



UNIVERSITETET I AGDER

Omdømmeforsvar og krisekommunikasjon ved Sørlandet sykehus

EN CASESTUDIE AV HVORDAN SØRLANDET SYKEHUS BESKYTTET SITT
OMDØMME UNDER DET SOM OMTALES SOM "TARMKREFTSAKEN" VÅREN 2013

Linn Marie Førde

Veileder
Gro Kvåle

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Universitetet i Agder, år 2014
Fakultet for samfunnsvitenskap
Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag

Forord

Jeg vil benytte anledningen til først og fremst å takke min veileder Gro Kvåle. Takk for konstruktiv oppfølging og god støtte gjennom skriveprosessen. Jeg vil også takke mine foreldre som alltid stiller opp for meg. Jeg vil til sist takke min samboer, medstudent og min aller beste venn, Mariann Espestøyl. Hun har sterkt bidratt til å holde motet og motivasjonen oppe gjennom hele året.

Tusen takk!

Kristiansand, juni 2014

Linn Marie Førde

Innholdsfortegnelse

Kapittel 1. – Innledning	s. 6
1.1 Tema	s. 6
1.2 Problemstilling	s. 8
1.3 Begrunnelse for valg av tema	s. 9
1.3.1 Sykehussektoren	s. 9
1.3.2 Sørlandet sykehus	s. 10
1.3.3 Omdømme, omdømmehåndtering og krisekommunikasjon som fagfelt	s. 11
1.4 Videre disposisjon	s. 13
Kapittel 2. – Teori	s. 14
2.1 Sentrale begreper	s. 15
2.1.1 Identitet	s. 15
2.1.2 Selvpresentasjon	s. 15
2.1.3 Omdømme	s. 15
2.1.4 Omdømmehåndtering	s. 16
2.1.5 Krise	s. 17
2.2. Krisekommunikasjon og krisehåndtering, samt mediene	s. 19
2.2.1 Coombs rammeverk for krisekommunikasjon	s. 20
2.3 Coombs` SCCT	s. 23
2.4 Benoit: Krisekommunikasjon som imagegjenopprettelse	s. 29
2.4.1 Benoits modell	s. 29
2.4.2 Hvilke strategier bør man bruke?	s. 32

2.5 Svakheter:	s. 33
2.6 Noen ord til slutt	s. 34
Kapittel 3. – Metode	s. 35
3.1 Valg av metode	s. 35
3.1.1 Kvalitativ forskningsdesign	s. 35
3.1.2 Casestudie	s. 37
3.1.3 Valg av case	s. 38
3.2 Innsamlingsteknikker	s. 38
3.3 Gjennomføring	s. 39
3.3.1 Datainnsamling	s. 39
3.3.2 Dokumentanalyse	s. 39
3.3.3 Semistrukturert intervju	s. 41
3.3.4 Gjennomføring av intervju	s. 41
3.3.5 Oversikt over informanter	s. 42
3.3.6 Hjelpemidler	s. 43
3.4 Kvalitet i forskningen	s. 43
3.4.1 Troverdighet	s. 43
3.4.2 Overførbarhet	s. 45
3.4.3 Bekreftbarhet	s. 46
3.5 Styrker og svakheter av metodevalg	s. 47
3.6. Etske problemstillinger	s. 47
Kapittel 4. – Analyse	s. 48
4.1. – Innledning	s. 48

4.2 Tarmkreftsaken	s. 49
4.3 Omdømmetrusselen som krisen representerer	s. 51
4.3.1 Hva kjennetegnet krisen og hvilken krisetype kan SSHF plasseres i?	s. 51
4.3.2 Attribuert kriseansvar til SSHF	s. 56
4.3.3 Krisehistorien og tidligere omdømmet til SSHF	s. 59
4.4 Media sin framstilling av SSHF	s. 61
4.5 SSHFs omdømmeforsvar og krisekommunikasjon	s. 63
4.5.1 Innholdet av SSHFs krisekommunikasjon – SSHFs kriseresponsstrategier	s. 64
4.5.2 Oppsummering	s. 73
4.6 Vurdering av kommunikasjonens form	s. 74
4.6.1 Åpenhet	s. 75
4.7 Har SHF valgt responsstrategier i samsvar med omdømmetrusselen som krisen utgjorde?	s. 83
Kapittel 5. – Avslutning	s. 85
5.1 Oppsummering og konklusjonen i forhold til problemstillingen	s. 86
5.2 Svarene og funnene til forskningsspørsmålene	s. 86
5.3 Oppsummering av avhandlingen, og svaret på hovedproblemstillingen	s. 88
5.4 Implikasjoner av studien og min analyse	s. 91
5.5 Videre forskning	s. 93
Litteraturliste	s. 95
Vedlegg	s. 101
Vedlegg 1. Intervjuguiden	s. 102

Kapittel 1 - Innledning

1.1 Tema

En hovedtrend i samtidens organisasjonstenkning er fokus på omdømme, omdømmehåndtering og omdømmeforsvar (Røvik 2007). Omdømme har imidlertid lenge vært et fokusområde i det private marked, siden omgivelsenes oppfatning og tillit til virksomhetene har mye å si for virksomhetens overlevelses- og konkurranseevne. Fokuset på omdømme har ikke vært like stor i offentlig sektor. Dette kan begrunnes med at offentlige organisasjoner ikke går konkurs eller forsvinner, og at det derfor ikke ble ansett som nødvendig. Det er imidlertid et ønske om å øke kunnskapsgrunnlaget innenfor dette feltet. Offentlige organisasjoner fungerer på andre måter og på andre premisser enn private selskaper (Wæraas, Byrkjeflot og Angell, 2011:19), og det er derfor spennende å se på hvordan omdømmehåndtering fungerer i denne sektoren.

Denne hovedtrenden medfører en forventning til å kunne ha evne til å skape, opprettholde og forsvare et godt omdømme, som er viktige elementer i dagens virksomhetsstyring (Røvik 2007: 197). Det støttes opp av Coombs (2010:61), som sier at krisekommunikasjon er i dag et hovedtema i forskning innenfor informasjon og samfunnskontakt. Vi ser tendenser til at organisasjoner i dag har et større press på seg enn tidligere ved at de må forsvare sitt omdømme og sine handlinger ved bruk av verbal kommunikasjon. En god krisekommunikasjon kan snu en krise til organisasjonens fordel og hjelpe organisasjonen med å komme ut av krisen på en god måte. Dette aktualiserer temaet omdømmeforsvar og krisekommunikasjon, og det reiser spørsmål om hva som skjer når en organisasjon opplever at dens omdømme blir truet og hvilke strategier som settes i verk for å forsvare og opprettholde organisasjonens omdømme.

På samme tid har det innenfor helsesektoren blitt vedtatt og iverksatt store reformer. Utviklingen har ført til at sykehusene i dag må forholde seg til sine omgivelser i mye større grad enn tidligere. Det anses ikke lenger som ideelt å opptre som en tradisjonell offentlig organisasjon eller kun som en nødvendig del av et nasjonalt helsesystem (Byrkjeflot og Angell 2007, 2008). Dette har vi sett tydelig tendenser til ved innføringen av sykehusreformen. Reformen førte med seg et sterkere fokus på pasientene som kunder i et marked. I tillegg har det bidratt til at det stilles større krav til serviceinnstillingen ovenfor pasientene i helseforetakene (Holme 2006:7). En av konsekvensene som reformen førte med seg var et fritt sykehusvalg. Dette bidro til styrking av pasientenes rettigheter. Utviklingen har

betydd at sykehuset forventes å kommunisere aktivt med omgivelsene med den hensikt å oppnå tillit hos ulike grupper i samfunnet (Holme 2006:8). Disse endringene har ført til en hardere konkurranse mellom helseforetakene om både pasienter og ressurser. I tillegg ser man flere tendenser til at helseforetakene ligner mer på hvordan private foretak opptrer (Byrkjeflot og Angell 2007). I den forbindelse kan omdømmehåndtering sees på som et virkemiddel for å styrke tilliten til det enkelte helseforetak i befolkningen. Tillit er viktig for å unngå at organisasjonen får krav om at de må flyttes eller at de må slås sammen med andre virksomheter. Andre konsekvenser ved mangel på tillit kan være at organisasjoner må klare seg med mindre budsjett, at de må moderniseres, osv. (Wæraas, Byrkjeflot og Angell, 2011:19).

Helsereformen har også medført at helseforetakene må være mer synlig for omgivelsene sine. I den forbindelse har informasjonsvirksomheten fått økt oppmerksomhet, hvor sentrale oppgaver for denne virksomheten er å håndtere omdømmet til organisasjonen gjennom strategisk kommunikasjon (Holme 2006). Det påstås at det spesielt er lederne og informasjonsavdelingene, som i hovedsak er opptatt av organisasjonens omdømme (Byrkjeflot og Angell 2008). Nesten alle sykehus har opprettet egne informasjonsavdelinger. Dette har ført til endringer for hvordan sykehusene presenterer sin organisasjon, det vil si sine mål og verdier, enten dette er til offentligheten, til de ansatte eller til helseprofesjonene generelt. Disse endringene støttes opp av blant annet studier utført av Wæraas og Østhus (2007), som synliggjør en økende interesse for egen organisasjonsidentitet og omdømme blant helseforetakene. Dette viser seg gjennom økende bruk av virkemidler for hvordan de presenterer seg selv.

Media har en viktig rolle i samfunnet, og skaper et større press på sykehusene i dag. Media er en sterk ”meningsdanner”, og deres fremstilling av saker kan både styrke og svekke organisasjonens omdømme. Av den grunn har media en viktig rolle i omdømmedebatten. Et godt omdømme er fordelaktig når en krise inntreffer. Organisasjonen kan fremstå mer troverdig, og blir dermed raskere tilgitt når den gjør feil.

Oppgavens tema er omdømme og omdømmehåndtering i helseforetak med et særlig fokus på hvilke forsvarsmekanismer som benyttes, og hvordan krisekommunikasjonen foregår. Sagt på en annen måte, så ønsker jeg å se hvordan den eksterne kommunikasjonen foregår under situasjoner som kan true omdømmet til organisasjonen. For å konkretisere ytterligere, har jeg valgt å ta for meg en krise for å kunne beskrive og eksemplifisere på en best mulig måte. Denne krisen blir referert til som tarmkreftsaken, og ble kjent våren 2013.

1.2 Problemstilling

Gjennom en empirisk studie av SSHF vil jeg forsøke å belyse hva som skjer når en offentlig organisasjon opplever en krise, og hvordan de går frem for å håndtere dette. Et sentralt spørsmål vil være hvordan SSHF beskyttet sitt omdømme, under det som ble kalt for tarmkreftsaken eller tarmkreftskandalen, som oppsto våren 2013. Kort fortalt innebar denne krisen en stor belastning for flere av pasientene på Arendal sykehus. Et stort antall av de som gikk gjennom en tarmkreftoperasjon, måtte reopereres som følge av systemfeil. Denne saken utgjorde flere problematiske forhold, som forsterket omdømmetrusselen ytterligere. Dette vil bli grundigere redegjort for senere i oppgaven.

Jeg har med dette som utgangspunkt, valgt å se på hvordan SSHF responderte på denne krisen. Jeg kommer til å se på hvilke kommunikasjonsstrategier som SSHF tok i bruk, for å beskytte og gjenopprette sitt omdømme.

Med bakgrunn i dette er avhandlingens hovedproblemstilling følgende:

«Hvordan arbeides det med omdømmehåndteringen i sykehussektoren i situasjoner som kan være en trussel mot omdømmet?».

For å kunne svare på hovedproblemstillingen, har jeg tatt for meg følgende delspørsmål:

- Hvordan brukte Sørlandet sykehus krisekommunikasjon for å beskytte sitt omdømme da den såkalte tarmkreftsaken ble offentlig kjent?
- Var denne kommunikasjonsstrategien i samsvar med Coombs og Benoits kriterier for omdømmehåndtering?

Problemstillingen og de tilhørende delspørsmålene vil bli belyst ved hjelp av teorigrunnlaget til de to kjente krisekommunikasjonsforskerne W.T Coombs og W.L. Benoit. De representerer to ulike teoritradisjoner, henholdsvis den strategiske kontekstorienterte og den retoriske tekstorienterte tradisjonen. Felles for disse teoriene er fokuset på hvordan personer og organisasjoner forsvare seg verbalt i situasjoner som kan true deres omdømme. Coombs tar for seg et viktig forhold i vurderingen av omdømmetrusselen ved en oppstått krise, nemlig konteksten. Å ha en forståelse for konteksten, gjør det lettere å vurdere hvordan man skal håndtere situasjonen. Det gjør det også lettere å se hvilke strategier som er mest hensiktsmessige sett i forhold til den trusselen som krisen representerer. Jeg vil i den forbindelse vurdere hvor sterk omdømmetrusselen var når tarmkreftsaken oppsto våren 2013,

ved å undersøke krisetypen, krisehistorien og tidligere omdømmet til organisasjonen. Jeg vil også se på kommunikasjonens form, og hvordan disse samsvarte med omdømmetrusselen som tarmkreftsaken representerte. Aller først ønsker jeg å redegjøre for hvorfor jeg valgte temaet for oppgaven.

1.3 Begrunnelse for valg av tema

Interessen for temaet har i hovedsak to begrunnelser: Den første er knyttet til interessen for sykehussektoren. Den andre er knyttet til omdømme, omdømmehåndtering og krisekommunikasjon som fagfelt.

1.3.1 Sykehussektoren

Som jeg nevnte innledningsvis, har helsereformen ført med seg mange endringer som har bidratt til at sykehusene fokuserer mer på omdømme og omdømmehåndtering. Vi sett store endringer i helsesektoren de siste årene. Bakgrunnen for disse endringene er nært relatert til de siste 30-årsprogrammer i offentlig sektor, som er inspirert av ideer som går under navnet New Public Management (NPM). Kort fortalt baserer NPM seg på mange typer ideer, noen som er delvis motstridende, men som grunnleggende og ideologisk sett, trekker i samme retning. NPM innbefatter elementer som står i strid med tradisjonelle verdier og utfordrer dermed godt etablerte forvaltningsdoktriner. Det handler blant annet om økonomisk effektivitet, desentralisering, fleksibilitet og gjennomsiktighet, samt et skarpt søkelys på ledernes egenskaper, handlinger og resultater (Kvåle og Torjesen 2014). Tradisjonell offentlig forvaltning har alltid tydeliggjort de særegne trekkene ved offentlig sektor. Ideene bak NPM gjør det motsatte – de understreker likhetene mellom offentlig og privat sektor (Christensen og Lægereid i Tranøy, B.S. og Ø.Østerrud (red.) 2002: 67-69). I den forbindelse kan disse ideene bli oppfattet som en introduksjon av markedsprinsipper i organisering av offentlig sektor. At offentlig sektor tar i bruk prinsipper og funksjoner som finnes i privat sektor, er generelt et omdiskutert tema (Røvik 2007:34). Dette gjelder ikke minst organisasjoner som har oppgaver som dreier seg om helse og liv.

Dette representerer en utvikling som viser at offentlige organisasjoner generelt og sykehussektoren spesielt, har blitt utsatt for endringer som gjør at kommunikasjon og informasjon er i fokus. Det handler om omdømmehåndtering, hvor det å forklare seg for sine omgivelser og interessenter blir stadig viktigere. Det legges ned betydelige ressurser i omdømmehåndtering og omdømmebygging – en trend som ser ut til å vokse.

I den forbindelse har jeg tatt for meg Sørlandet sykehus som case for oppgaven. Dette er en organisasjon som har opplevd flere kriser og hendelser, og som blir stadig omtalt i media. Videre er Sørlandet sykehus en organisasjon som er stor av interesse for omgivelsene, og det forventes at organisasjonen holder en god kontakt med media og befolkningen i kommunikasjonsammenheng - spesielt i forbindelse med kriser.

1.3.2 Sørlandet sykehus

Sørlandet sykehus driver sin virksomhet over hele Agder og har alle tjenester innen spesialisthelsetjenesten for somatikk, psykiatri og avhengighetsbehandling. Gjennom sin virksomhet har sykehuset vist at de kan levere helsetjenester i et stort omfang. Det gjelder både i antall behandlinger og innen komplett somatisk og psykiatrisk tilbud til befolkningen på Agder.

Sørlandet sykehus omfatter de tre store sykehusene i Arendal, Kristiansand og Flekkefjord. I tillegg har de en utstrakt virksomhet gjennom den distriktbaserte psykiatrien med poliklinikker, dagavdelinger og boenheter flere steder (sshf.no/omoss, 2014a). Sykehuset driver også utstrakt arbeid innen utvikling og forskning. Forskningen er pasientnær, det vil si at resultatene raskt får konsekvenser for pasientene.

Det er ledelsen jeg har valgt å bruke som informanter i min avhandling, og ledelsen på Sørlandet sykehus HF består av ledergruppen med administrerende direktør, klinikkjefer og stabsdirektører. Ledelsen styrer gjennom linjeorganisasjonen og er den øverste administrative og strategiske enhet i sykehuset (sshf.no/omoss, 2014b).

Media vil utgjøre en stor del av min diskusjon rundt omdømmehåndtering, og Sørlandet sykehus HF har et ønske om ha en åpen og direkte dialog med media. For at media skal få den informasjonen som er nødvendig, har sykehuset egne kontaktpersoner som skal bidra til at media får en god og etterrettelig informasjon. De kan også bistå med å finne frem til de rette fagfolkene i organisasjonen (sshf.no/media, 2014a).

Visjonen til Sørlandet sykehus er «Trygghet når du trenger det mest», og er det organisasjonen strekker seg etter. Det betyr at når enkeltpersoner er i sin mest sårbare periode i livet, så vil sykehuset sikre en god behandling og et godt tjenestetilbud. Et viktig nøkkelord er kvalitet. Sett opp mot krisen jeg tar for meg i avhandlingen, kan det se ut til at denne visjonen ikke ble fulgt opp. Det kan derfor antas at omgivelsenes forventninger til sykehuset er blitt brutt, og at konsekvensene var tap av troverdighet og legitimitet – og følgelig en stor trussel mot omdømmet. Et viktig spørsmål blir da hvordan de gikk fram for å håndtere dette

forventningsbruddet som omhandlet tarmkreftoperasjoner.

Verdiene som SSHF kommuniserer er: 1. «*Respekt*», som vil si at de fremmer et menneskesyn hvor respekten for det enkeltes menneskes liv og verdighet er grunnleggende, der møtet mellom ansatte og pasienter preges av likeverd, 2. «*Faglig dyktiget*», som handler om å tilby pasientsikkerhet, 3. «*Tilgjengelighet*», som betyr oversiktlige og tilgjengelige og tydelige definerte tjenester for pasienter som trenger det, 4. «*Engasjement*», som betyr å vise omsorg og interesse i møte med pasienter, pårørende og kollegaer (sshf.no/omoss, 2014c).

Som et resultat av de mange endringene, overføringene av tjenester mellom sykehusene, og omstillingene som Sørlandet har gjennomgått, har SSHF fått enda mer oppmerksomhet i media. De har blitt jevnlig omtalt i nyhetsmediene og har fått mye negativ kritikk. Det er derfor spennende å bruke en slik organisasjon som det er så stor interesse rundt. Som nevnt tar jeg for meg en spesiell krise som skapte massiv medieomtale våren 2013 – tarmkreftsaken. Ved å bruke en konkret krise, får jeg muligheten til å se nærmere på hvordan de organiserer seg i forhold til krisekommunikasjon og hvordan de forsvarer sitt omdømme. Jeg ønsker kort å redegjøre for denne krisen, før jeg går over til å fortelle om min andre begrunnelse for mitt tema.

Tarmkreftsaken handler om at sykehuset har brutt krav til faglig forsvarlighet. Kort fortalt går kritikken ut på at ledelsen ved Sørlandet sykehus sviktet i kvalitetsarbeid og internkontrollen, og brudd på spesialisttjenesteloven. I februar 2013 måtte tre av ti pasienter som ble operert for tykktarmskreft ved Sørlandet sykehus i Arendal opereres på nytt, noe som er seks ganger så mange som ved sykehuset i Kristiansand. Reoperasjonene har pågått i hele 2011 og i første halvår av 2012, og SSHF blir kritisert for ikke å ha informert helsemyndighetene om dette. Denne høye andelen av reoperasjoner i Arendal sykehus har skapt stor oppsikt og mye medieomtale. Disse feilene førte til at en betydelig merbelastning for pasientene involvert, og etter en utvidet undersøkelse ble det besluttet av tarmkreftoperasjonene skulle overføres til Kristiansand (Vindsland 2013)

1.3.3 Omdømme, omdømmehåndtering og krisekommunikasjon som fagfelt

Grunnen til den sterke interessen for omdømme, omdømmehåndtering og krisekommunikasjon, er blant annet at det er noe som angår alle. Det er svært aktuelt, og blir i stadig større grad en sentral del av organisasjoner og virksomheters fokusområde. Dette har jeg et ønske om å undersøke nærmere. Håndtering av kriser er svært viktig, og bør bli tatt hånd om umiddelbart. Kriser er vanskelig å skjule, og kan føre til langvarig skade på

organisasjonens omdømme, mye på grunn av medias dekning av området.

Krisekommunikasjon er derfor av stor betydning. Dette fordi håndtering av kommunikasjon har mye å si for hvordan en håndterer den aktuelle krisen, i dette tilfellet tarmkreftsaken.

Som jeg nevnte i innledningen, har sykehusreformen bidratt til at helseforetakene har et større behov for å uttrykke hvem de er, og hva de står for. Til tross for dette, har det vært lite forskning på fenomenet omdømmehåndtering innenfor helsesektoren. Byrkjeflot og Angell (2007), og Wæraas og Østhus (2007) er noen av de som har undersøkt denne tendensen nærmere, blant annet ved å se på foretakenes ekspressive uttrykk. Det er derfor spennende å undersøke et så ungt og spennende fenomen som omdømmehåndtering i sykehussektoren. De amerikanske krisekommunikasjonsforskerne Timothy Coombs og William Benoit har vært de to fremste forskerne innenfor dette fagfeltet. Gjennom å benytte Coombs og Benoit's teorier ønsker jeg å gjennomføre en analyse av SSHF sitt omdømmeforsvar for å få en bedre forståelse og innsikt i hvordan denne organisasjonen organiserer seg og reagerer i forhold til en krise som truer deres omdømme.

I Benoit's (1995) teori om imagegjengoppsettelse finner vi ulike strategityper for omdømmeforsvar. Hensikten er at disse strategiene skal bidra til at organisasjoner håndterer angrep på en best mulig måte, det vil si at en reduserer og unngår skader av angrep på omdømmet. Innenfor omdømmeforsvar finner vi krisekommunikasjon, som gir et viktig bidrag når en skal forsvare omdømmet. Angrep på omdømme anses som en form for krisesituasjon. Teorien til Benoit baserer seg på at kommunikasjon er en målrettet aktivitet, samt at opprettholdelsen av et positivt omdømme er et av de sentrale målene med kommunikasjon. Benoit hevder at en organisasjon helt naturlig vil prøve å forsvare sitt omdømme. En av måtene man kan gjøre det på, er ved å benytte verbale strategier for å opprettholde det (Frandsen og Johansen 2008:205).

Coombs (2007) går frem på en litt annen måte. Han vektlegger viktigheten av god ledelse som setter i gang riktige tiltak i forsvaret mot og reduseringen av skaden av et angrep på organisasjonen, og dermed dens omdømme. Dette er kjernen i omdømmeforsvar. SCCT er basert på attribusjonsteori, hvor konteksten som en krise oppstår i avgjør hvilke kriseresponsstrategier man bør velge for å forsvare omdømmet til organisasjonen på en best mulig måte. Det er videre viktig å forstå det særegne ved en krisesituasjon. På den måten vil det være lettere å velge de mest hensiktsmessige kriseresponsstrategiene i henhold til krisen. Coombs redegjør for tre ulike kjennetegn ved krisesituasjonen: Krisetypen, organisasjonens

krisehistorie og tidligere omdømme (Coombs 2007:137). Ved å se på disse situasjonsfaktorene vil det gjøre det mulig å undersøke hvorvidt SSHF har valgt de riktige kriseresponsstrategiene i forhold til tarmkreftskandalen. Hovedfokuset ligger altså på kriseresponsstrategiene som blir anbefalt av Coombs og Benoit, og dette skal jeg undersøke ved hjelp av kvalitativ analyse.

Som jeg nevnte innledningsvis er krisekommunikasjon viktig for å kunne komme ut av en krise på best mulig måte. Krisekommunikasjonsteorien er derfor av god praktisk nytte for organisasjoner, fordi den gir råd, veiledning og anbefalinger om hvordan man bør gå frem i møte med en krise som truer omdømmet til organisasjonen. Teoriene jeg tar i bruk i min avhandling kan derfor være et nyttig teoretisk rammeverk når man skal studere og analysere krisekommunikasjonen til en organisasjon. Et viktig spørsmål relatert til dette, og til mitt valg av problemstilling, er hvorvidt SSHF har valgt de riktige kommunikasjonsstrategier og dermed hatt et godt og hensiktsmessig omdømmeforsvar.

Når det gjelder aktualiteten ved dette området så kan det henvises til flere episoder og kriser som har fått betydelig oppmerksomhet i media de siste måneder. Norwegianians håndtering av problemene ved sine nyinnkjøpte Dreamlinere fikk stor oppmerksomhet. Passasjerene følte seg dårlig behandlet og kommunikasjonsrådgiverne i Norwegian fikk føle presset. Coops håndtering av Northug-skandalen er et annet eksempel. Her ser vi store forskjeller i håndtering av en skandale hvor Vi Menn, Red Bull, Eiendomsmegler1 og Audi også var involvert. Reaksjonene og håndteringen spriker fortsatt – noe ensartet reaksjonsmønster ser vi definitivt ikke. De forskjellige aktører gjør seg opp forskjellige meninger, og vurderer kynisk hvilket reaksjonsnivå som er fornuftig for deres virksomhet. Folkemeningen er viktig, og vurderes ofte opp i mot hvilke prinsipper virksomheten står for. Ofte en veldig vanskelig avveining hvor en i mange tilfeller må velge mellom pest eller kolera.

1.4 Videre disposisjon

For en best mulig fremstilling av det jeg vil ta for meg i avhandlingen legger jeg opp til følgende strukturering av oppgaven: Innledningsvis har jeg forsøkt å gi et bakteppe for valg av tema og problemstilling. I kapittel 2 redegjøres det for sentrale begreper som benyttes hyppig i avhandlingen, samt en grundig klargjøring av det teoretiske rammeverket representert av Coombs (2007) og Benoit (1995).

Datamaterialet og den metodiske tilnærmingen til materialet blir presentert i kapittel 3. Det

viser blant annet hvordan jeg har gått fram for å samle inn eksisterende data til analysen. Kapitlet inneholder også refleksjoner over styrker og svakheter ved det metodiske opplegget jeg har valgt, samt at oppgavenes troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet vil bli vurdert.

Kapittel 4 er avhandlingens analysekapittel. Her presenterer jeg mine funn og disse blir analysert og drøftet basert på det teoretiske rammeverket i kapittel to. Videre vil avhandlingens empiri og funnene fra studien bli lagt fram, sett i forhold de valgte teoriene.

Kapittel 5 er viet en oppsummering av avhandlingen og funnene som gir et svar på problemstillingen.

Kapittel 2 – Teori

Alle organisasjoner har et omdømme (Fombrun og van Riel 2003). Ønsket om å styre og håndtere omdømmet til fordel for organisasjonens har økt. I dette kapitlet vil jeg først definere og forklare ulike sentrale begreper, som er knyttet til identitet- og omdømmeforsvar. Dette er nødvendig for å kunne få en forståelse for betydningene av ordene, og for å vise til hvilke muligheter og utfordringer som er knyttet til dette området. Deretter presenteres det teoretiske rammeverket for denne avhandlingen. Videre vil jeg diskutere ulike muligheter for forsvarsrespons, og redegjøre for Coombs` krisekommunikasjon og Benoit`s teorier. Jeg vil også kort gjøre rede for mediene, og mediefremstillingens betydning for både i hvilken grad omgivelsene tilskriver ansvar, og omdømmetrusselen, og hvordan dette igjen påvirker valget av forsvarsstrategi.

Et viktig spørsmål blir derfor hva som skaper og påvirker et omdømme, og jeg vil i neste avsnitt se nærmere på dette spørsmålet.

2.1 Sentrale begreper

Når det gjelder forsvaret av identitet og omdømme, så blir det ofte omtalt som en strategisk aktivitet. Det handler om hvilke signaler som sendes ut i krisesituasjoner. Hensikten er å bygge opp eller opprettholde tilliten. Språket er viktig, og kommunikasjonen utgjør en stor del av problemløsningen i en krise (Johansen og Frandsen 2007: 164).

Det blir sagt at omdømme er en konsekvens av samspill mellom organisasjonens identitet og selvpresentasjon. Jeg vil derfor redegjøre for disse begrepene først, før jeg tar for meg omdømmehåndtering og krisebegrepet. Samspillet mellom identitet, selvpresentasjon og omdømme kan illustreres ved følgende figur (Wæraas 2004:14).



2.1.1 Identitet

Identitet handler om hvem vi er. Det dreier seg om hva som gjør organisasjonen unik og varig. Med andre ord handler det om hvem man ikke er i forhold til andre (Kvåle og Wæraas 2004:14). De fleste organisasjoner har blitt oppmerksomme på det å kunne sammenligne seg med andre for å se hva som skiller dem, og for å kunne se likheter. Organisasjoner må ha aksept og anerkjennelse i de sosiale omgivelsene, og omgivelsene spiller derfor en sentral rolle når organisasjonen skal finne ut hvem de er. Identitet og omdømme er derfor tett knyttet til hverandre (Kvåle og Wæraas 2004:15).

2.1.2 Selvpresentasjon

Det forventes at organisasjoner presenterer seg selv for omgivelsene. Det innebærer at de forteller hvem de er, og hva de står for (Kvåle og Wæraas 2006:49). Dette kommer frem blant annet gjennom verdier, visjoner og slagord som organisasjoner har, som gjør at identiteten deres blir synlig for andre. Visjoner referer til en ønsket tilstand og utvikles for at organisasjonen skal ha noe å strekke seg etter. Verdier er mindre synlige, men sier noe om den atferd som er ønskelig for organisasjonen. Denne framstillingen av seg selv er ofte strategisk. Hensikten er å skape et bilde eller omdømme som er så attraktiv og positiv som mulig ovenfor sine omgivelser (Kvåle og Wæraas 2006:49). Dette er nært relatert til nye organisasjons- og ledelsesformer som merkevarebygging («corporate branding») og strategisk kommunikasjon («corporate communication»), som igjen er en tankegang som er knyttet til funksjoner og handlinger som finnes i det private marked (Kvåle og Wæraas 2006:49).

De fleste virksomheter og organisasjoner har egne hjemmesider. Hensikten er å kommunisere utad hvem man er og hva man gjør. Dette kommer også frem på SSHFs hjemmeside: «Om oss» er en link som gir en god beskrivelse av organisasjonen, organiseringen, og hvordan de ønsker å bli oppfattet av andre (Kvåle og Wæraas 2006:50).

