbeidere. Under gjennomgangen av retningslinjene viste det seg at formuleringene var foreldet og som en konsekvens ble det bestemt at det skulle lages nye retningslinjer. I tillegg til å gjennomgå retningslinjer for mediekontakt, valgte administrasjonen å ta en ny gjennomgang av kommunikasjonsstrategien for å sikre at den var

i tråd med utviklingen av den overordnede strategien i foretaket. Det viste seg at ikke alt i kommunikasjonsstrategien var like aktuelt i dag som i 2003, slik at mye av det virket som en selvfølge i 2007.

Kommunikasjonsstrategien ble vedtatt i styret 17. januar 2008, mens retningslinjer for mediekontakt var oppe i Foretakets arbeidsmiljøutvalg (FAMU) onsdag 16. januar og i drøftningsmøte med tillitsvalgte tirsdag 15. januar, for så å bli vedtatt i foretaksledelsen. Sistnevnte var en intern prosess som styret ikke fant noen grunn til å sette spørsmålstejn ved.

Kommunikasjonsstrategien som ble lagt frem i 2008 ble kun tilsluttet, og nærmest ikke diskutert. En informant beskriver dokumentene som ble vedtatt som en utkvittering, og som betraktelig bearbeidet i forhold til når saken ble tatt opp i styret i 2006. Videre uttaler informanten at hun for sin del ikke har sammenlignet tidligere kommunikasjonsstrategi med den nye (informant 6). Ny kommunikasjonsstrategi og nye retningslinjer for mediekontakt har i ettertid blitt lagt ut på intranett.

En informant uttaler: *"Jeg tror nok ikke medarbeidere flest er opptatt av at vi har fått ny kommunikasjonsstrategi, det er liksom "gjesp"... det er mer et sånt ledelsesverktøy vil jeg si... dette kan vi bruke når vi jobber og å ha noe å støtte oss på. Det som har mer betydning er jo retningslinjer for mediekontakt"* (informant 9). Informanten utdyper utsagnet med at retningslinjene har mer betydning siden de gjelder alle som blir kontaktet av media, og ikke bare administrerende direktører, infodirektører og klinikkdirektører som blir intervjuet om de store sakene. Endringene i retningslinjene har blant annet blitt informert om på møter med nivå – 2 ledere. Videre har foretaket et slags orienteringsmøte annenhver fredag på sykehuset, hvor ulike avdelinger gjør rede for ulike saker de mener andre bør vite noe om. Informasjonsavdelingen har blant annet benyttet dette møtet til å informere om nye retningslinjer for mediekontakt. På denne måten har det blitt informert om at det er kommet nye retningslinjer, hvordan de skal brukes, hva de omhandler og hva som står der. Møtene er åpent for alle og det er åpent for spørsmål fra publikum (informant 9).

Informant 6 eksemplifiserer viktigheten av retningslinjene. Ved budsjettforhandlingene i 2005 kom sakene som skulle behandles i styret i avisene før styremedlemmene hadde fått sakspapirene. Dette skjedde ved at sykehusledelsen kommenterte saken før styret hadde behandlet det og uttalte at de ikke kunne gå i balanse, men med underskudd, mens det var opp

til styret å vedta budsjettet. Styret oppfattet dette som problematisk. Dette førte til diskusjon om sykehusets forhold til media og det å bruke media som talerør. Forholdet mellom sykehusledelsen og styret tilspisset seg med et slikt forhold til media (informant 6).

Endringer i kommunikasjonsstrategien trenger ikke nødvendigvis å følges opp i retningslinjer for mediekontakt, eller omvendt. Endringen gjaldt oppdatering av formuleringer og presiseringer. Blant annet hva en lege kunne og ikke kunne si, som igjen er knyttet til legeloven og etiske retningslinjer, og som gjelder generelt for helsevesenet. Om sykehuset velger å ha en åpen offensiv er det mer en strategisk overlegning som sykehus ledelsene kan gjøre forskjellig.

5.4.5 Kommunikasjonsstrategi og retningslinjer for mediekontakt som omdømme

Kommunikasjon i sykehussektoren kan sies å skille seg ut fordi det er et sted hvor død og liv eksisterer. Man finner helt andre vesentligheter. Det har stor betydning for folks liv, slik at det selvfølgelig vil ha stor oppmerksomhet, både når det gjelder det som er godt og når noe er vondt eller går galt. Helse Bergen er på den måten en institusjon som møter mennesker i svært vanskelig situasjoner, som igjen medfører at det er sterke menneskelige erfaringer knyttet til virksomheten. Det betyr at det er meget viktig hvordan en kommuniserer både i det store og i det lille rom. Det er noe av det som disse motene fører med seg. At en blir bevisst på hvordan en også gjør det i det små. Det er viktig for folk å vite hva som skjer, og det er nødvendig at en snakker ordentlig med folk. Dette har alltid vært god latin, men på denne måten blir det en del av en annen helhet (informant 6).

I forhold til omdømme uttaler informant 6: *”Altså det er jo litt åpenbart at grunnen til at man er opptatt av hvordan en kommuniserer har med omdømme å gjøre”*. Det er stilt masse ressurser til rådighet fra samfunnet for å ivareta noen viktige oppgaver, og da er det klart at en i et demokrati må bruke de ressursene på en korrekt måte ut i fra hvordan de var ment. Derimot betrakter hun ikke retningslinjer for mediekontakt og kommunikasjonsstrategi som noe revolusjonert. Informanten forstår omdømme i denne sammenheng som hva slags tillit samfunnet, pasienter og ansatte har til det som skjer i foretaket og forståelsen av det. Hun oppfatter det at ”alle” skal ha kommunikasjonsstrategi som helt klart moderne, men tillegger at det er veldig positivt i alle sammenhenger å tenke i gjennom hva det er en har lyst til at skal stå frem. At en kan selv være med å skape det bildet, og at en selv kan vise frem et bilde som

ikke bare er av hvor en ikke strekker til eller hvor en gjør revolusjoner. Informanten mener omdømmehåndtering og strategisk kommunikasjon dreier seg om moter, men tillegger at hun tror at ved å ha et slagord som ”alt handler om mennesker” så viser det at det er noe som har betydning i alt sykehuset gjør og at det er en kommunikasjonsoppgave.

Under arbeidsmøtet ble ikke omdømme nevnt konkret. Heller ikke som det viktigste verktøyet i omdømmebyggingen. Det viktigste verktøyet i omdømmebyggingen for Helse Bergen er at hver eneste ansatt gjør en god faglig jobb, og at de behandler pasienter og pårørende med medmenneskelighet og respekt. Videre er det deres personlige erfaringer pasientene og de pårørende foreteller om, enten med positivt eller negativt fortegn, når de kommer hjem. Det har stor betydning for omdømmet. Blant annet ser man at forsidene og hovedoppslagene i avisene i dag som oftest er case og enkelthendelser i møtet med sykehuset (informant 9).

Vedrørende retningslinjer for mediekontakt så har den betydning på den måten at hvis foretaket blir flinkere til å håndtere media så kan det ha betydning for omdømmet. Hovedsakelig fordi mange får sin oppfatning farget av media, av det de ser og leser, og for foretaket vil det da kunne lønne seg å ha lagt gode handlingsplaner. Derimot i et styreperspektiv så er det ikke som har fått oppmerksomhet. Styret er opptatt av å bidra til at de ressursene som stilles til rådighet blir brukt på en best mulig måte. På den annen side vil det i en slik sammenheng også være viktig å ha strategier for å formidle nøkternhet og lojalitet til budsjettvedtaket i Stortinget som igjen betraktes som en utfordring (informant 6).

Når det gjelder videre oppfølging er det ledelsens ansvar at de ansatte benytter seg av kommunikasjonsstrategien og retningslinjer for mediekontakt på korrekt måte. Styret får på den annen side oppdatering på alle styremøter om hva som har vært i media og på den måten diskutert håndteringen av ulike saker.

Oppsummering av kommunikasjonsstrategi og retningslinjer for mediekontakt

Kommunikasjonsstrategien består av overordnede prinsipp, retninger og mål for all kommunikasjon i Helse Bergen. Strategien kan sies å hovedsakelig rette seg mot media, pasienter og intern kommunikasjon. Retningslinjene fungerer mer som praktiske kjøreregler i reelle situasjoner og er det dokumentet de ansatte i størst grad forholder seg til for eksempel ved en uttalelse til media. Summen av alle ansattes kommunikasjon med omgivelsene er med

på å forme omdømmet til Helse Bergen og det er derfor viktig at de alle har et bevisst forhold til det å uttale seg i media.

En informant ser kommunikasjonsstrategien og retningslinjene som en del av omdømmehåndteringen, og uttaler at viktigheten av hvordan en kommuniserer er noe av det disse motene fører med seg. Det har alltid vært viktig å informere folket, men på denne måten blir det en del av en annen helhet. Kommunikasjonsstrategien og retningslinjene har ikke noe revolusjonert over seg, men det at alle gjør skal ha det er et tegn på at det er moderne. Ved å håndtere media på en god måte kan dette være med å skape et godt omdømme for Helse Bergen (informant 6).

5.5 Oppsummering av empirikapittel

Dette kapittelet har sett nærmere på tre ulike tiltak, henholdsvis omdømmeprosjektet, medietreningskurs og kommunikasjonsstrategi, og presentert funn som kan si noe om disse er konsekvens av omdømmehåndtering i Helse Bergen. Underveis i kapittelet er det foretatt oppsummeringer av funn.

Omdømmeprosjektet er det eneste tiltaket som er et helt nytt fenomen i foretaket, mens de to andre tiltakene er kommet i nye versjoner. Alle tre tiltakene har en forbindelse til omdømmehåndtering i Helse Bergen og betraktes som et ledd i omdømmehåndteringen.

Omdømmeprosjektet sin forbindelse til omdømme er ganske åpenlys bare ved prosjektnavnet og som et klart tegn i tiden ved at foretaket foretar omdømmemålinger. Det å måle omdømmet er ikke uvanlig i dag og i Helse Bergen sitt tilfelle viser dette at foretaket er med på denne moderne trenden. Helse Bergen er tydeligvis opptatt av hvordan de blir oppfattet og er bevisst at ved en eventuell konkurransesituasjon vil dette være av betydning.

