

# ATM

## Autonomy, Transparency and Management

Reform dynamics in health care: a comparative research program

Hege Karin Johnson

### Media – vaktbikkje eller pragmatisk publikumsfrier?

ATM – Skriftserie  
Nr. 6 - 2008

 **Rokkansenteret**  
STEIN ROKKAN SENTER FOR FLERFAGLIGE SAMFUNNSSTUDIER

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

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

## 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*

## Forord

Denne studien inngår som del av ATM- prosjektet ved Røkkansenteret, Universitetet i Bergen. Veileder for oppgaven har vært forskningsleder for ATM- prosjektet Haldor Byrkjeflot. Takk for god hjelp, ditt engasjement og konstruktive tilbakemeldinger! Svein Ivar Angell og Per Læg Reid som også er tilknyttet ATM- prosjektet har gitt mange gode råd i slutfasen av studien. Peter Kjær ved Forskningscenter for Ledelse og Organisation i Danmark gav oppmuntrende veiledning da jeg begynte på studien. Takk til dere alle! Jeg har hatt kontor plass på Røkkansenteret og fått stipend gjennom prosjektet. Det har vært til stor nytte!

Takk til informantene i Firda, Bergens Tidende og sykehusene for at dere satt av tid til å snakke med meg. Uten deres hjelp kunne jeg ikke skrevet denne oppgaven.

Jeg vil også takke professor Torodd Strand for godt og lærerikt samarbeid!

Takk til medstudenter og ansatte i 5 etg. for godt miljø. Spesielt vil jeg takke Simon og Gunn-Synnøve for avkoblende kaffepauser. Kirsti og Kari, dere har vært uunnværlige. Det har vært godt å ha dere her! Erlend- du er et teknisk unikum!

Tilslutt vil jeg takke familien min. Pappa og Kristine, dere er herlige! Spesielt vil jeg takke min kjære mamma. Hva skulle jeg gjort uten deg?? Du har vist stor romslighet og fått meg til å sette saker og ting inn i en større sammenheng. Og- du sendte meg på ferie da jeg trengte det aller mest!

Bergen, august 2005.

# Sammendrag

Studien omhandler medias dekning av helsestoff og forholdet mellom media og aktører i sykehussektoren. Analysen baseres på mediedekningen av helsestoff før og etter sykehusreformen i 2002, henholdsvis i 1995 og 2003. Før sykehusreformen var sykehusene styrt av fylkeskommunen og media ble brukt som arena for å påvirke politiske avgjørelser. Da sykehusene ble overført fra fylkeskommunen til staten, var det ønskelig å dreie mediedekningen bort fra slike spill og det ble nedsatt foretaksstyrer. Likevel trenger media tilgang til informasjon og nyheter fra sykehussektoren for å fungere som en arena for informasjons- og meningsutveksling i samfunnet. I studien undersøkes det hvordan mediedekningen av helsestoff har endret seg i perioden 1995 til 2003. Studien viser blant annet at mediedekningen av helsestoff er i endring, ved at faglig ansatte sjeldnere uttaler seg til media. Foretakenes administrasjoner er likevel langt mer aktive enn sine forgjengere i de fylkeseide sykehusene. Politikere opptrer sjeldnere som kilder i nyhetsbildet, og enkelte journalister mener foretaksorganiseringen har gjort sykehussystemet mer lukket for omverdenen.

Hege Karin Johnson har cand.polit –graden fra Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap ved Universitetet i Bergen. Denne rapporten er en gjengivelse av hennes hovedfagsoppgave fra 2005 som ble skrevet i tilknytning til ATM -prosjektet og POLIS- seminaret. Johnson har tidligere vært ansatt som forskningsassistent på ATM-prosjektet ved Rokkansenteret og arbeider nå som trainee i NHO, Sogn og Fjordane.

## Kapittel 1 Innledning

Sykehusreformen som trådte i kraft 1. januar 2002 blir av mange betraktet som en av de største endringene i norsk forvaltnings historie. Den mest omfattende strukturelle og organisatorisk endringen i reformen var overføringen av eierskapet av sykehusene fra fylkeskommunen til staten (Ot.prp. nr. 66, 2000-2001). Sykehusene ble omgjort fra forvaltning til foretak og landet ble inndelt i fem regionale helseforetak i tråd med helseregionene som allerede eksisterte. De regionale helseforetakene etablerte lokale helseforetak innen sine geografiske områder. Med sykehusreformen la man opp til et klarere prinsipielt skille mellom overordnet styring og lokale driftsbeslutninger. Det var et viktig prinsipp å danne lokale og regionale foretak som var atskilt fra den politiske styringslinjen, men som likevel kunne påvirkes fra politisk hold. Staten eier sykehusene, bestiller tjenester og utøver myndighet. De regionale helseforetakene forvalter det statlige eierskapet og sørger for at befolkningen får tjenestene de har krav på, mens de lokale helseforetakene leverer tjenestene. Dette er en integrert modell fordi eier- og bestiller rollen ivaretas av Helsedepartementet<sup>1</sup> på statlig nivå, og av de regionale helseforetakene på regionalt nivå (Opedal og Stigen 2005:64, 65, 83). Reformen representerer en videreføring av de helsepolitiske målene, hvor et likeverdig behandlingstilbud til befolkningen uavhengig bosted er en av grunnpilarene (Ot.prp.nr.66, 2000-2001). Nærmeste politiske myndighet etter reformen er stortingspolitikerne. Det er Eieravdelingen i Helsedepartementet som er utøvende myndighet for sektoren, og det denne enheten stortingspolitikerne skal forholde seg til i spørsmål relatert til sykehussektoren (Ot.prp.nr.66, 2000-2001). Sykehustilbudet er en av de viktigste og mest kostbare oppgavene staten har ansvar for. En av de sterkeste drivkreftene bak reformen var ønsket om å bringe sykehusene ut av det økonomiske uføret de var havnet i. Administrerende direktør i de regionale og lokale helseforetakene har fått større frihet til å disponere tildelte økonomiske midler og gjøre organisatoriske tilpasninger i foretaket. Dette skulle sikre en mer effektiv drift av sykehusene og bedre utnyttelse av de tilgjengelige ressursene. I kjølvannet av reformen har flere av de lokale helseforetakene blitt mer oppmerksomme på interessen rundt sykehusene, og har rustet opp informasjonsfunksjonen i organisasjonen. Like etter iverksettingen av reformen var styremøtene lukket i de fleste

---

<sup>1</sup> Helsedepartementet ble opprettet 1.1. 2002, og ble nedlagt 1.1. 2005 da Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ble opprettet. HOD overtok blant annet ansvarsområdene fra det tidligere Helsedepartementet (Opedal og Stigen 2005:42).

regionale og lokale foretakene. Media og andre interesserte måtte nøye seg med saksliste og møteprotokoll når de skulle skrive om beslutninger og prioriteringer innen sykehussektoren. Denne praksisen stod i kontrast til innsynet media hadde i disse forholdene da sykehusenes anliggender ble behandlet i det politiske systemet på fylkeskommunalt nivå. Politikerne uttalte seg velvillig til media om sektoren, og de avgjørende slagene om sykehusene ble ofte utkjempet med media som slagmark. Helsedepartementet brukte sin eierrolle til å pålegge foretakene å holde åpne styremøter fra 2004 (St.prp.nr.1, 2003- 2004). Argumentene for at styremøtene skulle være åpne for offentligheten, var at vedtakene omhandler fellesgoder som er av stor betydning for befolkningen. Åpne styremøter skulle medvirke til at beslutningene som ble fattet ville få legitimitet i befolkningen. Argumentene mot å innføre pålegg om åpne styremøter handlet om at diskusjonene i styrene ikke ville blir reelle, men bli ført andre steder. Dette argumentet ble ikke tillagt avgjørende betydning fra Helsedepartementets side, som påpekte at styremedlemmene måtte kunne begrunne sine standpunkt (St.prp.nr. 1, 2003-2004, pkt. 1.5). Motstanden fra foretakene mot å holde åpne styremøter er av mange blitt tolket som at sykehussektoren er blitt mer lukket i forhold til media og omverden.

Media har en viktig funksjon ved å gjøre informasjon fra spesialfelter i samfunnet, som sykehussektoren, lett tilgjengelig for folk flest (NOU 1999:27). Avisene skal ideelt sett speile den offentlige mening, som også er med å danne grunnlag for politiske vedtak (St.meld. nr. 17, 2004-2005). Media formidler informasjon, setter seg inn i krevende saksforhold og stiller viktige aktører til ansvar. Ytringsfrihetskommisjonen presiserer at *”en av de viktigste funksjoner i det offentlige rom”* (St.meld. nr. 17, 2004-2005) er informasjonsformidling og å stille kritiske spørsmål er. Dette omtales som medias samfunnsoppdrag (Skjeie 2001:237). I *”Vær Varsom”* plakaten som er de etiske retningslinjene media skal følge, tildeler media seg selv en viktig demokratisk rolle: *”Ytringsfrihet informasjonsfrihet og trykkefrihet er grunnelementer i et demokrati. En fri uavhengig presse er blant de viktigste institusjoner i demokratiske samfunn”* (§ 1.1, *”Vær Varsom”* plakaten). Fra offentlig hold legitimeres medias funksjon og privilegerte situasjon ved en særlig fri stilling og økonomiske støtteordninger.

### **1.1 Tema og problemstilling**

Informasjon er uunnværlig for at media skal kunne utføre *”samfunnsoppdraget”* (Skjeie 2001:237). I tilknytning til sykehusene kan dette være problematisk hvis sektoren har inntatt en lukket holdning ovenfor media, og avisene ikke får tilgang på opplysninger.

Problemstillingen i studien åpner for å se nærmere på forholdet mellom media og sykehussektoren forut for og etter sykehusreformen:

***Hvordan har mediedekningen av helsestoff og medias forhold til aktører i sykehussektoren endret seg fra 1995 til 2003? Har reorganiseringen av sykehusene fra forvaltning til foretak hatt noen betydning for dette?***

Formålet er å undersøke om mediedekningen har endret seg over tid, og om det er noen forskjell i helsestoffets innhold før og etter reformen. Mediedekning omfatter blant annet antall oppslag om helsestoff og omfanget av disse, temaene helsestoff handler om og hvem som uttaler seg i oppslagene. Helsestoff er et omfangsrikt emne og inkluderer blant annet politisk betonte tema som lokal helsetjenestepolitikk og nasjonal helsepolitikk. Nasjonal helsepolitikk omfatter helsepolitikk som blir utformet på sentralstatlig nivå. Dette er føringene som skal gjennomføres i sykehussektoren på lokalt nivå. Lokal helsetjenestepolitikk omhandler hvordan disse føringene blir iverksatt, eksempelvis hvordan økonomiske midler blir brukt i driften av sykehusene. Opplysningsstoff, enkeltsaker og kuriosa faller også inn under begrepet helsestoff slik jeg definerer det.<sup>2</sup>

En gjennomgang av mediedekningen av helsestoffet gir også en forståelse for relasjonen mellom aktører i sykehussektoren og media. Er det aktører som uttaler seg nå, men som ikke gjorde det før reformen? Journalister og nøkkelpersoner i administrasjonen i sykehusene og det som nå er blitt lokale helseforetakene ble intervjuet. Mener disse aktørene at foretaksorganiseringen har endret deres relasjon og avisenes vektlegging av forskjellige tema i helsestoffet, og i så fall hvorfor?

Jeg vil videre skissere generelle forventninger om konsekvenser for mediedekningen og forholdet mellom journalister og aktører i sykehussektoren sett i lys av reformen. Forventningene er begrunnet med utgangspunkt i intensjonene med reformen, og sykehusenes forhold til media da de var politisk styrt.

---

<sup>2</sup> Definisjonen av *helsestoff* er basert på utvalgsriteriene som ligger til grunn for innsamlingen av det kvantitative datamaterialet. Se metodekapittel.



Det var et siktemål med sykehusreformen at arbeidsdelingen mellom de politiske nivåene skulle endres. Tidligere hadde fylkespolitikere ansvar for utviklingen i sykehussektoren på lokalt nivå. Den tradisjonelle form for åpenhet som kjennetegnet den politiske styringen av sykehusene har falt bort ettersom sykehusene ble reorganisert til foretak. Etter reformen skulle de politiske føringene komme fra statlig hold, og de lokale helseforetakene skal iverksette føringene (Byrkjeflot og Grønlie 2004). I reformdiskusjonen mente man at dette ville gi foretakene bedre arbeidsro (Opedal og Stigen 2005). Det vil kunne føre til at media søker informasjon fra statlig nivå når avisene skal skrive om sykehusstoff fordi nasjonal helsepolitikk er blitt viktigere for utviklingen av sykehussektoren på lokalt nivå. En konsekvens av dette kan bli at den lokale helsetjenestepolitikken får et mindre omfang i avisene.

Eierskapsskiftet vil kunne endre dynamikken mellom aktørene i media og i sykehussektoren, og gjøre administrasjonen i foretakene til en viktigere informasjonskilde når avisene skriver om lokal helsetjenestepolitikk. Før reformen kunne politikere, administrasjonen og ansatte i sykehusene benytte media til sin fordel, ved å fortelle hvordan manglende økonomiske midler ville få negative konsekvenser for pasientene (Sjøborg 1998). Fylkespolitikere satt med opplysninger om vedtak i sykehussektoren og fremtidige planer for sektoren, men er nå fratatt dette ansvarsområdet og vil sannsynligvis bli kilde i færre oppslag om lokal helsetjenestepolitikk.

Reorganiseringen ansvarliggjør foretakene økonomisk sett på en strengere måte enn hva som var tilfellet med det fylkespolitiske sykehuset. Ordningen med fritt sykehusvalg og DRG-poeng<sup>3</sup> gjør at foretakene nå i større grad står i et konkurranseforhold til hverandre (Opedal og Stigen 2005). Det er derfor viktig at foretakene har et godt omdømme for å trekke til seg pasienter. Det kan føre til at administrasjonen vil bli mer aktive i forhold til media for å skape et godt inntrykk av sykehusene i media. En konsekvens av dette er at ansatte i mindre grad vil bruke media til å påpeke negative sider ved sykehusenes drift. Dette vil kunne påvirke forholdet mellom media og aktører i sykehussektoren, slik at det blir vanskeligere for media å

---

<sup>3</sup> Pasientene kan selv velge hvilket sykehus de vil bli behandlet ved (Ot.prp.nr. 63, 2002-2003). Diagnoser og behandlinger sorteres i det såkalte DRG- systemet (diagnoserelatert gruppe), og utløser en bestemt takst som tilfaller sykehuset som utfører diagnosen og behandlingen.

skaffe informasjon for å skrive om lokal helsetjenestepolitikk. Dette kan også påvirke media til å skrive mer om nasjonal helsepolitikk.

Særegenheter ved de lokale helseforetakene og avisene vil kunne føre til lokale forskjeller i mediedekningen, og forholdet mellom journalister og aktører i sykehussektoren i 1995 sammenliknet med 2003. En regionavis vil på begge tidspunkt ha større bredde i mediedekningen av helsestoff ved å skrive om opplysningsstoff og enkeltsaker sammenliknet med en lokalavis. I hvilken grad sykehusreformen har fått konsekvenser for avisens leserskare vil også kunne påvirke omfanget av helsestoff, og temaene helsestoffet handler om i den enkelte avisen.

De regionale og lokale helseforetakene har iverksatt informasjonsstyringstiltak med sikte på å forbedre sitt omdømme i befolkningen (Informasjonsstrategi for Helse Vest RHF, Kommunikasjonsstrategi for Helse Bergen, Strategidokument for informasjon). Tiltakene har blant annet medført at de ansattes uttalelsesrett er blitt innskrenket. De fleste regionale og lokale foretakene opererte med lukkede styremøter inntil Helseministeren kom med pålegg om at styremøtene skulle være tilgjengelig for offentligheten (St.prp.nr.1, 2003-2004). Dette kan tolkes dit hen at foretakene ønsker å begrense medias tilgang på opplysninger om driften av sykehusene. På grunnlag av dette vil journalistene sannsynligvis mene at sykehussektoren er blitt vanskeligere å få innsyn i etter foretaksorganiseringen.

Jeg vil nå kort beskrive to perspektiver på media som åpner for å diskutere de ovennevnte konsekvensene av sykehusreformen sett fra medias ståsted. I kapittel 3 hvor jeg redegjør nærmere for det teoretiske tilfanget i studien, vil jeg komme tilbake til konsekvensene reformen har hatt på medias dekning av helsestoff og formulere forventninger i lys av de teoretiske perspektivene.

## **1.2 Teoretisk tilfang**

Teorien belyser empirien fra ulike innfallsvinkler. Dette blir gjort ved å benytte to forskjellige perspektiv; det medieoptimistiske perspektivet og det medierealistiske perspektivet.

Det medieoptimistiske perspektivet bygger på Habermas kommunikative rasjonalitet, hvor prosessen frem til beslutninger og verdien av det bedre argument som står i fokus. Når dette appliseres på media og medias funksjon, betyr det at media ses i lys av å være forum for den offentlige debatten hvor interesserte får muligheten til å uttrykke sin mening. Dette er en

normativ tilnærming og fanger opp aspektet om at medias virke og legitimitet er tuftet på idealer. Dette perspektivet er en fortsettelse av den tradisjonelle medieforskningen hvor media tilegnes en demokratisk funksjon ved å ideelt sett skulle speile den offentlige mening og være informasjonsbudbringer til befolkningen. Det medieoptimistiske perspektivet gjør det mulig å belyse om det er samsvar mellom innsynet media krever i beslutninger og prioriteringer i kraft av å skulle ivareta samfunnsoppdraget, og måten media behandler informasjonen når de skriver om helsestoff. Dette er interessant ut fra et demokratiteoretisk ståsted. Perspektivets styrke er at medias egenbeskrivelse kan sammenlignes med hvordan media rent faktisk forholder seg i rollen som arena og pådriver for den offentlige debatten. Skriver media seriøst og opplysende om politisk betont helsestoff, eller er media mest opptatt av enkelthistorier med underholdningsverdi? Fungerer media som forum for den helsepolitiske samfunnsdebatten slik medias egenforståelse som demokratiets vokter tilsier? Hvordan er vilkårene for innsyn i sykehussektoren før og etter reformen?

Det medierealistiske perspektivet bygger på Luhmanns systemteori. Denne deskriptive teorien utelukker at vitenskapen normativt kan vurdere samfunnets virkemåte (Brekke 1995:47). Perspektivet anskuer media fra en deskriptiv, verdifri og kritisk synsvinkel. Media er et funksjonssystem som anskuer verden med utgangspunkt i koden nyheter/ikke-nyheter. Samfunnet har ikke et midtpunkt og omverden til mediesystemet består av andre funksjonssystemer. Det medierealistiske perspektivet utfordrer den gjeldende holdningen til media som demokratiets vokter. I lys av dette perspektivet skriver ikke media de "riktige" og tunge helsepolitiske sakene for å tilfredsstillte tesene i "Vær Varsom" plakaten, eller for å fremme den offentlige debatten. Media er kun opptatt av å få tilfredsstillt sine krav til nyheter, og fyller avisene med saker de erfaringsmessig vet er oppsiktsvekkende. Dette er en annerledes måte å betrakte den offentlige debatten på. Det er ikke verdien av det bedre argument og å komme frem til felles løsninger som er motivet bak meningsutvekslingene som forekommer i media. Debatten er et resultat av at media aktiverer andre funksjonssystemer. Disse kommer med innspill i media i tråd med temaet media har rettet oppmerksomheten mot, og slik blir det en debatt i media (Ekecrantz, Olsson 1994:23, 27). Organisasjonsteoretisk kan dette være et innspill til hvordan media og sykehussektoren tilpasser seg skiftende omgivelser.

### **1.3 Hvorfor studere media og helsestoff?**

Det er samfunnsmessig interessant å undersøke i hvilken grad sykehusreformen skaper en ny utfordring og økt medietrykk for informasjonsfunksjonen i sykehusene. Studien vil også belyse hva de mest innflytelsesrike aktørene internt i sykehussfæren mener media skal ha innsyn i. Aktører i både media og i sykehussfæren får gitt uttrykk for hva de mener er hindringer for å skape god kommunikasjon mellom partene. Praktisk sett kan dette skape en bedre forståelse av situasjonen for begge parter. Det blir hevdet at media gjerne fremstiller helsestoff i sorthvitt. Det er lett å sitte igjen med et inntrykk av at sykehussektoren er inne i en konstant krise. Samtidig presenterer avisene solskinnshistorier om medisinske nyvinninger og følelsesladete beretninger om enkeltskjebner. Det hevdes at media er en viktig aktør i helsepolitikken (Hagström 2002, Ullahammer 1998, Hernes og Eide 1987), men forventninger om medias påvirkning er ofte implisitte. Denne studien setter søkelys på medias dekning av helsestoff og forholdet til aktører i sykehussektoren. Ved å benytte systemteori ønsker jeg å se media fra en synsvinkel som ikke utelukkende tar utgangspunkt i media som støttespiller for demokratiet (Skjeie 2001). Vi som publikum blir bedre i stand til å vurdere slike saker når vi har kunnskap om de journalistiske vurderingene i forkant av ulike oppslag om helse i avisene. På et mer generelt nivå setter studien medias makt og påvirkning i et større samfunnsmessig perspektiv ved å undersøke medias kobling til sykehussektoren og forholdet mellom media og aktuelle aktører på feltet.

### **1.4 Gjennomføring av studien og empiriske avgrensinger**

”Media” er i denne sammenheng ensbetydende med aviser, nærmere bestemt ved regionavisen Bergens Tidende (BT) og lokalavisen Firda. Helseforetakene studien omfatter er Helse Bergen og Helse Førde, hvor henholdsvis BT og Firda er de største avisene. Tidsrommet avisenes oppslag om helsestoff er hentet fra omfatter første kvartal i 1995 og 2003. Dette utgjør det kvantitative datatilfanget som studien bygger på. 2003 ble valgt for å få med ferske avisoppslag om helse etter reformen. 1995 er blitt valgt ut for å kunne gjøre sammenligninger med studien ”*Død og pine!*” (Eide, Hernes 1987) hvor blant annet helsestoff fra BT i 1985 tas nærmere i øyesyn. På denne måten er det mulig å se utviklingen av helsestoff i BT henholdsvis 10 år og 18 år etter Hernes og Eides studie. De kvantitative dataene skal sammen med casene som består av medieføljetonger, underbygge intervjuene som er hovedbidraget i den empiriske delen av studien.

Medias forhold til aktører i sykehussektoren blir belyst ved kvalitative intervjuer av nøkkelpersoner i administrasjonen ved det som før reformen var Sentralsykehuset i Sogn og Fjordane (SSSF) og Haukeland Sykehus. Personer som etter reformen har overtatt disse informantenes ansvarsområde, i det som etter reorganiseringen heter Helse Førde og Helse Bergen, er også intervjuet. Journalister fra BT og Firda som har skrevet om helsestoff både før og etter sykehusreformen ble også intervjuet. Jeg har valgt å benytte medieføljetonger som illustrative case for å vise forskjeller i mediedekningen og i forholdet mellom journalister og aktører i sykehussektoren før og etter sykehusreformen. Casene er valgt ut i fra det kvantitative avisstoffet som er hentet fra BT og Firda. Det ville vært ønskelig å utvide tidsrommet oppslagene fra avisene er hentet fra, og se på flere aviser og andre lokale helseforetak. Flere intervjuer med journalister og aktører i sykehussektoren ville også hevet validiteten og reliabiliteten i studien.

### ***1.5 Den videre gangen i studien***

Studiens videre oppbygning er som følger: Bakgrunnen for reformen og endringene reformen har medført blir kartlagt i kapittel 2. Medias rolle og bakgrunn vil også bli gjennomgått i dette kapitlet. I kapittel 3 redegjør jeg for det teoretiske tilfanget i oppgaven. Kapittel 4 handler om den metodiske strategien og avveiningene i tilknytning til innsamlingen av datamaterialet studien bygger på. Først vil jeg redegjøre for den kvantitative tilnærmingen til dataene, deretter den kvalitative tilnærmingen. Det kvantitative datamaterialet presenteres i kapittel 5, og den empiriske fremstillingen fortsetter i kapittel 6 med det kvalitative materialet. Analysen og diskusjonen av problemstillingen presenteres i kapittel 7. I avslutningskapitlet blir hovedtrekkene i oppgaven kort gjennomgått og de viktigste funnene blir fremhevet.

## Kapittel 2. Bakgrunn

Dette kapittelet er ment som et bakteppe for videre lesing av studien. Redegjøringen for utviklingen innen sykehussektoren blir spesielt vektlagt, fordi endringene i sektoren har vært omfattende. Det vil også bli redegjort for media sin demokratiske funksjon. Til slutt gir jeg et overblikk over mediesituasjonen i Helse Bergen og Helse Førde.

### 2.1 Fylkeskommunale sykehus

Når jeg skal redegjøre for sykehusreformen og begrunnelsen for å innføre den, tar jeg utgangspunkt i organiseringen av fylkessykehusene slik de fremstod før innføringen av sykehusreformen. Dette er viktig med hensyn til problemstillingen i oppgaven; Det første tidspunktet problemstillingen tar høyde for er 1995 da sykehusene var en fylkeskommunal oppgave.

Inntil sykehusreformen ble iverksatt var sykehusene organisert under fylkeshelseadministrasjonen, og fylkeshelsesjefen var øverste leder (NOU 1996:5, Bukve 1997:95). Helse og sosialkomiteen bestod av representanter fra fylkestinget, som er fylkeskommunens øverste politiske organ. Et utvalg av politikerne fra denne komiteen, sammen med 2-3 arbeidstakerrepresentanter fra sykehuset, utgjorde styret ved sykehuset etter ”normalinstruksen” (Anderslandrapporten 1990:36). I dette organet hadde sykehusdirektøren møterett, men ikke stemmerett (Anderslandrapporten 1990:36). Sykehusdirektøren var øverst ansvarlig og leder for administrasjonen i sykehuset. Organiseringen av administrasjonen varierte mellom sykehusene. Det mest vanlige var at administrasjonen med sykehusdirektøren delegerte oppgaver og fullmakter på administrasjonens vegne, til lederne på lavere nivå i organisasjonen for å ivareta styringen og driften av sykehuset (Anderslandrapporten 1990:34).

Det er flere årsaker til at sykehusene har hatt problemer. En av de største vanskelighetene var økonomien til sykehusene. Problemene med ordningen med rammetilskudd var at staten og fylkeskommunen havnet i en vanskelig situasjon i forhold til hverandre. Staten gav ekstrabevilgninger som var nødvendig for å redde sykehusenes budsjetter mangfoldige ganger. Dermed kunne fylkeskommunen redusere sin innsats, og det åpnet for en mulighet til strategisk utnyttelse av de ekstra tilskuddene fra statlig hold (NOU 1996:5). I 1997 ble det innført inntektsstyrt finansiering av sykehusene etter tilrådninger i Stortingsmelding nr. 24 (1996-1997), for å hindre at ordningen med ekstra tilskudd fra statlig hold ble misbrukt.

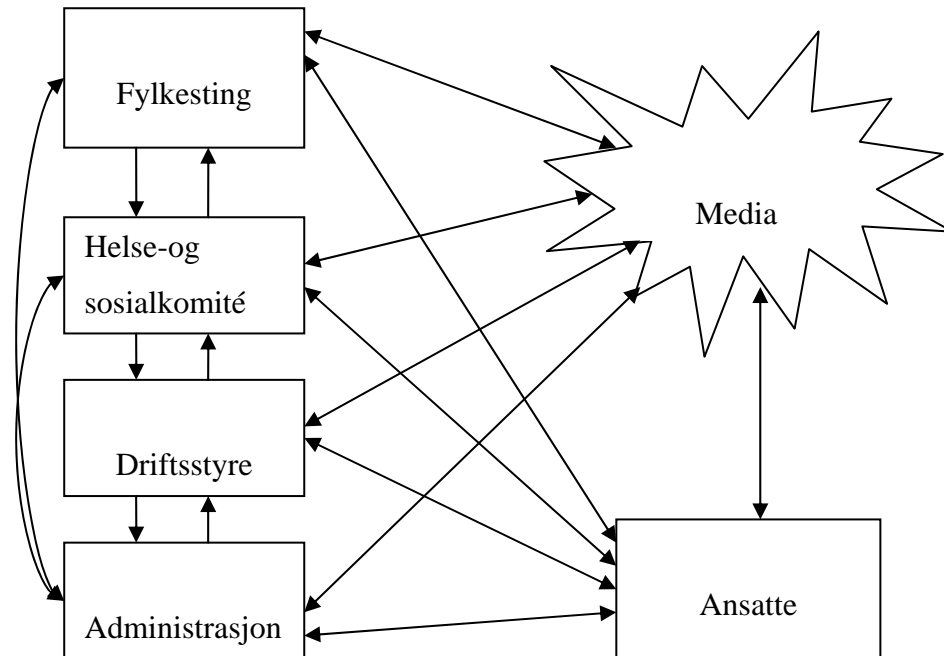
I relasjon til de økonomiske problemene, var alliansepartnerne mange for en sykehusdirektør. Slik det fungerte kunne han henvende seg til fylkesordfører og beklage tilstanden ovenfor helseministeren, som igjen kunne skyldte på Stortinget, hvor partiene igjen skyldte på hverandre og særlig regjeringspartiet. Regjeringen skyldte på tidligere regjeringers dårlige disposisjoner og sviktende budsjettbalanse. Ingen vant, ingen tapte, og sykehusdirektøren endte opp med ekstra tilskudd som en midlertidig løsning. Dette ble fremstilt som et ”svarteper spill”, hvor resultatet var at partene skyldte på hverandre og utsatte problemet (Grund 2000, Byrkjeflot, Beliklie og Østergren 2003).

Rollen som sykehusdirektør var komplisert, ikke bare med hensyn på den politiske eierdimensjonen og det økonomiske spillet. En av grunnene til det er egenskapene ved sykehusene som spesialiserte kunnskapsorganisasjoner som sysselsetter en rekke profesjoner som styres av sterk faglogikk og faglojalitet (Mintzberg og Glouberman 2001:82). Organisasjonen er også et fagbyråkrati med komplisert struktur både fysisk og sosialt (Strand 2001, Mintzberg 1993). Legestanden har betydelig makt, samtidig som denne profesjonen står i interessekonflikter med sykepleierne angående arbeids- og ansvarsfordeling (NOU 1997:2) Mintzberg har omtalt det å lede sykehus og dets tilhørende sterke profesjoner på linje med å gjete katter.<sup>4</sup> Det hierarkiske pyramidesystemet via fylkesting, helse- og sosialkomiteen, driftsstyre og administrasjon fungerte ikke etter intensjonen i henhold til beslutnings- og kommunikasjonsmønster (Sjøborg 1998:32). Kommunikasjonen mellom de ulike beslutningsorganene fungerte heller som pilene i figur 2.1.1 viser; tverrkommunikasjon mellom organene, eller gjennom media. Ansatte kunne gjennom tillitsvalgte eller media kontakte fylkespolitikere, uten å følge tjenesteveien. Dette undergravde administrasjonens beslutninger, og kunne skape forvirring om hvem som hadde siste ordet i en sak. Grunnet offentlighetsloven (§ 2, 1970) må forvaltningen følge retningslinjene om innsyn i beslutninger og prioriteringer de foretar. Kommunikasjonen mellom de ulike organene var derfor åpen og lett tilgjengelig for media og andre aktører. Systemet fungerte slik at aktører på alle nivå uttalte sin mening om medias budskap, og det førte gjerne til omkamp om vedtak fattet på ulike nivå i systemet.

---

<sup>4</sup> Referert fra Grunds artikkel “Sykehus- hvordan bør de styres?” (2000) som henviser til et foredrag av Mintzberg.

**Figur 2.1. Styring og påvirkning i fylkeskommunale sykehus** (Omarbeidet figur fra Sjøborg 1998:32).

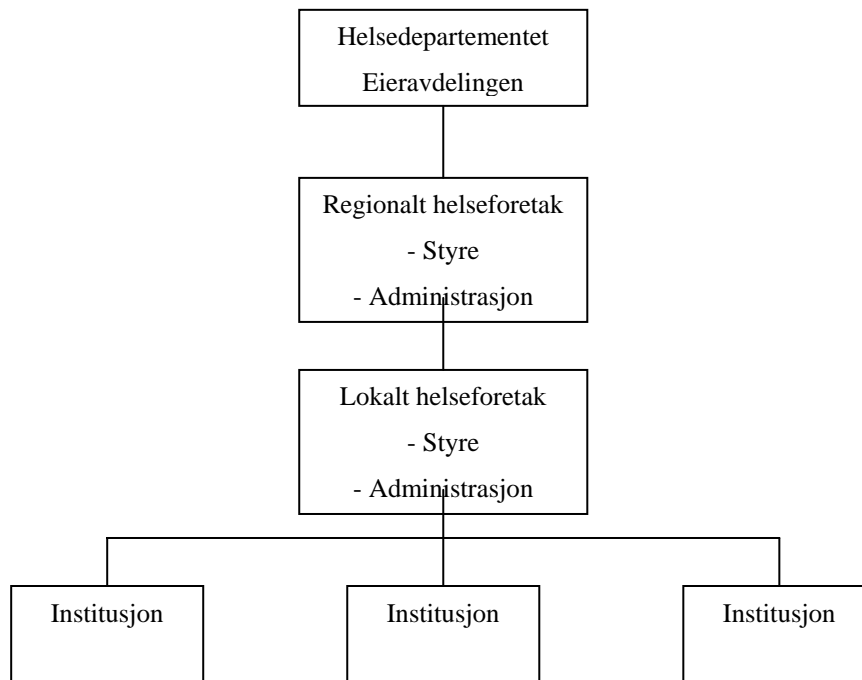


De folkevalgte representantene ble utsatt for sterk påvirkning for ulikt hold, fra aktører som gjerne hadde motstridende interesser. Fylkespolitikkerne måtte ta hensyn til både lokalpolitikken og inngåtte allianser med andre partier, samt tilknytningen til partipolitikken. Egne interesser skulle også ivaretas, samt vissheten om at beslutningene som ble vedtatt ville få konsekvenser for neste valg (Sjøborg 1998:35). Disse faktorene og overbevisningen om de ekstra bevilgningene staten i praksis bevilget til sektoren, gjorde det vanskelig å styre sykehusene innenfor vedtatte økonomiske rammer (Sjøborg 1998:35).