2.1.3 Omdømme

Det finnes flere forskjellige definisjoner på omdømme, og det finnes ingen entydig definisjon som alle kan si seg enige om. Fombrun definerer en organisasjonens omdømme som «...*the overall estimation in which a company is held by its constituents*» (Fombrun 1996: 37). Nært beslektet med denne er Wæraas definisjon av omdømme, som er: «*Summen av omgivelsens*

oppfattede erfaringer med organisasjonen» (2004:62). Denne definisjonen gir uttrykk for at organisatorisk omdømme er et resultat av flere ulike oppfatninger og erfaringer.

Omdømmearbeid må derfor rettes mot flere ulike interessenter, slik at totalinntrykket av organisasjonen blir best mulig. Det økende fokus på omdømme, har ført til at det finnes mange tilgjengelige virkemidler som skal bidra til å presentere organisasjoner på en fordelaktig måte ovenfor sine omgivelser. Dette vil jeg utdype ytterligere under begrepet «*omdømmehåndtering*».

Samtidig som image refererer til det bildet som skapes umiddelbart av en organisasjon, handler omdømme om hva organisasjonens interessenter virkelig mener om virksomheten. Det vil si et inntrykk eller oppfatning som skapes over lang tid (Brønn og Ihlen 2009:79) Et godt omdømme kan oppfattes som en form for symbolsk kapital en organisasjon kan trekke på (Kvåle og Wæraas 2006:44). Organisasjoner fremstiller seg som attraktive og positive, med den hensikt å skape et bestemt bilde eller omdømme av seg selv i omgivelsene (Kvåle og Wæraas 2006:49). Siden et godt omdømme bygges opp over tid tar det gjerne lang tid å utvikle et godt omdømme, men det er lett å rive ned. Det er med andre ord lettere å miste tillit, troverdighet og legitimitet enn å få det. Med et godt omdømme kan det bidra til at virksomheter får bedre evne til å nå sine mål, og fungere som et strategisk fortrinn (Ihlen 2007:9 og Fombrun 1996:80). Et godt omdømme fører meg seg mange positive gevinster. Blant annet vil organisasjoner med et godt omdømme tiltrekker seg i større grad «de beste» ved å fremstå attraktiv for jobbsøkere, og trenger nødvendigvis ikke arbeide så hardt for å tiltrekke seg dyktige medarbeidere sett i forhold til organisasjoner med dårlig omdømme (Røvik 2007:219).

Vektleggingen av omdømme har blant annet bidratt til et økt fokus på strategisk kommunikasjon, virksomhetskommunikasjon og krisehåndtering i organisasjoner. I oppgaven vil jeg ha et hovedfokus på sistnevnte, noe som fører meg over til neste avsnitt.

2.1.4 Omdømmehåndtering

I følge Røvik (2007) er omdømmehåndtering en av hovedtrendene i dagens organisasjonstenkning. Den baserer seg på et tydelig ekspressivt aspekt, som handler om ideer og grep for å sette organisasjonen i godt lys ovenfor sine omgivelser (Røvik 2007:195).

Røvik (2007) definerer omdømmehåndtering som *«tiltak rettet inn mot bevisst, planmessig*

presentasjon overfor relevante aktørgrupper i omgivelsene med sikte på å styrke disses oppfatninger av og tillit til organisasjonen» (Røvik 2007: 196). Mer konkret er omdømmehåndtering planmessig å vise utad hvem man er som organisasjon og hva man står for, slik at omgivelsenes oppfatninger av og tillit til organisasjonen styrkes. Dette betyr at de bedriver aktiv strategisk omdømmehåndtering (Røvik 2007:196). Som nevnt tidligere, er selvpresentasjon et viktig nøkkelord innenfor omdømmebegrepet, og hensikten er å gi et mest mulig positivt inntrykk til omgivelsene (Røvik 2007:195). Her blir strategisk kommunikasjon relevant, noe som ofte brukes aktivt i en *krisesituasjon*.

2.1.5 Krise

Det finnes ingen entydig definisjon av begrepet krise, men det er likevel viktig å velge en man kan benytte seg av. På den måten kan man også bestemme hvordan man går frem for å håndtere en eventuell krise. Det finnes mange forskjellige definisjoner, men i hovedsak velger jeg å forholde meg til Coombs' definisjon av en krise i denne avhandlingen, både fordi den er en syntese av flere andre krsedefinisjoner, og fordi jeg i stor grad baserer meg på Coombs' teorier om krisekommunikasjon og forsvarsstrategier. Denne definisjon går som følger:

«A crisis is the perception of an unpredictable event that threatens important expectancies of stakeholders and can seriously impact an organization's performance and generate negative outcomes» (Coombs 2007: 2-3).

Definisjonen til Coombs blir forstått som oppfatningen av en uforutsett hendelse som truer med å bryte med viktige forventninger til organisasjonen. Hvis dette skjer, kan det gi alvorlige konsekvenser for omdømmet. I følge Coombs (2010) er det interessentenes oppfatning av hendelsen og situasjonen som bestemmer hvorvidt det er en krise eller ikke. Det betyr at hvis interessenter mener at organisasjonen er i krise, så er den i krise. Følgende sitat tydeliggjør dette poenget:

«Crisis interpretations are socially co-created by primary stakeholders, secondary stakeholders (especially the news media), and the organization. If primary stakeholders believe a crisis exists, it does» (Coombs 2011:110).

Mer konkret betyr det at en organisasjon vil være i en krisetilstand helt til den klarer å overbevise interessentene om at den ikke er i krise (Coombs 2007: 2). Sett ut ifra dette perspektivet, er begrepet krise en sosial konstruksjon. Det betyr at oppfattelse, fortolkning, og reaksjon på en krise blir skapt gjennom den interaksjonen og relasjonen interessentene har med organisasjonen (Coombs 2007:3). Et felles trekk for alle kriser er, ifølge Coombs (2012),

at de truer eller skader virksomhetens omdømme. Dette skyldes at tilliten til virksomheten svekkes, hovedsakelig på grunn av at den ikke lenger lever opp til interessentenes forventninger (Coombs 2012: 3). Dermed kan skadet omdømme utgjøre en stor trussel mot organisasjonens legitimitet (Coombs 2010:33).

Definisjonen ovenfor klarer å fange opp fellestrekk som andre forfattere har brukt i beskrivelsen av kriser (Coombs 2007:2-3). Kriser er uforutsigbare, det kan skje plutselig, og organisasjonene må være forberedt. Tidligere ble kriser ansett som hendelser som organisasjonen ikke klarer å håndtere og kontrollere. I dag blir kriser sett på noe som er uunngåelig og som må forventes og håndteres (Coombs 2007: 3).

Frandsen og Johansen (2010) får frem noe som mangler hos Coombs' beskrivelse av krise. I følge Frandsen og Johansen, kan krise være en mulighet. Det betyr at en krise kan gi et bedre rykte enn det de hadde før krisen, forutsatt at organisasjonen håndterer krisen på en god og effektiv måte (Silkose og Unsgaard 2006). Definisjon går slik: «(...) menneskeligskapte, tilfeldige, systemboende, negative og utenfor kommende fenomener, men de kan også være positive (å være en «mulighet») (Frandsen og Johansen 2010:73). Alle organisasjoner vil oppleve kriser. Krisekommunikasjon er derfor en svært viktig del av selve krisehåndteringen.

Interessenter må bli prioritert i håndteringen av en krise, men ofte har en virksomhet eller organisasjonen mange grupper og interessenter å forholde seg til, det er derfor viktig å vurdere hvilken gruppe som skal få høyest prioritet. I sykehus er det naturlig at pasientene kommer først (Kjær Hansen 2006:211).

Kommunikasjon kan, som vi har sett, forsterke det gode og det vonde. Videre vil jeg se nærmere på krisekommunikasjonens og krisehåndterings rolle i omdømmeforsvar som er hovedtemaet i denne avhandlingen.

2.2 Krisekommunikasjon og krisehåndtering, samt mediene

Før jeg går over til å redegjøre for teoriene som er valgt for oppgaven, ønsker jeg kort å fortelle om krisekommunikasjonens og krisehåndterings rolle i omdømmeforsvar som er hovedtemaet i denne avhandlingen.

Når organisasjoner opplever en krise, blir forsvarsstrategier aktivt brukt i forsvaret av sitt omdømme. Organisasjoner forsvarer seg gjennom ulike handlinger og tar i bruk forskjellige verbale kommunikasjonsstrategier eller forsvarsstrategier. Forsvarsstrategier kan defineres som «what the organization says and does after a crisis hits (...)». (Heath og Coombs 2006:

205). Hensikten er å beskytte og gjenopprette organisasjonens omdømme. Konsekvensene av en krise er at det bryter med omgivelsenes forventninger til organisasjonen. Dette kan være svært alvorlig. Det har vi mange eksempler på. Særlig i det siste har det vært et stort fokus på Northug og Norwegian, som jeg eksemplifiserte med innledningsvis.

Som nevnt er kriser uunngåelig, og for å komme ut av krisen med troverdighet, må de være forberedt på at dette skjer. Organisasjoner må kunne håndtere krisen skikkelig, og da er ulike og hensiktsmessige kommunikasjonsstrategier en vesentlig faktor for å håndtere dette på en best mulig måte. Hvordan krisen blir håndtert har mye å si for hvordan organisasjonen blir vurdert av interessenter. Coombs definerer krisehåndtering som «A set of factors designed to combat crisis and to lessen the actual damage inflicted.» (Coombs 2007:59).

Krisekommunikasjon kan bli betraktet som selve kjernen i krisehåndteringen. *”The collection, processing and dissemination of information required to address a crisis situation”* (Coombs 2010:20).

Som nevnt tidligere, blir krisekommunikasjonen oppfattet mer troverdig hvis organisasjonen i utgangspunktet har et godt omdømme. Men hvis krisen blir håndtert dårlig har det lite å si om omdømmet er godt. Dersom dette skjer kan det oppstå en såkalt dobbeltkrise hvor den tidligere krisen blir overskygget av en kommunikasjonskrise. Frandsen og Johansen (2008) beskriver en dobbeltkrise slik: *”En dobbeltkrise er en krise, hvor den oprindelige krise overlejres af en ”kommunikationskrise”, for så vidt virksomheden ikke magter at lede de kommunikationsprocesser, som skulle bidrage tilhåndteringen af den oprindelige krise”* (Frandsen og Johansen 2008:79).

I tillegg til kommunikasjonsstrategier som blir benyttet i forsvaret av organisasjonens omdømme, er det også viktig å se på kommunikasjons form og innhold. Dette er to elementer som spiller viktige roller i å begrense skadevirkningene i en krisesituasjon. Formen har betydning for hvordan innholdet oppfattes, og kan styrke eller svekke budskapet. Form og innhold er derfor tett sammenknyttet (Coombs 2007:83). Jeg vil derfor i neste avsnitt også gjøre rede for tre trekk ved formen som er viktige når man skal kommunisere under en krise: Hurtighet, åpenhet og konsistens. Kort fortalt handler dette om at det alltid vil virke legitimerende når organisasjonen forsvarer seg raskt, men det motsatte for eksempel, taushet, kan signalisere usikkerhet, passivitet og at organisasjonen ikke har kontroll. Responderer organisasjonen for sent kan den oppfattes av aktørene som treg og inkompetent i å dele informasjon.

Riktig valg av kommunikasjonsstrategi og kommunikasjonens form og innhold er avgjørende for hvordan krisen blir vurdert av omgivelsene, og hvordan organisasjonen blir oppfattet. Jeg har derfor valgt å se på Coombs rammeverk om krisekommunikasjon, samt Benoits teori om imagegjenopprettelse. I de påfølgende avsnitt vil disse bli presentert.

2.2.1 Coombs rammeverk for krisekommunikasjon

Coombs representerer den strategiske eller kontekstorienterte tradisjonen innenfor krisekommunikasjon. I tillegg til å se på hva en organisasjon sier, trekker han inn konteksten en krise befinner seg i og prøver å undersøke hvordan en virksomhet strategisk bør kommunisere for å beskytte sin identitet og sitt omdømme.

Coombs SCCT (Situational Crisis Communication Theory) prøver å belyse hvordan organisasjons interessenter oppfatter en krise, og hvordan de reagerer på virksomheten og dens forsvarsrespons. SCCT er basert på systematisk studier av krisekommunikasjon, og er stadig under utvikling. Utgangspunktet er situasjonsfaktorer som krisetype, krisehistorie, tidligere omdømme til organisasjonen (Coombs 2007:137). Ved å forstå situasjonen eller konteksten, kan man lettere avgjøre hvordan man skal håndtere krisen. Man kan da velge de strategiene som er mest hensiktsmessige i forhold til den omdømmetrusselen krisen representerer.

En kriseresponsstrategi bør velges etter en vurdering av konteksten som krisen befinner seg i. Med en god og passende kriserespons, kan denne redusere interessentenes oppfattelse og fortolkning av ansvar (Coombs 1995:453). Jo mindre ansvar interessentene tillegger organisasjonen, desto mindre vil skaden på omdømmet være, og omvendt. Coombs skiller mellom fire kategorier av responsstrategier som kan benyttes i en krisesituasjon: Benektelsesstrategier, forminskelsesstrategier, gjenoppbyggingsstrategier og forsterkelsesstrategier. Disse strategiene kan plasseres på en skala fra den mest defensive til den mest imøtekommende strategien (Coombs 2007:140). For å få en bedre oversikt over strategiene og kategoriene, har jeg plassert dem inn i en tabell nedenfor. Videre vil jeg redegjøre for hver enkelt av strategiene.

Benektelsesstrategier	1. Angrep på anklageren 2. Benektelse 3. Sydebukk
Forminskelsesstrategier	4. Bortforklaring 5. Rettferdiggjørelse
Gjenoppbyggingsstrategier	6. Kompensasjon 7. Full eller delvis unnskyldning
Forsterkelsesstrategier	8. Påminnelse 9. Innsmigring 10. Offer
Informasjonsrespons	Instruerende informasjon Justerende informasjon

Tabell 2.1: Oversikt over kriseresponsstrategier (Coombs 2007:140)

Benektelsesstrategier

Benektelsesstrategier betyr at organisasjonen ikke erkjenner noen form for ansvar for krisen og den vil heller ikke være assosiert med krisen. Målet er å overbevise sine interessenter om at det ikke finnes noen krise og at det heller ikke er noen omdømmetrussel. Dette kan gjøres på tre måter. For det første kan man (1.) angripe anklageren, det vil si at en konfronterer personen eller gruppen som mener at det eksisterer en krise. Responsen kan være i form av trusler, for eksempel saksøking, mot anklageren. For det andre kan man bruke ren (2.) benektelse, hvor man hevder at det ikke eksisterer en krise. Responsen på det kan være å forklare hvorfor det ikke er noen krise. For det tredje kan en legge skylden på noen utenfor organisasjonen, det vil si finne en (3.) sydebukk (Coombs 2007:140).

Forminskelsesstrategier

Forminskelsesstrategier har som formål å redusere organisasjonens ansvar. Det kan gjøres gjennom (4.) bortforklaring, som betyr at man forsøker å minimalisere organisasjonens ansvar for krisen. Man kan nekte for at man handlet med overlegg eller hevde at man ikke hadde kontroll over hendelsen som ledet til krisen (Coombs 2007:140). Bortforklaring kan også brukes når organisasjonen vil prøve å attribuere skylden for krisen til noe annet eller noe andre, altså situasjonelle faktorer. (5.) Rettferdiggjørelse går ut på at organisasjonen gjør et forsøk på å minimere skaden som er forbundet med krisen. En kan for eksempel argumentere for at det som skjedde ikke var alvorlig, eller hevde at ofrene fortjente hva de mottok. Hensikten med forminskelsesstrategier er å få interessentene til å forstå hva som skjedde slik at de ikke

fordømmer organisasjonen og dens handlinger. Bortforklaringer og rettfærdiggjørelser er gjensidig utelukkende (Coombs 2007:139).

Gjenoppbyggingsstrategier

Gjenoppbyggingsstrategier er strategier der organisasjonen forsøker å endre måten interessentene oppfatter organisasjonen på. Strategiene er mest aktuelle dersom krisen er selvforskyldt og i situasjoner der man er tvunget til å innrømme manglende kontroll over situasjoner. Dette kan fremkomme gjennom (6.) kompensasjon, det vil si at organisasjonen sørger for penger eller annen kompensasjon til de som ble utsatt for krisen. Det kan også benyttes (7.) unnskyldning, som betyr at organisasjonen tar full ansvar, legger seg flat og ber om tilgivelse. Det kan skilles mellom to typer av unnskyldninger. Delvis unnskyldning som innebærer at organisasjonen bare uttrykker medfølelse og beklagelse og den unnlater å innrømme skyld og ansvar. Mens ved full unnskyldning ber organisasjonen om tilgivelse, tar på seg det fulle ansvaret og innrømmer skyld. Organisasjonen tilbyr å utføre en passende korrigerende handling og kompensasjon for å rette opp skaden (Coombs 2007:140).

Forsterkelsesstrategier

Forsterkelsesstrategier fungerer som et supplement til de andre strategiene. Formålet med disse strategiene er å trekke noe positivt inn i en negativ situasjon. Forsterkelsesstrategier kan forekomme ved å bruke (8.) påminnelser. Det vil si at organisasjonen forteller interessenter om deres tidligere gode arbeid. Organisasjonen må imidlertid ha et opprinnelig godt omdømme dersom denne strategien skal kunne ha en positiv effekt. (9.) Innsmigring er en annen strategi, som handler om å rose sine interessenter. Til sist kan en påta seg en (10.) offer-rolle, det betyr at organisasjoner forklarer hvordan de også er ofre i denne saken (Coombs 2007:141).

Informasjonsrespons

I tillegg til de nevnte forsvarsstrategiene er det også en form for kriserespons, nemlig informasjonsrespons (Coombs 2007:133). I følge Sturges (1994) bør organisasjonen benytte seg av ulike typer kommunikasjonsstrategier alt etter hvordan krisen utvikler seg. Dette for at krisekommunikasjonen skal redusere omdømmeskaden mest mulig effektivt.

Informasjonsresponsen kan være med på å påvirke virksomhetens omdømme positivt eller negativt alt etter hvor vellykkede de er. Som tabellen ovenfor viser, deles informasjonsresponsen inn i instruerende og justerende informasjon. Førstnevnte handler om å gi interessentene informasjon om hvordan de kan beskytte seg i kriser. Justerende informasjon handler om å forklare hva som har skjedd, og uttrykker sympati og medfølelse

for ofrene og forteller om hva organisasjonen har tenkt å gjøre for å rydde opp og å forhindre at lignende ikke skjer igjen (Coombs 2007:140, 135).

Disse strategiene fra SCCT har jeg valgt å benytte meg av i studiet av hvordan Sørlandet sykehus forsvarte seg i tarmkreft-saken.

2.3 Coombs` SCCT

Det er fire sentrale kontekstualiseringer som Coombs og Holladay (2001) trekker frem. Disse antas å gjøre en organisasjon i stand til å finne de mest effektive responsstrategiene i forhold til situasjonen organisasjonen befinner seg i. De fire kontekstualiseringer er:

1. Krisehistorikk og interessentenes relasjoner (Relationship management)
2. Virksomhetens legitimitet (Neoinstitusjonell teori)
3. Interessenters oppfattelse av organisasjonen (Attribusjonsteori) og
4. Sammenkobling av krisetyper, ansvar og respons (Coombs & Holladay 2001, s. 321-340)

1. Interessentenes relasjoner og krisehistorikk (Relationship management)

Krisehistorien handler om hvorvidt krisen var en engangshendelse eller en del av et mønster av lignende kriser. Hvis interessentene ser på en krise som stabil, det vil si gjentagende, så er det mer sannsynlig at de oppfatter organisasjonen som ansvarlig for krisen (Coombs & Holladay 2001:323).

Som nevnt tidligere, er definisjonene av et godt omdømme basert på hvorvidt organisasjonen tilfredsstillter interessentenes forventninger de har til organisasjonen. Det er derfor naturlig at et godt forhold til interessentene kan gi et positivt omdømme. Den gode relasjonen blir som regel bygget opp av organisasjonens møte med interessentene, og interessentenes erfaringer med organisasjonen (Coombs & Holladay 2001:323). De fleste ser på en krise som ødeleggende og truende for organisasjonens relasjon med interessentene. Skadeomfanget, som følge av krisen, er ikke bare avhengig av den negative hendelsen, men også forholdet interessentene og organisasjonen hadde før krisen inntraff. Mer konkret så vil krisen ha mindre påvirkning på relasjonen hvis forholdet var godt før krisen oppsto, og omvendt; hvis forholdet i utgangspunktet er dårlig, vil den negative hendelsen gjøre relasjonen enda verre (Coombs & Holladay 2001:324). Dette har fått navnet *Velcro effekt*:

«Organizations with a history of crisis attract additional reputational damage, just as Velcro attracts lint» (Coombs 2012: 158):

Dette fenomenet går også under navnet *«borrelåseffekten»*. Ledingham og Brunings (1998) deler samme mening. De representerte det de kalte for relational management perspective, som går ut på at det er relasjonen som er kjernen. Med andre ord så vil et allerede eksisterende godt forhold mellom interessenter og organisasjon ha mye å si for hvordan omgivelsene oppfatter kriser og hendelser senere (Coombs & Holladay 2001:324). En godt etablert relasjon er blant annet bygd opp av en god kommunikasjon. Det kan bidra til å redusere det negative inntrykket som ofte er en konsekvens av en krise. Når organisasjonen først har skapt et godt omdømme vil denne relasjonen være meget stabil. Halo-effect innebærer at når du først har fått et positivt syn på en person eller en organisasjon, så vil folk lettere ignorere informasjonen som strider mot dette synet. I motsatt tilfelle vil en slik hendelse forverre det negative som er generert fra krisen, og interessentene vil få en forsterket negativ oppfattelse av organisasjonen (Coombs & Holladay 2001: 324).

2. Legitimitet (Neoinstitusjonell teori)

Den andre kontekstualiseringen omhandler organisasjonens legitimitet, og stammer fra neoinstitusjonell teori. Coombs & Holladay (1996) definerer legitimitet slik:

«An organization is granted legitimacy if stakeholders believe a organization is good and/or has a right to continue operations. Legitimacy is built by conforming to the social rules and expectations established by stakeholders» (Coombs & Holladay 1996: 280-281).

Parsons i Røvik (2007) var tydelig på at man ikke kunne overleve ved bare å være effektiv. Han mente at legitimitet fra omgivelsene er nødvendig for å kunne overleve som organisasjon. Parsons delte derfor de samme oppfatninger som Coombs & Holladay på samme område. Tanken var at organisasjoner må leve opp til de forventninger og normer som gjenspeiles i samfunnet. Dette er problematisk, kanskje særlig for offentlige organisasjoner. Det er mange forskjellige behov i samfunnet, og det er vanskelig å tilfredsstille dem alle (Røvik 2007: 26). Ofte er det slik at når en gruppe i samfunnet får fordeler, så vil det gå på bekostning av en annen.

Media har mye makt i å påvirke interessentene til en organisasjon. Organisasjonen bør derfor bruke media til å bedrive omdømmehåndtering. Sett i forhold til SSHF, har media vært en sentral spiller i forbindelse med tarmkreftsaken. Her vil jeg kunne se på hvordan de håndterte saken, og hvordan de forsvarte seg når saken ble offentliggjort. Som tidligere nevnt, vil en

kunne tone ned krisens omfang hvis organisasjonen responderer hurtig på ulike spørsmål stilt av media, noe som kan fremstille organisasjonen som mer troverdig og mer legitimt (Coombs 2007: 8, 29, 129).

Kritikken innenfor neoinstitusjonell teori kan rettes mot at det ikke blir tatt høyde for kommunikasjonens kompleksitet. I en presset situasjonen vil disse utfordringene tydeliggjøres. Dette kommer spesielt frem når organisasjoner skal fremstå som legitime over forskjellige interessentgrupper. Kritikken går her ut på at Coombs kategoriserer og behandler sine interessenter som en stor, homogen gruppe, framfor å ta hensyn til at interessentene er forskjellige og reagerer dermed ulikt i en gitt situasjon (Frandsen og Johansen 2010:245).

3. Interessenters oppfattelse av organisasjonen (Attribusjonsteori)

Coombs tredje kontekstualisering handler om menneskers oppfatning av hvem eller hva som er årsaken til en krise, og dermed hvem eller hva som er skyld i den krisen som har oppstått. Attribusjonsteorien fungerer som et godt verktøy for å se forholdet mellom kontekst og strategi (Coombs 2007: 266). Attribusjon er «*perceptions of the causality or the perceived reason for a particular event's occurrence*» (Coombs 2007: 267). Den handler om i hvilken grad interessenter tillegger en organisasjon ansvar for en krise (Coombs og Holladay 2004:97).

En krise befinner seg alltid i en kompleks kontekst. Hvordan interessentene oppfatter krisen til en organisasjon avhenger av to faktorer: Krisehistorie og tidligere omdømme. En historie med lignende kriser påvirker omdømmet i en negativ retning og har betydning for hvordan interessenter oppfatter senere krisesituasjoner. Omdømmetrusselen blir da forsterket. Interessentene vil oppfatte det som om organisasjonens har et vedvarende problem (legitimitetsproblem). Omdømmetrusselen vil da bli ytterligere forsterket hvis organisasjonen i utgangspunktet hadde et dårlig omdømme. Dette kalles borrelåseeffekten, som jeg har utdypet tidligere i kapitlet. For å bestemme hvor stor omdømmetrussel en krise representerer, må man kombinere det man vet om krisetype, krisehistorie og tidligere omdømme (Coombs 2007:168). Coombs kom fram til en generell konklusjon som han utførte i 2004: En organisasjon med en krisehistorikk bør vise større ansvarlig og større omtanke for de utsattes behov enn normalt når organisasjonen velger sine responsstrategier (Coombs 2004:287).

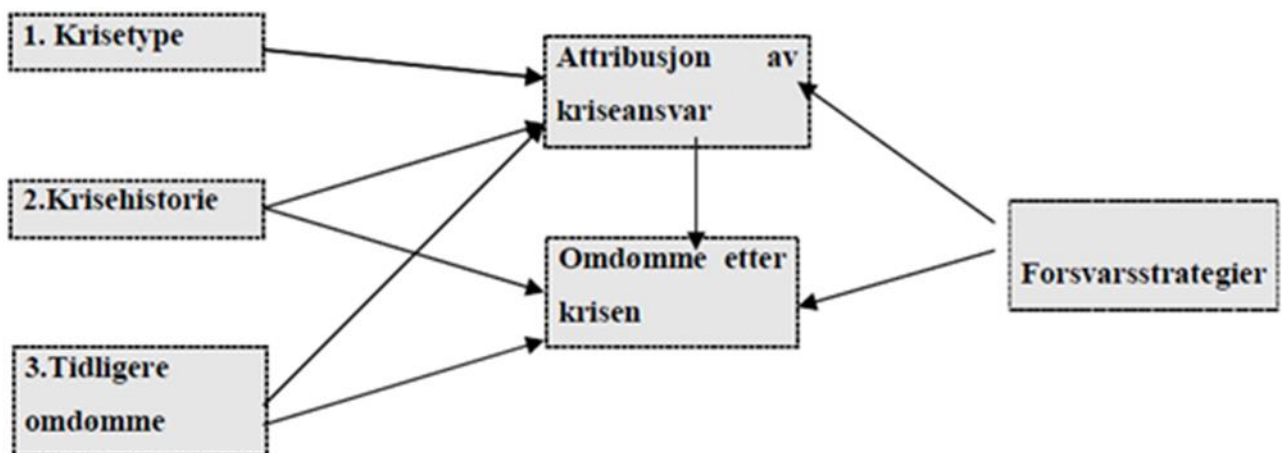
Det skilles mellom personal causality og external causality. Førstnevnte handler om at det er et individ som har ansvaret for krisen. Den andre betyr at det er eksterne forhold eller aktører som er skyld i krisen. Attribusjon betyr at en tror årsaken var kontrollert av de som hadde

ansvaret (Coombs 2004: 267). Det er derfor en stor risiko å påta seg ansvaret for en hendelse, og organisasjoner kan i noen tilfeller si de ikke hadde kontroll over krisen. Det kan de begrunne med at de for eksempel hadde mangel på informasjon, og at de derfor ikke vil ta hele ansvaret for krisen. Hvis dette får aksept i omgivelsene, vil det kunne dempe anklagene, og dermed også skadeomfanget på omdømmet

Krisesituasjoner kan imidlertid være uoversiktlige. I likhet med den neoinstitusjonelle teorien ovenfor vil det være mange mennesker å forholde seg til. Det vil virke mer problematisk siden mennesker attribuerer forskjellig og i ulikt omfang. Et tredje tvilsomt område i teorien, er det man kaller attribusjons-symmetri. Det innebærer at når en person skal forklare suksessen eller fiaskoen til egen og andres atferd vil det ofte være at ens egen innsats har ført til suksessen, det vil si en intern årsaksforklaring. Er det snakk om fiasko vil årsaken forklares med eksterne forhold (Johansen og Frandsen 2010: 245).

Krisetype, ansvar og respons

Attribusjonsteorien er nært knyttet til fire elementer som kan øke attribusjonen av ansvar i en krisesituasjon. Dette kommer fram i figuren nedenfor, hvor attribusjon av kriseansvar er den avhengige variabelen, og fungerer som en funksjon av forklaringsvariablene krisetype, krisehistorie og tidligere omdømme.



Tabell 2.2 – *Krisetype, ansvar og respons*

Modellen er relativt enkel. De firkantede boksene representerer variablene, og pilene viser til årsaksretningene. Modellen kan gi god informasjon om de sammenhenger som vi forventer å finne. Vi ser av figuren hva som antas å påvirke attribusjon av kriseansvar og omdømmet til Sørlandet sykehus ut i fra Coombs teori. I avhandlingens analysedel vil dette bli relevant i

forbindelse med hvordan de organiserer seg i forhold til kontekst og graden av ansvar. Videre skal jeg se nærmere på disse forklaringsvariablene.

Hvordan organisasjonen kommuniserer med omgivelsene, og hvordan de informerer og forklarer hendelsen, påvirker hvordan interessentene vurderer og oppfatter krisen, det vil si hva som er årsaken, og hvem som har skyld. Organisasjonen kan bruke kriseresponsstrategier i deres forsøk på å forme disse oppfatningene eller attribusjoner av krisen, og av organisasjonen selv. Coombs (2004 og 2007) fastsetter videre tre dimensjoner som hjelper oss med å bestemme hvorvidt organisasjonen er skyldig i en oppstått krisesituasjon:

1. stabilitet
2. ekstern kontroll
3. personlig kontroll/locus (Millar & Heath 2004: 97)

Stabilitet dreier seg om hvor ofte lignende hendelser fant sted tidligere. Dersom organisasjonen gjentatte ganger er involvert i en begivenhet, er den stabil. Da er det mer sannsynlig at interessentene vil tilskrive årsaken til organisasjonen. I tillegg vil måten organisasjonen håndterer krisen på påvirke oppfattelsen av skyld og ansvar. Ekstern kontroll viser til hvorvidt årsaken til hendelsen er kontrollerbar eller ikke. Høy grad av ekstern kontroll indikerer at eksterne aktører har skyld i krisen (Coombs & Holladay 1996: 281, 282). Personlig kontroll og locus er overlappende. Personlig kontroll viser til i hvor stor grad organisasjonens selv kan kontrollere situasjonen. Dermed viser locus hvorvidt hendelsen kan tilskrives en organisasjon (intern locus) eller situasjonen (ekstern locus): Ved intern locus vil interessentene som regel tilskrive ansvaret til selve organisasjonen (Coombs & Holladay 1996: 281). I følge Coombs og Holladay (1996) er disse tre attribusjonsdimensjoner avgjørende faktorer, når man skal vurdere graden av ansvar som tilskrives en organisasjon (Coombs 2004:267).