Videre ser det ut til at foretaket i dag har en forståelse for den betydning kommunikasjon kan ha for omdømmet. Både medietreningskurset og kommunikasjonsstrategien er et eksempel på denne strategiske måten å kommunisere med sine omgivelser på. At alt Helse Bergen foretar seg har en betydning for omdømmet bekreftes ved at foretaket trener sine ansatte til å kommunisere med media og at retningslinjene er mer praktisk rettet mot hvordan de ansatte skal forholde seg til media.

Målsetningen for neste kapittel er å relatere disse funnene til oppgavens problemstillinger og besvare disse. Det betyr å si noe om på hvilken måte tiltakene er et uttrykk for omdømmehåndtering, og videre hvordan innføringen av omdømmehåndtering kan forklares ut i fra et verktøyperspektiv og/eller et symbolperspektiv.

6.0 Analytiske betraktninger

I det følgende vil jeg relatere de empiriske funn som ble presentert i empirikapittelet til problemstillingen. Dette skal gjøres ved å se studiens funn i forhold til det teoretiske rammeverket som ble presentert i kapittel tre. Først skal det redegjøres for på hvilken måte omdømmeprojektet, medietreningskurs og kommunikasjonsstrategi er et uttrykk for omdømmehåndtering, og videre skal det gis en forklarende tilnærming til innføring av omdømmehåndtering i Helse Bergen. I denne prosessen vil verktøy – og symbolperspektivet anvendes, og der disse representerer henholdsvis en rasjonell og en institusjonell tilnæringsmåte.

6.1 Omdømmebygging i Helse Bergen

Omdømmeelementet ved prosjektet fremgår umiddelbart ved at det kalles et omdømmeprojekt. Det at Helse Bergen har igangsatt et slik prosjekt kan sees som en manifestasjon av omdømmehåndterings inntreden i foretaket. Gjennom omdømmeprojektet har Helse Bergen fått kartlagt omdømmet sitt og hvilke områder eller tiltak de burde satse på i fremtiden for å bedre omdømmet ytterligere. I prosjektbeskrivelsen fremkommer det at Helse Bergen anser det som viktig å overvåke interne og eksterne forhold som vil kunne forme omdømmet til foretaket og være viktig blant annet i en konkurransesituasjon. Overvåkingen er ment å skje ved regelmessige omdømmemålinger. Slike målinger har lenge vært kjent i det private og kan sies å være et NPM-trekk. Omdømmeprojektet blir av Helse Bergen fremstilt som en del av den grunnleggende plattformen for omdømmehåndtering i foretaket og uttrykkes i strategiplanen til Helse Bergen for 2004-2008 som et strategisk satsningspunkt. Målingene som er foretatt har blant annet undersøkt hvordan Helse Bergen blir presentert i media. Dette er viktig informasjon for foretaket med tanke på hvordan deres mediestrategi fungerer og hvordan foretakets kommunikasjon virker overfor ulike målgrupper (Byrkjeflot og Angell 2007).

Omdømmemålingene har blitt presentert internt i organisasjonen ved ulike anledninger. Ved at man tilkjenner at slike målinger blir foretatt, gir dette signal om at den offentlige virksomheten Helse Bergen er i endring ved å ha tatt inn elementer fra det private, gjerne elementer som kan forstås som kjennetegn ved en moderne og effektiv organisasjon. Derimot forstås prosjektet ut i fra dokumenter og informanter hovedsakelig som et verktøy ledelsen skal benytte seg for å kunne kartlegge Helse Bergen sitt omdømme hos ulike aktørgrupper, og

ikke først og fremst noe som skal brukes som et uttrykk til omgivelsene om at Helse Bergen er en effektiv organisasjon.

Deltakerne på medietreningskurset lærer hvordan de skal forholde seg til media. På kurset tas det opp ulike faktorer som i følge Helse Bergen har betydning for omdømmet deres. Helse Bergen har en oppfatning av at omdømmet i stor grad vil påvirkes av uttalelser som gis, og forsøker derfor å opprettholde en strategisk mediehandling. Dette tyder på at Helse Bergen har en klar formening om viktigheten av å forholde seg proaktivt i forhold til hvordan foretaket blir fremstilt i pressen. En stor utfordring i forhold til dette er hvordan ansatte uttaler seg. Helse Bergen betrakter media som en faktor som i stor grad vil kunne forme oppfatninger i samfunnet og på denne måten omdømmet til foretaket. I den sammenheng er det av stor betydning at de ansatte uttaler seg på en profesjonell måte og at de har forståelse for at den medieomtalen foretaket får har betydning for omdømmet. Helse Bergen sin intensjon med å påvirke media tilsier at dette er et ekspressivt uttrykk for hvordan foretaket bør bli fremstilt for å skape positive oppfatninger av foretaket i omgivelsene. Ved å holde kurs for ledere som kan komme til å måtte uttale seg i media, tyder på alt annet enn at Helse Bergen er passiv i forhold til påvirkning av det som blir presentert i mediene.

På medietreningskurset defineres omdømme som: ”summen av all kontakt mellom Helse Bergen og omverdenen, alt vi kommuniserer” og tyder på at all kommunikasjon påvirker omdømmet. Medietreningskurset sees som et ledd for å påvirke omdømmet ved å bedre kommunikasjonen fra de ansatte. Det interessante ved definisjonen er å se hvordan den skiller seg fra andre definisjoner. I teorikapittelet ble det beskrevet at omdømmebegrepet preges av en uklarhet. En oppfatning er at omdømmet bare eksisterer, og at det bare gjelder å fange det som en sommerfugl. En annen oppfatning er at omdømmet blir skapt gjennom kommunikasjon. Definisjonene av omdømme som formidles på medietreningskurset tyder på at Helse Bergen oppfatter at omdømmet deres er noe som skapes gjennom kommunikasjon med sine omgivelser, og ikke noe som bare eksisterer.

Kommunikasjonsstrategien er et segment av omdømmehåndteringen ved at den uttrykker på hvilken måte Helse Bergen sine ansatte er med på å skape det varige inntrykket av foretaket i omgivelsene. Videre har den et ekspressivt uttrykk ved seg ved at den beskriver prinsipp, retninger og mål for all kommunikasjon, samt fremhever at et hvert møte med pasienter og deres pårørende, ansatte og de ulike interessegruppene i samfunnet i størst mulig grad må

skape et positivt inntrykk. Det strategiske elementet fremheves spesielt godt ved at det i strategien fremkommer at foretaket skal opptre proaktivt, i tillegg til at de ansatte skal være bevisste på hvilken måte de kommuniserer med aktørgrupper i omgivelsene. Kommunikasjonsstrategien inneholder et element av selvpresentasjon ved at den henvender seg til flere aktørgrupper, samt at strategien beskriver hva foretaket representerer og hva omgivelsene kan forvente i forhold til kommunikasjon.

I retningslinjene for mediekontakt fremgår det hvordan Helse Bergen vektlegger sitt eget omdømme ved at administrerende direktør skal stå for all mediekontakt i vanskelige saker som kan ha betydning for omdømmet. Dette i seg selv kan ikke sies å være nytt og moderne, det som derimot er interessant er at vanskelige saker nå betegnes å ha betydning for omdømmet. Gjennom retningslinjene legger foretaksledelsen også strategisk føring på hvordan mediekontakten skal foregå og betraktes som prosedyrer alle ansatte i foretaket skal følge.

6.2 Omdømmebygging i lys av verktøyperspektivet

6.2.1 Omdømmeprojektet

Tidligere har Helse Bergen hatt et lite aktivt og målrettet forhold til ulike aktørgrupper i omgivelsene. Dette har imidlertid endret seg, ved at man nå anser omgivelsenes oppfatning av foretaket som en viktig faktor i forhold til å vinne kampen om pasientene, de beste fagfolkene, økonomiske ressurser og posisjoner i utviklingen av spesialisthelsetjenesten. Tidligere har det ikke vært foretatt noen målinger som har kunnet si noe om omdømmet og hvor Helse Bergen befinner seg i forhold til andre helseforetak. I prosjektbeskrivelsen fremheves det nå at Helse Bergen ønsker en bedre oversikt vedrørende foretakets posisjonering.

Omdømmemålinger vil gi en overvåkning av interne og eksterne forhold som vil kunne forme omdømmet til foretaket. Ut i fra denne overvåkingen vil foretaket både kunne kartlegge interessenter, og finne ut hvilke grupper av interessenter som bør prioriteres, samt hvilke avdelinger eller områder i Helse Bergen som har størst potensial til å utvikle eller bedre omdømme til Helse Bergen. Løsningen er så å utarbeide tiltak for å styrke forholdet til de aktuelle interessentene eller aktørgruppene. Gjennom arbeidsgruppens sondering av ulike tiltak det skulle satses og fokuseres videre på, kan dette sees som en konkretisering av mål. På

denne måten har tiltaket blitt operasjonalisert og blitt et verktøy ledelsene kan benytte seg av for å bedre omdømmet.

Sett hen til måten Helse Bergen har utført målingene og deres intensjoner med prosjektet ser vi at det er noe instrumentelt og verktøymessig i denne måten å bruke prosjektet på. Omdømmemålinger i seg selv gir ingen mening. Det er først når prosjektgruppen foretar omdømmemålinger og bruker resultatene til sette i gang nye tiltak at det gis mening. Omdømmeprosjektet har dermed blitt et styringsverktøy som Helse Bergen bruker som et politisk virkemiddel, for eksempel ved presentasjon av resultatene fra undersøkelsen i ulike forum. Resultatene bidrar til å fremme egen sak og underbygge egen mening. Ved å kunne vise til omdømmemålinger som kan dokumentere at Helse Bergen har et godt omdømme vil dette kunne sikre de beste jobbkandidatene og muligens øke effektiviteten ved sykehuset ved for eksempel å skape gode medisinske resultater. Begrunnelsen for omdømmehåndtering er rettet mot hvilke mål foretaket kan realisere ved å foreta omdømmemålinger. Informantene uttrykker at det viktigste målet er tillit i befolkningen, derimot kan det diskuteres hvorvidt dette er et mål, men heller et middel for å god pasientbehandling osv. I prosjektrapporten blir det også presentert ulike målsetninger. Disse kan sies å være instrumentelle og konkrete ved at de tar for seg hva problemet er, hvordan det bør løses og hva som er det ønskede mål, eksempelvis satsing på et brukerombud. De spesifiserte målene er de utvalgte mål for Helse Bergen siden ressursene ikke er ubegrenset, noe vi kan forstå ut i fra resonnementet om begrenset rasjonalitet innen et instrumentelt perspektiv (Christensen et al. 2004:89). I prosjektbeskrivelsen uttrykkes det at det gode omdømmet fører til realiseringen av disse målene.

