



UNIVERSITETET I
NORDLAND

MASTEROPPGAVE

Master i HRM/personalledelse HR301S

Omdømmeforsvar ved Nordlandssykehuset HF

En casestudie av hvordan Nordlandssykehuset forsvarte sitt omdømme i forbindelse med celleprøvesaken våren 2014

Kari Råstad

November 2015

Fakultet for samfunnsvitenskap
Universitetet i Nordland



Forord

Denne masteroppgaven er skrevet i forbindelse med studiet Master i HRM/Personalledelse ved Universitetet i Nordland. Etter å ha fullført emnet "Omdømme og omdømmehåndtering" valgte jeg å skrive min masteroppgave om omdømmeforsvar, som jeg syntes var et veldig interessant tema.

Å skrive masteroppgave i tillegg til full jobb og familieliv har vært mer krevende enn jeg så for meg på forhånd. Mannen min, Thor Helge Steinlein, fortjener en stor takk. Han har vært svært tålmodig og har måttet finne seg i at kona har vært mer eller mindre fraværende hver helg hele denne høsten. Jeg gleder meg til mer tid sammen med han og guttene framover.

En stor takk fortjener også alle som brukte av sin fritid til å delta i fokusgruppeintervju, og til de som har kommet med små og store innspill til oppgaven underveis. Og til sist, min veileder Turid Moldenæs, som er tilgjengelig for sine studenter utover det man kan forvente. Tusen takk for nyttige innspill og konstruktive tilbakemeldinger!

Bodø, november 2015

Kari Brumoen Råstad

Innholdsfortegnelse

Kapittel 1 INNLEDNING

1.1	Celleprøvesaken.....	1
1.2	Tema	2
1.3	Avgrensning	4
1.4	Begrunnelse for valg av tema og problemstilling.....	5
1.5	Oppgavens videre struktur.....	8

Kapittel 2 OMDØMMEFORSVAR OG KRISEKOMMUNIKASJON

2.1	Sentrale begreper.....	9
2.1.1	<i>Omdømme, image og identitet.....</i>	9
2.1.2	<i>Omdømmehåndtering.....</i>	10
2.1.3	<i>Omdømmekrise.....</i>	11
2.2	Hva skaper et godt omdømme og hvorfor er et godt omdømme viktig?.....	12
2.3	Medias rolle.....	13
2.4	Omdømmeforsvar og krisekommunikasjon.....	14
2.4.1	<i>Benoits imagegjennopprettelsesteori.....</i>	15
2.4.2	<i>Coombs teori om situasjonsbestemt krisekommunikasjon.....</i>	17
2.5	Oppsummering.....	22

Kapittel 3 METODISK TILNÆRMING OG DATAGRUNNLAG

3.1	Valg av metode – kvalitativ forskning.....	23
3.1.1	<i>Casestudie.....</i>	23
3.2	Dokumentanalyse.....	24
3.3	Fokusgruppeintervju.....	25
3.4	Kvalitet i forskningen.....	29
3.5	Etiske problemstillinger.....	32

Kapittel 4 NORDLANDSSYKEHUSET OG CELLEPRØVESAKEN

4.1.	Nordlandssykehuset HF.....	33
4.2	Avisoppslagene.....	33

4.3	Pressekonferansen.....	34
4.4	Nyhetssendingen på NRK Nordland samme kveld.....	36

Kapittel 5 OMDØMMEFORSVARET I CELLEPRØVESAKEN

5.1	Hvilken omdømmetrussel utgjorde celleprøvesaken for Nordlandssykehuset?..	38
	5.1.1 <i>Krisetype</i>	38
	5.1.2 <i>Krisehistorikk og tidligere omdømme</i>	39
	5.1.3 <i>Oppsummering</i>	43
5.2	Innholdet i Nordlandssykehusets omdømmeforsvar.....	43
	5.2.1 <i>Instruerende informasjon</i>	43
	5.2.2 <i>Justerende informasjon</i>	45
	5.2.3 <i>Benektelsesstrategier</i>	50
	5.2.4 <i>Reduksjonsstrategier</i>	50
	5.2.5 <i>Gjenoppbyggingsstrategier</i>	53
	5.2.6 <i>Styrkingsstrategier</i>	56
	5.2.7 <i>Oppsummering</i>	57
5.3	Vurdering av kommunikasjonens form.....	58
	5.3.1 <i>Hurtighet</i>	58
	5.3.2 <i>Konsistens</i>	58
	5.3.3 <i>Åpenhet</i>	60
5.4	Var Nordlandssykehusets forsvar av omdømmet egnet i forhold til situasjonen? 61	
	5.4.1 <i>Innhold</i>	62
	5.4.2 <i>Form</i>	63
	5.4.3 <i>Er det andre forhold som hadde innvirkning på hvor vellykket forsvaret var?..</i>	64
	5.4.4 <i>Konklusjon</i>	68

Kapittel 6 AVSLUTNING

6.1	Oppsummering av funn og noen refleksjoner rundt disse.....	75
6.2	Videre forskning.....	77

Litteraturliste.....	78
----------------------	----

KAPITTEL 1 INNLEDNING

1.1 Celleprøvesaken

Da Avisa Nordlands lesere gikk inn på nettutgaven til avisa fredags morgen den 28. mars 2014 var hovedoppslaget «Politiet etterforsker Nordlandssykehuset». VG, Adresseavisen, Dagens Medisin, samt flere andre norske aviser hadde likelydende overskrifter i sine nettutgaver, mens Dagbladet meldte at Nordlandssykehuset «Har feiltolket prøvesvar i årevis». Nordlys hadde overskriftene «Nordlandssykehuset oppdaget ikke kreft hos flere pasienter» og «Kvinnen hadde kreft i årevis, men det forsto ikke sykehuset».

Saken dreide seg om at Salten politidistrikt hadde åpnet etterforskning av Nordlandssykehuset etter at en pasient hadde anmeldt helseforetaket. Bakgrunnen for anmeldelsen var at flere celleprøver som først viste forstadier til kreft og senere kreft, hadde blitt feiltolket av sykehuset og svart ut som normale. På bakgrunn av at livmorhalskreften hadde fått utvikle seg over flere år uten at hun fikk behandling for dette hadde kvinnen nå kroniske og irreversible skader.

Nordlandssykehuset hadde blitt kjent med at dette hadde skjedd allerede i desember 2012. Noe tidligere, høsten 2012, ble det besluttet å gjennomføre en internrevisjon ved Patologienheten ved Diagnostisk klinikk hvor slike prøver analyseres. Denne internrevisjonen ble gjennomført i februar 2013. Her ble det avdekket at opplæringsplaner og rutiner ikke var gode nok, i tillegg til at avvikssystemet ikke ble brukt på riktig måte. Høsten 2013 ble foretaket kjent med nok et tilfelle hvor en pasient fikk sine celleprøver besvart som normale selv om de viste mistanke til kreft. Begge sakene hadde blitt oversendt Norsk Pasientskadeerstatning, og den ene pasienten hadde på tidspunktet saken ble kjent i media blitt tilkjent erstatning. Fylkesmannen hadde dessuten åpnet tilsynssak på bakgrunn av en av sakene.

Nordlandssykehuset informerte først om hendelsen på sin egen hjemmeside under «melding om uønskede hendelser» 19. mars 2014, altså 9 dager før saken ble omtalt i media. På morgenen 28. mars ble det sendt ut en pressemelding fra sykehuset om saken, og dette førte til at saken raskt ble omtalt i Avisa Nordland, og deretter i de større avisene i landet. Til tross for at det var sykehuset selv som gikk ut med informasjon om hva som hadde skjedd er det ingen tvil om at Nordlandssykehusets omdømme var truet i denne saken, og på bakgrunn av dette

kan man si at virksomhetens omdømme var utsatt for et angrep. Hvordan man i en slik situasjon evner å respondere på et angrep på omdømmet sitt, vil kunne få store konsekvenser for virksomhetens omdømme (Røvik 2007).

Var det å gå ut med saken selv et strategisk grep? I alle fall vet vi at ved å gjøre dette har man mulighet til å påvirke hvilke fortolkningsrammer publikum gis, som igjen vil kunne påvirke hvilke konklusjoner de trekker i saken (Coombs 2015). I og med at foretaket hadde visst om anmeldelsen siden før jul 2013 er det grunn til å tro at de hadde hatt lang tid til å forberede seg på at saken på et eller annet tidspunkt ville bli offentlig kjent, og at det å gå ut på denne måten var et valg forankret i en bevisst strategi.

Medieoppslag som de jeg tar utgangspunkt i når jeg skal skrive om denne saken er åpenbart egnet til å svekke omdømmet til en virksomhet. Denne oppgaven handler om hvordan Nordlandssykehuset reagerte i situasjonen, og jeg vil se på hvorvidt reaksjonen er egnet til å forsvare organisasjonens omdømme sett i lys av utvalgte teoretiske perspektiver.

Problemstillingen jeg ønsker å besvare er:

Hvilke strategier benyttet Nordlandssykehuset for å forsvare sitt omdømme i forbindelse med at celleprøvesaken ble kjent for offentligheten, og var sykehusets omdømmeforsvar egnet i denne situasjonen?

Jeg vil komme nærmere inn på hvordan jeg vil gå frem for å besvare problemstillingen senere i dette kapitlet. Jeg vil imidlertid først kort presentere temaet for oppgaven, det vil si omdømme, omdømmehåndtering og omdømmeforsvar som fagfelt. Jeg vil også komme inn på temaets relevans innenfor offentlig virksomhet – og da særlig helsesektoren som jeg har som utgangspunkt i denne oppgaven.

1.2 Tema

De fleste virksomheter har i dag et fokus på sitt omdømme, sitt image, sin identitet.

Røvik (2008) har identifisert organisatorisk omdømmehåndtering som en av samtidens fem hovedtrender når det gjelder organisasjonstenkning, og han mener interessen bunnner i forestillinger om at det er sterke sammenhenger mellom en organisasjons omdømme og dens «bunnlinje». I løpet av de siste 10-20 årene har bruken av begrepet omdømme og interessen

for hvordan omdømmet kan påvirkes økt voldsomt (Brønn og Ihlen 2009), og det er således et relativt nytt fagfelt. Til tross for at fagfeltet er ungt er omfanget av litteratur på området stort og det øker raskt.

Den økte interessen for feltet gjør at faren for å havne i medias søkelys på grunn av saker som vil kunne medføre omdømmeproblematikk er større nå enn det var tidligere. Dette på grunn av at medieoppmerksomheten rundt disse sakene har vokst i takt med organisasjonenes interesse for å skaffe seg et godt omdømme (Brønn og Ihlen 2009). Dette vil igjen føre til at organisasjonenes interesse for å skaffe og opprettholde et godt omdømme øker ytterligere. Media regnes som en sterk meningsdanner i den offentlige debatten, og hvordan mediene fremstiller en virksomhet vil være av betydning for dens omdømme. Mediehåndtering vil på grunn av dette være en viktig faktor når en virksomhet er i en situasjon der omdømmet er truet. Hvordan man skal reagere og hvilke strategier som bør benyttes når omdømmet er truet er dermed et aktuelt tema i omdømmelitteraturen.

Omdømme var tidligere et tema som i hovedsak var knyttet til privat virksomhet. For private virksomheter vil omdømmet være avgjørende når det gjelder hvorvidt bedriften overlever i konkurranse med andre aktører. Offentlige virksomheter har ikke den samme risikoen for å gå konkurs eller måtte nedlegges på bakgrunn av slike hensyn. Likevel har det vært et økende fokus også på offentlige virksomheters omdømme de senere år. Selv om det skal mye til for at omdømmet får tilsvarende konsekvenser for en offentlig virksomhet er disse likevel avhengige av tillit i befolkningen. Dersom denne tilliten mangler kan det komme krav om nedlegging, sammenslåing med andre etater, modernisering, budsjettkutt osv. (Wæraas, Byrkjeflot og Angell 2011).