Disse tre attribusjonene hjelper mennesker til å bestemme hvorvidt krisen er forårsaket av personene som er involvert, eller om årsaken ligger i eksterne forhold. En person er mer ansvarlig for en hendelse når en hendelse er oppfattet som stabil og når personen har høy personlig kontroll og/eller lav ekstern kontroll. Mindre ansvar er tilskrevet til en person når en hendelse er sett på som ustabil og når personen har lav personlig kontroll og/eller høy ekstern kontroll. Et slikt mønster bør være tilfellet for tilskrivninger i forhold til kriseansvarlighet (Coombs 2004:268).

4.Sammenkobling av krisetype, ansvar og respons

Den fjerde og siste kontekstualiseringen handler om at organisatorisk kriseansvar bør være oppfattet som sterkest når årsaken er stabil (organisasjonen har en historie av kriser), ekstern kontroll er lav (kontrollert av andre utenfor organisasjonen), og personlig kontroll/locus er intern. Når en krise er gjentakende, det vil si. stabil, så vil samfunnet mest sannsynlig tillegge ansvar til organisasjonen. Attribusjoner av lav ekstern kontroll betyr at krisen ikke var under kontroll av grupper på utsiden, og ansvaret bør derfor ikke tillegges aktører utenfor organisasjonen. Attribueringer som er av intern locus/personlig kontroll foreslår at organisasjonen kunne ha gjort noe for å hindre krisen (Coombs 2004:268).

I vurderingen av hvordan man skal gå frem for å håndtere en krise, er det først viktig å finne ut hvilken type krise det er snakk om. På den måten kan man i større grad tolke situasjonen, og finne ut hvilke strategier som er mest egnet til den aktuelle krisen. En krisetype er med andre ord brukt som veiledning i imøtekommelsen av en krise. I den sammenheng anbefaler Mitroff (1988) å gruppere kriser. Ved å gruppere kriser kan kriseteam forberede seg, og slippe unødvendig arbeid med å utvikle planer for hver enkel potensiell krise som organisasjonen kan møte på.

Attribusjon av kriseansvar har blitt benyttet til å gruppere de forskjellige krisetypene inn i tre klynger:

1. "Kriser der organisasjonen er et offer": Svak attribusjon av ansvar som utgjør en <i>svært lav omdømmetrussel</i> . Eksempler: rykter, ond sinnethet, vold på arbeidsplassen og naturkatastrofer.	Interessentene oppfatter organisasjonen som et offer for krisen, ikke som kun grunnen til krisen.
2. "Kriser som følge av uhell": Attribusjonen av ansvar er noe høyere, men fortsatt ganske lav, <i>omdømmetrusselen er moderat</i> . For eksempel: utfordringer, uhell som følge av tekniske feil. Produktskade som følge av teknisk feil.	Interessentene ser på krisen som ukontrollerbar for organisasjonen, og en krise var ikke organisasjonens intensjon.
3. "Mulige unngåtte kriser": Sterk attribusjon av ansvar og en <i>alvorlig trussel mot omdømmet</i> . For eksempel: skade som følge av menneskelig svikt, uhell pga. menneskelig svikt og organisatoriske ugjerninger.	Interessentene mener at krisen er et resultat av organisasjonens bevisste valg og handlinger.

Tabell 2.3: Krisetypene i forhold til ansvarsgrad (Coombs 2007: 269)

I tilfeller der trusselen mot omdømmet øker, blir det anbefalt at organisasjoner bør benytte seg av strategier som gir inntrykk av en større aksept av ansvar, og samtidig demonstrere bekymring for de utsatte. Man bør imidlertid være forsiktig med å ta ansvar for kriser. Det kan bety store kostnader for organisasjoner (Coombs 2004:269).

Krisetyper varierer ved hvor mye kriseansvar interessenter tillegger organisasjonen. Hvis man har tilstrekkelig kunnskap om i hvilken grad interessenter tilskriver organisasjonen ansvar, kan de bedre forutse den grad av trussel som krisen kan forårsake, og dermed håndtere den bedre. Det handler om ansvarsdimensjoner, og ikke om at ansvar eksisterer eller ikke. Organisasjoner vil uansett bli tillagt noe ansvar, siden de faktisk er i en krise (Coombs 2004: 269).

Grupperingen «offer» går ut på at krisetyper produserer veldig lav attribusjon av kriseansvar (naturlige katastrofer, rykter, produktfeil, arbeidsplassvold). De representerer en mild trussel mot omdømmet. Organisasjoner blir sett på som «ofre for krisen», fordi krisen er sett på som ekstern kraft som organisasjonen ikke hadde kontroll over (Coombs 2004: 269-270).

«Uhellgrupperingen» dreier seg om krisetyper som produserer lite attribusjon av kriseansvar (utfordringer, teknisk feil, teknisk feil i forbindelse med produkter) og presenterer en moderat trussel mot omdømmet. Organisasjonen blir oppfattet som ikke å ha ment å ha latt hendelsen skje, og/eller kunne gjort lite for å ha unngått det (limited control) (Coombs 2004:270).

Den «intensjonelle grupperingen» baserer seg på sterke attribusjoner av kriseansvar produseres (menneskelig feil, organisatoriske tabber). De representerer en alvorlig trussel mot omdømme. Organisatoriske tabber er svært alvorlig. Det betyr at en bevisst bryter lover og regler, samtidig som de vet at interessenter blir satt i fare. Menneskelige feil er oppfattet som intensjonale fordi mennesker tror at slike feil kan og bør bli forhindre (Coombs 2004:270).

I analysen vil jeg identifisere hvilken type krise SSHF befant seg i, hvilke krisehistorikk SSHF hadde, og hvordan de prøvde å forsvare seg overfor sine omgivelser.

2.4 Benoit: Krisekommunikasjon som imagegjenopprettelse

2.4.1 Benoit's modell

Benoit er, som nevnt, en av de viktigste representantene for den retoriske eller tekstorienterte tradisjonen innenfor området krisekommunikasjon. Det vil si at han først og fremst interesserer seg for hva og hvordan man bør kommunisere under en krise. Han har utviklet en teori om gjenopprettelse av image basert på kommunikasjonsteori, retorikk og sosiologi. Her

finner vi ulike strategityper for omdømmeforsvar. Hensikten med disse strategiene er å bidra til at organisasjoner reduserer og unngår skader av angrep på omdømmet.

Utgangspunktet i teorien til Benoit er at det må være betingelser som er oppfylt: Det har skjedd en uønsket handling, og at interessentene eller publikum oppfatter organisasjonen som ansvarlig for denne handlingen. Dette utgjør i neste omgang en trussel for organisasjonen.

Benoit teori for imagegjenoppbygging (Benoit 1995:63), baserer seg på to nøkkelantakelser. Den første dreier seg om at kommunikasjon er en målrettet aktivitet. Kort fortalt innebærer det at avsendere alltid vil tilpasse seg den situasjonen de befinner seg i, og kommunisere på den måten som passer best. Hensikten er å nå viktige mål, noe som betyr at de bærer preg av strategisk kommunikasjon (Benoit 1995:67). Den andre antakelsen handler om målet om å opprettholde et positivt omdømme. Det betyr at organisasjoner eller personer føler seg tvunget til å gå til forsvar når dens image eller omdømme er truet (Benoit 1995:68). Goffman forklarer det på følgende måte: «When a face has been threatened, face-work must be done» (Benoit 1995: 69).

Sett i sammenheng med de to nøkkelantakelsene som nevnt ovenfor, har Benoit utledet fem brede forsvarskategorier, som igjen består av flere underkategorier eller versjoner (Benoit (1995). Denne typologien beveger seg fra det å benekte at man er ansvarlig for en handling, og be om tilgivelse. Benoit hevder at en organisasjon helt naturlig vil prøve å forsvare sitt omdømme. Ved bruk av hans teori er de verbale strategier veien å gå for å gjenopprette det (Frandsen og Johansen 2008:205). De blir redegjort nedenfor.

Benektelse

Benektelse er en strategi som innebærer at organisasjonen avviser eller nekter for å ha gjort handlingen eller hendelsen som de blir anklaget for. Det handler med andre ord om å ta avstand fra den klanderverdige handlingen eller hendelsen så langt det er mulig. Logikken bak denne strategien er at omdømmet ikke skades, forutsatt at organisasjonen ikke blir sett på som en del av krisen. Benektelse benyttes på grunn av frykt for sanksjoner eller tap av omdømmet. En tredje grunn kan være at organisasjonen ikke evner å konfrontere sine omgivelser at man er skyldig (Kvale og Wæraas 2006:140). Det finnes to varianter: Den første er (1.) blank nekting, det vil si at kritikken av organisasjonen avvises fullstendig enten som følge av at handlingen ikke har skjedd eller at det ikke har vært skadelig. Den andre går ut på å (2.) forskyve skylden på den andre/angripe angriperen som er en annen måte å gjennomføre en benektelsesstrategi og dermed fremstille seg som offer (Benoit 1995:75-77).

Unnskylde/ansvarsfraskrivelse

Unnskylde/ansvarsfraskrivelse er en strategi som kan brukes i situasjoner der det ikke er hensiktsmessig eller mulig å benekte ansvar. Denne strategien går ut på at organisasjonen tar på seg skylden for den klanderverdige handlingen, men samtidig forsøker å unnskylde seg via ansvarsfraskrivelse. Det er fire varianter av denne strategien: (3.) provokasjon/syndebukk; det vil si at man plasserer ansvaret direkte over på noen andre, samtidig som man unnskylde seg for omgivelsene. Man kan unnskylde seg med at den negative handlingen ble fremprovosert av andre, eller tvunget. (4.) Mangel på informasjon og kunnskap, som betyr at organisasjonen hevder at den ikke hadde tilstrekkelig informasjon eller kunnskap da handlingen ble utført. Organisasjonen så ikke konsekvensene av sine handlinger, men hvis organisasjonen hadde kjennskap til dette, ville den ikke handlet som de gjorde. (5.) Uhell/ulykke handler om at man erkjenner å ha utført en upassende handling, men unnskylde seg med at de hadde gode intensjoner, og av den grunn bør ikke organisasjonen holdes ansvarlig. Den siste varianten er (6.) gode intensjoner, og her viser organisasjonen til at handlingene ble utført i beste mening. Det er altså gode intensjoner som ligger bak disse handlingene (Kvåle og Wæraas 2006:141-143).

Rettferdiggjøring

Rettferdiggjøring handler om å rasjonalisere de handlingene de anklages for. Det vil si at organisasjonen forsøker å gi et inntrykk av seg selv som moralsk ansvarlig og akseptabel. En erkjenner den handlingen som er begått, men mener at det ikke er noe galt med handlingen. Strategien baserer seg på å gjøre handlingen akseptabel, mindre preg av angrep, og i tillegg nødvendig i andres øyne. Strategiene som kan brukes i henhold til det, er følgende: (7.) For det første vil det å fremheve positive elementer ved organisasjonen for å dempe de negative følelsene omgivelsene kan ha fått på grunn av handlingen, være en form for rettferdiggjøring (8.) Minimalisere skade; her vil organisasjonen forsøke å tone ned situasjonen ved å hevde at den ikke er så alvorlig som man trodde i utgangspunktet, og at skadeomfanget ikke er så stort som det i utgangspunktet antas. (9.) Differensiering; organisasjonen kan vise til lignende hendelser, og påstå at disse hendelsene er langt mer alvorlig. (10.) Oppfylning av høyere mål er en form for rettferdiggjøring hvor organisasjonen ønsker at man skal se helheten, og ikke hendelsen isolert. Handlingen forsvares med at hendelsen bidro til å oppfylle høyere mål. (11.) Angripe angriperen der målet er å avlede oppmerksomheten bort fra organisasjonen ved å gjøre de andres beskyldninger mindre troverdig, og nekte for å ha gjort det angriperen påstår. (12.) Kompensasjon der organisasjonen tilbyr kompensasjon til de utsatte for å redusere omdømmetrusselen (Benoit 1995, Kvåle og Wæraas 2006:141-143).

Korrigerende handling

Korrigerende handling dreier seg om at organisasjonen forsøker å rette på problemet hos de utsatte. På den måten tar den ansvar for hendelsen. Det er forskjellige måter å gjøre dette på. For eksempel kan de tilby kompensasjon for den aktuelle handlingen, eller garantere for at handlingen ikke vil gjenta seg. Man kan også kombinere disse måtene (Benoit 1995, Kvåle og Wæraas 2006:141-143).

Beklaging

Beklagelse er en strategi hvor organisasjonen tar fullt ansvar for hendelsen, og ber om unnskyldning fra sine omgivelser. Denne strategien er sannsynligvis mest hensiktsmessig i situasjoner der organisasjonen selv har skylden for de har gjort eller sagt. Bakgrunnen for valget av denne strategien, er ofte at omgivelsene setter press på at organisasjonen skal beklage, innrømme skyld eller ta ansvar. Det er fordelaktig at organisasjonen er raskt ute med beklaging. På den måten kan de forhindre negativ kritikk senere, og dermed komme sterkere ut av situasjonen. På den annen side kan beklaging gi alvorlige konsekvenser for organisasjonens identitet. De kan gi uttrykk for svakhet, at de ikke har kontroll, eller hatt dårlige hensikter. På kort sikt kan det føre til at organisasjonens omdømme blir dårligere. (13.) Reservasjonløs beklaging er en form for beklaging der organisasjonen legger seg "flat". Hensikten er å vise forståelse for at den situasjonen som har oppstått, og tar på seg skylden for hendelsen. Med andre ord beklager organisasjonen seg og håper på tilgivelse. (14.) Delvis beklaging handler om at organisasjonen beklager uten å erkjenne skyld eller ansvar. En organisasjon kan velge å kommunisere at den tar ansvar uten å si hvorfor og i hvilken grad handlingen er upassende (Benoit 1995, Kvåle og Wæraas 2006:146-147).

2.4.2 Hvilke strategier bør man velge?

Innenfor litteraturen eksisterer ulike retningslinjer for hvilke strategier som er hensiktsmessig i en gitt situasjonen som organisasjonen står ovenfor. Det anbefales at de ikke betraktes som absolutte regler, men at de brukes med skjønn. Benoit (2007) med flere foreslår at organisasjoner bør bruke flere av disse strategiene på samme tid, for å gjenopprette omdømmet. Grunnprinsippet i Coombs's SCCT på sin side er at *"jo større omdømmetrussel krisen representerer, jo mer imøtekommende strategier bør man bruke"* (Coombs og Holladay 2002:171). Ved å følge dette rådet, så kan man identifisere den optimale strategien for å beskytte omdømmet til organisasjonen. I den forbindelse har Coombs punktvis satt opp en veiledning for hvilke kriseresponsstrategier som bør benyttes sett i forhold til situasjonen. Dette er basert på forholdet mellom krisetype, trussel mot omdømmet, kriseansvar og krisehistorie:

- 1.) Bruk forminskelsesstrategier ved kriser med lav attribusjon av kriseansvar (uhell) og ingen krisehistorie
- 2.) Bruk gjenoppbyggingsstrategier ved kriser med lav attribusjon av kriseansvar (uhell) og en historie med lignende kriser
- 4.) Bruk benektelsesstrategier, når det er mulig, ved rykter og utfordringer
- 5.) Bruk forsterkelsesstrategier som supplement til andre kriseresponsstrategier
- 6.) Forsøk å bevare konsistensen i kriseresponsstrategier ved å ikke sammenblende benektelsesstrategier med enten forminskelses- eller gjenoppbyggingsstrategier
- 7.) Ved kriser med minimal attribusjon av kriseansvar (offer-kriser) og ingen historie med tilsvarende kriser er instruerende og tilpassende strategier alene tilstrekkelig
- 8.) Vær forberedt på å endre kriseresponsstrategi, hvis krisesituasjonen endrer seg og krever en annen respons for å beskytte organisasjonens omdømme på en effektiv måte. (Johansen og Frandsen 2008:239-240).

Kvåle og Wæraas (2006:145) hevder at å benytte seg av unnskyldninger kan virke som en trussel mot organisasjonen. Man bør være forsiktig med å bruke denne strategien siden en unnskyldning betyr innrømmelse av svakhet og feil. Den gjør organisasjonen mer sårbar. På den annen side kan en slik strategi være viktig for å vise at du har forståelse og empati for at man har gjort noe galt. Det kan dempe kritikken mot organisasjonen. På den måten kan organisasjonen komme sterkere ut av krisen fordi den fremstiller seg ansvarlig og åpen. Mange teoretikere påstår dessuten at det kan være hensiktsmessig å be om oppriktig unnskyldning i situasjoner hvor beskyldningene som rettes mot organisasjonen er sanne.

2.5 Svakheter:

Det er visse svakheter ved teoriene som bør belyses når en skal benytte seg av disse i en undersøkelse som dette. De viktigste svakheterne er kanskje at begge mangler tidsperspektiv og at strategiene er noe statiske. Dette kan begrunnes med at Benoits strategier ikke gir en grundig nok veiledning for hvilke situasjoner det er mest passende å benytte de konkrete strategiene i. I den forbindelse er kanskje teoriene bedre egnet til å beskrive og analysere strategier, men ikke like godt egnet i konkrete krisesituasjoner. Ved kun å bruke Coombs teori så kan man risikere å miste de nyansene som Benoits noe mer omfattende teori har. Benoits teori kan brukes både på enkeltpersoner og organisasjoner, men Coombs teori er først og

fremst benyttet i relasjon til organisasjoner og bedrifter – ikke enkeltpersoner. Coombs teori er derimot godt egnet i konkrete krisesituasjoner. Ved å kombinere disse to teoriene kan man få et mer helhetlig bilde av hvordan en skal håndtere en krise.

Man bør imidlertid være bevisst på at ikke alt handler om hvilke strategier man bruker i en krisesituasjon. Personligheten til de personer som representerer organisasjonen, særlig ledelsen, har mye å si for hvilke oppfatninger som lages i omgivelsene (Coombs 2004). Poenget er at uansett kunnskaper og ferdigheter om temaet, så er det alltid en viss sannsynlighet for å mislykkes.

2.6 Noen ord til slutt

Den største forskjellen mellom Benoit og Coombs` teorier er at Benoit ikke inkluderer de ikke-verbale strategiene i forsvaret eller gjenopprettingen av organisasjonens omdømme ved et angrep. Det gjør Coombs (Benoit 1995). Coombs, derimot, legger fokuset over på hvordan organisasjoner skal reagere når de opplever krise, og hva som er den riktige responsen i den aktuelle situasjonen. Til forskjell fra Benoit, baserer responsene til Coombs både på de ikke-verbale og de verbale kommunikasjonsformene. Videre ser vi hos Coombs en strategi i å rose eller lovprise en mottaker, den samme strategien finnes ikke hos Benoit. Benoit har på den annen siden utviklet noen anbefalinger om hvilke strategier som bør benyttes i de ulike situasjonene.

Som nevnt har Benoit og Coombs mye av de samme strategiene. Flere av strategiene har imidlertid ulike betegnelser. Det Benoit kaller ansvarsfraskrivelse kaller Coombs reduksjonsstrategier, det Benoit kaller korrigerende handlinger kaller Coombs styrkingsstrategier, og det Benoit kaller rettfærdiggjøringsstrategier finner vi igjen i det Coombs kaller begrunnelser/forklaringer i reduksjonsstrategiene. Coombs teori består av færre strategier enn Benoits teori.

Begge er opptatt av hva en organisasjon skal gjøre dersom det oppstår en krise, eller at en organisasjon blir angrepet og organisasjonens omdømme må forsvares. Teoriene har også det til felles å se på hvordan man kan redusere de negative effektene og begrense skadene av en krise eller angrep på omdømmet.

Begge teoriene vil bli mitt utgangspunkt for min analyse.

Før blikket rettes mot analysen vil jeg redegjøre for hvilken metode som ligger til grunn for analysen.

Kapittel 3 – Metode

I det følgende kapittelet vil det bli redegjort for avhandlingens metodiske tilnærming, datainnsamlingen og hvordan jeg har gått frem for å belyse studiens problemstilling.

Datamaterialet består av dokumenter samlet inn via SSHFs nettsider, og data fra lokale aviser som Fædrelandsvennen og Agderposten, samt NRK. I tillegg består datamaterialet av fem intervjuer utført i april 2014. Intervjuene utgjør den mest sentrale delen av mine data.

Metodekapittelet er på mange måter en gjenspeiling av utviklingen i oppgaven fra begynnelse til slutt. Først kommer det en klargjøring av tema og problemstilling, og videre må en vite hvordan en har gått frem for å få svar på problemstillingen, det vil si den metodiske tilnærmingen og hvilke datainnsamlingsteknikker som har blitt brukt i prosessen. Kapittelet vil av den grunn basere seg på en redegjørelse for viktige teknikker innenfor kvalitativ forskningsmetode, og en kortfattet beskrivelse av hvordan jeg gått frem for å samle inn og tolke dataene med den hensikt å kunne svare på min problemstilling. Videre vil jeg si noe om hvordan min oppgave kan være en casestudie, og fordelene med det sett i forbindelse med problemstillingen.

Avslutningsvis vil jeg vurdere avhandlingens styrker og svakheter knyttet til troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet.

3.1 Valg av metode

Det finnes to hovedkategorier av metodevalg, den kvalitative og den kvantitative metoden.

Forskjellen er hovedsakelig at det enklere å tallfeste resultater fra en kvantitativ metode. En kvantitativ forskningsmetode teller opp fenomener, og kartlegger videre dets omfang.

Kvalitativ metode har derimot til hensikt å få frem fyldige beskrivelser, helst så detaljert og nyansert som mulig (Johannesen, Tufte og Kristoffersen, 2007). Problemstillingen min dreier seg om hvordan Sørlandet sykehus organiserer seg i møtet med en krise, og metoden baserer seg på intervjuer med ansatte i SSHF, i tillegg til dokumenter. Valget falt på en ren kvalitativ metode. Jeg vil redegjøre for valget senere i kapittelet.

3.1.1 Kvalitativ forskningsdesign

Kvalitativ metode er basert på et tolkende perspektiv, teorier om fortolkning og menneskelig erfaring og innsamlingsmetoder som er systematisk og sensitive til den sosiale konteksten.

Den er også basert på analyser og forklaringer med forståelse for kompleksitet, detaljrikdom i følge Coombs (2004:287), og kontekst der helhetsperspektiv er viktig (Ringdal 2001:113).

”Et viktig formål med kvalitative studier er å oppnå forståelse av sosiale fenomener på bakgrunn av fylldige data om personer og situasjoner. Kvalitativ forskningsdesign kjennetegnes ved at innsamlede data kan gi innsikt i sosiale fenomener som analyseres og forskningsresultatene er ment å gi en dypere innsikt som beskrives ved fortolkninger” (Ringdal 2001).

Sitatet ovenfor forteller oss at kvalitativ studie handler om hvordan man kan forstå hendelser basert på faktiske opplysninger, og hvordan man får en dypere kunnskap og en større forståelse på et område ved bruk av analyse og fortolkninger. Metoden gir altså en større innsikt i og bedre systematisering av menneskelige uttrykk, som for eksempel skrift og tale og/eller handlinger. Oppgaven handler med andre ord om å studere det unike og spesielle, fremfor det generelle og representative. Det kan skilles mellom primær- og sekundærdata. Ved et kvantitativt metodevalg, vil spørreskjema regnes i all hovedsak som primærdata. Årsrapporter, regnskaper, statistikker, tidligere undersøkelser og andre former for data som samles inn i større databaser, regnes som sekundærdata. Når vi arbeider med et kvalitativt design er intervju og observasjon eksempler på primærdata. Kildegransking av bøker, artikler og ulike tekster er gode eksempler på sekundærdata (Kvale og Brinkmann, 2009).

Kvalitative metoder kjennetegnes videre av en direkte kontakt mellom forskeren og dem som studeres. Det gir grunnlag for fylldig data om personer og situasjoner, og kan gi god innsikt i og forståelsen for andre menneskers liv. Hensikten med det kvalitative forskningsintervjuet er å frembringe kunnskap som er grundig utprøvd. Temaet for intervjuet er valgt av intervjueren, som også kritisk følger opp intervjupersonenes svar på spørsmålene (Kvale og Brinkmann, 2009:23).

Videre hevder Thagaard (1998:12) at *”[...] kvalitative metoder egner seg godt til studier av temaer som det er lite forskning på fra før [...]”* Det er et relativt ungt fagfelt jeg tar for meg i avhandlingen. Omdømmeforsvar og krisekommunikasjon i offentlig virksomheter er et forholdsvis lite studert fenomen. Kvalitativ metode vil derfor være å foretrekke da man ønsker å gå i dybden og å få forståelse for hvordan Sørlandet sykehus arbeider med omdømme. Av den grunn synes jeg at kvalitativ metode er best egnet for å finne svar på problemstillingen og for å få bedre kunnskap om hvordan sykehuset går frem under en krise – sett i forhold til teoriene jeg har valgt for oppgaven.

Både den kvalitative og den kvantitative metoden, har sine styrker og svakheter. Dette

kommer jeg til å redegjøre for senere. Ved å benytte seg av begge metodene kan det øke gyldigheten av resultatet, hvis begge kommer fram til samme konklusjon (Halvorsen 2008). Dette blir kalt for metodetriangulering, og bidrar til at man får økt innsyn ved at man får frem temaet fra flere innfallsvinkler (Halvorsen, 2008). Til tross for dette har jeg kun valgt å benytte meg av ren kvalitativ forskningsmetode. Dette fordi problemstillingen min ikke tar utgangspunkt i å si noe om omfanget av omdømmehåndtering, men heller går i dybden og forklarer hvordan det arbeides med omdømme på Sørlandet sykehus. Framgangsmåten er fleksibel, og under datainnsamlingsprosessen vil det bli mulig å få økt innsikt i fenomenet som studeres. Metoden er derfor vurdert som mer hensiktsmessig i forhold til problemstillingen.

Kvalitativ forskningsdesign beskrives av Thagaard (1998) som en plan for hvordan man skal besvare problemstillingen. Dette innebærer å knytte relevante teorier med empiri. Metodevalget er avhengig av hva som er mest relevant og fruktbart i en vitenskapelig analyse, og vil videre avhenge av problemstillingens art (Thagaard 1998:45). Her er hensikten å undersøke Sørlandet sykehus som case og deres forsvar og håndtering av en trussel mot organisasjonens omdømme. Krisen som tarmkreftsaken representerte vil bli brukt som et eksempel og tydeliggjøring av hvordan organisasjonen gikk frem for å beskytte sin organisasjon mot trusler. Her er ønsket om å gå dypere inn i en case, for å få en forståelse av enkeltfenomener.

Hvorfor kvalitativ metode?

Som nevnt tidligere, er valget av metode avhengig av problemstillingens karakter og studiemål. Problemstillingen min går ut på å undersøke et case. Framgangsmåten må derfor være fleksibel slik at jeg under datainnsamlingen kan få økt kunnskap i fenomenet som studeres. Analysen min er blant annet basert på pressemeldinger utgitt av lokale aviser, som Fædrelandsvennen og Agderposten. Ved siden av intervjuene vil dette gi meg en dypere innsikt i krisekommunikasjonen og håndteringen av trusselen mot omdømmet. Dette gir etter min mening, et godt grunnlag for å svare på problemstillingen. Det kan også gi et bidrag til diskusjonen om hvorvidt offentlige organisasjoner bør drive med omdømmehåndtering. Med et slikt utgangspunkt skal jeg altså se på hvilke strategier som ble tatt i bruk under en spesifikk krise, og også se på hvilke strategier som er mest hensiktsmessige basert på Coombs SCCT.

3.1.2 Casestudie

Det finnes ingen allment akseptert definisjon av begrepet casestudie (Ringdal 2001). En casestudie er et eksempel på kvalitativt forskningsdesign. Hovedpoenget ved casestudie er at den tar sikte på å undersøke mye informasjon om få enheter eller saker. Denne studien er en

studie av omdømmeforsvar og krisekommunikasjon, med Sørlandet sykehus som case. Spørsmålet er hvordan SSHF beskyttet sin identitet og forsvarte sitt omdømme under det som omtales som «tarmkreftsaken» våren 2013. Dette blir derfor betraktet som en casestudie (Thagaard 2002).

En casestudie har flere fordeler. Den vil gi meg mulighet til å gå i dybden på et fenomen, nemlig omdømmehåndteringen ved Sørlandet sykehus. En slik tilnærming anser jeg som nødvendig for å få en forståelse av tarmkreftsaken som involverer mange aktører, samtidig som den er kompleks og inneholder flere problematiske elementer. Ulempen ved denne type studie, er at man ikke kan bruke en casestudie til å gjøre statistiske generaliseringer til større populasjoner (Yin 2003).

3.1.3 Valg av case

Som nevnt har jeg valgt å ta utgangspunkt i ett enkelt case, Sørlandet sykehus. Jeg har valgt å undersøke hvordan de håndterte tarmkreftskandalen våren 2013. Dette gjør jeg ved å ta utgangspunkt i Coombs SCCT-teori og Benoits teori om krisekommunikasjon som imagegjenopprettelse. Yin (1989) definerer case studier som empirisk forskning der en:

«Investigates a contemporary phenomenon within its real-life context: when – the boundaries between phenomenon and context are not clearly evident: and in which – multiple sources of evidence are used» (Yin 1989:23).

Fordelen med bruk av case er, som nevnt, at en får en viss nærhet til konteksten til et fenomen. Nedenfor har jeg beskrevet hvordan jeg gikk fram for å samle inn data.

3.2 Innsamlingsteknikker

Det er mange måter man kan gjennomføre datainnsamlingen for kvalitativ studie.

Observasjon og/eller intervju og analyse av dokumenter er gode eksempler. Valget er avhengig av problemstillingen og ønsket datamateriale. I min avhandling har jeg benyttet meg av både dokumentanalyse og intervju. Årsaken til dokumentanalyse er at det foreligger mye eksisterende data om krisen jeg bruker for å eksemplifisere og tydeliggjøre omdømmehåndteringen. Media og nyhetsoppslag, vil være viktig fordi det gir meg en viss oversikt og kontroll over hva som ble sagt og gjort gjennom spesielt de lokale avisene, det vil si den responsen, forsvaret og reaksjonen sykehuset hadde i forbindelse med tarmkreftsaken fra begynnelse til slutt.