### **2.3 Reformens inntreden.**

Formålet med reformen har vært å plassere ansvar (Steine 2001:5, Ot.prp.nr. 66, 2000-2001), for å unngå de skisserte spillsituasjonene. Sykehusreformen ble lansert som løsning på den uklare lederrollen i sykehusene, samt den økonomisk ustabile situasjonen for sykehusene.



**Figur 2.2. Eier- og styringsstruktur i sykehussektoren etter sykehusreformen.**

Etter reformen ble landet inndelt i 5 regionale helse foretak og disse er Helse Nord, Helse Sør, Helse Midt, Helse Øst og Helse Vest. Filosofien bak foretaksreformen er at staten som eier ikke skal drive med detaljstyring, men gi helseforetakene reelt ansvar for egen drift. Nivåene under – de regionale og lokale helseforetakene – skal håndtere detaljstyringen (se figur 2.2).

Staten skal drive med overordnet nasjonal helsepolitikk; de strategiske og prinsipielle beslutningene og spørsmålene, mens helseforetakene skal ta seg av detaljspørsmålene. Fylkespolitikkerne har ikke lenger noe med sykehusdriften å gjøre. Reformen markerer et sterkt skille mellom den politiske dimensjonen og driften av sykehusene. Stortingspolitikere kan utforme politikken og påvirke virksomheten gjennom budsjetter og får opplysninger om foretakene via eieravdelingen i departementet.<sup>5</sup> Eieravdelingen i departementet sikres informasjon om de lokale og regionale helseforetakene gjennom foretaksmøtene,

---

<sup>5</sup> Eieravdelingen i Helsedepartementet fra og med 1.1.2002 til 1.1.2005. Fra og med 2005 ligger denne oppgaven under Helse- og omsorgsdepartementet.

årsmeldinger og virksomhetsplaner fra de regionale og lokale helseforetakene (Ot.prp.nr. 66, 2000-2001). Det er et viktig poeng å gi ledelsen i både de regionale og lokale foretakene en tydeligere ansvars- og fullmaktsposisjon samt å unngå de hyppige inngrepene fra eier, som under det fylkeskommunale regimet undergravde den enkelte sykehusdirektørens og styrets ansvar (Ot. prp.nr. 66, 2000-2001 pkt. 2.5.2). Styret på de fylkeskommunale sykehusene fremstod mer som et rådgivningsorgan for fylkespolitikkerne, og hadde liten autonomi i forhold til disse (Anderslandrapporten 1990:33).

Foretaksorganiseringen gjør de regionale og lokale foretakene til egne rettssubjekter, samtidig gis det betydelige fullmakter til ledelsen i foretakene. Reformen åpner for at foretakene på regionalt nivå (RHF) og de lokale helseforetakene (LHF) blir autonome enheter, og står fritt til å organisere virksomheten slik de finner det best. Det er likevel visse organisatoriske bestemmelser foretakene på begge nivå må imøtekomme. Foretakenes sentrale organer består av foretaksmøter, styre og daglig leder/administrerende direktør. I foretaksmøtene stiller administrerende direktør fra administrasjonen, i tillegg til det regionale helseforetakets styremedlemmer. Styret på regionalt nivå nedsettes av departementet, og dette styret bestemmer videre hvem som skal sitte i administrasjonen. Samtidig er det styret på regionalt nivå som nedsetter styret på lokalt nivå, og dette styret bestemmer hvem som skal sitte i administrasjonen på lokalt nivå (Opedal og Stigen 2005:49).

## ***2.4 Hva kjennetegner Helse Bergen og Helse Førde?***

Helse Vest er det regionale foretaket som eier de lokale helseforetakene Helse Bergen og Helse Førde. De lokale helseforetakene har ulike kjennetegn i forhold til geografi, demografi og det enkelte foretakets organisasjonsstruktur. Informasjonsavdelingen har ansvar for det eksterne og interne informasjonsarbeidet i foretakene. Jeg kommer særlig inn på hvordan informasjonsfunksjonen i foretakene blir ivaretatt ved å se på ressursene som er disponible til dette arbeidet, og hvor funksjonen er plassert i organisasjonsstrukturen. Dette er viktig å vite noe om, siden det er forskjeller foretakene i mellom. Forskjellene kan ha konsekvenser for mediedekningen av sykehusstoffet, og forholdet mellom journalister og aktører i sykehussektoren.

### **Helse Bergen**

Helse Bergen er det største foretaket underlagt Helse Vest, med et befolkningsgrunnlag på 370 000 innbyggere (Rapport funksjonsfordelingsprosjekt i Helse Vest 2002/2003).

Foretakets største behandlingsinstitusjon er Haukeland Universitetssjukehus, som er plassert like utenfor Bergen sentrum. De tidligere selvstendige behandlingsinstitusjonene som tilhørte Haukeland sykehus, er nå avdelinger, klinikker og divisjoner i Helse Bergen. Foretaket har ca. 8500 ansatte. De fleste somatiske behandlingsinstitusjonene er geografisk samlet i Bergen og omegn, med unntak av divisjonen på Voss ([www.helse-bergen.no](http://www.helse-bergen.no) 20.07.2005).

Administrerende direktør utgjør sammen med 8 andre personer foretaksledelsen i Helse Bergen. En av dem er direktør for informasjonsavdelingen, hvor 5 personer jobber aktivt med informasjonsarbeidet i foretaket ([helse-bergen.no/avd/infoavd/](http://helse-bergen.no/avd/infoavd/) 20.07.2005). Informasjonsavdelingen og dens ressurser er en konsekvens av friheten administrerende direktør har til å organisere foretaket slik vedkommende finner det hensiktsmessig (Ot.prp.nr. 66, 2000-2001, pkt. 2.5.2.).

### **Helse Førde**

Helse Førde er det minste lokale foretaket Helse Vest eier. Foretaket har et befolkningsgrunnlag på 107 590 (Rapport funksjonsfordelingsprosjekt i Helse Vest 2002/2003), og ca. 2100 ansatte. Etter reformens har Helse Førde hatt to ansatte med ansvar for det eksterne og interne informasjonsarbeidet i foretaket. Foretaket ansatte en informasjonssjef i 2002. Vedkommende var ansatt i administrasjonen med rett til å møte i styret uten å kunne stemme over forslag som var oppe til vurdering. Denne personen avtrådte stillingen sin i 2003, og ble erstattet med en informasjonsrådgiver i januar 2005. Denne personen har, til forskjell fra informasjonsdirektøren i Helse Bergen, ikke plass i administrasjonen ([www.helse-forde.no](http://www.helse-forde.no) 10.03.05.). Dette tydeliggjør friheten til å prioritere organiseringen av ulike funksjoner innen foretakene.

Helse Førde har stor geografisk spredning mellom enhetene i foretaket. De somatiske behandlingsinstitusjonene har det vært kontrovers om langt tilbake i tid. Disse er plassert i Førde, Florø, Lærdal og på Eid. Før reformen hadde disse enhetene status som lokalsykehus. Unntaket var sykehuset i Florø som i 1995 ble underlagt Sentralsykehuset i Sogn og Fjordane i Førde, som siden 1978 har vært den største medisinske enheten i regionen. De somatiske behandlingsinstitusjonene, var på tidspunktet da empirien ble samlet inn, divisjoner underlagt sentralsykehuset i Førde. Etter 2005 har foretaket innført gjennomgående klinikkstruktur. Det innebærer at de ulike avdelingene på behandlingsinstitusjonene blir klinikker som har en fellesadministrasjon med hovedsete ved SSSF i Helse Førde.

Historisk sett har konflikten vært spesielt sterk angående funksjonsfordeling mellom sykehusene i Florø og Førde. I den senere tid har det også vært diskusjon om sykehusenes behandlingstilbud og funksjonsfordeling mellom alle sykehusene, også i Lærdal og på Eid. Det folkelige engasjementet har vært sterkt, og det har vært fakkeltog mot endringer i behandlingstilbudet på alle sykehusene, utenom sentralsykehuset i Førde (tidligere Sentralsykehuset i Sogn og Fjordane). Omorganisering av akuttfunksjoner og fødetilbudet har vekket mest harme i befolkningen. Per dags dato er ikke situasjonen på sykehuset i Lærdal og Eid avklart med hensyn på hvilke funksjoner disse enhetene skal ivareta i fremtiden.

Begge foretakene forsterket informasjonsfunksjonen i tiden etter iverksettingen av sykehusreformen. Etter reformen ble det ansatt ny informasjonsdirektør i Helse Bergen. I Helse Førde ble det for første gang ansatt informasjonssjef. Begge foretakene praktiserte lukkede styremøter den første tiden etter reorganiseringen. Alle foretak opererer nå med styremøter som er åpen for offentligheten etter pålegg fra helseministerens (St.prp.nr.1, 2003-2004). Lukkede styremøter og opprustningen av informasjonsfunksjonen i foretakene viste at foretakene benyttet den organisatoriske friheten reformen førte med seg. Samtidig kan det være et tegn på ønsket om mer aktiv informasjonsstyring fra foretakenes side, som også er i tråd med den generelle utviklingen i offentlig sektor (Allern 1997: 408).

## **2.5 Medias historiske utvikling**

Norges første avis kom ut i Christiania i 1763. Denne avisen, sammen med aviser som ble stiftet på 1800-tallet, hadde som formål å dekke landet som en administrativ og økonomisk enhet. I 1814 ble Grunnloven til, og trykkefriheten var et faktum. Det ble enklere å starte opp aviser, og det er i dette tidsrommet at det offentlige rom i Norge institusjonaliseres (Bastiansen og Dahl 2003). På dette tidspunktet refererer avisene stort sett til handels- og næringsfakta. I 1860-1880-årene vokste partipressen frem i tilknytning til innføringen av parlamentarismen. I løpet av hele 1800-tallet var pressen viktig for den politiske og sosiale mobiliseringen av bøndene og den fremvoksende arbeiderklassen (ibid.). Utover 1900-tallet fortsatte pressen å være partilokal (Ottosen 1996). Den generelle utviklingen frem til dette tidspunktet var en dreining fra aviser som omhandlet handels- og sjøfartsnæringen myntet på borgerskapet, til partilokale aviser. På 1970-tallet ble journalistikken radikaliserert i form av å bli undersøkende og kritisk. Denne trenden har fortsatt frem til i dag. Radikaliseringen kan ses i sammenheng med Offentlighetsloven som ble til i 1970. Den nye loven gjorde at

offentligheten hadde større krav på innsyn i offentlig organisasjoners anliggender. EF-striden i 1970 spilte også en avgjørende rolle, fordi den førte til at båndene mellom partiene og pressen løsnet. (Ottosen 1996). Media har utviklet seg fra å referere og gjengi informasjon, til å bli mer kritisk og gravende (Kjær og Langer 2001) og beslutte hvilken informasjon de vil vektlegge, og hvordan de vil fremstille den (Hernes og Eide 1987). Kort sagt har media i større grad tatt fastlåste motsetninger og udiskutable premisser opp til kritisk granskning (Lund 2002).

## **2.6 Media i dag**

Media har forpliktelser, ansvar og makt. Ikke minst gjelder dette i tilknytning til helsestoff. Dette temaet gir media mye å skrive om både når opplysningsstoff, og kritiske saker om kvaliteten på helsetilbudet til befolkningen. Reformen har påvirket medias dekning av helsestoff, og forholdet mellom journalister og aktører i sykehussektoren. Foretaksorganiseringen representerer en ny og i mange tilfeller mer lukket organisering av sykehussektoren, sammenliknet med hvordan fylkespolitikere forvaltet eierskapet av sykehusene. Det politiske beslutningssystemet i fylkestinget og i helse- og sosialkomiteen var mer åpent, enn organisasjonsstrukturen som i dag er lagt til grunn for foretakene. Administrasjonen i foretakene har organisatorisk frihet har til å gjøre omstruktureringer, og foretakenes styremøter ble først pålagt å være åpen for offentligheten i 2004. Dette skaper en ny situasjon som media må forholde seg til.

Stortinget vedtok 30. september 2004 en ny § 100 i Grunnloven. Denne bestemmelsen slår fast at demokrati er en av tre hovedbegrunnelser for ytringsfriheten sammen med *”sannhedssøgen”* og *”individets frie meningsytelse”*. Her fastslås rammene for medienes maktutøvelse i samfunnet, og for offentlig mediepolitikk og medieregulering (St.meld.nr.17, 2004-2005 pkt. 7.5.1). *”Samfunnet”* har gitt mediene særskilte fordeler med begrunnelse i medienes samfunnsoppdrag (St.meld.nr.17, 2004-2005, pkt. 7.5.1). Den viktigste fordelen er momsfradrag for avisene, fordi disse antas å ha en sterk innvirkning på ytringsfrihet og offentlig debatt. Samfunnsoppdraget legitimerer media og journalistikkens krav om åpenhet og innsyn (Skjeie 2001:237). Medienes tilsvarende svar på denne tilliten er tydelig i *”Vær Varsom”* plakaten § 1.1: *”Ytringsfrihet, informasjonsfrihet og trykkefrihet er grunnelementer i et demokrati. En fri, uavhengig presse er blant de viktigste institusjoner i demokratiske samfunn.”* Eckekrantz og Olsson skriver at media er den eneste profittorienterte bransjen som *” kan rättfärdiga hela sin verksamhet med hänvisning till grundlagen.”* (1994:24).

Medias betydningsfulle posisjon i samfunnet, hvor tilgang på informasjon og kritisk journalistikk er to av hovedingrediensene, gir media stor makt. Mediene har en viktig rolle som innebærer å gjøre vanskelige saksforhold fra ulike samfunnssektorer tilgjengelig og forståelig for leserne. Dette er ”*en av de viktigste funksjoner i det offentlige rom*” (NOU 1999:27, pkt.4.2.4). Det er flere forhold som gjør media til en mektig aktør; Media har en redigerende makt i form av å være kanalvoktere ut til offentligheten (St.meld.nr.17, 2004-2005, pkt. 7.5.3). Journalistene avgjør hva den kollektive oppmerksomheten skal rettes mot ved å gjøre bevisste eller ubevisste valg om hva avisen skal skrive om, vinklingen på temaet og hvem som blir fremstilt som sakens ansikt. Hva som blir satt på dagsorden avhenger blant annet av nyhetskriterier som nærhet, avvik og konflikt, og markedssituasjonen avisen befinner seg i spiller også en rolle (St.meld.nr.17, 2004-2005, pkt. 7.4.1.). Det viktigste er likevel at mediene kan påvirke befolkningens holdninger, og mange av sakene leseren som velger skal ta stilling til. Media har en viktig rolle som formidler, fordi vi ikke kan ha førstehåndsinformasjon om alle sakene som rører seg i samfunnet. Den ”offentlige mening” er med å danne grunnlag for politiske beslutninger, og blir synliggjort i media (St.meld.nr.17, 2004-2004, pkt. 7.4.2). I tillegg til dette er det journalistiske selvbildet preget av at journalistene står på lesernes side i ”*avsløringen av de mektige*” (St.meld.nr.17, 2004-2004, pkt. 7.4.2). På bakgrunn av dette kan man slå fast at media har en viktig rolle som formidler mellom politikken og velgerne. Betydningen av medias påvirkningskraft og makt i forhold til befolkningen, enten som konsumenter eller borgere, er tydelig i den kraftige veksten av PR-byråer og økningen i proaktive informasjonsavdelinger i offentlige bedrifter (Allern 1997: 408).

### **Mediesituasjonen i de lokale helseforetakene.**

Den største avisen i området til Helse Bergen er regionavisen Bergens Tidende (BT). I bergensregionen er den nest største avisen Bergens Avisen (BA), og denne står i et konkurranseforhold til BT om lesere i Bergensområdet. BT kommer ut i større opplag enn BA, og har et større geografisk nedslagsfelt fordi den gis ut i både Hordaland og Sogn og Fjordane.

Mediesituasjonen Helse Førde må forholde seg til er spesiell, fordi det er mange lokalaviser i regionen hvor Helse Førde har ansvar for sykehustjenestene til befolkningen. Stedene hvor somatiske behandlingstilstander er plassert har hver sin lokalavis, som taler sitt lokalområde sin sak når det gjelder helsepolitiske prioriteringer. I Florø har Firdaposten sin

hovedsaklige lezerskare. I Lærdal er det Lærdalsposten som regjerer, og på Eid er det Fjordingen og Fjordabladet som er lokalavisene. Firda er den største avisen av disse lokalavisene, og dekker aktiviteter i hele regionen. Det har vist seg at lokalpatriotismen i den enkelte avisen er sterk når endringer i helsetilbudet i relasjon til de nevnte behandlingsinstitusjonene foreslås endret fra Helse Førdes hold. Begge foretakene har et stort medietrykk, og det gjelder spesielt Helse Førde hvor avistettheten er stor.

## Kapittel 3: Teoretisk tilnærming

Det teoretiske tilfanget består av et deskriptivt medierealistisk perspektiv basert på Luhmanns systemteori, og et normativt medieoptimistisk perspektiv inspirert av Habermas' kommunikative rasjonalitet og borgerlige offentlighet. Det medierealistiske perspektivet åpner for en diskusjon hvor organisasjonene blir sett i lys av å være deler av ulike funksjonssystemer, fritatt for enhver normativ vurdering. Dette er en motsats til det medieoptimistiske perspektivet, som fokuserer på viktigheten av den offentlige debatten og media som demokratisk bærebjelke.

### 3.1 Det medierealistiske perspektivet.

#### 3.1.1 Systemteoretisk tilnærming

Luhmann har overført tanker fra kybernetikken om logikken bak hvordan organismer kunne overleve under endrede betingelser, og hvordan de kunne lære av tidligere observasjoner til sosiale systemer og kommunikasjon. Luhmanns teori om sosiale systemer er deskriptiv. Han *"avviser muligheten for at sosiologien skal kunne normativt evaluere det bestående samfunns virkemåte"* (Brekke 1995:47). Det betyr at han ikke tillegger samfunnet eller aktører å kunne diskutere noe normativt, og sammen kunne komme frem til "gode løsninger" på samfunnsproblemer.

Samfunnet består av funksjonssystemer og disse funksjonssystemene utgjør hverandres omverden. Det betyr at samfunnet er sentrumsløst, det eksisterer ikke noe midtpunkt (Åkerstrøm Andersen 2000). Utdifferensieringen av samfunnet i sosiale systemer er et kjennetegn ved det moderne samfunnet, og står i motsats til den tidligere stratifiserte samfunnsordenen. Funksjonssystemene er likeverdige, ingen av dem er viktigere eller har forrang fremfor andre (ibid.). Eksempler på slike systemer er det politiske system, det økonomiske system, det medisinske systemet og massemedia. Disse systemene håndterer ulike oppgaver. Det politiske system og politikerne betrakter sin verden som offentlig mening. Politikerne er opptatt av hva som maktmessig sett er mulig og umulig. Det økonomiske system betrakter sine omgivelser som et marked, er dette en lønnsom investering? Legene, som er del av det medisinske funksjonssystem, spesialiserer seg på å vurdere om mennesker er friske eller syke. De er ikke opptatt av hvilke maktallianser disse menneskene inngår, i motsetning til politikere. Media ser sin omverden som potensielle nyhetsoppslag ved å



vurdere omgivelsene i lys av koden for informasjon/ikke-informasjon (Rasmussen 2003:36). Vil denne saken vekke oppmerksomhet, representerer dette en nyhet leserne er interessert i?

Funksjonssystemer kommuniserer ikke direkte med hverandre, men ved symbolsk generaliserte medier som hjelpemidler for å kommunisere sitt bestemte budskap. Det politiske systems medie er makt, og koden er posisjon/ ikke posisjon. Koden fungerer som parameter på aktiviteten organisasjoner innen dette funksjonssystemet beskjeftiger seg med. Samtidig representerer en binær kode mer enn to mulige valg. ”Kodene er selvsagt igjen differensiert i utallige varianter av den enkelte kode” (Rasmussen 2003:68). Et eksempel er hvordan ulike vitenskapelige miljøer gjør vurderinger av hva som er sant/falskt, og kriteriene vurderingen bygger på. Programmer er forbindelser mellom et funksjonssystems kode, og spesifikke situasjoner. De representerer konvensjoner eller genre, som kriterier for hvilke operasjoner som er viktige for hvordan man bør opptre når man velger mellom verdiene i en kode i ulike situasjoner (Rasmussen 2003:69). Dersom noe samsvarer med medias kode for informasjon er det interessant for avisene å skrive om. En økonom vil se nærmere på investeringsplaner og budsjetter for å finne ut om en beslutning om å satse penger på et prosjekt vil være en lønnsom investering eller ikke.

**Figur. 3.1. Eksempler på funksjonssystemer** (Omarbeidet med utgangspunkt i Brekke 1995, Åkerstrøm Andersen 2002, Qvortrup 2000).

System	Medie	Kode	Program
Media	Avis. etc.	Informasjon/Ikke-informasjon	Nyhetskriterier
Juss	Rett	Rett/Urett	Lover
Økonomi	Penger	Betale/ikke-betale	Investeringer
Politikk	Makt	Opposisjon/Opposisjon	Partipolitiske allianser
Medisin	Behandling	Frisk/Syk	Erfaringsbaserte behandlingsmetoder
Vitenskap	Sannhet	Sann/Falsk	Teorier

Funksjonssystemer er operativt lukkede. Det betyr at organisasjonene fortolker omverden i lys av sin egen logikk i henhold til hvilket funksjonssystem organisasjonen er en del av (Hagen 1996). Funksjonssystemer er selvrefererende, eller autopoietiske. Luhmann skiller mellom flere typer av selvreferanse. Refleksjon er en av dem. Det betyr at et system evner å betrakte sin omverden og seg selv. Avisene revurderer kontinuerlig om programmene og rutinene virker etter sin hensikt i lys av koden nyheter/ikke-nyheter. Hva er de gjeldende kriteriene for en oppsiktsvekkende og interessant nyhet om helse? Er det å skrive om statistikk som viser at flertallet av pasienter er fornøyde med behandlingen de får, eller er det historien om pasienten som ble feilbehandlet?

Systemene er selvrefererende og derfor kan de fungere i forhold til sin omverden, fordi systemet justerer og raffinerer sitt "oppdrag" i forhold til hvordan koden fungerer i omverden (Rasmussen 2003:37). Skillet mellom system og omverden "*er et internt skel i systemet, som systemet "bruger" til at opretholde en grænse i forhold til omgivelsene*" (Hagen 1996:372). Klimaendringer er eksempel på hvordan ulike funksjonssystemer anskuer samme hendelse i lys av sin kode, deri en annenordensobservasjon og selvreferanse: Det økonomiske systemet vil engasjere seg i hva klimaendringer betyr for næringslivet. Miljømerkede pc-er og kjøleskap blir lansert på markedet, samt investeringsprosjekter med en miljøvennlig profil. Fra politisk hold vil det typisk komme forslag om å pålegge industrien å senke utslippene av skadelige klimagasser. Det vitenskapelige miljøet vil se hendelsen i lys av forskning og kunnskapsaggregering. Media vil være opptatt av å fortelle publikum hva dette innebærer for vår hverdag, samt dramatisere hendelsen for å fange lesernes interesse for informasjonen.

Enkelt sagt kan man si at organisasjoner er selve operasjonaliseringen av funksjonssystemene. Organisasjonene benytter kodene som parameter på egen kommunikasjon via de symbolsk generaliserte mediene i henhold til hvilket funksjonssystem organisasjonen omfattes av. De symbolsk generaliserte mediene og programmene virker kompleksitetsreducerende. De kan sammenliknes med oppskrifter på hvordan organisasjoner skal håndtere forskjellige situasjoner, og hvilke beslutninger som er hensiktsmessige i den aktuelle konteksten. Organisasjoner konstitueres av beslutninger. Slutter en organisasjon å fatte beslutninger, opphører den å være en organisasjon. Slik "*fungerar beslut som ett säreget kommunikationsmedium för organisationer.*" (Jönhill 2001:9). Beslutninger organisasjonene fatter utgjør premisser for videre beslutninger (Knudsen 2004:38). Beslutninger er kontingente og dobbeltkontingente. Det betyr at en beslutning alltid kunne vært gjort annerledes. Når en

beslutning fattes, markeres en forskjell. Først når andre beslutninger fattes med referanse til den foregående, blir den befestet og anerkjent som en beslutning de facto (Knudsen 2004:33, 34, 41). Et eksempel på det er presedens i det juridiske systemet. Hvor streng en dom blir i en sak, avgjør hvordan lignende forbrytelsers straffeutmålinger vil bli i ettertiden. Det er beslutninger som utgjør kommunikasjonen mellom og i organisasjoner. Denne formen for selvreferanse er hva Luhmann kaller autopoiesis; organisasjonene fatter beslutninger på grunnlag av tidligere beslutninger.

### **3.1.2 Homofone organisasjoner**

Idealtypisk sett opererer en homofon organisasjon i henhold til ett bestemt generalisert medium og en kode. Den tilhører ett funksjonssystem. En privat sykehusstiftelse, som da lokalismen var rådende innen sykehussektoren (Byrkjeflot og Grønlie 2005, NOU 1997:2, pkt. 4.1.2) kan være et eksempel på en organisasjon som ligger nært opp til denne idealtypen. Organisasjonen fungerte i henhold til koden frisk/syk, og det var medisinen som var enerådende i beslutningene som ble fattet i og angående organisasjonen. Et slikt enkeltstående hospital oppført etter lokalt initiativ og behov, fungerte uten særlige pålegg fra verken politikken eller media. Andre hensyn var underordnet medisinen. Det var medisinen og behandlingen av pasienter som var organisasjonens hovedformål og subjektive virkelighet. Når en organisasjon har en primær kode som regulerer kommunikasjonen, selvbilde, fremstilling og identitet i relasjon til omverden, er det en homofon organisasjon (Åkerstrøm Andersen 2002).

På bakgrunn av dette kan man si at media består av homofone organisasjoner (Åkerstrøm Andersen 2002). Disse organisasjonenes primære kode og anknytning til funksjonssystem er klar: informasjon og massemedia. Koden gir systemet sitt særskilte perspektiv på verden, inkludert språk, verdier og virkemidler. Den journalistiske sjanger og de forutsetninger den bygger på, danner utgangspunkt for nyhetsoppslagene. Dermed markeres det en forskjell fra omverdenen og funksjonssystemene media tar opp tema i forbindelse med. Normen for informasjon er aktualitet. En god sak vekker oppmerksomhet blant avisens lesere (Rasmussen 2003:112,113,115). Informasjon som kode har tre genrer med flytende grenseoverganger mellom seg; nyheter, underholdning og reklame. Avisene produserer nyheter, samtidig som de også har innslag av de andre genrene. Nyhetskriteriene som stilles til saker eller hendelser avisene skriver om er geografisk nærhet, overraskelser, konflikter, kvantitet, normbrudd, spissformuleringer og personifisering (ibid.). Hvorfor prioriterer forskjellige aviser ulikt i

vellet av hendelser og opplysninger i omverden med hensyn til hva som anses som informasjon og nyhetsverdig stoff dersom kriteriene er universelle? Mediesystemet vurderer informasjonsverdien fra publikums ståsted (Rasmussen 2003: 127). Ulike typer publikum har forskjellige interesser. En lokalavis og regionavis prioriterer derfor ulikt. Mediene finner sine nisjer, og tilpasser innholdet til sitt publikum. Det er en implisitt forventning fra leserne at en lokalavis skriver mer om nærmiljøet i området den kommer ut i, enn for eksempel en riksdekkende avis. Mediesystemet lærer kontinuerlig hvordan det skal fenge publikums oppmerksomhet. Koden blir justert på bakgrunn av annenordensobservasjoner. Slo denne saken an? Vekket den oppmerksomhet? Fikk temaet konsekvenser av politisk og økonomisk art? Hvorvidt avisene lykkes med å fenge leserne avgjør om avisene og funksjonssystemet klarer å opprettholde seg selv og å irritere andre funksjonssystem. Å irritere andre funksjonssystemer skaper uro som resulterer i flere avisoppslag som sikrer og forsterker mediesystemets misjon og selvoppholdelse.

Journalister og aviser nyter stor frihet i utfoldelse av sin jobb. Etter koden for nyheter/ikke-nyheter avgjør avisene hva som er nyhetsverdig og interessant stoff. Media skal fungere i henhold til sin kode- men har ingen normative forpliktelser. I systemteoretiske termer eksisterer det ingen "offentlighet" i tradisjonell forstand. Offentligheten i dette perspektivet er en særegen måte samfunnet beskriver seg selv på, og det skjer via medias fremstilling av tema med utgangspunkt i koden for hva som er en god nyhet. På denne måten konstruerer media en felles verden (Qvortrup 2000: 245, 247). Media muliggjør og tilrettelegger for debatter, men som funksjonssystem står det ikke til tjeneste for andre funksjonssystemer. "*Mediene er bare på parti med seg selv.*" (Rasmussen 2003:87). Media har en privilegert posisjon i forhold til andre funksjonssystem. Media synliggjør observasjoner av andre funksjonssystemer, og gjør det mulig for disse å gjøre annenordensobservasjoner av sitt eget system, via media. Dette er også en av grunnene til at media har en egen evne til å skape uro, og irritasjon mellom andre funksjonssystemer. Andre funksjonssystemer må forholde seg til medias beskrivelser, og dette er en viktig side av mediemakten (Rasmussen 2003:89). Opprettelsen av proaktive informasjonsavdelinger i sykehusene, begrunnet i ønsket om mer "balansert" fremstilling av helsestoff i avisene, er et eksempel på dette. I dette perspektivet eksisterer det et medieoppdrag som går ut på å publisere nyheter og selge aviser. Dette står i kontrast til oppfattelsen av medias samfunnsoppdrag, som går ut på å holde makthavere under oppsyn og inspirere til offentlig debatt.

### 3.1.3 Polyfone organisasjoner

Den moderne sykehusorganisasjonen er et eksempel på en polyfon organisasjon. En organisasjon er polyfon når den *”er opkoblet til flere funksjonssystemer, uden at et af dem på forhånd kan siges at være primært.”* (Åkerstrøm Andersen 2002:37). Organisasjonen har ikke en primær kode som avgjør hvordan den oppfatter seg selv, eller dens kommunikasjon til omverdenen som består av andre funksjonssystemer. En slik organisasjon kan ikke kommunisere fra ett springpunkt eller på samme grunnlag, og kan best beskrives som en *”multivoiced organisation”* (ibid.). Dette kan også belyses ved å trekke veksler på kjennetegnene ved multistandardorganisasjoner. Disse er sammensatt av ulike institusjonaliserte standarder innlemmet uten en overordnet plan. Adopsjonen av standardene er gjort av forskjellige aktører på forskjellige tidspunkt, påvirket av ulike deler av omgivelsene (Røvik 1998:282).

Polyfone organisasjoner kan beskrive seg selv ved hjelp av flere koder, derfor må det kontinuerlig avgjøres hvilket kommunikasjonsmedium organisasjonen skal benytte seg av for å treffe en beslutning. Denne type organisasjoner er mer komplekse enn homofone organisasjoner, fordi det er konkurrerende selvbeskrivelser i organisasjonen med utgangspunkt i ulike koder. Det er altså en beslutning *”hvilken kode beslutningen om kode skal beslattes i ”* (Åkerstrøm Andersen 2002:45). Politiske styringsincentiver og behandling av sykehusets anliggender i fylkestinget og sosial- og helseutvalget, gjorde at organisasjonen måtte forholde seg til politiske anliggender. Politikernes prioriteringer ble gjort med utgangspunkt i koden til det politiske funksjonssystemet posisjon / opposisjon. Rasjonalet bak politikernes vedtak bærer i ønsket om å beholde makten ved å forbli i posisjon. Det medisinske funksjonssystemet med koden frisk/syk er styrende for hvordan helsepersonell ser sin omverden. Dersom sykehusene eksempelvis ønsker økte bevilgninger skulle argumentasjon trekke veksler på den medisinske eller politiske koden? Det *”fylkespolitiske sykehuset”* kan slik ses som en *”multivoiced organisation”* (Åkerstrøm Andersen 2002:36). Det medisinske og politiske funksjonssystemet konkurrerte om hvilken kode som skulle benyttes når sykehusorganisasjonen skulle fatte beslutninger og fremstille seg selv i forhold til omverden.

Næringslivslogikken trådte for alvor inn i sykehussektoren som følge av foretaksorganiseringen av sykehusene, og reformens påtrykk om å følge en strammere

økonomisk linje. Sykehusene fremstår også etter reformen som polyfone organisasjoner. Forskjellen er at det politiske og medisinske funksjonssystemets koder kiver om å vinne frem, på lik linje med koden betale/ikke-betale i det økonomiske funksjonssystemet. Oppgavene innad i sykehussektoren er de samme som før iverksettelsen av sykehusreformen. En av disse er å styre sykehuset i forhold til gitte økonomiske rammer. Forskjellen er hvem som bevilger pengene, og implikasjonene det legger for styringen av sykehus i bred forstand. De ”konkurrerende” funksjonssystemene med tilhørende kode kan bidra til en bedre forståelse av sykehusene organisert som forvaltning, sammenliknet med å være foretak. Dette kan belyse hvordan mediedekningen av helsestoff og forholdet mellom media og aktører i sykehussektoren utarter seg før og etter reformen. Hvilke reaksjoner og tiltak iverksettes fra sykehussektorens side når helsestoff fremsettes i et dårlig lys, før og etter styrkingen av det økonomiske funksjonssystemet i styringen av sykehusene? Er det forskjell på hvordan sykehussektoren reagerer og forholder seg til mediedekningen etter at den økonomiske koden kom inn med større tyngde i sektoren, i tillegg til det politiske og medisinske funksjonssystemets kode?