I helsesektoren har det de senere årene blitt gjennomført store endringer. Sykehusreformen i 2002 medførte at eierskapet ble overført fra fylkeskommunene til staten, og det ble opprettet regionale og lokale helseforetak. Fritt sykehusvalg var en av konsekvensene av reformen, og pasientene ble med dette mer naturlig å sammenligne med kunder i et privat marked enn tidligere. Endringene medførte en forventning om at helseforetakene skulle opptre som bedrifter i større grad enn tidligere, og at foretakene måtte konkurrere bevisst om pasienter, medarbeidere og ressurser (Wæraas, Byrkjeflot og Angell 2011). I et slikt perspektiv vil omdømme og tillit være vesentlige fokusområder for de enkelte foretakene. Gjennom en undersøkelse hvor bl.a. kommunikasjonsarbeiderne ved flere norske helseforetak ble

intervjuet fant man imidlertid at det generelt er blandede følelser til omdømmebegrepet i sykehusene (Hogne Lerøy Sataøen i Wæraas et al 2011). Fokuset i foretakene er først og fremst på likhet og trygghet, og det råder en oppfatning av at det er upassende å skille seg for mye ut. Sykehusene er imidlertid avhengige av tillit, og når man snakker om omdømme i forbindelse med sykehus er det nettopp graden av tillit og legitimitet i befolkningen man vanligvis sikter til.

1.3 Avgrensning

Temaet for denne masteroppgaven er omdømmeforsvar; hvordan man håndterer en omdømmekrise, eller det vi også kaller et *angrep* på en virksomhets omdømme. For å belyse temaet vil jeg benytte en case, og studere hvordan Nordlandssykehuset reagerte – og hvilke strategier som ble tatt i bruk – når omdømmet ble truet i forbindelse med den såkalte celleprøvesaken våren 2014. Det jeg er opptatt av er hvilke strategier vi kan avdekke gjennom å følge saken utenfra, altså det publikum ser ved å følge saken i aviser og TV-sendinger. Jeg studerer med andre ord ikke hvilke vurderinger som lå til grunn for at sykehuset valgte å respondere som de gjorde, og hvorvidt de valgene de tok var forankret i en bevisst strategi.

For å svare på første del av problemstillingen, identifisere hvilke strategier foretaket benyttet, vil jeg benytte Coombs og Benoits teorier som gir en oversikt over de forskjellige strategiene som brukes i slike situasjoner. Benoits teori om imagegjenoppretting er egnet til å gjenkjenne de forskjellige typer av verbale forsvarsresponser man kan benytte seg av for å forsvare sitt omdømme. Coombs teori om situasjonsbestemt krisekommunikasjon (SCCT) har mange likheter med Benoits teori, men ser samtidig krisen i sammenheng med den aktuelle situasjonen, både i forhold til krisetype, krisehistorikk og tidligere omdømme.

Jeg vil deretter benytte Coombs SCCT som utgangspunkt for å vurdere hvorvidt disse reaksjonene var egnet til å forsvare foretakets omdømme, som er den andre delen av problemstillingen. I tillegg til dette vil jeg gjennom fokusgruppeintervju danne meg et inntrykk av hvordan publikum reagerte på oppslagene i media og hvorvidt de anser Nordlandssykehusets respons som troverdig og tillitsvekkende. På denne måten får jeg testet forsvaret på et publikum og undersøkt hvorvidt publikums reaksjoner samsvarer med det Coombs anser som den beste kriseresponsen i denne konkrete situasjonen.

Jeg vil i all hovedsak forholde meg til Nordlandssykehusets første reaksjon; det vil si det som ble kommunisert ut den første dagen saken ble kjent i media. Konkret vil jeg fokusere på hvordan Nordlandssykehuset responderte på omdømmetrusselen de sto ovenfor gjennom pressemelding, pressekonferanse og intervju dagen saken ble kjent gjennom media.

For å kunne svare på problemstillingen vil jeg:

- Avdekke hvilke forsvarsstrategier som kan identifiseres i medieoppslag, pressekonferansen og nyhetsreportasje samme dag som saken ble kjent.
- Vurdere kriseresponsens form.
- Drøfte hvorvidt formen og innholdet i Nordlandssykehusets kriserespons kan sies å være egnet sett i lys av relevant teori.
- Danne meg et inntrykk av hvordan publikum tolket Nordlandssykehusets forsvar som en del av grunnlaget for å vurdere om omdømmeforsvaret var egnet – eller vellykket – i denne saken.

1.4 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Omdømme, omdømmehåndtering og omdømmeforsvar er tema som er svært aktuelle, etter hvert også i offentlig sektor. Omdømmefeltet har tidligere vært et område privat sektor har hatt fokus på i langt større grad enn offentlig sektor, selv om de tradisjonelt har brukt andre begrep; merkevarebygging, branding, kommunikasjonsstrategier osv (Røvik 2007). Helseforetakene er i en slags mellomstilling; de er «halvoffentlige», finansieres over statsbudsjettet men har et langt større fokus på økonomistyring og inntjening enn de fleste andre offentlige virksomheter. Et godt omdømme er viktig for helseforetakene på grunn av konkurransen om pasientene og menneskelige ressurser i et arbeidsmarked som preges av mangel på profesjoner innenfor flere sentrale områder. I tillegg kan det tenkes at et godt omdømme vil være av betydning når det gjelder forholdet til det regionale helseforetaket, som er overordnet beslutningsmyndighet blant annet i forhold til funksjonsfordeling og lignende. Omdømmehåndtering bør helt klart ha et fokus i helseforetakene, og jeg synes hvordan man arbeider med dette i foretakene er et svært interessant tema.

Innenfor fagfeltet finner jeg temaet omdømmeforsvar særlig interessant. Spesielt er det spennende å se hvordan saker kan utvikle seg på bakgrunn av hvordan et angrep på en virksomhets omdømme blir håndtert. Det er ikke alltid at graden av omdømmetrussel samsvarer med de konsekvenser saken til slutt får for virksomhetens omdømme, og hvordan

man håndterer slike kriser er dermed av stor betydning. Hvilken effekt forsvaret har avhenger dessuten ikke alltid av om det er sannheten som blir fortalt, men mer av om befolkningen aksepterer det som blir fortalt. Dette kan tyde på at form er vel så viktig som innhold i slike sammenhenger (Kvåle og Wæraas 2006). Dersom et angrep på en virksomhets omdømme blir håndtert på feil måte kan man stå ovenfor en «dobbeltkrise», hvor man har en kommunikasjonskrise å forholde seg til i tillegg til den opprinnelige krisen (Johansen og Frandsen 2007).

Omdømmeforsvar er et tema som det kan skrives mange masteravhandlinger om med utgangspunkt i helseforetak. Noen er allerede skrevet; blant annet om tarmkreftsaken ved Sørlandet sykehus (Førde 2014) og om kirurgisaken ved Nordlandssykehuset (Karlsen og Lauritzen 2013). Helseforetakene synes stadig å være i medias søkelys i forbindelse med større og mindre kriser og skandaler. Det er kanskje ikke så rart at media er opptatt av saker som er knyttet til foretakene. Saker som handler om trygghet og tillit til sykehusene er noe som på en eller annen måte berører de fleste av oss. Vi er alle i kontakt med sykehusene i større eller mindre grad i løpet livet, og det er ofte når man er på det mest sårbare – i forbindelse med fødsel og død, alvorlig og/eller kronisk sykdom, eller når det er mistanke om dette. Det at befolkningen har tillit til sykehusene synes å være det viktigste elementet i forhold til foretakenes omdømme. Hvorvidt Nordlandssykehuset lyktes i å forsvare sitt omdømme på en tillitsvekkende måte da celleprøvesaken ble kjent er dermed interessant.

Før jeg valgte case og problemstilling ønsket jeg å undersøke hvilke sammenlignbare studier innenfor omdømmeforsvar som var gjort tidligere. I tillegg til de jeg allerede har nevnt, fant jeg blant annet masteravhandlinger skrevet om organisasjoner som NSB, Gilde og Kuraas, og om offentlige personer som Gerd Liv Valla og Petter Northug. Det som er felles for disse oppgavene er at det er tatt utgangspunkt i Coombs og/eller Benoits teorier for omdømmeforsvar og med bakgrunn i avisartikler o.l. har man analysert hvorvidt omdømmeforsvaret har vært vellykket på bakgrunn av anbefalinger i det teoretiske materialet. Noen få har også valgt å intervju sentrale personer i virksomhetene det handler om.

Analysens konklusjon i forhold til andre del av problemstillingen - altså hvorvidt forsvarsresponsen var egnet i denne konkrete situasjonen - vil også i min oppgave som et utgangspunkt basere seg på gjeldende teori om hva som er anbefalt fremgangsmåte på bakgrunn av blant annet krisetype og krisehistorikk. Jeg ønsket imidlertid i større grad å

undersøke hvordan omdømmeforsvaret **faktisk** fungerte, og ikke bare avdekke hvorvidt strategiene er i samsvar med anbefalinger fra teori. Det ville i så måte vært interessant å finne ut hvordan Nordlandssykehusets omdømme var før og etter denne saken ble kjent, som et ledd i å vurdere hvorvidt foretaket lyktes i sitt omdømmeforsvar. I og med at det ikke finnes noen målinger på sykehusets omdømme før saken startet lar imidlertid ikke dette seg gjøre. På grunn av at saken heller ikke er avsluttet, ville jeg uansett ikke kunnet trekke noen endelig konklusjon om hvordan sykehuset lyktes å forsvare sitt omdømme i forbindelse med celleprøvesaken. Jeg har likevel ønsket å danne meg et inntrykk av hvordan publikum – sykehusets potensielle «kunder» - oppfatter saken og hvor tillitsvekkende de vurderer at forsvarsresponsen er. Dette er grunnen til at jeg har valgt å intervju to fokusgrupper om dette temaet. Målet har vært å finne ut om reaksjonene fra deltakerne i fokusgruppene understøtter eller er i motstrid til det teorien sier om hvordan Nordlandssykehuset burde ha respondert ut fra konteksten. Dette vil være en del av grunnlaget når jeg skal vurdere hvorvidt omdømmeforsvaret var egnet i denne konkrete situasjonen.

Jeg har valgt å gå i dybden på Nordlandssykehusets første reaksjon da krisen inntraff, med hovedfokus på avisoppslagene den første dagen saken ble kjent i riksmidia og hvilke strategier Nordlandssykehuset tok i bruk for å forsvare sitt omdømme under pressekonferanse og intervju samme dag. Det er flere grunner til at jeg i hovedsak har valgt å ta utgangspunkt i denne første reaksjonen. Det ene er at hvordan man først responderer når man står ovenfor en omdømmetrussel kan ha mye å si for hvordan en slik sak utvikler seg. Dette så vi blant annet i saken om Gerd Liv Valla (Endresen 2012) og i saken om Kenneth Starr (Benoit 1999). I forbindelse med at celleprøvesaken ble kjent skjedde dessuten veldig mye den første dagen, og jeg har således mye mer grunnlagsmateriale enn man normalt ville hatt ved å ta utgangspunkt i en enkel dag. Den viktigste grunnen er imidlertid som nevnt at saken fortsatt ikke er avklart, da etterforskningen ikke er avsluttet – og det er således ikke mulig å kunne konkludere i forhold til om omdømmeforsvaret i celleprøvesaken totalt sett har vært vellykket. I perioden som jeg har brukt på å skrive denne oppgaven har to uavhengige patologer, som ble oppnevnt som sakkyndige i januar i år, arbeidet med å finne ut om de feiltolkede celleprøvene omfattes av straffeloven. De sakkyndige har frist til 6. november med å avgi sin uttalelse, og det kan forventes at det vil komme flere oppslag om saken etter dette tidspunktet. Hvorvidt celleprøvesaken vil skade Nordlandssykehusets omdømme vil man ikke kunne konkludere med før en tid etter at saken er avsluttet.

1.5 Oppgavens videre struktur

Denne oppgaven består av seks kapitler. I dette første kapitlet har jeg gjort rede for og begrunnet temaet jeg ønsker å studere samt hvilken problemstilling jeg ønsker å få svar på gjennom denne oppgaven. I kapittel to vil jeg presentere det teoretiske rammeverket som jeg vil benytte som et grunnlag for analysen. Jeg vil gjøre rede for metode og metodevalg i kapittel tre, samt beskrive hvordan jeg rent praktisk gikk frem under arbeidet med oppgaven. I kapittel fire vil jeg presentere celleprøvesaken nærmere, som et bakteppe for analysen i kapittel fem. I kapittel seks vil jeg oppsummere hvilke konklusjoner jeg kan trekke ut fra mine funn og gjeldende teori.