I følge Grønmo (2004:190) er det viktig å foreta kildekritiske vurderinger av tekstene. Dette betyr at jeg først må vurdere tekstens tilgjengelighet, relevans, ekthet og troverdighet. Relevansvurderingen av tekstene bør skje under arbeidet med datainnsamlingen. Dette styrker tekstens ekthet og troverdighet. Jeg vil undersøke tekstens bakgrunn og kontekst og ut i fra dette vil jeg fastslå om den er ekte og relevant. Når det gjelder relevansen, så er det viktig hva det står i artikkelen eller dokumentet, og når det gjelder troverdighet må man sjekke hva slags dokument det er. Når det gjelder artikler som jeg benytter meg av, er det viktig å være klar over mediens rolle og hvordan de ønsker å fremstille ting. Og at hensikten er å selge aviser. Jeg må med andre ord være kritisk, og trekke ut det som er relevant for min problemstilling.

Hovedformålet med data er at det skal kaste lys over problemstillingen. Dataen jeg bruker må baseres på sann informasjon. Videre på innsamlingen av data baseres på logikk og presise begreper. Utvelgingen av tekster må gjøres så nøyaktig og i samsvar med problemstillingen på en forsvarlig måte (Grønmo 2004:217).

3.3 Gjennomføring

3.3.1 Datainnsamling

Å samle inn data, er kanskje den mest utfordrende og mest kritiske fasen for kvalitative forskningsprosjekter. Hensikten med dataen er å kunne ha noe å analysere. De aktiviteter som forskeren gjør bør derfor skje på en måte som sørger for at forskeren får alle nødvendige data for sin studie (Mehmetoglu 2004).

De aktiviteter som jeg har foretatt meg baserer seg på både dokumentanalyse og intervju, henholdsvis sekundær og primærdata, som jeg redegjør for nedenfor. Ved å kombinere disse, har det gitt meg muligheten for å få et bredere datagrunnlag, samt en mer holdbar basis for tolkning (Mehmetoglu 2004). Denne kombinasjonen gir meg også større grunnlag for å kunne vurdere kildenes validitet.

3.3.2 Dokumentanalyse

Dokumentanalyse er en metode eller en datainnsamlingsprosess som kan brukes av forskere for å få informasjon om hvordan mennesker skaper mening rundt seg. Det er også en metode for kritisk analyse av mediens fremstilling av en organisasjon, som jeg benytter meg av i oppgaven. I dokumentanalyse samler forskeren inn data som det er mulig å vise til viktige sammenhenger og informasjon om forholdene som undersøkes. En rekke ulike typer dokumenter kan være aktuelt å bruke som empirisk materiale. For eksempel internettsider, aviser, tv-programmer, historiske kilder, brev, muntlige fortellinger, video, bildeopptak og

offentlige dokumenter. Dokumenter kan enten brukes i kombinasjon med andre innsamlingsmetoder eller alene (Thagaard 2002:55-58). Det som er viktig er at det er en nær sammenheng mellom dokumentene som analyseres og problemstillingen, og at dokumentet må kunne gi svar på det man vil undersøke. Når dokumentene analyseres kvalitativt innebærer det at forskeren fortolker meningsinnholdet som blir sagt eller skrevet (Thagaard 2002:55).

I denne studien har jeg blant annet valgt å bruke dokumentanalyse. Gjennom dokumentanalyse analyserer jeg nettavisartikler. Dette gjør jeg for å få innsikt i hvordan sentrale aktører responderte på kritikken, og krisen, og hvordan sykehuset håndterte trusselen mot sitt omdømme. Med andre ord, hvordan de kommuniserte utad. Jeg mener denne måten å innhente data på, gir både et godt grunnlag for å besvare problemstillingen og for å utforske teorien. I tillegg gir dette et godt bidrag til hovedanalysen, som er intervju.

Fokuset rettet mot SSHFs krisekommunikasjon, og jeg benytter meg i hovedsak av pressemeldinger og nyhetsartikler. I innholdsanalysen har jeg forsøkt å være kritisk, og har vært påpasselig med hvilke nettaviser og aviser som anses seriøst. Jeg har hovedsakelig benyttet meg av lokale aviser, som Fædrelandsvennen og Agderposten, samt NRK.no. Innsamlingsteknikken gikk ut på å bruke ATEKST på UiA sine nettsider, hvor jeg har full tilgang til nyhetsarkivet i norske aviser. Jeg begrenset søket til perioden fra krisen oppsto til når krisen var ansett som avsluttet, det vil si tidsrommet mellom februar og april. Jeg bruker emneord som «tarmkreftsaken» og «tarmkreftskandalen». Vurderingen gikk ut på å se på hvilke strategier som ble brukt i forsvaret av sin organisasjon, og hvordan sentrale aktører kommuniserte med media og andre involverte.

En betydelig svakhet ved denne måten å innhente data på, er at forskerens bakgrunn og perspektiv kan påvirke hvilke tekster som blir valgt, og hvordan de blir fortolket. Hvis forskeren har en for snever tilnærming kan disse tekstene være ensartete, og det er stor mulighet for at noen relevante tekster blir utelatt. Tolkingsmulighetene kan da bli redusert. Hvis en forsker velger tekstene ut ifra ulike perspektiver og forskjellige kategorier kan denne problematikken unngås. Jeg har i denne oppgaven forsøkt å ta hensyn til dette, og vurdert ulike artikler fra ulike nettaviser. I tillegg har jeg intervju, som bidrar mye i forhold til hva som kommer frem.

Å være kildekritisk er en nødvendig og viktig del i prosessen. Et sentralt spørsmål som en bør stille seg ved dokumentanalyse er hvilken funksjon og intensjon som ligger bak de dokumentene en benytter seg av. Andre kritiske spørsmål er hva forfatteren har til hensikt å

oppnå med artiklene, og hvordan kan disse motivene tenkes å ha påvirket fremstillingen.

Organisasjoner vil naturlig nok fremstille seg mest mulig positivt overfor sine omgivelser. Dette gjelder ikke minst i presentasjonen av organisasjonen på deres hjemmesider, og det er også her viktig å forholde meg kritisk til denne informasjonen. En annen ulempe med analyse av artikler er forskerens manglende forståelse for konteksten. De dokumentene forskeren tar for seg kan for eksempel være skrevet for å gi et bestemt bilde av en aktuell situasjon og forskeren går dermed glipp av viktige opplysninger. I tillegg er det en kjent sak at media er konfliktorientert. De innhenter informasjon som kan gi interessante nyhetsoppslag. For å oppnå et helhetlig bilde av omdømmefenomenet vil det derfor være nyttig å supplere dokumentanalyse med andre metoder, for eksempel intervju (Grønmo, 2004).

3.3.3 Semistruktuert intervju

Semistrukturert intervju er en innsamlingsmetode som innebærer at registrering av svar på forskerens spørsmål utgjør dataene (Johannesen et al., 2007). Ved utarbeidelsen av intervjuguiden, ble spørsmålene formulert på en måte som gjør at informantene selv måtte utforme svarene. Det er viktig å unngå ledende spørsmål, samtidig at spørsmålene skal være åpne. Ved en slik framgangsmåte vil det kunne gi muligheter for å fange opp informantenes oppfatninger og opplevelser på det jeg undersøker. På den annen side kan det gi en del irrelevant informasjon. Det var derfor viktig å stille spørsmål som i liten grad åpner for en slik informasjon. Ifølge Thagaard (2009), er dette den mest brukte framgangsmåten innenfor kvalitative intervjuer. Slike intervjuer blir kalt halvstrukturete (Thagaard, 2009). Spørsmålene i guiden var knyttet til organisasjonens kommunikasjon utad, i forhold til hvordan de forsvarte og organiserte seg i forbindelse med å opprettholde omdømmet under tarmkreftsaken.

Videre er et slikt intervju, i følge Kvale (1997), en mellommenneskelig situasjon og en bestemt form for interaksjon hvor kunnskapen fremkommer gjennom dialog.

3.3.4 Gjennomføring av intervju

Før innsamling av de empiriske dataene kunne finne sted måtte jeg ta kontakt med Sørlandet sykehus med en forespørsel om å få intervju informanter fra deres organisasjon. Her forklarte jeg hvilken type oppgave jeg hadde som mål å skrive, og at jeg derfor hadde behov for data utover det som kom frem gjennom media. Jeg fikk en kontaktperson som tok tid til en samtale med meg, og som fant mitt tema både interessant og spennende. I denne samtalen fikk vi klargjort nærmere hva min problemstilling skulle handle om, og hvem som kunne være

potensielle informanter for intervjuet. Kontaktpersonen tok kontakt med informantene, hvor han videre avtalte tidspunkter for intervju for hver enkel. Endringer i disse tidspunktene var jeg selv ansvarlig for. Det var to informanter som måtte utsette datoen for intervjuet grunnet sykdom, og endrede planer. Personene jeg intervjuet er ansatte ved SSHF. Dette var personer i stillinger som administrerende direktør, fagdirektør, klinikkssjef kirurg, kommunikasjonsrådgiver og klinikkssjef for medisinsk avdeling. Dette er alle personer med høye stillinger, og de vil av den grunn ha en bedre oversikt og kontroll over organiseringen ved en oppstått hendelse, og som er sentrale når det gjelder kommunikasjonen utad. Avtalene ble gjort via mail, hvor jeg sendte over intervjuguiden og takket for at de ville stille opp. Fire av fem av intervjuene ble gjennomført på arbeidsstedet til informantene. Et av intervjuene fant sted på en café i Kristiansand sentrum. Dette var et ønske fra informanten sin side. Hovedårsaken til at intervjuet fant sted på deres kontor, var for det første at det var lettere for dem. For det andre at det er trygge omgivelser som kan bidra til en lettere stemning under intervjuet. Grunnen til at jeg valgte å møte alle informantene ansikt til ansikt var også at kroppsspråk kunne være viktig for min tolkning av det informantene fortalte og beskrev.

I forkant av intervjuene utarbeidet jeg en intervjuguide som skulle fungere som mal under intervjuet. Denne guiden bestod av relevante spørsmål knyttet til hvordan deres organisasjon arbeidet med omdømme. Thagaard skriver at intervjuundersøkelser er en særlig velegnet metode for å få informasjon om hvordan informanten opplever og forstår sine omgivelser (Thagaard, 2009). For å kunne besvare avhandlingens problemstilling, vil det være avgjørende for meg å få tilgang til informantenes opplevelse av krisen og omdømmehåndteringen. Dette er individuelle og subjektive forhold som preges av den enkeltes syn, forståelse og erfaringer.

Jeg valgte på forhånd å sette meg inn i relevant litteratur på området. I tillegg foretok jeg en gjennomgang av avis- og nettartikler som ga meg den nødvendige kunnskapen om krisen jeg har valgt å ta for meg. Dette føltes for det første som viktig forkunnskap ved utforming av intervjuguiden. Og for det andre bidro det til at jeg kunne være mest mulig forberedt.

3.3.5 Oversikt over informanter

Informant 1	Kommunikasjonsrådgiver
Informant 2	Administrerende direktør

Informant 3	Klinikksjef kirurg
Informant 4	Fagdirektør
Informant 5	Klinikksjef medisin

Jeg vurderte det slik at det ikke er hensiktsmessig å henvise til nummeringen av informantene i avhandlingen. Begrunnelsen for det er at deres posisjon på Sørlandet sykehus er godt kjent, og nummeringen i teksten vil derfor avsløre hvem som sa hva under intervjuene.

3.3.6 Hjelpemidler

Jeg brukte både mobil og diktafon for å ta opp samtalen med informantene. Jeg forsikret meg om at informanten samtykket til bruk av denne før jeg slo på. I de to første benyttet jeg av mobilen min, noe som fungerte veldig bra. I de to neste ble det benyttet diktafon, og i den femte og siste, brukte jeg igjen min mobil. Telefonen er låst med kodelås og intervjuet ble slettet etter at jeg forsikret meg om at opptaket på diktafonen var av god kvalitet, og overført til min data.

Transkriberingen i etterkant ble foretatt på min egen maskin og ble lagret og passordbeskyttet på denne. Transkriberingen i etterkant av intervjuene foregikk ved at jeg lyttet på båndene og skrev ordrett ned det informanten sa. Jeg gikk gjennom intervjuene flere ganger, for å kunne sile ut korrekt og relevant informasjon for problemstilling.

3.4 Kvalitet i forskningen

I følge Thagaard (2002) er begrepene troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet begreper som innen samfunnsvitenskapens kvalitative metode kan erstatte begrepene reliabilitet, validitet og generalisering innen naturvitenskapen, som er mer vanlig i forbindelse med kvantitativ metode (Thagaard 2002).

3.4.1 Troverdighet

Troverdighet er knyttet til datautviklingsprosessen og dreier seg om i hvilken grad forskningen er gjort på en måte som vekker tilliten til undersøkelsen (Thagaard 2002). Det er derfor nødvendig å gjøre rede for hvordan data som ligget til grunn for analysen har blitt utviklet, samt vurderer kvaliteten på disse. Jeg må for det første kunne skille mellom informasjonen fra intervjuene og informasjonen jeg får fra artiklene som jeg bruker, og min egen vurdering av og tolkingen av disse data. I min analyse har jeg valgt å bruke mange sitater, på denne måten får leseren kjennskap til hvilken informasjon informantene har gitt og

hvordan jeg har valgt å tolke dette. Jeg som forsker har selv valgt ut sitatene, men likevel føler jeg at kombinasjonen teoripresentasjon, sitatbruk og mine tolkinger, gjør at leseren selv kan gjøre seg opp en mening om hvordan de ulike sitatene kan tolkes og vurderes i forhold til den gitte kontekst (Thagaard 2002).

Ved å benytte meg av mobil og diktafon ble informasjonen mer nøyaktig, og bidro til at dataen i mindre grad ble mistolket, sammenlignet med hvis jeg hadde tatt notater under samtalen. I sistnevnte tilfelle kunne det ha ført til at jeg gjorde min egen subjektive oversettelse av det informantene sa, i tillegg til at noteringen underveis kunne fått store deler av min oppmerksomhet (Thagaard 2002).

Jeg kan også nevne at min relasjon til informantene kan ha en innvirkning på studiens troverdighet (Thagaard 2002). Men jeg kjente ingen av informantene fra før, noe som anses fordelaktig ved et slikt metodevalg. Da unngår man på best mulig måte å være påvirket av relasjonene. For å sikre at data ikke har blitt feiltolket har jeg sørget for at alle sitatene som er brukt, ble nøye og gjentatte ganger sjekket opp ved å høre på intervjuet flere ganger.

Metoden forskeren benytter må presenteres på en måte at andre i prinsippet kan gjenta undersøkelsen. Man må ta hensyn til alle relevante data, og det bør framgå hva slags utvalgsriterier som ligger til grunn for innsamlingen. Forskerens personlige meninger og ytringer er dårlige kriterier. *”Resultatenes gyldighet skal ikke være avhengig av hvem som har utført undersøkelsen. De skal være intersubjektivt gyldige. Fra denne beskrivelsen framgår det at forskning er en normstyrt prosess”* (Gilje og Grimen 2002:222).

Det vil alltid være en fare for at mine subjektive oppfatninger kan påvirke innholdet i oppgaven. Et viktig spørsmål er hvordan dette kan unngås. I en slik kvalitativ caseundersøkelse vil det alltid være en viss grad av subjektivitet, men det er viktig å være klar over dette. Det er viktig å være bevisst på at metodiske feil kan forekomme i datainnsamling, dataanalyse, drøfting og konklusjon av problemstillingen. Siden denne krise jeg tar for meg har vært mye i media, har jeg lagd meg en subjektiv holdning til denne krisen i forkant av intervjuene. Det kan derfor være mulige feilkilder knyttet til bruken av denne metoden. Dette har jeg vært bevisst på, og reflektert over – i forkant og under datainnsamlingen og tolkningen av tekstene. Likevel var det nødvendig å gå grundig gjennom hva krisen handlet om før intervjuene. Jeg var klar over at dette kunne påvirke mine tolkinger og meninger rundt saken, men jeg mener jeg klarte å opprettholde en viss objektivitet i analysen, ved at jeg var åpen og klar over denne problematikken.

Det er jeg som forsker som har bearbeidet disse intervjuene, og de dataene som kommer frem vil, som nevnt, være påvirket av mine subjektive oppfatninger. I den forbindelse byr det på metodiske utfordringer i forhold til oppgavens reliabilitet. Den dataen som intervjuene baserte seg på, er omfattende, og det vil være lite hensiktsmessig å benytte seg av alt. Etterprøvnbarhet er derfor en utfordring, men ved å sørge for et godt og dokumentert kildebruk, åpenhet og innsyn, gir man andre muligheten til å vurdere resultatene av oppgaven på en kritisk måte. Dette gir dem muligheten til hvorvidt de ønsker å stole på metodevalget, eller ikke.

På bakgrunn av de ovennevnte vurderingene, vil jeg hevde at det ikke er noen bemerkelsesverdige og betydningsfulle forhold knyttet til troverdigheten av mitt prosjekt.

3.4.2 Overførbarhet

Som nevnt tidligere er mye av hensikten med tekstorienterte studier at tolkingen og funnene skal kunne ha relevans på andre områder enn det prosjektet man selv har undersøkt. Et viktig og sentralt spørsmål blir derfor i hvilken grad denne aktuelle undersøkelsen har relevans utover det bestemte caset som jeg har benyttet meg i avhandlingen.

Forskningens overførbarhet innebærer i følge Thagaard (2002) en rekontekstualisering av resultatene. Dette betyr at den teoretiske forståelsen settes inn i en større sammenheng. Ved hjelp av videre forskning, kan mine funn utprøves og videreutvikles av andre i egen forskning.

«Overførbarhet innebærer en rekontekstualisering ved at den teoretiske forståelsen som er knyttet til et enkelt prosjekt, settes inn i en videre sammenheng» (Thagaard 2002: 184).

Teorien om omdømmeforsvar er i utgangspunktet en nokså velprøvd teori, men som nevnt tidligere er teorien i mindre grad brukt på offentlige organisasjoner og i forhold til problemstillingen min. Min studie kan derfor hevdes å være et bidrag til å kunne utvide teoriens bruksområde, siden jeg gjennom å bruke teorien på en ny type case viser at en ”utvidelse” av teoriens anvendelse er mulig. Jeg har valgt å bruke SSHF som case da dette er en offentlig organisasjon som har gjennomgått store omstillinger, og har vært gjennom hendelser, som har resultert i jevnlig omtaler fra media. Poenget med kvalitative studier er ikke å få frem en entydig sannhet, men å få frem en mer inngående kunnskap som kan brukes i ytterligere forskning eller svar. På denne måten kan min studie bidra til økt eller en ny forståelse av et fenomen, synliggjøring av fenomen fra andre synsvinkler, eller elaborering av teori. Jeg kommer tilbake til dette i oppgavens avsluttende kapittel.

Jacobsen hevder at resultater fra kvalitative undersøkelser ofte vil være knyttet til en bestemt

kontekst, noe som altså taler mot for sterk grad av generalisering, men understreker på den andre siden at dersom flere studier påviser liknende funn, kan vi til en viss grad påstå at fenomenet kan generaliseres til en større populasjon (Jacobsen, 2005). Min avhandling kan derfor betraktes som et av flere bidrag i forhold til hvordan det arbeides med omdømme i offentlige virksomheter.

3.4.3 Bekreftbarhet

Bekreftbarhet handler om tolkning av resultater. Kort fortalt betyr det at forskeren må ta en viss avstand fra sitt teoretiske ståsted og antakelser, og kunne ha evne til å være kritisk til egne vurderinger og tolkninger. Det innebærer også at de funn og resultater som kommer frem i oppgaven, kan bekreftes av en annen forskning (Thagaard 2002).

Begrepsbruken kan skape utfordringer knyttet til bekræftbarheten. Det kan tenkes at misforståelser knyttet til et begreps betydning, kan ha betydning for informantenes svar. Omdømme er et begrep med flere definisjoner, noe som gjør at den definisjonen jeg bruker, ikke nødvendigvis stemmer overens med den definisjonen informanten legger til grunn for sitt svar. Jeg har forsøkt å redusere slike tolkningsfeil ved at jeg startet ”omdømmespørsmålene” med å be informantene fortelle hva de mener med begrepet omdømme.

Jeg har ingen relasjon til Sørlandet sykehus som organisasjon, og i følge Thagaard (2002) er det noe som kan gi både fordeler og ulemper i forhold til forskningsprosjektet. Ulempen består i at jeg som forsker ikke har like gode forutsetninger til å få informantenes syn ut ifra deres personlige oppfatning av saken, og det vil også være vanskelig å bekrefte funn gjennom egne erfaringer. I tillegg kan det være vanskelig å forstå noe som i utgangspunktet er en ukjent situasjon. På den andre siden vil jeg på bakgrunn av min manglende tilknytning til organisasjonen og miljøet i større grad være åpen for nyanser i de situasjonene jeg studerer, siden jeg ikke har noen erfaringer å knytte disse nyansene opp mot. Jeg føler likevel at jeg gjennom intervjuprosessen opprettet en forståelse rundt informantenes opplevelse av egen situasjon, og at dette ble kjent for informantene.

Jeg benyttet hovedsakelig en intervjuguide, men tilpasset den til hver enkelt av informantene ved å vurdere deres stilling på sykehus, og om hvorvidt jeg trengte mer informasjon fra visse spørsmål.

Intervjuene utgjør størstedelen av mine data, men vil ikke i like stor grad være etterprøvbart, sammenlignet med analysen fra artiklene. Datamaterialet som dokumentanalysen min baserer seg på ligger tilgjengelig på internett, og i arkivet på avisenes nettsteder. Internett er en

informasjonskilde der data og informasjon raskt kan endres, men mine data vil mest sannsynlig være tilgjengelig også for andre som ønsker å finne det samme datamateriale. Grunnen til dette er at informasjonen ligger i oppslagsarkivet til offentlige aviser, og ikke på SSHFs egne sider. Fædrelandsvennen.no og Agderposten.no vil i liten grad ha interesse i å endre tidligere publiserte omtaler, siden dette er omtaler som allerede har vært offentliggjort.

3.5 Styrker og svakheter av metodevalg

En svakhet ved metodevalget mitt, også kort nevnt innledningsvis i kapittelet, er at jeg ikke har utført triangulering. Å supplere ved bruk av kvantitativ metode ville kunne gitt meg svar på om konklusjonen for utvalget mitt stemmer for et representativt utvalg av hele organisasjonen og dermed organisasjonen som helhet. Utvalget mitt er lite, og informantenes stillinger på sykehuset, arbeidsområder og fartstid i organisasjonen skiller seg lite fra hverandre. Dette kan være en ulempe med tanke på at jeg ikke får se problemstillingen i forskjellig lys i den grad som er ønskelig, og vil også kunne være en ulempe siden det ikke i legger et like stort grunnlag for flere spørsmål og ytterligere forskning på området hvis jeg hadde hatt informanter som var mer fragmentert. På samme tid, kan det være en fordel siden det er toppledelsen jeg har valgt som mine informanter, og det er de som har den beste oversikten og kunnskapen om hvordan organisasjonen organiserer seg i møtet med en krise. I tillegg opplevde jeg at svarene på mine spørsmål var forskjellige fra informant til informant, og jeg fikk i betydelig grad gått i dybden på det jeg ønsket å undersøke.

En annen svakhet ved metodevalget er at jeg ikke kan si noe om årsakssammenhengen, men det er heller ikke målet innen kvalitativ forskning. Ut i fra min metode, har jeg ikke kunnskap å si noe om hvorvidt organisasjonen fikk opprettholdt omdømme slik det var, om det ble forbedret eller forverret. Årsakssammenhenger er imidlertid et mål innen naturvitenskapelig forskning. I samfunnsvitenskapelig metode benyttes kvalitativ metode for å oppnå en dypere forståelse for et tema eller område. Naturvitenskapens tidligere hegemoni hvor falsifisering, hypotesetesting og avdekking av årsakssammenhenger var et ubestridt ideal, kan virke inn på de svakheter jeg ser ved mitt valg av kvalitativ metode. Men valg av metode avhenger av tema man studerer og dets omstendigheter. I mitt tilfelle ønsker jeg en dypere forståelse av informantenes livsverdenes. Dybdeforståelse er i seg selv et mål innenfor kvalitativ metode, og jeg mener metodevalget kan forsvares med dette (Flyvbjerg 2006).

3.6 Etiske problemstillinger

Ettersom en intervjusituasjon ikke er en gjensidig form for interaksjon mellom to likeverdige parter oppstår det et asymmetrisk maktforhold mellom intervjuer og informant (Kvale 1997).

Det var jeg som forsker som i stor grad hadde definisjonsmakt over situasjonen, hvor jeg bestemte og styrte samtalen. For meg som ung student var det vanskelig å sette seg inn i en slik rolle, hvor jeg sto ovenfor godt utdannede og mer erfarne informanter. Jeg var derfor veldig bevisst på å la informantene føle seg godt ivaretatt, og dette gjorde jeg ved å være aktiv med i samtalene, lytte til hva de sa, og lot dem snakke ferdig. Det ble noen avbrytelser fra min side, men dette skyldes mitt engasjement, noe jeg tror informantene var klar over. Jo flere intervjuer jeg gjennomførte, jo tryggere ble jeg på området, og desto bedre følte jeg at jeg kunne ivareta intervjuobjektets interesser. Jeg øvde på intervjuene i forkant, for meg selv, og prøvde å gjøre meg i bedre stand til å stille de spørsmålene som var nedskrevet på intervjuguiden. Det viktigste for meg, var at jeg skjønnte innholdet i spørsmålene, og at jeg kunne definere og forklare hva ulike begreper betydde hvis det var noen spørsmål omkring dette under intervjuet. Jeg opplevde ikke at mitt kjønn hadde innvirkning på informantenes holdning til, eller atferd overfor meg. Min alder ble heller ikke oppfattet som et problem. Jeg opplevde ingen vanskeligheter som student og ung kvinne uten erfaring med det informantene jobber med. Jeg opplevde at informantene på grunn av min manglende erfaring var villig til å forklare inngående hvordan organiseringen fungerte i henhold til kriser, sett i kommunikasjonssammenheng.

Jeg har så langt det er mulig sikret meg at informantene ikke kjenner seg selv igjen i sitatene. Jeg har gått gjennom intervjuene flere ganger, for å forsikre meg at det som har blitt sagt, og skrevet i oppgaven av sitater, er korrekt. Jeg har hatt en åpen dialog med informantene og vært tydelig på at dersom de følte seg usikker på noe, kan de når som helst ta kontakt. De er også informert om at de etter eget ønske kan trekke seg fra studien.

Jeg vil til slutt nevne at jeg gjorde en vurdering hvorvidt intervjuene mine var meldepliktig. Men siden jeg ikke skulle samle inn personopplysninger, kom jeg fram til, i samråd med min veileder, at dette ikke var nødvendig. Jeg mener jeg tok hensyn til alle forskningskriteriene, når det gjelder anonymisering, informere om muligheter for å kunne trekke seg, osv.

Nå som både problemstillingen, teorien og metoden er presentert er det klart for analysedelen av oppgaven. Dette skal jeg drøfte i neste kapitlet.

Kapittel 4. Analyse

4.1 Innledning

I analysekapitlet vil jeg presentere og drøfte datamaterialet med bakgrunn i avhandlingens problemstilling og teoretiske rammeverk. Kapitlet omhandler «*Hvordan arbeides det med*

omdømmehåndteringen i sykehussektoren i situasjoner som kan være en trussel mot omdømmet». Først vil jeg presentere Sørlandet sykehus, så vil jeg presentere tarmkreftsaken. Deretter vil jeg finne ut om hvordan SSHF organiserte seg i håndteringen av denne krisen. Det vil også bety at jeg skal se på krisehistorikken og deres relasjon til deres interesser, og interessentenes attribusjon av ansvar. Jeg vil se på hvilke strategier som ble brukt, og formen på kommunikasjonen utad. Til slutt vurderer jeg hvorvidt SSHFs omdømmeforsvar, det vil si SSHFs strategier, samsvarte med Coombs og Benoits teorier.

4.2 Tarmkreftsaken

Datamaterialet viser at den såkalte tarmkreftsaken som SSHF opplevde fikk stor og omfattende mediedekning. Mest lokalt, men også noe nasjonalt. Nyheter om den oppståtte situasjonen ble sendt på både tv og på flere radiostasjoner. I tillegg fikk saken bred omtale i både sentrale avisers nett- og papirutgaver. Her vil det bli vurdert hvorvidt SSHF klarte å håndtere dette på en god måte, og hvordan det ble kommunisert med involverte og sentrale media. Det er helt avgjørende at SSHF kommer med raske og korrekte svar til de spørsmål som blir stilt av sine interesser. Dette er ofte vanskelig, men er en viktig del i forhold til den vurderingen om de har foretatt en god krisehåndtering (Weisæth og Kjeserud 2007:75). Som nevnt, er kommunikasjonen under krisen helt nødvendig for at organisasjonen skal komme godt ut omdømmemessig. Kommuniserer man godt, både innad i organisasjonen, og med eksterne aktører, unngår man en såkalt dobbeltkrise. Som jeg har nevnt tidligere, innebærer en dobbeltkrise at den tidligere krisen blir overskygget av en kommunikasjonskrise (Merkelsen 2010: 306).

Det kan antas at kriser som organisasjoner opplever, og at negativ eksponering i media kan føre til skader på omdømmet til organisasjonen. Spørsmålet jeg har søkt å få svar på her, er hvordan SSHF organiserte seg i håndteringen av krisen som oppsto våren 2013, nemlig tarmkreftsaken, og hvordan organisasjonen i denne sammenheng beskyttet sitt omdømme.

Jeg nevnte kort om tarmkreftsaken innledningsvis, men for å utdype ytterligere, handler det om at Sørlandet sykehus har sviktet i kvalitetsarbeid og internkontrollen. I april 2012 ble det bestilt handlingsplan for kreft ved SSHF, og i delplanen for behandling for tarmkreft i februar 2013 kom det frem at det har vært en betydelig andel av reoperasjoner i Arendal. Dette ble ledelsen klar over 18. februar, og 4. mars ba ledelsen om en ekstern gjennomgang av materialet. Tiltak ble satt i gang den 18. mars med den begrunnelse at de ville sikre kvaliteten

og pasientsikkerheten. Saken har påført pasientene i Arendal stor belastning, men likevel ble det bestemt at operasjonene skulle fortsette. Etter flere styremøter og grundigere vurderinger, ble det til slutt bestemt at tarmkreftoperasjonene skulle flyttes fra Arendal til Kristiansand med øyeblikkelig virkning. Flyttingen ble deretter vedtatt av sykehusstyret, etter at klinikkisjef Geir Bøhler foretok en utvidet undersøkelse som viste at komplikasjonene var omfattende. Saken ble kalt for systemsvikt (Vindsland, 2013a).