I omdømmerapporten blir prosjektet begrunnet med at det er viktig for foretaket å legitimere virksomheten overfor bevilgende myndigheter – politisk og administrativt. Ved å ha et godt omdømme vil Helse Bergen lettere kunne få gjennomslag for viktige og nødvendige prioriteringer statlige beslutningsorganer skal gjøres på deres vegne. Man kan derfor anta at omdømmeprosjektet er en del av Helse Bergen sin strategi for å oppnå ønskede politiske beslutninger. For å kunne si noe om hvorvidt foretaket har et godt omdømme må de måle dette og overvåke det i tiden fremover, for så å kunne bruke disse resultatene til å få gjennomslag for sine saker. Ut i fra dokumentene som foreligger ville en kunne forvente at omdømmeprosjektet og omdømmemålingene ble brukt som et verktøy. Derimot mister denne antakelsen litt av sin gjennomslagskraft ved prosjektmedarbeidernes uttalelser. Informantene

har vanskeligheter med å konkret kunne begrunne formålet med prosjektet, hva de ønsket å oppnå og hva som har blitt oppnådd. Informant 3 betraktet prosjektet heller som en mote som er nødvendig. Det kan se ut til at det symbolske forsøkes å rasjonaliseres ved at prosjektet er en nødvendighet. Sett ut i fra dokumentene forstås prosjektet som noe rasjonelt og et verktøy som foretaket benytter seg av. Derimot er det informantenes uttalelser, det vil i dette tilfellet si de som har utarbeidet prosjektet og gjennomført det, som ikke beskriver omdømmeprojektet som et verktøy. Det tyder på at omdømmeprojektet i seg selv var ment å være et verktøy for å nå spesifikke mål, derimot kan man si at informantenes uttalelser snevrer inn prosjektets mål-middel-funksjon.

6.2.2 Medietreningskurs

Det underliggende motivet bak at medietreningskurs avholdes beskrives av informantene som de ansattes dårlige håndtering av media. Tiltaket, som beskrives av informantene som et strategisk valg fra informasjonsavdelingen, skal påse at deltakerne trenes i å bruke mediene strategisk og som en ressurs for å igjen styrke omdømmet til Helse Bergen. I tillegg fremstår det som at medieutviklingen har blitt oppfattet som et problem ved at det henvises til flere endringer ved journalistikken som utfordringer for foretaket.

Løsningen er en god innføring i ulike områder som vil kunne være av betydning for omdømmet når de ansatte uttaler seg i media og praktiske øvelser som skal påse at dette forekommer. I tillegg presiseres det at informasjonsavdelingen skal informeres før enhver uttalelse i media. Medietreningskurset skal resultere i at deltakerne får en bevissthet rundt sin egen fremtreden. Videre skal medietreningskurset også påse at de ansatte er fullstendig klar over den betydning media har for omdømmet til foretaket, og at god mediehandtering kan snu de negative trendene med tanke på hvordan sakene fremstilles i dag.

Medietreningskurset kan også sies å være et resultat av ønsket om at foretaket skal være mer aktive i forhold til på hvilken måte Helse Bergen blir presentert i media. Medieutviklingen kan her ha vært med å fremkalle dette søket etter omdømmehåndtering som problemløser. Da avisene blir ”tabloidisert” og sakene fremstilles ofte som case og personfokusert. Helse Bergen har tydeligvis oppfattet denne medieutviklingen som et problem og betraktet omdømmehåndtering som et verktøy som skal løse problemet.

Medietreningskurset sier noe om hvordan en skal uttale seg på vegne av foretaket og hvilket resultat Helse Bergen helst ser oppnådd gjennom uttalelser i media, dvs. hvordan foretaket ønsker å fremstå og at verdigrunnlaget deres: ”alt handler om mennesker skal gjennomsyre disse uttalelsene. På denne måten er medietreningskurset med på å forme organisasjonsstrukturen ved å si noe om hvordan denne oppgaven skal utføres.

Vi kan også se at deltakerne har forskjellige mål og interesser ut i fra hvordan de vektlegger omdømmehåndtering i egen avdeling. Informant 5 utmerker seg ved at vedkommende oppfatter det som reelt at avdelingen kan bli konkurranseutsatt og at omdømmehåndtering helt klart sees som et verktøy for å unngå konkurranseutsetting. Vi kan dermed si at informantene handler formålsrasjonelt på grunnlag av egeninteresse. Videre mener alle informantene at medietreningskurset i all hovedsak har fungert som støtte for å forberede seg på håndtere møtet med media.

Noen av informantene forklarer på hvilken måte de forsøker å være proaktive, men hvorvidt dette gjennomføres eller kun blir fortalt under intervjuet fordi informantene betrakter seg som representanter for helseforetaket kan diskuteres. Det ser ut til å gå et skille mellom de som har en tro på omdømmehåndtering og bruker dette som et verktøy og de som ser på det som et uttrykk for den moderne organisasjon og kun et nyttig symbol for å oppnå legitimitet. Et eksempel er informant 4 sitt utsagn om at omdømmehåndtering er noe de er flasket opp med.

6.2.3 Kommunikasjonsstrategi

Kommunikasjonsstrategien ble utarbeidet på initiativ fra informasjonsdirektøren fordi det ble betraktet som nødvendig å ha noen prinsipper det skulle jobbes etter. Styret ønsket at foretaket skulle ha så stor åpenhet som mulig og opptre på en måte som ga tillit til informasjonen som ble gitt. Kommunikasjonsstrategien er ment å tilføre prinsipper det skal jobbes etter når det gjelder kommunikasjonsarbeidet på et overordnet nivå.

Retningslinjene for mediekontakt er ment å være ulike eksempler eller veivalg som mer direkte sier hvordan saker skal bli håndtert og retter seg mot de ansatte, i motsetning til kommunikasjonsstrategien som omtales av informanter som et ledelsesverktøy. Formålet bak kommunikasjonsstrategien er at Helse Bergen nå skal ha en strategi som beskriver viktige overordnede prinsipper det skal jobbes etter. Videre fører retningslinjene til at foretaket blir

flinkere til å håndtere media, som oppfattes av informantene å ha betydning for omdømmet. Det kan tyde på at retningslinjene er en del av foretakets strategi til å påse at de ansatte uttaler seg på en måte som ikke skader omdømmet.

En av årsakene til at det finnes en kommunikasjonsstrategi ved Helse Bergen er for å bedre den interne kommunikasjonen og på denne måten brukes kommunikasjonsstrategien som et ledd i et internt strategisk arbeid og som et verktøy. Ved at det er en strategi vil den være med på å påvirke styringsprosessene i Helse Bergen ved at de ansatte og ledelsen benytter seg av strategien. Helse Bergen beskriver kommunikasjonsstrategien som et verktøy for å bygge trygghet og tillit, og at meningen er å støtte opp under de mål og strategier foretaket har. Videre legger den føringer for at foretaket skal være strategisk i valg av media for å nå ulike målgrupper. Foretaket ser viktigheten i å ha god kommunikasjon med omgivelsene og at informasjonen skal være effektiv. Sagt med andre ord er kommunikasjonsstrategien en effektivisering av informasjonsarbeidet. Sett i forhold til kommunikasjonsstrategien utarbeidet i 2003 av informasjonsdirektøren er kommunikasjonsstrategien fra 2008 tydeligere i bruken av strategien som et verktøy. Dette fremkommer i tydeliggjøringen av mål for kommunikasjonsarbeidet.

Retningslinjer for mediekontakt antydes å være et verktøy, ved at de ansatte benytter seg av denne strategien i møtet med media, pasienter osv. Som tidligere nevnt under medietreningskurset i lys av verktøyperspektivet, ser vi at retningslinjene for mediekontakt også er med å forme organisasjonsstrukturen ved å være retningslinjer for hvem skal uttale seg, hovedsakelig lederne og i vanskelige saker er det informasjonsdirektøren eller sykehusdirektøren. Videre hvordan uttalelsen skal utføres. På denne måten kan retningslinjene for mediekontakt sies å gi føringer på hvordan mediehåndteringen skal foregå gjennom etablerte rutiner i organisasjonen. Retningslinjene sier noe om hvem som har rett til å stå for mediehåndteringen i Helse Bergen og setter også begrensninger i visse tilfeller.

6.3 Omdømmebygging i lys av symbolperspektivet

6.3.1 Omdømmeprojektet

At informant 3 gav et utsagn om at en *”ikke kunne åpne en avis eller et tidsskrift uten at en eller annen rådgiver for næringslivet snakket om hvor viktig omdømmet var”* tyder på det oppfattede presset fra omgivelsene. Informantene uttrykker at de i dag må tenke mer bevisst

på deres forhold til omgivelsene. Ut i fra språkbruken om at det er noe de må og ikke har fremdrevet selv viser at det forstås som et press som må etterkommes. Imidlertid viser det seg at hvordan dette skal gjøres varierer ut i fra hvilken avdeling de representerer. Informantene tydeliggjør den rasjonalisering som foregår av omdømmehåndtering ved å hevde at de alle har vært opptatt av omdømmet lenge før det ble moderne. Det settes altså ikke spørsmålsteget ved det å bedrive omdømmehåndtering, i stedet ser det ut til at informantene rasjonaliserer bruken og fokuset som fremkommer av et slikt prosjekt. Det interessant er språkbruken til informantene. At foretaket alltid har jobbet aktivt med å være synlige og gode, slik en informant uttaler, kan med stor sannsynlighet slås fast. Det interessante derimot er bruken av omdømmebegrepet. Dette er et tegn i tiden. I stedet for å benytte et begrep som inneholder uklar språkbruk, slik det ble nevnt i teorikapitlet, kunne informantene ha benyttet seg av begreper som synlighet, gode, åpenhet osv. Poenget er at de i dag fokuserer på omdømmebegrepet. Informantene snakker om hvordan Helse Bergen ønsker å fremstå, ikke hvordan de vil være. Det er i dette vi finner det interessante skillet som fremhever den symbolske adopteringen.