KAPITTEL 2 OMDØMMEFORSVAR OG KRISEKOMMUNIKASJON

I dette kapitlet vil jeg presentere det teoretiske rammeverket som jeg vil benytte for å avdekke hvilke forsvarsstrategier Nordlandsykehuset benyttet i celleprøvesaken, samt vurdere om forsvaret var egnet i den situasjonen de sto ovenfor. Jeg vil først redegjøre for noen sentrale begreper, før jeg kort vil nevne hva litteraturen sier om hva som skal til for å få et godt omdømme, hvorfor dette er viktig og hvilken rolle media spiller i forhold til virksomheters omdømme. Til slutt vil jeg redegjøre for teori rundt omdømmeforsvar og krisekommunikasjon. Her vil jeg først og fremst fokusere på hovedteoriene som benyttes i oppgaven; Benoits teori om imagegjenopprettelse og Coombs situasjonsbestemte krisekommunikasjonsteori (SCCT).

2.1 Sentrale begreper

I omdømmelitteraturen er det relativt store sprik når det gjelder hvordan man benytter de sentrale begrepene på dette området. Jeg vil nå gå nærmere inn på hva jeg tar utgangspunkt i når det gjelder det begrepet omdømme, og hva som skiller det fra de beslektede begrepene identitet og image. Jeg vil også gå inn på begrepet omdømmehåndtering, og deretter se på hvordan en omdømmekrise – et angrep på en virksomhets omdømme – kan forstås.

2.1.1 *Omdømme, image og identitet*

Begrepet omdømme kan forstås på flere måter, men det handler i stor grad om hvem vi ønsker å identifisere oss med, hvem vi ønsker å samarbeide med eller motta tjenester fra. Med omdømme mener vi vanligvis hvilken oppfatning omgivelsene har av en organisasjon, slik som når Wæraas (2004:63,) helt enkelt sier at omdømme er «summen av omgivelsenes oppfatning av organisasjonen». Jeg vil også trekke fram Benoits definisjon (1997:225) som sier at omdømme er «den oppfatning et publikum har av en person (en gruppe eller en organisasjon) og som formes av denne personens ord og handlinger, så vel som diskusjonene og atferden til andre relevante aktører». Hva man *kommuniserer* og hva man *gjør* er dermed sentralt i hvordan omdømmet formes.

Det som er gjennomgående er at omdømmet er basert på vurderinger som *andre* gjør, og at dette er vurdert på bakgrunn av de oppfatninger disse andre har - uavhengig av om oppfatningene er riktige eller ikke. Oppfatningene bygges over tid, og det handler om hva omverdenen eller interessentene *virkelig* mener om virksomheten. Det er viktig å forstå at

virksomheten har en identitet, at den kan konstruere et image, men at omdømme er noe en gjør seg fortjent til (Brønn og Ihlen 2009:79). Selv om omdømme, image og identitet er beslektede begreper, og ofte brukes om hverandre, er de likevel forskjellige fenomener (Brønn og Ihlen 2009).

Med image tenker vi gjerne på det flyktige, det umiddelbare inntrykket man har av en organisasjon – eller; det inntrykket organisasjonen selv ønsker å gi omgivelsene. Image bygges gjerne gjennom reklamekampanjer, og dreier seg i stor grad om fasade (Brønn og Ihlen 2009).

Når vi snakker om en organisasjons identitet, tenker vi gjerne på det som en organisasjons selvforståelse. Eller som Kvåle og Wæraas (2006:13) sier det: ««Identitet» er svaret på kven ein er.» I denne selvforståelsen legger man vekt på det som skiller seg fra andre, det som gjør en organisasjon unik. Det er de varige, iboende trekkene som gjør en organisasjon særegen, og ved å se på begrepet på denne måten er grensene for hva som er organisasjonens identitet og hva som er organisasjonens kultur flytende.

2.1.2 Omdømmehåndtering

Mens Brønn og Ihlen (2009) mener at det er vanskelig å styre ens eget omdømme i og med at det er omverdenen som «eier» omdømmet, ser Røvik (2007) på omdømmehåndtering som en av de aller sterkeste organisasjonstrendene i samtiden. Sikkert er det i alle fall at det finnes utallige «oppskrifter» for å bygge et godt omdømme, og for å forsvare omdømmet når det er i krise.

Røvik (2008:196) definerer omdømmehåndtering som *«tiltak rettet inn mot bevisst, planmessig presentasjon av en organisasjon overfor relevante aktørgrupper i omgivelsene med sikte på å styrke dissers oppfatninger av og tillit til organisasjonen.»*

Det er ved å kommunisere hvilken identitet organisasjonen har at omdømmet bygges. Ønsker man å styre ens eget omdømme må man med andre ord begynne med å kartlegge og eventuelt utvikle identiteten. Brønn og Ihlen (2009:14) mener to kjernesporsmål bør ligge til grunn: «Hvem er vi» og «Hvem vil vi være?». Et gap mellom egentlig identitet, kommunisert identitet og oppfattet identitet er en av hovedårsakene til at en organisasjon får problemer med omdømmet (Brønn og Ihlen 2009).

Det at virksomheter presenterer seg selv og hva de står for overfor sitt publikum er en selvfølge i dag (Kvåle og Wæraas 2006). De fleste gjør dette blant annet ved å presentere sine verdier og visjoner – og eventuelt sine slagord – på en egen hjemmeside. Mange presenterer også historien til virksomheten, der det fremkommer hva de har oppnådd og hvordan de har kommet dit de er i dag. I tillegg er logoer og symboler, samt andre grafiske identitetsuttrykk, med på å definere den organisatoriske identiteten (Kvåle og Wæraas 2006). Ved å presentere dette ovenfor publikum kommuniserer virksomheten hvordan de ønsker å fremstå, og hvilken identitet de ønsker å bli kjent for.

2.1.3 Omdømmekrise

Fra tid til annen ser vi at virksomheter opplever at det blir stilt spørsmål ved den identiteten de presenterer; de egenskapene og verdiene de ønsker å være kjent for. Dette kan bunne i noe virksomheten har gjort eller kommunisert, og som ikke stemmer overens med det omdømmet de har eller hvordan virksomheten selv presenterer seg og sin identitet ovenfor offentligheten. Når dette skjer oppstår det gjerne tvil om hvilke verdier og egenskaper virksomheten egentlig har (Kvåle og Wæraas 2006). I en slik situasjon kan man si at omdømmet er utsatt for et angrep eller at man har en omdømmekrise.

En populær definisjon av en krise er «*big trouble that arises suddenly*» (Lerbinger 1997). Lerbinger (1997) hevder at enkelte alvorlige ulykker som oppstår ikke vil bli definert som en krise i den angjeldende virksomheten med mindre ulykken medfører negativ oppmerksomhet fra media. Og motsatt; ethvert problem vil kunne defineres som krise dersom det havner på medienes førstesider.

Coombs (2012:3) skiller mellom krise og katastrofe, og sammenfatter flere definisjoner på en (organisatorisk) krise på følgende måte:

«A crisis is the perception of an unpredictable event that threatens important expectancies of stakeholders related to health, safety, environmental, and economic issues, and can seriously impact an organization's performance and generate negative outcomes.»

Coombs trekker her inn både det at en krise er uforutsett, at den truer viktige forventninger hos interessentene, at den kan gripe vesentlig inn i hvordan organisasjonen presterer, og kan medføre et negativt utfall. Det at krisen er uforutsett betyr ikke at den nødvendigvis er uventet. Alle virksomheter bør forberede seg på krise i følge Coombs; man vet at den vil

komme – selv om man ikke vet når den treffer og i hvilken form. Coombs er videre opptatt av at så lenge andre (interessentene) definerer situasjonen som en krise, så *har* man en krise. Det er med andre ord ikke hvordan virksomheten selv definerer situasjonen med tanke på dette som er viktig, men hvilken oppfatning omverdenen har.

2.2 Hva skaper et godt omdømme og hvorfor er et godt omdømme viktig?

Selv om det råder uenighet blant sentrale teoretikere om hvorvidt det i det hele tatt er mulig å styre ens eget omdømme, har fleste likevel en felles forståelse av at en organisasjons omdømme formes over tid og påvirkes av hva organisasjonen har gjort og hvordan den har opptrådt (Balmer 2003 i Brønn og Ihlen 2009). Brønn og Ihlen (2009) er opptatt av at omdømme egentlig handler om relasjoner og tillit. De fremhever at det er kvaliteten på relasjonene og virksomhetens adferd som er det viktigste for å skape et godt omdømme, ikke hvilke budskap man sprer.

Det å synes, kunne skille seg ut fra andre, være autentisk, transparent og konsistent i det man sier og det man gjør anses som viktig for å bygge et godt omdømme (Fombrun og Van Riel 2003). Transparens virker for eksempel å være en helt selvfølgelig ingrediens i omdømmelitteraturen. Transparens gir tillit fordi allmennheten selv kan se hva som skjer, og uten tillit er det vanskelig å bygge et godt omdømme. Også i offentlig forvaltning er det et økende fokus på transparens. De fleste offentlige virksomheter er i sosiale medier, de legger ut informasjon på hjemmesider som de ikke nødvendigvis er forpliktet til å gjøre og de forteller omverdenen at åpenhet er en overordnet verdi (Wæraas, Byrkjeflot og Angell 2011).

I omdømmeundersøkelsen RepTrak defineres omdømme som «graden av respekt, beundring, tillit og gode følelser som interessentene har ovenfor en organisasjon» (Brønn og Ihlen 2009:91). Organisasjonenes omdømme måles ut fra sju dimensjoner; økonomi, produkter og tjenester, innovasjon, ledelse, arbeidsmiljø, etikk og arbeidsmiljø. Resultatene kan variere noe, men det er mye som tyder på at de som gjør det best i omdømmemålinger er de som scorer høyt på alle disse områdene (Brønn og Ihlen 2009).

I dagens «omdømmesamfunn» tar vi for gitt at et godt omdømme er viktig, og at alle organisasjoner har et omdømme som bør passes på. På bakgrunn av dette ser vi det som både naturlig og nødvendig å ha fokus på hvordan man fremstår i offentligheten (Wæraas, Byrkjeflot og Angell 2011:21). Et godt omdømme fungerer som en magnet; vi tiltrekkes av de

som har det, enten vi er kunder, investorer eller jobbsøkere (Fombrun og van Riel 2003). Brønn og Ihlen (2009) påpeker at et godt omdømme er verdifullt, sjeldent og kan ikke imiteres, og at virksomheten bør hegne om den verdien som ligger i et godt omdømme. Det kan dessuten være et viktig konkurransefortrinn, både ved at man kan prise produktene høyere, få lavere innkjøpspriser, opparbeide kundelojalitet, tiltrekke seg investorer samt rekruttere velkvalifisert personale. Virksomheter med godt omdømme tåler dessuten skandaler og omdømmetrusler bedre enn virksomheter med dårlig omdømme. Brønn og Ihlen viser til Coombs og Holladay (2006) som hevder at et godt omdømme fungerer som et skjold i kriser. De bruker eksempelet med Gilde og e-colisaken, der selskapet kom seg gjennom krisen på bakgrunn av god krisehåndtering og at de på forhånd hadde et godt omdømme.

2.3 Medias rolle

Et angrep på en organisasjons omdømme kommer gjerne via medieoppslag. At avisene vil ha konflikter, og at historier hvor noen er blitt «tatt på senga» selger, er ingen hemmelighet. Historier i media som kan true en organisasjons omdømme handler gjerne om at virksomheten har gjort noe ulovlig, noe uetisk, en feilvurdering eller at de har gjort noe som strider mot organisasjonens kommuniserte verdier og identitet. Dersom historien handler om noen som har makt eller berømmelse, eller der avstanden er stor mellom det vedkommende organisasjon eller leder har gjort og det man forventer at de skal gjøre, vil det være desto større grunn for en journalist til å sette et kritisk søkelys på saken.