### ***3.2 Forventninger til funn fra et medierealistisk perspektiv***

I dette avsnittet formulerer jeg forventninger om medias dekning av helsestoff og forholdet mellom journalister og aktører i sykehussektoren med utgangspunkt i det medierealistiske perspektivet. I henhold til dette perspektivet er koden for nyheter/ikke-nyheter styrende for hvilke tema i helsestoffet media retter oppmerksomheten mot. Media vil ikke først og fremst være opptatt av å gi befolkningen et godt utgangspunkt for å foreta politiske valg, men kort sagt skrive oppsiktsvekkende saker om helsestoff. Slike saker vekker stor oppmerksomhet og bidrar til å øke opplaget. Koden for nyheter/ikke-nyheter har ulike fasetter alt etter hvilke lesere man innretter seg mot. Avisene har ulikt publikum med forskjellige forventninger til hva som er interessant nyhetsstoff, og det er sannsynlig at avisene gjør ulike antagelser om hva som vil bidra til å øke opplaget.

1) Den nasjonale helsepolitikken var mindre interessant i 1995 enn hva man kan forvente i 2003, fordi sykehusene var fylkeskommunens ansvar ved det første tidspunktet, mens staten hadde tatt over eierskapet på det siste tidspunktet. I 1995 var nasjonal helsepolitikk fjernere og mindre relevant fra lesernes ståsted, og muligheten for å personifisere og politisere de lokale sakene var store. Etter sykehusreformen finner politikktutformingen i sterkere grad sted på statlig nivå. Det er derfor en forventning i lys av det medierealistiske perspektivet at

nasjonal helsepolitikk vil få mer oppmerksomhet i BT og Firda i 2003 sammenliknet med 1995. En konsekvens av dette er at andelen av lokal helsetjenestepolitikk vil synke i begge avisene, det medfører at helsestoffet omfang totalt sett vil synke i omfang.

2) I lys av dette perspektivet er det forventet at media etter reformen vil bruke administrasjonen i sykehusene som kilde når avisene skriver om lokal helsetjenestepolitikk. Disse aktørene sitter med opplysninger som media kan lage nyheter med utgangspunkt i. Ut fra dette er det forventet at politikere vil være kilde i færre oppslag om lokal helsetjenestepolitikk, mens administrasjonen i sykehusene vil øke som kilde i disse oppslagene. På tross av forventningen om at andelen av lokal helsetjenestepolitikk vil synke i begge avisene, vil Firda i 1995 og 2003 vektlegge lokal helsetjenestepolitikk i større omfang enn BT. Det har lenge vært en betent debatt om plasseringen av sykehustjenestene i regionen hvor Firda har sine lesere. Firda vil skrive om lokal helsetjenestepolitikk fordi befolkningen i regionen er opptatt av sykehusstilbudet, og det kommer stadig nye innspill i debatten. Temaet tilfredsstillende derfor koden for nyheter.

3) Sykehusene befinner seg i en konkurranselignende situasjon etter innføringen av ordningen med fritt sykehusvalg og DRG-poeng. Den økonomiske kodens styrkede posisjon i sykehussektoren som konsekvens av sykehusreformen, gjør at sykehusene vil bli mer opptatt av å beskytte seg mot en kritisk mediedekning og skape et godt omdømme. Det gjør det til en forventning at tillitsvalgte og helsepersonell sjeldnere vil gå ut i media og omtale politisk betonte saker, mens administrasjonen i sykehusene vil bli mer aktive i media.

4) En forventning som lar seg utlede både av den generelle utviklingen i retning av "tabloidisering" i pressen og spesialisering av journalistikken, er at BT vil ha en større andel av oppslag med temaene enkeltsaker og opplysningsstoff enn Firda både i 1995 og 2003. Denne prioriteringen kan forstås med bakgrunn i BTs geografiske spredte lezerskare og størrelsen på journaliststaben. Enkeltsaker er rørende og opplysningsstoff er oppsiktsvekkende, uavhengig av bosted. Samtidig er det mindre ressurskrevende å skrive slike saker noe som gjør det naturlig for en mindre avis som Firda å prioritere dem, men ikke i samme utstrekning som regionavisen BT.

5) I lys av det medierealistiske perspektivet er journalistenes rolleoppfatning basert på å lage nyheter. Ut fra dette er det en forventning at journalistene vil reagere negativt på å bli

utelukket fra beslutningsfora de tidligere hadde tilgang til. Reaksjonen over å få dårligere innsyn i sykehusenes anliggender bunner i motivet om å lage nyheter. Opplysninger som er viktige i prosessen med å lage nyheter blir vanskeligere tilgjengelig. Det er problematisk sett med journalistenes øyne, fordi medieoppdraget som går ut på å lage nyheter og å selge aviser blir vanskeligere å gjennomføre.

### **3.3 Det medieoptimistiske perspektivet.**

Habermas' bok "Borgerlig offentlighet" presenterer et normativt ideal for den borgerlige offentlighet, basert på åpen meningsutveksling og aktiv deltakelse fra borgernes side. Habermas beskriver også denne offentlighetens forfall (Habermas 1971). Han forklarer forfallet ved systemverdens kolonialisering av livsverden. Livsverden er tro, overbevisninger, normer og verdier som gjør det mulig å fungere som samfunnsmedlemmer, samt å formidle kunnskap om saksforhold til andre (Eriksen 1993:31). Det er språk og kommunikasjon som er "løsningsmekanismene" (Moland 2001:13). Systemverden styres av symbolsk generaliserte medier som penger og makt, og aktørene handler strategisk og målorientert. De symbolsk generaliserte mediene forenkler kommunikasjonen mellom mennesker, og erstatter behovet for diskusjoner. Viktige sektorer som økonomi og politikk trekkes ut fra livsverden, fordi de styres etter normene penger og makt. Disse "løsningsmekanismene" marginaliserer betydningen av meninger og verdier, og gjør det overflødig med talehandlinger basert på kommunikativ rasjonalitet for å komme frem til en løsning. I livsverden er det byttehandel, og ikke talehandlinger som legges til grunn for å komme til enighet. Dette har ført til en deling av livsverden og systemverden, dernest systemverdens kolonialisering av livsverden (Habermas 1971, Moland 2001). Meninger taper terreng og tilliten til politiske institusjoner svekkes (Habermas 1971). Idealet om en borgerlig offentlighet har overlevd og representerer malen for medias oppgaver i samfunnet. Medias rasjonale og særstilling begrunnes fra medias eget ståsted, og politisk hold, i viktigheten av fri og kritisk meningsutveksling. Media skal ideelt sett også fungere som informasjonsbudbringer til befolkningen. Jeg vil benytte Habermas' borgerlige offentlighet som et normativt konsept, og som grunnpilar i konstruksjonen av det medieoptimistiske perspektivet.

#### **3.3.1 Offentlighet og kommunikativ rasjonalitet**

Offentligheten er en viktig institusjon for felles meningsdannende prosesser. Den offentlige sfære er et rom mellom den private og statlige sfære. Det er et samlingspunkt for samfunnet, hvor kritikken mot staten kan fremføres. Denne sfæren består av del - sfærer, som er åpne i



forhold til hverandre og ”*utgjør samlet sett et slags ’virtuelt’ sentrum for selvrefleksivitet*” (Brekke 1995:58).

Kommunikativ rasjonalitet må være tilstede dersom offentligheten skal fungere som diskusjons- og informasjonsforum hvor alle skal kunne hevde sin røst. Denne sosiale handlingsformen er forståelsesorientert (Eriksen 1993:28). Verdien av det ”gode argument” settes i fremste rekke. Kommunikativ rasjonalitet kan ses som en fremgangsmåte for å etablere gjensidig forståelse (Brekke 1995:50). I lys av dette perspektivet må aktørene som er involvert i talehandlingene ha et genuint ønske om å komme frem til felles løsninger, og være sannferdige i fremførelsen av argumenter for egen mening. Dersom dette ikke er tilfelle, kan ikke debattene og informasjonen som kommer frem i offentligheten tjene noen mening.

Offentligheten bæres frem i media, og medieinstitusjonene utgjør en vesentlig del av offentligheten – deriblant avisene som denne oppgaven fokuserer på. Avisene fungerer som et medium for dette ”rommet”. Visse krav stilles til media og privatpersoner som borgere for at avisene skal inneha posisjonen som medium for offentligheten. Media utgjør et system for informasjonsformidling og samfunnsdebatt som er viktig for demokratiet, og skal ideelt sett fungere som en fjerde statsmakt (St.meld. 57, 2001-2002). For at media skal fylle disse oppgavene, stilles det visse krav; Media skal utøve kontroll med offentlig og privat maktutøvelse: ”*Det er pressens rett å informere om det som skjer i samfunnet og avdekke kritikkverdige forhold.*” (”Vær Varsom” plakaten pkt. 1.4 og 1.5). Dersom pressen skal lykkes med denne funksjonen er den samfunnsengasjerte borgeren en forutsetning, fordi de er det egentlige kontrollorganet (NOU 1999:27). Det ligger en implisitt forståelse fra flere hold om at media og brukerne/borgere som er privatpersoner, oppfyller funksjoner som gjør media til en av grunnpilarene i offentligheten.

Dette perspektivet fremhever at offentlig sektor er avhengig av at det eksisterer en kollektiv bevissthet i samfunnet, som kommer med innspill til hvordan ressursene skal fordeles (Eriksen 1993:23). Medias funksjon som informasjonsbudbringer, kritisk røst og forum for debatt, er grunnleggende for å danne en offentlig mening. Sykehussektoren må kontinuerlig ta stilling til den offentlige meningen, fordi sykehusene er en del av offentlig sektor, og har som oppgave å håndtere ”*kollektive oppgaver på et normativt grunnlag...*” (Eriksen 1993:23). Det stiller også et særskilt krav til sykehusene om å ta hensyn til prinsippet om offentlighet, fordi sykehussektoren regulerer fellesgoder av stor betydning for befolkningen (Eriksen 1993:23).

Avveininger i dette henseende kan være hvor viktige institusjoner og behandlingstilbud skal plasseres. Hva skal være kriterier for at borgere skal motta ulike typer medisinsk behandling? Hvilke typer behandlingsformer og pasientgrupper skal prioriteres? Avgjørelsene er basert på politiske retningslinjer, og det er nettopp det som er så viktig i dette perspektivet: Den offentlige debatten, som ”*systematisk dreier oppmerksomheten i kollektivistisk retning*” (Eriksen 1993:128), og setter det allmenne vel i fokus. Politikken skal være orientert mot rettferdighet som høyeste mål. Det er politikerne som representanter for borgerne, som skal besørge at de gode og riktige vedtakene fattes. Vedtakene som fattes er legitime fordi det er folkevalgte representanter som har kommet frem til dem, og den politiske debatten i forkant av vedtakene er åpen for innspill. Politikken er slik sett et resultat av kommunikativ logikk. Media fungerer som medium for offentligheten og er et virkemiddel for å komme frem til en løsning hvor aktørene blir enige om en felles oppfatning av virkeligheten.

### **3.4 Forventninger til funn fra et medieoptimistisk perspektiv**

Media har en viktig funksjon i det demokratiske kretsløpet som informasjonsbudbringer, inspirator til kritisk debatt og som diskusjonsforum.

1) Med utgangspunkt i medias selvforståelse og de demokratiske funksjonene institusjonen er tillagt fra eget og politisk hold, er det ventelig at avisene vil skrive om nasjonal helsepolitikk på begge tidspunkt. Temaet vil øke i omfang i avisene etter iverksettingen av sykehusreformen. Grunnen til det er at avisene i lys av dette perspektivet skal ha fokus på den politiske prosessen, hvor man kan påvirke vedtakene gjennom en offentlig debatt. Etter sykehusreformen rettes derfor oppmerksomheten mot det statlige nivået hvor føringene for sykehuspolitikken legges. Den nasjonale helsepolitikken blir viktigere og vil øke i omfang. Det betyr at den lokale helsetjenestepolitikken ikke har samme prioritet lenger og derfor vil synke i omfang. Det medfører at den totale andelen av helsestoff i avisene synker etter reformen.

2) Ut i fra det medieoptimistiske perspektivet er det en forventning at politikerne er aktive i media, og uttaler seg om lokal helsetjenestepolitikk før reformen. De er viktige deltakere i en informert og redelig debatt om den lokale helsetjenestepolitikken. Selv om sykehusene ikke er fylkespolitikernes ansvar etter reformen, er de fremdeles opptatt av temaet fordi det er en av statens viktigste oppgaver som er i endring. Ved å gi uttrykk for sine meninger om

utviklingen i sektoren på lokalt nivå i media, kan de påvirke sine kollegaer på statlig nivå som fremdeles har makt når de utformer den nasjonale helsepolitikken.

3) For at media skal være forum for en opplyst debatt om lokal helsetjenestepolitikk, er avisene avhengige av tilgang på opplysninger fra administrasjonen i sykehusene. Ansatte i foretakene er også viktige kilder, fordi disse aktørene har gode kunnskaper om sykehusreformens ettervirkninger på lokalt nivå i sykehussektoren. I lys av dette perspektivet er administrasjonen og ansatte i foretakene opptatt av å gi media den informasjonen de trenger for å skrive om lokal helsetjenestepolitikk. Disse aktørene ønsker å bidra til den offentlige debatten for å informere og å ta opp problemer i sykehussektoren og komme frem til løsninger. Ved å delta i debatten kan de gi uttrykk for sine meninger om sykehusreformen, og gi opplysninger om reformen virker etter intensjonen.

4) Det er rimelig å forvente skilnader i dekingen av helsestoffet i BT og Firda. I området hvor Firda har sine lesere har det lenge vært en debatt om plassering av institusjoner og sykehustjenester. Store deler av befolkningen har opplevd endringer i tilbudet av sykehustjenester. Det gjør at det er gode forutsetninger for å skrive om lokal helsetjenestepolitikk i Firda, siden temaet er viktig og relevant å diskutere for befolkningen i regionen. Det er derfor en forventning at Firda vil skrive om utviklingen i sektoren på lokalt nivå for at folk skal kunne holde seg oppdatert og uttrykke sin mening gjennom en offentlig debatt. Endringene er store i området hvor Firda har sine lesere, og derfor øker omfanget av den lokale helsetjenestepolitikken fra 1995 til 2003. BT har flest lesere i Hordaland hvor de fleste innbyggerne får sine sykehustjenester besørget av Helse Bergen. I dette foretaket har det i mindre grad vært endringer i sykehustjenestene til befolkningen. Det gjør det til en forventning at omfanget av lokal helsetjenestepolitikk i BT er mindre enn hva som er tilfelle i Firda på begge tidspunkt.

5) Journalistene vil med utgangspunkt i det medieoptimistiske perspektivet mene at ethvert forsøk på å begrense deres innsyn i sektoren er udemokratisk. Å bli utelukket fra viktige beslutningsfora som styremøter, og at opplysninger som tidligere var offentlige ikke lenger tilflyter omverden, vil forringe verdien på informasjonen media får tak i. Medias rolle som informasjonsbudbringer og forum for den offentlige debatten blir vanskeliggjort når slike tiltak blir iverksatt.

### **3.5 Avslutning**

Forventningene som er skissert i forhold til hvert av perspektivene er nokså like. Forskjellen mellom forventningene er å finne i den teoretiske begrunnelsen for hver enkelt forventning. Perspektivene viser at fokuset på hva som er motivet for å skrive om ulike tema innen helsestoff er forskjellig. Perspektivene er nyttige for å se nyanser og kan bidra til forklaringer i tilfeller der det er uventede funn. I lys av det medierealistiske perspektivet er organisasjoner deler av funksjonssystemer. For å belyse forholdet mellom media og sykehusene, er det nødvendig å se nærmere på funksjonssystemene som er tilstede i både media og sykehussektoren. Dette gjøres ved å se på systemenes atferd som er å finne i handlingene og beslutningene organisasjonene produserer. I relasjon til avisene er dette hvordan de skriver om helsestoff. I forhold til sykehusene representeres dette ved endringer i hvordan de forholder seg til media. I lys av det medieoptimistiske perspektivet vil avisene være opptatt av politisk betonte tema, da disse er interessante å diskutere med utgangspunkt i kollektivets beste. Media søker å fremme den offentlige mening, og derved påvirke prioriteringer og beslutninger i sykehussektoren.

## Kapittel 4: Metode

Med bakgrunn i oppgavens problemstilling har jeg valgt å gjennomføre en studie av mediedekning av helsestoff i Firda og Bergens Tidende i 1995 og 2003- henholdsvis før og etter innføringen av sykehusreformen. Først vil jeg forklare hvordan det teoretiske tilfanget vil bli benyttet i analysen av studien. Deretter vil jeg begrunne valget av periodene datamaterialet fra avisene er samlet inn , og gi en beskrivelse av datainnsamlingsprosessen.

**Figur 4.0. Metodiske tilnæringer som er benyttet i studien.**

Metode	Fremgangsmåte og strategi
Kvantitativ	Innholdsanalyse av avisartikler, ekstensiv
Kvalitativ	Innholdsanalyse av avisartikler, intensiv
Kvalitativ	Semistrukturerte intervjuer, medieføljetonger som case, intensiv

### 4.1 Hvordan benytte perspektivene i studien?

Roness (1997) beskriver fire strategier for å håndtere teorimangfoldet i en studie; konkurrering, avskjerming, samening og utfyllende. Den første strategien går ut på å sette teoriene opp mot hverandre og vurderer hvilken teori som har best forklaringskraft. Avskjerming består i å velge ut aktuelle teorier og videreutvikle dem, mens samening går ut på å bruke elementer fra flere teorier for å danne en teoretisk helhet. Jeg har valgt å benytte den utfyllende strategien (Roness 1997:100). Målsetningen er å få helhetlig innsikt i og økt forståelse av mediedekningen før og etter sykehusreformen, og hvordan reorganiseringen har påvirket mediedekningen av helsestoff. Fordelen med den utfyllende strategien er at man ikke velger mellom ulike teoretiske perspektiver for å peke ut det ”beste” perspektivet, men søker å få en helhetlig forståelse av problemstillingen. ”Det gjer at vurderingar av suksess byggjer på kor mykje innsikt ein kan vinna gjennom bruk av teoriane under eitt.” (Roness 1997:100), og det viktigste kriteriet til perspektivene er at de er gyldige (Roness 1997:102). Samtidig kan den utfyllende strategien gjøre det vanskelige å komme frem til entydige konklusjoner. Det trenger ikke å være problematisk at det er vanskelig å trekke entydige konklusjoner ved bruk av den utfyllende strategien, fordi teoriene samlet sett kan være med å øke perspektivenes gyldighet (Serigstad 2003:199).

## **4.1 Aviser, årgang og periode**

Problemstillingen handler om mediedekningen av sykehusstoff og om medias forhold til aktører i helsefeltet har endret seg fra 1995 til 2003, og om reorganiseringen av sykehusene fra forvaltning til foretak i 2003 har hatt noen betydning for dette forholdet. Jeg valgte å konsentrere meg om de lokale helseforetakene Helse Bergen og Helse Førde. Disse foretakene er henholdsvis det største og minste foretaket underlagt Helse Vest. En annen forskjell er at sykehusene som nå er underlagt Helse Førde tidligere ikke hadde noen systematisk ivaretagelse av medias henvendelser, i motsetning til sykehusene som nå er en del av Helse Bergen. Det er derfor interessant å se hvordan disse helseforetakene, som i egenskap av å være sykehus har mange likhetstrekk, håndterer mediepågangen før og etter reformen.

Valget av aviser innen hver av regionene falt på de som er størst, som også har det mest omfattende geografiske nedslagsfeltet. BT er en regionavis med størst leserskare i Hordaland, men har også lesere Sogn og Fjordane. Firda er en lokalavis, samtidig som det er den avisen i Sogn og Fjordane som søker å dekke aktiviteter i hele fylket. Dette var viktig for å få med bredden i diskusjonen om helsetjenestene i Sogn og Fjordane, som nå hører inn under Helse Førde, fordi denne debatten har vært et hett tema i en årrekke. Avisutvalget gjør det mulig å foreta sammenligninger mellom to viktige dagsordensettere i de nevnte regionene. Avisartiklene er hentet fra januar, februar og mars i 1995 og i 2003. Hernes og Eide sin studie av nyheter og helsestoff fra BT tar for seg disse månedene i 1985 (1987). Dette gjorde det mulig med en sammenlikning av helsestoff i BT over en periode på 18 år. Det som var bestemmende for at avgjørelsen falt på 2003- årgangen, var ønsket om ferskt avisstoff som tok høyde for reorganiseringen av sykehussektoren fra forvaltning til foretak. Det var derfor naturlig å se på årgang som jeg befant meg i da innsamlingsfasen startet.

Temaene fysisk og psykisk helse, sykehus, helsepolitiske spørsmål, helsetjenestespørsmål og medisinsk forskning og praksis inkluderes i definisjonen av helsestoff. Denne avgrensingen er inspirert av Hernes og Eide sin studie av helsestoff i BT (1987). For å skille mellom sosialstoff og helsestoff tok jeg utgangspunkt i Hernes og Eides distinksjon (1987:65). Oppslag om barnevernet, sosialkontorer og sosiale institusjoner ble ikke tatt med i datainnsamlingen. Gråsonetilfeller hvor rusproblematikk, røyking og overvekt, og tilfeller hvor syke og eldre ble fremstilt som kasteball i systemet, var oppslag som ble vurdert i henhold til skillet mellom sosialstoff og helsestoff i hvert tilfelle. Enkeltsaker,

opplysningsstoff og kuriosa er tatt med uten at de granskes nærmere, for å få innsyn i hvordan disse sjangrene av helsestoff vurderes som interessante i forhold til andre tema i helsestoffet kvantitativt sett. Egenskaper ved oppslag om politisk betont helsestoff er kategorisert mer detaljert i datainnsamlingen.

## **4.2 Forberedelse og praktisk gjennomføring**

Før innsamlingen av avisstoffet utarbeidet jeg et kodeskjema (vedlegg 1). Dette er inspirert av studien *"Død og pine!"* (Hernes og Eide 1987) med tilføyninger av variabler og verdier som var hensiktsmessige for denne studien. Hagströms studie *"Svensk sjukvård i och under press"* (2002) som blant mange tema belyser organisasjons- og personalspørsmål i forhold til helsestoff, var også nyttig i arbeidet med utformingen av kodeskjemaet. Etter at avisartiklene var gjennomgått og enhetene sortert ut, ble de lagt inn i statistikkprogrammet SPSS. I prosessen med datainnsamlingen ble kommentarer og ideer i forbindelse med medieføljetonger til bruk i analysen av datamaterialet og utførelsen av intervjuene notert. Dette var en fruktbar tilnæringsmåte til empirien, og viste seg å ha stor nytteverdi i etterkant, fordi størrelsen på avisstoffet var langt mer omfattende enn forventet. Grønmo (1982) observerer at kvantitativ og kvalitativ forskningsmetode fungerer supplerende i forhold til hverandre. Denne innfallsvinkelen var nyttig underveis i datainnsamlingen. Det kvantitative datamaterialet fungerer som en støtte til intervjuene med informanter i sykehussektoren og journalistene i BT og Firda.

## **4.3 Kvantitativ innholdsanalyse**

Den kvantitative analysen er en synkron og diakron sammenlikning. Det betyr at jeg ser på mediedekningen innad i avisene samtidig, og over tid. Firdas og BTs dekning av helsestoff på to ulike tidspunkt blir kartlagt. Jeg vil sammenligne dataene fra BT med Hernes og Eides studie av helsestoff fra 1985. På denne måten vil endring over tid kunne bli belyst. Jeg har tatt enkelte snarveier i forhold til potensialet det kvantitative datamaterialet representerer. De viktigste poengene i materialet som er relevante for min problemstilling, har jeg brukt enkle regneoperasjoner for å få frem. Det ligger derfor et ubrukt potensial i det kvantitative materialet som jeg ikke har benyttet, fordi det også blir bruket en kvalitativ tilnærming for å diskutere problemstillingen i oppgaven. De kvantitative dataene har blitt analysert ved kryss- og frekvenstabeller og blir presentert i tabeller. Hovedformålet med dette er å beskrive hva og hvor mye avisene skriver om den type helsestoff på de utvalgte tidspunktene. Ved å gjøre tekstinformasjon om til tallform blir det enklere å få oversikt over tallmaterialet (Undheim

1985). Det er benyttet kategoriske variabler på nominelt nivå (se vedlegg 1). Det betyr at verdiene kan klassifiseres i gjensidig utelukkende kategorier, men de kan ikke rangeres på en logisk måte (Johannesen 2003:38). For å undersøke kategoriske variabler kan signifikanstesten chi-square brukes. Denne testen beregner forskjellen mellom faktisk og forventet fordeling i p-verdier. P-verdien viser sannsynligheten for å ta feil dersom nullhypotesen forkastes. Ved bruk av denne testen er kravet at p-verdien er mindre enn ,05. Det betyr at det er mindre enn 5 promille sjanse for at det er feil å forkaste forventningen om at den alternative hypotesen er sannsynlig, og i henhold til chi-square testen er funnet da signifikant. Denne testen vil i kapittel 5 hvor det kvantitative materialet blir gjennomgått, bli benyttet for å undersøke om det er forskjell i avisenes omfang av helsestoff fra 1995 til 2003. Tabellen hvor testen benyttes er den største og viktigste, og alle enhetene i det kvantitative materialet er inkludert. Ved å benytte chi-sqaure testen på denne ene tabellen, vil jeg vise om det er en signifikant forskjell i avisenes omfang av helsestoff fra 1995 til 2003.

Artiklene fra BT ble skrevet ut og kodet etter at jeg hadde søkt i databasen ATEKST. Utvalgsriteriene for artiklene i databasen var "sjukehus" og "sykehus" i bestemt og ubestemt form, entall og flertall. BT opererer med både nynorsk og bokmål, og derfor ble begge målformene brukt i søkene for å tilstrebe et representativt utvalg. Alle oppslagene i de aktuelle periodene kom med, så lenge det ovennevnte søkeordet var med i teksten eller overskriften. Dette gav treff på artikler utenfor studiens siktemål, eksempelvis "Mann brakt til sykehus etter påkjørsel". På tross av å inneholde selve søkeordet omfattes ikke slike oppslag av definisjonen av helsestoff slik den blir benyttet i oppgaven. Arbeidet med utvelgelsen av BT artiklene har i bestått i en kombinasjon av å ta utgangspunkt i bestemte søkeord (Hellevik 1997:152), og deretter gjøre en helhetsvurdering av artiklene for å fjerne irrelevante enheter. Ulempen ved å benytte denne fremgangsmåten i innsamlingen av avisstoffet, er at relevante oppslag som ikke inneholder søkeordene, ikke kommer med i utvalget. For å undersøke forskjellen i antall oppslag ved å søke elektronisk, og hva som stod skrevet i papirutgaven uten at søkeordene var nevnt, ble det tatt stikkprøver ved å plukke ut tilfeldige dager i utvalgsperioden ved å se gjennom papirutgaven av BT. Det var meget sjeldent at helsestoff slik definisjonen blir benyttet i studien, var nevnt uten at søkeordene sykehus og sjukehus var nevnt. På bakgrunn av dette mener jeg søkeordene for å plukke ut enheter i BT ved hjelp av ATEKST- databasen, er et kompatibelt alternativ til å bruke mikrofilm, hvor avisen i sin helhet blir gjennomført for å finne de relevante oppslagene. For å finne oppslag om helsestoff



i Firda ble avisen gjennomført ved hjelp av mikrofilm og oppslagene ble kodet på grunnlag av helhetsinntrykket artikkelen gav.

### 4.3.1 Utvalgskriterier

Avisstoffet er registrert som antall oppslag og ikke som antall saker. Det betyr at samme sak gjerne ble registrert flere ganger ettersom hvor mange oppslag den fikk, enten i form av eksempelvis lederartikler og/eller notiser. Oppslagene ble kodet i henhold til hvilken avis, årstall og periode de var hentet fra, for å kunne sted- og tidsfeste oppslaget. Dette er de uavhengige variablene i studien. Disse egenskapene var vesentlige for å forstå de lokale forholdene i perioden oppslagene ble registrert, og forstå hvorfor visse typer oppslag var dominerende i en tidsperiode.

Vurderingen av hvorvidt et oppslag skulle bli kodet som hovedoppslag utartet seg forskjellig ettersom oppslaget var funnet i Firda ved hjelp av mikrofilm, eller ved hjelp av ATEKST. Hver forside av Firda ble vurdert visuelt. Kriteriet for om en sak ble vurdert som hovedoppslag var om det var saken som fikk størst plass på forsiden av avisen. Dette ble en subjektiv vurdering fra gang til gang med utgangspunkt i tekst og bilde. Dersom en sak var hovedoppslag i BT, kom det frem som en tilleggs kommentar til treffet i databasen. Mediarkivet drifter ATEKST. Kriteriene for at et oppslag ble registrert som hovedoppslag i databasen er at det er det største og mest dominerende oppslaget på papirutgavens forside.<sup>6</sup> Det innebærer en subjektiv bedømmelse hvor både bilde og tekst, samt lengden på selve oppslaget blir tatt i betraktning.

Lederplass, debatt/innlegg, artikler og notis var de ulike verdiene variabelen oppslag kunne bli presentert i form av. Jubileer, disputaser, gratulasjoner og fødselsdagsmarkeringer ble ikke tatt med i datainnsamlingen. Årsaken til det er at oppslag av denne typen ikke i samme grad er resultat av journalistiske vurderinger. Kilden i oppslaget ble også registrert for å systematisere hvilke aktørgrupper som kommer til orde i ulike typer oppslag og tema. Jeg bruker begrepet kilde i betydning av hvem som får ytret sin mening i oppslaget. I et oppslag kan flere av de alternative kildene ytre sine meninger. I slike tilfeller har jeg tatt til etterretning hva som er hoved- og delaspekt i artikkelen. Kilden som figurerer i oppslagets hovedaspekt har jeg da registrert som kilde. Dersom det har vært problematisk å si hva som er hovedaspekt i

---

<sup>6</sup> Jeg fikk opplyst dette av Runar Granseth, ansatt i Mediarkivet pr. telefon 01.12.2003.

artikkelen, eller flere kilder nevnes på likefot i oppslagets hovedaspekt, har regelen vært å registrere den personen eller gruppen som først har fått ytret sin mening som hovedkilde.

Verdiene på variabelen kilde er politikere og byråkrater på lokalt, fylkes – og statlig nivå, pårørende, pasienter, helsepersonell, tillitsvalgte, forskere, redaktør/journalist, administrasjonen i helseinstitusjonene, interessegrupper for pasientgrupper og andre aktører. Helsepersonell inkluderer alt fra hjelpepleiere til overleger. Det mest gunstige ville vært og laget flere distinksjoner på denne verdien, men datamengden var for stor til å kunne gå nærmere inn på dette. Det samme gjelder verdien tillitsvalgte, hvor det ikke fremgår hvem den tillitsvalgte representerer. De kvalitative casene i form av medieføljetonger vil kunne bøte på disse strategiske avgrensningene. Administrasjonen i helseinstitusjonene omfatter administrasjonen i sykehusene før reformen. Før reformen er sykehusdirektører og administrasjonen på de enkelte sykehusene eksempler på dette. Etter reformen vil denne verdien omfatte administrasjonen og styret i det lokale helseforetaket. Andre aktører inkluderer privatpersoner, anonyme kilder, offentlige dokumenter, utøvere av alternativ medisin, opplysninger fra nyhetsbyråer og eksempelvis statistisk sentralbyrå.

Oppslagene er fordelt i fem tematiske hovedkategorier som definerer deres hovedtema. Enkelt saker er de tilfellene hvor en persons skjebne brukes til å eksemplifisere og dramatisere prinsipielle mangler i systemet, og konsekvenser av endringer i tjenestetilbudet. Oppslag som fokuserer på prinsipper ved helsepolitikken, i tillegg til en persons enestående tragiske historie, tilordnes også denne verdien. Opplysningsstoff er resultater av medisinsk forskning, og informasjon om medikamenter. Samtidig er oppslag som fokuserer på sykehusenes behandlingstilbud, og nye behandlingsmetoder fra et vitenskapelig og faglig perspektiv, tilordnet denne verdien. Kuriosa betegner oppslag som omhandler healing og alternative behandlingsmetoder.

Helsestoff som har politiske aspekter ved seg er spesielt relevante i forhold til problemstillingen i studien. Hernes og Eides definisjon av helsestoff fokuserer på at temaet direkte eller indirekte har med prioriteringer innen helsesektoren å gjøre (Hernes og Eide 1987). Egenskaper ved helsestoff er kategorisert i større detalj i min studie, enn hva som ble gjort i ”*Død og Pine!*” (Hernes og Eide 1987). Nasjonal helsepolitikk er operasjonalisert til å omhandle artikler hvor oppmerksomheten handler om strategiske og prinsipielle beslutningene i helsesektoren. Eksempler på dette er økonomiske bevilgninger som

sykehusene, nå de lokale og regionale helseforetakene, må forholde seg til. Nasjonale standarder og retningslinjer, for eksempel hvilke krav som må oppfylles med hensyn til kvalitet og effektivitet i tjenestetilbudet. Oppslag ble klassifisert som lokal helsetjenestepolitikk hvis temaet var iverksettingen av kravene og føringene i forhold til sykehusene lokalt og i fylket/regionen. Spesifikke problemstillinger i forhold til det som tidligere var fylkessykehus, som nå er foretak, og løsningene de lanserte for å oppfylle kravene fra det politiske nivået er også eksempler på lokal helsetjenestepolitikk. Variablene nasjonal helsepolitikk og lokal helsetjenestepolitikk, er delt inn i variabler for å systematisere de innholdsmessige egenskapene ved disse oppslagene. Egentlig er dette som verdier å regne, fordi dette omhandler egenskaper ved variabelen oppslag. Tekniske hensyn i SPSS gjorde at disse ble omgjort til variabler for å kunne utføre nødvendige regneoperasjoner på en hensiktsmessig måte.