I omdømmerapporten begrunnes det økende omdømmefokuset ut i fra en legitimering av virksomheten og tyder på adoptering ut i fra symbolperspektiv ved at prosjektet er adoptert for å bli oppfattet som en tidsriktig organisasjon, og ikke bevisst som et verktøy. Det er spesielt gjennom intervjuene at det symbolske ved adopteringen kommer tydelig frem. Hovedsakelig begrunnes adopteringen og innføring av omdømmeprojektet ved at dette skal øke tilliten i befolkningen. Derimot tyder ikke dette på en klarhet i hvordan det skal brukes som et verktøy. Det preges mer av en moderne oppfatning i omgivelsene som foretaket selv oppfatter at de må imøtekomme. Dette kommer tydelig frem hos informant 1 ved at hun på spørsmål om begrunnelse av omdømmeprojektet svarer: *"tillit i befolkningen"*, og ikke gir en ytterligere presisering av hva dette innebærer.

Omgivelsenenes krav til innsyn og den informasjonsflyten som florerer i omgivelsene beskrives som en årsak til et sterkere fokus på omdømmestrategi i omdømmerapporten. Dette betyr at det er en institusjonalisert oppfatning i omgivelsene som foretaket forsøker å besvare ved bruk av en forretningsstrategi som skal etablere den tilliten og åpenheten som omgivelsene krever av foretaket, og som igjen gir Helse Bergen muligheter for å lykkes.

Omdømmelitteraturen og tidligere studier viser at det i perioden etter sykehusreformen har skjedd en forandring i foretakenes selvpresentasjon. Styret vedtok høsten 2005 å starte omdømmeprojektet. Med tanke på tidspunkt for oppstart av omdømmeprojektet taler dette for at Helse Bergen har fulgt en moteretning, blant sykehusforetakene og andre offentlige institusjoner, som tidligere kun har vært å se i privat sektor.

Omdømmeprojektet viser at merkenavnet "Haukeland Universitetssykehus" har et godt omdømme blant omgivelsene. Dette merkenavnet skal Helse Bergen benytte seg av i tiden fremover der det er mulig. Dette tyder på institusjonalisering av en sosialt skapt norm ved at foretaket tilpasser seg oppfatninger i omgivelsene. Dette underbygges av informant 3 ved at Helse Bergen burde profilere at de er et universitetssykehus og begrunner det med at: "*alle andre gjør det*". Hun sikter til at det er noe som er utbredt i dag og bruker dette som begrunnelse for hvorfor Helse Bergen bør følge opp, noe som tyder på symbolperspektivet.

En annen interessant faktor er tidsaspektet. Ut i fra verktøyperspektivet får innførte organisasjonsoppskrifter forholdsvis raskt en effekt i organisasjonene. Derimot er det få tegn på dette fra omdømmeprojektet. Prosjektet ble startet i 2005 og i 2008 har det fortsatt ikke gitt de effektene som ble forestilt i omdømmebeskrivelsen. Det tyder på at omdømmehåndtering gjennom omdømmeprojektet har foregått som en institusjonalisering over tid og ikke som et raskt og effektivt verktøy.

6.3.2 Medietreningskurs

Det symbolske ved medietreningskurset er ikke opprettingen av kurset i seg selv, men det fokuset som nå vies til omdømmehåndtering på kurset. Det presenteres på kurset at det foreligger en forventningsavklaring hos fremtidens pasienter som man ikke har sett tidligere. Dette tyder på et press fra omgivelsene om hvordan den "riktige og moderne" organisasjon bør utformes, om åpenhet rundt behandling og prosesser, gode og brukervennlige nettsider, sterkere vektlegging av ikke-medisinske funksjoner osv. Ut i fra dette skulle en forvente at morgendagens pasient er problembeskrivelsen og hvor omdømmehåndtering er løsningen på problemet. Holme (2006) sin studie viser også et fokus fra Helse Bergen sin side på "morgendagens pasient". Holme presenterer en informants utsagn som gir en nærmere beskrivelse av pasienten. Det interessante er at det er nøyaktig den samme historien som ble presentert av informant 1 tilhørende denne studien. I følge Holme er episoden fra 2003, og

selv i 2008 blir nøyaktig denne samme historien presentert. En skulle forvente at hvis morgendagens pasient er så reell som det uttrykkes, at uttrykket ”morgendagens pasient” ville ha endret seg, men at vi ville ha gjenkjent beskrivelsen av pasienttypen. Det får en til å fundere over hvor mange lignende episoder Helse Bergen egentlig opplever og hvor reell konkurransesituasjonen oppleves som av foretaket. Det kan settes spørsmålstegn ved hvorvidt utviklingen vi har sett med et økende fokus på omdømmehåndtering er fremdrevet av en problembeskrivelse, det vil si konkurransesituasjonen, eller om det er et krav og press fra omgivelsene som har utløst adopteringen.

Informant 4 beskriver at de ansatte tidligere kun har fått beskjed om et ”*nå må dere oppføre dere skikkelig overfor media-opplegg*”, mens hun gjennom medietreningskurset har fått ”*det inn i en kontekst som omdømmebygging*”. Det interessante er at hun ikke setter spørsmålstegn ved at medietreningskurset skal være et ledd i omdømmebyggingen til Helse Bergen. Informanten ser ut til å ta for gitt at omdømmehåndtering er den riktige og moderne måten å organisere på. Dette taler for at det som ble beskrevet i teorikapittelet om legitimitet kan være avgjørende for valg av en eventuell adoptering av omdømmehåndtering som organisasjonsoppskrift, kan vise seg å være riktig.

Det å være proaktiv er en av de tingene som vektlegges på kurset. Betraktes proaktivitet som en måte å fremstå som åpen på kan det gi aksept hos journalistene og være hensiktsmessig som symbol. Samtidig vil det å være strategisk, herunder proaktiv, som regel at en har en hensikt. Dette kan resultere i skepsis fra omgivelsene. Som beskrevet tidligere ser det ut til å settes få spørsmålstegn ved det økende fokus på omdømmehåndtering. Blindpunktet fra Helse Bergen sin side er at foretaket ikke ser ut til å gå nærmere innpå problemene med organisasjonsoppskriften omdømmehåndtering, men betrakte den som den mest hensiktsmessige måten å organisere på.

Legitimering av virksomheten så ut til tidligere å avhenge av legitimiteten til offentlig administrasjon i kombinasjon med det medisinske. I dag ser vi at legitimering av virksomheten avhenger mer av hvorvidt virksomheten kommuniserer godt med markedet og brukeren og måten virksomhetene er organisert på (Byrkjeflot og Angell 2007). Ut i fra dette er medietreningskurset en indikasjon på at Helse Bergen føyer seg inn i rekken av foretak som vektlegger viktigheten av kommunikasjon ved å trene sine ansatte i mediehåndtering, og at dette vil kunne gi Helse Bergen legitimitet og aksept fra omgivelsene.

Målet med medietreningskurset kan sies å være langsiktig. En vet ikke når deltakerne kommer til å uttale seg i media, eller om det kommer til å skje i det hele tatt. Kurset bærer på denne måten preg av å være visjonær og av symbolsk karakter og skiller det fra det intenderte og reelle slik et verktøy brukes (Christensen et al 2004:91).

6.3.3 Kommunikasjonsstrategi

At helseforetakene i dag har opprettet kommunikasjonsstrategier blant annet som følge av en mote er blitt dokumentert i tidligere studier (Holme 2006, Byrkjeflot og Angell 2007). Derimot er det interessant at det i Helse Bergen sin kommunikasjonsstrategi fra 2008 uttrykkes: ” *Sjukehuset ønsker å vere kreativ og proaktiv i arbeidet med å vidareformidle informasjon om verksemda*”. Videre ønsker sykehuset å ” *vere strategisk i val av media for å nå ulike målgrupper*”. Det ser ut til at begreper som ofte blir brukt innen ”reputation management” ser ut til å bli institusjonalisert i Helse Bergen. Kommunikasjonsstrategien blir en måte å kunne uttrykke til foretakets omgivelser og de ansatte at de er moderne i måten å organisere på, og kan betraktes som et uttrykk for å distansere seg fra den kritikk offentlige organisasjoner har fått gjennom årene om å være en byråkratisk mastodont.

I kommunikasjonsstrategien uttrykkes akkurat det samme som på medietreningskurset, at Helse Bergen skal være åpen for innsyn og tilgjengelige for media. Likhetene tydeliggjøres når det gjelder å bruke det å være proaktiv som et symbol. Foretaket ser ut til å begrunne strategien ut i fra hensynet til åpenhet, men som tidligere nevnt kan dette resultere i en skepsis fra omgivelsene ved at foretaket ikke uttrykker en refleksjon i henhold til eventuelle problemer med strategisk kommunikasjon som omdømmehåndtering.

I likhet med medietreningskurset bærer kommunikasjonsstrategien til Helse Bergen preg av å være en langsiktig strategi. Strategien er symbolsk orientert og meget generell da den skal gjelde for hele foretaket. Informantenes vurderinger av kommunikasjonsstrategien som noe overordnet tyder også på at strategien er av symbolsk karakter.