“Det at sykehusledelsen velger å fortsette med tarmkreftoperasjoner i Arendal, kan Vest-Agder legeförening ikke akseptere ut fra et pasientsikkerhetshensyn”, skrev styret i Vest-Agder Legeförening mandag i et brev til styreleder Camilla Dunsæd ved Sørlandet sykehus HF. Vest-Agder-legene støtter dermed leder for Senter for kreftbehandling i Kristiansand, Svein Mjåland, som krever at alle tarmkreftoperasjoner samles i Kristiansand (Vindsland, 2013b)

Denne beslutningen skapte sterke reaksjoner, og førte til en åpen strid mellom legene i Aust-Agder og Vest-Agder om det medisinske tilbudet ved sykehusene i Arendal og Kristiansand. Videre står det at legene i Aust-Agder slo sterkt tilbake mot sine kollegaer i Vest-Agder når dette ble besluttet. Det ble sagt styret i Aust-Agder legeförening at de sprer ubegrunnet frykt i befolkningen (Vindsland, 2013c). Hovedargumentet for flyttingen var hensynet til pasientsikkerheten. Men Aust-Agder-legene mente flyttingen vil gå ut over pasientsikkerheten totalt sett. Både fra mine informanter, og fra de lokale avisene, ble det sagt at *«sannheten skifter på fylkesgrensen»* (Flaa, 2013a). Som jeg nevnte, ble det arbeidet med en Handlingsplan for kreftbehandling ved Sørlandet sykehus, og det var her de oppdaget avvikene. Et eget underutvalg fikk i oppgave å se på behandlingen av tarmkreft, og de kom fram til at tallene var svært ulike mellom sykehusene. På samme tid har det vært store mangler internt, og sykehuset kritiseres sterkt for at de ikke har klart å fange opp så store avvikstall. Det ble sagt av Vest-Agders fylkeslege Kristian Hagestad i en pressemelding at man ikke har hatt system for å sikre oss at avvikene ble oppdaget (Witzøe, 2013a).

I tillegg kom det fram at komplikasjonsregisteret ikke har blitt fulgt opp i Arendal. I følge Agderposten vedkjente Jan-Roger Olsen, sykehusdirektøren, seg mye av ansvaret for det sykehuset ble kritisert for, og kritikken kom ikke overraskende på han: *«Vi har hele tiden vært innforstått med at saken innebærer en systemsvikt: Et brudd på internkontrollforskriften, og dermed på spesialisthelsetjenesteloven»*, sa Olsen til Agderposten (Vindsland 2013d).

Denne saken ble ansett som svært alvorlig, og som en konsekvens ble det besluttet å opprette tilsynssak mot sykehuset i Arendal. Dette ble vedtatt av fylkeslegen i Vest-Agder i nært samarbeid med fylkeslegen i Aust-Agder. Det ble forventet at sykehuset framover forsterket sin innsats videre i denne saken, og lærer av den generelt ved å ha et system for å oppdage uheldig praksis på ulike enheter i sykehuset. Hagestad kommenterer overfor Agderposten at *“tilsynet innebærer ikke at det blir sanksjoner mot sykehuset»* (Bratland 2013a).

Etter at saken ble kjent må det bli sagt at Sørlandet sykehus har tatt problemene og utfordringene på alvor. Svære tiltak ble satt i gang, og det har vært mye arbeid for å få bedre kvalitet på arbeidet. Blant annet har de tilrettelagt et bedre system for å fange opp avviksregistreringer.

Jeg har tatt utgangspunkt i denne spesifikke krisen i min avhandling. Og ved å benytte meg av Coombs` rammeverk for krisekommunikasjon, samt Benoits teori om imagegjenoppbyggelse, vil jeg i analysen kunne svare på mitt hovedspørsmål: *«Hvordan organiserer SSHF seg i møtet med en trussel mot omdømmet?»*.

4.3 Omdømmetrusselen som krisen representerte og SSHF sto ovenfor

I vurderingen av hvordan sykehuset skal organisere seg i møtet med en krise, så er det nødvendig å se på den kontekst krisen befant seg i. Ved å bruke Coombs teori, kan jeg først se på krisetypen, deretter krisehistorien og tidligere omdømmet til organisasjonen. Hensikten er å vurdere alvorlighetsgraden, og ut ifra det vurdere hvordan de skal gå frem for å beskytte og forsvare sitt omdømme. Jeg begynner med krisetypen.

4.3.1 Hva kjennetegnet krisen og hvilken krisetype kan SSHF plasseres i?

Når det oppstår kriser i offentlige organisasjoner skyldes det ofte at befolkningen oppfatter organisasjoner for å ha vært uansvarlige, og anklages for at de har gjort noe som har brutt med deres egne verdier. I tarmkreftskandalen ble det gjort alvorlige feil av ansatte på Arendal sykehus. Disse feilene hadde pågått i flere år, noe som førte til at var mange mennesker som ble involvert på grunn av dårlig kvalitet og systemfeil. Det ble et brudd på organisasjonens grunnleggende verdier, og resultatet var at omdømmet ble alvorlig truet. Konsekvensen kan være at det oppsto en tillits- og legitimitetskrise mellom SSHF som organisasjon og deres interessenter.

I dette avsnittet vil jeg ta for meg et viktig spørsmål: Hva kjennetegner krisen og hvilken krisetype kan SSHF plasseres i? Dette er viktig fordi det gir en indikasjon på hvordan SSHF skal gå frem for å forsvare sitt omdømme under en krise, i dette tilfellet tarmkreftsaken.

Det blir redegjort for tre krisetyper i Coombs (2004 og 2008) teori. De er offerkrise, uhellkrise og mulige unngått krise, det vil si henholdsvis lav, moderat og høy trussel mot omdømmet. Krisetyperne gir en pekepinn på hvilken forsvarsstrategi som er mest hensiktsmessig og som organisasjonen bør velge ut i fra den situasjonen de er i. Et grunnprinsipp er at jo større ansvar interessentene tilskriver organisasjonen, desto mer imøtekommende må den være i krisekommunikasjonen (Frandsen og Johansen 2008:238). Dette vil jeg komme tilbake til senere i kapittelet.

Som vi har sett, var tarmkreftskandalen blant annet preget av dårlige systemer for kvalitetskontroll. Dette resulterte i at mange pasienter ble berørt, og flere fikk store helsemessige konsekvenser etter operasjonen. Når antallet reopererte ble offentliggjort, kom det svært overraskende på de ansatte på Sørlandet sykehus. Følgende sitat fra en av informantene understreket det slik:

«Den fikk vi jo egentlig midt i trynet, fordi det var en som gikk ut i avisen og gjorde saken offentlig, da».

Det førte til at de ikke fikk planlagt, og heller ikke forberedt seg, i hvordan de skulle håndtere situasjonen. Ledelsen hadde «null kontroll», for å bruke informantens ord, på det aktuelle tidspunktet. Dette slet de med ganske lenge. At det ble definert en varsler gjorde saken enda mer komplisert, og vanskelig å håndtere. Som følge av det kan organisasjonen ha blitt fremstått som mindre åpen og troverdig. Videre sa informanten:

«Som sagt, så var det en her som var en varsler, og det ga inntrykk at vi prøvde å holde noe skjult».

Ansaret lå fullt og helt på organisasjonen, og ledelsen beklaget seg, og la seg flat for det de ble anklaget for. De var imøtekommende og tilgjengelig, og når de fikk all informasjon omkring hendelsen, informerte de godt til offentligheten gjennom pressekonferanse og styremøter. De la alle kortene på bordet, noe alle mine informanter mente de burde gjort fra

starten av når tallene ble kjent internt i organisasjonen. Ordet åpenhet ble brukt hyppig under intervjuene, og var en strategi de sa de fulgte fullt og helt. Det ble gjentatte ganger sagt at som et sykehus og en offentlig organisasjon, har de ikke noe å skjule. Etter deres mening skaper det tillit og troverdighet blant befolkningen. Som en konsekvens ble mottakelsen av ledelsens respons positiv, i følge flere av informantene. Et par av informantene mente til og med at de tjente litt på det – at det til syvende sist påvirket omdømmet positivt. En annen måte de gikk fram på er at de var bevisst på hva de kommuniserte, og hvem som skulle kommunisere hva. Det er viktig at de som fronter sykehuset, vet hva saken dreier seg om, og har muligheten til å svare korrekt på spørsmål som stilles. Det var også en av grunnene til at de ikke ønsket å bruke kommunikasjonsrådgivere- eller ansvarlige til å kommunisere med media og offentligheten.

Sykehuset prøvde å styre det slik at det «ikke stadig kom drypp», som en informant uttrykte det, men i stedet klarte å kommunisere ut alt de visste når de til slutt hadde riktig og all nødvendig informasjon om saken. Den samme informanten mente også at det var det som hjalp dem til å få kontroll over situasjonen, og at de derfor avventet litt før de gikk ut i media. En annen informant understreket hvor følsomt dette temaet er, og at åpenheten kan ha virket tøft for de ansatte. Dette fordi hele Arendal sykehus ble satt under tvil. Det ble forklart på denne måten:

«Det førte til sykemeldinger på nøkkelpersoner, det å få spørsmål ifra venner, kjente, fra omgangskretsen, ute på byen, vi leser sånn og sånn om sykehuset, er det trygt å la seg operere i Arendal? Og da smitter ikke bare det over på tarmkreftoperasjoner, da smitter det over på nesten alt. Det var en kjempebelastning for hoveddelen av ansatte».

De kommuniserte altså godt med media, men også direkte med pasienter og pårørende som opplevde det på nært hold. Dette viste seg gjennom at de tilbød samtale med hver enkelt av pasientene som det ble utført tarmkreftoperasjon på, og som fikk komplikasjoner senere. De ansatte fikk oppfølging, og det ble raskt satt i gang tiltak for å forbedre kvaliteten på sykehuset. I etterkant av krisen har fokuset blitt sterkere omkring kvalitet og kvalitetssikring. Dette kom frem i Fædrelandsvennen:

«Dette vil bli en ny og presis måte å måle kvaliteten på behandlingen, og eventuelt avdekke mangel på kvalitet slik at vi kan lære av det og bli flinkere» (Vindsland 2013e).

Som det fremkommer kan jeg si at kommunikasjonen utad var forholdsvis god. Ledelsen for sykehuset forklarte seg godt under krisen, var åpen om hendelsen, og var tilgjengelig for media og spørsmål. Kommunikasjonen internt var imidlertid ikke fullt så god. En av informantene, som hadde en nær dialog med «varsleren» underveis og i etterkant av krisen, var tydelig på at det burde vært en bedre kommunikasjon innad i sykehuset. Varsleren var av den oppfatning at ingen gjorde noe med de store avvikene. Dette til tross for at vedkommende hadde gitt beskjed lenge før saken ble kjent. Videre hadde ikke varsleren fått beskjed at det ble satt i gang tiltak og arbeid før saken ble offentliggjort. Når da varsleren ble kontaktet av NRK, valgte han å være ærlig, og fortelle det han visste. Hadde det vært en bedre dialog internt, og spesielt mellom «varsleren» og ledelsen, hadde man kanskje fått en annen vinkling til saken i forhold til hvordan det hele startet. Ledelsen kunne i stedet ha forklart seg for media med korrekt og fyldig informasjon, og unngått det inntrykket som ble lagt, nemlig at noe ble holdt skjult.

Når det er sagt, kan jeg se på de tre ulike krisetyperne representert av Coombs, og vurdere hvilken krisetype tarmkreftsaken kan plasseres i. Dette med henvisning til tabell 2.3. Man kan for det første argumentere for at tarmkreftsaken kan plasseres under «*Kriser der organisasjoner er et offer*». Selv om organisasjonen har skyld i krisen, var det en person som gikk ut media og fortalte det han visste. På den måten fikk ikke media og offentligheten all den informasjon som var verdt å vite da saken først ble kjent. Omgivelsene fikk ikke før senere vite at sykehuset allerede hadde satt inn tiltak og gjort større grep for å få endret situasjonen en stund før offentliggjøringen. Den ansatte som gikk ut med informasjonen, ble definert som varsler, noe som førte til at folk antok at organisasjonen holdt noe skjult. Dette forverret mest sannsynlig situasjonen. Det kan derfor hevdes at sykehuset var et offer for feilinformasjon og rykter. Når det er sagt, tolker jeg likevel ikke det slik at denne saken kan bli plassert under «*Kriser der organisasjoner er et offer*»- kategorien. Krisen er verken forårsaket av eksterne forhold eller at trusselen anses som lav mot organisasjonens omdømme.

Krisetype 2; «*Kriser som følge av uhell*», er en type krise hvor attribusjonen av ansvar er lav, og omdømmetrusselen moderat. Her er krisen forårsaket av tekniske feil eller produktskade. Interessenter ser på krisen som ukontrollerbar, og som ikke var bevisst eller intensjonalt begått av ansatte. Dette stemmer stort sett med hva mine informanter har fortalt, og hva som kommer frem gjennom media. For det første ble det sagt under intervjuene at de aldri ville ha

utført dårlige behandlinger med den hensikt å skade pasientene. For det andre var de store avvikene forårsaket av systemfeil, eller det Coombs kaller teknisk feil. Mange år med dårlig oppfølging og registrering av reopererte på Arendal sykehus gjorde at antallet reopererte innen tarmkreft ikke ble fanget opp. Sitatet hentet fra Agderposten nedenfor støtter opp om dette:

“*Man har ikke hatt system for å overvåke virksomheten slik at avviket ble oppdaget*” (Witzøe 2013b).

De kunne ha satt i gang tiltak og arbeid for å få forbedret kvaliteten på et tidligere stadium, hadde avvikene blitt oppdaget på et tidligere stadium. På den måten kan denne hendelsen bli kategorisert som uhell. På den annen side, skyldes krisen dårlig behandling forårsaket av interne forhold og av interne aktører. I tillegg er attribueringen av ansvar høy. Men siden det hovedsakelig handler om systemfeil, eller det som Coombs kaller for teknisk feil, vil jeg tolke det som at krisen kan plasseres i denne krisetypen.

Den tredje kategori går under det Coombs kaller «*mulig unngått kriser*». Som nevnt ovenfor, kunne konsekvensene og omfanget av saken vært mye mindre, hadde de hatt system for å fange opp avvikstall på en bedre måte. De ansatte på Sørlandet sykehus sviktet, og krisen kan plasseres inn under uhell på grunn av menneskelig svikt. Informantene var klare på at de ansatte hadde gjort noen feil, og at ledelsen hadde ansvar for å ha et godt system for avvik og andre registreringer.

I tillegg kommuniserte ikke sykehuset med offentligheten og media om problemet da dette ble avdekket, noe som kan bli oppfattet som *organisatoriske ugjerninger*. Det er som en av informantene sa – at befolkningen har rett til innsyn, og organisasjonen bør derfor informere dem når slike feil blir oppdaget. Videre sa informanten at dette er informasjon som burde blitt lagt frem mye tidligere. En ansatt ble definert som varsler, noe som ga inntrykk av at sykehuset ønsket å holde noe skjult. I tillegg ble sykehuset tillagt en sterk attribusjon av ansvar, og denne krisen kan derfor antas å ha vært en stor trussel mot deres omdømme. Tarmkreftskandalen kunne ha vært unngått ved blant annet ha et komplikasjonsregister som ble fulgt opp, i likhet med Kristiansand sykehus. Tallene for reopererte hadde sannsynligvis ikke vært så høyt, og omfanget av saken ville vært lavere.

Ut i fra disse refleksjonene kan SSHFs krise plasseres i de siste to krisetypene. For det første fordi krisen delvis kan oppfattes som uhellkrise fordi vi snakker om tekniske feil, og som mulig unngått krise, siden dette har skjedd på grunn av uhell forårsaket av menneskelige feil. Dette gir oss et godt utgangspunkt til å vurdere graden av attribusjon av ansvar, og videre et godt grunnlag for å vurdere hvilke strategier som Sørlandet sykehus bør benytte seg av – med utgangspunkt i Coombs og Benoits anbefalinger.

4.3.2 Attribuert kriseansvar til SSHF

Tarmkreftskandalen kan altså plasseres i uhellkrise og i mulig unngått krise, som bidrar til både moderat og høy attribusjon av ansvar. I den videre vurderingen av alvorlighetsgraden av krisen, kan vi undersøke hvordan interessentene oppfatter kriseansvaret til SSHF gjennom følgende tre dimensjoner: Stabilitet, ekstern kontroll og personlig kontroll eller locus. Coombs (2004) mener disse tre dimensjonene hjelper oss med å bestemme i hvilken grad organisasjonen, i dette tilfelle SSHF, blir tilskrevet ansvar i en oppstått krisesituasjon. Dette vil bli sett i relasjon til tarmkreftsaken.

Jeg begynner med dimensjonen som Coombs kaller for stabilitet. Kort fortalt, handler dette om hvor ofte organisasjonen har opplevd lignende saker tidligere. I både intervjuene og i lokalavisene, blir det sagt at Sørlandet sykehus ikke har opplevd lignende saker før, i hvert fall ikke av det slaget (kvalitet): «*Dette er et område som vi tidligere har hatt svært få saker ifra*», sa Eli Marie Gotterberg til NRK Sørlandet (Bratland 2013b). Også en av informantene mine var rimelig sikker på dette når det ble spurt om Sørlandet sykehus har opplevd lignende hendelser:

«Nei, jeg tror ikke vi har hatt en sånn type sak, det tror jeg ikke».

Med dette som utgangspunkt, vil tidligere kriser ut i fra Coombs` teori, ikke ha en påvirkning på omdømmet i dette tilfellet.

Etter nærmere undersøkelser av hvorvidt SSHF har opplevd tidligere kriser fant jeg ut at SSHF faktisk har opplevd kriser som kan relateres til tarmkreftsaken. Selv om ikke dette ble nevnt av flertallet av informantene hadde Agderposten trukket fram en krise som skjedde for rundt ti år siden. Krisen ble hentet fram under tarmkreftsaken, hvor Vest-Agder legeförening i en e-mail til styreleder beskrev situasjonen på følgende måte:

“Vi frykter at liknende ting kan skje igjen. Dette har også skjedd tidligere, blant annet for ca. 10 år siden, da operasjonsvirksomheten av protesekirurgi ble stoppet i Kristiansand. Virksomheten er etter faglig gjennomgang og endringer gjenopptatt med godt resultat”, (Flå 2013a).

SSHF har ikke havnet i en krise som direkte omhandlet tarmkreft, men de har hatt problemer med kvalitet og kvalitetssikring som ble oppfattet som omdømmekrise, og var i større grad riksdekkende sammenlignet med tarmkreftsaken. Jeg kan nevne et eksempel som omhandlet blodoverføring av Jehovas vitne. En av informantene fortalte om hendelsen på følgende måte:

«...i 2012 var det særlig to store saker, da var det Jehovas vitne som fikk blodoverføring under en operasjon, mot sin vilje, det ble en rikssak ut av det...»

Dette viser at flere av informantene, som alle er ansatte ved SSHF med høye stillinger, ikke var fullstendig klar over sin egen krisehistorie. Dette er i strid mot Coombs anbefalinger, hvor han understreker at det å være klar på organisasjonens tidligere kriser, gjør dem mer i stand til å være forberedt på kriser i fremtiden. Videre sier Coombs (2004) at tidligere kriser ofte vil bli trukket frem dersom media ser relevansen i det under en pågående krise. Hensikten er ofte å øke interessen, og kanskje øke alvorlighetsgraden av saken, noe som vi har sett har skjedd i dette tilfellet. På den måten kan organisasjonen bli tilskrevet større ansvar fra omgivelsene. Siden SSHF har opplevd kriser tidligere som dreier seg om kvalitet, vil jeg anta at situasjonen regnes som stabil.

Ekstern kontroll handler om hvorvidt det hovedsakelig er eksterne aktører som er årsaken til krisen. Det betyr at man kan se på hvem som har hatt kontroll over årsakene til hendelsen, og hvor mye kontroll de eller den enkelte hadde (Coombs og Holliday 2004:282). Da kan man også se på hvorvidt sykehuset kan attribuere noe av ansvaret til eksterne aktører. I denne sammenhengen handlet det om interne uhell eller tabber. Det handlet om organisatoriske feil, og menneskelige svikt blant de ansatte. Dette var SSHF klar over, noe de også var åpne om og kommuniserte ut. Nedenfor er et eksempel på at SSHF ikke legger skylden på noen andre enn seg selv:

«Tok fullt og helt ansvar», ble det sagt av en av informantene.

Og:

“Mangler ved sykehusets styringssystem har medført at faglig svikt ikke ble fanget opp så tidlig som det skulle ha vært gjort. Dette har påført tarmkreftkirurgipasienter betydelig merbelastning”.

Sitatet ovenfor er hentet fra Agderposten, og illustrerer det faktum at det er snakk om interne årsaker. Å skylde på eksterne forhold eller aktører, er derfor svært risikabelt. Dette vil bli ytterligere utdypet i et senere avsnitt («syndebukkstrategien»). Her var det ledelsen som hadde ansvaret, og den eksterne kontrollen var derfor lav i denne sammenheng. I følge Coombs, betyr det at det øker sjansen for at interessentene vil tilskrive ansvaret for hendelsen til organisasjonen (Frandsen og Johansen 2007:234).

Personlig kontroll og locus er overlappende. Personlig kontroll handler om at sentrale aktører har kontroll over situasjonen, mens locus handler om hvorvidt hendelsen kan tilskrives noe ved aktøren (intern locus) eller noe ved situasjonen (ekstern locus). Her kan det bli sagt at attribueringen av ansvar er lagt til aktøren, og oppfatningen av ansvar vil derfor ligge på at aktøren (intern locus) er årsaken til hendelsen (Frandsen og Johansen 2007:235). Dette fordi det var ledelsen for Sørlandet sykehus som hadde ansvaret for krisen. Krisen er derfor preget av intern locus. Og siden det var ledelsen som hadde ansvaret, kunne også krisen i stor grad kontrolleres av organisasjonen.

Ut ifra disse refleksjonene, vil SSHF oppsummert befinne seg i en situasjon hvor interessentene oppfatter krisen som stabil, med lav ekstern kontroll og intern locus. Med et slikt perspektiv kan jeg anta at SSHF blir tilskrevet et moderat til høy grad av ansvar i tarmkreftsaken. Omdømmetrusselen blir derfor ansett som alvorlig. Videre i undersøkelsen skal vi se hvordan krisehistorien og tidligere omdømmet til SSHF påvirker graden av omdømmetrussel. Deretter går jeg over til medias fremstilling av saken. Til slutt vurderer jeg hvilke strategier som er mest hensiktsmessige i dette tilfellet, basert på de faktorer (kontekst) som er blitt omtalt i dette kapitlet.

4.3.3 Krisehistorien og tidligere omdømmet til SSHF

I dette avsnittet vil jeg fortsette å undersøke konteksten til krisen. Grunnen til det er å vurdere hvor sterk trusselen mot omdømmet var for SSHF. Dette innebærer å undersøke de to forsterkelsesfaktorene, som er krisehistorie og tidligere omdømme. Det er viktig å forstå og undersøke konteksten som krisen befinner seg i, med det formål å kunne velge riktige strategier for respons. Jeg har til nå diskutert og kommet frem til at Sørlandet sykehus har hatt tidligere kriser som kan relateres til tarmkreftsaken. Videre er attribueringen av ansvar høy og omdømmetrusselen oppfattes som moderat til alvorlig. Med det som utgangspunkt bør organisasjonen velge strategier basert på en større omtanke og ansvarlighet for de utsattes behov, enn hva de normalt gjør i en krisesituasjon (Coombs 2004:287).

Sørlandet sykehus har både opplevd enkelthendelser, og organisatoriske tabber, som kan ha satt spor på omdømmet til organisasjonen. En av informantene mente at omdømmet kan ha blitt påvirket av håndteringen av disse sakene:

«Vi har jo perioder der vi håndterer saker relativt middelmådig, og det antar jeg betyr noe for omdømmet vårt».

Sørlandet sykehus har i stor grad opplevd negativ omtale i media, og opplever i dag hendelser som kan påvirke omdømmet til organisasjonen. Eksempelvis kan det nevnes forslaget om ett sykehus for hele Agder, og spørsmålet om hvorvidt Flekkefjord sykehus skal bestå eller ikke. Dette har skapt sterke reaksjoner (Eie, 2014). I tillegg kan konfliktene mellom Arendal og Kristiansand påvirke omdømmet i negativ forstand (Kvåle og Torjesen 2014). Disse konfliktene har pågått lenge, og sykehusstriden mellom Arendal og Kristiansand sykehus er derfor ikke ny. Hvis vi ser på tiden etter sykehusreformen i 2002, har det særlig vært sanksjoner omkring forslaget om å legge ned eller redusere enheter for akuttbehandling og fødeavdelinger. Omtalene i media i tilknytning til disse markeringene signaliserer og får frem det emosjonelle og sentimentale i relasjonen mellom sykehus, innbyggerne og lokalsamfunn; «rørende», «følelsesmessig» og «sterke historier», er noen av overskriftene. Å ha et sykehus i nærheten symboliserer og representerer en følelse av trygghet, i kontrast til frykten for å komme for sent for å redde liv ved ulykker og andre kriser. Det har vært organisert flere fakkeltog, for eksempel kan det nevnes fakkeltog i Arendal 12.okt 2010, som var rettet mot ledelsens sitt forslag om å legge ned den nevrologiske vaktordningen, og samle mer av spesialistkompetansen ved sykehuset i Kristiansand. Oppfattelsen blant folk er at sykehuset i

Flekkefjord og sykehuset i Arendal blir redusert til fordel for sykehuset i Kristiansand i en slik grad at de ikke lenger betraktes som «ordentlige» sykehus i disse to mindre byene (Kvåle og Torjesen 2014). Torsdag 6. februar 2014 var det nærmere 5000 som møtte opp til fakkeltog i forbindelse med forslaget om forslaget om ett sykehus i Agder (Arntzen 2013).

Min avhandling dreier seg ikke om å se hvordan omdømmet til organisasjonen ser ut før, under eller etter en krise. Men jeg har likevel sett litt på omdømmemålinger for å kunne gi en vurdering av hva dette avsnittet handler om. Krisehistorien og tidligere omdømmet har som sagt mye å si for hvor alvorlig omgivelsene oppfatter krisen organisasjonen opplever. Og dette har igjen mye å si for hvilke strategier som anses mest hensiktsmessig.

Omdømmemålingene viser at omdømmet til SSHF er meget stabilt, til tross for at de har opplevd flere hendelser og kriser opp gjennom årene. Likevel opplever flertallet av informantene mine det som varierende. Årsaken til det kan for det første være at de tror inntrykket befolkningen har av sykehuset, er skapt av hvordan media fremstiller saker. Dette inntrykket er ofte negativt. En annen årsak kan være i hvordan informantene definerer omdømmet. Det kan se ut til at de blander begrepene image og omdømme. Image defineres som det umiddelbare inntrykket folk får av en organisasjon, basert på den informasjonen som kommer frem, blant annet gjennom media.

En annen informant var derimot mer i retning av at omdømmet og tilliten til sykehuset er relativt stabilt:

«Mitt inntrykk er at det er relativt stabilt, folk har relativt høy tillit, og at vi kan gjøre mye rart uten at det går utover vårt faglige omdømme, i hvert fall».

Sitatet ovenfor samsvarer med omdømmemålingene utført at Helse Sør-Øst.

Når det gjelder ansvaret for omdømmet, har det alltid vært, og er fortsatt toppledelsens ansvar. Det er de som fronter organisasjonen. SSHF har en kommunikasjonsenhet, men de er hovedsakelig i bakgrunnen, og gir råd og veiledning dersom det er behov for det. Dette ble sagt under ett av intervjuene:

«Hvis noen har gjort noen feil der ute, så er det stort sett ledelsen på høyt nivå, som fronter saken i media»

Dette kan være en måte å skape troverdighet på, og kan være en god grunn til at omdømmet til SSHF har vært stabilt (sett ut ifra omdømmemålinger). SSHF har som sagt kommet godt ut av kriser og hendelser. Dette kan blant annet begrunnes med at det er ledelsen selv som går ut i media, og ingen kommunikasjonsrådgiver som snakker på vegne av sykehuset. På samme tid har de ingen klare styrings- og retningslinjer for hvordan man skal arbeide med omdømmet. Dette kan gi signaler på at de ikke er strategiske i sin måte å håndtere ting på, og hvordan de kommuniserer utad. Dette kan igjen bidra til å bygge eller opprettholde tilliten organisasjonen har i omgivelsene. Antakelsen blant flertallet av informantene om at omdømmet er stabilt, er kanskje på grunn av organisasjonens måte å håndtere saker på. SSHF kan se tilbake på tidligere kriser, og vite at de har vært åpne om forhold selv om dette potensielt kan skade omdømmet til organisasjonen. Informantene var klar over konsekvensene av å være fullstendig åpen om skadeverdige forhold, men mente at det på lang sikt ville være fordelaktig, og bidra til at omdømmet ble bedre. På kort sikt derimot, hadde de den antakelse om at åpenheten kunne påvirke omdømmet negativt.

I dette avsnittet kan det oppsummert sies at omdømmetrusselen mot Sørlandet sykehus fortsatt anses som moderat til alvorlig. Bakgrunnen for det, er for det første hvilke krisetyper tarmkreftsaken kan plasseres i («krise som følge av uhell» og «mulig unngått krise»). For det andre at de har opplevd kriser og hendelser tidligere som kan ha påvirket omdømmet negativt. Sørlandet sykehus er ofte i medias søkelys. Ulike hendelser og saker som Sørlandet sykehus har opplevd er derfor godt kjent i media, og mer eller mindre grad i befolkningen. Mediene er kjent for å benytte gamle kriser som fortolkningsrammer for de nye. Dette fører meg videre over til medias fremstilling av organisasjonen, og deres håndtering av saken.

4.4 Media sin framstilling av SSHF

Jeg vil i denne delen av analysekapitlet redegjøre for medias fremstilling av tarmkreftsaken. Dette for å kunne få en bedre innsikt og oversikt av omtalene og deres innhold. Dette ser jeg på som vesentlig siden media er en sterk «meningsdanner», og påvirker både hvordan offentligheten oppfatter krisen og organisasjonen, og påvirker derfor også graden av ansvarstilskrivelse. Dette vil igjen påvirke hvordan organisasjonen velger å håndtere krisen.

I følge informantene var oppfattelsen slik at de mente at (lokal)avisene stort sett var redelige og ærlige. Etter deres mening har de ingen ondsinnede hensikter med å vri og vrenge på det som blir sagt, for å bruke en av informantenes ord, eller få organisasjonen til å fremstå dårlig:

«Jeg synes stort sett at media her nede er ganske skikkelige. Det synes jeg. Men det er klart de har sin agenda».

Dette ble støttet opp av flere informanter:

«Jeg oppfatter ikke at de ondsinnet ute etter oss, men det er klart, de har en agenda om å selge aviser. De vil at det skal se sensasjonelt ut. Men jeg oppfatter det slik at de forsøker å forholde seg til sannheten, altså».

Denne gangen ble sykehuset likevel fremstilt på en negativ måte, dette kanskje fordi de trodde sykehuset forsøkte å holde noe skjult. En av informantene sa i den forbindelse følgende:

«Hvis de tror de er på ferten av noe som vi prøver å skjule, så blir det en mye mer negativ sak, enn hvis vi bare legger ting på bordet, tenker jeg. Vi har ikke noe å skjule. Vi er en.. vi bruker 6 milliarder kroner hvert år. Folk har rett til innsyn»

Jeg har tidligere nevnt den negative fremstillingen av sykehusets håndtering av saken, men kort fortalt, ble sykehuset omtalt som om de skulle hatt noe å skjule. Det ble definert en varsler, samt at relasjonen mellom Arendal og Kristiansand sykehus ble lagt frem noe kritisk. Det ble i tillegg hevdet at Agderposten ble en heiagjeng, og ut ifra det fikk de gjennomgå mye kritikk av behandlingen av saken, hvor det også ble hevdet at mediedekningen i alt for stor grad ble preget av lokalpatriotisme. Dette ble møtt med motstand fra blant annet Agderposten-redaktør Morten Rød. Han mente at deknningen var god (Ankersen 2013).