### **4.3.2 Egenskaper ved de politisk betonte oppslagene**

#### **Nasjonal helsepolitikk**

Ideologiske spørsmål betegner oppslag som fokuserer på de overgripende og prinsipielle spørsmålene i debatten om sykehussektoren. Temaer som tilgjengelighet, kvalitet på sykehustjenestene, prioriteringer av ulike pasientgrupper, ventelister og verdiene sykehussektoren bygger på er vanlige i artikler av denne kategorien. Oppslag som fokuserer på behovet for grunnleggende endringer i sykehussektoren faller inn under denne definisjonen.

Variabelen sentralisering – desentralisering favner om diskusjoner vedrørende hvilke administrative nivå som har ansvar for beslutninger, og administrative grensedragninger. Før reformen var dette det fylkespolitiske og statlige nivået. Etter reformen vil det dreie seg om det lokale, regionale og statlige nivået, ofte i forhold til hvordan den nye organisasjonsstrukturen fungerer.

Oppslagene som tilordnes variabelen finansiering, har finansiering av sykehusene som tema. Diskusjoner rundt bidragene sykehusene får gjennom statsbudsjettet og ekstra tilskudd fra statlig hold er eksempler på slike oppslag. Sykehussektorens finansieringsproblematikk sett fra andre perspektiver, eksempelvis med økte egenandel for privatpersoner og diskusjoner om privatisering av tjenestene, inkluderes også i denne variabelen.

## Lokal helsetjenestepolitikk

Oppslag som tilordnes variabelen funksjonsfordeling fokuserer på lokalisering av institusjoner og tjenester. Debatt rundt hva som er den mest økonomiske løsningen, medisinsk forsvarlig og ønskelig ut fra et brukerperspektiv, er vanlig i slike oppslag. Premisser institusjonene må oppfylle for at de skal være kompetente til å løse spesifikke oppgaver, og debatt om hvorvidt den aktuelle sykehusstrukturen er egnet til å ivareta sine oppgaver ovenfor befolkningen, er tema som kjennetegner denne type oppslag.

Problemstillinger rundt økonomisk styring, planlegging, budsjettspørsmål og nedskjæringer i sykehussektoren, og forhold til den enkelte institusjon er kjennetegn ved variabelen økonomiske spørsmål. Oppslag som fokuserer på kostnadsansvar mellom staten og fylket, etter reformen mellom det lokale og regionale helseforetaket, og staten som oppdragsgiver er også oppslag som tilordnes denne variabelen. Det samme gjelder oppslag om produktivitets- og effektivitets fremmende tiltak.

Variabelen som heter personalspørsmål, er aktuell for oppslag med tema som personalpolitikk, bemanningsspørsmål, permitteringer, arbeidsmiljø og rekruttering av fagfolk. Denne variabelen er beregnet på medisinsk faglig ansatte – ikke personer i administrasjonen eller ledelsen i helseforetakene.

Styring av sykehus er også en variabel. Den uttrykker oppslag som har spenningen mellom ledelsen på sykehusene, eller foretakene avhengig av tidspunkt, som tema. Før sykehusreformen var ledelsen og styringen av sykehusene i større grad knyttet til det politiske nivået, særlig på fylkesplan. Oppslagene fra 1995 som omhandler fylkestinget og fylkespolitikernes forhold til administrasjonen og styret på sykehuset ble plassert på denne variabelen. Etter reformen vil artiklene som omhandler forholdet mellom administrasjonen, styret og ledelsen i det lokale- og regionale helseforetaket bli tilegnet denne verdien. Debatten om åpne og lukkede styremøter etter innføring av sykehusreformen, tilsettingsspørsmål i tilknytning til de lokale helseforetakene, eller sykehusene anno 1995, er eksempler på saker som faller inn under denne definisjonen.

Et oppslag registrert som nasjonal helsepolitikk for eksempel, berørte ofte flere av temaene som underkategoriene representerte men med hovedfokus på et av nevnte begreper. Variabelen hovedtema ble derfor opprettet, slik at denne informasjonen kunne systematiseres.

Verdiene på denne variabelen samsvarer med underkategoriene i henhold til nasjonal helsepolitikk og tilsvarende gjelder for variabelen lokal helsetjenestepolitikk.

Avisenes fremstilling av informasjonen er også omgjort til en variabel, hvor oppslaget ble kodet som positivt, negativt eller nøytralt. For å vurdere hvordan oppslagene skulle kodes i henhold til denne variabelen ble oppslagets hovedtema brukt som utgangspunkt. Hvorvidt kilden i oppslaget fikk temaet vinklet til fordel eller ulempe for sin situasjonen, avgjorde om oppslaget ble kodet negativt eller positivt på denne variabelen (Hagström 2002:97). Oppslaget om opplysningsstoff ble kodet som positivt dersom det eksempelvis omhandlet nye behandlingsmetoder. Tilsvarende ble det kodet som nøytralt dersom oppslaget viste en oversikt over antallet astmatikere i Norge.

Størrelsen på oppslagene regnet jeg som viktig informasjon, for å vurdere oppslagenes omfang i tillegg til antall. Jeg valgte å ikke gjøre en måling av spalteplass i centimeter eller å vurdere bruken av bilder i relasjon til oppslagene. Det ville blitt for omfattende i forhold til antall enheter og tiden jeg hadde til disposisjon. Oppslagene fra ATEKST hadde ikke bilder i tilknyttet seg, og presenteres i et annet format enn hva som er tilfelle i papirutgaven. Verdiene på variabelen størrelse er basert på antall ord. Et stort oppslag har mer enn 400 ord, mens oppslag av middels størrelse har mellom 150 og 400 ord. Oppslag kategorisert som liten har inntil 150 ord. Enhetene som ble hentet ut fra ATEKST databasen, var merket med antall ord. Oppslagene fra Firda ble som nevnt kartlagt ved bruk av mikrofilm. Å tilegne variabelen størrelse riktig verdi ble derfor en omfattende oppgave. For enkelhetsskyld valgte jeg å definere alle lederartikler og notiser til å bli kodet som henholdsvis middels og liten.

#### **4.4. Kvalitativ innholdsanalyse**

I denne delen av analysen vil jeg drøfte forskjellige typer helsestoff og hvilke tema som gis oppmerksomhet i media i utvalgsperioden 1995 og 2003, ut i fra en intensiv metodisk tilnærming. Dette gjør det eksempelvis mulig å se nærmere på sammenhengen mellom hvilke aktører som frekventerer avisspaltene i henhold til de ulike typene av helsestoff og tema. Medieføljetongene vil bli brukt for å vise trekk ved mediedekningen av helsestoff som blir kartlagt, og for å illustrere sentrale poeng som den kvantitative analysen setter søkelys på. Et kjennetegn på case er; *”it attempts to examine (...) a contemporary phenomenon in it’s real life context”* (Yin 1981). Medieføljetongene vil bli benyttet som illustrasjoner på hendelser som blir beskrevet eller som utspinner seg i avisene. Dette blir derfor en komplementær

metode for å belyse problemstillingen. Casene fremstår i denne sammenheng som prototypiske eksempler på hvordan aktørene reagerer på utspill i media, og som fremkaller en motreaksjon. Medieføljetongene vil bli betraktet ved å ta i bruk triangelhypotesen som et metodisk verktøy. Denne hypotesen skisserer hvordan motparter reagerer på utspill i media. ”*Nyhetene media bringer, blir premisser for handlinger - som må rapporteres og dermed utløses nye tiltak og svar fra medias side.*” (Hernes og Eide 1987:32). Ved å ta i bruk casene i den kvalitative analysen blir det mulig å ta handlingsmønsteret fra media og sykehussektorens side systematisk i øyesyn, og undersøke om disse arter seg forskjellig på de utvalgte tidspunktene. Dersom det er tilfelle, åpner det for muligheten til å diskutere en eventuell endring i lys av sykehusreformen og næringslivslogikken den har brakt med seg.

#### **4.5 Semistrukturerte intervjuer**

Oppgavens problemstilling belyses også gjennom intervjuer.<sup>7</sup> Samtalene gir en subjektiv forståelse av hvordan mennesker i ulike roller tolker en hendelse og ser på feltet studien konsentrerer seg om. Å snakke med disse aktørene gjorde det mulig å sammenholde det som kom frem i intervjuene med hva som ble skrevet i avisene i utvalgsperiodene. Intervjuene var basert på en intervjuguide med åpne svarkategorier. Jeg valgte å gjennomføre semistrukturerte intervjuer for ikke å legge føringer på svarene respondentene gav. Intervjuer er en god måte å effektivt samle inn store mengder informasjon på (Marshall og Rossmann 1995:80). For å få godt utbytte av intervjuene kreves det kunnskap om saksfeltet, og at kommunikasjonen mellom samtalepartene er god. Personene jeg intervjuet, ble valgt ut på grunnlag av deres posisjon. På grunnlag av dette har jeg antatt at de kan si noe om organisasjonens målsetning og visjoner, struktur, historie og fremtidige planer. Dette er i tråd med hva Marshall og Rossmann kaller eliteintervjuer (1995:53). Enkelte av intervjuene var særlig utfordrende. Dette gjaldt i de tilfellene hvor den jeg intervjuet hadde journalistisk erfaring. Det som blir sagt i et intervju avhenger av den som stiller spørsmålene, og informantens oppfatning av intervju som sjanger (Widerberg 2001:137). Jeg merket tydelig at personene med journalistisk erfaring følte seg komfortabel i intervjusituasjonen, og visste hvordan de skulle håndtere utfordrende spørsmål. Dette er en av ulempene ved å utføre eliteintervjuer med journalister og nøkkelpersoner i sykehusene og foretakene. Informantene vil gjerne styre intervjuet i en retning som belyser organisasjonen og egen posisjon på en positiv måte. De har også erfaring med å svare på ugreie spørsmål (Marshall og Rossmann 1995:53).

---

<sup>7</sup> For oversikt over informanter og intervjuer, se vedlegg 4.

I forkant av intervjuene ble ATM- prosjektet<sup>8</sup> og temaet i studien presentert. Intervjuene med de ansatte i administrasjonen i de lokale helseforetakene, ble gjort sammen med andre studenter på ATM-prosjektet. Temaene de andre studentene var interessert i gjorde det mulig at flere studenter kunne stille spørsmål i forbindelse med sin studie i hvert intervju. På denne måten ble det mulig å få synspunkt på viktige spørsmål fra flere hold enn hva som er realistisk å gjennomføre på egenhånd. Intervjuet med informanten som jobbet i administrasjonen på Haukeland Sykehus før reformen, samt intervjuet med en av informantene i administrasjonen i Helse Førde ble utført av en medstudent som innarbeidet medierelaterte tema i sin intervjuguide. De resterende intervjuene med aktører i sykehussektoren ble utført sammen en annen student. Intervjuene med journalistene utførte jeg alene.

Hensikten med denne utfyllende metodiske strategien er å få en oversikt over hva som faktisk ble skrevet av helsestoff, og ha dette som et referansegrunnlag i forhold til hva aktørene i sykehussektoren og journalistene hadde å si om hvorfor dekningen blir som den blir. På denne måten blir det mulig å belyse mediedekningen av helsestoff på en mer utfyllende måte, enn hva en enkeltstående innholdsanalyse kan gjøre. Denne tilnærmingen danner også et godt grunnlag for å diskutere medias forhold til aktører i sykehussektoren, som er et viktig delaspekt av problemstillingen.

#### **4.5.1 Begrunnelse for valg av informanter**

Aktører innad i sykehussektoren både før og etter reformen, og journalistene som forholder seg til sektoren fra eksternt hold, ble intervjuet i arbeidet med innsamlingen av det kvalitative datamaterialet. Felles for informantene fra sykehussektoren var at de hadde, eller hadde hatt, arbeidsoppgaver som blant annet bestod i å håndtere informasjon om sykehusenes anliggender

---

<sup>8</sup> ”I studien av de aktuelle foretakene brukes det i ATM prosjektet tre begreper som utgangspunkt: Autonomi, Transparens og Management. Med autonomi siktes det til ambisjoner om å etablere autonome organisasjonsenheter og resultatenheter på lavere nivå, samtidig som man sentraliserer eierskapet til staten og de regionale helseforetakene. Transparens; her siktes det til ambisjoner om å redusere kostnader og bidra til pasienter frie valg gjennom tiltak for økt grad av innsyn i ressursbruk og kvalitet. Den tredje typen reformambisjon handler om å innføre Management – det vil si at det skal utvikles en profesjonell og entydig lederrolle på alle nivåer i helsevesenet. Samlet sett bidrar disse tiltakene til et sterkt press for omstilling, samtidig som konsekvensene på det praktiske planet er til del motstridende og uoversiktlige.” ([www.polis.no/ATM](http://www.polis.no/ATM) prosjektets hjemmeside)

i forhold til omverdenen. Journalistene har på sin side som jobb å opplyse, og å være kritisk til denne typen organisasjoner i henhold til informasjonen de er i besittelse av. I utvelgelsen av informanter ble det lagt vekt på å få “portvokterne” i tale. Disse forholder seg til mediefeltet, og har stor påvirkningskraft i forhold til hvilke opplysninger som tilflyter offentligheten. Personene som ble intervjuet fra tiden før sykehusreformen ble iverksatt hadde hatt nøkkelposisjoner i administrasjonen ved Haukeland Sykehus og ved Sentralsykehuset i Sogn og Fjordane (SSSF). Disse nøkkelpersonene ble intervjuet for å øke forståelsen for hvordan sykehusene håndterte media før overgangen fra forvaltning til foretak. Deretter ble to personer i administrasjonen i Helse Bergen og Helse Førde intervjuet. På daværende tidspunkt var de ansatt i tilsvarende stillinger til personene som ble intervjuet i administrasjonen ved nevnte sykehus. I tillegg ble en annen person fra administrasjonen i Helse Bergen og Helse Førde også intervjuet. Disse informantene var ansatt i foretakene etter reorganiseringen av sykehusene fra forvaltning til foretak. Sistnevnte informanter ble valgt ut på bakgrunn av at de kunne berette om mediehandteringen i foretakene. I tillegg ble to journalister fra begge avisene intervjuet. Journalistene hadde jobbet med politikk og helsestoff i for- og etterkant av reformen. Dette var viktig slik at informantene kunne gjøre seg velbegrunnede betraktninger om hvordan de mente reformen eventuelt hadde påvirket deres forhold til aktører i sykehussektoren, og mediedekningen av helsestoff generelt sett.

#### **4.5.2 Reliabilitet og validitet**

Kvalitetsmålene for kvalitative og kvantitative data fortøner seg ulikt. Operasjonaliseringen av variablene og verdiene er et viktig element i en kvantitativ undersøkelse. Et operasjonalisert begrep forklarer hvordan ”noe” måles, og er ofte det svakeste punktet i en innholdsanalyse (Berger 2000:177). Disse begrepene må være uttømmende og gjensidig utelukkende (ibid.), slik at kriteriene for hvorfor en enhet er innordnet variablene og verdiene er tydelige (Hellevik 1997:41). Disse kravene sikrer datas reliabilitet - nøyaktigheten i innsamling og koding av materialet (ibid.). Datas validitet fokuserer på om det som er målt er relevant; ”om det[te] er egenskapene problemstillingen gjelder” (Hellevik 1997:159). Hovedspørsmålet er om variablene og verdiene undersøkelsen består av er egnet til å belyse problemstillingen. Sammenhengen mellom oppgavens problemstilling og operasjonaliseringen av denne, har blitt beskrevet i dette kapitlet ved at hele forskningsprosessen og valgene som har blitt foretatt med hensyn til utvalg og metode underveis er blitt begrunnet. Jeg har benyttet metodetriangulering i innsamlingen av dataene. Ved å trekke veksler på intervjuer, case og kvalitativ og kvantitativ analyse av avisstoffet



styrkes validiteten i studien fordi ulike metodiske tilnærminger har blitt benyttet (Grønmo 1982:114).

#### **4.6 Avslutning**

I dette kapitlet er de metodiske valgene og strategien for innsamlingen av det empiriske materialet i oppgaven blitt redegjort for. Begrepsapparatet som er brukt i konstruksjonen av variabler og verdier som ligger til grunn for den kvantitative datainnsamlingen er detaljert beskrevet. Dette er spesielt viktig for å forstå og vurdere kvaliteten i den kvantitative empiridelen av studien.

I neste kapittel vil resultatene fra den kvantitative og kvalitative innholdsanalysen av avisstoffet i BT og Firda bli presentert. I kapittel 6 vil funnene fra intervjuene bli presentert. Casene og en oppsummering av hvordan det kvalitative og kvantitative datatilfanget utfyller hverandre blir presentert avslutningsvis i kapittel 6.

## Kapittel 5: Helsestoffet i BT og Firda i 1995 og 2003

### 5.1 Kvantitativ og kvalitativ innholdsanalyse av avisoppslagene.

I dette kapitlet presenterer jeg de kvantitative dataene om mediedekningen av helsestoff i BT og Firda i 1995 og 2003. Materialet belyser følgende spørsmål: Hvor mye skriver avisene om helsestoff i 2003 sammenlignet med 1995? Hva handler helsestoffet om? Hvilke aktører er kilde i de politisk betonte oppslagene?

### 5.2 Avismaterialets omfang

Tabell 5.1. Helsestoffets omfang i avisene.

5.1 Avis	Årgang		Total
	1995	2003	
BT	119	74	193
Firda	132	144	276
Totalt	251	218	469
Signifikans <sup>9</sup>			0,03 %

Tabell 5.1 viser antall oppslag om helsestoff i første kvartal i 1995 og 2003 i BT og Firda. Firda har en økning i antall oppslag om helsestoff, mens BT har hatt en nedgang fra 1995 til 2003. BT har gjennomsnittlig ca. 40 oppslag om helsestoff i måneden i 1995. Antallet synker til et gjennomsnitt på ca. 25 oppslag per måned i 2003. Det tilsvarer en prosentvis nedgang på 38 %. Firda har gjennomsnittlig 44 oppslag om helsestoff hver måned i 1995. I 2003 økte dette til gjennomsnittlig 48 oppslag i måneden, og det utgjør en økning på 9 % i oppslag om helsestoff fra 1995 til 2003. For at et funn skal være signifikant må p-verdien være lavere enn ,05 i henhold til chi-square testen. Det betyr at det er signifikante forskjeller i populasjonene fra 1995 til 2003 som tabell 5.1 viser, fordi p-verdien er ,03.

Den totale summen av oppslag i BT i første kvartal i 1995 er 8151 (ATEKST), inkludert de 119 oppslagene om helsestoff. Helsestoffet utgjorde da 1,5 % av det totale antallet oppslag i BT. I 2003 er det totalt 9104 oppslag (ATEKST) om sykehusstoff. Utvalget på 74 enheter i

<sup>9</sup> Chi-square testen er benyttet. Videre utdypning om bruk av signifikanstesten i den metodiske redegjørelsen, kapittel 4, avsnitt 4.3.

utvalget utgjør 0,8 % av det totale stoffet. Dette er også en indikasjon på BTs nedgang i dekingen av helsestoff mellom 1995 og 2003.

### Helseoppslagenes størrelse

Avisenes prioritering av helsestoff blir tydeligere ved å se på oppslagenes størrelse i tillegg til antallet. Tabell 5.2 og 5.3 viser størrelsen på oppslagene i henholdsvis BT og Firda i 1995 og 2003. ”Stor” tilsvarer mer enn 400 ord, ”middels ” mellom 150 og 400 ord og ”liten” færre enn 150 ord i oppslagene.

Tabell 5.2. Størrelse på oppslagene i BT, vist i prosent.

<b>5.2 Avis</b>	<b>Årgang</b>	
<b>BT</b>	<b>1995</b>	<b>2003</b>
Stor	45	33
Middels	39	47
Liten	16	20
N=	100 (119)	100 (74)

\*Tallene i parentes viser antallet oppslag.

84 % av alle oppslagene i BT er i 1995 ”store” eller ”middels.” I 2003 er 80 % av oppslagene stor eller middels. Av disse er nærmere halvparten av oppslagene store. I 2003 er omlag 30 % av oppslagene store. Dette taler også for at det har skjedd en nedprioritering av helsestoff i BT.

Tabell 5.3. Størrelse på oppslagene i Firda, vist i prosent.

<b>5.3 Avis</b>	<b>Årgang</b>	
<b>Firda</b>	<b>1995</b>	<b>2003</b>
Stor	9	8
Middels	54	58
Liten	37	34
N=	100 (132)	100 (144)

\*Tallene i parentes viser antallet oppslag.

Tabell 5.3 viser at endringen i størrelsesordenen av oppslagene i Firda på de aktuelle tidspunktene er beskjeden. I Firda i 1995 er 9 % av oppslagene helsestoff store. Sammenlagt

med oppslagene som er middels, utgjør dette 63 % prosent av helsestoff totalt sett. I 2003 er 66 % av oppslagene store eller middels.

Antall hovedoppslag om helse belyser hvordan avisene prioriterer temaet. Det er omtrentlig en halvering av antall førstesideoppslag i avisene fra 1995 til 2003 (tabell 5.4).

Tabell 5.4. Hovedoppslag i BT og Firda

5.4 Avis	Årgang	
	1995	2003
BT	4	2
Firda	13	7
Totalt	17	9

Firda har på begge tidspunkt tydelig flere hovedoppslag hvor helsestoff er tema. Dette styrker inntrykket av at Firda prioriterer helsestoff i høyere grad enn BT. Dette er også i tråd med Svedberg og Weibergs studie (Hagström 2002:34) som viser at aviser prioriterer helsestoff i større grad når endringer i helsestellet og sykehussektoren får konsekvenser for nærmiljøet til avisens lesere.

Firda har hatt en økning i omfanget av helsestoff, mens BT har hatt en nedgang. BT har færre oppslag, men på den annen side er flere av disse store. Det er vanskelig å komme med sikre påstander om avisenes prioritering av helsestoff i forhold til hverandre. Hernes og Eides studie (1987) av BTs dekning av helsestoff i 1985 viser at BT i gjennomsnitt har 51 oppslag per måned om helsestoff i 1985. Dette peker i retning av at BT har hatt en nedgang i helsestoff over en periode på 18 år.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Deler av perioden da avismaterialet til studie ble innsamlet var like etter et ”statsbudsjett med helseprofil” (Eide og Hernes 1987:67). Dette kan ha påvirket BTs dekning av temaet, og forårsaket en økning i antall oppslag om helsestoff i innsamlingsperioden i 1985. I motsetning til Hernes og Eides innsamlingsmetode basert på papirutgaven av BT, har jeg benyttet søkeord i databasen ATEKST. Se metodekapittel for nærmere redegjørelse.

Tabell 5.5. Gjennomsnittlig antall oppslag i BT.

<b>5.5 Gjennomsnittlige antall oppslag i BT</b>	
1985	51
1995	40
2003	25

### **5.3 Hva handler helsestoffet om?**

Fremstiller avisene helsestoff på en positiv eller negativ måte? Hvilke tema er mest omtalt på de aktuelle tidspunktene?

Tabell 5.6. Fremstilling av helsestoff i BT, alle typer oppslag.<sup>11</sup> Vist i prosent

<b>5.6 Avis</b>	<b>Årgang</b>	
	<b>1995</b>	<b>2003</b>
<b>BT</b>		
Positiv	23	26
Negativ	44	50
Nøytral	33	24
N	100 (119)	100 (74)

\*Antallet er angitt parentes.

Det er liten forskjell i andelen av negativt og positivt helsestoff fra 1995 til 2003. I 1995 er i underkant av halvparten av oppslagene om helse negativt fremstilt i BT. Omlag en 30 % av oppslagene fremstilt som nøytrale, mens ca. 20 % av oppslagene blir fremstilt positivt. I 2003 er den største endringen å finne på verdien nøytral. Denne verdien har sunket med nesten 10 % sammenliknet med 1995. Halvparten av oppslagene blir fremstilt negativt.

---

<sup>11</sup> Definisjonen av positive, negative og nøytrale oppslag er basert på hvordan kilden i oppslaget uttrykker sin mening. Denne informasjonen er basert på en subjektiv vurdering, og er således en kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode. Informasjonen er ment for å se om det er store forskjeller før og etter reformen, og kan på denne måten gi en indikasjon på om informasjonsarbeidet i de lokale helseforetakene har ført til en endring i medias dekning av helsestoff. Se metodekapittel for videre utdypning.

Tabell 5.7. Fremstilling av helsestoff i Firda, alle typer oppslag, vist i prosent.

5.7 Avis	Årgang	
	1995	2003
Firda		
Positiv	17	15
Negativ	65	45
Nøytral	20	40
N	100 <sup>12</sup> (132)	100 (144)

\*Antallet er angitt i parentes.

Firda har 65 % negative oppslag om helse i 1995. De resterende oppslagene fordeler seg ganske jevnt på verdiene positiv og nøytral. De negative oppslagene synker med 20 % fra 1995 til 2003. Samtidig øker de nøytrale oppslagene fra 20 % i 1995 til 40 % i 2003. Andelen positive oppslag har endret seg lite. Dette kan tyde på at mediebildet har blitt noe mildere, siden andelen negative oppslag har gått ned.

### 5.3.1 Hovedtema i helsestoffet

Tabell 5.8 Hovedtema i BT, vist i prosent.

5.8 BT Tematiske kategorier	Årgang	
	1995	2003
Nasjonal helsepolitikk	13	18
Lokal helsetjenestepolitikk	47	46
Enkeltsaker	21	18
Opplysningsstoff	19	20
Kuriosa	-	-
N	100 (119)	100 <sup>13</sup> (74)

\* Antallet er angitt i parentes.

<sup>12</sup> Prosentandelene totalt i denne kolonnen er egentlig 102 grunnet avrunding til hele tall. Det blir ikke benyttet desimaler grunnet tallmaterialets beskjedne totalsum i antall enheter.

<sup>13</sup> Prosentandelene totalt i denne kolonnen er egentlig 102 grunnet avrunding til hele tall. Det blir ikke benyttet desimaler grunnet tallmaterialets beskjedne totalsum i antall enheter.

I BT er det vanligste temaet i oppslagene om helsestoff i 1995 lokal helsetjenestepolitikk. Omlag halvparten av de politisk betonte oppslagene har dette som hovedtema. Nasjonal helsepolitikk er temaet som er minst omtalt i 1995, og utgjør ca.10 % av oppslagene. Enkeltsaker og opplysningsstoff er begge tema i omtrent 20 % av oppslagene i 1995.

Variasjonen i fordelingen av oppslagene fra 1995 sammenlignet med 2003 er beskjeden. I 2003 er det en beskjeden økning i andelen oppslag som handler om politisk betonte tema. Dette viser at på tross av nedgangen i antallet helseoppslag fra 1995 til 2003, handler helsestoff stort sett om de samme temaene som før reformen.

### 5.9 Hovedtema i Firda, vist i prosent.

5.9 Firda Tematiske kategorier	Årgang	
	1995	2003
Nasjonal helsepolitikk	3	16
Lokal helsetjenestepolitikk	63	65
Enkeltsaker	8	8
Opplysningsstoff	17	11
Kuriosa	8	-
N	100 <sup>14</sup> (132)	100 (144)

\* Antallet er angitt i parentes.

Lokal helsetjenestepolitikk er det vanligste temaet i Firda i 1995. Dette temaet er over tre ganger mer vanlig i Firda enn opplysningsstoff, som er det vanligste temaet etter lokal helsetjenestepolitikk. Nasjonal helsepolitikk er det minst omtalte temaet i 1995.

Det har vært en økning i det totale antallet oppslag sammenliknet med 1995. Endringen i Firda fra 1995 til 2003 er hovedsaklig økningen i andelen oppslag om nasjonal helsepolitikk totalt sett. Som nevnt innledningsvis og i metodekapittelet, er det oppslag som er politisk betonte jeg vil rette oppmerksomheten mot når det gjelder innhold. Firdas antall oppslag om helsestoff øker, og nasjonal helsepolitikk får mer oppmerksomhet i 2003, sammenliknet med 1995.

---

<sup>14</sup> Grunnet avrunding av tallene etter omgjøring til prosenter, er sluttsammen dersom prosenttallene i kolonnen adderes 99.

### 5.3.2 Hva handler den lokale helsetjenestepolitikken om?

Lokal helsetjenestepolitikk dominerer helsestoffet i avisene på begge tidspunktene. Hva handler oppslagene med dette hovedtemaet om? Tallgrunnlaget i oppslagene om nasjonal helsepolitikk er for tynt til å belyse forskjeller i hvordan oppslagene fordeler seg på undertemaene i tilknytning til dette temaet.<sup>15</sup>

Tabell 5.10. Tema i den lokal helsetjenestepolitikken i BT, vist i prosent.

5.10 BT. Lokal helsetjenestepolitikk	Årgang	
	1995	2003
Funksjonsfordeling	45	58
Økonomiske spørsmål	21	9
Personal spørsmål	14	18
Styring av sykehus	20	15
Annet	-	-
N=	100 (56)	100 (33)

\*antallet er angitt i parentes.

På begge tidspunkt er funksjonsfordeling det vanligste temaet når det skrives om lokal helsetjenestepolitikk i BT. Andelen oppslag om lokal helsetjenestepolitikk var ca 50 % i 1995 (jf. tabell 5.9.). Funksjonsfordeling er tema i 45 % av disse oppslagene. Deretter er henholdsvis økonomiske spørsmål og styring av sykehus og personal spørsmål hovedtemaene innen lokal helsetjenestepolitikk. I 2003 er funksjonsfordelingsspørsmål fremdeles det vanligste undertemaet i tilknytning til lokal helsetjenestepolitikk i BT, mens økonomiske spørsmål blir tonet ned. Deretter skrives det flest saker om personalanliggender.

<sup>15</sup> Se vedlegg 1 for nærmere informasjon om undertemaene tilknyttet nasjonal helsepolitikk.



Tabell 5.11. Tema i den lokal helsetjenestepolitikken, vist i prosent

5.11 Firda. Lokal helsetjenestepolitikk	Årgang	
	1995	2003
Funksjonsfordeling	31	71
Økonomiske spørsmål	11	8
Personal spørsmål	7	8
Styring av sykehus	51	12
Annet	-	2
N=	100 (83)	100 (93)

\* antallet er angitt i parentes

”Styring av sykehus” er tema i ca. 50 % av oppslagene om lokal helsetjenestepolitikk i Firda i 1995. Deretter er temaet funksjonsfordeling det mest fremtredende i ca. 30 % oppslagene om lokal helsetjenestepolitikk. Funksjonsfordeling øker til å være tema i ca. 70 % oppslagene i 2003. Samtidig har det vært en tydelig nedgang i andelen oppslag som handler om styring av sykehus, sammenlignet med 1995.<sup>16</sup>

#### 5.4 Hvem sier hva?

Administrasjonen i sykehusene har etter reformen fått økt frihet til å fatte beslutninger og forvalte tildelte midler, og overtatt flere av ansvarsområdene politikerne rådde over. Fungerer denne ”avpolitiseringsen” i praksis, eller benytter politikerne media som luftekanal for sine meninger om helsepolitiske spørsmål? Tillitsvalgte og helsepersonell er representanter for den interne sfæren i sykehussektoren. Tidligere forskning viser at disse i stor utstrekning har uttalt seg til media om prioriteringer som angår sykehusene og tjenestetilbudet til befolkningen (Hernes og Eide 1987:73-75). Hvordan forholder dette seg i BT og Firda på de aktuelle tidspunktene?

<sup>16</sup> Noe av årsaken til at ”styring av sykehusene” får oppmerksomhet i 1995 er striden om ansettelse av sykehusdirektør, ettersom Sykehuset i Florø i 1995 bli en avdeling underlagt Sentral Sykehuset i Sogn og Fjordane i Førde.

I BT i både 1995 og 2003 utgjør oppslagene hvor politikere, administrasjonen i sykehusene, tillitsvalgte og helsepersonell uttaler seg om politisk betonte tema ca. 30 % av alt helsestoffet.<sup>17</sup> På begge tidspunkt uttaler aktørene seg først og fremst om lokal helsetjenestepolitikk. Det mest tydelige er nedgangen i antall politikere som kilde i lokal helsetjenestepolitikk i 2003 sammenliknet med 1995. De var kilde i ca. 10 % av disse oppslagene i 1995, mens de er kilde i 3 % av oppslagene i 2003. Ellers er administrasjonen i sykehusene kilde i noe flere politisk betonte oppslag i 2003 som i 1995, flest av disse er lokal helsetjenestepolitikk. I 1995 var de kilde i 7 % av oppslagene, i 2003 er de kilde i ca. 15 % av oppslagene. Det er også en liten nedgang i oppslagene om politisk betonte tema hvor helsepersonell og tillitsvalgte er kilder, sammenliknet med 1995.

I Firda er situasjonen ganske annerledes. De politisk betonte oppslagene hvor politikere, administrasjonen i sykehusene, tillitsvalgte og helsepersonell øker fra å utgjøre ca. 40 % av helsestoffet i 1995, til ca 55 % i 2003.<sup>18</sup> Det betyr at Firda har en økning både i antall oppslag om helsestoff, og i oppslagene om nasjonal helsepolitikk og lokal helsetjenestepolitikk. Den mest interessante endringen i tallmaterialet, er at ”administrasjonen i sykehusene” i 1995 er kilde i 4 % av de politisk betonte oppslagene. Dette øker til ca. 20 % i 2003. Det er kun beskjedne forskjeller mellom hvor ofte politikerne uttaler seg, det interessante er hva de uttaler seg om. I 1995 er det hovedsakelig lokal helse tjenestepolitikk. I 2003 dreier 1/3 av de politisk betonte oppslagene politikerne er kilde, i om nasjonal helsepolitikk. De tillitsvalgte var i 1995 kilde i 11 % av oppslagene om lokal helsetjenestepolitikk, mens dette synker til 2 % av oppslagene i 2003.