Beskrivelsen av kommunikasjonsstrategien antyder bruken som et verktøy. Derimot kan endringen i 2008 vanskelig forklares ved hjelp av bruken av kommunikasjonsstrategien som et for å verktøy for å effektiviseres. Det har vært en utvikling i informasjonsarbeidet og en

økning i bruk av strategisk kommunikasjon (Byrkjeflot og Angell 2007) som tyder på en trend og en forventning i omgivelsene vedrørende hvordan foretaket bør presenteres, og at man skal ha en kommunikasjonsstrategi.

Kommunikasjonsstrategiens inntreden i Helse Bergen skyldes i stor grad informasjonsdirektørens arbeid og fronting av et behov for kommunikasjonsstrategi. Helse Bergen hadde fra 1999 kun retningslinjer for mediekontakt, men kort tid etter den nye informasjonsdirektøren sitt inntog i 2003 utarbeidet hun en kommunikasjonsstrategi på vegne av helseforetaket. Lignende funn er tidligere presentert hvor aktører og aktørgrupper (for eksempel profesjoner) prøver å omsette ideer til praksis og er aktive i forhold til omgivelsene (Forssell og Jansson 2000, Holme 2006). Informasjonsmedarbeiderne ved Helse Bergen ser ut til å ha vært en viktig årsak til det fokuset vi finner i dag ved selvpresentasjon utad til omgivelsene. Byrkjeflot og Angell (2007) antyder at det pågår en profesjonalisering av informasjonsarbeidet i sykehusforetakene. Det kan tyde på at informasjonsarbeiderne har stor betydning for den bearbeiding og oversetting som skjer i den enkelte organisasjon og i dette tilfellet har vært med å påvirke på hvilken måte Helse Bergen har mottatt organisasjonsoppskriften omdømmehåndtering og fungert som translatører av oppskriften.

Problemet med å forklare hvor Helse Bergen har hentet ideene fra om fornying av kommunikasjonsstrategi og de elementer det innebærer med et fokus på omdømmehåndtering, stemmer med litteraturen som slår fast at institusjonaliserte organisasjonsoppskrifter gjerne har en uklar historie. Hvis kommunikasjonsstrategien hadde blitt tatt i bruk som et verktøy ville man begrunnet dette ut i fra at kommunikasjonsstrategier eksempelvis tidligere har vist seg å øke effektiviteten. Med andre ord Helse Bergen ville hatt noe å vise til som tilsa at kommunikasjonsstrategier har vist seg å fungere som et godt effektiviseringsverktøy.

6.4 En kompleks sammenkjedning

Det har helt klart skjedd en utvikling når det gjelder på hvilken måte Helse Bergen profilerer seg⁵⁰ og at de i dag har fokus på omdømmehåndtering. Dette viser seg blant annet i oppretting av omdømmeprojektet, ny kommunikasjonsstrategi og økende satsing på medietreningskurs. De teoretiske tilnærmingene er ikke i stand til fullt og helt alene kunne forklare hvorfor organisasjonsoppskriften omdømmehåndtering ble adoptert i Helse Bergen og gi en fullgod

⁵⁰ Holme (2006) viser en utvikling vedrørende Helse Bergen sin informasjonsvirksomhet og en økende grad av å være proaktiv.

forklaring på studiens funn. Omdømmehåndtering i Helse Bergen kjennetegnes av den samme tvetydigheten Røvik hevder preger mange organisatoriske fenomen (Røvik 2007:53). Det fremkommer ved at samtlige av de tre tiltakene viser en kompleks sammenkjedning av elementer fra både verktøyperspektivet og symbolperspektivet og er et godt eksempel på det Røvik omtaler som ”pragmatisk institusjonalisme” (Røvik 2007:24). Pragmatisk institusjonalisme beskriver hvordan verktøy og symbol logikken i den praktiske verden er kjedet sammen på mange komplekse måter.

Denne studien har vist at omdømmehåndtering både benyttes som et redskap som gir instrumentelle effekter, og samtidig fungerer som sosialt konstruerte symbol med meningsskapende, legitimerende effekter. Ut i fra et verktøyperspektiv har innføringen av omdømmehåndtering fungert som et resultat av mål-middel-jakt, hvor omdømmehåndtering ble oppfattet som den beste løsningen basert på erfaringer av at det man hadde ikke var godt nok. I symbolperspektivet derimot betraktes adopteringen som et forsøk på å leve opp til normer for fornyelse og forandring, og at Helse Bergen har konstruert lokale organisasjonsproblemer underveis som en form for eterrasjonalisering. Problemene som omdømmehåndtering ser ut til å skulle løse kan sies å være diffuse. Dette tyder på at det er en formening i omgivelsene om hva som er den moderne og tidsriktige organisasjon som har spilt en viktig rolle i adopteringen av omdømmehåndtering som organisasjonsoppskrift. På den annen side er Helse Bergen en offentlig organisasjon hvor mange hensyn skal tas. Dette betyr at organisasjonens mål ofte er uklare, inkonsistente og ustabile, og at problemene Helse Bergen står overfor er komplekse.

En interessant observasjon er at informantene, som gjennomgående er ledere, i varierende grad har noe bevisst forhold til omdømmehåndtering. Det fremkommer et skille mellom de som har tro på omdømmehåndtering som et verktøy og de som ikke ser ut til å sette noe spørsmålsteget ved innføringen, men tar oppskriften for gitt for å være effektiv. Dette tyder på at hvilken avdeling informanten tilhører har en betydning for forholdet til innføringen av organisasjonsoppskriften.

Studien indikerer at omdømmehåndtering som organisasjonsoppskrift fremdrives av en genuin tro på omdømmehåndtering som organisasjonsoppskrift, og om at den er vitenskapelig fullverdig. Adopteringen ser ut til å være symbolsk begrunnet, men tiltakene er klare

eksempler på at disse brukes som verktøy blant annet for å få gjennomslag for å oppnå ulike mål, og det vises gjennom de organisatoriske endringer det har medført.

Selv om ikke konkurransesituasjonen har slått inn slik man trodde er dette ingen grunn til at det ikke kan skje i fremtiden. Helse Bergen uttrykker heller på denne måten et føre-var-prinsipp gjennom omdømmehåndtering ved å være observant på hvordan best mulig takle en konkurransesituasjon hvis det skulle slå inn. Tross alt er foretakene i dag slik som beskrevet i kontekstkapittelet til en viss grad avhengig av en viss pasientflyt og aktivitetsnivå pga innsatsstyrt finansiering.

Studien er i sin helhet tuftet på en dobbelt logikk ved at Helse Bergen, ut i fra informanter og dokumenter, ser ut til å betrakte seg selv som rasjonelle aktører som er ute etter å løse reelle problemer i foretaket. Samtidig fremkommer det at adoptering har skjedd som følge av den selvstendige kraften omdømmehåndtering har fått som selvfølgeliggjort symbol for den moderne og effektive organisasjon. Den grunnleggende tvetydigheten kan sies å ligge ved aktørens intensjoner med innføringen av omdømmehåndtering (Røvik 2007:54). I følge Røvik (2007:196) bygger omdømmehåndtering på to premisser. Det første er at omdømmet kan være avgjørende for organisasjonens evne til å frembringe gode resultater. Det andre at organisasjonens omdømme i betydelig grad også er sosialt konstruert gjennom fortolknings – og meningsdanningsprosesser. Begge premissene kan betraktes som forklaringer på hvorfor Helse Bergen har innført omdømmehåndtering ved at oppskriften ikke utelukkende kan sies å være adoptert som et verktøy eller kun fungere som et symbol, men må sees i lys av begge teoretiske tilnærminger for å kunne fange den analytiske atferden som ligger bak adopteringen av organisasjonsoppskriften.

Det hele tyder på et komplekst samspill mellom perspektivene for å kunne forklare innføringen av omdømmehåndtering i Helse Bergen. Innføringen av omdømmehåndtering kan se ut til å ha blitt fremmet av en oppfattelse om at omdømmeorienterte organisasjoner er moderne og effektive, mens en offentlig organisasjon som ikke bedriver omdømmehåndtering oppfattes å ha et lite aktivt forhold til sine omgivelser og i liten grad ta hensyn til hvordan organisasjonen blir oppfattet. Flere av informantene som ser ut til å være tilhengere av innføringen, spiller på symboler ved at de hevder at omdømmehåndtering vil skaffe foretaket tillit i befolkningen, føre til en sterk posisjon i kampen om pasientene, de beste jobbkandidatene osv. Informant 3 ser ut til i større grad å heller være en motstander av

innføringen, blant annet betrakter hun et nytt verdigrunnlag som ”keiserens nye klær” og omdømmehåndtering generelt som en mote. Den negative betydningen fremvises ved at hun vektlegger symbolene som hun betrakter som mindre positive.

Hadde symbolperspektivet vært en fullverdig forklaring på innføringen av organisasjonsoppskriften ville en ha forventet at oppskriften kun hadde vist seg som fasadepussing. Derimot vises det for eksempel gjennom medietreningskurset at omdømmehåndteringstiltaket fungerer som en rettesnor for hvordan de ansatte skal opptre i media og på hvilken måte informasjonsavdelingen skal innbefattes i prosessen. Ut i fra omdømmeprojektet fungerer omdømmemålingene som en kartlegging av hvor en skal jobbe for å bedre omdømmet, og flere tiltak har blitt iverksatt som en konsekvens av dette. Slik kan en si at innføring av omdømmehåndtering ut i fra symboler har blitt operasjonalisert og blitt tatt i bruk.

Videre kan en si at ledelsen i Helse Bergen har innført omdømmehåndtering ut i fra instrumentelt begrunnende hensikter, men at disse hensiktene i virkeligheten er skapt av myter i omgivelsene, for eksempel av den trenden en ser blant offentlige organisasjoner om å innføre omdømmehåndtering. Omdømmehåndtering kan ses på som en instrumentell symbolkamp ved å benytte seg av krisedefinisjoner. ”Morgendagens pasient” kan brukes som et eksempel ved at denne pasienten er misfornøyd med dagens offentlige sykehus og at omdømmehåndtering er nødvendig for å imøtekomme dette kravet. Med tanke på at Holme ble fortalt den nøyaktig samme historien kan det tyde på at krisedefinisjonen lever sitt eget liv, selv om det godt kan stemme med hvordan en pasient i dag oppfattes av sykehusene, og at definisjonen er blitt etablert.