Agderposten ble videre kritisert for at saken kunne ha vært mer nyansert i avisen, dette gjelder spesielt i forhold til at sykehuset i Arendal ble sterkt preget av saken. Egil Hagen, hovedtillitsvalgt i styret i Aust-Agder Legeforening, uttrykte det slik: *«Etter at de første oppslagene i Fedrelandsvennen kom, savner jeg at saken ble mer nyansert i avisen»* (Noraberg 2013). Det ble både sagt av en av informantene under intervjuet, og kom også fram i Agderposten, at det har gått så langt at enkelte har bedt om sykemeldinger (Flå 2013b).

En av informantene var tydelig på at det å være klar over på hvordan du opptrer foran media til enhver tid, er viktig. Informanten sa videre at virkeligheten er den medieskapte

virkeligheten. Media ønsker å selge aviser, og dette kan blant gjøres ved å skape interesse gjennom å få frem det konfliktorienterte stoffet, og kanskje få til en polemikk. En av måtene media gikk fram på for å skape interesse, var å legge frem enkelthendelser av erfaringene til pasientene. Virkningen av slike oppslag er ofte at det appelleres til følelsene våre. Og inntrykket av hvordan leserne oppfatter sykehuset, kan derfor forsterkes av hvordan enkelthendelsene blir fremstilt på. Noen av disse oppslagene hadde ingen forbindelse med tarmkreftsakandalen, noe ledelsen var klar over, men som de valgte ikke å kommentere. En av informantene forklarte årsaken på denne måten:

«Sett fra innsiden, så kan sånne historier være mer eller mindre relevant. Det er jo alle historier, noen som står frem er jo helt klart relevante, og så er det noen som kommer fra sidelinjen, og kaster seg på en historie. Sånn er det bare, det er en del av mediesamfunnet».

SSHF fikk sterk kritikk i media, og det ble fort skapt et kritisk bilde av organisasjonen. Konsekvensen av det var at SSHF ikke fikk kontroll over situasjonen, og både ansatte og andre involverte opplevde en stor påkjenning. Under et av intervjuene kom det fram at siden det er så få leger som utfører tarmkreftoperasjonene, så er det klart for alle hvem disse er. Dette var en stor belastning for de ansvarlige for operasjonene, og media var med på å forsterke dette.

I neste avsnitt skal vi videre se på hvordan SSHF håndterte situasjonen og hvordan de forsvarte seg i forbindelse med tarmkreftsaken.

4.5 SSHFs omdømmeforsvar og krisekommunikasjon

Jeg har til nå diskutert og analysert krisetype, graden av attribusjon av ansvar, og krisehistorien og tidligere omdømmet. Jeg vil i denne delen av analysekapittelet undersøke hvordan SSHF organiserte seg under tarmkreftsaken våren 2013. Det betyr at jeg skal se på hvordan de forsvarte omdømmet sitt, og hvilke strategier organisasjonen valgte å benytte underveis i krisen ved bruk av Coombs og Benoits teorier.

4.5.1 Innholdet av SSHFs krisekommunikasjon – SSHFs kriseresponsstrategier

Coombs skiller mellom ulike grupper av responsstrategier (Johansen og Frandsen 2007: 238). Et av formålene med disse kriseresponsstrategier å redusere attribusjonen av ansvar som interessenter tillegger organisasjonen. Det hevdes at jo mindre ansvar interessentene tilskriver organisasjonen, desto mindre vil skaden på omdømmet være (Coombs 1995:453). Det er med andre ord situasjonen, eller konteksten, som avgjør hvilke strategier som er mest

hensiktsmessig (Frandsen og Johansen 2012:236). Jeg vil i dette avsnittet analysere SSHFs krisekommunikasjon i forhold til de ulike kriseresponsstrategiene som er presentert i teorikapitlet.

Videre utdypes Coombs forsvarsresponser som er fordelt i tre grupper (se tabell 2.3, s. 28). Dette gjøres ut i fra grad av kriseansvar og trussel mot omdømmet (Frandsen og Johansen 2012:236), og er supplert med Benoit sine forsvarsstrategier.

Informasjonsrespons: instruerende og justerende informasjon

Før en organisasjon kommer for alvor i gang med å forsvare seg, bør den gi interessentene grunnleggende informasjon om krisen. I den forbindelse kan organisasjonen benytte seg av instruerende og/eller justerende informasjon (tabell 3, s.25-26).

Når det gjelder bruk av instruerende informasjon, fant jeg kun ett eksempel fra Agderposten, hvor det blir forklart at det er NPE som behandler erstatningssøknader etter pasientskader i norsk helsevesen Pasientombudet. Videre ble det sagt at de bistår gjerne de pasientene som søker erstatning.

«Vi oppfordrer pasienter som mener de har blitt skadelidende om å ta kontakt med oss, eller direkte med NPE», sier Gotteberg (Bratland, 2013c)

Denne form for framgangsmåte viser en sterk grad av imøtekommelse, som har vært en fremtredende strategi gjennom hele krisen.

Justerende informasjon derimot, var mye brukt under kriseforløpet. SSHF sto ovenfor en svært alvorlig situasjon, som utgjorde en sterk omdømmetrussel mot organisasjonen. Denne strategien er viktig for å gi inntrykk av at organisasjonen hadde kontroll over krisen. Det kan først nevnes at SSHF uttrykte sympati for de pasientene som opplevde at de måtte reopereres på grunn av feilbehandling. I Agderposten ble sykehusdirektøren beskrevet som svært følelsesladd under redegjørelsen av tarmkreftsaaken. Her uttrykte han sin ansvar ovenfor det som var hendt, og sin fulle beklagelse. Underveis i redegjørelsen av situasjonen stirret stivt foran seg, tok en slurk med vann, trakk pusten kraftig og fortsatte videre med sin unnskyldning overfor de som var blitt utsatt for dette. Dette var oppriktig.

«Det var følelsen av at dette er mitt ansvar som kom over meg», fortalte han til Fædrelandsvennen etterpå (Flå, 2013c)

Videre var organisasjonen svært opptatt av å fortelle hva organisasjonen har tenkt å gjøre for å forbedre eller endre den daværende situasjonen, samt fortelle hva de har tenkt å gjøre for å forhindre at dette skjer igjen (Coombs 2007:140, 135). Eksemplene er mange, men nedenfor har jeg plukket ut to, som er hentet fra henholdsvis Agderposten og Fædrelandsvennen:

«Jeg vil nå rette et fokus på å melde om feil helt ned til avdelingsnivå», sa Jan-Roger Olsen (Ellingsen 2013).

Og:

« Dette vil bli en ny og presis måte å måle kvaliteten på behandlingen, og eventuelt avdekke mangel på kvalitet slik at vi kan lære av det og bli flinkere», sa fagdirektør Per Engstrand til Fædrelandsvennen (Bratland, 2013d). Framgangsmåten viser tegn til at SSHF er omtentksomme, og at de er interesserte i pasientenes situasjon og deres dårlige erfaring med organisasjonen. En slik måte å gå frem på kan øke sannsynligheten for at tilliten til organisasjonen opprettholdes, og at skadeomfanget minskes.

Benektelsesstrategier

Benektelse er i følge Coombs (2007:140), den mest defensive strategien en organisasjon kan ta i bruk i møtet med en trussel. I følge Coombs er dette en strategi som handler om å overbevise interessentene om at det ikke finnes en krise. Framgangsmåten kan være å benekte, finne en syndebukk eller angripe anklageren (Frandsen og Johansen 2007:238-239). Nedenfor vil jeg gjøre rede for hvorvidt de benyttet seg av disse nevnte framgangsmåtene.

Ut ifra min tolkning av både intervjuene og dokumentene, var det ingen tegn til bruk av benektelsesstrategier under tarmkreftsaken. Da jeg spurte informantene om de benyttet strategien benektelse, var svaret at dette ikke var en metode de trodde på, og ikke noe de brukte i forsvar og håndtering av omdømme og media. Etter deres mening, var dette heller ingen strategi de ønsket å bruke under tarmkreftsaken, og det har det heller ikke vært i tidligere saker. Fremgangsmåten har alltid vært åpenhet og imøtekommelse, ifølge informantene.

Som nevnt, er benektelsesstrategi er en strategi hvor det ikke erkjennes noen form for ansvar for krisen (Coombs 2007:140). For å tydeliggjøre at dette ikke var en strategi som ble benyttet under tarmkreftsaken, vil jeg nedenfor komme med noen eksempler. Sitatet under er hentet fra Agderposten og viser at den administrerende direktør erkjente sitt fulle ansvar for det som har skjedd:

«Vi har hele tiden vært innforstått med at saken innebærer en systemsvikt: Et brudd på internkontrollforskriften, og dermed på spesialisthelsetjenesteloven» (Bratland, 2013e).

Det støttes tydelig opp av intervjuet med en av informantene:

«(...)Mitt ansvar er at rutinene er gode nok, og mitt ansvar er å sørge for at kompetansen er god nok. Og det er mitt ansvar at dette ikke hadde blitt avdekket tidligere. Vi skulle hatt rutiner, at det burde blitt avdekket tidligere, det er ikke mer å si om det. Det har vi ikke gjort, og det er for dårlig»

Sørlandet sykehus har ikke benektet for krisen, men en av informantene mente at omfanget av saken muligens var unødvendig stor. Det at de kom feil ut i offentligheten med hensyn til informasjon, gjorde den kanskje mer omfattende enn hvis det var ledelsen for sykehuset som hadde gått ut med saken først. Men organisasjonen erkjente tidlig krisens alvorlighetsgrad, og tiltak ble satt i gang og kommunisert ut. Det kan eksemplifiseres med at operasjonene for tarmkreft ble flyttet fra Arendal og over til Kristiansand sykehus.

En underkategori av strategien benektelse, er sydebukkstrategien. Sydebukkstrategien handler om at organisasjonen finner sydebukker som skal ta ansvaret for hendelsen eller krisen (Benoit 1995:75-75). Det er et stort press fra både media og omgivelser om å vite hvem som har ansvaret, og sydebukkstrategien er derfor mer fordelaktig framfor for eksempel en ren benektelse eller fornektelse som beskrevet ovenfor. Da har de noen å skylde på, som igjen kan bidra til å skape trygghet i den forstand at de kan gjøres noe med situasjonen, og at dette ikke vil gjenta seg. Benoit (1995) sier følgende om sydebukkstrategien: *«This strategy can be considered a variant of denial, because the accused cannot have committed the repugnant act if someone else actually did it» (Benoit 1995:75).*

I likhet med benektelsesstrategien, så jeg heller ingen tendenser til bruken av sydebukkstrategien under tarmkreftsaken. Organisasjonen tok på seg hele ansvaret for tarmkreftskandalen. Dette kan ha vært fordelaktig for organisasjonen, for teorien viser at benektelse, og dens underkategorier, ikke hadde vært en hensiktsmessig strategi i dette tilfellet. Dette på grunn av dens alvorlighetsgrad og grad av ansvarstilskrivelse. Det mente også informantene. Informantene var klare på at de er tjent med å være ærlig:

«Gjør du noe gærent, så må du ta ansvar, og si unnskyld for det. Det tror jeg er det eneste som funker i det samfunnet her. Hvis du forsøker å dekke over det, si at det andres feil, så blir en aldri kvitt saken, du har den alltid hengende over deg».

Det er en rekke betingelser som må være oppfylt dersom en slik strategi skal være effektiv. Det å skyve skylden over på andre fungerer bare i de tilfeller hvor sydebukken ikke kan settes i nær forbindelse med en selv, og når det er plausibel sydebukk (Benoit 1995:161), og når attribuert ansvar ikke er så høy. Det vil si at det kan være risikabelt å overføre skylden på noen andre. Det kan som en konsekvens svekke omdømme ytterligere, og skape større reaksjoner – både fra media og interessenter. Det ville i denne sammenheng ikke være fordelaktig å benytte seg av benektelse eller bortforklaring, når attribusjonen av ansvar er så høy som den var under tarmkreftsaken (Coombs 2006: 256).

Det var heller ingen tendenser til angrep på anklager i den forstand at saken var usann. Sørlandet sykehus brukte til en viss grad angrep på media, i hvordan de fremstilte saken. Det ble redegjort i forrige avsnitt. I tillegg ble det internt på Sørlandet sykehus konflikter mellom Arendal og Kristiansand sykehus, hvor konsekvensen ble at Arendal sykehus sto igjen som en «slagen mark», for å bruke en av informantens ord. Med det mente vedkommende at Arendal sykehus sto igjen med et dårligere omdømme, tap av tjenester (tarmkreftoperasjoner), tap av rekrutteringspotensiale, og ikke minst de betydelige belastningene som krisen har forårsaket for de ansatte, osv. Det ble skapt sterke reaksjoner internt, men også utenfor organisasjonen, da flere tidligere pasienter gikk ut i media og fortalte sin historie. Dette ble imidlertid ikke kommentert av legene. Sânt vil de ikke reagere på, så lenge det ikke er helt urimelig. I praksis ble faktisk Sørlandet sykehus kritisert for å være for passive, siden de ikke forsvarte seg mer enn det de gjorde. Men til gjengjeld holdt de seg til et begrenset antall strategier, noe som er fordelaktig når organisasjonen er i en krise. Coombs mener, som nevnt tidligere, at responsen fra organisasjonen

bør være konsistens. Å benytte seg av flere strategier, vil ikke virke troverdig (Coombs 2007: 143, Coombs 2012: 159).

Forminskelsesstrategier

Når kriser oppstår forventes det, og kreves det, ofte en forklaring fra omgivelsene. Ved forminskelsesstrategier forklarer organisasjonen sin rolle i årsaken til krisen, og prøver å minimalisere sitt ansvar ved bruk av bortforklaringer og rettferdiggjøringer. I Benoits terminologi (1995) baserer forminskelsesstrategier seg enten på å bortforklare hendelsene eller rettferdiggjøre dem. Når det gjelder tarmkreftsaken, og hvordan SSHF håndterte dette, ble det denne form for strategi benyttet til en viss grad. Det vil jeg forklare grundigere nedenfor.

Bortforklaring

Jeg fant få tendenser til bortforklaring når det gjaldt håndteringen av tarmkreftsaken. Denne strategien handler om å fraskrive seg ansvar. Når jeg spurte informantene om de la skyld på andre, var svaret konsistent nei. Når omdømme er truet, er det naturlig at en skylder på andre, men i denne forbindelse la de ikke skylden over på noen internt i organisasjonen – som er en måte å bedrive bortforklaring. De fleste uttalelser, både i media og i intervjuene, ga inntrykk av at de tok fullt og helt ansvar for krisen. Men de benyttet til en viss grad strategien minimalisering: Etter at det ble bestemt at tarmkreftoperasjonene skulle flyttes over til Kristiansand sykehus, mente Aust-Agder Legeforening at det er flere svakheter ved den ekspertrollen som er lagt frem. De mener tallene som ble lagt fram var ufullstendig, og synes blant annet det er påfallende at tallene for denne typen operasjoner ved sykehuset i Kristiansand 2010 ikke er med. I tillegg viser foreningens styre til overlevelse etter fem år etter operasjon for tykktarmskreft er like bra i Arendal som i Kristiansand (Flå, 2013d). Denne måten å håndtere saken på, skapte reaksjoner ved Vest-Agders legeforening. Eksemplet fra Agderposten nedenfor understreker og tydeliggjør alvoret i saken, og at pasientenes sikkerhet skal være førsteprioritet:

“Vest-Agder legeforening mener at hans standpunkt må vektlegges tungt. Argumentet med at det må være kreftkirurgi for å opprettholde akutt kirurgisk vakt, er ikke akseptabelt. Man kan ikke la en så sårbar pasientgruppe utsettes for mer lidelse enn høyst nødvendig for å opprettholde en vaktordning. Vi kan heller ikke akseptere at fagpersoner forsøker å bagatellisere forskjellen eller alvorligheten av det som har kommet fram”.

Som vi ser, førte krisen til store konflikter omkring tiltak for å forbedre situasjonen. Men etter at beslutningen ble vedtatt, ble omfattende endringer gjort – arbeid som i utgangspunktet hadde tatt flere år, i følge en av informantene. Dette ga signaler til omgivelsene at de tok saken på alvor, og at organisasjonen gjorde noe med situasjonen.

Det ble videre brukt noe bortforklaring. Dette betyr, etter Coombs beskrivelse av strategien, at organisasjoner hevder at det ikke var til hensikt at denne krisen skulle skje, men at ulykker kan skje enhver organisasjon. Dette kan eksemplifiseres ved et sitat hentet fra Agderposten:

«Det foreligger ingen entydig dokumentasjon på at praksisen i Arendal har vært dårligere enn i landet for øvrig. Men den har vært bedre i Kristiansand, sier Jan -Roger Olsen, sykehusdirektøren» (Vindsland, 2013f).

Her kan man tolke det som at de ønsker å få frem at tilsvarende uhell kan skje i alle organisasjoner. Hensikten med denne uttalelsen kan være å roe ned reaksjonene.

Hvorvidt dette var en effektiv måte å håndtere media på, er tvilsomt. Ut ifra Coombs teori vil en slik strategi være mest hensiktsmessig i de tilfeller hvor attribusjonen av ansvar er svak, og når organisasjonen ikke har en krisehistorie tilsvarende den krisen de befinner seg i (Frandsen og Johansen 2010: 239).

Rettferdiggjøring

Rettferdiggjøring handler om å forsøke å minimalisere det som har skjedd. Strategien kan fremkomme ved at organisasjonen hevder at det ikke er noen alvorlig skade, ved for eksempel å si at hendelsen var nødvendig for å nå høyere mål, at det ikke var noe alvorlig, eller at ofrene fortjente hva de ble utsatt for (Coombs 2007:139). Det var ingen tegn til at ledelsen ikke tok saken på alvor – verken fra intervjuene eller fra artiklene. Her var informantene klare på at åpenhet er veien å gå. Tarmkreftsaken er så alvorlig at det mest sannsynlig ikke ville vært fordelaktig for SSHF å benytte seg av en slik strategi som rettferdiggjøring. Sjansen er stor for at denne strategien ikke ville ha fått aksept i omgivelsene. Konsekvensene av dette er at organisasjonen kan oppleve å miste tillit, virke uansvarlig, og på bakgrunn av det fremstå mindre troverdig. Resultatet er en ytterligere skade på omdømmet (Benoit 1995: 163).

Gjennombyggingsstrategier

Gjennombyggingsstrategiene er de mest imøtekommende strategier en organisasjon kan ta i bruk under en krise. Dette innebærer kompensasjon, full og delvis unnskyldning. Ved bruk av full unnskyldning tar organisasjonen på seg ansvar for det som har skjedd mens delvis unnskyldning handler om at organisasjonen bare uttrykker medfølelse og beklagelse, samtidig som de ikke innrømmer skyld og ansvar. Hos Benoit finner man kompensasjonsstrategi både som korrigerende handling og rettferdiggjøring hvor organisasjonen tilbyr kompensasjon til de utsatte, blant annet med den hensikt å redusere omdømmetrusselen. Sørlandet sykehus brukte hovedsakelig denne strategien. De la seg flat, beklagde, og vedkjente seg ansvaret og alvoret i saken. Flere av informantene var imidlertid tydelig på at de skulle ha noe mer å si enn bare å gi en unnskyldning, eller reservasjonssløsbeklaging, som Benoit (1995) kaller det. Sitatet nedenfor understreker det:

«Jeg er heller ikke så opptatt det derre mantraen om å bare beklage, beklage, beklage. Sånn sett beklagingsflat. Må liksom ha mer å si».

Videre mente informanten at i tillegg til å være lei seg, og beklage seg for hva de enkelte har blitt utsatt for, som jo er en menneskelig reaksjon, så skal man vise, og være opptatt av, å være en organisasjon som kan lære av feilene. På den måten gir man uttrykk for at organisasjonen skal unngå at samme hendelse gjentar seg, noe som er viktig å kommunisere ut. De er videre opptatt av å være ærlige, og at de er en organisasjon som ikke har noe å skjule:

«Nei, og du må være helt ærlig, ikke sant. 100 prosent ærlig»

Det var altså full unnskyldning de brukte, og det er flere eksempler av dette slaget, som jeg har nevnt i tidligere avsnitt (se «Beklaging»). I Agderposten kommer det frem uttalelser som viser at de tar fullstendig ansvar for krisen, og at de kanskje ikke så noen andre muligheter enn å unnskylde seg.

Når det gjelder kompensasjon fikk de berørte erstatning, det vil si kompensasjon som følge av skadene som Sørlandet sykehus har påført sine pasienter etter tarmkreftoperasjon. SSHF informerte om muligheten for kompensasjon, hvor pasientombudet bistår de pasientene som

søker om erstatning. Som jeg har nevnt tidligere (se «Korrigeringsstrategier»), så ønsket pasientombudet å bistå de pasientene som søkte om erstatning (Flå, 2013e).

Ledelsen for sykehuset var tilgjengelige ovenfor media, og for sine pasienter, og var klar på at de skulle gjøre endringer som bidro til bedre kvalitet og et bedre system i organisasjonen.

Korrigerende handlinger

Korrigerende handlinger er antatt å være en av de mest imøtekommende strategier en organisasjon kan anvende. Flere tiltak ble satt i gang etter at tarmkreftsaken ble kjent. Korrigerende tiltak ble mye brukt i hvordan de kommuniserte utad, til media og offentligheten. Dette finnes det flere eksempler på:

«I etterkant har Sørlandet sykehus utviklet bedre pasientforløp, feks etablert komplikasjonsregistre på kirurgisk avdeling SSA, og følger gruppen av pasienter nøye. Det er innført Fast track, som reduserer både liggetid og komplikasjoner. I følge klinikkjef Bøhler er den viktigste lærdommen etter tarmkreftsaken at komplikasjonsregistre må på plass i hele sykehuset straks», kom det frem i Agderposten (Flaa, 2013b).

Videre står det at om lag 80-90 pasienter med andre diagnoser vil bli flyttet fra Kristiansand til Arendal:

«Dette gjør vi for å utnytte operasjonskapasiteten best mulig», sa Bøhler til Agderposten (Flaa, 2013c).

Et annet tydelig eksempel på at de ønsker å forbedre situasjonen, går slik:

“Eneste løsning, slik Vest-Agder legeförening ser det, er å samle fagmiljøene under samme tak og bygge ett sykehus for fremtidens pasienter. Vi ønsker ikke at det må komme flere avsløringer av uakseptable forskjeller i kvaliteten av behandlingen til pasientgrupper, før en slik beslutning tas”, skriver Vest-Agder legeförening (Vindslund 2013g).

Ledelsen i sykehuset var under tarmkreftsaken svært oppmerksomme på å kommunisere for offentligheten og media for hva de ønsker å gjøre i nærmeste framtid. Dette for å synliggjøre

at de ser alvorligheten i saken, og at de skal forbedre situasjonen for å unngå at lignende tilfeller ikke skal skje igjen. I Agderposten kommer dette tydelig frem:

«Vi gjør en svært grundig gjennomgang av alle tarmoperasjoner de siste tre årene. Om noen uker har vi full oversikt over infeksjoner og andre komplikasjoner. Da vil sykehusledelsen vurdere om ytterligere tiltak er nødvendig» sier administrerende direktør Jan-Roger Olsen i pressemelding (Flå, 2013f)

Selv om det ikke lenger er noe tema for hvem som har ansvaret for hendelsen er det likevel verdt å nevne at korrigerende handlinger ikke nødvendigvis betyr at organisasjonen tar ansvar for krisen (Benoit 1995: 74-82), men ved å bruke en slik korrigerende strategi ga SSHF signaler om at de ønsket å finne årsaken til avviket og at de ønsket å fremstå som en loyelig organisasjon. Det er imidlertid viktig å være klar over at strategien har lite troverdighet, hvis den brukes i feil kontekst. For eksempel så kunne en korrigerende strategi ha vært lite hensiktsmessig i tarmkreftsaken, siden det underveis blir offentliggjort at feilene som SSHF har gjort har pågått i flere år. Grunnen til det er fordi systemfeilen kunne blitt avdekket mye tidligere, og av den grunn kunne organisasjonen satt i gang tiltak mye tidligere, og unngått at så mange ble involvert. Av den grunn er det en sannsynlighet for at de kunne ha mistet troverdigheten rundt denne strategien. På den annen side, kan korrigerende handlinger være en sterk strategi, hvis den blir brukt sammen med gjenoppbyggingsstrategier, som jeg redegjorde for ovenfor. Dette med forutsetning – som alltid – at konteksten tillater det, og finner strategiene hensiktsmessig. I følge Benoit, så skal det skal være mulig å kombinere strategiene, men det må gjøres med forsiktighet. Hadde for eksempel SSHF benyttet seg av benektelse ville det kunne ført til at strategien igjen mistet sin troverdighet, siden organisasjonen både hadde nektet for og samtidig forsøkt å rette opp situasjonen.

Forsterkelsesstrategier

Forsterkelsesstrategier er hensiktsmessige som supplement til andre strategier. Her er fremgangsmåtene påminnelse, innsmigring og påta seg en offerrolle. Når det gjelder påminnelsesstrategien ble den noe brukt i organisasjonens måte å gå frem på underveis i krisen. Denne strategien handler om å minne interessenter på deres tidligere gode arbeid, og det å forsøke å få frem det positive som er gjort i deres organisasjon. Dette finnes det flere eksempler på. Blant annet viser Aust-Agder Legeforening til graden av overlevelse etter fem år etter operasjon for tykktarmskreft, er minst like bra i Arendal som i Kristiansand. Et annet

eksempel som kom frem i Agderposten, var at sykehusdirektøren går god for kvaliteten i dag, og viste til bedringstiltakene i Arendal-kirurgien (Flå, 2013g). Dette er også en påminnelse for det arbeidet de har gjort for å få frem det positive.

I offerstrategien fremstiller organisasjonen seg som et offer. Dette ser jeg lite til i både media og i intervjuene. Organisasjonen ser ut til å påta seg hele ansvaret for hendelsen. Jeg så heller ingen tendenser til strategien innsmigring underveis i tarmkreftsaken.

4.5.2 Oppsummering

Kort oppsummert kan jeg ut ifra de refleksjonene jeg har gjort ovenfor si at SSHF brukte et fåtall strategier. Det har hovedsakelig vært imøtekommende, det vil si at de har brukt gjenopprettingsstrategier, og svært lite eller ingenting av delvis unnskyldning, benektelsesstrategier og forminskelsesstrategier. De har videre brukt lite eller ingenting av at organisasjonen roser sine interessenter eller påtar seg en offerrolle. De har med andre ord spilt med åpne kort, og hatt et ønske om å informere media og offentligheten om situasjonen. Dette kommer også frem gjennom mine intervjuer med de ansatte:

«At vi legger ut en strategi om åpenhet, er positivt, det viser at vi ikke har noe å skjule»

Funnene viste imidlertid svakheter med Coombs teori. Den lar seg ikke lett overføres til virkeligheten slik jeg har antatt tidligere (jf. Kritikk i teoridelen). Teorien viste seg å ha manglende forståelse for kompleksiteten til krisens kontekst. Dette har Frandsen og Johansen (2004) tidligere påpekt og jeg har fått det støttet opp her i min analyse. SSHFs krise og konteksten den befinner seg i er sammensatt og komplisert. Jeg har opplevd at det å finne klare eksempler på ulike strategier gjennom mine intervjuer og artikler, har vært utfordrende. Ut i fra de definisjonene eller beskrivelsene av de ulike strategiene i teorien og krisens kontekst er det mange tolkningsmuligheter. I artiklene var det flere uttalelser som var vanskelig å tolke, og vurdere i lys av Coombs og Benoits teorier. Dette gjorde også at det i noen tilfeller var utfordrende å identifisere hvilken strategi SSHFs brukte.

Når informantene ble stilt spørsmål om hvorvidt de benyttet seg av syndebukk,- benektelses,- angrep,- eller forsvarsstrategien kom det tydelig og klart frem at dette ble lite, hvis noe i det

hele tatt, brukt på Sørlandet sykehus. De har ikke troen på at det er fordelaktig, og at det vil forbedre omdømmet på noen som helst måte.

«Lite, noen vil si for lite, men i utgangspunktet går vi ikke i møte med ting som blir kritisert, hvis det ikke er helt på trynet. Men er det sånn at vi er bekymret over at det skaper uro hos befolkningen, så hender det at vi svarer det opp, eller skriver en kronikk, eller noe sånt. Det er ikke sånn at vi løper imot det, og korrigerer».

Sitatet ovenfor ble sagt av en av informantene, og forsterker det inntrykket av at håndteringen av media i hovedsak var basert på imøtekommelse, og at de unngikk unødvendige konfrontasjoner. På samme tid var det imidlertid store konflikter mellom de to sykehusene Arendal og Kristiansand. Oppslag fra media viser at Aust-Agder var i forsvar når det gjaldt dokumentene som ble lagt fram. De mener tallmaterialet er ufullstendig, og synes blant annet at det er påfallende at tallene for denne typen operasjoner ved sykehuset i Kristiansand 2010 ikke er med. Aust-Agder- legene kritiserer videre sine kolleger i nabofylket for å være svært lite konstruktive når de går ut med et så bastant budskap på et svakt tallgrunnlag og en regelrett. Dette er et eksempel på at konteksten eller situasjonen er kompleks. Det vil igjen by på utfordringer i forhold til å få en god oversikt over situasjonen, og det å få klare og utvetydige tolkninger av måten SSHF gikk frem på.

Likevel var det ingen tvil om at det var imøtekommelsen og åpenheten som sto sterkest, og som preget håndteringen av kommunikasjonen. Når det er sagt, ønsker jeg videre å fortelle om kommunikasjonens form, som er vesentlig i krisekommunikasjon.

4.6 Vurdering av kommunikasjonens form

Som presentert i teorikapitlet, spiller form og innhold viktige roller i å begrense skadevirkningene i en krisesituasjon. De to er nært knyttet til hverandre. Formen har betydning for hvordan innholdet oppfattes, og kan styrke eller svekke budskapet (Coombs 2007: 83). Det finnes tre trekk ved formen som er viktige i krisekommunikasjon: Hurtighet, åpenhet og konsistens. Videre vil jeg se nærmere på disse tre trekkene i SSHFs kommunikasjon under tarmkreftsaken.

4.6.1 Åpenhet

Åpenhet har flere betydninger. Det betyr for det første at organisasjonen er tilgjengelig for media. For det andre innebærer det at de er villige til å gi informasjon, og for det tredje betyr det at organisasjonen er ærlig.

Grunnleggende sett var SSHF åpen fordi de ikke nektet å prate med media. Sørlandet sykehus har tradisjonelt sett alltid hatt en åpen dialog med offentligheten. Dette kommer både fram under intervjuene med informanter, i tillegg til SSHF nettside. For at media skal være sikret god og etterrettelig informasjon har sykehuset egne kontaktpersoner som kan bistå med å finne frem til de rette fagfolkene i organisasjon, eller bistå med informasjon (sshf.no/media, 2014b).