Det er små forskjeller innad i avisene med hensyn til hvor hyppig debatt/innlegg blir benyttet for å si noe om helsestoff generelt sett. I BT i 1995 og 2003 utgjør debatt/innlegg henholdsvis ca. 5 % og 10 % av oppslagene om helsestoff.<sup>19</sup> I Firda utgjør denne oppslagstypen ca. 13 % i 1995 og 11 % i 2003.<sup>20</sup> I 1995 er det ”andre aktører”, eller privat personer, som skriver flest debatt/innlegg- oppslag i Firda. I 2003 er det ingen aktørgrupper som utmerker seg som

---

<sup>17</sup> Se vedlegg 2, tabell A og tabell B.

<sup>18</sup> Se vedlegg 2, tabell C og D.

<sup>19</sup> Se vedlegg 2, tabell E og F.

<sup>20</sup> Se vedlegg 2, tabell G og H.

spesielt som kilde i disse oppslagene. BT og Firdas lesere benytter altså debatt/innlegg spaltene i liten grad for å ytre sin mening om hva som rører seg i sykehussektoren.

## **5.5 Oppsummering**

I begynnelsen av dette kapittelet stilte jeg 3 hovedspørsmål om utviklingen av medias dekning av helsestoff. Det første spørsmålet handlet om hvor mye avisene skriver om helsestoff. På dette punktet viser det seg at BT har hatt en nedgang i helsestoff, mens Firda har hatt en økning. På spørsmålet om hva helsestoffet handler om, er det tydelig at politiske betonte oppslag er i flertall, spesielt lokal helsetjenestepolitikk. Når det kommer til hvilke aktører i sykehussektoren som uttaler seg om politisk betonte tema, er variasjonene mellom avisene tydelig. I BT er det færre politikere som uttaler seg om politisk betonte tema i 2003 sammenliknet med 1995. I Firda er det en økning i andelen av politikere som uttaler seg om politisk betonte tema. Politikerne uttaler seg dessuten i økende grad om nasjonal helsepolitikk i 2003, sammenliknet med 1995. I 2003 uttaler de tillitsvalgte seg i langt færre oppslag i Firda, enn hva som var tilfelle i 1995. De tillitsvalgte var ganske tilbakeholden som kilde i oppslag om politisk betonte tema i BT i 1995, og dette forholder seg ganske stabilt i BT i 2003. En felles tendens i begge avisene er at administrasjonen i sykehusene er kilde i flere oppslag om politisk betonte tema enn før sykehusreformen ble iverksatt.

## **Kapittel 6: Medias rolle**

### **6.1 Innledning:**

I denne delen vil jeg først presentere intervjuene med journalistene og aktører i sykehussektoren. Intervjuene viser hva de ulike aktørene mener om mediedekningen av sykehusstoff og hvordan sykehusene og foretakene håndterer media. Deretter vil casene som består av medieføljetonger bli presentert. Tilslutt vil jeg oppsummere de kvantitative og kvalitative funnene.

Journalistene og aktørene fra sykehussektoren sin oppfatning om de nevnte temaene blir presentert i atskilte deler av kapitlet. Informantenes sitater er tilegnet stor plass slik at empirien og funnene skal bli fremstilt autentisk. Personene som er intervjuet er anonymisert, derfor tituleres disse med hannkjønn i de tilfeller hvor fremstillingen krever personifisering av informanten.

### **6.2 Journalistenes virke og rolleoppfatning**

For å forstå medias dekning av sykehusstoff er det nødvendig med et innblikk i journalistenes syn på hva temaet omfatter. Hva mener de kjennetegner helsestoffet? Hvilke betraktninger gjør de seg om kriteriene for hva som er en god sak om sykehusstoff? Mener journalistene det er blitt lettere eller vanskeligere å få tilgang til opplysninger om sykehusenes drift etter foretaksorganiseringen?

#### **6.2.1 Helsestoffets kjennetegn.**

Intervjuene gir et tydelig inntrykk av at helsestoff er et luftig begrep. Flere av journalistene har vanskelig for å redegjøre nøyaktig hva dette begrepet omfatter. Felles for dem er at det menneskelige aspektet er vesentlig, fordi leseren kan kjenne empati med det som skrives. Begrepet omfatter både den politiske dimensjonen og stoff som er mer forbrukerrettet.

En av journalistene sier dette om helsestoff:

*”Det er jo vanskelig å definere egentlig, for feltet er så stort, sant. Det er vel alt som har med menneskers liv og helse å gjøre, enten det være seg – sett fra forskningsfronten eller forbrukerfronten, politisk, ja... Det handler om hva slags – det*

*har jeg aldri tenkt over, men det handler om hva slags helsetilbud nordmenn får, da.”*

Informant 1, BT.

Den andre journalisten fra BT mener også at helsestoffets innhold er varierende;

*”Det er omtrent... det varierer litt alt fra styring [av sykehusene] til medisinsk forskning skal ligge under dette begrepet helsejournalistikk.”* Informant 2, BT.

Firda journalistene er ikke like samstemte i sin beskrivelse av helsestoff. En av dem mener helsestoff ikke skiller seg fra andre tema, og fokuserer sterkt på journalistens ”vaktbikkje”-funksjon. Det viktigste for ham er å informere, ved å fortelle hva politikken innen helsesektoren medfører av implikasjoner for innbyggerne.

*”... ikke noen forskjell om du skriver om helsepolitikk eller andre emner. Vitsen er egentlig å fortelle folk hva som skjer, på en måte som gjør at de forstår det.”*

Informant 3, Firda.

Den andre informanten fra Firda vektlegger den politiske dimensjonen når han forteller hva han legger i helsestoff. Demografi, særtrekk ved den politiske kulturen i Sogn og Fjordane og det lokale engasjementet rundt sykehusene er etter hans mening viktige elementer i begrepet. Han legger også til at helsestoff favner om flere ting avhengig av tidspunkt:

*”... men fokuset skifter en del, litt når... siste tiden har det vært skrevet mye om somatikken”. Deretter trekker han frem at det nærmer seg budsjett tid; “Da braker det løst for fullt når de skal til med det.”* Informant 4, Firda.

## **6.2.2 Helsestoff i endring**

Journalistene i BT påpeker at helsestoffets innhold har endret seg. De mener helsestoffet er blitt mer forbrukerrettet og handler ofte om eget velvære. Eksempler på dette er slanking, alternativ medisin, og kosthold:

*”Men altså den der årlige gjengangeren som går på hudkreft før påske og hvordan holde magen i form når folk skal ut og reise på ferie, og potensiell smitte i utlandet. Jul, da er det ofte fett og slanking, det er jo alltid den der obligatoriske turen innom helsestudio i januar som de aller fleste redaksjoner henger på.”* Informant 1, BT.

*”Vi ville aldri skrive om slankeprogram for 10 år siden. Nei vi hadde sagt det var ukebladene sin oppgave. Vi ville aldri fokusert slik på, ja, alternativ medisin...”*

Informant 2, BT.

Samtidig peker de på at denne dimensjonen ved helsestoff er blitt et tillegg til den mer etablerte helsepolitikken med årsak i at;

*”Fordi vi ser jo at fett og overvekt er et problem. Altså, det er et samfunnsproblem i dag. Vi har jo en helseminister som er opptatt av alternativ medisin.”* Informant 2, BT.

Forskjellen mellom journalistene i BT og Firdas ulike holdning til tabloidiseringen av den ”seriøse” helsejournalistikken, kan forklares med at journalistene i BT har spesialfelt innen temaet helse- og sykehusstoff. I Firda, som er en mindre avis, påpeker journalistene at de er i en posisjon til å skrive om det de finner interessant:

*”Som jeg har opplevd det, så er det veldig... veldig givende og variert egentlig. Og det at... jeg liker å få stelle med alt.”* Informant 3, Firda.

*”Jeg er i en situasjon der jeg skriver om det jeg finner interessant. Helse er det jo selvfølgelig mest.”* Informant 4, Firda.

### **6.2.3 Hva gjør en sak nyhetsverdig?**

#### **Eksklusivitet, ”noe nytt ”**

*”Ja, det beste nyhetskriteriet er at det ikke er blitt fortalt før.”* Informant 1, BT.

Informant 2 i BT vektlegger også dette med eksklusivitet.

*”Nei, det er nå først og fremst en sak som er vi er alene om, da.”* Informant 2, BT.

Journalistene i Firda vektlegger heller de politiske prosessene og beslutningsstrukturen i de lokale og regionale foretakene, som er relevante for leseren. En av dem stiller seg spørrende til om det er ett særskilt kriterium for en nyhetssak, og vektlegger viktigheten av å vite hva befolkningen er opptatt av:

*”Men det der går igjen på, det er veldig viktig å være mye ute blant folk... å høre hva folk snakker om”.* Informant 3, Firda.

Den andre Firda journalisten presiserer viktigheten av lokalkunnskap:

*”Det er jo rutine på at du vet det skal være møte da og da, du vet at budsjettet skal legges frem... Når det kommer så langt at det ikke er annen råd enn at de må si hvordan de vil gjøre dette greiene så er jo tiden inne. For det første, ikke bare å registrere hva de foreslår, men å begynne å fange opp og analysere hva blir konsekvensene?”* Informant 4, Firda.

### **Gripende og frapperende**

En sak bør ha en oppsiktsvekkende karakter, det gjelder systemkritiske saker og skildringer av enkeltpersoners skjebne innen helsevesenet.

*” Så skal det jo være litt oppsiktsvekkende, ikke sant, det må jo være noe som folk tenker litt sånn; ”Jøss!” når de leser. ” Å, dette må jeg få med meg, fordi det angår faktisk meg!”, sant.”* Informant 1, BT.

Han påpeker også det økonomiske aspektet ved sykehussektoren er nyhetsverdige saker, spesielt når det går i disfavør av dem som sitter med ansvaret. Samtidig legger han til at de oppfatter at folk blir blasert av denne typen saker fordi summene er så store, dessuten er budsjettoverskridelser så ”vanlig”.

*”Budsjettoverskridelsene de blir ofte ganske svære, sant, og når derfor førstesiden.”*  
Informant 1, BT.

En av Firda journalistene påpeker det samme poenget:

*”Jo større og dyrere prosjektet er, så er det klart at jo mer omtale fortjener prosjektet.”* Informant 3, Firda.

Informant 3 i Firda eksemplifiserer dette kriteriet med en sak hvor en ungdomspsykiatrisk avdeling grunnet manglende økonomiske midler ikke kunne ta i mot pasienter:

*”... det var noen foreldre som begynte å fortelle. Det er jo et område som har vært så tabubelagt, det er ingen som står frem med det. ... Og det førte jo til at det ble veldig fokus på det. Så nå har det jevnt og trutt blitt skrevet om det, og det havnet på den politiske dagsorden.”*

## Personifisering

Alle journalistene påpeker at det menneskelige aspektet er viktig for at en sak skal ha god nyhetsverdi.

*”Det er klart, hvis den kan knyttes opp til personer, så selger den bedre [til hovedredaksjonene] for å si det sånn.”* Informant 3, Firda.

En av de andre journalistene begrunner bruken av personifisering i sakene med hensyn til egenskapene ved helsestoff:

*”... helsepolitikken er så innfløkt. Da er det viktig at en prøver å holde seg til de store linjene, de store trekkene på dette her og gjerne i den grad det er mulig å få det til, få et navn og ansikt. Så kan en få satt et navn og ansikt på hva blir konsekvensene av dette her”.* Informant 4, Firda.

BT journalistene uttrykker kravet om personifisering i enda sterkere grad:

*”En person, at vi kan relatere det til en konkret historie.”* Så legger han til; *”... hvis vi ikke har en historie å fortelle, så... det kan jo være at vi ønsker å belyse saker, men da kan vi møte et problem hvis vi ikke finner noen historie å fortelle. Det hender jo vi kutter ut saker på det grunnlaget.”* Informant 2, BT.

*”... og der du har et case, såkalt, et menneske som er berørt av denne problemstillingen da, som forteller sin opplevelse av situasjonen.”* Informant 1, BT.

## Vesentlighet og relevans

Informant 4 som er journalist i lokalavisen Firda vektlegger de regionale forholdene når han forteller hva han ser på som kriteriene for en god sak:

*”I helsejournalistikk, så vil jeg si at den situasjonen vi har i Sogn og fjordane, ut i fra den, så er det vesentlighet.”*

Med vesentlig mener han befolkningens avhengighet av helsetilbudet i regionen. Deretter kommer han med en bemerkning som viser at nærhet til tematikken er viktig for journalistene i lokalavisen når de skal skrive en sak:

*”... sykehusstoff, helsestoff, og helsepolitikk i Sogn og Fjordane er nesten til enhver tid et så brennbart tema at interessekriteriet er der med en gang.”* Informant 4, Firda.



For journalistene i BT, med en lezerskare som ikke har en like sterk lokalforankring som Firdas, fokuserer de på generaliseringspotensialet i saken.

*”Det er jo et poeng at det skal ha en appell til flere og skal bety noe, det må kunne generaliseres ut i fra det, ikke sant.”* Informant 1, BT.

Journalistene i lokalavisen prioriterer lokale- og regionale forhold sterkere enn hva journalistene i regionavisen gjør. Dette kom også tydelig frem i det kvantitative datamaterialet. I 1995 og 2003 har Firda langt flere oppslag som omhandler helsetjenestepolitikk enn BT.

### **6.3 Kontaktmønster mellom journalister og kilder**

Forskjellige aktører blir brukt som kilder i oppslagene om helsestoff, avhengig av hvilket tema det blir skrevet om. Har forholdet mellom journalister og de ulike kildene de benytter endret seg etter iverksettelsen av sykehusreformen?

#### **Pasienter og pårørende**

Enkelt saker omkring helse har god nyhetsverdi, som redegjort for tidligere i kapitlet. Denne typen oppslag har gjerne bakgrunn i et tips fra en pasient, eller dens pårørende. I det følgende vil jeg vise hva journalistene mener kjennetegner kontakten mellom journalister, pasienter og pårørende.

En av Firda journalistene presiserer at han ikke oppsøker pasienter aktivt. Dersom han intervjuer noen som er innlagt på sykehus, klareres det alltid med det faglige personellet som er ansvarlig for pasienten.

*”Men det hender saktens at det er pasienter, etter at de har vært inne, som kanskje står frem med et eller annet. Slik at en snakker absolutt med pasienter dersom de har noe de vil si.”* Informant 4, Firda.

En av journalistene i BT er skeptisk til hva han kaller ”ofrene som ringer”. Dette begrunner han med at de tar kontakt for å fortelle om negative opplevelser. ”Ofrene” gir en subjektiv og unyansert fremstilling av virkeligheten. Han påpeker også at det problematisk å fremheve ett tilfelle som viktigere enn de andre.

*”Ja, prøver jeg å skygge litt unna, jeg har jo vært der og skriver om dem av og til når det, når historien er oppsiktsvekkende nok, kan du si.”* Informant 1, BT.

## Aktører i sykehussektoren

Journalistenes kontakt med aktørene i sykehussektoren arter seg forskjellig i henhold til hvilket helseforetak journalistene hovedsakelig henvender seg til. Journalistene i BT forholder seg til det som tilsynelatende er en bedre utrustet informasjonsavdeling i Helse Bergen, enn hva journalistene i Firda oppfatter informasjonsfunksjon i Helse Førde til å være. Journalistene i Firda mener ikke å ha merket noe særlig til informasjonssjefsstillingen som er blitt opprettet i Helse Førde. De bruker sine kilder og nære kjennskap til viktige lokale aktører og særlige lokale forhold når de trenger informasjon. Informasjonen de søker når de henvender seg til Helse Førde, er derfor ofte av en gravende karakter. Firda journalistene er samstemte i sin vurdering av informasjonsarbeidet i Helse Førde.

*”Jeg synes ikke vi har merket noe til informasjonsarbeidet til helseforetaket, hvis sant skal sies.”* Informant 3, Firda.

*”Den informasjonssjefsstillingen som de hadde der, den hadde ikke så stor effekt, annet enn at man fikk ut noen pressemeldinger og slike ting.”* Informant 4, Firda.

Journalistene i BT påpeker derimot at når de skriver opplysningsstoff har de god nytte av informasjonsavdelingen i Helse Bergen:

*”... altså for dagen så bruker vi jo informasjonsmedarbeideren som en kontakt, da. Og det er jo lettere å komme i kontakt med det medisinske personellet fordi at de, da... skal vi skrive en sak om mandler så kan vi ringe opp og si vi trenger å snakke med de som er ansvarlig for ”mandelbehandlingen”...”* Informant 2, BT.

Likevel presiserer journalistene i BT at de foretrekker å bruke kontaktene sine i organisasjonen fremfor informasjonsavdelingen:

*”Det blir jo etter hvert slik at du jobber opp kontakter, og det er enklere hvis en kan gå direkte.”* Informant 2, BT.

Journalistene i BT mener velviljen fra foretakenes side angående opplysninger av medisinskfaglig karakter har en nær sammenheng med at sykehussektoren etter reformen har fått en mer lukket beslutningsstruktur, og at det eksisterer en konkurransesituasjon mellom foretakene for å tiltrekke seg pasienter:

*“Fordi nå behøver de å markedsføre sykehuset, markedsføre den forskningen de driver, og den, ja, den behandlingen de driver. ... Det merker vi ved at de er mer åpne,*

*de er ikke så nøye med... for 10 år siden kunne det være vanskelig å komme inn på en avdeling. Og hvis du spurte om å få snakke med en pasient, så svarte de at det kunne være helt umulig fordi de var underlagt taushetsplikten.” Informant 2, BT.*

### **En mer lukket sykehussektor?**

Samtlige av journalistene mener tilgangen på informasjon i tilknytning til helsestoff som omhandler beslutninger og prioriteringer av ulike slag innen sykehussektoren er blitt mindre tilgjengelig etter reformen. Journalistene mener de ansatte på sykehusene, inkludert de tillitsvalgte, er blitt mer tilbakeholden til å gi media informasjon av en ikke medisinsk karakter. Dette begrunner de delvis ulikt, men de fremhever særlig at de tillitsvalgte er blitt mer skeptiske til å snakke med media.

Journalisten i BT som hovedsakelig skriver om helsesaker med et politisk tilsnitt (informant 2), bemerker at informasjonsavdelingen i Helse Bergen er veldig profesjonell i relasjon til ovennevnte tema. Han mener foretaket har lagt ned tid og penger i å utforme en mediehandteringsstrategi. I saker som handler om styringen av foretakene, benytter han seg ikke av informasjonsavdelingen, men sine kilder i organisasjonen. Han påpeker dessuten at de tillitsvalgte er langt mer skeptiske til å snakke med media etter foretaksorganiseringen, og at det generelt sett forekommer langt færre ”lekkasjer” i organisasjonen enn da den var et fylkespolitisk anliggende.

*”Fordi – det er kommet etter foretakene, nå som tidligere var det ganske lett å ha kontakter blant de tillitsvalgte og de kunne si ganske mye. Det er vanskeligere nå, altså. Han legger også til: ”Ja, de tillitsvalgte er mindre åpne. Jeg har inntrykk av de ikke tør ha noe særlig kontakt med oss.” Informant 2, BT.*

Informanten setter dette inn i en større sammenheng ved å peke på informasjonsavdelingens arbeid i Helse Bergen;

*“... de [informasjonsavdelingen] er ganske profesjonelle på de mer politiske tingene. At de holder der [tilbakeholden med informasjon], og har nok sikkert brukt ganske mye midler på mediestrategi.” Informant 2, BT.*

Firda journalistene merker også det har skjedd en endring i kontakten med kilder internt i sykehussektoren. En av dem forteller at han har hatt intervjuavtaler med ansatte i foretaket for

å belyse hvordan omstruktureringer og nedskjæringer har påvirket dem og pasientene. Personene han har skullet intervju har trukket seg ved flere anledninger.

*”De tiltakene har jo allerede vært gjort, hvordan merker dere det? Hvis en prøver å spørre om det får en ikke noen på sentralsykehuset til å stille opp og svare på det”.*  
Informant 4, Firda.

*”For de som jobber der, så er det klart det og åpent å kritisere sjefen - klart det koster.”* Dette uttaler informant 3 som også jobber i Firda. Han har opplevd at ansatte han har skrevet om i avisen har måttet tåle sterk kritikk fra foretakets side i etterkant.

Blant ledelsen på sykehuset er det også en endring å spore etter reformen, angående informasjonstilgjengelighet. Journalistene vektlegger at åpenheten rundt vedtakene var større da sykehusene var et fylkeskommunalt ansvar. På daværende tidspunktet var styremøtene åpne<sup>21</sup>, og styredokumentene bar ikke så sterkt preg av tekniske og bedriftsøkonomiske termer. Journalistene i begge avisene trekker frem avpolitiseringen som forklaring på det de oppfatter som en mer lukket sykehussektor.

*”Ja, de [fylkespolitikkerne] var jo, de kommenterte jo sakene, det gjorde de. Det var jo åpne møter, det var jo helse - og sosial, det var jo fylkesutvalget som var det høyeste politiske myndigheten.”* Informant 2, BT.

Han utdyper påstanden ved å sammenlikne kontaktmønsteret slik det fungerte før sykehusreformen:

*”Ja, og det ble ført en mye mer aksjonistisk helsepolitikk. Altså, vi kunne jo, vi fikk jo mye mer tips om at nå var det nedlegginger på gang. Det var nok også en tendens til å krisemaksimere i forbindelse med budsjettbehandlingen, spesielt. Det tror jeg nok. Og de brukte oss mer enn vi bruker dem nå. Det var en mye åpnere... nå er dette lukket. Vanskelig og til dels – det kreves store, det har krevd ganske store ressurser også komme... det er et ganske problematisk felt, det der.”*

Informant 2 beskriver at sykehussektoren er blitt mer lukket fordi det kreves større ressurser for å få innsyn i beslutningsprosesser etter foretaksorganiseringen. Når aktører internt i

---

<sup>21</sup> Da sykehusreformen ble iverksatt 1.1.2002, avgjorde det enkelte foretak om de ønsket at styremøtene skulle være åpen for offentligheten. Foretakene ble pålagt å holde åpne styremøter fra 1.1.2004. (St.prp.nr 1, 2003-2004).

sykehussektoren tar kontakt med media etter foretaksorganiseringen er det for å få ut positiv informasjon om sykehusene.

*”Men de [fylkespolitikernes] har jo definert seg selv til å være vaktbikkje for helsetilbudet i Sogn og Fjordane for at det ikke skal bli dårlig.”* Informant 4, Firda.

Han legger til:

*”Nei, jeg merker det, det kan jo være at de bruker større ord enn da de satt med ansvaret selv.”* Og: *”Ja, nå har de ganske sterke meninger. Sterkere meninger enn før.”* Informant 4, Firda.

Politikerne har etter journalistenes skjønn en etterpåklok og mer aktiv holdning i forhold til sykehussektoren etter at ansvaret for sykehusene ble avpolitisert på fylkekommunalt nivå.

*”Men de som var fylkespolitikere da reformen ble innført og som særlig var i mot den, de har jo vært ganske aktive.”* Informant 2, BT.

*”Ja, det har endret seg i den forstand at plutselig så er der ... den mest markante endringen er jo hvordan en del fylkestingspolitikere som ikke var spesielt flink til å skjøtte sykehusene sine – hvordan de plutselig står frem som og sier: Hva var det jeg sa?”* Informant 3, Firda.

Informant 4 i Firda mener at politikerne ofte uttalte seg med tanke på egen posisjon og parti. Det ble mer en prinsippdebatt om sykehussektoren, uten at det ble en debatt om aktuelle løsninger på sykehussektorens problemstillinger i fylket.

*”Fordi at de debatterer ikke – det blir sånn; takk for sist – ”hvem er flinkest av oss?” diskusjon i stedet for å gå inn og diskutere de vanskeligste tingene som trenger de vanskelige løsningene og de vanskelige svarene.”* Informant 4, Firda.

### **Lukkete styremøter**

Inntrykket av hemmelighet etter foretaksorganiseringen er den gjeldende forestillingen blant journalistene. Dette begrunnes i praksisen med lukkede styremøter som både Helse Vest, Helse Bergen og Helse Førde innførte i 2002.

*Hvordan i all verden skal noen som helst ha tillit til et vedtak, når en ikke aner hvilket grunnlag det er fattet på?! Og si: dette her er ikke offentlig, det er et foretaks styremøte. Jeg mener det er en avdemokratisering.” Informant 3, Firda.*

Informant 4 i Firda mener at foretakenes lukkede holdning til omverden etter reformen var en uklok vurdering:

*”Vi alene vite, og de kløktige hjernene vi skal finne ut av dette her. Det var tabbe nr 1. Tabbe nr 2 var at de lukket dørene.” Det siste feiltrinnet mener han bunner i arroganse: ”... jeg følte at de [personer i styret og administrasjonen i Helse Førde med bakgrunn i det private næringslivet] gikk i den fellen at de kom med det private næringslivs arroganse ovenfor offentlig sektor, at fylkeskommunen er byråkrati som ikke kan drive effektivt. Som ikke kan, som bare sitter og skriker etter større overføringer.” Informant 4, Firda.*

En av journalistene i BT uttrykker bekymring over utviklingen som peker i retning av en mer lukket informasjonskultur i sykehussektoren, siden dette vil påvirke helsejournalistikken:

*”At vi skriver mer om – det vi greier å skrive om medisinsk stoff.” Informant 2, BT.*

Han stiller seg kritisk til helsestoffets verdi dersom det hovedsaklig skal dreie seg om enkeltsaker, forbrukerorientert helseopplysning og medisinske nyheter. Han frykter at media stadig vil skrive flere slike ”enkle saker.”

Journalistene fra BT og Firda henvender seg i stor grad til administrasjonen i det aktuelle foretaket for å få informasjon. Årsaken slik de fremstiller det, er at disse personene har innsikt i viktige saksfelt, og autoritet til å kunne svare på spørsmål.

*”Jeg vil si at ledelsen i Helse Bergen er blitt en viktigere kilde.” Informant 2, BT.*

Han mener at etter reorganiseringen til foretaksmodellen er ansvarslinjene blitt uklare, og det er vanskelig å få uttalelser fra de involverte aktørene i viktige saker.

*”Det som først og fremst slår meg når det gjelder den politiske beslutningsprosessen er det at det er en voldsom pulverisering av ansvaret.” Informant 2, BT.*

Han oppfatter det slik at autonomien og ansvarsdelegeringen til de regionale og lokale foretakene fra statlig hold gjør det mer diffust hvem som har ansvar for å iverksette føringene

fra statlig hold. Er det politiske myndigheter, Helse Vest eller de lokale foretakene som kan ansvarliggjøres når budsjettunderskuddet er et faktum? Denne problemstillingen er journalistene i Firda også kjent med:

*”... men min er faring er at litt... og at blir trykket stort nok på medlemmene i et styre så begynner de og å snakke. Men gjerne ikke før du kontakter de. Og gjerne ikke slik at de står frem og lar seg intervju av noen, men de snakker”.* Informant 4, Firda.

## **6.4 Helse Bergen og Helse Førdes mediehandtering**

I denne delen vil informasjon fra intervjuene med aktørene fra sykehussektoren bli presentert. Først presenteres intervjuene med de to informantene i hver av administrasjonene i Helse Førde og Helse Bergen. Deretter vil intervjuene med hver av informantene i administrasjonen på Haukeland Sykehus og Sentralsykehuset i Sogn og Fjordane (SSSF) før reformens inntreden bli presentert.

### **6.4.1 Helse Bergen og Helse Førdes forhold til omverden**

Begge informantene vektlegger at sykehusene, nå representert ved de lokale foretakene, har et annet forhold til omverden, hovedsakelig media, enn da de var et fylkeskommunalt anliggende.

*”Mer bevissthet om at helsevesenet er ikke en sånn øy for seg selv som kan på en måte holde på med sitt uten å ta inn over seg den ... behovet for kommunikasjon, da, med omverden”.* Informant 5, Helse Førde.

Informanten i Helse Bergen sier at informasjonsarbeidet ved sykehuset har endret seg etter foretaksorganiseringen:

*”Nei, de var jo ikke så mye informasjonsavdeling, hva skulle informasjonsavdelingen ... det ble produsert noen brosjyrer og årsmelding og kontakt med media kanskje.”*  
Informant 6, Helse Bergen.

Informanten i Helse Førde ordlegger seg slik for å beskrive endringen i forholdet med sykehussektoren og omverden:

*”Det er jo en tradisjon for at helseinstitusjonene levde sitt eget liv da de var i fylkeskommunen...”* og *”... så det kan hende, den tradisjonene på en måte har fulgt litt videre inn i den nye organiseringen...”* Informant 5, Helse Førde.

Han utdyper dette ved å si at tilrettelegging av informasjonen ikke er godt nok etablert utad. Det samme gjelder forståelsen av at når media henvender seg skal dette skje gjennom den nyopprettede informasjonsavdelingen.

### **Målsetning med informasjonsarbeidet**

Forholdet mellom sykehussektoren og omverden slik det fungerte før reformen, står i sterk kontrast til hva de mener informasjonsavdelingene i foretakene har som viktige arbeidsoppgaver:

*”... intern info til alle i organisasjonen og det er eksternt info til befolkningen der ute og så er det også viktig å ha et eksternt fokus på pasientinformasjon, selv om det og er en del av befolkningen, selvsagt.”* Informant 5, Helse Førde.

*”Ja, vi skal jo ha ansvaret for all kommunikasjon eksternt og internt.”* Informant 6, Helse Bergen.

Informanten i Helse Bergen legger også til at helseopplysning er en del av forpliktelsen til foretaket.

### **6.4.2 Innhold i kommunikasjonsplanen**

At informasjon og kommunikasjon er blitt en mer prioritert oppgave i sykehussektoren, kommer frem i vektleggingen av strategiplanen som verktøy for å nå målsetningen i foretaksadministrasjonene. Når informantene i administrasjonen i foretakene beskriver hva som preger informasjonsplanene til foretakene vektlegger de ulike aspekter:

*”Blant de verdiene vi skal bygge på er jo åpenhet og ytringsfrihet. At Helse Bergen skal ha stor takhøyde for diskusjon og meningsutveksling.”*

Informant 6, Helse Bergen.

Informanten til Helse Førde fremhever den praktiske målsetningen med strategien, snarere enn hvilke verdier den bygger. Samtidig legger vedkommende til at det er en prioritert oppgave å revidere informasjonsstrategien for foretaket i relasjon til media.



*”Ja, det er og selvfølgelig nevnt litt i forhold til intern [kommunikasjon], det går mer på hvordan man svarer utad, hvordan man organiserer seg internt for å svare utad.”*

Informant 5, Helse Førde.

### **Hvordan arbeider informasjonsavdelingene for å nå ut med foretakets budskap til media?**

Informanten i Helse Bergen fremstiller informasjonsavdelingen i foretaket som en nyhetsredaksjon når vedkommende beskriver hvordan de arbeider med ekstern og intern informasjon:

*”..men vi skal være en nyhetsredaksjon som er oppdatert på ting som skjer, nyheter også sånn.”*

Dette utdyper informanten senere i intervjuet:

*”Hvordan fungerer en redaksjon i forhold til når du skal ta kontakt, hvordan du legger frem saker og timer det og, ja...”*

Videre sammenlikner informanten denne ”nyhetsredaksjonens” virke med markedsføring:

*”Du skal selge en vare, selge et budskap. Og dette med sånn marketingsmiks og finne målgrupper og rendyrke, og alt det der som markedsførerne er kjempegode på, det er vi nødt til å gjøre når vi jobber med kommunikasjon også.”* Informant 6, Helse Bergen.

Informanten påpeker viktigheten av å være proaktiv i forhold til media, og at de som jobber med informasjonsfunksjonen samarbeider tett med ledergruppen i foretaket:

*” Man må være litt mer målrettet i forhold til det [omverden],.. ikke bare sånn nå har vi en god sak vi ringer BT, men prøve å tenke litt mer sånn strategisk i forhold til hvilke områder er det vi trenger litt oppmerksomhet på nå?”*

Videre gir han uttrykk for at det er enkelt å få en sak i BT, dersom de gjør skikkelige forberedelser, og er aktive i forhold til media:

*”At vi tar kontakt med media og får de til å gjøre noe på det. For å vise frem smørsiden, det er en viktig bit av det og. Men det vi vil er jo å fortelle alt det positive som skjer også, for det er så lett å bli overskygget av den førstesiden med noen som er blitt feilbehandlet.”* Informant 6, Helse Bergen.

Helse Førdes informant peker på andre aspekter ved arbeidet, når vedkommende redegjør for hvordan de arbeider. Informanten tegner et bilde av Helse Førde som mindre aktive i forhold til media, sammenliknet med Helse Bergen:

*”Veldig mange hensyn, det er mange du skal nå gjennom ulike kanaler og på ulike måter, det er krevende å nå ut med fakta. Det er veldig masse utfordringer hele tiden...”* Informant 5, Helse Førde.

Samtidig presiserer informanten i Helse Førde hvor viktig det er å gå ut med informasjon på velvalgte tidspunkt, samt den interne arbeidsdelingen for å mestre dette.

*”Hvordan man skal få spredd info til riktig tidspunkt ... på hvilken måte, og hvem som har ansvar for hva.”* Informant 5, Helse Førde.

Likevel stiller vedkommende seg noe passiv i forhold til media, ved å gi uttrykk for de uforutsette kravene media stiller til foretakets informasjonsfunksjon:

*”Men så skjer det jo hele veien uforutsette ting som gjør at en må tilpasse og gjerne legge mer inn der som ikke har vært planlagt i utgangspunktet. At en får medieomtale som en ikke hadde regnet med og det kommer litt forskjellige sårne ting inn. Og det er jo ting vi ikke kan kontrollere.”* Informant 5, Helse Førde.

I tillegg sier informanten at det hovedsakelig er media som tar kontakt med foretaket, og informasjonsavdelingen forsøker å svare på disse henvendelsene:

*”Men den siste tiden kan jeg vel heller si at det kanskje er media som har tatt kontakt med oss, nå de har funnet saker som de er interessert i å få belyst.”* Informant 5, Helse Førde.

Videre gir han uttrykk for at medietrykket på foretaket er stort, og at media følger foretaket med falkeblikk.