6.5 Oppsummering av analysekapittel

Jeg har i dette kapitlet sett de empiriske funn i forhold til det teoretiske rammeverket som ble presentert i kapittel tre, og relatert det til problemstillingen. Kapitlet har først og fremst gjort rede for på hvilken måte omdømmeprojektet, medietreningskurset og kommunikasjonsstrategien kan sies å være et uttrykk for omdømmehåndtering i Helse Bergen. For det andre har jeg redegjort for hvordan innføringen kan forklares ut i fra verktøyperspektivet og symbolperspektivet, samt vist den sammenkjedingen av disse perspektivene som omdømmehåndtering i Helse Bergen har vist seg å kunne forklares ut i fra.

7.0 Oppsummerende betraktninger

Jeg har i denne oppgaven sett nærmere på innføringen av organisasjonsoppskriften omdømmehåndtering i Helse Bergen. Dette har jeg gjort ved å ta for meg tre tiltak, henholdsvis omdømmeprojektet, medietreningskurs og kommunikasjonsstrategi, og redegjort for på hvilken måte disse tiltakene kan sies å være et uttrykk for omdømmehåndtering i Helse Bergen. Videre har jeg redegjort for om innføringen av organisasjonsoppskriften kan forklares på bakgrunn av et ønske om økt effektivisering og som løsning på et problem, eller et ønske om å oppnå legitimitet fra omgivelsene og som et symbol på den moderne og tidsriktige organisasjon. I det følgende skal jeg oppsummere funnene i studien, med utgangspunkt i problemstillingen, som har resultert i to hovedfunn. Avslutningsvis vil det presenteres forslag til videre forskning.

I innledningskapittelet ble det presentert to problemstillinger som det skulle besvares på i denne oppgaven:

På hvilken måte er omdømmeprojektet, medietreningskurs og ny kommunikasjonsstrategi et uttrykk for omdømmehåndtering fra Helse Bergen sin side?

Er omdømmeprojektet, medietreningskurs og ny kommunikasjonsstrategi ment å være et ledd i helseforetakets effektivisering eller som et symbol for en moderne organisasjon?

7.1 Hovedfunn

7.1.1 Tiltakene som uttrykk for omdømmehåndtering

Studien har vist at omdømmeprojektet, medietreningskurs og kommunikasjonsstrategi kan sies å være et uttrykk for omdømmehåndtering ved å være en bevisst måte å presentere foretaket på mot omgivelsene. Helse Bergen sin omdømmebygging gjennom disse tiltakene har utspilt seg på ulike måter. Medietreningskurset og kommunikasjonsstrategien, herunder retningslinjer, har et tydelig ekspressivt uttrykk og forsøker å fremstille Helse Bergen mest mulig foredelaktig overfor ulike aktørgrupper. Omdømmeprojektet har ikke et like fremtredende ekspressivt uttrykk, men et like sterkt, hvis ikke sterkere, uttrykk for omdømmehåndtering. Grunnen til dette er at omdømmeprojektet kan sies å være en manifestasjon av det fokuset Helse Bergen ønsker å ha på sitt eget omdømme ved å ha et prosjekt som er direkte knyttet opp imot omdømmehåndtering. Både medietreningskurset og

kommunikasjonsstrategien viser klare trekk av strategisk kommunikasjon, og er en del av virksomhetens arbeid med eget omdømme. Tiltakene er klare uttrykk for omdømmehåndtering eller "reputation management" ved at Helse Bergen aktivt forsøker å påvirke omgivelsenes oppfatning av foretaket ved å være proaktiv. Tiltakene viser at Helse Bergen ikke bare forsøker å måle sitt omdømme, men også å skape sitt omdømme. Jeg returnerer nok en gang til teorikapittelet og forholdet mellom å fange omdømmet som bare eksisterer "der ute" som en sommerfugl, og å skape sitt eget omdømme gjennom kommunikasjon slik Helse Bergen gjør.

7.1.2 Innføring av organisasjonsoppskriften omdømmehåndtering som verktøy eller symbol

Omdømmeprojektet og kommunikasjonsstrategien tyder på å være et verktøy for ledelsen. Det samme gjelder i utgangspunktet for medietreningskurset og retningslinjer for mediekontakt. Derimot er medietreningskurset og retningslinjer for mediekontakt rettet mot de ansatte, og på den måten et indirekte verktøy for ledelsen ved at måloppnåelsen avhenger av at de ansatte uttaler seg til media på en profesjonell måte, og at de har en forståelse for hvilken betydning medias vinkling har for omdømmet til Helse Bergen. Tiltakene har ført til endringer i prosedyrer ved for eksempel retningslinjene for mediekontakt som en klar fremgangsmåte ved et eventuelt møte med media og informasjonsavdelingen sin involvering i denne prosessen. Videre har omdømmeprojektet ført til endringer i rutiner ved at det annet hvert år skal gjennomføres omdømmemålinger som igjen, slik vi har sett, har ført til nye planmessige tiltak ved å vite hvor foretaket burde gå inn for å forbedre omdømmet.

Omdømmehåndtering i Helse Bergen kan også forklares ut i fra symbolperspektivet blant annet ved at Helse Bergen begrunner det økende omdømmefokuset med legitimering av virksomheten. Legitimitet er ikke noe som oppnås kun ved at organisasjonen evner å være effektiv. Det forventes at de skal utrykke seg med åpenhet og kommunisere aktivt med omgivelsene. Dette kravet kan sies å ha blitt en sosial norm i dagens samfunn på grunn av foretaksreformen og styrking av pasientrettigheter. Tiltakene i denne studien tyder på å være et ledd i å oppnå aksept fra omgivelsene i stor grad på grunn av at foretaket gjennom disse tiltakene er proaktiv. Det hele underbygges av informantenes uttalelser om omdømmehåndtering som en mote. Videre tyder innføringen av omdømmehåndtering i Helse Bergen på symbolsk bruk ved at det er ingen av informantene som har klare forklaringer på hvor ideen om omdømmehåndtering som organisasjonsoppskrift er hentet fra, eller vist til

andre organisasjoners økte effektivitet gjennom omdømmehåndtering. Dette igjen tilsier en adopsjon begrunnet ut i fra symbolperspektivet.

Perioden omdømmeprojektet ble startet var i en tid omdømmehåndtering var på full innmarsj i flere offentlige organisasjoner (jf. Byrkjeflot og Angell 2007). Kommunikasjonsstrategiens inntog med ny informasjonsdirektør i 2003 er et eksempel på at foretaksreformen er en viktig årsak til den utvikling vi har vært vitne til i sykehussektoren⁵¹. De ansattes mediehandtering er blitt satt i en omdømmekontekst og det er ikke lenger tilfredsstillende at de ansatte forholder seg til mediene på en ”brukbar” måte. Helse Bergen viser tydelige trekk av å være en organisasjon som forvalter omdømmet sitt. Informasjonsarbeidernes inntog etter foretaksreformen (jf. Holme 2006) ser ut til å ha fått konsekvenser for organiseringen av Helse Bergen slik vi har sett gjennom omdømmeprojektet, medietreningskurs og kommunikasjonsstrategi. På den annen side ville det vært vanskelig å få aksept hos ledelsen om å satse på omdømmehåndtering hvis det ikke kunne ha blitt begrunnet ut i fra effektivitet da det ikke ville vært legitimt som offisiell begrunnelse.

Studien viser at innføringen av organisasjonsoppskriften må forklares ut i fra en sammenkjedning av verktøy og symbol logikken, og er et eksempel på det Røvik kaller pragmatisk insitusjonalisme, ved at perspektivene hver for seg ikke fullverdig kan forklare innføringen. Denne studien har vist at omdømmehåndtering både benyttes som et redskap som gir instrumentelle effekter, og samtidig fungerer som et sosialt konstruert symbol med meningsskapende, legitimerende effekter. Studien viser at innføringen av organisasjonsoppskriften omdømmehåndtering er gjort for å oppnå mål som skal sikre effektivitet og på denne måten får det konsekvenser for den Helse Bergen er, men innføringen har også vist seg i mer symbolske former og viser seg i den måten Helse Bergen fremstår på overflaten.

7.2 Forslag til videre forskning

Siden omdømmehåndtering er et nytt konsept for de fleste offentlige organisasjoner er dette helt klart et felt hvor det kan foretas mye spennende forskning. Flere offentlige organisasjoner har begynt å ta hensyn til omdømmet sitt og er aktive når det gjelder forvaltning av omdømmet. I dag ser vi blant annet at kommuner innfører organisasjonsoppskriften. Eksempelvis er Drammen kommune i full gang med å gjøre seg til en mer attraktiv by

⁵¹ Lignende funn er blant annet gjort av Holme 2006 og Byrkjeflot og Angell 2007.

gjennom omdømmehåndtering. Det kunne vært interessant og hatt det samme utgangspunktet som denne oppgave, å se på innføringen i seg selv, men heller forklart innføringen ut i fra et naturlig system med fokus på identiteten som det viktige uttrykket for omdømmehåndteringen.

En annen vinkling er å se nærmere på de aktørene som er pådrivere for oppskriften og forsøker å få den innført. En interessant gruppe ville vært informasjonsarbeidere, i for eksempel sykehus. En mulighet ville da ha vært og sett dette ut i fra et maktperspektiv. Grunnen til at sykehus er spesielt interessant er fordi sykehusreformen ser ut til å ha medført store endringer for informasjonsarbeiderne, det ser ut til å skje en profesjonalisering.

En kunne også ha foretatt en komparativ studie av en offentlig og en privat organisasjon som kunne gitt oss en god tilnærming til spørsmålet om at offentlige organisasjoner bedriver omdømmehåndtering og de problemer dette vil kunne medføre. Det spennende er de hensyn en offentlig organisasjon må ta, som en del av et demokratisk styringssystem i forhold til en bedrift som befinner seg i et kapitalistisk marked.