Brønn og Ihlen (2009) hevder at mediene har betydning både i forhold til å sette dagsorden og til å være de som fortolker virkeligheten. Når mediene setter dagsorden gjør de det både for å ivareta sitt oppdrag som «samfunnets vaktbikkje», men de har også en selvstendig interesse i å holde saker varme i media. Til mer interesse de skaper om en sak, jo bedre selger avisene.

Når mediene er de som lager tolkningsrammene medfører dette at mediene selv har stor innflytelse på hvilke rammer vi som lesere eller seere fortolker virkeligheten ut fra, med andre ord; hvilke selvfølgheter som ligger til grunn for hvordan leserne/seerne tolker informasjonen man får i en sak. Frandsen og Johansen (2007:69) viser til Rosenthal, Boin og Comfort (2001:2) som omtaler at en krise utgjør «en mangfoldig virkelighet» som gir anledning til mange oppfattelser og definisjoner av en situasjon eller en hendelse. Bruk av tolkningsrammer kan sees på som struktureringen av et perspektiv gjennom utvelgelse og vektlegging av visse aspekter når en sak fremstilles av media (Entman 1993 i Brønn og Ihlen 2009).

2.4 Omdømmeforsvar og krisekommunikasjon

Når omdømmet trues vil en naturlig respons være å iverksette tiltak for å minimere skaden. Det handler om å beskytte og gjenopprette virksomhetens omdømme ved å ta i bruk strategiske grep. Men hva kan man egentlig gjøre dersom man blir utsatt for et omdømmeangrep – for eksempel gjennom media?

Selv om Kvåle og Wæraas (2006) beskriver forsvar av en organisasjons identitet – eller omdømme – som en strategisk aktivitet, mener de også at det ofte vil være en naturlig forsvarsmekanisme. Intuitivt vil et angrep på omdømmet kunne føre til at man som en ryggmargsrefleks vil nekte, rettferdiggjøre eller finne på unnskyldninger for handlingen man er beskyldt for. Når man instinktivt benytter denne type strategier vil det i mange tilfeller vise seg at dette ikke virket på den tilsiktede måten. Det er imidlertid viktig at man er konsistent i sin respons, og at man «snakker med en stemme» (Coombs 2015). Ved å være forberedt på krise og ha en krisehåndteringsplan vil man lettere kunne sikre at man lykkes i å være konsistent i sin håndtering av en krise.

Både valg av strategi og hvordan man bruker strategien vil innvirke på hvor godt strategien vil virke i situasjonen (Benoit og McHale 1999). Kvåle og Wæraas (2006) viser til Scott og Lyman (1968) når de trekker inn begrepet «*sociology of talk*» ved drøfting av dette temaet. Dersom et forsvar skal være effektivt må man ta hensyn til hva som er sosialt aksepterte måter i ens egen kultur når det gjelder å takle kontroversielle hendelser. Hva som vil fungere i den enkelte situasjonen vil avhenge av hva som vil være «riktig» i forhold til verdier, forventninger, forestillinger osv. Det er et paradoks at sett i lys av dette vil en løgn kunne være mer effektivt enn sannheten, dersom løgnen passer bedre til forventningene.

Selv om forsvar av omdømme og identitet handler om strategier, kan omdømmeforsvar også sees på i et symbolsk perspektiv. Kvåle og Wæraas (2006) mener at bare det å ta virksomheten i forsvar, er en viktig symbolsk aktivitet som i seg selv kan virke legitimerende. De viser til at dersom ledelsen *ikke* forsvarer virksomheten kan dette reflektere usikkerhet og passivitet, og at virksomheten ikke har kontroll over situasjonen. Dersom reaksjonen kommer sent kan dette forstås som at virksomheten er treg og inkompetent. Motsatt; dersom responsen kommer raskt kan dette signalisere en aktiv og imøtekommende virksomhet som har kontroll over situasjonen (Coombs 1998 i Kvåle og Wæraas 2006).

I følge Kvåle og Wæraas (2006) er verbal kommunikasjon et virkemiddel som ofte brukes for å forsvare et angrep som truer den identiteten og de verdiene en organisasjon ønsker å vise sine omgivelser at de står for. W. Timothy Coombs og William L. Benoit har utarbeidet to av de mest kjente teoriene om hvilke verbale strategier som benyttes i forbindelse med omdømmeforsvar og krisekommunikasjon. Begge baserer sine teorier på både sin egen og andres forskning, og har mye til felles – men også ulikheter som gjør at strategiene de omtaler i tillegg til å være sammenfallende også utfyller hverandre. Teoriene er egnet til analyse av casestudier av omdømmeforsvar, men der Benoit i hovedsak utdyper hva de forskjellige responsene kan innebære er Coombs teori mer egnet til bruk til å analysere hvilke strategier man bør bruke i bestemte krisesituasjonsteorier. Jeg vil nå redegjøre for begge teoriene, og disse vil være verktøyene jeg vil bruke i analysen i kapittel 5.

2.4.1 Benoits teori om imagegjennoppretelse

En av de mest kjente modellene som benyttes for å gjenkjenne og skille fra hverandre de forskjellige strategiene som brukes i forbindelse med omdømmeangrep er Benoit's teori om gjenoppretelse av omdømme – eller «image repair» som han kaller det. Teorien finner vi bl.a. beskrevet i artikkelen «*Kennet Starr's Image Repair Discourse Viewed in 20/20*» (Benoit og McHale 1999). Benoit har delt opp strategiene i fem brede kategorier av imagegjennoprettelsesstrategier, hvor noen også er delt opp i flere underkategorier:

Benektelse

Blank nekting / benekte skadevirkningen

Skyld på andre

Ansvarsfraskrivelse

Svar på provokasjon

Mangel på informasjon/kontroll

Uhell

Gode intensjoner

Redusering av klanderverdighet / oppfattet skade

Styrke og fremheve gode sider ved seg selv

Minimalisere

Differensiere

Oppfyllelse av høyere mål

Angripe angriperen

Tilby kompensasjon

Korrigerende handlinger

Beklagelse

Benoit (1997:253)

Benektelse er Benoits første hovedkategori. Det kan være *blank nektning* (nekte for å ha utført handlingen overhodet, eventuelt at handlingen ikke har skjedd i det hele tatt), *benekte skadevirkningen* (innrømmer å ha utført handlingen, men nekter for at handlingen var skadelig eller uheldig), eller *skylde på andre* (innrømmer at handlingen har skjedd, men hevder at noen andre utførte handlingen). Benektelse kan sees på som den mest primitive reaksjonen på et angrep, og kan ofte være den første emosjonelle responsen virksomheten gir i en situasjon som truer dens identitet og omdømme. Kvåle og Wæraas (2006) beskriver dette som en «ryggmargsrefleks» som gjerne oppstår før man kommer på bedre tanker, eller situasjonen krever en mer avansert reaksjon på situasjonen.

Ansvarsfraskrivelse er Benoits neste hovedkategori. Også denne strategien har sine forskjellige varianter: *Svar på provokasjon* (det man gjorde var kun et svar på andres handlinger), *mangel på informasjon/kontroll* (handlingen var et resultat av mangel på informasjon eller kontroll over situasjonen), *uhell* (handlingen var en følge av et uhell eller ulykke utenfor organisasjonens/personens kontroll) eller *gode intensjoner* (handlingen ble utført med gode intensjoner - man ønsket egentlig å gjøre noe bra, men resultatet ble ikke som man ønsket). Felles for disse er at man vedgår å ha gjort det man er anklaget for, men forsøker å redusere skadevirkningene ved å vise at man ikke kan bebreides for det man har gjort. Ved å benytte strategien *mangel på informasjon/kontroll* eller *uhell* hevder man at man ikke kan holdes fullt ut ansvarlig for det som har skjedd.

Redusering av klanderverdighet/oppfattet skade er en hovedkategori med ikke mindre enn seks forskjellige underkategorier. Man kan *styrke og fremheve gode sider ved seg selv*, som mange også vil kalle *nekte for krise* (ved å forsterke de positive sidene kan krisen virke mindre alvorlig enn handlingen skulle tilsi), *minimalisere* (handlingen er ikke så skadelig som den så ut til å være), *differensiere* (handlingen skiller seg fra andre handlinger ved at den er mindre skadelig enn det andre har gjort tidligere), hevde at handlingen har ført til *oppfyllelse*

av høyere mål (selv om handlingen var skadelig for noen få, var den til gode for det store flertall), *angripe angriperen* (sette andre i et dårlig lys) eller *tilby kompensasjon* (tilby kompensasjon for å redusere skadevirkningene).

Korrigerende handlinger medfører at organisasjonen tar ansvar for det man har gjort og ønsker å rette opp skadevirkningene (lover å føre situasjonen tilbake slik den var, eller lover at handlingen ikke vil gjenta seg). Denne vil vi se igjen i det Coombs kaller *justerende informasjon*.

Beklagelse er Benoits siste strategi, hvor den som er anklaget tar ansvar for å ha utført handlingen, innrømmer at den var uheldig og ber om tilgivelse. I sin drøfting av organisasjonsidentitet trekker Kvåle og Wæraas (2006) også inn *delvis beklagelse* i denne hovedkategorien (beklagelse uten å tilstå skyld og ansvar), som også kan brukes sammen med *korrigerende handlinger*. I artikkelen «Hugh Grant's Image Restoration Discourse: An Actor Apologizes» (1999) hevder Benoit at det er mer risikabelt for personer eller organisasjoner med ansvar – eksempelvis politikere - å bruke beklagelse som strategi enn det er for skuespillere og andre i lignende yrker. Grunnen til dette er at det ikke er like lett for disse å få lagt hendelsene bak seg. Det er heller ikke alltid like effektivt å benytte beklagelse som strategi for å bevare sitt omdømme, og beklagelsen må i alle tilfeller virke oppriktig.

2.4.2 Coombs situasjonsbestemte krisekommunikasjonsteori (SCCT)

Selv om Coombs og Benoits teori på mange måter kan sies å være like, skiller Coombs situasjonsbestemte krisekommunikasjonsteori (SCCT) seg fra Benoits teori med at han i tillegg til å beskrive de forskjellige strategiene også angir hvilke strategier som bør benyttes i forhold til ulike kriser.

Coombs teori er en teori som videreutvikles jevnlig, og jeg velger å forholde meg til siste versjon som han beskriver i sin bok «Ongoing Crisis Communication. Planning, Managing, and Responding» (2015) hvor han definerer fire hovedkategorier av strategier med tilhørende underkategorier. Disse har som nevnt mye til felles med Benoits strategier, og jeg velger derfor kun å gjengi strategiene i en tabell, fremfor å gjennomgå de nærmere. Grunnen til at jeg velger å gjengi Coombs strategier til tross for at disse i stor grad er sammenfallende med Benoits strategier, er at Coombs kategoriserer sine strategier på en litt annen måte enn Benoit og han har dessuten også noen færre strategier. Når jeg videre gjør rede for Coombs

situasjonsbestemte krisekommunikasjonsteori, er det hans egne strategier og kategorier jeg tar utgangspunkt i. Selv om jeg senere i oppgaven også vil benytte Benoit sine beskrivelser av de forskjellige forsvarsstrategiene vil jeg i hovedsak forholde meg til Coombs kategorisering.

Benektelsesstrategier	
Angripe angriperen	Konfrontere personen/gruppen som hevder at det eksisterer en krise. Responsen kan inkludere en trussel om å bruke makt (eksempelvis søksmål) mot angriperen.
Nekte for krise	Hevde at det ikke eksisterer noen krise. Responsen kan inkludere en forklaring på hvorfor den ikke eksisterer.
Skyld på andre	En annen person eller gruppe utenfor organisasjonen beskyldes for krisen.
Reduksjonsstrategier	
Unnskyldninger / Bortforklaringer	Minimere ansvaret for krisen. Responsen kan inkludere at man benekter at organisasjonen hadde til hensikt å volde skade eller hevde at organisasjonen ikke hadde kontroll over hendelsen som forvoldte krisen.
Rettferdiggjøring	Minimere skaden som førte til krisen. Responsen kan inkludere at man hevder at det ikke var noen alvorlig skade eller at offeret fortjente det som hendte.
Gjenoppbyggingsstrategier	
Kompensasjon	Organisasjonen tilbyr penger eller gaver til offeret.
Beklagelse	Organisasjonen tar offentlig fullt ansvar for krisen og ber om tilgivelse.
Styrkingsstrategier	
Påminnelse	Organisasjonen påminner publikum om dens tidligere gode arbeid.
Innsmigring	Organisasjonen smigrer eller berømmer publikum.
Offerrolle	Organisasjonen forklarer hvordan den også er offer for krisen.