*”Slik at vi er jo, forholdet er vel kanskje preget av at en føler en er veldig under lupen hele tiden. Og at en må være på vakt på en måte. At alt en gjør kan bli ... stor interesse fra media.”* Informant 5, Helse Førde.

**Bruk av internett:**

Begge informantene vektlegger internett som et viktig verktøy for å nå ut med informasjon til omverden. Informanten i Helse Førde forteller at foretaket forsøker å benytte internett aktivt som en informasjonskanal i forhold til media:

*”Altså, vi har vært veldig aktiv i forhold til å sende ut pressemeldinger og legge på nettet, og sende ut... Altså at vi legger til rette for at media i større grad enn til å begynne med iallfall får innsyn i saksdokumenter og styremøter, protokoller og det som er av sakspapirer knyttet opp mot de enkelte spesielle sakene. Ellers sender vi ut på e-post og legger ut på nettet og er ganske offensive på det da, og som sagt litt pressemeldinger har jo vært sendt ut.”* Informant 5, Helse Førde.

Helse Bergen gjør i likhet med Helse Førde relevante saksdokumenter tilgjengelig på internett i forkant av styremøter. Informasjon om andre aktiviteter som foregår innad i foretaket blir også publisert via nettet.

*”... [informasjons]avdelingens oppgave [er blant annet] å legge til rette for innsyn i forkant, sant, legge ut på nettet både saksliste, innkalling og sakspapirer, være tilstede på styremøtene, sendte ut pressemelding når det er aktuelt. Så det har jo endret seg at det er litt mer enn det var før”* [bruk av internett da sykehusene var fylkeskommunens ansvar.]. Informant 6, Helse Bergen.

**Ansattes utspill i media og lojalitet til organisasjonen**

Informant 6 i Helse Bergen mener at lojaliteten blant de ansatte alltid har vært tilstede. På tross av dette påpeker han at da fylkeskommunen var ansvarlig for foretakene, tok man gjerne omkamp i media på omstridte vedtak fattet i fylkestinget. Særlig mener han dette gjaldt økonomiske anliggende grunnet fylkespolitikere som tenkte på å bli gjenvalgt. Nå mener han situasjonen er slik at man i større grad kjemper for sine saker innad i foretaket, og dersom man taper kampen, så forbereder man seg og kommer sterkere tilbake i neste omgang. Han påpeker at lojalitet er viktig, og diskusjonen om et vedtak skal foregå internt og i forkant av styremøtene.

*”Og det går vel både litt på innskjerping, at det er sagt at man kan ha en kjempediskusjon innad, og man skal ha en diskusjon innad før man får lagt opp et budsjett, men når vedtaket er fattet i lovlige valgte fora så skal man faktisk være lojal mot det.”*

Informant 6, Helse Bergen

Helse Førdes administrasjon ønsker også å håndheve prinsippet om lojalitet, og påpeker at diskusjonen skal være i forkant av et vedtak. Særegent for dette foretaket er at det hovedsakelig er på ledernivå administrasjonen forventer lojalitet blant sine ansatte, i anliggender relatert til media.

*”Det som jeg mener er blitt sagt i fra administrerende direktør [...] er at han forventer lojalitet fra leder. Da skal vedtak aksepteres og en skal bruke de interne kanalene i forkant av et vedtak slik at folk skal ha muligheten til å bli hørt. En skal legge til rette for det. Slik at ledere må en kunne forvente at de skal holde seg lojal til de vedtak som blir fattet.”* Informant 5, Helse Førde.

Helse Førde opererer med et strikt skille mellom hvordan ledere og andre ansatte i foretaket har i forhold til å utvise lojalitet i media:

*”Men en kan ikke i samme grad pålegge vanlige ansatte, for å bruke et sånt uttrykk, den lojaliteten. Så der har jo vært en del, eller noen medieutspill i fra [vanlige] tilsatte og det har vi i grunnen ikke tatt opp med dem direkte. Det har ikke fått noen etterspill på en måte.”* Informant 5, Helse Førde.

### **6.4.3 Forholdet mellom foretakenes ledergruppe og media**

En av de viktige aktørene i Helse Bergens ledergruppe forteller at de ønsker å være åpen og:

*”få tingene ut og fortelle hvem vi er.”* Informant 7, Helse Bergen.

Når han snakker om media sier han at forholdet mellom ham og media fungerer godt, og at relasjonen er preget av gjensidig kontakt. Forholdet til journalistene i media er preget av tillit; han kan fortelle dem mer enn hva som kommer på trykk. Den generelle dekningen av sykehusstoff er han likevel skeptisk til:

*”... skulle nok ønske at media var litt bedre til å fortelle det gode også, og ikke bare det dårlige.”* Informant 7, Helse Førde.

Informanten fra Helse Førdes ledergruppe forteller at intensjonen fra foretakets side var å være proaktiv i forholdet til media. Dette viste seg å ikke nytte fordi media var opptatt av negative hendelser:

*”Men ellers prøvde vi så godt vi kunne og være, prøve å være litt aktive i forhold til media, men det viste seg at det er ikke så lett å selge stoff, de er mest interessert i skandaler har jeg inntrykk av.”* Informant 8, Helse Førde.

Han sier også at dette med lukkede styremøter gjorde at foretakene ikke fikk tillit verken hos media, eller i befolkningen generelt sett:

*”Så det [lukket styremøter] var med å skape en- veldig sterke reaksjoner, i hvert fall her i området og mistillit både til systemet og til de som jobbet med reformen og styret og administrasjonen.”* Informant 8, Helse Førde.

Helse Bergens policy til ansattes negative utspill i avisene er klar:

*”Altså, hvis det skjer så går jeg på personen og sier at dette her aksepterer jeg ikke en gang til. Nei, for her skal vi gå linjen og her skal vi ta tingene internt. Jeg skal ikke ha en sånn diskusjon i media, det aksepterer jeg ikke. Så, ja, det føler jeg at folk begynner å skjønne.”* Informant 7, Helse Bergen.

Helse Førdes informant mener at lojalitet, særlig blant lederne, skal ligge hos foretaket når ansatte har kontakt med media. Han vektlegger at forholdet mellom ham, administrasjonen og ledergruppen angående å takle mediesituasjonen fungerer utmerket. Han antyder at fagpersoner tilknyttet foretakets mindre behandlingssituasjoner er blant ansatte som i liten grad har benyttet de interne diskusjonskanalene, og heller figurerte hyppig i media for å fremme sine synspunkt.

*”Det har mest fagpersoner, fagpersoner og aksjonister, aksjonsgrupper, også enkeltindivid”. Informant 8, Helse Førde.*

#### **6.4.4 De politisk styrte sykehusenes forhold til media.**

Intervjuene med informantene fra administrasjonen på sykehusene ble gjort for å vise en eventuell holdningsendring innad i sykehussektoren til media. Informantene har sterke meninger om media og dekningen av helsestoff i likhet med sine etterfølgere i Helse Bergen og Helse Førdes administrasjon. Hovedinntrykket er media som sensasjonsjeger, med utpreget sans for saker av negativ karakter.

Den tidligere ansatte i administrasjonen på Haukeland Sykehus snakker i klare ord om sitt kjølige forhold til media:

*”Jeg har sett hvor feil og upresis ting blir. Nesten systematisk galt, det gjør at jeg blir skeptisk...”* Informant 9, Haukeland Sykehus.

Selv la han mindre vekt på å holde kontakt med media, og å være en aktiv informasjonsbudbringer. Informanten fra Sentralsykehuset i Sogn og Fjordane (SSSF) mener media vinklet helsestoff som andre typer materiale. Det ble *”litt sensasjonspreget”*, som han selv uttrykker det.

*”Det er avvikssaker med negativt fortegn det blir lagt vekt på, mye styr rundt det. Mens positive utviklingsiltak det er mindre interessant altså.”* Informant 10, SSSF.

Når han ser tilbake, mener han at informasjonsarbeidet til SSSF ikke var godt nok:

*”Og jeg som type jeg var ikke den aktive med å gi informasjon både åpen og mer skjult informasjon til media. Og det førte til at du gjerne kom litt på helene.”* Og: *”Men jeg innrømmer at vi kunne ha brukt noe mer tid på å presentere sakene for dem [media].”* Informant 10, SSSF.

I sin fremstilling legger informanten fra SSSF mest vekt på ansattes utspill i media, og hvordan de internt måtte bruke tid og energi på å ordne opp i etterkant. For å illustrere hvor galt han mener ansattes utspill i media kunne være, fremfor å benytte interne diskusjonsfora, snur han situasjonen på hodet;

*”For jeg vil si at en tilsatt som er misfornøyd med sine arbeidsvilkår eller sin sjef han skal løse dette problemet internt, ikke via avisene. Jeg vil ikke som leder gå ut og kritisere en tilsatt. Det vil jeg aldri gjøre!”* Informant 10, SSSF.

Uttalelsene i media, fra ansatte, så ikke informanten som satt i administrasjonen på Haukeland Sykehus som et spesielt problem. Etter hans mening var det bare å vente at ansatte, ofte med fagforeningen i spissen uttalte seg høylytt i media:

*”... fagforeningen måtte vi jo alltid akseptere, de har jo sin legitime rett til å uttale seg på fritt grunnlag, andre, ja det var ikke så veldig mye. Men det manglet nok litt på forståelsen av hva som kunne ut i avisene.”* Informant 9, Haukeland Sykehus.

Det hendte at saker kom ut i media, som gjorde at han kontaktet den ansatte som ansvarlig for oppbudet. Selv sier han:

”Det *skjedde et par ganger, men det var aldri noen større sak*”. Informant 9, Haukeland Sykehus.

Intervjuene med representanter fra administrasjonen på Haukeland Sykehus og SSSF viser at ansatte også før reformen brukte media som lufteventil for sterke meningsutbrudd. Informantene mener at de ansatte brukte media strategisk med sikte på å få gjennomslag for sine synspunkt i enkelte tilfeller hvor de var uenige med beslutninger ledelsen hadde gjort. Det kommer tydelig frem at medias dekning av helse- og sykehusstoff, på begge tidspunkt i studien, handler om saker med negativt tilsnitt. Forskjellen mellom sykehussektorens håndtering av media før og etter reformen er vektleggingen av lojalitet til foretakets vedtak, og respekt for at diskusjoner skal foregå internt og i forkant av omstridte beslutninger. Dette var et sterkt ønske fra administrasjonen før reformen. Det er likevel i tiden etter reformen, når informasjonsfunksjonen i foretakene blir oppgradert, at dette får et tydeligere gjennomslag. Administrasjonen i foretakene setter pris på dette. Journalistene mener dette er bekymringsfullt, og uttrykker en frykt for at media vil ende opp med solskinnshistorier, flere opplysningssaker, eller ”*enkle saker*” som en av dem uttrykker det.

Videre vil jeg presentere medieføljetonger som illustrerer hvilke aktører som uttaler seg i media, og i hvilke sammenhenger det skjer i.

### **6.5 Medieføljetonger som illustrative case.**

Medieføljetongene er ment å fungere som illustrative case på ”typiske saker” avisene skriver om i 1995 og 2003. Casene er nyttige for å trekke frem poenger fra intervjuene som jeg har presentert tidligere i kapitlet. Ved å bruke triangelhypotesen<sup>22</sup> (Hernes og Eide 1987) blir det tydelig hvordan ulike aktører i omgivelsene vekkes til live når betydningsfulle saker blir satt på dagsorden. ”Svarteper”-situasjonene som skapes mellom ulike aktører og på ulike politiske nivåer kommer klart frem i casene fra 1995. Casene gjør det mulig å samle trådene fra det kvantitative og kvalitative datamaterialet.

---

<sup>22</sup> Triangelhypotesen er brukt som metodisk verktøy. Se metodekapittel, avsnitt 4.4, for nærmere beskrivelse.

### 6.5.1 Case 1: Barneklubben ved Haukeland Sykehus. BT 1995.

Det første eksempelet er hentet fra en føljetong i Bergens Tidende i 1995, hvor Barneklubben på Haukeland Sykehus får mye oppmerksomhet. Dramaet utspiller seg fra 6.–9. februar. Første dagen går pårørende ut i avisen under overskriften ”*Lenker seg fast neste helg.*” De klager over dårlige forhold når deler av Barneklubben legger ned driften i helgene for å spare ressurser. Den 7. februar er de pårørende fremdeles aktive med leserinnlegg og de lar seg intervju av journalister (”*Gjør vondt verre.*”, ”*Riktig eller gal sparing.*”). Den 8. februar skriver BT at styret på Haukeland Sykehus har omgjort vedtaket om å slå sammen avdelingen i helgene, selv om sykehuset sliter med økonomiske problemer. Denne dagen er pasienter med pårørende, sykehusdirektøren og avdelingslegen på Barneklubben og ordføreren ute i avisen. To av avisoverskriftene lyder ”*Vi vant, mamma!*” og ”*Seier for syke barn.*” Sykehusdirektøren argumenterer for at sykehuset ikke har gjort dårlige prioriteringer. Legen påstår at sammenslåingen ikke er medisinsk forsvarlig. Kommunepolitikeren påstår at Hordaland fylkeskommune belaster Bergen kommunes budsjett hva angår helseøkonomiske prioriteringer. Overskriften lyder ”*Bredside mot fylket.*” 9. februar er en fylkespolitiker intervjuet, og legger ansvaret for økonomisk problem i fylkeskommunen over på regjeringspartiet i artikkelen ”*Ap får skylden.*” Alle de fire typene av aktører i helsefeltet argumenterer til sin fordel, og legger delvis skylden på hverandre i løpet av fire dager. Saken avsluttes med at den foreslåtte sammenslåingen ikke finner sted.

Saken bunner i pårørendes og pasienters misnøye med et forhold sykehuset har ansvar for. Eksempelet viser hvordan det ”fylkespolitiske” sykehuset ofte fremstod i media. Helse- og sosialutvalget i fylkestinget hadde ansvar for sykehusenes budsjett, noe som raskt brakte politikerne på banen. Politikere fra kommunalt og fylkeskommunalt hold er representert sammen med administrasjonen i sykehuset (direktøren), og dette var kjente aktører i avisspaltene i tilknytning til helse- og sykehusstoff før reformen. Denne saken blir også brukt til å understreke at sykehusene behøver økonomiske tilleggsmidler for å ivareta sine funksjoner på en forsvarlig måte. ”Svartepersillet” om økonomi kommer tydelig frem, og spillsituasjonene foregår på flere politiske nivå. Saken kan også tjene som eksempel på kravene journalistene stiller til en sak om helse- og sykehusstoff. Temaet i føljetongen er relevant, oppsiktsvekkende og enkeltpersoner i form av pasienter og pårørende får frem det menneskelige aspektet i saken.



## 6.5.2 Case 2: Direktørstriden ved Sentralsykehuset i Sogn og Fjordane. Firda 1995.

Avisutvalget for Firda i 1995 begynner 2. januar, og da har saken allerede versert i mediene en stund. Medieføljetongen det blir referert til finner sted fra 24. januar til 27. januar. Saken avtar etter hvert i styrke, men mediene fortsetter å dekke temaet til midten av mars. Saken oppstår i kjølvannet av at Fylkessykehuset i Florø skal organiseres som to avdelinger under administrasjonen ved Sentral Sykehuset i Sogn og Fjordane (SSSF). Det hersker strid om gjennomføringen av tiltaket på flere plan. Politikerne, helsepersonellet på sykehusene og innbyggerne på de berørte stedene er med i ordskiftet.

Stridens kjerne i denne delen av føljetongen er hvordan direktørstriden håndteres av fylkespolitikere. Media avslører at det har vært svikt i sakshåndteringsprosedyrene, da det ble vedtatt at sykehusdirektøren på SSF skulle fratse sin stilling, blant annet fordi møtet hvor dette vedtaket ble gjort skjedde bak lukkede dører. Fylkespolitikere argumenterer for at han ikke vil kunne opptre høvelig i forhold til sammenslåingen, fordi han på daværende tidspunkt var direktør på SSSF. Samtidig vedtas det at eksdirektørens nære kollega som på daværende tidspunkt var økonomisjef på SSSF, skal fungere som konstituert direktør etter sammenslåingen av lokalsykehuset i Florø og SSSF. 24. januar skrev Firda i artiklene *"Vart informert gjennom omvegar"* og *"Fremste helsepolitiker halden totalt uvitande"* at lederen for Fellesstyret i fylket ble holdt utenfor prosessen hvor det ble avgjort at SSSFs direktør skulle avtre. Flere aktører involverer seg nå i debatten. Strakstiltak blir satt i verk: *"Fylkesutvalet blir sett under gransking"* uttalte lederen i fylkeskommunens kontrollutvalg. Fylkesrådmannen og fylkesordføreren uttaler seg samme dag under overskriftene *"I grenselandet"* og *"Kanskje regelbrot, men godt behandla"*. Konflikten mellom politikere og administrasjonen i sykehusene får med dette ny giv, fordi aktørene ikke er enige om sakshåndteringsfeilen er så graverende at saken må tas opp på nytt. Flere fylkespolitikere er også intervjuet og gjør klart at de er *"Open for å ta saka opp att"*, som overskriften på intervjuet med Senterpartiets gruppeleder 25. januar lød. Legerådet ved SSSF støtter ham i dette. Dagen etter bringer media budskapet *"Krev direktør-saken teken opp att."*, hvor Legerådet uttrykker sin mening.

Mediedekningen av denne striden viser at den åpne strukturen med fylkeskommunen som sykehuseier gav journalistene godt innsyn i sykehusene. Fylkesbyråkrater, politikere,

medisinsk ansatte og tillitsvalgte i ulike fora deltar i mediedebatten. Engasjementet blant ansatte i saken tyder på at forholdet mellom aktører internt i sykehussektoren og media er åpent. Fylkespolitikernes svarteperspill utspinner seg i media, og resultatet er at sykehusdirektøren ofres. På bakgrunn av intervjuene med journalistene er det lett å se hvorfor saken får oppmerksomhet. Temaet er ømtålig og sverter fingrene til de ansvarshavende politikerne. Nærhetsaspektet og relevansen ovenfor innbyggerne er tydelig, og saken rører ved det skjøre samarbeidet som har preget forholdet mellom lokalsykehuset i Florø og SSSF. Den oppsagte direktøren blir fremstilt i media som sakens ansikt, og gir striden en menneskelig side.

Begge føljetongene er eksempler på hva BT- journalistene kaller ”krisemaksimering” og ”aksjonistisk helsepolitikk” som de mener var typisk da sykehusene var et fylkespolitisk ansvar. I det første caset er det fylkespolitikerne som bevilger ekstra penger, og dermed fremstiller seg som ansvarlige. Det andre caset viser hvordan aktører internt i sykehussektoren bruker media for å få frem sine synspunkt ovenfor fylkespolitikerne. Caset om direktørstriden viser hvor viktig lokale forhold er for at en sak skal være nyhetsverdig. Firda journalistene fremhever sterkt viktigheten at sakens lokale tilknytning som et viktig nyhetskriterium.

### **6.5.3 Case 3: Transmedica-saken i Helse Førde.**

Da Helse Førde stod midt oppi debatten om funksjonsfordeling av sykehustjenestene i foretaket i januar 2003 kom ”Transmedica- saken” på dagsorden. Lokalsykehuset i Florø sin skjebne var fremdeles uviss, og motstanden mot å endre sykehusstilbudet i Flora kommune var stor. Via kilder fikk Firda rapporten som ble laget av vikarbyrået Transmedica, som Helse Førde også benyttet for å rette opp i legemangelen i foretaket. Rapporten kritiserer ledelsen ved medisinsk avdeling ved Sentralsykehuset i Førde, og slo fast at sykehuset i Florø ikke burde nedlegges. Inntil Firda setter fokus på rapporten har den vært holdt hemmelig, og styret i Helse Førde var ikke informert om rapportens innhold da mediestormen rundt saken braket løs 10.01.03.

10.01.03 er kommunelegen i Flora intervjuet, og overskriften lyder: ”*Sjukehus rapport slaktar sjukehusleiinga.*”. Han mener direktøren ved sentralsykehuset Anne M. Øvsthus bør gå. Årsaken er at rapporten avdekket manglende økonomisk styring og dokumentasjon på den medisinske kvaliteten ved medisinsk avdeling ved sentralsykehuset i Førde. Hovedoppslaget i Firda 11.03.03 er ”*Tilrådde videre drift i Florø.*” Avisen trykker hovedpunkter fra rapporten.

Det blir påpekt at rapporten tilrår videre drift i Florø, og at denne anbefalingen ikke er tatt med i strategiplanene til Helse Førde. Samme dag er fylkeslege Øgar intervjuet under overskriften *"Fylkeslegen: Gjer sjukehusrapporten offentleg!"* Hans budskap er at hemmelighold av rapporten undergraver tilliten til ledelsen i Helse Førde. Administrerende direktør i Helse Førde er intervjuet samme dag; *"Kapstad avviser hemmelighold"*. Han fremhever at rapporten ble bestilt fordi det var nødvendig med en gjennomgang av driften på medisinsk avdeling, og rapporten var ment til intern bruk. Han forteller også at rapporten skal legges frem for styret i Helse Førde i nær fremtid. Kommunelegen i Flora er igjen intervjuet og proklamerer *"Kutt hjelper ikkje."* Han argumenterer for at alle lokalsykehusene i foretaket må bestå. Lederen for folkeaksjonen mot nedleggelsen av sykehuset i Florø stiller spørsmålet; *"Ligg det meir i skuffa?"* Folkeaksjonslederen påpeker i dette oppslaget at problemet med mistillit til Helse Førdes ledelse vil tilta fordi rapporten ikke offentliggjøres.

13. og 14. januar 2003 er administrerende direktør i Helse Førde intervjuet (*"Kapstad er imot hemmelighald."*, *" Let vikarbyrå lage sjukehusrapporten"*). Han sier rapporten vil bli offentliggjort, og viser forståelse for kritikken om at vikarbyrået som formidler leger til foretaket fikk i oppdrag å gjøre undersøkelsen ved medisinsk avdeling. 14.01.03. er Transmedica- saken tema i lederkommentaren i Firda under tittelen *"Rett til å vite"*. I kommentaren *"Sjølvpåførte plagar"* fortsetter Firda å kritisere at rapporten ikke ble offentliggjort.

Styreleder i Helse Førde, Per Ytrehus, sier 15.01.03 at styret er kritisk til at rapporten ble holdt hemmelig. 16.01.03 er Ytrehus kilde i oppslaget *"Ingenting å halde hemmelig"*. I oppslaget kommer det frem at rapporten i sin helhet skal offentliggjøres. Administrerende direktør i det regionale helseforetaket Helse Vest er i oppslaget *"Kritikk frå Helse Vest"* klar i sin tale; rapporten burde vært lagt frem for styret. Både 16.01.03 og 17.01.03 avdekker Firda mer av rapportens innhold (*"Transmedica- rapporten om Florø sjukehus: kan ikke drivast vidare."*, *"Foreslår kutt i sengetalet i Førde"*, *"Pålagde altfor mange oppgåver"*). Lederkommentaren i Firda 17.1.03. kritiserer på nytt foretakets hemmelighold av Transmedica- rapporten (*"Nødvendig, men kva no?"*).

I intervjuet *"Mjølar si eiga kake"* (18.01.03) fortsetter kritikken mot at Transmedica fikk oppdraget. Først i intervjuet *"- Styret bestemmer"* 18.01.03 en uke etter at saken ble tatt opp i

media, tar direktøren ved sentralsykehuset i Førde, Anne M. Øvsthus bladet fra munnen og sier hun tar kritikken om håndteringen av rapporten til etterretning.

Medias fokus på saken gjør at mange aktører ønsker å fremme sitt synspunkt, de fleste av dem representerer det lokale og regionale helseforetaket. Caset viser hvordan avpolitiseringen virker i praksis, fordi ingen politikere uttaler seg om saken i media. En kjepphest i sykehusreformen var ledelse. Dette temaet fremheves flere ganger ved at Helse Førdes administrasjon får kritikk for å ha håndtert saken dårlig etter at den ble tatt opp i media.

## **6.6 Oppsummering av funn.**

Har medias forhold til aktører i sykehussektoren endret seg fra 1995 til 2003? For å få en klarhet i dette vil journalistenes forhold til kilder bli belyst med utgangspunkt i intervjuene og tallmaterialet.

Journalistene fra begge avisene mener forholdet til tillitsvalgte i sykehusene har endret seg etter reorganisering av sykehusene fra forvaltning til foretak. De begrunner dette med at ansatte har inntatt en mer skeptisk holdning til media, og er blitt mer forsiktige med å uttale seg offentlig. Dette gjelder spesielt tema i tilknytning til sykehusreformen som faller inn under lokal helsetjenestepolitikk. Det er også færre tips å hente fra disse aktørene, og vanskeligere å få dem til å bekrefte saker etter journalistenes oppfattning.

Journalistenes oppfatning av at en endring har funnet sted, blir gjenspeilet i det kvantitative materialet. "Tillitsvalgte" har sunket betraktelige som kilder i oppslag i Firda fra 1995 til 2003. I samme tidsrom har "administrasjonen i sykehusene" økt som kilde, spesielt gjelder dette i oppslag om "lokal helsetjenestepolitikk." Dette var temaet de tillitsvalgte utelukkende uttalte seg om i 1995. I BT er det mindre endringer i hvem som uttaler seg til media, men tendensen er den samme. De tillitsvalgte er i 1995 sjeldnere å finne som kilde i politisk betonte oppslag sammenlignet med Firda. Også i BT øker andelen av politisk betonte oppslag hvor administrasjonene er kilde.

Med utgangspunkt i journalistenes uttalelser om at ansatte i sykehussektoren, både tillitsvalgte og helsepersonell representerer viktige kilder, er holdningsendringen blant disse aktørene problematisk sett fra journalistenes ståsted. Denne endringen i forholdet mellom journalistene

og tillitsvalgte kan utdypes med uttalelser fra informantene i foretakenes administrasjon. Informantene i foretakenes administrasjon ønsker gunstig mediedekning av helsestoff, og de styrker informasjonsavdelingene med sikte på å oppnå dette. De påpeker at dette er en utfordrende oppgave, og at de ønsker å ha et åpent forhold til media. Dette ser ut til å lykkes i Firda der det er færre negative oppslag om sykehusstoff, samt en fordobling av nøytrale oppslag i 2003 sammenliknet med 1995. Dette tyder på at bildet media tegner av sykehussektoren i denne regionen er blitt noe mildere enn det var før reformen. Det er få endringer i måten BT fremstiller helsestoff på tidspunktene i undersøkelsen med hensyn til valg av tema. BTs vinkling av helsestoff fordeler seg slik at omtrent halvparten av oppslagene på begge tidspunkt er negativt ladet, mens de positive og nøytrale oppslagene utgjør om lag en fjerdedel hver. BT journalistene oppfatter det slik at informasjonsavdelingen er mer aktiv og velorganisert etter reformen. Journalistene benytter informasjonsavdelingen i Helse Bergen ofte, og den har lettet arbeidet med å komme i kontakt med fagfolk. Tilgang på informasjon når de skriver saker om opplysningsstoff er derfor blitt enklere. På bakgrunn av dette har informasjonsavdelingen i Helse Bergen tilsynelatende lykkes med å kanalisere ut positiv informasjon, spesielt opplysningsstoff. Samtidig påpeker journalistene at informasjonsavdelingen tilsynelatende er tilbakeholden med opplysninger om interne anliggender, og tema som er politisk betonte. Forskjellen som spesielt utpeker seg i mediedekningen av helsestoff i BT, er nedgangen i det totale omfanget av helsestoff fra 1995 til 2003. En mulig begrunnelse for at andelen helsestoff har sunket, og at fremstillingen på tross av endringene reformen har medført ikke har fått spesiell negativ omtale, kan være et resultat av informasjonsavdelingens bestrebelser og utskifting av aktører i media som ledd i dette arbeidet. Aktørene som uttalte seg i media før reformen, er blitt mer tilbakeholdne i følge journalistene. Administrasjonen i foretaket fremhever at ansatte skal ytre sin mening internt, og ikke via media. Samtidig er administrasjonen i sykehuset kilde i flere oppslag om helsestoff, spesielt om lokal helsetjenestepolitikk etter reformen.

Målsetningen om å påvirke debatten om sykehusene, og dermed få media til å uttrykke seg i positive termer om helsestoff, vitner om at ledelsen i sykehusene ønsker å legge føringer på den offentlige debatten. Dette øker foretakenes makt til å konstruere en oppfatning av foretakene. I forhold til idealet om en felles meningsutveksling er det problematisk at ansatte må forholde seg til en streng lojalitetsplikt når det gjelder å uttale seg om foretakenes drift og prioriteringer.

Det er lite som taler for at situasjonen i sykehussektoren ikke skulle være mer interessant for BT å skrive om etter reformen, grunnet alle omveltningene den førte med seg. Likevel synker andelen helsestoff i BT. Det kan tyde på at Helse Bergen får større arbeidsro til å implementere reformen, og at informasjonsavdelingen virker etter sin hensikt. Etter reformen synes mulighetene for innsyn i begrunnelser av beslutninger og prioriteringer å være svekket i begge foretakene. Foretaksorganiseringen gjør sykehusene mer selvstendige sammenliknet med de politisk styrte fylkessykehusene, og det blir vanskeligere for media å påvirke prosessen i forkant av vedtak ved en offentlig debatt.

I Firda har andelen helsetjenestepolitikk økt og debatten om sykehusene i større grad er tilstede. Administrasjonen har markert seg som kilde i disse oppslagene, og det tyder på at debatten etter reformen i større grad foregår på foretakets premisser. Dette understøttes også av tallmaterialet og intervjuene som viser at ansatte er mer tilbakeholden med innspill. Etter reformen er også andelen oppslag som handler om økonomiske spørsmål gått ned i avisene, og andelen oppslag om funksjonsfordeling har økt. Dette er naturlig ettersom nettopp plassering av tjenester er mer aktuelt enn tidligere etter. Poenget er likevel at det handler om økonomiske prioriteringer hvor sykehustjenestene skal være plassert.

En mulig forklaring på de ansattes tilbakeholdenhet i forhold til media etter reformen, er å finne i intervjuene med informantene i administrasjonen i Helse Bergen og Helse Førde. De fremhever at de tilrettelegger for at ansattes meninger i større grad enn før reformen skal bli tatt opp i interne fora i foretakene. Det skal være takhøyde for diskusjoner i forkant av beslutninger, og disse skal de ansatte være lojale mot når endelig bestemmelser er fattet. Begge foretakene har etter reformen innført en policy som tilsier at ansattes meninger om innføringer av endringer skal føres internt. Å gå ut i media er ikke lenger en godtatt måte å opponere mot ledelsen på. Informantene i Helse Bergens administrasjon fremhever dette spesielt sterkt.

Informantene i foretakenes strikte holdning til ansattes utspill i media er en kontrast til hvordan de tidligere toppledernes mening og reaksjoner på dette. De mente at ansatte enkelte ganger gikk over streken med medieutspill, men det ble ikke slått ned på i særlig grad. Dette kan ha sammenheng med at medias dekning av eksempelvis sykehusenes dårlig økonomiske situasjon, ofte førte til at ekstra midler ble tilført fra politisk hold. Det kan belyse hvorfor topplederne ved Haukeland og SSSF ikke anså ansattes utspill i avisene som et stort problem.

Informantene i administrasjonen ved Haukeland Sykehus og SSSF gav også uttrykk for at de personlig ikke hadde vært særlig medievennlige. De uttalte en skeptisk og mistroisk holdning til media, og de kontaktet sjeldent media på eget initiativ.

I Firda er det prosentvis flere politikere som uttaler seg i 2003 enn i 1995, på tross av avpolitiseringsen av sektoren. I 2003 uttaler politikerne seg også om nasjonal helsepolitikk i motsetning til i 1995, da politikerne utelukkende uttalte seg om lokal helsetjenestepolitikk. Dette kommer også frem i intervjuene med journalistene. Journalistene i Firda påpekte at fylkespolitikkerne, etter at de ikke lenger hadde ansvar for sykehusene, kom med flere innspill på eget initiativ i helsepolitikken enn tidligere.

Medieføljetonger blir brukt som case for å vise eksempler på hvilke aktører som uttaler seg til media i 1995 og 2003. I caset som handler om Barneklivken på Haukeland sykehus (BT 1995) og direktørstriden (Firda 1995) er politikerne og ansatte aktive i media. Transmedica-saken (Firda 2003) er hentet fra perioden etter sykehusreformen. Dette caset viser at politikere og de ansatte ikke deltar i debatten, mens administrasjonen i Helse Førde kommer med flere innspill til diskusjonen.

## **Kapittel 7: Media– ”vaktbikkje” og pragmatisk publikumsfrier?**

I dette kapitlet vil mediedekningen av helsestoff i BT og Firda bli diskutert i lys av det medieoptimistiske og medierealistiske perspektivet. Perspektivene vil bli brukt for å se nærmere på hvorfor ulike tema får oppmerksomhet i 1995 og 2003. Endringen i bruk av kilder i helsestoffet og betydningen av reorganiseringen av sykehusene fra forvaltning til foretak vil også bli tatt opp i kapitlet.

### ***7.1 Funnene sett i lys av det medierealistiske perspektivet***

Det medierealistiske perspektivet er deskriptivt, og ”bør”- aspektet som er fremtredende i det medieoptimistiske perspektivet er fraværende. Det eksisterer ikke et politisk midtpunkt hvor det er mulig å komme frem til hva som er det beste på fellesskapets vegne, fordi samfunnet består av funksjonssystemer. Media har ingen samfunnsmessige forpliktelser, og skal kun fullføre medieoppdraget. Det består i å skrive om saker i lys av koden for nyheter/ikke-nyheter, som avgjør hva som er nyhetsverdig stoff i den enkelte avis. Medias oppgave er å opprettholde og forsterke sin egen eksistens ved å skrive nyheter i samsvar med lesernes etterspørsel etter nyheter.