Litteraturliste

- Apeland, N.M. (2007): *Det gode selskap: Omdømmebygging i praksis*, Drammen: Hippocampus
- Bromley, D.B (1993): *Reputation, Image and Impression Management*, Chichester: John Wiley & Sons Ltd
- Busch, T. (2005): Grensen mellom privat og offentlig sektor i endring i T. Busch, E. Johnsen, K.K Klausen og J.O Vanebo, *Modernisering av offentlig sektor: Utfordringer, metoder og dilemmaer*, Oslo: Universitetsforlaget
- Busch T., E. Johnsen, K.K Klausen og J.O Vanebo (2005): *Modernisering av offentlig sektor: Utfordringer, metoder og dilemmaer*, Oslo: Universitetsforlaget
- Byrkjeflot, H. og S.I. Angell (2007): Dressing up hospitals as enterprises? The Expansion and Managerialization of Communication in Norwegian Hospitals, i P. Kjær, T. Slaata (red.), *Mediating Business: The Expansion of Business Journalism*, Gylling: Copenhagen Business School Press
- Byrkjeflot, H. og S.I. Angell (2008): *Forvaltning i foretaksklær? Omdømmehåndtering i norske sykehus etter sykehusreformen*, Kommende i Nordiske Organisasjonsstudier
- Christensen, L.T., G. Cheney (2000): Self-Absorption and Self-Seduction in the Corporate Identity Game i M. Schultz, M. J. Hatch og M. H. Larsen, *The Expressive Organization: Linking Identity, Reputation, and the Corporate Brand*, New York: Oxford University Press
- Christensen, L.T. og M. Morsing (2005): *Bagom Corporate Communication*, Gylling: Forlaget Samfundslitteratur
- Christensen, T., P. Læg Reid, P.G. Roness og K.A Røvik (2007): *Organization theory and the Public Sector: Instrument, culture and myth*, New York: Routledge
- Christensen, T., P. Læg Reid, P.G. Roness og K.A. Røvik (2004) *Organisasjonsteori for offentlige sektor*, Oslo: Universitetsforlaget
- Dowling, G. (2001): *Creating Corporate Reputations: Identity, Image, and performance*, New York: Oxford University Press
- Fombrun, C. J. (1996): *Reputation: Realizing Value from the Corporate Image*, Boston: Harvard Business School Press
- Fombrun, C. J, og Cees B.M van Riel (2004), *Fame and Fortune: How Successful Companies Build Winning Reputations*, Upper Saddle River, N.J: FT Prentice Hall
- Forssell, A. og D. Jansson (2000): *Ideer som fångslar: recept för en offentlig reformation*, Malmö: Lieber ekonomi
- Gray, E.R og J.M.T. Balmer (1998): *Managing Corporate Image and Corporate Reputation*, Long range planning (31) 5:8

- Grønmo, S. (2004): *Samfunnsvitenskapelige metoder*, Bergen: Fagbokforlaget 2004.
- Gummeson, E. (1991): *Marketing-orientation Revisited: The Crucial Role of the Part-time Marketer*, European Journal of Marketing 25,2: 60-75, Sverige: Service Research Centre
- Holme, A. (2006): *Det kommuniserende hospital: En studie av informasjonsvirksomheten ved tre lokale helseforetak på Vestlandet*, Hovedfagsoppgave, Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen
- Holstein–Beck, Marta (2004): *Samfunnsansvar og interessentdialog med frivillige organisasjoner i Statoil*, Hovedoppgave, Institutt for medier og kommunikasjon, Universitetet i Oslo
- Hood, C. (1991): *A public public management for all seasons?* Public Administration 69: 3-19
- Johnson, Hege Karin (2005), *Media – "Vaktbikkje" og pragmatisk publikumsfrier? En studie av medias dekning av helsestoff og forhold til aktører i sykehussektoren før og etter sykehusreformen*, Hovedfagsoppgave, Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen
- Klausen, K. K (2005): *Fra Public Administration over New PA til NPM – en fortolkningsramme for reformer i T. Busch, E. Johnsen, K.K Klausen og J.O Vanebo Modernisering av offentlig sektor: Utfordringer, metoder og dilemmaer*, Oslo: Universitetsforlaget
- Kvåle, G. og A. Wæraas (2006): *Organisasjon og identitet*, Oslo: Det norske samlaget
- Lian, O. S (2007): *Når helse blir en vare: Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*, Kristiansand S: Høyskoleforlaget
- Lund, A.B (2005): *Strategisk bruk af kommunikation: - ledelsesretorik, offentlighedsarbejde og nichepleje i T. Busch, E. Johnsen, K.K Klausen og J.O Vanebo Modernisering av offentlig sektor: Utfordringer, metoder og dilemmaer*, Oslo: Universitetsforlaget
- Meyer, J. W. (1994): *Rationalized Environments i W.R. Scott, J.W. Meyer (red), Institutional Environments and Organizations: Structural Complexity and Individualism*, London: Sage Publications
- Meyer, J. W. og B. Rowan (1977): *Institutionalized Organizations: Formal structure as Myth and Ceremony*", American Journal of Sociology 83 (2): 340-363
- Osborne, D. og T. Gaebler (1992): *Reinventing Government: How the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*, Reading,Mass.: Addison-Wesley
- Parsons, T. (1956): *Suggstions for a Sociological Approach to the Theory of Organizations*, Administrative Science Quarterly, Vol. 1, pp. 63-85

Pettersen, I.J (2005): Fra tempel til butikk: Den reformerte spesialisthelsetjenesten i Busch T., E. Johnsen, K.K Klausen og J.O Vanebo, *Modernisering av offentlig sektor: Utfordringer, metoder og dilemmaer*, Oslo: Universitetsforlaget

Riel, Cees B.M og C. J. Fombrun (2007), *Essentials of Corporate Communications*, Abingdon, Oxon; New York, NY: Routledge

Røvik, K. A. (2005): *Moderne organisasjoner: Trender i organisasjonstenkingen ved tusenårsskiftet*, Bergen: Fagbokforlaget

Røvik, K. A (2007): *Trender og translasjoner: Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*, Oslo: Universitetsforlaget

Svendsen, T. (2005): *Helseforetak og kommunikasjon: En studie av en kommunikasjonsstrategis betydning i et helseforetak*, Hovedfagsoppgave, Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen

Taylor, F. W. (1911): *The Principles of Scientific Management*, New York: Harper & Brothers

Vanebo, J,O (2005): NPM, ledelse og organisering i T. Busch, E. Johnsen, K.K Klausen og J.O Vanebo *Modernisering av offentlig sektor: Utfordringer, metoder og dilemmaer*, Oslo: Universitetsforlaget

Weber, M. (1947): *The theory of Social and Economic Organization*, London: William Hodge and Co, (Tysk originalutgave 1924)

Wæraas, A. (2004): *Den karismatiske offentlige organisasjon: Konstruksjon av organisasjonslegitimiteten ved hjelp av private kommunikasjonsrådgivere*, doktoravhandling, Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Tromsø

Wæraas, A. og R. Østhus (2007), *Det ekspressive helseforetak: Strategisk selvpresentasjon i den norske sykehussektoren*, Paper presentert på NEON-dagene, NTNU, 21-22 november

Yin, R.K (1994): *Case Study Research: Design and Methods*, USA: Sage Publications, Inc

Internavis

Internavis, Helse Bergen, *Hospitalet*, nr 1. 2007

Offentlige dokumenter

Helse 2020, Strategi for helseregionen, Helse Vest

Informasjonspolitikk for statsforvaltningen. Mål, prinsipper og konsekvenser. Revidert utgave 2001

Innsatsstyrt finansiering 2006, informasjonshefte fra Helse- og Omsorgsdepartementet

Ot.prp.nr.66 Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)

Sosial- og Helsedepartementet (1996): Stortingsmelding nr.44 (1995-1996), *Ventetidsgarantien – kriterier og finansiering*

Stortingets sosialkomitè (1997): Innstilling til Stortinget nr.27 (1996-1997), *Innstilling fra sosialkomiteen om ventelistegarantien – kriterier og finansiering*

Strategiplan 2004 – 2008, Helse Bergen

Strategiplan 2008 – 2012, Helse Bergen

Årleg melding 2007, Helse Bergen

Websider:

Politikk, Organisasjon og Ledelse i Spesialiserte Kunnskapsorganisasjoner
<http://www.polis.no/LIHCOM.htm> - 2007.05.26

Norsk sykehus- og helsetjeneste forening
<http://www.nsh.no/script/fora.asp?fora=3&doc=8&img=1> - 01.04.08

Lov om spesialisthelsetjenesten
<http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-061-001.html> - 08.05.08

Praksiskonsulentordningen
<http://www.helsebiblioteket.no/Samfunnsmedisin+og+folkehelse/Helser%C3%A5det/2005/Nr.+4-05/5148.cms> 14.05.08

Kommunikasjonsplattform for Sosial- og Helse direktoratet
http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00003/IS-1119_3350a.pdf - 10.05.08

Vedlegg 1

1. Omdømmeprojektet

- Hva er omdømmeprojektet?
- Hva var grunnen til at omdømmeprojektet ble startet? Hva ville dere oppnå? Hva har dere oppnådd? Hvorfor?
- Kan du fortelle om gjennomføringen av omdømmeprojektet?
- Hvordan fungerte sammensetningen av gruppen?
- Var det noe som ble diskutert mer inngående enn andre ting?
- Var det noen uenigheter?
- Foretar Helse-Bergen (HB) omdømmemålinger? Hvor ofte? Hvorfor?
- Når er neste omdømmeprojekt planlagt?

2. Rapporter og igangsatte tiltak

- Kan du si noe om planlagte eller igangsatte tiltak?
- Det fremkommer av konsulentrapporten forslag til tiltak for å styrke HBs omdømme. Kan du si noe om disse tiltakene? Hvilke av disse er blitt fulgt opp og på hvilken måte? Hvorfor ble de satt i gang?
- Hva er deres forventninger til disse tiltakene? Hva skal det føre til? Har du gjort deg noen tanker av mulige mottakelser fra den gruppen/gruppene tiltaket gjelder?
- Hvis du skulle oppsummert, hvilke konsekvenser fikk omdømmeprojektet?