Coombs (2015:145)

I tillegg mener Coombs at kriserespons alltid bør inneholde instruerende og justerende informasjon. Instruerende informasjon innebærer at publikum gis informasjon om hvordan de

kan beskytte seg selv i situasjonen, og på hvilken måte krisen eventuelt kan berøre de. Justerende informasjon dreier seg om å forklare hva som har skjedd, når, hvor, hvorfor og hvordan (Ammerman 1995 og Bergman 1994 i Coombs 2015). Ved å forklare hva som har skjedd og at virksomheten forteller hva man har tenkt å gjøre for at det ikke skal skje igjen, beroliges publikum. Dette kaller Benoit som tidligere nevnt *korrigerende* handlinger. I tillegg er det viktig at man uttrykker sympati og medfølelse for de berørte, også når virksomheten ikke vedkjenner seg ansvaret for krisen (Coombs 2015).

For å velge riktig respons når man står i en omdømmekrise mener Coombs (2015) det er viktig å avdekke hvor stor omdømmetrussel man egentlig står ovenfor i den aktuelle saken. For å gjøre dette må man vurdere krisetype, krisehistorikk og tidligere omdømme. Det første trinnet i å vurdere graden av risikoen for omdømmet er altså å avdekke hvilken krisetype man står ovenfor. Han deler kriser inn i tre kategorier; offerkriser, uhellskriser og mulig unngåtte kriser. Hvilken type krise man er rammet av avgjør hvor stort ansvar publikum tillegger virksomheten. Jo større ansvar publikum tillegger virksomheten, jo større er omdømmerisikoen.

Ved *offerkriser* anser publikum at virksomheten er et offer for hendelsen, og at det som har hendt ikke er virksomhetens skyld. På bakgrunn av dette tillegges organisasjonen svært liten grad av ansvar for krisen. Ved *uhellskriser* ser publikum på krisen som noe som er utenfor virksomhetens kontroll, og denne tillegges følgelig lav grad av ansvar for krisen. Ved *mulig unngåtte* kriser ser publikum krisen som et resultat av noe organisasjonen har gjort, enten krisen er et resultat av slurv eller bevisste handlinger fra virksomhetens side. I disse tilfellene tillegges virksomheten stor grad av kriseansvar (Coombs 2015).

Tabellen under viser de forskjellige krisetyperne med tilhørende grad av kriseansvar, samt eksempler på hvilke kriser som ligger til de forskjellige kategoriene.

Offerkriser; veldig liten grad av kriseansvar
--

Naturkatastrofer

Rykter

Vold på arbeidsplassen

Sabotasje

Uhellskriser; lav grad av kriseansvar

Utfordringer

Uhell forårsaket av teknisk feil

Skader forårsaket av teknisk feil ved produkter

Mulig unngåtte kriser; sterk grad av kriseansvar

Ulykker forårsaket av menneskelig svikt

Skader forårsaket av menneskelig svikt

Organisatoriske ugjerninger

Coombs (2015:150)

Det andre trinnet i å vurdere omdømmetrusselen man står ovenfor er å justere vurderingen man har gjort ved å vurdere hvilken type av krise man står ovenfor, ved å trekke inn krisehistorikk og tidligere omdømme. Godt omdømme vil som tidligere nevnt fungere som et skjold mot kriser slik at publikum ser med mildere øyne på hendelsen enn det de ellers ville ha gjort, og motsatt; har virksomheten et dårlig omdømme vil dette kunne medføre at krisen sees på som mer alvorlig enn hendelsen tilsier ut fra krisetype. Dersom organisasjonen har hatt en tilsvarende eller lignende krise tidligere vil den nåværende krisen være en mye større trussel enn den ellers ville vært basert kun på krisetypen (Coombs 2004b; Coombs & Holladay 2004 i Coombs 2015). Coombs (2015) hevder at dersom en virksomhet har en historikk med kriser eller et dårlig omdømme vil publikum behandle en offerkrise som en uhellskrise og en uhellskrise som en mulig unngått krise. På bakgrunn av dette må man justere hvilke strategier for å forsvare omdømmet slik at det står i samsvar med hvordan publikum ser på krisen.

Når man har vurdert hvilken risiko krisen er for omdømmet velges den mest hensiktsmessige responsstrategien som krisekommunikasjonen bør baseres på. Coombs utgangspunkt for valg av strategier er at til større grad av kriseansvar, jo større grad av imøtekommenhet bør virksomheten vise i sin krisekommunikasjon. Dette kommer fram i de konkrete anbefalingene han gir (Coombs 2015:152):

1. Gi instruerende informasjon til alle berørte/ofre eller potensielle berørte/ofre i form av advarsler og instruksjoner for å beskytte seg selv.
2. Gi justerende informasjon til berørte/ofre ved å uttrykke omtanke og ved å gjennomføre korrigerende tiltak når det er mulig.

3. Bruk reduksjonsstrategier for uhellskriser hvis det ikke finnes noen krisehistorikk eller tidligere ugunstig omdømme.
4. Bruk reduksjonsstrategier for offerkriser når det finnes en krisehistorikk eller tidligere ugunstig omdømme.
5. Bruk gjenoppbyggingsstrategier for uhellskriser når det finnes en krisehistorikk eller tidligere ugunstig omdømme.
6. Bruk gjenoppbyggingsstrategier for enhver krise som kunne vært forebygget.
7. Bruk benektelsesstrategier i kriser som har sitt grunnlag i rykter.
8. Bruk benektelsesstrategier når man har utfordringer der dette er uberettiget.
9. Bruk korrigerende handlinger (tilpasset informasjon) i utfordringer når offentligheten/publikum sannsynligvis vil støtte utfordringen.
10. Bruk forsterkende strategier som et supplement til de andre responsstrategiene.
11. Offerrolle-strategien bør bare brukes når man har svært liten grad av kriseansvar.
12. For å være konsistent, ikke bland benektelsesstrategier med reduksjonsstrategier eller gjenoppbyggingsstrategier.
13. Reduksjonsstrategier og gjenoppbyggingsstrategier kan bli brukt i kombinasjon med hverandre.

I tillegg til *innholdet* i krisekommunikasjonen er også Coombs opptatt av *formen* på denne. Hans anbefalinger er at man tilstreber å være *rask, konsistent og åpen* i sin kriserespons. Dersom organisasjonen responderer for seint kan publikum oppfatte den som treg, usikker og at de ikke har kontroll. Det er likevel også en risiko ved å være *for* rask; det kan øke risiko for feil og at kommunikasjonen inneholder unøyaktigheter som vil slå tilbake på organisasjonen på et senere tidspunkt. Fordelen med en rask respons er at ikke andre kilder – TV, aviser og sosiale media – får kommet med informasjon før organisasjonen selv. Det at man klarer å respondere raskt i en slik situasjon illustrerer Coombs med begrepet «stealing thunder» (Coombs 2015:132), og medfører at virksomheten sees på som mer troverdig. Å ha en *konsistent* kriserespons betyr at man snakker «med en stemme». Dette innebærer både at dersom det er flere enn en person som uttaler seg fra virksomheten, må budskapet være det samme fra begge, og at selv om det bare er en person som uttaler seg må man sikre at man ikke gir motstridende informasjon. Når det gjelder *åpenhet* innebærer dette både tilgjengelighet ovenfor media, at man er villig til å utlevere informasjon samt ærlighet.

Coombs fremhever også viktigheten av å ha riktig talsperson som kan stå fram i kriser. Han sier at det ikke er alle som kan være effektive talspersoner, og at dersom feil person står fram på vegne av virksomheten kan dette forverre krisen (Coombs 2015).

2.5 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg forsøkt å gi en forståelse for hvilken betydning jeg legger i de sentrale begrepene som jeg benytter i denne oppgaven. Jeg har deretter gjennomgått det teoretiske rammeverket som jeg vil ta utgangspunkt i når jeg skal drøfte Nordlandssykehusets omdømmeforsvar i celleprøvesaken. Jeg har valgt å benytte Coombs teori for situasjonsbestemte krisekommunikasjonsteori som angir hvilke strategier som er anbefalt i forbindelse med ulike krisetyper, og jeg vil også forholde meg til Coombs kategorisering av strategier. Jeg vil imidlertid også trekke inn Benoits beskrivelser av ulike kriseresponsstrategier, som i mange tilfeller både sammenfaller med og utfyller Coombs teori. I analysen vil jeg i tillegg til å vurdere innholdet i kriseresponsen også se på formen, og her vil jeg også ta utgangspunkt i Coombs anbefalinger. Først vil jeg imidlertid redegjøre for hvilken metode som ligger til grunn for analysen.

KAPITTEL 3 METODISK TILNÆRMING OG DATAMATERIALE

Metode, som kommer av det greske «methodos», betyr å følge en bestemt vei mot et mål (Johannessen, Tuft og Christoffersen 2010:29). I dette kapittelet vil jeg beskrive og drøfte de metodene jeg har valgt – eller, de veiene jeg har valgt å gå – for å finne svar på problemstillingen i denne masteroppgaven. Jeg vil også gjøre rede for hvilke valg jeg har tatt underveis. Til slutt vil jeg gjøre en vurdering av oppgavens reliabilitet, validitet og overførbarhet, samt reflektere over de etiske problemstillingene som vil være viktige å være bevisst på i forbindelse med arbeidet med denne oppgaven.

3.1 Valg av metode – kvalitativ forskning

Problemstillingen styrer i stor grad valg av metode. Å benytte kvantitativ metode i samfunnsvitenskapelig forskning innebærer at man tallfester sosiale fenomener. Styrken ved kvantitativ metode er at vi kan si noe om hvor utbredt et fenomen er, og hvordan utbredelsen varierer mellom ulike sosiale grupper (Fangen og Sellerberg 2011). I kvalitativ metode er målsettingen derimot å oppnå forståelse av sosiale fenomener. Kvalitative tilnærminger gir med andre ord grunnlag for fordypning i de sosiale fenomenene man studerer, og fortolkning har særlig stor betydning i kvalitativ forskning (Thagaard 2013). Jeg skal studere en konkret sak for å forstå hvilke strategier som ble brukt, og videre analysere hvorvidt akkurat disse strategiene har vært hensiktsmessige for å forsvare en organisasjons omdømme. Denne problemstillingen fordrer at jeg går i dybden, og jeg har derfor valgt en kvalitativ tilnærming.

3.1.1 Casestudie

I og med at jeg har valgt å knytte problemstillingen til en konkret sak kan vi kalle det en casestudie. Casestudier kan enkelt defineres som intensive kvalitative studier av en eller noen få undersøkelsesenheter (Andersen 2013). Hensikten ved å studere en enkelt case er som regel interesse for den casen som studeres, samtidig som man kan se det enkelte tilfellet som et typisk eksempel på et fenomen (eller fenomener) som det allerede finnes en del kunnskap om (Andersen 2013). Svakheten ved casestudier sies ofte å være at funn ikke nødvendigvis kan overføres til andre sammenhenger. En casestudie kan imidlertid benyttes til analyse knyttet til bestående teori på et område, og dermed skape et grunnlag til å videreutvikle og skape nye problemstillinger og ny teori innenfor dette temaet (Maløe 1996). Hvordan jeg vurderer disse utfordringene og mulighetene i forbindelse med min oppgave vil jeg redegjøre for senere.