Etter reformen utformes helsepolitikken i større grad på statlig nivå. Nasjonal helsepolitikk har fått nyervervet status som nyheter og har fått et større omfang i avisene. Etter avpolitiseringen av sykehussektoren på lokalt nivå må media benytte den nasjonale helsepolitikken som inntak for å irritere det politiske funksjonssystemet. Dersom media publiserer et oppslag om politisk hestehandel og brutte valgløfter, vil det aktivere politikerne til å gå ut i media å kommentere oppslaget for å få frem sin versjon av saken. Før kunne media gjøre det på lokalt nivå som caset om stengingen av Barneklubben ved Haukeland sykehus viser (BT 1995). Politikerne blir fremstilt i dårlig lys ved at de har bevilget for lite penger til at sykehusene kan utføre tjenestene de er pålagt. Kritikken handler i første omgang om fylkespolitikkerne. De gir svar på tiltale ved å klandre stortingspolitikkerne og den sittende regjeringen for manglende midler til å ivareta sykehusene på fylkeskommunalt nivå. Dette fører til at avisene får mer nyhetsstoff å publisere, og på denne måten vil mediesystemet styrke sin posisjon og sikre sin eksistens.



Den lokale helsetjenestepolitikken har høy prioritet i begge avisene. En av grunnene til det kan være at temaet åpner for å personifisere saken, i tillegg til at nærhetsaspektet blir ivarettatt. Ved å personifisere konsekvensene av et vedtak kan leserne lettere relatere seg til temaet, og når noe går galt kan media peke ut syndebukker. Det gjør saken oppsiktvekkende og interessant fra leserens ståsted. Medieføljetongene har et felles kjennetegn, alle oppslagene frontes av enkeltpersoner. I caset om barneklubben ved Haukeland Sykehus (BT 1995) blir barna sammen med pårørende presentert som sakens ansikt. I Sykehusdirektørstriden ved SSSF (Firda 1995) og Transmedica- saken i Helse Førde (Firda 2003) benytter media henholdsvis sykehusdirektøren og administrerende direktør i Helse Førde for å fronte saken. I BT har andelen lokal helsetjenestepolitikk gått ned fra 1995 til 2003 og det er færre politikere som uttaler seg om temaet. Nasjonal helsepolitikk blir ansett som mer relevant på bekostning av den lokale helsetjenestepolitikken. Den har overtatt ”oppgavene” den lokale helsetjenestepolitikken tidligere ivaretok på lokalt nivå før sykehusreformen. I området til Helse Bergen hvor de fleste leserne til BT bor, har det i mindre grad vært endringer i sykehustjenestene til befolkningen. Lokal helsetjenestepolitikk blir nedprioritert i BT, fordi temaet har lavere nyhetsverdi i denne avisen sammenliknet med Firda. Firda har mest lokal helsetjenestepolitikk av begge avisene, og temaet øker i omfang fra 1995 til 2003. Hvordan kan økningen forklares? Lokal helsetjenestepolitikk oppfyller kriteriene for en god sak om helsestoff for leserne til Firda. Det er naturlig at Firda skriver mer om lokale anliggender enn hva en regionavis gjør, på grunn av avisens tilknytning til nærmiljøet. Caset om reorganiseringen av lokalsykehuset i Florø til en underavdeling av SSSF (Firda 1995) viser at sykehusdebatten har pågått lenge i regionen der Firda kommer ut. Reorganisering av sykehusstilbudet i regionen har ved flere anledninger vekket et stort engasjement i befolkningen, og temaet er derfor interessant og relevant sett fra publikums ståsted.

Transmedica saken i Helse Førde (Firda 2003) illustrerer den nye arbeidsdelingen mellom politikerne og foretakene. Politikerne er fraværende. Det er liten sannsynlighet for at en lignende medieføljetong hadde blitt skrevet før iverksettingen av sykehusreformen i 2002. Det var politikerne som drev frem debatten om direktørstriden som oppstod under reorganiseringen av lokalsykehuset til en underavdeling av SSSF i 1995. I søken etter å besitte beslutningsmakt er politikken sårbar ovenfor medias skrivelier. Politikerne må ikke skyve vekk velgergrupper, og vil gå ut i media for å rette opp inntrykket media gir leserne. Denne dynamikken skulle reorganiseringen få en slutt på. Situasjonen der politikerne stadig måtte gjøre om vedtak, undergravde styringen av sykehusene.

Firda skrev om Transmedica- saken uten å bruke politikere som kilder. Det viser at media ikke er avhengig av politikere for å drive frem debatten. Det er en fordel for media at politikerne fremdeles viser engasjement for sykehussektoren, fordi det letter journalistenes arbeid med å skrive saker som tilfredsstillende koden for nyheter. Journalistene i Firda sier at politikerne har blitt mer snakkesalige etter reorganiseringen. Dersom politikerne hadde overholdt den tilbakeholdne rollen sykehusreformen tillegger dem, kunne det gitt sykehusene bedre arbeidsro i form av mindre skriverier om lokal helsetjenestepolitikk. I Firda har andelen politikere som uttaler seg om politisk betonte saker likevel økt. De uttaler seg også om nasjonal helsepolitikk, noe som kun skjedde unntaksvis før reformen. I tillegg har andelen oppslag om lokal helsetjenestepolitikk økt kraftig i Firda fra 1995 til 2003. I BT har andelen oppslag om lokal helsetjenestepolitikk gått ned, det samme gjelder politikere som kilde i politisk betonte oppslag. Det tyder på at det er en sammenheng mellom politisk engasjement på lokalt nivå, og i hvilken grad avisene skriver om lokal helsetjenestepolitikk. Hva kan være årsaken til at politikerne fremdeles engasjerer seg i debatten om sykehusene i Firda etter sykehusreformen, mens de ikke gjør det i BT? Politikerne benytter fortsatt media for å uttale seg om lokal helsetjenestepolitikk, som de av erfaring vet vekker medias interesse. Det gjør at de kan forsøke å skape oppslutning om sin egen politikk uten nevneverdig risiko, fordi de ikke har ansvaret for sykehusene lenger. De slipper å ta konsekvensene av egne forslag. Det blir tydelig at det politiske funksjonssystemet kommuniserer via media for å opprettholde sin eksistens.

BT har på begge tidspunkt en større andel av enkeltsaker og opplysningsstoff enn Firda. Skilnaden mellom avisene på dette punktet kan forklares ved BT er en større avis med en mer spredt lezerskare enn Firda, og derfor skriver mer differensiert om helsestoff. Journalistene i BT og Firda har til dels ulike kriterier når de vurderer hva som er nyhetsverdig stoff. BT journalistene fokuserer på at stoffet skal være underholdende, oppsiktsvekkende og at det skal være mulig å personifisere saken. Journalistene i Firda fremhever at helsestoffet skal omhandle lokale anliggender og ha et politisk tilsnitt for å være en nyhetsverdig sak. Firda journalistene uttaler at de er skeptiske til enkeltpersoner som ønsker å få sin historie i avisen. Dette gjenspeiler seg i tallmaterialet ved at det er færre enkelthistorier i Firda på begge tidspunkt, enn i BT. Forskjellen i nyhetskriteriene kan være et tegn på en mer pragmatisk vurdering fra BT sin side, der det gjelder å skrive saker som lesermassen vil bli fengnet av. Journalistene uttrykker skepsis mot ”ofrene” som ønsker å stå frem med enkelthistorier,

samtidig som ca. 20 % av avisens helsestoff på begge tidspunkt handler om akkurat dette. Dette understøttes av journalistenes uttalelser om at helsestoffet har fått et mer tabloid tilsnitt, og interessen for opplysningsstoff har økt gjennom det siste tiåret. Det virker som opplysningsstoff og enkeltsaker har høy nyhetsverdi i BT. Journalistene som jobber med helsestoff i BT har spesialfelt, hvorav ett er opplysningsstoff. BT journalistenes frykt for at de ”lette” sakene opplysningsstoff og enkeltskjebner, skulle bli mer omfattende synes å ha slått til. Er BT redaksjonen sine nyhetskriterier mer kommersielle og leservennlige sammenliknet med Firda? Firda har en høyere andel av politisk betonte tema enn BT. Fra en medierealistisk synsvinkel kan det forklares ved at politisk relevante saker sammenfaller med avisens kode for nyheter. Firda er altså ikke en mer ”seriøs” avis enn BT, selv om det kan tolkes slik fra et normativt ståsted, hvor politisk betonte oppslag er en forutsetning for å inspirere til en offentlig debatt.

Hva kjennetegner forholdet mellom sykehusene og media etter sykehusreformen? Det er blitt mer vanlig at offentlige organisasjoner profilerer virksomheten sin, og denne trenden kan belyse hvorfor informasjonsfunksjonen er blitt mer prioritert i sykehusene i 2003 enn i 1995.<sup>23</sup> Informantene i foretakenes administrasjon gav uttrykk for at de ønsker mer gunstig dekning av helsestoff for å forbedre omdømmet til foretakene. Oppgraderingen av informasjonsfunksjonen i foretakene var et tilsiktet valg for å oppnå denne målsetningen, og for å få et åpent forhold til media. Dette er en endring i etterkant av reformen. Nøkkelpersoner som jobbet i administrasjonen ved Haukeland Sykehus og SSSF oppfattet ikke sin tidligere praksis som særlig medievennlig, og gav uttrykk for skepsis til medias dekning av helsestoff. Informantene i Helse Førde og Helse Bergens administrasjon gav uttrykk for at bevisstheten om forholdet til media hadde sitt utspring i ordningen med DRG-poeng, fritt sykehusvalg og foretaksorganiseringen, fordi disse endringene tilspisset konkurranseforholdet mellom foretakene. Journalistene er som forventet blitt mer skeptiske til foretakenes informasjon om interne anliggender. De mener sykehussektoren er blitt mer lukket fordi de må nøye seg med ferdige beslutninger uten særlig innsyn i prosessen og argumentasjonen som ligger bak

---

<sup>23</sup> Byrkjeflot og Angell (2005): The enterprises- new clothes: The content and impact on the new communication strategies in the Norwegian hospital sector. Paper for “The 18<sup>th</sup> Scandinavian Academy of Management (NFF) meeting at Aarhus School of Business” i Danmark fra 18-20 august 2005.

avgjørelsene. Dette gjaldt spesielt like etter iverksettingen av sykehusreformen, da styremøtene foregikk bak lukkede dører. Transmedica-saken i Førde viser hvordan den organisatoriske friheten reformen har brakt med seg kan fungere i praksis (Firda 2003). Styret i Helse Førde ble informert om arbeidet med Transmedica- rapporten gjennom media. Prosjektet var kostbart og omfattende, og skulle være et ledd i gjennomføringen av fremtidige funksjonsfordelingsprosesser. Dersom en lignende evaluering skulle blitt gjennomført da sykehusene var underlagt forvaltningen, er det sannsynlig at fylkespolitikere ville blitt trukket inn i prosessen på et tidlig tidspunkt. Utgiftsposten et slikt prosjekt utgjør, ville ført til at saken måtte blitt tatt opp på det fylkespolitiske nivået.

De ansatte er blitt mer tilbakeholdne med å uttale seg til media, og administrasjonen i sykehusene er oftere kilde i oppslag om lokal helsetjenestepolitikk etter sykehusreformen. Ansatte i administrasjonen i foretakene ønsker å skape interne fora hvor ansatte kan gi uttrykk for sin mening om driften av sykehusene. Foretakene har innført en policy om at ansatte skal uttrykke sin mening om driften av sykehusene internt. Dette kan være med og forklare endringen i kildebruk i dekningen av den lokale helsetjenestepolitikken. Det er et økt fokus på sykehusenes omdømme etter foretaksorganiseringen. Dette kan være et uttrykk for at næringslivslogikken og den økonomiske koden har en mer fremtredene stilling i sykehussektoren. Når representanter for sykehuset reflekterer over tidligere mediedekning kommer det tydelig frem at politisk betonte saker og enkelthistorier ofte ble fremstilt negativt i media, og at det gikk på bekostning av sykehusenes rykte. Ofte stod ansatte ved sykehusene bak kritikken. I de politisk styrte sykehusene hadde de ansattes klagesang i media sin misjon, fordi det ofte resulterte i ekstra bevilgninger. Dette kan belyse hvorfor informanter i administrasjonen ved Haukeland Sykehus og SSSF ikke så på det som et stort problem at ansatte brukte media for å hevde sin mening om sykehusenes interne anliggender. Medieutspillene resulterte i at den politiske styringen av sykehusene ble undergravd, fordi politikere stadig måtte gå tilbake på tidligere vedtak. Caset om Barneklubben viser hvordan ansatte åpent kritiserte sykehusets prioriteringer, og hvordan politikere tilslutt måtte innrømme den vanskelige økonomiske situasjonen sykehuset befant seg i.

Spillsituasjonen har endret seg etter sykehusreformen, siden sykehusene er blitt mer økonomisk ansvarlige etter foretaksorganiseringen. Kritikken forringer foretakenes omdømme og kan gjøre det vanskeligere å tiltrekke seg pasienter og utnytte mulighetene for å tjene penger på ordningen med fritt sykehusvalg. Negative medieutspill fra ansatte blir derfor

oppfattet som et større problem i sykehusene etter innføringen av sykehusreformen. Ved at administrasjonen og informasjonsavdelingen uttaler seg i media, og ikke ansatte, er det mulig å styre informasjonen som tilflyter omverdenen. Det kan bidra til å få foretakene fremstilt på en mer positiv måte. Ansatte i Helse Førde gikk ikke ut i media og kritiserte rapporten og pengesummen administrasjonen brukte på evalueringen (Firda 2003). Gitt Helse Førdes vanskelige økonomiske situasjon er det sannsynlig at de ansatte ville brukt media for å kritisere kostnaden med evalueringen dersom lojalitetsplikten ikke hadde blitt innskjerpet etter reorganiseringen.

BT journalistene mener at Helse Bergens informasjonsavdeling håndterer media på en profesjonell måte. Informasjonsavdelingen holder kortene tett til brystet når de henvender seg for å få opplysninger om foretakets interne anliggender. Samtidig mener BT journalistene at informasjonsavdelingen er til god hjelp i deres arbeid med å skrive om opplysningsstoff. I et medierealistisk perspektiv kan informasjonsavdelingen ses som medisins og økonomiens måte å gi media svar på tiltale ved å tilrettelegge "ufarlig" informasjon og nyheter. Kombinasjonen av informasjonsavdelingens bestrebelser og nedgangen i ansattes uttalelser kan være en årsak til den totale nedgangen i helsestoffet i BT. Det blir vanskeligere å få tak i helsestoff som tilfredsstillter BT journalistenes kriterier til nyheter, bortsett fra når det gjelder opplysningsstoff. Det er ofte positiv informasjon og mindre interessant og oppsiktsvekkende å skrive om med utgangspunkt i nyhetskriteriene. En konsekvens av dette er at avisen velger å lage nyheter som handler om andre samfunnssektoren hvor informasjonen er lettere tilgjengelig.

Journalistene i Firda sier de ikke har merket noe særlig til informasjonsavdelingen i Helse Førde. I tillegg har omfanget av helsestoff økt i Firda, spesielt den lokale helsetjenestepolitikken. På bakgrunn av journalistenes oppfatning av informasjonsavdelingen, er det mulig å argumentere for at informasjonsstyringstiltakene har hatt en viss effekt på mediedekningen. Mediedekningen av helsestoffet i Firda har fått et mindre negativt preg enn før reformen, og færre ansatte i foretaket uttaler seg i oppslag om politisk betont helsestoff i 2003, sammenliknet med 1995. Mange av oppslagene fra Firda i 1995 handlet om direktørstriden (Firda 1995.) Det kan ha forårsaket at spesielt mange ansatte uttalte seg i avisen i denne perioden. I BT har det blitt mindre helsestoff. Omlag halvparten av helsestoffet omtales negativt på begge tidspunktene. Samtidig er det en liten økning i andelen av helsestoff som omtales positivt fra 1995 til 2003.

Felles for mediedekningen av helsestoff i BT og Firda er at temaene i den lokale helsetjenestepolitikken har endret karakter. I 1995 var økonomiske spørsmål det vanligste temaet. I 2003 har det skiftet til å handle om funksjonsfordeling. Dette er naturlig ettersom plassering av sykehustjenester er mer aktuelt etter innføringen av sykehusreformen.<sup>24</sup> Etter foretaksorganiseringen er sykehusene blitt økonomisk ansvarliggjort. På tross av dette handler diskursen i mindre om økonomiske anliggender selv om det alltid foretas en økonomisk vurdering når det blir avgjort hvor sykehustjenester skal plasseres. Endringen i diskursen kan ses som en refleksjon over tidligere mediedekning for å forbedre sykehusene omdømme. Saker om økonomiske spørsmål ble negativt fremstilt av media. Ved å benytte medisinske argumenter med utgangspunkt i koden frisk/syk basert på faglig forsvarlighet i debatten, kan foretakene lettere unngå situasjonen med at økonomiske vurderinger fremstilles som årsaken til funksjonsfordelingsprosessene. Foretakene kan på denne måten unngå negativ omtale hvor økonomiske prioriteringer brukes som begrunnelse for endringer i helsetilbudet. Det kan virke som endringen i diskursen har hatt en effekt, fordi BT og Firda har omtalt helsestoffet mindre negativt i 2003 sammenliknet med 1995.

Før reformen kivet det politiske og medisinske funksjonssystemet om å være førstesanger i sykehusene. Medieføljetongen fra BT i 1995 om stengingen av barneklubben ved Haukeland Sykehus, er et eksempel på dette. Fylkespolitikkerne kom raskt på banen for å fraskrive seg ansvaret for den dårlige økonomiske situasjonen som var bakgrunnen for at barneklubben periodevis ble stengt. Dette var viktig for at politikkerne ikke skulle tape oppslutning blant velgere på lengre sikt. Legene som representerer det medisinske funksjonssystemet argumenterte i lys av koden frisk/syk, og mente det var uforsvarlig å stenge klubben. Uoverensstemmelsen mellom representanter fra funksjonssystemene og forskjellen i argumentasjonen de fører viser hvordan polyfone organisasjonen ikke fatter beslutninger med utgangspunkt i en primær kode, og derfor fremstår ikke organisasjonen med en samlet holdning utad.

I lys av det medierealistiske perspektivet gjør avisene ulike prioriteringer med hensyn til hvilke tema de skriver om, delvis fordi det er forskjell på hva som samsvarer med koden for

---

<sup>24</sup> En av målsetningene med reformen var at befolkningen skulle få et likeverdig tilbud om sykehustjenester. Jf. Byrkjeflot (2005:1) "...aims of the reforms (...) more equal distribution of health resources across counties"

nyheter i region- og lokalavisen. Overgangen fra ansatte til administrasjonen som kilde i helsestoff om sykehussektoren forklares ved at den økonomiske koden har fått en sterkere posisjon i sykehussektoren. Det blir sett på som problematisk fordi informasjonen media trenger for å skrive nyheter blir vanskeligere tilgjengelig. Dette håndterer media ved å henvende seg til andre tema eller aktører i jakten på nyheter. I BT synker omfanget av helsestoff, mens andelen av opplysningsstoff og enkeltsaker holder seg stabil. I Firda gjør det politiske engasjementet rundt sykehusene det lett for avisen å kompensere for tapet av kilder internt i sykehusene, og andelen lokal helsetjenestepolitikk øker. Medieoppdraget blir gjennomført selv om tiltakene for informasjonsstyring er blitt styrket etter reformen og journalistenes uttrykker at sykehussektoren er blitt mer lukket.

I fortsettelsen av analysen vil jeg nyansere inntrykket av avisene som publikumsfriere ved å belyse funnene fra et normativt ståsted ved hjelp av det medieoptimistiske perspektivet. Det gjør det mulig å se på konsekvensen av utskiftningen av kildene i helsestoffet, og hvordan media forsøker å utføre samfunnsoppdraget etter foretaksorganiseringen.

## ***7.2 Funnene sett i lys av det medieoptimistiske perspektivet***

Det medieoptimistiske perspektivet bygger på medias demokratiske funksjon. Media påtar seg jobben med å være vaktbikkje på vegne av befolkningen, og skal ideelt sett fungere som en fjerde statsmakt. Det er det felles beste som er det viktigste, og det kommer man frem til ved at alle aktører får gitt uttrykk for sin mening i en åpen debatt som munner ut i den ”offentlige mening”. Dette stiller store krav til kvaliteten på medias arbeid. Nærmere bestemt hvem som får uttale seg, og hvilke tema media retter oppmerksomheten mot.

Nasjonal helsepolitikk øker i omfang og det kan forklares ved medias selvforståelse som informasjonsbudbringer og kritisk diskusjonsforum. Temaet er viktig for å bidra til at debatten om den lokale helsetjenestepolitikken blir informert, slik at ulike aktører kan involvere seg i debatten om sykehussektoren. Ved å skrive om lokal helsetjenestepolitikk går media de ansvarshavende for sykehusene i sømmene, og overvåker om føringene i den nasjonale helsepolitikken følges. Medias rolleoppfatning som vaktbikkje er tydelig fordi avisene vektlegger tema som; Forvaltes de økonomiske midlene på en god måte? Får befolkningen sykehustjenestene de har krav på? Hva er vurderingen bak å gjennomføre aktuelle omstruktureringer? Det var en forventning at omfanget av helsestoff og andelen av lokal helsetjenestepolitikk ville synke fra 1995 til 2003, i begge avisene. I BT har denne

endringen funnet sted, og den nasjonale helsepolitikken prioriteres i større omfang etter reorganiseringen. Det var en forventning at Firda i egenskap av å være en lokalavis, ville ha et større omfang av lokal helsetjenestepolitikk enn BT. Men den markante økningen i omfanget av lokal helsetjenestepolitikk, som er forklaringen på økningen i helsestoffet totalt sett i denne avisen, var uventet. Økningen kan ses som en konsekvens av at omstruktureringene i sykehustjenestene til befolkningen i Helse Førde har vært større enn i Helse Bergen. Dette skapte et større informasjons- og debattbehov i regionen hvor Firda har sine lesere. Omfanget av politisk relevante saker i Firda kan også ha en sammenheng med at journalistene i denne avisen hovedsakelig er opptatt av helsestoff som har en politisk dimensjon. BTs mer tabloide dekning av helsestoff viser at avisen er mer opptatt av å tilby leserne helsestoff med underholdningsverdi, og derfor prioriteres opplysningsstoff og enkeltsaker høyere i BT. Journalistene uttrykker bekymring for at avisen skal ende opp med å skrive ukompliserte saker om helsestoff. Dette viser at journalistene er bevisst på at opplysningsstoff og enkeltsaker ikke er i tråd med hva avisene bør vektlegge for å ivareta samfunnsoppdraget. Dette står i motsetning til hva som kommer frem ved å tolke funnene i lys av det medierealistiske perspektivet, hvor Firda skriver om lokal helsetjenestepolitikk fordi det samsvarer med koden for nyheter. I mange tilfeller er en god nyhet i samsvar med tema som er viktig å diskutere ut i fra et demokratiteoretisk ståsted.

Forholdet mellom media og aktører i sykehussektoren har endret seg. Når administrasjonene blir mer aktive i media kan det være et tegn på at foretakene ønsker å hjelpe media med å ivareta sin samfunnsplikt som forum for den offentlige debatt. I lys av det medieoptimistiske perspektivet var det en forventning at også de ansatte ville delta i debatten. Det kan imidlertid virke som administrasjonens engasjement har gått på bekostning av de ansattes uttalelsesrett. I de politisk styrte sykehusene fikk de ansattes medieutspill ofte praktiske konsekvenser. I eksempelet med barneklubben ved Haukeland Sykehus, som periodevis måtte stenges for å spare penger (BT 1995), er legen ved avdelingen ute i media og opponerer mot innsparingstiltaket. Utfallet av medieoppstyret hvor politikere og administrasjonen, i tillegg til pasientene og deres pårørende involverer seg, er at avdelingen likevel blir holdt åpen. Medieføljetongen kan tolkes som en sunn offentlig debatt hvor de berørte partene gir uttrykk for sine synspunkt. Før reformen ble innsynet i sektoren ivaretatt ved at omkampene ofte foregikk i media. Caset som handler om barneklubben er eksempel på en meningsutveksling som i mindre grad kan finne sted etter reformen, fordi de ansatte må forholde seg til en streng lojalitetsplikt. Det er problematisk fordi det blir vanskeligere for media å få tilgang på



informasjon og å holde sykehusene under oppsikt. For å komme frem til en offentlig mening må aktørene som har informasjon om viktige saker kunne uttale seg, og de ansatte er en viktige bidragsytere i den offentlige debatten. Media skal utføre samfunnsoppdraget og kan ikke vende fokuset mot andre tema dersom nødvendige opplysninger ikke er tilgjengelig, i motsetning til i det medierealistiske perspektivet hvor media jakter på nyheter for å fullføre medieoppdraget.

Omdømmet til sykehusene er blitt viktigere etter foretaksorganiseringen, og dette kan belyse hvorfor det er satt i gang tiltak for å bedre informasjonsstyringen. Firda avslørte i 2003 at administrasjonen i Helse Førde hadde gjennomført en evaluering av en avdeling i foretaket. Dette vekket harme blant flere aktører. Noen av ankepunktene til kritikerne handlet om valg av oppdragsgiver og at styret i Helse Førde ikke var informert om arbeidet. Fra et medieoptimistisk perspektiv er det betenkelig at foretakene ikke ønsket å offentliggjøre Transmedica-rapporten, som blant annet tilrådet videre drift ved avdelingen i Florø. Når foretaket holder tilbake denne type informasjon blir medias oppgave vanskelig å gjennomføre. Befolkningen blir fratatt muligheten til å bidra i en viktig beslutningsprosess med konsekvenser for arbeidsplasser og sykehustilbudet. Dette viser at det har blitt vanskeligere for media å få innsyn i sykehussektoren etter foretaksorganiseringen.

Journalistene mener at sykehussektoren er blitt avdemokratisert og lukket i kjølvannet av sykehusreformen. De ansattes innskrenkede uttalelsesrett medvirker til at opplysninger om foretakene blir mindre tilgjengelig. Det er urovekkende at foretakene påberoper seg retten til å fronte en felles mening på vegne av mange tusen ansatte. Det øker foretakenes makt til å konstruere en oppfatning av virksomheten. Som nevnt tidligere i kapittelet ser det ut til at Helse Bergens informasjonsavdeling ser ut til å ha lykkes bedre med denne oppgaven enn informasjonsavdelingen i Helse Førde. Journalistene sier de ikke har merket noe særlig til informasjonsavdelingen i Helse Førde, mens BT journalistene sier informasjonsavdelingen i Helse Bergen er profesjonell i sitt arbeid. BT skriver mindre om helsestoff og prioriterer opplysningsstoff og enkeltsaker i bredt omfang. Helsestoffet øker i Firda, men blir fremstilt på en mindre negativ måte i 2003. Det har også vært en endring i diskursen om lokal helsetjenestepolitikk fra 1995 til 2003. Økonomiske spørsmål var det vanligste temaet i den lokale helsetjenestepolitikken i 1995, funksjonsfordeling i 2003. Debatten domineres av faglige vurderinger som det er vanskelig å motsi. Hadde debatten handlet om økonomiske disposisjoner, ville det åpnet for en diskusjon om hvordan midlene burde brukes.

Lojalitetsplikten de ansatte er pålagt, og endringen i diskursen om sykehussektoren, kan gjøre det vanskeligere for media å ta viktige tema i sykehussektoren opp til debatt og ivareta samfunnsoppdraget. Medias maktesløshet i forhold til foretakenes beslutninger kan føre til at medias rolle reduseres til å rapportere om politisk relevant helsestoff på foretakenes betingelser, fremfor å inspirere til debatt i forkant av viktige avgjørelser.

I BT er politikerne mindre aktive, og andelen politisk relevante saker har sunket etter reorganiseringen. I Firda har andelen politikere som uttaler seg om lokal helsetjenestepolitikk og nasjonal helsepolitikk økt etter sykehusreformen. Dette kan forklares ved at fylkespolitikere kan påvirke sine kollegaer på statlig nivå ved å uttrykke sine meninger i avisen. Selv om politikerne ikke har ansvar for sykehusene lenger er ikke det et hinder for å bidra til den offentlige debatten. Den er ideelt sett åpen, og alle som ønsker det kan legge frem sine argumenter og bli hørt. Det politiske engasjementet er et tegn på at den offentlige debatten i Firda lever i beste velgående, sett i lys av det medieoptimistiske perspektivet. Mens i det medierealistiske perspektivet tolkes det som at politikerne bidrar i debatten ut i fra egoistiske motiver. Dette viser at politikerne er viktige for å sette fokus på prioriteringene som gjøres i sykehussektoren, selv om de ikke har myndighet over sykehussektoren på lokalt nivå.

### ***7.3 Hvordan utfyller perspektivene hverandre?***

Formålet med studien har vært å danne en nyansert forståelse av medias dekning av helsestoff og hva som påvirker hva media skriver om. Perspektivene som brukes i studien bygger på Habermas' teori om borgerlig offentlighet, og Luhmanns teori om sosiale systemer. Perspektivene gir best mening ved å bli benyttet utfyllende. Det gjør det mulig å se hvordan media inntar rollen både som pliktoppfyllende vaktbikkje og kommersiell nyhetsjeger, fremfor å plassere media i en av kategoriene. Det har gjort det mulig å se problemstillingen fra ulike vinkler og erkjenne at begge perspektivene har en forklaringskraft.

Bruken av perspektivene synliggjør at media har en splittet personlighet og blandede motiver for å skrive om helsestoff. Transmedica- saken (Firda 2003) representerer gode nyheter for media, som de vet vil bli en suksess hos publikum. Samtidig er avsløringen i tråd med den normative oppfatningen av medias oppgave som går ut på å utrette samfunnsoppdraget. Det trenger altså ikke å være en motsetning mellom de ulike motivene for å skrive om helsestoff, fordi jakten på nyheter gjerne samsvarer med medias rolle som samfunnsvokter. Medias fokus på saken gjorde at rapporten ble gjort offentlig, og hendelsesforløpet i forkant av

administrasjonens beslutning om å iverksette evalueringen ble gjort rede for. Dette gav offentligheten innsyn i driften av sykehusene, og media kunne fortsette å skrive nyheter med utgangspunkt i temaet.

Studien viser at sykehussektoren er blitt mer lukket. Interessant, viktig og oppsiktsvekkende informasjon tilflyter media i mindre omfang. Det gjør det vanskeligere for media å holde sykehussektoren under oppsikt. Men media er ikke hjelpeløs selv om "motparten" iverksetter informasjonsstyringstiltak, slik det medieoptimistiske perspektivet belyser utviklingen i sykehussektoren. Å skape oppstuss i omverden om en sak eller mangelen på informasjon om et bestemt tema, kan tvinge foretakene til å frigi informasjon selv om de ikke hadde tenkt det i utgangspunktet, som caset om Transmedica- rapporten (Firda 2003) og Barneklubben (BT 1995) viser. De ansatte i foretaket går ikke ut i media med sine meninger etter foretaksorganiseringen og medias engasjement for sykehussektoren blir derfor viktigere.

I Firdas tilfelle er det tydelig at politikernes engasjement hjelper media å drive debatten fremover. I BT uttaler få politikere seg om helsestoff, og omfanget av helsestoff har sunket igjennom en årrekke. Det synes som denne avisen retter oppmerksomheten mot mer tilgjengelige og nyhetsverdige tema fra andre samfunnsområder. Dette viser at media både som publikumsfrier og "vaktbikkje" er avhengig av engasjement fra aktører som er utenforstående i forhold til foretakene, for å holde sykehussektoren under oppsyn. I hvilken grad media makter å holde samfunnet på tå hev, blir i økende grad et ansvar aktører i omverden må bli seg bevisst, fordi sykehussektoren er blitt vanskeligere å påvirke og å få innsyn i etter foretaksorganiseringen.

## Kapittel 8: Avslutning

I dette kapittelet vil jeg poengtere de viktigste empiriske funnene i studien, og komme inn på den utfyllende strategien jeg har benyttet for å håndtere det teoretiske tilfanget. Videre vil jeg sette studien i en forskningsmessig sammenheng. Kapittelet vil tilslutt bli avrundet med forslag til videre forskning på feltet.

### **8.1 Hovedfunn i studien**

Utgangspunktet for studien var å undersøke om mediedekningen har endret seg over tid og om det er noen forskjell i helsestoffets innhold før og etter sykehusreformen, samt å se nærmere på om forholdet mellom journalister og aktører internt i sykehussektoren har endret seg som følge av foretaksorganiseringen. Jeg vil gå i gjennom forventningene som ble utledet på bakgrunn av de teoretiske perspektivene for å vise hovedfunnene i studien.

En av forventningene var at omfanget av lokal helsetjenestepolitikk og helsestoff totalt sett ville synke, og at nasjonal helsepolitikk ville øke i omfang i avisene som resultat av foretaksorganiseringen. I BT viste denne forventningen seg å stemme. I Firda økte omfanget av både nasjonal helsepolitikk og lokal helsetjenestepolitikk, og det totale omfanget av helsestoff økte fra 1995 til 2003. En forklaring på hvorfor lokal helsetjenestepolitikk og nasjonal helsepolitikk prioriteres ulikt i avisene er å finne i journalistenes krav til en ”helsesak”. Vesentlighet og relevans er viktige krav til en sak om helsestoff for alle journalistene. BT journalistene fremhevet muligheten til personifisering og eksklusivitet for at å skrive en sak. Firda journalistene var tilsvarende opptatt av sakens lokale forankring og politiske dimensjon. Firda journalistenes vektlegging av den politiske dimensjonen ved helsestoff gjenspeiles i andelen av politisk betonte oppslag som er omtrent 70 % og 80 % i henholdsvis 1995 og 2003. I BT utgjør andelen politisk betonte oppslag forholdsmessig sett ca 60 % av helsestoffet på begge tidspunkt.