Organisasjonen har vært tilgjengelig, vært raskt ute med informasjon, og har svart på spørsmål som stilles av sentrale aktører. Under krisen var de åpne for å fortelle om de ulike hendelsene som skjedde og om hvilke korrigerende handlinger de skulle utføre for å få kontroll over krisen. Det var tydelig at de tok saken på alvor, som viste seg blant annet gjennom de enorme endringene de gjorde på svært kort tid.

Åpenheten er viktig for ledelsen og de ansatte på Sørlandet sykehus. De ønsker, og vil, være ærlig, og begrepet omdømmebygging eller omdømmearbeid klinger derfor ikke bra i deres ører. De vil ikke si at de bedriver omdømmebygging, det høres veldig strategisk ut. Misnøyen med dette begrepet kommer klart frem av flere av informantene.

«(...)er at hvis vi bare fokuserer på omdømmebygging, så høres det nærmest som om vi driver reklamegreier»

Videre sa informanten at han ikke tror på at noen på sykehuset tenker på ordet omdømmebygging, men *«at vi får det kjøpet, hvis du håndterer saker skikkelig»*. Videre sier informanten at *«(...)vi legger ut en strategi om åpenhet, er positivt, det viser at vi ikke har noe å skjule»*. Informanten legger til at man *«må håndtere det slik at befolkningen oppfatter det som troverdig, og at du faktisk har tenkt til å gjøre noe som gjør at du minsker sjansen for at noen skal oppleve det igjen»*

Hovedstrategien, hvis det kan kalles en strategi, er å være mest mulig åpen. Informantene var klare på at det er vanskelig å holde ting skjult, og at media får tak i det meste. Det eneste som er unntatt offentligheten er personvernet.

«Det er svært lite av vår virksomhet, som er unntatt offentligheten, innsyn av alt av referater, til og med i mine mailer».

De var alle klare på at de ikke ville «feste munnkurv», for å bruke deres ord, på de ansatte. Alle kan snakke fritt om hva de måtte ønske, med noen forbehold:

«(...)det er lang tradisjon i Norge at fagfolk kan utrykke seg, de eneste som har begrensninger, er egentlig lederne, de har taushetsplikt, pliktfull, men fagfolk har egentlig en fri stilling, og lov til å si ting til media».

Det handler blant annet om å være åpen om å kommunisere ut resultater. Men som en av mine informanter påpekte, så vil noe av den åpenheten føre til at det de avdekker ikke er i beste velgående hele tiden. I følge flere av mine informanter, er dette noe befolkningen på lang sikt tåler og skjønner:

«De (befolkningen) synes det er verre hvis det blir avslørt av media eller via enkeltpasienter, altså sånne skandaler som vi hører rundt omkring, ikke sant, avdekker at noe er feil, enn at vi er åpne med det selv, og med det bygger opp omdømmet vårt bedre, at vi tør å si at sånn er det. Vi er ærlige. Sånn er det, liksom»

Under tarmkreftsaken var åpenheten en viktig del av deres kommunikasjon utad. I tillegg til ganske unikt, som en av informantene uttrykte det:

«Det er ikke så mange foretak som var så åpne om resultatene som vi var under tarmkreftsaken».

Sykehuset visste de hadde kommet skjevt ut. SSHF holdt en pressemelding så fort de fikk all informasjon om saken, og etter at de fikk fremlagt en rapport. Bakgrunnen for den dårlige starten på krisen, var til dels fordi SSHF ikke visste helt klart nødvendigheten av å gå ut med informasjonen. Et par av informantene fortalte om usikkerheten omkring dette området:

«Skal vi si det som skjedde til media, eller skal vi ikke si det. Er det nødvendig å offentliggjøre? Vanskelig å vite».

Men i «etterpåklokskapens» lys, hadde det vært best om de gikk ut med det de visste med en gang. SSHF var stort sett tilgjengelige for media underveis i krisen. De hadde pressemeldinger, lot

seg intervjuet av ulike mediekkanaler, og kommuniserte godt med de utsatte. De tilbød individuelle samtaler med hver enkel av de som måtte reopereres. Under krisen var de åpne for å fortelle om saken og om hvilke tiltak de skulle utføre sammen med styret for å få kontroll over krisen. Dette kom også klart frem av fylkeslegen, som mente at sykehuset har vært tjent med å spille med åpne kort, enn om det skulle komme skjulte lekkasjer underveis i kvalitetssikringsarbeidet.

Åpenheten så ut til å bli godt mottatt. Omdømmeundersøkelser for Helse Sør-Øst RHF (Sentio Research) utført på høsten 2013 viser at omdømmet hadde forbedret seg etter tarmkreftsaken. Det kan komme av at de fulgte strategien om åpenhet. En av informantene tydeliggjorde det slik:

«Det kunnskapscenteret, for hvordan de kommenterte hvordan vi hadde agert, vi hadde ingen lærebok for hvordan vi skulle agere, men det de sa, hadde de gjort på en utmerket måte, med full genuin beklagelse fra toppledelsen, full beklaging, og korrektiv tiltak, både tatt inn over seg, beklaget av hva som har skjedd, genuin beklagelse»

Åpenhet har sine fordeler og ulemper, som også en av informantene var tydelig på:

«Vi tror det å være åpen om sånne ting, kan være positivt på lang sikt, men sånn umiddelbart, så kan pasienter bli litt skremt: - Jeg vil ikke opereres der»

I følge Heath og Millar (2004) kan en hurtig respons gjenopprette det negative inntrykket ved en virksomhet, selv om det umiddelbart blir reaksjoner på at organisasjonen ikke har kontroll. I følge Lerbinger (1997) vil organisasjoner som selv velger å informere media og sine interessenter om en krise, demonstrere en klar åpenhet (Lerbinger 1997: 45). Som nevnt, kan ansatte snakke åpen om forhold som angår organisasjonen og organiseringen, så lenge det ikke går utover pasienter og anonymiteten. Her er det klare retningslinjer og regler. Det er likevel viktig at en tenker seg om før en kritiserer sin arbeidsplass:

«De ansatte er ansatte hvor enn de befinner seg. Det er viktig at de omtaler det de driver som både hederlig og redelig. Og skal de si noe negativt, så må de i hvert fall stå for det».

Og:

«Hvis veldig mange kommer med sine meninger rundt ledere, sin arbeidsplass, skader det nok omdømmet, og det lekker fort ut i media, og det er det media plukker opp, når det er kritikk av noe

på sykehuset, så er det ofte fordi det har kommet mer eller mindre tilfeldig. Hvor kommer disse historiene fra, det må jo komme fra en plass. Det sier jo media selv, at det er en grunn til at dette blir skrevet, nemlig at dere selv kommer med det. Og så kan det teoretisk være på alle nivåer»

Sitatene ovenfor er blitt fortalt av mine informanter, og beskriver viktigheten av hvordan de omtaler sin arbeidsplass – også på fritiden.

Hurtighet

Når det gjelder hurtighet, så kan en si at sykehuset var forholdsvis trege med å gå ut med informasjon i forbindelse med tarmkreftsaken. Coombs (2012) sier at det å være hurtig ute med informasjon omkring hendelser og kriser, kan bidra til at SSHF gir inntrykk av at de har kontroll og oppnår derfor også troverdighet. Skaden på omdømmet kan i sin tur minimeres, og som igjen bidrar til å styrke legitimiteten. På samme tid viser det en klar og tydelig åpenhet, hvis organisasjoner velger å informere media og sine omgivelser om en krise (Lerbinger 1997: 45). På kort sikt kan det skape reaksjoner, og kan også skape et dårlig inntrykk av sykehuset. På lang sikt vil det kunne gi positive gevinster i form av et bedre omdømme, hvor sterke verdier som åpenhet, troverdighet, legitimitet kommer tydeligere frem.

Avvikstallene ble oppdaget forholdsvis lenge før media fanget det opp. Som nevnt, var det en ansatt som hadde valgt å være ærlig om saken, og ble, som følge av det, definert som varsler. I Agderposten står det at Jan Roger Olsen og fagdirektør Per Engstrand ventet til slutt med å kommentere flommen av anklager. I etterkant kom det imidlertid frem at sykehusdirektøren ikke tar selvkritikk på vegne av sykehusledelsen i hvordan tarmkreftsaken har blitt håndtert:

«Vi har prøvd å holde media oppdatert. Og jeg kan ikke se vi har gjort feil i våre vurderinger», sa Olsen (Witzøe 2013c).

Under intervjuene fremkom det likevel fra hver enkel av mine informanter at de mente de burde ha vært raskere ute med informasjonen. Hadde de vært raskere ute med informasjonen kunne kanskje omfanget av krisen vært mindre, men utover det mente de at framgangsmåten og håndteringen av krisen mest sannsynlig ikke ville vært noe annerledes. Det er også viktig å være klar over at en rask respons til media, innebærer en risiko. Man kan feilinformere, man har kanskje ikke all informasjon om området, slik at det igjen kan bidra til at organisasjonen mister troverdighet, når all informasjon endelig er på plass.

En av informantene fortalte at ledelsen har blitt kritisert for å være lite forsvarende i forbindelse med saker og utspill som aktører har gått ut med:

«(...)hvis vi har blitt kritisert for noe, så er det fordi vi ikke har parert en del av sakene som kommer. Sykehussledelsen burde ha vært mer på hogget til å parere, i å svare opp, kommentere, for kommentarer som virker helt urimelig».

Taushet kan signalisere usikkerhet, passivitet og at organisasjonen ikke har kontroll. Taushet kan gi andre adgang til å ta kontroll over situasjonen, og definere krisen for omgivelsene (Frandsen og Johansen 2012: 141-142). Sene responser fra virksomheten kan gi uttrykk for at organisasjonen er treg og inkompetent i å dele informasjon (Kvåle og Wæraas 2006:134-135). Likevel, det er ofte vanskelig å vite hva man skal formidle videre til media og offentligheten, og ikke. Dette har jeg nevnt tidligere, men nedenfor er enda et eksempel på det. En av informantene sa følgende om problematikken rundt å gi informasjon om et kritisk eller alvorlig område:

«Det viktigste de ansatte gjør, er å håndtere pasienter best mulig. Og så synes jeg, når vi går ut i media, det gjelder jo meg også som ansatt, at vi går ut med ting som er viktig. Jeg pleier å si i våre diskusjoner i klinikken; det du går ut i media med, må du også kunne ha sagt for eksempel på et fagmøte for kirurgisk forening (...)»

Og:

«Det er fryktelig vanskelig å fortelle til hele befolkningen at dette er kjempedårlig arbeid, før vi vet om det er det eller ei».

Sykehuset ønsket å få all informasjon om saken, før de holdt en pressemelding. Som nevnt tidligere, ønsket de ikke å «komme med drypp», og heller ikke gi inntrykk av at de holdt noe skjult. Media vil uansett med stor sannsynlighet fange eller grave opp den informasjonen underveis. En informant uttrykte det slik:

«(...)vi har bare blitt enda mer oppmerksomme at vi må være tidlig ute med informasjonen. Liten by, liten landsdel, alle kjenner alle. De finner ut av det uansett, lurt å være offensiv».

Konsistens

Sørlandet sykehus involverer mange aktører. Det består av flere sykehus, og det ble fortalt under ett av intervjuene, at de ansatte brenner for faget sitt, og brenner for pasientene sine. Da er det naturlig at de har sterke meninger, og da hender det også at de har motstridende meninger, og uttaler seg av den grunn ulikt. Det skjedde under tarmkreftsaken. Ansatte ved Arendal og ansatte ved Kristiansand uttalte seg ulikt, til tross for at de hadde samme bakgrunn. Det kan komplisere ting ytterligere. Det anses viktig at SSHF snakker med én stemme, og når fagfolk med samme bakgrunn ikke gjør det, da ser det «bare dumt ut», for å bruke en av informantenes sine ord. Sørlandet sykehus, nærmere bestemt Kristiansand og Arendal sykehus, snakket ikke med én stemme under krisen, og på den måten kan det være vanskelig å oppnå troverdighet (Frandsen og Johansen 2012:144). Dette ble sagt av en av informantene:

«Det påvirker det, men mer når fagfolkene er dønn uenige, at det kan skade omdømmet, kan det gi oss et veldig dårlig omdømme, når fagfolkene med akkurat samme bakgrunn er uenig. At de mener totalt ulike ting, det tror jeg er fryktelig for oss. På sikt taper alle på det. Både fagfolk og opinionen, når vi ikke får til en skikkelig diskusjon. Det tror jeg er det dummeste vi gjør når vi ikke klarer det».

Offentlige organisasjoner er store, og har mange enheter. De har ulike oppgaver og arbeidsdeling som skaper grobunn for ulike tolkninger av organisasjonsidentiteten. Dette gjelder også SSHF. Organisasjonen er i tillegg sterkt profesjonalisert, noe som kan føre til at hensyn og verdier kan være motstridende. Noe av det mest sentrale er lojalitet, nøytralitet og faglig uavhengighet. Disse kan trekkes i hver sin retning (Kvåle og Wæraas 2006: 125). Med bakgrunn i mitt materiale kan jeg si at det var flere sentrale aktører som viste tegn til motstridende meninger og ytringer. For det første befant Kristiansand og Arendal sykehus i sterk konflikt når det gjaldt endringer og tiltakene som skulle gjøres. Og for det andre var «varsleren» i noe grad i konflikt med ledelsen for sykehuset. Vedkommende mente blant annet at ting gikk tregt i forhold til det å gjøre grep for å forbedre situasjonen.

Selv om det var uenighet omkring saken, og da kanskje spesielt i begynnelsen, besluttet de senere at tarmkreftoperasjonene ikke lenger skulle utføres i Arendal, men i Kristiansand. Dette ble naturlig nok ikke godt mottatt i Arendal, men Kristiansand sykehus mente det var

nødvendig for pasientenes sikkerhet. En av informantene mente at de til slutt kom fram til en felles aksept, selv om resultatet av endringen var at Arendal satt igjen som – som en annen informant uttrykte det – en «slagen mark». Etter hvert ble det en enstemmig aksept for videre arbeid og hvilke tiltak som var nødvendig.

I dette avsnittet har jeg diskutert følgende: Sørlandet sykehus var åpne og fortalte om omfanget av saken. De fortalte også hvilke tiltak og grep som hadde blitt satt inn, og som skulle bli iverksatt. De var ikke raskt ute i media, men det meste lå ute på deres nettsider. De holdt sin første pressemelding ganske hurtig etter at tallene og avvikene ble offentliggjort, og etter at de hadde innhentet all nødvendig informasjon. Ut ifra artiklene og de gjennomførte intervjuene, var ikke SSHF konsistent i sin kommunikasjon i begynnelsen, det vil si de snakket ikke med én stemme under krisen. Men sykehusene kom frem til en felles aksept, selv om det skapte konsekvenser for Arendal sykehus. Arendal sitter sannsynligvis igjen med et dårligere omdømme.

Vurdering av krisens attribusjonsgrad

På bakgrunn av Coombs fire kontekstualiseringer, vil jeg i dette avsnittet vurdere hvor mye ansvar interessentene tilskrev SSHF under tarmkreftsaken, på bakgrunn av Coombs fire kontekstualiseringer.

Den første kontekstualiseringen handlet om SSHF krisehistorikk. Organisasjonens krisehistorikk viste at før tarmkreftsaken ble kjent, hadde SSHF vært involvert i minst én sak som hadde skapt negativ mediaomtale, og som kunne relateres til tarmkreftsaken. Ut i fra dette kan det antas at interessentene i større grad vurderte krisen som selvforskyldt, og dermed vil krisen på SSHF representere en større trussel mot SSHF sitt omdømme. Det er imidlertid ikke snakk jevnlig, hyppige kriser eller hendelser, så graden av hvorvidt krisehistorikken har innvirkning på dagens omdømme, kan i denne forbindelse vurderes å være minimal.

Den andre kontekstualiseringen handlet om SSHFs legitimitet. SSHF sin legitimitet kan sees i forhold til organisasjonens relasjon til sine interessenter. Det kan antas at organisasjoner med lav legitimitet eller omdømme, har vanskeligere å legitimere seg når nye kriser inntreffer, enn organisasjoner med høy legitimitet. Poenget er at SSHF sto ovenfor en situasjon der de måtte overbevise sine omgivelser i en ny sak når de tidligere har hatt lignende utfordringer å forholde seg til. Ut ifra omdømmemålinger, har SSHF hatt et stabilt omdømme. Målinger fra

Helse Sør-Øst viser (på generelt basis) at SSHF skårer lavt på alle spørsmålene rundt helseforetakene knyttet til omdømme (Sentio research), i likhet med resten av landet. Problemene bygger seg opp når det i tillegg er et komplisert forhold mellom Kristiansand og Arendal sykehus, samt forslaget om kun å ha ett sykehus i Agder, for å nevne noen eksempler. Dette har skapt store reaksjoner og sanksjoner. Blant annet kom det rundt 5000 i fakkeltog i Flekkefjord for å vise sin motstand mot å legge ned Flekkefjord sykehus. Saken inneholder mange forhold som oppfattes problematiske, og det gjør håndteringen av saken enda vanskeligere.

Den tredje kontekstualiseringen handler om interessentenes oppfatning av organisasjonen. For å identifisere hvordan SSHFs interessenter oppfatter situasjonen rundt den aktuelle saken, har jeg tidligere sett nærmere på tre dimensjoner: Stabilitet, ekstern kontroll og personlig kontroll/locus. Under refleksjonen viste det seg at SSHF ble tillagt moderat til høy grad av ansvar for tarmkreftsaken.

Den fjerde og siste kontekstualiseringen viser at når SSHF havnet i denne skandalen kan krisen, som tidligere nevnt, identifiseres som «påført krise som kan forhindres» med underkategori «feil handlinger og lovbrudd fra organisasjonen». Krisetypen representerer en alvorlig trussel mot organisasjonens omdømme.

Ut fra de fire dimensjonene kan det konkluderes med at SSHF sto ovenfor en situasjon der de ble tilskrevet stor grad av ansvar for situasjonen, og dermed er omdømmetrusselen moderat til høy. Jeg ønsker igjen å understreke grunnprinsippet, som i følge Coombs (2007) er: «Jo større trussel en krise utgjør for organisasjonens omdømme og jo mer ansvar interessentene tillegger organisasjon, jo mer imøtekommende strategi bør virksomheten velge» (Coombs 2007 i Frandsen og Johansen 2010: 238).

Ut fra dette ser vi at SSHF har valgt å gå frem som Coombs anbefaler, nemlig å bruke gjenoppbyggingsstrategien. Med andre ord, de har benyttet seg av de mer imøtekommende responsstrategier underveis i tarmkreftsaken.

4.7 Har SSHF valgt responsstrategier i samsvar med omdømmetrusselen som krisen utgjorde?

I forrige avsnitt påbegynte jeg vurderingen av hvorvidt SSHF valgte responsstrategier i samsvar med den omdømmetrusselen som krisen representerte. I denne delen av oppgaven vil jeg se nærmere på dette spørsmålet. Jeg skal se på hvorvidt SSHF har valgt strategier etter Coombs anbefalinger. Jeg vil også analysere og komme med refleksjoner over SSHF` sin situasjon og den komplekse konteksten SSHF` krise var i. Det blir videre diskutert hvilke responsstrategier som kan tenkes å være mest hensiktsmessig for organisasjonen.

Jeg kan begynne med å si, som jeg har kommet frem til i min analyse, at krisen SSHF opplevde representerte en tillits- og legitimitetskrise og SSHF sto ovenfor en alvorlig omdømmetrussel. I følge Coombs, betyr dette at organisasjonen bør benytte seg av imøtekommende strategier (Coombs og Holliday 2002:171). Benoit påpeker at det kan være hensiktsmessig å kombinere strategier. Begge disse teoretikerne fremhever at siden kriser kan endre karakter, er det viktig å tilpasse strategi i forhold til den situasjonen organisasjonen står ovenfor. Spørsmålet blir da om SSHF valgte å ta i bruk de mest hensiktsmessige forsvarsstrategiene i tarmkreftsaken.

Ut ifra den omdømmetrusselen SSHF sto ovenfor, kunne man forvente at de tok i bruk de mest imøtekommende responsstrategiene, som gjenoppbygging og korrigerende handlinger, samt justerende informasjon. Det er anbefalt av hvis en organisasjon har skyld i krisen, så bør organisasjonen ta i bruk gjenoppbyggingsstrategier og be om unnskyldning. Hvis da interessentene godtar unnskyldningen, blir motviljen mindre mot organisasjonen. Vi har sett at SSHF innrømte skyld og ansvar, beklaget for krisen via media og for sine pasienter som måtte oppleve dette, og de tok bruk strategiene i form av kompensasjon og full unnskyldning. Det betyr at SSHFs bruk av strategier er i samsvar med den alvorlige omdømmetrusselen de sto ovenfor. I utgangspunktet bør organisasjoner som er så avhengig av legitimitet og et godt omdømme, ikke velge beklaging som strategi. Identiteten til organisasjonen kan bli svekket siden man ikke får noe direkte vern av deres verdier og visjon. Som en av informantene sa, så er de berørte i en svært sårbar situasjon når de er i kontakt med sykehuset. Når da SSHF benytter seg av beklaging vil det kunne gi uttrykk for svakheter og at de ikke hadde kontroll over situasjonen, som igjen kan bety mer usikkerhet hos interessentene. Konsekvensene vil være at visjonen til sykehuset ikke realiseres: Trygghet når du trenger det mest.

På den annen side, har beklaging symbolsk og tradisjonelt sett, lenge vært en veldig effektiv strategi for både private og offentlige organisasjoner. Ved å beklage innrømmer de en del ansvar og organisasjonen signaliserer empati. Informantene var alle klare på at de var oppriktig lei seg for det som skjedde. Som tidligere nevnt, kom dette tydelig frem når Jan-Roger Olsen, sykehusdirektøren, uttalte seg i media, og beklagde seg for den feilen sykehuset hadde gjort.

Selv om denne reaksjonen ble godt mottatt så kan man anta at hvis responsen hadde kommet raskere fra SSHF enn det den gjorde, så kunne kritikken ha vært mindre. Og da kunne organisasjonen med større sannsynlighet gitt uttrykk for å være mer ansvarlig, åpen og ærlig. I stedet ble saken fremstilt litt misvisende med tanke på hvordan det hele startet. Sykehusdirektøren fikk i tillegg kritikk for at han ikke unnskyldte seg ovenfor sykehuset i Arendal, og de ansatte som opplevde dette på nært hold. Det ble sagt at sykehusdirektøren kun unnskyldte seg til pasientene (Witzøe 2013d).

På samme tid har håndteringen av krisen, etter at de fikk kontroll over situasjonen, vært god. Dette viser seg gjennom ulike målinger av Sørlandet sykehus både før og etter tarmkreftsaken. Målinger utført av Helse Sør-Øst viser at omdømmet faktisk har bedret seg etter tarmkreftsaken. Årsaken til dette utfallet kan blant annet være fordi organisasjonen har kommunisert godt og riktig med omgivelsene. Informantene var tydelig på viktigheten av å være «redelig»:

«Å ha en integritet på at du faktisk gjør det som er best sett ut i fra befolkningen, det er det som egentlig er strategien vår. Du må ha en sånn grunnideologi, og velge hva som er best for befolkningen».

Mine antakelser rundt medierollen i hvordan befolkningen oppfatter sykehuset, var i utgangspunktet at de hadde stor betydning. Likevel kommer det frem av ulike omdømmemålinger gjort av Helse Sør-Øst, at media hadde ingen eller lite påvirkning på inntrykket offentligheten har av organisasjonen. Dette gjelder på et generelt grunnlag. Omdømmemålinger viste heller ingen betydelig endring på omdømmet til sykehuset underveis i kriseforløpet. Som nevnt tidligere, har omdømmet til sykehuset vært svært stabilt, og som en av informantene uttrykte det, så kan SSHF gjøre mye rart, uten at det vil gå utover den oppfatningen offentligheten har av sykehuset. Likevel ble det nevnt, av en annen

informant, at virkeligheten er medieskapt – noe som betyr at før vi får kontakt med sykehuset, enten som pårørende eller som pasient, er det inntrykket i større grad positivt sammenlignet med hvordan det var før de kom i kontakt med organisasjonen. Det er med andre ord ulike meninger om hva som gjør at folk har den oppfattelsen av SSHF som de har, men en felles tolkning blant mine informanter er at det både er media og bekjentskaper som påvirker dette.

I dette avsnittet har jeg gjort følgende funn: Sykehuset har brukt de strategiene som blir anbefalt av Coombs i forhold til den omdømmetrusselen SSHF sto ovenfor. Dette kan begrunnes med at de har i stor grad vært imøtekommende gjennom hele kriseforløpet. De har med andre ord benyttet seg av gjenoppyggingsstrategier i form av korrigeringer, justerende informasjon og beklaging. I tillegg var de åpne og tilgjengelig, og satt i gang tiltak for å forbedre situasjonen. Dette ble også tydelig kommunisert ut til omgivelsene. I følge en av informantene, var den viktigste omdømmebyggingen, å gjøre det de har sagt de skal gjøre. De viste også empati og medfølelse for de utsatte. Konflikten mellom Arendal og Kristiansand sykehus gjorde situasjonen verre, men kom til slutt fram til en felles aksept om hvordan de skulle arbeide for at lignende ikke skulle skje igjen.

Kapittel 5. – Avslutning

I den siste og avsluttende kapittelet i min avhandling, vil jeg først presentere en oppsummering av studien som ga et svar på problemstillingen. Hovedvekten vil være på analysen av responsstrategiene SSHF benyttet seg av etter at tallene for reoperasjoner ble kjent. I tillegg har jeg sett på hvorvidt strategiene som ble tatt i bruk samsvarte med omdømmetrusselen SSHF sto ovenfor. Helt til slutt diskuterer jeg implikasjoner av studien, samt teoriutvikling og videre forskning.

5.1 Oppsummering og konklusjonen i forhold til problemstillingen

Denne oppgaven har vært til hensikt å belyse avhandlingens overordnede problemstilling: *«Hvordan arbeides det med omdømmehåndteringen i sykehussektoren i situasjoner som kan være en trussel mot omdømme?»*. Denne studien har tatt sikte på å drøfte dette, og komme frem til en konklusjon med utgangspunkt i Coombs og Benoits teorier. Jeg har tatt utgangspunkt i en krise, som jeg antok var en sak som utgjorde en trussel mot omdømmet til SSHF. Jeg har sett på hvordan SSHF responderte på denne trusselen, og hvordan de benyttet ulike strategier for å håndtere dette på en best mulig måte. I dette avsnittet ønsker jeg å

oppsummere avhandlingen og funnene som ga et svar på avhandlingens problemstilling.

Delspørsmålene jeg har søkt svar på, er følgende:

- Hvordan brukte Sørlandet sykehus krisekommunikasjon for å beskytte sitt omdømme da den såkalte tarmkreftsaken ble offentlig kjent?
- Var denne kommunikasjonsstrategien i samsvar med Coombs og Benoits kriterier for omdømmehåndtering?

Ved bruk av Coombs krisekommunikasjonsteori og Benoit`s teorier om imagegjenopprettelse, i tillegg til mitt eget datamateriale bestående av intervjuer og dokumentanalyse, har jeg klart å svare på mine forskningsspørsmål. Nedenfor vil jeg kort redegjøre for funnene i forhold til forskningsspørsmålene mine:

5.2 Svarene og funnene til forskningsspørsmålene

Det første spørsmålet handlet om hvordan SSHF brukte krisekommunikasjon for å beskytte sitt omdømme da saken om tarmkreft ble kjent. Ved å benytte meg av Coombs` teori, så viser mine funn at krisen var kjennetegnet av tillit- og legitimitetskrise. Videre tolket jeg det slik at krisen både kunne plasseres under «kriser som følge av uhell», fordi det handler om systemfeil, eller som teknisk feil som Coombs (2007) kaller det. Krisen kan i tillegg plasseres i «mulig unngått krise», av hovedsakelig to grunner: Den ene er at dette har pågått over flere år. Feilene burde ha blitt oppdaget tidligere. Den andre grunnen er at komplikasjonsregisteret i Arendal sykehus ikke hadde blitt tatt i bruk i ønsket grad. Tarmkreftsaken kan altså plasseres i to av de tre krisetypene som Coombs tar for seg i sin teori. Krisen, og følgelig trusselen mot omdømmet, ble derfor vurdert som alvorlig, noe som jeg også antok ble forsterket av medias fremstilling av saken. SSHF benyttet seg av svært få strategier og strategiene ble i liten grad endret over tid. På én side kan dette være en ulempe siden de ikke tilpasser seg hvordan krisen endrer seg fra begynnelse til slutt. På den annen siden var valget av strategier svært hensiktsmessige i denne situasjonen, med hensyn til krisens omfang, graden av attribusjon og alvorlighetsgrad. Det å endre strategier over tid, var derfor ikke nødvendig i denne sammenhengen. De var videre åpne om saken, i hvert fall etter at de fikk fremlagt en rapport et par uker etter offentliggjøringen av tallene.

SSHF var imidlertid noe tvetydig i sin kommunikasjon. Dette har jeg forklart i analysekapittelet, men kort fortalt var det en konflikt mellom Arendal og Kristiansand, som gikk ut på hvordan organisasjonen skulle arbeide videre for å forbedre situasjonen. Forslaget

var å overføre tjenesten som omhandlet tarmkreftoperasjoner fra Arendal til Kristiansand, og dette bød på mye motstand fra spesielt Arendal. Strategien til SSHF har hovedsakelig vært preget av det Coombs kaller for gjenopprettingsstrategi, justerende informasjon og beklaging. Og selv om sykehusene i en periode hadde en tvetydig og uklart språk, kom de til en «felles aksept», for å bruke en av informantenes ord, om hvordan de bør arbeide fremover for at lignende hendelser ikke skal skje igjen. SSHF har påført syke mennesker en tillitsbelastning som er vesentlig. Spørsmålet er hvordan en skal ta hensyn til det. En av informantene mine var klinkende klar på ett område. Vedkommende sa: «(...)prioriteringen er klar: Pasienten først!». Det er det de arbeider etter, nemlig kvalitet, kvalitetssikring og pasientsikkerhet. Selv om flyttingen av tarmkreftoperasjonene til Kristiansand ble oppfattet som dramatisk for Arendal, var det et viktig tiltak av hovedsakelig to grunner: For det første er det mye bedre kvalitet i Kristiansand, og det er ønskelig at alle pasientene i Agder skal få det samme tilbudet som det de leverer i Kristiansand. For det andre var det nødvendig å vise at organisasjonen ser alvorligheten i det, og synliggjør det for offentligheten.

Det andre delspørsmålet handlet om hvorvidt strategiene som ble tatt i bruk under tarmkreftsaken samsvarte med Coombs og Benoits teorier. Mine refleksjoner og mine funn viser at SSHFs strategier samsvarte i stor grad med den alvorlige omdømmetrusselen de sto ovenfor. Dette har jeg gått grundigere gjennom i forrige avsnitt.

Nedenfor vil jeg vil gjøre en ytterligere oppsummering av avhandlingen, og funnene på mitt hovedspørsmål.