3.2 Dokumentanalyse

For å svare på den første delen av problemstillingen - hvilke forsvarsstrategier som ble brukt i celleprøvesaken – har jeg valgt å benytte dokumentanalyse. Datagrunnlaget er avisartikler, en pressemelding, sykehusets hjemmesider, en pressekonferanse og nyhetssendingen på NRK Nordland. Datagrunnlaget er i hovedsak fra 28. mars, dagen saken ble kjent i media. Når det gjelder utvalg av aviser har jeg først fremst forholdt meg til Avisa Nordland, som er den største avisa i Bodø og Salten-området. I tillegg har jeg brukt oppslag fra Nordlys, som er Nord-Norges største avis, samt riksavisene Dagbladet og VG, i tillegg til at jeg har sett på hva fagbladet Dagens Medisin skrev om saken.

For å avdekke hvilke strategier Nordlandssykehuset tok i bruk da celleprøvesaken ble kjent har jeg samlet og analysert de utsagnene Nordlandssykehuset ga til offentligheten gjennom media. Hvordan saken ble fremstilt i media har dessuten vært utgangspunktet når jeg har vurdert hvilken omdømmetrussel Nordlandssykehuset sto ovenfor.

Jeg leste avisartiklene som ble publisert på nettutgavene til de avisene jeg har valgt å ta utgangspunkt i flere ganger. Avisartiklene samlet jeg fortløpende den dagen saken ble kjent. I tillegg har jeg gjort søk i søkefeltet til hver enkelt av avisenes nettutgaver. Jeg har også gjort vanlige søk i Google på «celleprøve 28. mars», «celleprøvesaken» og «livmorhalskreft Nordlandssykehuset» (samt flere varianter og kombinasjoner av disse ordene). Internt i Helse Nord og Nordlandssykehuset har saken også blitt omtalt som cervix-saken, cytologisaken og screeningsaken. Jeg har også søkt på disse ordene for å se om jeg fant andre saker som jeg kunne ha gått glipp av. Videre har jeg sett pressekonferansen som ble holdt samme dag mange ganger. Jeg har også transkribert pressekonferansen i sin helhet, for lettere å kunne sortere de enkelte utsagnene i forhold til Coombs kategorisering av forsvarsstrategier. Nyhetssendingen på NRK Nordland har jeg også sett flere ganger, men her har jeg valgt å gjøre notater underveis i stedet for å transkribere denne. Sitater som jeg har brukt har jeg imidlertid skrevet ut ordrett i sin helhet.

I forbindelse med arbeidet med oppgaven vurderte jeg om jeg også skulle be om intervju med sentrale aktører ved Nordlandssykehuset. Dersom jeg hadde gjort det ville jeg kanskje fått innsikt i de vurderingene som lå til grunn for å gå ut på den måten de gjorde. Dette ville selvfølgelig ha vært interessant, men jeg vurderte det slik at dette ikke var nødvendig for å besvare problemstillingen.

3.3 Fokusgruppeintervju

For å analysere om de valgte strategiene var hensiktsmessige denne situasjonen, som er den andre delen av problemstillingen, har jeg valgt å ta utgangspunkt i hva teorien sier om dette (Coombs situasjonsbestemte krisekommunikasjon). Jeg ønsket imidlertid også å undersøke hvorvidt publikums reaksjon på kriseresponsen var sammenfallende med de anbefalinger Coombs har når det gjelder omdømmeforsvar. I og med at jeg fokuserer på saken slik den fremsto i media når den først ble kjent kunne jeg ikke forutsette at folk flest husket detaljer rundt dette et og et halvt år etterpå. Det ville på grunn av dette ikke være hensiktsmessig å gjennomføre en spørreundersøkelse el.lign. for å forsøke å få svar på mine spørsmål. I stedet gjennomførte jeg to fokusgruppeintervjuer hvor jeg viste avisoppslag og tv-sendinger og fikk deretter reaksjoner fra gruppedeltakerne på dette. På denne måten fikk jeg testet ut datagrunnlaget fra dokumentanalysen på et publikum og undersøkt hvordan disse tolket situasjonen både i forhold til omdømmeangrepet (hvordan media fremstilte saken) og forsvaret (hvordan Nordlandssykehuset fremsto i media). Deretter kunne resultatet fra fokusgruppeintervjuene benyttes for å se om disse reaksjonene kan sies å underbygge eller være i motstrid til teorien jeg benytter. Fokusgruppeintervjuene er dermed også en del av datagrunnlaget. Bakgrunnen for at jeg valgte å benytte fokusgrupper i stedet for å gjennomføre dette som enkeltintervju eller gruppeintervju var at jeg ønsket å få frem den prosessen som skaper meninger og holdninger gjennom sosial samhandling, slik som det normalt skjer til daglig på lunsjrommet, i familien og i andre sosiale sammenhenger.

I artikkelen «Bruk av fokusgruppeintervju» (Lerdal og Karlsson 2008:172-175) sier forfatterne at hensikten med fokusgruppeintervju er å samle kvalitative data fra en mindre gruppe personer om et angitt tema. Gjennom gruppediskusjon vil deltakerne beskrive og reflektere over subjektive opplevelser, erfaringer, synspunkter eller holdninger i forhold til et fenomen eller en spesifikk situasjon.

Begrepene gruppeintervju og fokusgruppe brukes ofte om hverandre. Fokusgrupper kan gjerne forstås som en form for gruppeintervju, men det er ikke slik at alle gruppeintervjuer er fokusgrupper (Wibeck 2000:23, i Halkier 2010). I fokusgrupper er hensikten først og fremst å få til et samspill intervjupersonene i mellom, og ikke mellom intervjuer og intervjupersonene som i andre typer gruppeintervju. I motsetning til når man benytter deltakende observasjon som metode er intervjupersonene i fokusgrupper styrt inn mot et spesifikt emne av intervjueren. Fokusgrupper er på denne måten også egnet til å produsere data om hvordan

sosiale prosesser fører til bestemte fortolkninger. En fokusgruppes diskusjon og forhandling om hvordan budskapet i en tv-sending skal forstås, minner for eksempel om det som familier, kolleger og vennegjenger gjør til daglig (Halkier 2010:10-11).

Sammensetning av fokusgrupper er viktig for hvordan diskusjonen vil arte seg. Fokusgrupper blir som regel satt sammen strategisk for å få de beste forutsetningene for gode diskusjoner. Deltakerne velges ut i samsvar med målet med det som skal undersøkes, på den måten at det er personer som har en grunn til å forholde seg til emnet, for eksempel at de har et gitt yrke, bor i et bestemt område, er i en bestemt aldersgruppe etc. (Fangen og Sellerberg 2011).

Jeg gjennomførte to fokusgruppeintervju med fem personer i hver. Alle personene er bosatt i Bodø, og deres forhold til Nordlandssykehuset er at det er deres primærsykehus. Jeg ønsket ikke å intervju noen som selv arbeidet i Nordlandssykehuset, eller hadde en personlig tilknytning til foretaket på annen måte. Dette på bakgrunn av at jeg ønsket at de som skulle intervjues skulle kunne respondere mest mulig objektivt. Intervjuene ble foretatt rundt 18 måneder etter at saken ble kjent i media. Jeg regnet med at det var mer sannsynlig at noen som ikke var tilsatt i sykehuset kunne respondere på en mer umiddelbar og spontan måte på avisoppslagene og TV-sendingene enn de som var tilsatt i foretaket – som kanskje ville ha saken mer friskt i minne. Til sist var det viktig for meg at deltakerne ikke skulle ha noen innsikt i saken fra «innsiden», som kunne påvirke deres syn på hvordan sykehuset fremsto i media. Jeg sjekket også på forhånd ut at ingen av deltakerne i fokusgruppene hadde noe personlig forhold til saken, for eksempel ved at de var slektninger eller venner til noen av de berørte.

En annen faktor jeg vurderte nøye før jeg satte sammen fokusgruppene var størrelsen på gruppen. I små grupper vil hver enkelt deltaker ha en viktig rolle, mens i større grupper er det større sjanse for at noen ikke slipper til og får sagt sin mening. Man bør legge til rette for at det blir en atmosfære i gruppen der det er tillatt å uttrykke forskjellige perspektiver. Fire til seks deltakere anses som mest hensiktsmessig, med en øvre grense på åtte. Begge gruppene jeg intervjuet var på fem deltakere hver.

I og med at fokusgrupper baserer seg på sosial samhandling gruppeditakerne i mellom er det et poeng at deltakerne ikke er for heterogene, dette for å unngå for mange konflikter eller at noen forståelser ikke kommer til uttrykk (Bloor et al 2001 i Halkier 2010). Det er mer

sannsynlig at deltakere som har noe til felles, eksempelvis lik erfaring, alder, sosioøkonomisk bakgrunn, vil være mer tilbøyelige til å dele sine tanker om temaet med hverandre (Fangen 2011). Gruppene bør likevel ikke være for homogene, da kan man risikere at det ikke blir nok sosial utveksling (Halkier 2010).

I fokusgruppelitteraturen er det en pågående debatt om hvorvidt fokusgruppene bør bestå av folk som kjenner hverandre, eller av folk som ikke gjør det. Grupper av fremmede og grupper av mennesker som kjenner hverandre vil ha forskjellige former for sosial samhandling – og begge modeller har sine fordeler og ulemper. Velger man grupper som ikke kjenner hverandre vil man kunne få tydeligere frem forskjellige perspektiver, fordi man ikke forventer at de andre automatisk skal skjønne hvorfor man sier det man gjør og dermed begrunner sine utsagt bedre. Fordi det på mange måter vil kunne være en mindre grad av sosial kontroll i slike grupper vil noen dessuten føle en større frihet til å uttale seg da de ikke trenger å stå til ansvar for sine uttalelser etter fokusgruppen (Halkier 2010). I grupper der folk kjenner hverandre er det imidlertid ofte lettere å delta i samtalen, og deltakerne vil også kunne utdype hverandres perspektiver på grunn av felles erfaringer og opplevelser (Bloor 2001 i Halkier 2010). Er man en del av det samme nettverket kan man dessuten oppnå en høyere grad av det samme som ved deltakende observasjon, fordi det sosiale samspillet i fokusgruppen vil være sosialt gjenkjennelig med folks hverdag (Hansen et al 1998 og Kitzinger 1994 i Halkier 2010).

Begge gruppene ble satt sammen ganske likt, med både menn og kvinner representert i begge gruppene. Deltakerne hadde til felles at de hadde høyere utdanning og mange hadde stillinger med relativt høy grad av ansvar. De fleste var dessuten ansatt i offentlig virksomhet. Jeg valgte å sette sammen grupper der noen kjente hverandre og andre ikke. I den ene gruppa (gruppe 1) kjente tre av deltakerne hverandre fra tidligere. En av gruppedeltakerne hadde aldri møtt noen av de andre før, mens den siste hadde møtt en av deltakerne tidligere. I den andre gruppa (gruppe 2) kjente alle noen fra før, men ingen kjente alle. Jeg kjente, eller kjente til, de fleste deltakerne fra før. Jeg rekrutterte også til gruppen via andre deltakere.

Da jeg hadde gjort avtaler med de enkelte gruppemedlemmene sendte jeg de en felles e-post hvor jeg informerte om temaet til oppgaven og hensikten med fokusgruppeintervjuene, samt hvordan intervjuene kom til å foregå. Jeg informerte også om at jeg ønsket å ta opp fokusgruppeintervjuene på bånd, og ba om tilbakemelding dersom noen ikke syntes dette var ok. Jeg utarbeidet deretter en intervjuguide til eget bruk. Denne sendte jeg ikke til

gruppedeltakerne på forhånd, da jeg ønsket spontane reaksjoner på det jeg skulle vise de under intervjuet. Av samme grunn ba jeg de også om at de ikke skulle «lese seg opp» på saken på forhånd.

Jeg startet intervjuene med noen åpnings- og introduksjonsspørsmål, som dreide seg om egen erfaring med sykehuset, hvilket inntrykk de hadde av sykehuset ut fra hva de hørte av andre, leste i aviser etc., og til sist; hvordan de ville vurdere Nordlandssykehusets omdømme. Spørsmålene ble stilt både for å danne meg et inntrykk av hvilket utgangspunkt deltakerne hadde når de senere skulle vurdere avisartiklene, pressekonferansen og nyhetsendingen, men også for å bidra til å bryte isen mellom deltakerne og sørge for at alle hadde snakket i gruppen før vi startet (Wibeck 2010).