Forventningen om endring i bruk av kilder før og etter foretaksorganiseringen var ulik i det medierealistiske- og medieoptimistiske perspektivet. Forventningen som ble utledet fra det medieoptimistiske perspektivet gikk ut på at både politikere, ansatte og administrasjonen i foretakene ville være aktive i media på begge tidspunkt. Sett i lys av det medierealistiske perspektivet var det en forventning at politikere og ansatte i foretakene ville bli mer tilbakeholden med å uttale seg til media etter foretaksorganiseringen. Administrasjonen i

foretakene derimot ville bli mer aktive. Funnene i studien viser at administrasjonen i foretakene har blitt mer aktive i avisene, mens de sjelden er kilde i helseoppslag sammenliknet med materialet fra 1995. I BT er politikerne kilde i færre oppslag om helse i 2003 sammenliknet med 1995. I tråd med forventningen i medieoptimistiske perspektivet er politikerne aktive i Firda også etter foretaksorganiseringen.

Videre var det en forventning at foretakene ville være opptatt av å gi media informasjon. Sett fra et medieoptimistisk ståsted ville motivet for dette være å skape en offentlig debatt hvor ulike aktører kunne hevde sin mening. I det medierealistiske perspektivet ville ønsket om å bedre foretakenes omdømme være årsaken til styrkingen av informasjonsfunksjonen i organisasjonen. Mine funn viser at foretakene styrket informasjonsfunksjonen for å opplyse befolkningen om endringene reformen har ført med seg, og for å kunne markedsføre seg selv og opparbeide seg et bedre omdømme på sikt. Sett i sammenheng med endringen i bruk av kilder, som viser at hovedsakelig administrasjonen uttaler seg i media etter foretaksorganiseringen, blir det tydelig at foretakene har inntatt en strategisk holdning til media.

Journalistene mente det var problematisk at foretaksorganiseringen har gjort sykehussektoren mer lukket. De begrunnet denne påstanden på flere måter. I tråd med forventningen utledet fra det medieoptimistiske perspektivet, mente journalistene det var blitt vanskeligere å få innsyn i viktige beslutningsprosesser. De gav uttrykk for at dette var et demokratisk problem, fordi offentligheten ikke fikk nødvendig informasjon om konsekvenser av endringer i helsetilbudet sitt. Dette gjør det vanskeligere for befolkningen å påvirke beslutningene foretakene fatter. Samtidig gav de uttrykk for at det ble vanskeligere å lage nyhetsverdige saker, siden informasjon om driften av sykehusene ikke ble gjort tilgjengelig i samme grad som da sykehusene var politisk styrte. Sistnevnte begrunnelse samsvarer med forventningen fra det medierealistiske perspektivet hvor journalistene utelukkende er opptatt av å lage nyheter.

Det kommer klart frem at medias prioriteringer av politisk betont helsestoff er omfattende. Media fremstår som en seriøs aktør i debatten om prioriteringer i sykehussektoren. Journalistene uttrykker viktigheten av medias ansvar for å informere, være kritisk og fungere som et åpent diskusjonsforum. Samtidig er de opptatt av å skrive nyhetsverdige saker. Etter reorganiseringen av sykehusene fra forvaltning til foretak er sykehusorganisasjonen utrustet med nye mekanismer for å håndtere medias pågåenhet. Innføringen av lukkede styremøter like

etter foretaksorganiseringen er et eksempel på hvordan foretakene i økende grad kan hindre medias ønske om innsyn i interne saksforhold. Med bakgrunn i at foretakene er blitt mer bevisste på å bygge opp informasjonsfunksjonen i organisasjonen, og journalistenes påstander om at sektoren er blitt mer lukket etter foretaksorganiseringen, kan man si at sykehusreformen har endret forholdet mellom media og aktørene i sykehussektoren.

Forventningene som er avledet av de teoretiske perspektivene i studien er til dels like, men begrunnelsen for forventningene og de bakenforliggende prosessene som skisseres med bakgrunn i perspektivene er forskjellige. Det medieoptimistiske perspektivet fremstiller media som demokratiets støttespiller, og avisenes oppgave er å være en arena for den offentlige debatten. Det medierealistiske perspektivet beskriver media som nyhetsjeger. Fremfor å undersøke hvilket av perspektivene som best kan forklare medias dekning av helsestoff har jeg sett på muligheten for at media veksler mellom disse rollene. For å gjøre dette valgte jeg en utfyllende strategi når jeg benyttet de teoretiske perspektivene i studien (Roness 1997). Dette har vært nyttige for å få frem ulike sider av mediedekningen og forholdet mellom journalistene og aktørene i sykehussektoren.

Med bakgrunn i hvordan det medierealistiske og medieoptimistiske perspektivet belyser funnene i studien, er det på tide å stille spørsmålsteget ved at media ofte fremstilles som rettferdighetens forkjemper ved å ta opp viktige tema til debatt. Det medierealistiske perspektivet er et verktøy som viser at media er like opptatt av å lage leservennlige *nyheter*, som å oppfylle de demokratiske forpliktelser media begrunner sin eksistens og frie posisjon med utgangspunkt i. I forlengelsen av dette kan man spørre om kritikken mot organisasjoner som iverksetter informasjonsstyringstiltak er nyansert nok. Er det korrekt å fremstille disse organisasjonene som strategiske aktører som stikker kjepper i hjulene for medias samfunnsoppdrag? Oppgavens tittel stiller spørsmål om hva som er avisenes bakgrunn og målsetning for å skrive om helsestoff. De teoretiske perspektivene i oppgaven gir et delt svar på dette spørsmålet. I praksis behøver ikke konsekvensene av å skrive om helsestoff enten som vaktbikkje, eller som nyhetsjeger og publikumsfrier å skille seg fra hverandre. Resultatet er i begge tilfeller at media holder samfunnet våkent.

## **8.2 Studien i en forskningsmessig sammenheng.**

I likhet med min studie viser tidligere forskningsbidrag at helsestoff er et populært tema i norske aviser. Babill Stray-Pedersen skrev rapporten ”*Massemedias rolle for spredningen av*

*informasjon innen helse og medisin*” (1985). Studien er basert på et kvantitativt datamateriale og består blant annet i måling av spaltecenimeter, for å finne ut hvordan ulike typer helsestoff ble prioritert i norsk dagspresse og ukeblader i ulike perioder i 1983, 1984 og 1985. I rapporten kommer det frem at avisene er et nyhetsmedium med stort innslag av negative nyheter om helsestoff, og det skrives spesielt mye om helse- og sykehuspolitikk. Hun finner også at opplysningsstoff om helse og medisin er et lite utbredt tema i avisene på dette tidspunktet (1985:75). Hernes og Eides studie (1987) av helsestoffets omfang i VG, Dagbladet, Arbeiderbladet, Aftenposten og BT fra 1985, bekrefter Stray Pedersens funn. Men på ett punkt skiller studiene seg fra hverandre. I motsetning til Stray-Pedersen finner de at opplysningsstoff om helse er omfattende i avisene. Nyere studier bekrefter at helsestoffets omfang i avisene er omfattende, og at det er i økning. I studien *”Dagspressens helse”* finner Iversen at omfanget av opplysningsstoff om helse og medisin har økt, fordi andelen av helsestoff målt i spalteplass har tredoblet seg sammenliknet med Stray-Pedersens funn fra 1983 (1993:141). Opplysningsstoff er en omfattende del av helsestoffet i BT og Firda, og journalistene i BT uttrykket at temaet har fått økt oppmerksomhet de 10 siste årene. Hovedoppgaven *”Helsefarlig helsestoff”* (Ullhammer 1998) viser at helsestoffet i de riksdekkende avisene har økt fra 1985 til 1997;”... *nærmere bestemt nesten en tredobling*” (Ullhammer 1998:113). Studien *”Svensk sjukvård i och under press”* (Hagström 2002) viser også at helsestoff er et svært populært tema i svenske aviser. Han finner i likhet med Hernes og Eide (1987) at sakene kjennetegnes av å være negative, konfliktladet og politiserte (Hagström 2002:101,106). Journalistene i BT og Firda i min studie, fortalte at helsestoff ofte presenteres på en negativ måte. Økonomiske overskridelser og legetabber er eksempler på slike saker. Disse temaene oppfyller kravene til nyheter og blir derfor prioritert.

Hernes og Eides studie fra 1987 viser at medias dekning av helsestoff ofte får konsekvenser, nettopp fordi den kollektive oppmerksomheten rettes mot en spesiell sak. Frank Gregersens studie *”Rasert sykehus kupper pressen”* (1995) viser hvordan det skjer i forbindelse med budsjettkonflikten ved Regionsykehuset i Tromsø i 1992. I konflikten brukte aktørene internt i sykehuset media strategisk, og fikk gjennomslag i medias fremstilling av saken. Hernes og Eide lanserte triangelhypotesen (1987:28) for å beskrive dynamikken som utspinner seg mellom aktører i politikken og i sykehussektoren i slike saker. Den går ut på at oppslag vekker motreaksjoner i omgivelsene, og berørte aktører vekkes til dyst i media. Casene i studien min illustrerer dynamikken Hernes og Eide poengterer; Konsekvensen av medieføljetongen fra Haukeland Sykehus (BT 1995) er at vedtaket om å stenge

barneklubben blir omgjort. Firda skrev om en hemmeligstemplet evalueringsrapport av avdeling i Helse Førde (Firda 2003). Etter at media satte saken på dagsorden ble det besluttet at dokumentet skulle offentliggjøres selv om det var i mot administrasjonen i Helse Førde sine intensjoner. Transmedica saken (Firda 2003) viser at dynamikken Hernes og Eide poengterer ved hjelp av triangelhypotesen fremdeles finner i sykehussektoren, men at det har vært en utskiftning blant aktørene som uttaler seg til media etter foretaksorganiseringen. Politikerne er fraværende i debatten, mens administrasjonen i Helse Førde er aktive i media så lenge saken står på dagsorden.

Medias dekning av helsestoff er i endring. Ovennevnte bidrag tilsier at medias dekning av helsestoff øker i omfang. Min studie viser at det er en trend som kan være i ferd med å snu, eller i det minste at dette fortoner seg ulikt ettersom hvilken type avis det er snakk om. Det kvantitative datainnsamlingsopplegget i min studie ble lagt nært opp til Hernes og Eides studie (1987). Sammenlikningen med Hernes og Eides studie viser at BT har hatt en nedgang i omfanget av helsestoff fra 1985 til 2003. I Firda derimot er det en økning i omfanget av helsestoff fra 1995 til 2003, spesielt gjelder dette politisk relevante oppslag. De lokale forholdene i områdene avisene kommer ut i, er førende for hvilke tema som dekkes og hvilket omfang helsestoffet får. Konsekvensene sykehusreformen får for befolkningen, og om sykehustjenestene plassering har vært en opphetet tema tilbake i tid, er viktige faktorer for hvordan avisene prioriterer å skrive om politisk betont helsestoff.

I motsetning til Hagströms studie (2002), som viser at politikere og helsepersonell er de som oftest uttaler seg i forbindelse med helsestoff i avisene, viser funnene mine at dette har endret seg i Norge. Etter foretaksorganiseringen av sykehusene har ansatte i foretakene blitt mer tilbakeholden med å uttale seg til media. Administrasjonen i foretakene er etter reorganiseringen mer aktive i media enn deres forgjengere i fylkessykehusene var. Dette er et resultat av opprustningen som informasjonsfunksjonen i foretakene har gjennomgått for å forbedre foretakenes omdømme. Jeg har også funnet at politikere er mer aktive i lokalavisen Firda etter avpolitiseringsen av sykehussektoren på lokalt nivå, enn hva som er tilfelle i BT.



### **8.3 Forslag til videre forskning**

I forlengelsen av min studie ville det vært interessant å få en bedre forståelse av hvordan mediedekningen av helsestoff arter seg i resten av de lokale helseforetakene og i Norge. Det kunne bidratt til økt forståelse i forhold til om mediedekningen, slik den forholder seg i lokal- og region avisen i denne studien, er en gjennomgående trend. Eller er det slik at særtrekk trekk ved de enkelte avisene og foretakene i lokalsamfunn er avgjørende for hvordan avisene skriver om helsestoff? I fortsettelsen av dette vil det være interessant å se mer konkret på hvordan utviklingen av informasjonsfunksjonen i sykehusene påvirker medias dekning av helsestoff. En komparativ studie av hvordan riksavisene dekker helsestoff i forhold til region- og lokalaviser, vil gi en klarere oppfatning av hvordan temaene blir behandlet av media som befinner seg på de ulike nivåene i medieordenen.

Avisene er bare en del av dagens komplekse medievirkelighet. "Helsesaker" har lenge vært et tema på nyhetene i tv. I de senere år er egne programposter tilegnet temaet. Å studere omfanget av helsestoffet på tv og i avisene, kan gi en bedre forståelse av om helsestoffet totalt sett er økende, eller om det eventuelt er arbeidsdelingen mellom de ulike mediene som er i endring. Avisenes dekning av helsestoff kan også være et inntak til å studere toppledere i de lokale helseforetakene. Det ville vært interessant å se hvordan media beskriver toppledere i forhold til vedkommendes egen fortolkning av sin rolleutøvelse. Det ville også vært interessant og sammenholdt dette med befolkningens og ansatte i foretaket sin oppfatning av hvordan topplederen fremstår. Samlet sett ville dette bidra til en bedre forståelse av avisene beskrivelse av profilerte ledere og hvordan de lykkes i å nå sine målsetninger.

Det er en trend at oppgaver det offentlige tidligere har hatt ansvar for "avpolitiseres" og delvis privatiseres. Reorganiseringen av Televerket til Telenor er et eksempel på dette. Veivesenet, som nå har fått produksjonsenheter med navnet Mesta, og Statoil er også eksempler på dette. Hvordan håndterer disse organisasjonene medieoppmerksomhet etter å ha gjennomgått omstruktureringer på linje med sykehusene? Hvordan oppfatter media at forholdet til aktørene i organisasjonene har utviklet seg etter overgangen til organisasjonsformer som er mer vanlige i det private næringsliv? Hvilke likheter og forskjeller finner man i slike organisasjoner, sammenliknet med hva som skjer i sykehussektoren? Er det en gjennomgående trend at organisasjoner som avpolitiseres ønsker et mer strategisk forhold til media ved å ruste opp informasjonsfunksjonen? Ved å studere dette er det mulig å få en bedre forståelse av hvordan

endringene i offentlige sektor påvirker forholdet til media, og medias vilkår for innsyn i offentlige organisasjoner anliggender.

## Kildeliste

### *Litteraturliste*

Allern, Sigurd (1997): *Når kildene byr opp til dans*. Doktorgradsavhandling ved Institutt for Journalistikk. Universitetet i Bergen: Bergen

Andersen Niels Åkerstrøm (2002): "Polyfone Organisasjoner" *Nordiske Organisasjonsstudier*. 4, nr. 2: 27-54.

Andersen Niels Åkerstrøm (2000): "Public markets – Political Firms" *Acta Sociologica*. 43, nr. 2: 43-63.

Bastiansen, HenrikG. og Hans F. Dahl (2003): *Norsk mediehistorie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Berger, Arthur A. (2000): *Media and communication research methods: an introduction to qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.

Brekke, Ole A. (1995): *Differensiering og integrasjon. Debatten om bioteknologi i Norge*. Rapport 9509. Bergen: LOS Senteret.

Bukve, Oddbjørn (1997): *Kommunal forvaltning og planlegging*. Oslo: Det Norske Samlaget.

Byrkjeflot, Haldor (2005): "The making of a health care state? An analysis of the recent hospital reform in Norway" Working paper. Bergen: Rokkansenteret.

Byrkjeflot, Haldor og Svein I. Angell (2005): "The enterprises- new clothes: The content and impact on the new communication strategies in the Norwegian hospital sector" Paper for The 18<sup>th</sup> Scandinavian Academy of Management (NFF) meeting at Aarhus School of Business i Danmark, fra 18-20 august 2005.

- Byrkjeflot, Haldor og Tore Grønlie (2005): "Det regionale helseforetaket- mellom velferdslokalisme og sentralstatlig styring" I: Opedal og Stigen (red.): *Helse-Norge i støpeskjeen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Byrkjeflot, Haldor og Ivar Bleiklie og Østergren, Katharina (2003): "Taking Power from Knowledge- A theoretical Framework for the study of two public sector reforms" Notat nr. 22, 2004 Bergen: Rokkansenteret.
- Byrkjeflot, Haldor og Simon Neby (2004). "The decentralized path challenged? Nordic health care reforms in comparison" Notat nr 2, 2004. Bergen: Rokkansenteret.
- Christensen, Tom og Morten Egeberg. *Forvaltningskunnskap*. TANO Aschehoug: Otta.
- Eckekrantz, Jan og Tom Olsson (1994): *Det redigerade samhället*. Stockholm: Carlssons Bokförlag.
- Eriksen, Erik O. (1993): *Den offentlige dimensjon*. TANO: Oslo.
- Gregersen, Frank (1995): *Rasert sykehus kupper pressen*. Rapport 9505. Bergen: LOS-senteret.
- Grund, Jan (2000): "Sykehus- hvordan bør de styres?" *Magma. Tidsskrift for økonomi og ledelse*. 3, nr. 5: 21-30.
- Grønmo, Sigmund (1982): "Forholdet mellom kvalitative og kvantitative metoder i samfunnsforskningen" I: Holter og Kalleberg (red.): *Kvalitative metoder i samfunnsforskningen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Habermas, Jürgen (1971): *Borgerlig offentlighet*. Oslo: Gyldendal.
- Hagen, Roar (1996/2000): "Niklas Luhmann" I: Heine Andersen og Lars Bo Kaspersen (red.): *Klassisk og moderne samfundsteori*. København: Hans Reitzel forlag.
- Hagström, Bo (2002): *Svensk sjukvård i och under press*. Lund: Studentlitteratur.

Hellevik, Ottar (1997): *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hernes, Gudmund og Martin Eide (1987): *Død og pine*. Oslo: FAFO.

Iversen, Helge (1993): "Dagspressens helse" I: *Utsyn-Innsyn-Tilsyn*. Helsedirektoratets Årbok 1993.

Johannesen, Asbjørn (2003): *Introduksjon til SPSS*. Abstrakt forlag: Oslo.

Jönhill, Jan Inge (2001): "Kommunikationer med beslut som medium och form – En introduktion til Luhmanns organisationsteori" *Nordiske Organisasjonsstudier*. 3, nr 2: 5-12.

Kjær, Peter og Roy Langer (2001): "Business as Usual? Political Communication in Print or Business Journalism as Political Communication" Working Paper 2001, No. 2. Paper given at the XV. Nordic Conference on Media and Communication Research, Reykjavik, Iceland, August 11-13th, 2001.

Knudsen, Morten (2004): *Beslutningens Vaklen*. Doktorgradsavhandling ved Handelshøjskolen i København. København: Samfundslitteratur

Lund, Anker B. (2002): *Den redigerende magt*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Marshall, Catherine og Gretchen B. Rossmann. (1995): *Designing qualitative research*. Thousand Oaks, California: Sage.

Mintzberg, Henry (1993): *Structure in five: Designing effective organizations*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.

Mintzberg, Henry og Sholom Glouberman (2001): "Managing the care of Health and the cure of Disease- Part II: Integration" *Health Care Management Review*. 26, nr. 1: 87-91.

- Moland, Jørgen H. (2001): *Den ærlige strateg. Forskningsformidling på Internett.* Hovedfagsoppgave ved Institutt for Medievitenskap. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Opedal, Ståle og Inger M. Stigen (2005): *Statlig eierskap og foretaksorganiseringen i spesialisthelsetjenesten 2000-2005.* Oslo: Nordberg A.S.
- Ottosen, Rune (1996): *Fra fjærpenn til Internett: journalister i organisasjon og samfunn.* Oslo: Aschehoug.
- Qvortrup, Lars (2000): *Det hyperkomplekse samfund.* København: Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag A/S.
- Rasmussen, Terje (2003): *Kommunikasjon, medier, samfunn.* Bergen: Fagbokforlaget.
- Roness, Paul G. (1997): *Organisasjonsendringar.* Bergen: Fagbokforlaget.
- Røvik, Kjell A. (1998): *Moderne organisasjoner: trender i organisasjonstenkingen ved tusenårsskiftet.* Bergen: Fagbokforlaget.
- Serigstad, Synnøve (2003): *Samordning og samfunnstryggleik.* Hovedfagsoppgave ved Institutt for Administrasjon og Organisasjonsvitenskap. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Sjøborg, Eddie R. (1998): *Et helsevesen på sotteseng?* Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Skjeie, Hege (2001): "Det kritiske kjendiseri" *Nytt Norsk Tidsskrift.* 18, nr 3: 229-245.
- Strand, Torodd (2001): *Organisasjon, kultur og ledelse.* Bergen: Fagbokforlaget.
- Stray-Pedersen, Babill (1985): *Massemedias rolle for spredning av informasjon innen helse og medisin.* Kvinneklinikken, Aker Sykehus. Oslo.
- Ullhammer, Anne M. (1998): *Helsefarlig helsestoff.* Hovedfagsoppgave ved Institutt for Sosiologi og samfunnsgeografi. Oslo: Universitetet i Oslo.

Undheim, Johan O. (1985): *Innføring i statistikk for samfunnsvitenskapelige fag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Widerberg, Karin (2001): *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt: en alternativ lærebok*. Oslo: Universitetsforlaget.

Yin, Robert K. (1981): "The case study crisis: some answers" *Administrative Science Quarterly*. 26, nr 1:58-65.

### **Offentlige dokumenter**

NOU 1996: 5 Hvem skal eie sykehusene?

NOU 1997: 2 – Pasienten først!

NOU 1999: 27 Ytringsfrihet bør finne sted. Forslag til ny Grunnlov § 100.

St. meld. nr. 24 (1996-1997) Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste.

St. meld. nr. 57 (2000-2001) I ytringsfrihetens tjeneste. Mål og virkemidler i mediepolitikken.

St. meld. nr. 17 (2004-2005) Makt og demokrati.

St. meld. nr. 26 (2003-2004) Om endring av Grunnloven § 100.

Ot.prp. nr. 10. (1998-1999) – Om lov om spesialisthelsetjenester m.m.

Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) – Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)

St. prp. nr.1 (2003- 2004). Statsbudsjettet for 2004.

Lov om offentlighet i forvaltningen 19. juni. Nr. 69, 1970.

Anderslandrapporten (1990): Ledelse i sykehus. Sosialdepartementet. Oslo.

Steine, Vidar, O. (2001). Sykehusreformen- noen eierperspektiv. Eier- og foretaksgruppen. Sosial- og helsedepartementet. Oslo.

"Vær Varsom" plakaten. Norsk Presseforbund.

Rapport funksjonsfordelingsprosjekt i Helse Vest 2002/2003.

Helse Bergen (2005): "Kommunikasjonsstrategi for Helse Bergen" [http://www.helse-bergen.no/om\\_helse\\_bergen/dokumenter/dokumenter.htm](http://www.helse-bergen.no/om_helse_bergen/dokumenter/dokumenter.htm). Dato: 09.06.2005.

Helse Førde (2002): "Strategidokument for informasjon Helse Førde"

Helse Vest (2002): Styresak 014/02B. "Informasjonsstrategi for Helse Vest RHF" Dato: 22.02.2002.

### **Nettsider**

Helse Bergen (20.07.05): <http://www.helse-bergen.no/avd/infoavd/>

Helse Førde (10.3.05): <http://www.helse-forde.no/>

### **Avisartikler**

#### **Case 1:**

Bergens Tidende: 06-02-1995. "Lenker seg fast neste helg."

Bergens Tidende: 07-02-1995. "Riktig eller gal sparing."

Bergens Tidende: 07-02-1995. "Gjør vondt verre."

Bergens Tidende: 08-02-1995. "Vi vant, mamma!"

Bergens Tidende: 08-02-1995. "Bredside mot fylket."

Bergens Tidende: 08-02-1995. "Seier for syke barn."

Bergens Tidende: 09-02-1995. "Ap får skylden."

#### **Case 2:**

Firda: 24-01-1995: "Vart informert gjennom omvegar."

Firda: 24-01-1995: "Fremst helsepolitiker halden totalt uviten."

Firda: 25-01-1995: "Fylkesutvalet blir sett under gransking."

Firda: 25-01-1995: "I grenselandet."

Firda: 25-01-1995: "Kanskje regelbrot, men godt behandla."

Firda: 25-01-1995: "Open for å ta saka opp att."

Firda: 26-01-1995: "Krev direktør- saken teken opp att."

#### **Case 3:**

Firda: 10-01-2003. "Rapport slaktar sjukehusleiinga."



- Firda: 11-01-2003. "Tilrådde vidare drift i Florø."
- Firda: 11-03-2003. "Fylkeslegen: Gjer sjukehusrapporten offentleg!"
- Firda: 11-03-2003. "Kapstad avviser hemmelighold."
- Firda: 11-03-2003. "Kutt hjelper ikke"
- Firda: 11-03-2003. "Ligg det meir i skuffa?"
- Firda: 13-01-2003. "Kapstad er imot hemmelighald."
- Firda: 14-01-2003. "Let vikarbyrå lage sjukehusrapporten",
- Firda: 14-01-2003. "Rett til å vite".
- Firda: 14-01-2003. "Sjølvpåførte plager."
- Firda: 16-01-2003. "Ingenting å halde hemmelig".
- Firda: 16-01-2003. "Kritikk frå Helse Vest"
- Firda: 16-01-2003. "Pålagde altfor mange oppgåver."
- Firda: 17-01-2003 "Transmedica- rapporten om Florø sjukehus: kan ikke drivast vidare."
- Firda: 17-01-2003. "Foreslår kutt i sengetalet i Førde."
- Firda: 17-01-2003. "Nødvendig, men kva no?"
- Firda: 18-01-2003. "Mjølar si eiga kake."
- Firda: 18-01-2003. "- Styret bestemmer."

## **Vedlegg**

**Variabelskjema: side 110-111**

**Tilleggstabeller i kapittel 5: side 112-115**

**Eksempel på intervjuguide: side 116-117**

**Oversikt over informanter og intervjuer: side 118**

**Vedlegg 1 - Variabelskjema**

Variabel	Tekst	Verdi	Tekst	Variabel	Tekst	Verdi	Tekst		
1	Avis	1	BT	6	Kilde i artiklene (ekskludert debatt/innlegg)	1	Politiker, 1		
		2	Firda			2	Politiker, 2		
2	År	1	1995			3	Politiker, 3		
		2	2003			4	Byråkrat, 4		
3	Måned	1	Januar			5	Byråkrat, 5		
		2	Februar			6	Byråkrat, 6		
		3	Mars			7	Pårørende		
4	Hovedoppslag	1	Ja			7	Avsender debatt/innlegg	8	Pasienter
		2	Nei					9	Int.org
5	Type oppslag (plassering)	1	Lederplass					10	Helsepersonell
		2	Debatt/innlegg					11	Administrasjonen i helseinstitusjonene
		3	Artikler					12	Andre aktører
		4	Notiser					13	Forskere
av				1	Politiker, 1				
				2	Politiker, 2				
				3	Politiker, 3				
				4	Byråkrat, 4				
				5	Byråkrat, 5				
				6	Byråkrat, 6				
				7	Pårørende				
				8	Pårørende				
				9	Int.org				
				10	Helsepersonell				
				11	Administrasjonen i helseinstitusjonene				
				12	Andre aktører				
				13	Forskere				

Variabel	Tekst	Verdi	Tekst	Variabel	Tekst	Verdi	Tekst
8	Fordeling av artiklene i tematiske kategorier	1	Nasjonal-helsepolitikk	11	Fremstilling av artiklene	1	Positivt
		2	Lokalhelsepolitikk			2	Negativt
		3	Enkeltsaker			3	Nøytral
		4	Opplysningsstoff	12	Artikkel størrelse (inni avisen)	1	Stor
		2	Middels				
		3	Liten				
<hr/>							
Hovedtema:							
9	Nasjonal-helsepolitikk	1	Ideologiske spr.				
		2	Sentralisering-desentralisering				
		3	Finansiering				
10	Lokal-helsetjeneste politikk	1	Funksjonsfordeling				
		2	Økonomiske spr.				
		3	Personalspr.				
		4	Styring av sykehusene				

**Vedlegg 2 - Tilleggstabeller i kapittel 5**

Tabell A:

Politiske betonte oppslag i BT 1995	Tema		
	NP	LH	totalt
Politikere	4	7	11 (9 %)
Administrasjonen i sykehusene	-	9	9 (8 %)
Tillitsvalgte	-	4	4
Helsepersonell	2	12	14
Totalt			38 (32%)
N=			119

Tabell B:

Politiske betonte oppslag i BT 2003	Tema		
	NP	LH	totalt
Politikere	1	1	2 (2 %)
Administrasjonen i sykehusene	2	9	11(15% )
Tillitsvalgte	-	4	4
Helsepersonell	-	6	6
Totalt			23(31%)
N=			74

Tabell C:

Politiske betonte oppslag i Firda 1995.	Tema		
	NP	LH	totalt
Politikere	1	24	25 (19 %)
Administrasjonen i sykehusene	-	5	5 (4 %)
Tillitsvalgte	-	15	15 (11%)
Helsepersonell	-	11	11
totalt			56 (42%)
N=			132

Tabell D:

Politiske betonte oppslag i Firda 2003	Tema		
	NP	LH	totalt
Politikere	11	20	31 (22 %)
Administrasjonen i sykehusene	3	25	28 (19 %)
Tillitsvalgte	1	2	3 (2 %)
Helsepersonell	1	17	18
Totalt			80 (56 %)
N=			144

Tabell E

<b>Debatt/innlegg i BT 1995</b>	
Pårørende	1
Helsepersonell	1
Andre aktører	3
Interesseorganisasjon for pasienter	1
Totalt	6 (5 %)
N=	119

Tabell F:

<b>Debatt/innlegg i BT 2003.</b>	
Tillitsvalgte	1
Forsker	1
Pasienter	1
Politiker	1
Andre aktører	2
Helsepersonell	1
Interesseorganisasjon for pasienter	1
Totalt	8 (11 %)
N=	74

Tabell G

<b>Debatt/innlegg i Firda 1995</b>	
Politiker	4
Helsepersonell	2
Andre aktører	11
Totalt	17 (13 %)
N=	132

Tabell H

<b>Debatt/innlegg i Firda 2003.</b>	
Politiker	5
Byråkrat	1
Pårørende	2
Helsepersonell	2
Andre aktører	4
Tillitsvalgte	1
Administrasjonen i helse- institusjonen	1
Totalt	16 (11 %)
N=	144



### **Vedlegg 3 – Intervjuguide<sup>25</sup>**

#### **Generelt:**

Hvor lenge har du vært journalist i BT/Firda?

Hvordan er det å være journalist i BT/Firda?

(i relasjon til å skrive om bl.a.helse, spesialfelt, størrrelse på avisen )

Hvilket stoffområde dekker du? Hvem dekker hva?

Hvordan ser en vanlig arbeidsdag ut som for deg?

(Hva er dine viktigste oppgaver? )

Hvordan går du frem når du jobber med en helsepolitisk sak?

Hva er helsejournalistikk?

Hvordan prioriteres dette stoffet i forhold til andre saker?

Kan du peke på noen kriterier for at en sak skal få oppmerksomhet i BT/Firda?

Det hevdes ofte at media påvirker den politiske dagsorden- hva legger du i det?

Ligger det et ønske i å påvirke dagsorden? Hvordan?

Pressen blir gjerne omtalt som en politisk aktør, er det en dekkende beskrivelse? På hvilken måte?

---

<sup>25</sup> Guiden fungerte som en veiledning i forhold til relevante tema i intervjusituasjonen med journalistene. Intervjuene med de andre informantene ble gjort i samarbeid med andre studenter, og spørsmål ble stilt i forskjellig sammenheng og på ulikt vis avhengig av den enkelte intervjusituasjonen.

**Tidsdimensjonen før og etter reformene:**

Mange hevder at det har vært store endringer innen sykehussektoren og offentlig sektor generelt sett de siste årene. Da tenker jeg spesielt på tidsrommet mellom 1995 og 2002. Den mest omfattende endringen kan man argumentere sykehusreformen i 2002 representerer.

Har du merket endringene i utøvelsen av din jobb som (helsepolitisk) journalist? Hvordan? (Kontaktmønster, andre aktører, u/tilgjengelighet, endret organisasjonsstruktur, avpolitisering, informasjonsarbeidet i lokale helseforetak)

Hva mener du styrer mediedekningen av helsestoff?

**Lokalforholdene i avisens region.**

Kan du si noe om forholdene mellom avisene i regionen?

Påvirker dette hva Firda/BT velger å skrive om?

Kilder, hvem har du kontakt med? Kan du si noe om din bruk av kilder i relasjon til helsepolitisk stoff? (Eksternt og internt i relasjon til sykehusene/helseforetaket? Endringer før og etter reformen?)

Kan du si noe om sesongvariasjoner i relasjon til helsepolitisk stoff?  
(budsjett-slepp, politiske valg osv.)

Hva slags idealer har du for en sak av god nyhetsverdi?

Kan du beskrive en slik ”vellykket sak”?

Noe du ønsker å legge til?

## ***Vedlegg 4 – Oversikt over informanter og intervjuer***

Informant 1, journalist i Bergens Tidende (28.04.2004).

Informant 2, journalist i Bergens Tidende (27.04.2004).

Informant 3, journalist i Firda (15.04.2004).

Informant 4, journalist i Firda (15.04.2004).

Informant 5, Helse Førde (02.07.2003).

Informant 6, Helse Bergen, (13.06.2003).

Informant 7, Helse Bergen (17.10.2003).

Informant 8, Helse Førde (01.03.2004).

Informant 9, Haukeland Sykehus (05.06.2003).

Informant 10, Sentralsjukehuset i Sogn og Fjordane (02.07.2003).

## 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 sykehus : sett i lys av erfaringar med sykehusreforma*. 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 kunnskapscenter 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

# POLIS

Politikk, Organisasjon og Ledelse i  
Spesialiserte kunnskapsorganisasjoner

**Rokkansenteret**  
STEIN ROKKAN SENTER FOR FLERFAGLIGE SAMFUNNSSTUDIER