5.3 Oppsummering av avhandlingen, og svaret på hovedproblemstillingen.

Teorien er tydelig på viktigheten av å velge en kriseresponsstrategi som samsvarer med den kontekst og det ansvaret som tillegges organisasjonen. Hensikten med dette er å minimere den skaden som krisen utgjør på organisasjonens omdømme. På den måten kan man med et bedre grunnlag velge strategier som er mest hensiktsmessig. Jeg har funnet ut at under tarmkreftsaken våren 2013, så ble tarmkreftsaken vurdert som en alvorlig trussel mot omdømmet til Sørlandet sykehus. Dette ble sett ut i fra hvilke krisetyper den ble plassert i, og hva som kjennetegnet tarmkreftsaken. Konteksten og situasjonen som krisen befinner seg i er imidlertid kompleks og inneholder flere problematiske forhold. For eksempel nevnte en av informantene problemene i forhold til hvordan ivareta ansatte, og det å tenke pasienthensyn. Det er ingen hemmelighet om hvem som har utført operasjonene som gjelder tarmkreft. Det er et fåtall gastrokirurger i Kristiansand. I tillegg er det offentlig, det er altså noe alle vet. Det var

en stor forskjell på kvaliteten mellom Arendal og Kristiansand sykehus når det gjaldt tarmkreftoperasjoner. Kvaliteten ved Arendal sykehus var dårlig, og i forbindelse med tarmkreftsaken, har systemfeilene vart over lang tid. Dette forverres når de utsatte er mennesker med sammensatte sykdomsbilder. Dette er alvorlig, det har vært mangel på rutiner, og som har påført syke mennesker en tillitsbelastning som er vesentlig. Prioriteringen er imidlertid klar: Pasienten først! Det innebar at de valgte å overføre tarmkreftoperasjonene fra Arendal til Kristiansand, til tross for vissheten om at Arendal kom til å stå igjen som en «*slagen mark*», for å bruke en av informantenes ord. Med det mente vedkommende at Arendal sykehus risikerer å få et dårligere omdømme, ha færre tjenester, som igjen vil gå utover rekrutteringspotensialet. Vi ser at virkeligheten er mye mer komplisert sett i sammenheng med hvordan teorien til Coombs og Benoit fremstiller ting, og det kan derfor være utfordrende å vurdere i hvilke(n) type kategori krisen kan plasseres i. Dette kan være en svakhet ved teorien: Teorien viser ikke stor nok forståelse for konteksten (Frandsen og Johansen 2004).

Coombs og Benoit`s teorier er nyttig når man har til hensikt å studere og analysere krisekommunikasjonen til en organisasjon. Det er en av grunnene for at jeg valgte teoriene: Jeg ville se på hvordan SSHF kommuniserte utad når det oppsto en krise som ble ansett for å være en trussel mot organisasjonens omdømme. Men for å kunne se på hvordan de gikk frem med det ønsket om å komme ut av krisen med troverdighet, måtte jeg først se på bakenforliggende faktorer som hvilke eller hvilken krisetype(r) det dreide seg om, attribusjon av ansvar, hva som kjennetegnet krisen, og hvor alvorlig den var. Dette var ikke uproblematisk, blant annet fordi teoriene ikke like lett lar seg bli overført til virkeligheten, og at tarmkreftsaken inneholder elementer som gjør ting mer kompleks og innviklet enn det teoriene tilsier (Frandsen og Johansen 2004).

Et viktig spørsmål var hvordan omgivelsene oppfatter ansvaret for krisen, og hvor alvorlig den er. Dette undersøkte jeg ved å se på tre dimensjoner; stabilitet, ekstern kontroll og personlig kontroll. Jeg har kommet frem til at attribuert kriseansvar til SSHF er mellom noe høyere og høy attribusjon av ansvar som tilsier en grad av omdømmetrussel som er mellom en moderat og en alvorlig. Etter at jeg har undersøkt SSHFs krisehistorie og tidligere omdømme vurderte jeg SSHFs omdømmetrussel til å være svært alvorlig. En av informantene beskrev alvorligheten av tarmkreftsaken på følgende måte:

«(...)en reoperasjon, en åpnes jo i buken, og en reoperasjon er ikke bare å oppdage, oi, jeg var visst ikke helt ferdig, og så fortsetter du litt til. Det er at en blir sendt ut av operasjonsstua, så kommer en alvorlig implikasjon, som flesteparten av dem var, eller noe annet, som gjør at du må inn i operasjonsstuen. Ny narkose. Åpnes opp igjen. En vesentlig belastning for syke mennesker, og mange av disse er også eldre mennesker. Dette er mennesker som har en mindre robusthet til denne type behandling. Kreft får du i hovedsak når du kommer opp i en viss alder, så dette er også mennesker som er mindre robuste til slike behandlinger, enn det yngre mennesker hadde hatt. Ofte med sammensatte sykdomsbilder i tillegg. Det er alvorlige greier».

Etter disse refleksjonene, vet vi nå at det var mest hensiktsmessig å være mest mulig imøtekommende i SSHF's måte å beskytte sitt omdømme. Analysen viste videre at medias fremstilling av organisasjonen trekker hovedsakelig frem det kritikkverdige, og at informasjonen som blir formidlet, skjer gjennom hvordan journalistene tolker situasjonen. Det vil påvirke omgivelsenes totale opplevelse av organisasjonen og dermed hvor mye ansvar interessentene vil tillegge SSHF. Media utgjør en stor rolle i hvordan omgivelsene oppfatter og tolker situasjonen. Hvordan media, det vil si Agderposten og Fædrelandsvennen som jeg har tatt utgangspunkt i, fremstilte saken, kan ha bidratt til at problemene bygget seg opp rundt organisasjonen. Dette er faktorer som kan svekke omdømmet til organisasjonen (Coombs 2007:165). Det skjer med andre ord en opphopning av problemer, det som ofte blir kalt for «snøballeffekten». Alt dette har jeg reflektert over i analysekapittelet. Som et resultat kan SSHF ha fremstått som lite kompetente, og som ikke tilfredsstilte de forventninger og verdier de står for.

Min studie viser at SSHF brukte få strategier underveis i denne saken. Mine funn viser at gjennombygningsstrategier som unnskyldning, korrigerende og kompensasjon var fremtredende under hele kriseforløpet. SSHF formidlet hva de ønsket å gjøre videre for å forbedre situasjonen, og for at lignende hendelser ikke skal skje igjen. Coombs kaller det for justerende informasjon. SSHF brukte spesielt unnskyldninger og beklagelse, samtidig som benektelse ikke ble brukt overhodet. Dette samsvarer mye med hva mine informanter mente var den beste måten, og kanskje den eneste måten, å håndtere saken på. På den måten sannsynliggjorde de mulighetene for å komme ut av krisen med troverdighet og opprettholdelse av sitt omdømme. Forminskelsesstrategi ble imidlertid brukt i noe grad, selv om det ikke var like tydelig som de andre strategiene.

Stort sett var det forholdsvis lett å finne hvilke strategier SSHF benyttet seg av. Det var tydelige eksempler på full unnskyldning og andre gjenopprettingsstrategier i artiklene jeg brukte, og som ble støttet opp av intervjuene med informantene. Som nevnt besto framgangsmåten i hovedsak av imøtekommelse, åpenhet og ærlighet. Men det kan ha vært andre strategier som jeg ikke fanget opp. Det vil jeg utdype i neste avsnitt.

Min studie viser at SSHFs omdømmeforsvar, og bruken av SSHFs forsvarsstrategier, samsvarer i stor grad med den svært alvorlige omdømmetrusselen organisasjonen sto ovenfor. Etter anbefalinger fra Coombs ville det ha vært hensiktsmessig for organisasjonen å opptre troverdig, ansvarsfullt, omtenkstomt og beskyttende overfor omgivelsene og deres interesser i sin kommunikasjon. Datamaterialet viser at dette er blitt gjort i stor grad. Av disse grunner som hittil er nevnt, kan man si at organisasjonen i stor grad forsvarte sitt omdømme tilfredsstillende under tarmkreftsaken våren 2013.

På den annen siden må det nevnes at det spesielt på ett område var SSHF noe uheldig i hvordan de gikk fram på. Kort fortalt var Arendal og Kristiansand sykehus lite konsistente for hvordan de ville at arbeidet og tiltakene skulle være fremover, og det kan ha bidratt til lav troverdighet i deres måte å håndtere saken på. De snakket med andre ord ikke med én stemme. Dette kan igjen svekke troverdigheten. I begynnelsen av krisen, var organisasjonen dårlig til å informere sine omgivelser om tarmkreftsaken. Det kan derfor tenkes at SSHF i startfasen av krisen fremsto som en organisasjon uten kontroll, og at de ikke tydelig nok tok en beskyttende rolle ovenfor sine pasienter. Sett ut i fra det, kan det tenkes at SSHF burde ha vært mer engasjert og aktive fra begynnelsen av. Media har til en viss grad fremstilt Sørlandet sykehus på en noe kritisk måte, og forsvarsarbeidet er desto viktigere.

Selv om omdømme, omdømmehåndtering og krisekommunikasjon ser ut til å være en sterk trend, som har blitt implementert i både private og offentlige organisasjoner, er det fortsatt diskusjonen om hvorvidt offentlige organisasjoner bør drive med omdømmehåndtering. Mine informanter ga uttrykk for at de ikke hadde noen konkrete retningslinjer eller prosedyrer for hvordan de går frem for å beskytte sitt omdømme, men gjennom min analyse og mine refleksjoner ser vi her viktigheten av å bedrive omdømmehåndtering, og være oppmerksom på det. Organisasjonen har en svært viktig oppgave i samfunnet, og en god relasjon med deres omgivelser er nødvendig. Ikke bare fordi de skal etterleve deres visjon og verdier, og at pasienter skal føle seg trygge, men også fordi det tiltrekker kompetente fagfolk, det vil si ansatte som skal sikre god kvalitet over tjenestetilbudene. Organisasjonen er i kontakt med

mennesker som er i deres mest sårbare periode i livet, og det er derfor viktig at pasientene føler de er i gode hender. I motsatt tilfelle, kan det blant annet føre til at mennesker som har behov for behandling, kvier seg for å ta kontakt med sitt lokale sykehus på grunn av deres mangel på tillit.

Studien har vist hvor viktig kommunikasjon er. I min studie så vi at SSHF i betydelig grad klarte å håndtere tarmkreftsaken på en god og hensiktsmessig måte. Jeg ble tilsendt målinger utført av Helse Sør-Øst RHF fra en av informantene, hvor det er viser seg at omdømmet til organisasjonen har vært ganske stabilt både før, under og etter tarmkreftsaken. Altså ingen betydelige endringer. Målingene fra Helse Sør-Øst viser videre at 65 prosent av befolkningen over 18 år bosatt i Helse Sør-Øst sine sykehusområder, er svært eller ganske fornøyd med det samlede sykehustilbudet der de bor. Når det gjelder tillit og troverdighet kommer Sørlandet ut positivt i forhold til sykehusene i resten av landet. Selv om dette ikke er direkte relatert til min hovedproblemstilling, er det interessant å se om, og i hvilken grad, omdømmet til Sørlandet sykehus ble påvirket av tarmkreftsaken.

Offentlige organisasjoner, og kanskje spesielt organisasjoner som sykehus hvor det handler om liv og helse, så er de avhengig av å ha en god og tillitsbasert kommunikasjon med sine omgivelser. På den måten klarer de å opprettholde sitt omdømme, og i større grad unngå nye kriser.

5.4 Implikasjoner av studien og min analyse

En ulempe jeg ser ved denne oppgaven er at mitt utvalg av materialet begrenser seg til intervjuer, avisartikler, samt omdømmemålinger tilsendt av en informant. Det betyr at jeg ikke har sett hvordan SSHF kommuniserte via for eksempel pressemeldinger, radio, og TV. Hadde jeg gjort det, kunne jeg ha fanget opp andre kriseresponsstrategier ved siden av de jeg har funnet underveis i denne oppgaven. Da kunne jeg sannsynligvis fått et mer nyansert bilde av kommunikasjon, og kanskje kommet fram til funn som tilsier noe annet enn de jeg har funnet til nå. Jeg tenkte på dette under analysen, og forsøkte å finne tilgjengelige pressemeldinger som dreide seg om nettopp denne saken – uten hell. Samtidig synes jeg validiteten til studien er sterk. Dette fordi jeg blant annet har brukt gode og relevante materialer for å besvare problemstillingen. I tillegg var det en felles enighet blant mine informanter om hvilke strategier som ble benyttet under tarmkreftsaken, noe som støttet opp om mine tolkninger av artiklene, og hva jeg har kommet fram til i mine funn, nemlig gjenopprettingsstrategier, det vil si imøtekommelse og unnskyldning, samt korrigerende strategier.

I denne avhandlingen har jeg benyttet meg av hovedsakelig av Coombs teori, supplert med Benoit`s teori. Jeg har forsøkt å være kritisk mot Coombs attribusjonsteori. I utgangspunktet kan teorien betraktes som et nyttig teoretisk rammeverk når man skal studere og analysere krisekommunikasjonen til en organisasjon. Som jeg har påpekt i studien, finnes det noen svakheter ved teorien. For det første kan konteksten en krise befinner seg i, være veldig kompleks og sammensatt. Av den grunn kan det i noen tilfeller være utfordrende å bruke teorien i praksis. Det å bestemme krisetype, avgjøre grad av omdømmetrussel og identifisere og kategorisere strategiene som benyttes av en organisasjon, er ikke uproblematisk. Årsaken er blant annet fordi teorien mangler forståelse for kompleksiteten krisen befinner seg i. Dette er også noe fremtidige studier bør ta hensyn til.

For det andre synes jeg ikke Coombs i stor nok grad får frem viktigheten av hvordan, og hvor mye, mediene kan forsterke attribusjonen av ansvar. Journalistene tolkninger av en sak, og hvordan det blir presentert i media, er med på som forsterkelsesfaktor til attribusjon av ansvar, som igjen kan bidra til å forsterke krisen, og følgelig svekke omdømmet. Selv om mine informanter var klare på at de lokale medier stort sett er redelige, så ønsker de ofte å få frem det konfliktfylte med den hensikt å gjøre saker mer interessant for lesere. Formålet er å selge aviser.

5.5 Videre forskning

Omdømmehåndtering er et nytt konsept for de fleste offentlige organisasjoner, og det er derfor mange muligheter for å gjøre mye interessant og spennende forskning. Som jeg har vært inne på innledningsvis i denne avhandlingen, er det flere offentlige organisasjoner som har begynt å ta hensyn til omdømmet sitt og er aktive når det gjelder hvordan organisasjonen skal fremstå.

I dag ser vi flere offentlige organisasjoner som tar i bruk organisasjonsoppskriften, og det hadde vært interessant å se nærmere på pådrivere for oppskriften og som forsøker å få den implementert i organisasjoner. Et interessant felt for meg er, i den forbindelse, å se nærmere på en gruppe som får en mer fremtredende plass i organisasjonen knyttet til omdømmearbeid og kommunikasjon, nemlig kommunikasjonsarbeidere. De har mange navn, og flere organisasjoner har en egen enhet som har ansvaret for håndteringen av media og kommunikasjonen utad. Det skjedde store endringer etter sykehusreformen, ikke minst når det

gjelder rollen som informasjonsarbeider. Det hadde derfor vært spennende å se på dette ut ifra et maktperspektiv.

Underveis i prosessen, har også et annet felt fått min interesse. Siden det fortsatt er en pågående diskusjon om hvorvidt oppskrifter fra privat sektor kan overføres til offentlig sektor, så hadde det vært en spennende tilnærming å se på om hvilke problemer omdømmehåndtering ville medført en offentlig organisasjon, sett i forhold til privat. Det interessante ville være å se på de hensyn en offentlig organisasjon må ta, i forhold til en bedrift som er styrt av kapital. Her kunne man ha gjennomført en komparativ studie.

Litteraturliste

Angell, Svein Ivar, Haldor Byrkjeflot og Arild Wæraas (red.) (2011). *Substans og fremtreden. Omdømmehåndtering i offentlig sektor*. Oslo, Universitetsforlaget.

Benoit, William L. (1995). *Accounts, excuses and apologies: A theory of image restoration strategies*. Albany, State University of New York Press

Brunsson, N. (1989). *The organization of hypocrisy: talk, decisions and actions in organizations*. Chichester: Wiley

Brønn, P. S. og Ihlen, Ø. (2009). *Åpen eller innadvent: Omdømmebygging for organisasjoner*. Oslo. Gyldendal Akademisk

Byrkjeflot, H. og S.I. Angell (2007): *Dressing up hospitals as enterprises? The Expansion and Managerialization of Communication in Norwegian Hospitals*, i P. Kjær, T. Slaata (red.), *Mediating Business: The Expansion of Business Journalism*, Gylling: Copenhagen Business School Press

Byrkjeflot, H. og S.I. Angell (2008): *Forvaltning i foretaksklær? Omdømmehåndtering inorske sykehus etter sykehusreformen*, Kommende i *Nordiske Organisasjonsstudier*

Christensen, T., Egeberg, M., Larsen H., Lægreid, P., og Roness, P. (2002). *Forvaltning og politikk*. Oslo. Universitetsforlaget.

Christensen, L. T. og Morsing, M.(2008). *Bagom Corporate Communication*. Frederiksberg Forlaget Samfundslitteratur.

Coombs, W. T. (1998). "An analytic Framework for Crisis situations: Better Responses From a better Understanding of the Situation" i *Journal of Public Relations Research*, vol. 10, nr.3, s. 177-191.

Coombs, W. T. (2000). "Designing Post-Crisis Messages: Lessons For Crisis Response Strategies" i *Review of Business*, vol 21, nr.3. s.37-41.

Coombs, W. T., & Holladay, S. J. (2001). *An extended examination of the crisis situation: A fusion of the relational management and symbolic approaches*. *Journal of Public Relations Research*, 13(4), 321-340.

Coombs, W. T. & Holladay, S. (2002). *Helping Crisis Managers Protect Reputational Assets. Initial Tests of the Situational Crisis Communication Theory. Management Communication Quarterly*, 16 (2), 165-186.

Coombs, W. T. (2007). *Ongoing crisis communication: planning, managing, and responding*. Los Angeles, California, 2nd ed. Sage.

Coombs, W. T. (2010). *Parameters for Crisis Communication*” i Coombs, W. Timothy og SherryHolladay (red). *The Handbook of Crisis Communication*. Malden: Wiley-Blackwell s. 17-53.

Coombs, W. T. (2012). *Ongoing crisis communication: planning, managing and responding*. The University of Central Florida, 3. ed. Sage

Coombs, W T. og Holladay S.(2004). “*Reasoned Action in Crisis Communication; an Attribution Theory based Approach to Crisis Management*” i Millar, Dan P. Og R.L. Heath(red) *Responding to crisis. A Rhetorical Approach to Crisis Communication*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, s.95-115.

Druckman, James N. (2001). *The Implications of Framing Effects for Citizen Competence I Political Behavior*, vol. 23, nr. 3, s.225-256.

Englehardt, Kimberly J., Lynne M.Sallot og Jeffrey K.Springston (2004). “*Compassion Without Blame: Testing the Accident Decision Flow Chart With the Crash of ValuJet Flight 592*” I *Journal of Public Relations Research*, vol. 16,nr.2, 2. 127-156).

Fearn-Banks, K. (2011). *Crisis communications: a casebook approach* (4th ed.). New York: Routledge.

Flyvbjerg, B. (2006). *Five misunderstandings about case-study research. Qualitative Inquiry*, 12, 219-245.

Fombrun, Charles J. (1996). *Reputation. Realizing value from the Corporate Image*. Boston.: Harvard Business school Press.

Fombrun, Charles J.og C. B. M. Van Riel (2003). *Fame and Fortune. How Successful Companies Build Winning Reputations*. Upper Saddle River: Financial Times Prentice Hall.

- Gilje, N og Grimen, H 2002. *Samfunnsvitenskapens forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapens vitenskapsfilosofi*. Oslo. Universitetsforlaget
- Grønmo, S. (2004), *Samfunnsvitenskapelig metoder*, Fagbok forl., Bergen.
- Heath, R. L. og Millar, D. P. (2004). *A rhetorical approach to crisis communication: Management, communication processes, and strategic responses*. I Heath, R. L. and Millar, D. P. (eds.), *Responding to crisis: A rhetorical approach to understanding crisis communication*. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Heath, R. og Coombs T.(2006). *Today`s public relations. An introduction*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Holme, A. (2006): *Det kommuniserende hospital: En studie av informasjonsvirksomheten ved tre lokale helseforetak på Vestlandet*, Hovedfagsoppgave, Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen
- Ihlen, Ø. og Robstad, R. (2004). *Informasjon og samfunnskontakt –Perspektiver og praksis*. Bergen. Fagbokforlaget.
- Ihlen, Ø (2007): *Petroleumsparadiset. Norsk oljeindustri strategiske kommunikasjon og omdømmebygging*. Oslo: Unipub. Jacobsen, Dag Ingvar og Jan Thorsvik (2007). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Utgave 3.
- Jacobsen, Dag Ingvar. 2005. *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2.Utgave). Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Johansen, W og Frandsen F (2010) *Krisekommunikation. Når virksomhetens image og omdømme er truet*. Frederiksberg, forlaget Samfundslitteratur
- Johannessen, A. Tufte, P.A. & Kristoffersen, L., 2006. *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 3. utg. Oslo: Abstrakt forlag.ri
- Johansen, W. og Frandsen, F (2007). *Krisekommunikation. Når virksomhedens image og omdømme er truet*. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur.
- Johansen, W. og Frandsen, F (2008). *Krisekommunikasjon*. Forlaget Samfunslitteratur.
- Kjær Hansen, J.O (2006): *I andres brød - Strategisk virksomhetskommunikasjon*. Høyskoleforlaget. (S. 74-80)

- Kvale, S og Brinkmann, S.(2009). *Interviews. Learning the craft of Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks:Sage Publications.
- Kvåle, Gro og Arild Wæraas (2006). *Organisasjon og identitet*. Oslo, Det norske samlaget.
- McKee, A. (2003). *A beginner`s guide to textual analysis*. Sage Publications.
- Lerbinger, Otto. (1997). *The crisis manager : facing risk and responsibility*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lijphart, A. (1971). "Comperativ Politics and The Comparative Method"the American Political Science Rewiew, vol.65, nr.3, s. 682-693.
- Mehmetoglu, M. (2004) *Kvalitativ metode for merkantile fag*. Fagbokforlaget, Bergen.
- Merkelsen, H. (red.) m. fl. (2011). *Håndbog i strategisk public relations*. Frederiksberg, Samfundslitteratur.
- Ringdal, Kristen (2001). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvalitativ metode*. Oslo, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Røvik, Kjell Arne (2007). *Trender og Translasjoner, Ideer som former det 21. Århundrets organisasjon*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Sturges, D. L. (1994). *Communicating Through Crisis; A strategi for Organizational Survival*. Management Communication Quarterly vol. 7 nr. 3, s.297-316.
- Thagaard, Tove (1998). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen. Sandviken. Fagbokforlaget.
- Wæraas, Arild (2004). *Den karismatiske offentlige organisasjon. Konstruksjonen av organisasjonslegitimitet ved hjelp av private kommunikasjonsrådgivere*. Tromsø: Universitetet i Tromsø, Institutt for statsvitenskap. dr.avhandling.
- Wæraas, A. og R. Østhus (2007), *Det ekspressive helseforetak: Strategisk selvpresentasjon iden norske sykehussektoren*, Paper presentert på NEON-dagene, NTNU, 21-22 november
- Wæraas, Arild, Haldor Byrkjeflot, og Svein Ivar Angell. 2011. *Substans og framtredden :omdømmehåndtering i offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforl.

Weisæth, L., Kjeserud R. (2007). *Ledelse ved kriser – en praktisk veileder*. Oslo, Gyldendal.

Wyller, T. C. (1982). *Ta plass! NSB 1920-1980*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag.

Yin, R. K. (2003). *Case Study Research. Design and methods*. Thousand Oaks: SagePublications.

Internett

Geir Noraberg (2013, 06.04). Styremedlem: - Dårlig håndtering. *Agderposten*. Hentet fra <http://web.retrieverinfo.com/services/archive/displayDocument?documentId=05502320130406480750&serviceId=2>

Jørund Flaa (2013, 06.04a-c). Har vært et kynisk og rått spill. *Agderposten*. Hentet fra <http://web.retrieverinfo.com/services/archive/displayDocument?documentId=05502320130406199036&serviceId=2>

Jørund Flå. (2013, 26.04a-g) Rammer pasientene. *Agderposten*. Hentet fra <http://www.agderposten.no/nyheter/fylkeslegen-sykehuset-har-brutt-krav-til-faglig-forsvarlighet-1-582639>

Kari Jeppestøl Arntzen (2013, 01.02) Fakkeltog for Flekkefjord sykehus. *nrk.no*. Hentet fra <http://www.nrk.no/sorlandet/fakkeltog-for-flekkefjord-sykehus-1.11512579>

Lars Gunnar Eie (2013, 16.05) Helseministeren I Flekkefjord. *nrk*. Hentet fra <http://www.nrk.no/sorlandet/helseministeren-i-flekkefjord-1.11722571>

Roald Ankersen. (2013, 08.06.). Journalister ble kalt heiagjeng. *Agderposten*. Hentet fra <http://www.agderposten.no/nyheter/journalistene-ble-heiagjeng-1.289583>)

Silje Stølen Bratland (2013, 24.04a) Vil ikke stoppe operasjonene. *Agderposten*. Hentet fra <http://web.retrieverinfo.com/services/archive/displayDocument?documentId=05502320130424469878&serviceId=2>

Silje Stølen Bratland (2013, 10.04c) Fylkeslegen krever svar på sykehuset. *Agderposten*.

Hentet fra

<http://web.retrieverinfo.com/services/archive/displayDocument?documentId=05502320130410988953&serviceId=2>

Silje Stølen Bratland (2013, 31.05b,d,e). Tarmkreftoperasjonene. *Agderposten*. Hentet fra

<http://web.retrieverinfo.com/services/archive/displayDocument?documentId=05502320130531485996&serviceId=2>

Steinar Vindsland (2013, 22.04a,e-g) Stanser tarmkreftoperasjoner i Arendal.

Fædrelandsvennen. Hentet fra:

<http://web.retrieverinfo.com/services/archive/displayDocument?documentId=055034201303221157050&serviceId=2>

Steinar Vindsland (2013, 25.04b, c). Ikke feig og konfliktsky. Hentet fra: *Fædrelandsvennen*.

<http://web.retrieverinfo.com/services/archive/displayPDF?documentId=055034201304251208682&serviceId=2>

Tore Ellingsen (2013, 29.05). Samling av tarmkreftoperasjoner. *Agderposten*. Hentet fra

<http://web.retrieverinfo.com/services/archive/displayPDF?documentId=05502320130529718482&serviceId=2>

Torbjørn Witzøe (2013, 24.04a-d). All tarmkreftkirurgi skal til Kristiansand.

Fædrelandsvennen. Hentet fra

<http://web.retrieverinfo.com/services/archive/displayDocument?documentId=055034201305241254059&serviceId=2>

sshf.no/media 2014a-b. Sørlandet sykehus. Lest: 20.04.2014. Hentet fra

<http://sshf.no/media/Sider/side.aspx>

sshf.no/omoss 2014a-b. Lest: 22.04.2014. Hentet fra

<http://sshf.no/omoss/ledelse/Sider/side.aspx>

Intervjuguide

Bakgrunnsinformasjon

- Hvilken stilling har du ved Sørlandet sykehus?
- Hvor lenge har du vært ansatt her?
- Hvilke oppgaver og ansvar har du som ?

Omdømme

- Hvordan opplever du omdømmet til Sørlandet sykehus?
- Er omdømme noe Sørlandet sykehus fokuserer på?
- Hvem har ansvaret for Sørlandet sykehus` omdømme (ledelsen tillitsvalgte, myndigheter/politikere eller andre)?

Omdømmehåndtering

- Er det klare retningslinjer og styringsregler for hvordan en skal håndtere en situasjon som kan true omdømmet til SSHF?
- Kan du si noe om planlagte eller igangsatte tiltak på SSHF når det gjelder omdømmehåndtering?

Gi konkrete eksempler på hvordan dette kommer til (syne/) uttrykk?

- Hva kan ansatte gjøre for å forbedre sykehusets omdømme?
- På hvilken måte, og i hvilken grad, påvirker mediaomtale omdømmet til SSHF?
- Hva tror du man kan oppnå ved å takle media bedre? På hvilken måte eventuelt?
- Har SSHF hatt noen spesiell strategi på hvordan de skal forholde seg til media?
- > Har denne strategien endret seg over tid?
- Hvordan har SSHF tidligere forsvart seg mot kritikk i media og offentligheten?

- Det har vært ulike uttalelser og meninger vedrørende tarmkreftsaken, hvordan håndteres problematikken mellom Kristiansand og Arendal på dette området? Er dette noe som skaper problemer i forbindelse med omdømmehåndteringen?

Identitet:

- Hvordan vil du beskrive identiteten til SSHF? Jeg ønsker å finne ut om det er klarhet i hvem man er, og hva man representerer).

(Identitet er svaret på hvem vi er, og handler om de egenskapene ved en organisasjon som er sentrale, distinkte og varige)

Kritikkverdige forhold/situasjoner

- Hvordan gikk dere fram for å håndtere tarmkreftsaken?

- Har dere opplevd lignende hendelser tidligere?

- Hvordan har organisasjonen gått frem for å forsvare/håndtere slike hendelser før?

- > Hvem tok ansvaret for hendelsen?

- Hadde dere kriseteam?

-> Hvorfor/hvorfor ikke?

-> Hvem var i så fall med i dette kriseteamet?

-> Hvordan jobbet dere?

- Hvordan var ansvaret for kommunikasjonen fordelt – ift media og samfunnet for øvrig?

-> Hvordan ble håndteringen mottatt av media og offentligheten?

- Hva var i samsvar med planene/forberedelsene, og hva måtte dere ta underveis?

Sett i ettertid av situasjonen

- Hva gjorde dere i ettertid av situasjonen/hvordan foregikk den videre håndteringen av omdømmet?

- På hvilken måte tok virksomheten lærdom av denne situasjonen?

- > Har dere endret rutiner etter denne saken?

- >Hvilken betydning hadde mediene for hvordan dere organiserte dere ifm denne saken?
(omdømme)

- >Ser man i etterkant et behov for at mediahåndteringen kunne vært annerledes i forbindelse med situasjonen som oppsto – og i så fall, på hvilken måte?

- >Har du noen tanker om at denne saken/situasjonen og kommunikasjonen/handlingene har hatt betydning for SSHF sitt omdømme?

- >Hva mener du en kommunikasjonsstrategi tar for seg - hva slags betydning har det når det oppstår hendelser som kan true omdømmet til sykehuset?

- >Hva tror du en god kommunikasjonsstrategi og gode retningslinjer kan tilføre ansatte, organisasjonen, omgivelsene osv. ?

- >Ser du en kobling mellom kommunikasjonsstrategi/retningslinjer for mediekontakt og omdømmehåndtering? På hvilken måte?

- >Hvilke effekt mener du tarmkreftsaken og sykehusets kommunikasjon relatert til saken, har hatt på SSHF sitt omdømme?

Til slutt, er det noe du ønsker å tilføye?