Jeg organiserte deretter hvert fokusgruppeintervju som tre «bolker». I den første bolken gjennomgikk vi de avisoppslagene som hadde vært den første dagen. I hovedsak er dette avisoppslag som baserer seg på den informasjonen som Nordlandssykehuset selv ga via pressemelding. I tillegg var det ett avisoppslag hvor den første av kvinnene som sto frem var intervjuet. Etter jeg hadde gjort ba jeg deltakerne i fokusgruppen å diskutere alvorlighetsgraden i saken, hvilken grad av ansvar de anså at Nordlandssykehuset hadde for det som hadde skjedd, hvordan de tenkte at saken kunne påvirke sykehusets omdømme og hvordan de tenkte at Nordlandssykehuset burde reagere på dette. I den andre bolken viste jeg pressekonferansen i sin helhet. Deretter ba jeg gruppedeltakerne om å diskutere hvordan de syntes representanten(e) fra Nordlandssykehuset framsto, og om dette gjorde at de hadde et annet inntrykk av saken etter at de hadde sett dette, og i så fall på hvilken måte. I den siste bolken viste jeg nyhetsendingen på NRK Nordland som ble sendt samme kveld. Jeg ba deretter deltakerne om å diskutere de forskjellige innslagene i denne nyhetsendingen, og vurdere om budskapet fra Nordlandssykehuset var det samme, og om inntrykket av saken hadde endret seg og i så fall på hvilken måte. Gruppedeltakerne brukte rundt 15-20 minutter til diskusjon i hver bolk. Jeg tok opp diskusjonene på min mobiltelefon, i og med at alle samtykket til dette. På denne måten kunne jeg konsentrere meg om situasjonen, for så å skrive ut intervjuet i sin helhet i ettertid (Grotvassli 1999).

Som moderator er det viktig å finne en balanse i det å styre interaksjonen mellom gruppedeltakerne slik at alle kommer til orde og holder seg til emnet, samtidig som man skal være en «taus deltaker» som ikke griper inn i samtalene. Deltakerne trenger ofte en viss grad

av styring for å holde dem på riktig spor, samt bekreftelse på at de diskuterer ting som er relevante for studien. Ved at moderator er for aktiv er det imidlertid en risiko for at deltakerne blir påtvunget moderators agenda, og dermed går man glipp av sider ved emnet som deltakerne anser som viktig og som moderator kanskje ikke har kommet på selv (Fangen og Sellerberg 2011:20-21). Jeg valgte å løse dette på den måten at i forkant av hver diskusjon stilte jeg noen spørsmål/anga noen temaer jeg ville de skulle berøre. Jeg poengterte imidlertid at det ikke var et vilkår at de måtte svare konkret på alle spørsmål, men at spørsmålene jeg stilte var en måte å styre de inn mot det temaet jeg ønsket at de skulle diskutere. Deretter lot jeg gruppedeltakerne diskutere fritt, også selv om diskusjonen gikk i en litt annen retning enn det jeg hadde tenkt selv. På slutten av diskusjonen hendte det at jeg stilte et spørsmål dersom de ikke hadde berørt et emne jeg ønsket at de skulle diskutere. Et par ganger henvendte jeg meg også til deltakere som jeg følte ikke hadde kommet til orde i stor nok grad, med spørsmål om hva de tenkte om temaet.

Her følger en kort presentasjon av deltakerne i fokusgruppene:

Fokusgruppe 1:

Mann 46 år, avdelingsleder, samboer

Kvinne 47 år, avdelingsdirektør, gift

Kvinne 37 år, pedagogisk leder, samboer

Mann 69 år, pensjonert sivilingeniør (tidl. lederstilling), enkemann

Mann 45 år, ingeniør/fagleder, gift

Fokusgruppe 2:

Kvinne 57 år, rådgiver (offentlig virksomhet), singel

Mann 56 år, stabssjef, singel

Kvinne 43 år, seniorrådgiver (offentlig virksomhet), gift

Kvinne 41 år, seniorrådgiver (offentlig virksomhet), gift

Kvinne 56 år, assistent i barnehage, singel

3.4 Kvalitet i forskningen

Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg forsøkt å sikre at arbeidet har holdt god kvalitet ut fra det som forventes av studier på dette nivået. Både hvordan man samler inn datamaterialet og hvordan man tolker dette vil ha betydning for kvaliteten. All forskning har dessuten som

mål å kunne trekke slutninger utover de opplysningene som samles inn, og det er derfor viktig at funnene er et resultat av forskningen og ikke et resultat av forskerens subjektive holdninger (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2010:231-232).

En studies reliabilitet dreier seg om datamaterialets pålitelighet, og man stiller gjerne spørsmål om hvorvidt studien lar seg gjennomføre flere ganger med samme resultat. Dette er generelt vanskelig å oppnå i kvalitative studier (Seale 1999:140 i Thagaard 2013). I en kvalitativ studie benyttes ikke strukturerte innsamlingsteknikker, observasjoner er verdiladet og kontekstavhengige og forskeren bruker dessuten seg selv som instrument. Ingen har den samme erfaringsbakgrunnen som forskeren, og tolkningen blir dermed ikke nøyaktig den samme (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2010). I en casestudie vil dessuten det empiriske feltet, premisser og forutsetninger kunne endres underveis (Grotvassli 1999:31).

Reliabiliteten kan imidlertid styrkes på flere måter. I denne oppgaven har jeg valgt å gi en relativt detaljert beskrivelse av konteksten i form av en casebeskrivelse i kapittel 4, i tillegg til en åpen og detaljert framstilling av framgangsmåten for hele forskningsprosessen (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2010). På denne måten har leseren en oversikt over saken og de hendelsene jeg tolker. Dette gir en større mulighet til å gjøre seg opp en egen mening om konklusjonene jeg kommer fram til i analysedelen. Materialet jeg har benyttet er dessuten i stor grad basert på etterprøvbare data. Pressemeldingen, pressekonferansen, nyhetssendingen på NRK Nordnytt og avisartiklene er tilgjengelige på internett, og dette er ikke materiale som jeg har påvirket innholdet i på noen måte. Jeg har tatt opp intervjuer på bånd, og transkribert disse i ettertid. Jeg har benyttet relativt mange sitater, noe som gjør at leseren selv kan gjøre seg opp en mening om hvordan jeg har tolket disse. Ved at man gjør rede for hva som er referat fra intervju samtaler o.l., og hva som er forskerens kommentarer og vurderinger styrkes også studiens pålitelighet (Thagaard 2013). Jeg har i denne oppgaven forsøkt å være tydelig på hva som er referat fra avisoppslag, tv-sendingen og pressekonferansen, hva som er sitater (merket med kursiv tekst og anførselstegn) og hva som er mine vurderinger og konklusjoner. På bakgrunn av dette mener jeg at reliabiliteten er nokså høy i min undersøkelse.

For å forklare hva validitet innenfor kvantitative undersøkelser er spør man ofte «måler det vi tror vi måler?» (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2010). Innenfor kvalitativ metode «måler» man ikke, og validiteten dreier seg derfor mer om gyldigheten av de tolkninger

forskeren kommer fram til (Thagaard 2013). Tilknytning til det miljøet som studeres kan ha betydning for tolkningene. På den ene siden vil man ved å ha tilknytning til miljøet kunne ha et bedre grunnlag for forståelse av de fenomenene som studeres. På den andre side vil tilknytningen til miljøet føre til at forskeren overser det som er forskjellig fra sine egne erfaringer, og blir på denne måten mindre åpen for nyanser i de situasjonene som studeres (Thagaard 2013:206). Jeg har tilknytning til Nordlandssykehuset ved at jeg selv er ansatt i foretaket. Selv om jeg ikke hadde noen rolle i håndteringen av denne saken, vil min tilknytning kunne medføre utfordringer i forhold til å være nok distansert som forsker. Objektivitet er viktig når man skal tolke materialet, og som ansatt i sykehuset hadde jeg en subjektiv oppfatning av saken før jeg begynte å arbeide med denne oppgaven. Dette reflekterte jeg over på forhånd, både ved innsamling av materiale og når jeg skulle tolke dette.

Datatriangulering kan styrke validiteten til en kvalitativ forskning ved at man benytter flere datakilder. Jeg har i denne casestudien benyttet både dokumenter i form av avisoppslag, TV-sending og to fokusgruppeintervju for å finne svar på min problemstilling. I tillegg har jeg lagt opp analysen slik at det skal være mest mulig gjennomiktig hvordan jeg har kommet fram til de konklusjoner jeg trekker (Thagaard 2013).

Generalisering handler om hvorvidt resultatene fra den undersøkelsen jeg gjør er overførbart til lignende fenomener. Ved kvalitativ metode er det mer riktig å betegne dette som overføring av kunnskap i stedet for generalisering, fordi generalisering gir assosiasjoner til statistisk generalisering som man gjør i kvantitative studier. I kvalitativ forskning dreier det seg om hvorvidt man kan etablere beskrivelser, fortolkninger og forklaringer som er nyttige på andre områder enn det som studeres (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2010:231). I min analyse av omdømmeforsvaret i celleprøvesaken tar jeg utgangspunkt i etablert teori, og undersøker om Nordlandssykehusets omdømmeforsvar var egnet i forhold til dette. Mine funn kan sammenlignes med funn fra andre studier om omdømmeforsvar knyttet til andre organisasjoner. Ved å gjøre dette kan man finne ut om det er likheter eller forskjeller som gjør at teoriene som benyttes kan bekreftes eller om det er svakheter ved teoriene. Resultatene fra fokusgruppeintervjuene jeg har gjennomført vil dessuten si noe om hvorvidt publikums oppfatning stemmer overens med teorien om hva som er de anbefalte strategiene i henhold til kontekst. Dette mener jeg kan være et bidrag til økt forståelse i lignende saker.

3.5 Etiske problemstillinger

Som ansatt i Nordlandssykehuset har jeg reflektert over hvilke etiske problemstillinger jeg måtte være oppmerksom på når jeg skulle skrive en oppgave om egen organisasjon. I tillegg til å være bevisst på ikke å la mine bindinger til sykehuset påvirke mine tolkninger, har jeg vært opptatt av at jeg ikke skulle ta utgangspunkt i annen informasjon enn det jeg har funnet i aviser, hjemmesiden, på internett osv. Som ansatt visste jeg for eksempel at sykehuset organiserte allmøte for alle ansatte om saken – slik Coombs (2015) anbefaler som et ledd i å sikre konsistent informasjon. Jeg skrev imidlertid ikke noe om dette i oppgaven før jeg fant en powerpointpresentasjon tilgjengelig på internett fra et foredrag medisinsk direktør holdt på Pasientsikkerhetsprogrammets høstsamling i 2014, og hvor dette ble nevnt.

Et annet forhold som jeg har reflektert over er at denne saken handler om noe som fikk store konsekvenser for flere kvinner. For disse, og deres familier, er det som har skjedd en tragedie. Jeg har under arbeidet med oppgaven vært bevisst på hvordan jeg ordlegger meg med dette i bakhodet, i og med at temaet i oppgaven – omdømmeforsvar – handler om strategier for å opprettholde omdømmet i en slik situasjon.

KAPITTEL 4 CELLEPRØVESAKEN

I dette kapittelet vil jeg gjennomgå hendelsene jeg har valgt å drøfte, altså hva som skjedde den første dagen saken ble kjent. Jeg tar utgangspunkt i avisoppslagene; det jeg har valgt å betrakte som selve angrepet mot sykehusets omdømme, og pressekonferansen; Nordlandssykehusets forsvar. Jeg gir også en oppsummering av nyhetssendingen på NRK Nordland, som hadde viet relativt mye tid til denne saken samme kveld. Først vil jeg imidlertid gi en kort presentasjon av Nordlandssykehuset HF.