Definisjonsspørsmål underveis: Omdømme, omdømmehåndtering, image, merkevare.

3. Til slutt er det noe du ønsker å tilføye?

Vedlegg 2

Medietreningskurs

1. Hvorfor deltar du på medietreningskurs ved Helse Bergen?

- Ble du valgt ut? Frivillig, obligatorisk, noe alle gjør osv.
- Hvor mange ganger har du deltatt?

2. Kurs innhold

- Hva oppfattet du som hovedfokus?
- Hvem gjelder det for? Hvem holder det?
- Er det et omfattende kurs?
- Hvordan opplevde du gjennomføringen av kurset?
- Hvor ofte er det?
- Hvor mange er dere på kurset?
- Hva er forskjellen på de ulike kursene? (grunnkurs, kveld/dagkurs, videregående kurs)

3. Vurderinger

- Hva føler du at du har dratt en nytte av i senere tid? Hva har du ikke?
- På hvilken måte har dette kurset påvirket deg vedrørende din arbeidssituasjon?
- Hva har kurset å si for ditt forhold til omgivelser?
- Hvorfor tror du det er viktig med medietreningskurs?
- Hvis deltatt flere ganger, hvorfor?

4. Medietreningskurset og omdømmehåndtering

- Hva legger du i begrepet omdømme?
- Hva legger du i begrepet omdømmehåndtering?
- Hva tror du man kan oppnå ved å takle media bedre? På hvilken måte eventuelt?
- Hvorfor tror du at det arrangeres slike kurs? Hvorfor er det opprettet? Er det et uavhengig kurs?
- På hvilken måte tror du i så fall at kurset kan påvirke Helse Bergen?
- Hva tror du er en ønskelig posisjon for Helse Bergen og hvordan tror du Helse Bergen ønsker å bli oppfattet?
- På hvilken måte har du tenkt til å bruke/eller har brukt kunnskapen du eventuelt har lært på kurset?
- Når du formidler et budskap hva betrakter du som det viktigste å få frem? Hva tror du er nøkkelbudskapet?

5. Til slutt, er det noe du ønsker å tilføye?

Vedlegg 3

Intervjuguide for kommunikasjonsstrategi og retningslinjer for mediekontakt

1. Generelt

- Hva mener du en kommunikasjonsstrategi tar for seg?
- Hva slags betydning har den?
- Hva mener du retningslinjene for mediekontakt tar for seg?
- Hva slags betydning tror du at de har?
- På hvilken måte forholder du deg til en kommunikasjonsstrategi og retningslinjer for mediekontakt i det daglige?
- Blir en endring i kommunikasjonsstrategien nødvendigvis fulgt av en endring i retningslinjene for mediekontakt?

2. Bakgrunnen for ny kommunikasjonsstrategi og nye retningslinjer for mediekontakt

- Hvorfor tror du kommunikasjonsstrategien ble revidert? Hva tror du man ville oppnå?
- Tror du det påvirker at "alle" andre har en kommunikasjonsstrategi og retningslinjer?
- Er det noe man som organisasjon må ha tror du?

3. Prosessen

- Kan du fortelle om gjennomføringen?
- Hvordan ble det diskutert frem (retningslinjer og kommunikasjonsstrategi)?
- Var det noe som ble diskutert mer inngående?
- Oppfattet du noen uenigheter? Hadde du noen innvendinger? Spørres både i forhold til kommunikasjonsstrategi og retningslinjer.
- Hvordan kom dere til enighet eventuelt?
- Skapte dette noen problemer?
- Hva tror du disse uenighetene kom av eventuelt?

4. Eventuelle konsekvenser

- På hvilken måte blir kommunikasjonsstrategien og retningslinjene fulgt opp?
- Hva er dine forventninger?
- Har du gjort deg opp noen meninger om hvordan kommunikasjonsstrategien og retningslinjene vil bli mottatt av omgivelsene?
- Hvordan tror du/ har kommunikasjonsstrategien og retningslinjene vil bli/blitt satt ut i praksis?

5. Sett i forhold til omdømmebygging

- Hva legger du i begrepet omdømme?

- Hva legger du i begrepet omdømmehåndtering?
- Hva tror du en god kommunikasjonsstrategi og gode retningslinjer kan tilføre ansatte, organisasjonen, omgivelsene osv. ?
- Tror du kommunikasjon er annerledes for helseforetak enn andre organisasjoner, for eksempel i det private?
- Er det andre utfordringer når det gjelder kommunikasjonen pga organisasjonstype? Mange ulike profesjoner, ulikt kommunikasjonsbehov, ulike kommunikasjonskanaler, ulike betingelser for kommunikasjon, kan det for eksempel være ulikheter for kirurgisk og drift/teknisk divisjon?
- Ble dette diskutert på styremøtene? Er det tatt hensyn til i kommunikasjonsstrategien og i retningslinjene?
- Ser du en kobling mellom kommunikasjonsstrategi/retningslinjer for mediekontakt og omdømmehåndtering? På hvilken måte.
- Hvor viktig tror du kommunikasjon med omgivelsene er? Hvorfor?

6. Til slutt, er det noe du ønsker å tilføye?

ATM – Skriftserie

Publikasjonsliste

- 1-2008:** Rune Hallingstad: *"Regional styring i lys av foretaksorganiseringsen. En sammenlignende studie av Helse Vest-Norge RHF og Helse Midt-Norge RHF"*. April 2008
- 2 - 2008:** Sturla Herfindal: *"Veien frem til sykehusreformen – En studie av beslutningsprosessen bak lov om helseforetak"*. April 2008
- 3 - 2008:** Lars Bjarne Klungseth: *Accessibility, Transparency and Public Choice - A study of the free choice policy within the Norwegian specialized health care system*. April 2008
- 4- 2008:** Torgeir Sveri: *Strukturer og reformer. En kvalitativ analyse av reformen "enhetlig ledelse" sett i lys av sykehusets arbeidsorganisering*. April 2008
- 5- 2008:** Anne – Mia Myhre: *Omstilling til enhetlig ledelse i sykehus - Påvirkning på avdelingslederrollen*. April 2008
- 6- 2008:** Hege Johnson: *Media - vaktbikkje og pragmatisk publikumsfrier?* April 2008
- 7- 2008:** Kari Kjos Grendahl: *Ledelse i en endringsprosess. - En studie av toppledere i fire lokale helseforetak*. April 2008
- 8 - 2008:** Øyvind Jørgensen: *Etableringen av fritt sykehusvalg*. April 2008
- 9 - 2008:** Odd Rune Hegrenes: *"Fra forvaltning til ledelse. En studie av topplederrekruttering i helseforetak"* April 2008-
- 10 - 2008:** Siri Torvestad Nerheim: *Hvem skal lede? - Nasjonal profesjonsdebatt og lokale erfaringer ved innføring av enhetlig ledelse i helseforetak*. April 2008
- 11- 2008:** Therese Svendsen: *Helseforetak og kommunikasjon - En studie av en kommunikasjonsstrategis betydning i et helseforetak*. April 2008
- 12 - 2008:** Rune Nesdal Jonassen: *Foretaksreform, ledelse og intern informasjonsflyt i helseforetakene*. April 2008
- 13 --2008:** Anbjørn Holme: *Det kommuniserende hospital. - En studie av informasjonsvirksomheten ved tre lokale helseforetak på Vestlandet*. April 2008
- 14 - 2008:** Anne- Grethe Naustdal: *Sjuepleielederen sitt arbeid med kompetanseheving i sjukehus : sett i lys av erfaringar med sjukehusreforma*. April 2008
- 15 - 2008:** Britt V. Danielsen: *Leadership and management in nursing. Nurse managers' experiences of leadership and management following the introduction of unitary management in Norwegian public hospitals*. April 2008
- 16 - 2008:** Gunn Synnøve Dahl Reisæter: *Koordinering - Et grenseflateproblem? En studie av koordinering og samarbeid i psykisk helsevern*. April 2008
- 17 - 2008:** Anita Vikingstad: *Foretaksreformen - Katalysator, destabilisator og diktator. En studie av strukturendringer i et lokalt foretak før og etter foretaksreformen*. April 2008

- 18 - 2008:** Elisabeth Frisvoll: *Avdelingsledelse i norske sykehus i en reformtid - En utvikling henimot profesjonell ledelse?* April 2008
- 19 - 2008:** Monika Alvestad Reime: *Styring og identitet. Om identitetsreguleringsprosesser i psykisk helsevern.* April 2008
- 20 - 2008:** Robert Lohne: *"Ledelse, kommunikasjon og varsling i helseforetak"* April 2008
- 21 - 2008:** Laila Nordstrand Berg: *"Tilpasninger og erfaringer i lederrolla i sykehus"* April 2008
- 22 - 2008:** Kari Ilebekk: *Helsesekretærer i klinisk virksomhet. Sørlandet sykehus HF. Hvilke faktorer påvirker denne rollen? I hvilken retning endres rollen?* April 2008
- 23 - 2008:** Borgny Botnen Aakre: *Sannhetsministerium eller kunnskapsmegler?- En studie av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.* April 2008
- 24 - 2008:** Margrete Langeland: *Myndighetstilsyn eller kyndighetstilsyn? En studie av endringer i Helsetilsynets rolleutforming og rolleutøvelse i perioden 1994 - 2005.* April 2008
- 25 - 2008:** Lene Susann Pilskog: *Hva skulle læres? En casestudie av Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene.* April 2008
- 26 -2008:** Dag Olaf Torjesen: *Foretak, management og medikrati. En sektorstudie av helseforetaksreform og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten.* April 2008
- 27-2008:** Kristian Mjåland: *Logikker, aktører og myndighetsstrukturer. En institusjonell analyse av rusfeltet etter rusreformen.* September 2008
- 28 -2008:** Tone Jeanette Berntsen: *Å være eller å framstå -En studie av omdømmebygging i Helse Bergen*

POLIS

Politikk, Organisasjon og Ledelse i
Spesialiserte kunnskapsorganisasjoner

 **Rokkansenteret**
STEIN ROKKAN SENTER FOR FLERFAGLIGE SAMFUNNSSTUDIER