4.1. Nordlandssykehuset HF

Nordlandssykehuset er Nord-Norges nest største helseforetak med tjenestetilbud som et tradisjonelt sentralsykehus. Sykehuset har både lokale, fylkesdekkende og landsdelsdekkende funksjoner og dekker befolkningens behov for de fleste spesialisthelsetjenester innen medisin, kirurgi og psykiatri og rus. Helseforetaket har lokalsykehusfunksjoner for Salten (Bodø), Lofoten og Vesterålen med 136 000 innbyggere, i tillegg til flere fylkesdekkende funksjoner innen subspecialiteter i medisin, kirurgi og psykiatri, samt flere andre kliniske fag og laboratoriespesialiteter. Helseforetakets verdier er «kvalitet, trygghet og respekt». Dette utdypes på foretakets hjemmeside på følgende måte: *«Kvalitet i prosess og resultat. Trygghet for tilgjengelighet og omsorg. Respekt i møte med pasienten.»*

Som mange andre helseforetak har også Nordlandssykehuset tidligere vært i offentlighetens søkelys i forbindelse med saker som er egnet til å svekke omdømmet i flere sammenhenger. Den mest kjente saken i senere tid er den såkalte «kirurgisaken» fra 2010 som førte til at både daværende direktør og klinikkjef for Kirurgisk Ortopedisk Klinikk trakk seg fra sine stillinger. Saken fikk stor oppmerksomhet, og i årene etterpå har det vært et stort fokus på kvalitet og pasientsikkerhet ved sykehuset. Dette synes man å ha lyktes med, illustrert med at medisinsk direktør i 2014 mottok landets første pasientsikkerhetspris utdelt til ledere av landets helseforetak av pasientsikkerhetsprogrammet ”I trygge hender 24-7”.

4.2 Avisoppslagene

Overskriften i nettutgaven til Avisa Nordland morgenen 28. mars 2014 var «Politiet etterforsker sykehuset». Riksmedia plukket raskt opp saken, og de fleste store avisene hadde saken øverst på sine nettsider denne morgenen og utover formiddagen. I artikkelen i Avisa Nordland kunne vi lese at en celleprøve tatt fra livmorhalsen til en kvinne i 2013 viste

kreftforandringer. Hun hadde tidligere tatt samme prøve i 2007, 2010 og 2012, som var besvart som normale. Da prøvene ble sjekket på nytt så man at disse var feiltolket, og at de viste celleforandringer som tydet på kreft under utvikling. Feildiagnostiseringen hadde ført til cellegiftbehandling og stråling som kunne vært unngått dersom kvinnen hadde blitt diagnostisert tidligere. Senere ble Nordlandssykehuset kjent med enda et lignende tilfelle, og politiet bekrefter i artikkelen at begge disse kvinnene hadde anmeldt sykehuset. Artikkelen i Avisa Nordland inneholdt informasjon som var gitt av sykehuset selv i en pressemelding. Sykehuset hadde også varslet pressekonferanse samme dag kl. 1200.

Utover dagen kom det ulike vinklinger på saken i de forskjellige avisene. I flere aviser ble en av de to kvinnene som hadde anmeldt saken til politiet intervjuet. I en artikkel i Nordlys med overskriften «*Christine er et av ofrene for Nordlandssykehusets kreft-tabbe*», ble underoverskrifter som «*Jeg er forbanna*» og «*Skadet for livet*» benyttet, samt sitatet «*En tilfældighet*» fra ledelsen ved Nordlandssykehuset. I den samme artikkelen ble kommunikasjonsrådgiveren i Norsk Pasientskadeerstatning intervjuet, og hun omtalte hendelsen som en tragisk sak med svært alvorlige konsekvenser. Hun var klar på at dette var snakk om behandlingssvikt og at det var viktig for helseforetaket å ha gode systemer og god kompetanse til å vurdere slike prøver.

Antallet skadelidende økte dessuten etter hvert. På VG's nettutgave ble det lagt ut en ny sak på det tidspunktet da pressekonferansen pågikk 28. mars med overskriften: «*Nordlandssykehuset: Sju pasienter utsatt for feiltolking av kreftprøver*». I artikkelen sto det blant annet at det under pressekonferansen hadde kommet frem at ytterligere fem pasienter skulle ha fått feiltolket sine prøver for livmorhalskreft siden 2006, og at medisinsk direktør ikke hadde kunnet svare på om pasientene var orientert om funnene.

4.3 Pressekonferansen

På pressekonferansen stilte foretakets kommunikasjonssjef sammen med medisinsk direktør. Kommunikasjonssjefen åpnet pressekonferansen og ga deretter ordet til medisinsk direktør. Han innledet med en redegjørelse for hva saken dreide seg om. Videre fortalte han at grunnen til at de hadde kalt inn til pressekonferanse var at Salten politidistrikt hadde åpnet etterforskning av Nordlandssykehuset på grunn av at en pasient som hadde vært utsatt for feildiagnostikk hadde anmeldt foretaket. Han fortalte også at dette hadde skjedd tilbake i tid, at sykehuset første gang hadde blitt kjent med forholdet i desember 2012, og deretter fått

kjennskap til enda et tilfelle høsten 2013. Begge sakene hadde blitt oversendt Norsk Pasientskadeerstatning. Den ene var nå ferdigbehandlet og pasienten hadde blitt tilkjent erstatning. Til sist fortalte kommunikasjonssjefen at fylkeslegen hadde åpnet tilsynssak ovenfor sykehuset på bakgrunn av den ene saken.

Deretter startet medisinsk direktør med en beklagelse til de berørte, før han gikk over til å fortelle hvordan foretaket selv hadde avdekket avvikene i prosedyrene og kvaliteten på screening av celleprøver, parallelt med at de hadde blitt kjent med først det ene tilfellet av feildiagnostikk og så det andre. Han fortalte deretter om at avvikene nå var lukket og at de hadde satt i verk en rekke tiltak for å hindre at dette ikke skulle skje igjen, men uten at han konkretiserte nærmere hva de hadde gjort.

Medisinsk direktør brukte også en del tid på å berolige «*kvinner i Nordland fylke*» og på å forsikre om at det ikke var noen holdepunkter for å si at dette var snakk om en systemsvikt. Han henviste blant annet til at sykehuset påviser den samme forekomsten av livmorhalskreft pr 1000 innbyggere som andre sykehus i landet. Dette mente han tilsa at det ikke var noen holdepunkter for at Nordlandssykehuset underdiagnostiserte livmorhalskreft.

Deretter forklarte medisinsk direktør hva masseundersøkelsesprogrammet egentlig er, og på å fortelle om de to forskjellige krefttypene som kalles livmorhalskreft. Han fortalte også at de to kvinnene han nå snakket om hadde den mest sjeldne formen, den som er vanskeligst å diagnostisere, og som masseundersøkelsesprogrammet ikke har lyktes i å få ned forekomsten av. Videre fortalte han at sykehuset hvert år undersøker mellom 17.000 og 20.000 prøver, og at det i slike masseundersøkelser alltid vil være et visst antall normale prøver som blir bedømt som «syke», og et visst antall «syke» prøver som blir bedømt som normale. Han understreket at dette ikke var noen unnskyldning, men en forklaring. Han fortalte at når de nå så på nye prøver som avdekker celleforandringer gikk de tilbake for å se på tidligere prøver på nytt. Ved å gjøre dette hadde de til nå funnet ytterligere fem prøver som feilaktig hadde vært tolket som normale. Han fortsatte imidlertid med å understreke at selv om Nordlandssykehuset ikke hadde oversikt over hvor store konsekvenser dette hadde hatt for disse kvinnene, var det ikke holdepunkter for å si at disse ikke var så alvorlig som for de første to første pasientene.

Om kvaliteten på prøvene som nå blir gjort i masseundersøkelsesprogrammet kunne han informere om at Nordlandssykehusets patologer nylig hadde ettergransket 800 prøver som ble tatt i desember 2013 og januar 2014, uten å finne et eneste avvik.

Medisinsk direktør avsluttet med å presisere at Nordlandssykehuset er opptatt av kvalitet og åpenhet, og at det er derfor foretaket gikk offentlig ut med denne informasjonen. Han konstaterte at for de pasientene som har fått forsinket sin kreftdiagnostikk kunne Nordlandssykehuset dessverre ikke gjøre det godt igjen, men at det nå var nye ledelseslinjer, nye rutiner og at de altså nylig hadde sjekket kvaliteten på prøvene uten å finne avvik.

4.4 Nyhetssendingen på NRK Nordland samme kveld

På NRK Nordland samme kveld ble saken introdusert fra studio på følgende måte:

«Nordlandssykehuset innrømmer altså systemsvikt etter at minst sju kvinner i Nordland er utsatt for feiltolkning av kreftcelleprøver som skal fortelle om kvinner står i fare for å utvikle livmorhalskreft.»

Som en introduksjon til selve reportasjen ble dette fulgt opp på dramatisk vis på denne måten: *«Igen er Nordlandssykehuset Bodø i politiets og medias søkelys. Denne gangen er det kvinner med livmorhalskreft som er rammet. I dag måtte direktøren legge seg flat.»*

Journalistene gjorde videre et poeng av at direktøren ikke hadde villet kalle dette en systemsvikt, men i stedet sagt at det skyldtes *«et svært usannsynlig, men likevel, et sammenfall av tilfeldigheter»*. Samtidig ble opptak av uttalelsen kryssklippet med at medisinsk direktør etterpå hadde svart på et direkte spørsmål at *«vi har i hvert fall avdekket at vi ikke har hatt på plass alle de prosedyrer vi burde ha. I så måte er dette en systemsvikt.»*

NRK Nordland hadde også dokumentasjon som viste flere problemer ved patologiavdelingen. Dette gikk blant annet ut på at arbeidsmengden var krevende, at ansatte ikke følte at de strakk til, at arbeidsmiljøet var dårlig arbeidsmiljø, samt at det hadde vært ansett som god nok kompetanse at screenere som skulle tolke celleprøver hadde lang praksis. Både politiet og fylkesmannen uttalte seg, henholdsvis om etterforskningen og tilsynssaken. Patologforeningen hadde årsmøte i Bodø samme dag. I den forbindelse ble en patolog fra Haukeland universitetssykehus intervjuet om saken. Han hevdet at det var personer som

arbeidet ved laboratoriet i Bodø som ikke hadde den anbefalte utdanning som skulle til for å drive den nødvendige type diagnostisk virksomhet. Han sa imidlertid også at «*Det ligger i sakens natur at feil kan skje*» og at han var mer overrasket over systemsvikten enn av at feilene hadde oppstått.

Til slutt ble medisinsk direktør intervjuet i studio. Han fremhevet først og fremst at det ikke var avdekket systematisk svikt i de ansattes kunnskap, men derimot svikt i systemene som regulerte virksomheten. Han fulgte deretter opp med å si at i dag hadde sykehuset bedre kontroll på opplæringen, bedre kontroll på dokumentasjonen av de ansattes kompetanse, i tillegg til at det var andre systemer for å følge opp når det gjøres feil. På spørsmål fra intervjueren angående hvem som hadde ansvaret for feilen som hadde oppstått, sa han at «*Ansvaret har i siste instans jeg, på vegne av administrerende direktør*». Da intervjueren fulgte opp med å spørre hvilken betydning denne saken ville ha for han videre, svarte han at han ville fortsette å arbeide med kvalitetsforbedring på samme måte som han hadde gjort de siste tre og et halvt årene. Intervjueren henviste til slutt til dette med at sykehuset hadde arbeidet mye med pasientsikkerhet de siste årene, og lurte på om medisinsk direktør hadde vurderte om saken ville føre at sykehuset ville foretaket få et dårligere omdømme. På dette spørsmålet svarte medisinsk direktør: «*Det kan nok tenkes, samtidig som jeg håper at det skal være mulig gjennom denne saken å formidle at vi også gjør forbedringer når dette skjer.*»

KAPITTEL 5 OMDØMMEFORSVARET I CELLEPRØVESAKEN

I dette kapitlet vil jeg drøfte hvilke strategier Nordlandssykehuset tok i bruk i sitt omdømmeforsvar og hvorvidt disse var hensiktsmessige gitt den situasjonen de ble anvendt i. Med situasjon tenker jeg både på krisetype, krisehistorikk og tidligere omdømme. Jeg vil også se om formen på kriseresponsen var i samsvar med det Coombs anbefaler. I drøftingen vil jeg trekke inn hvordan publikum reagerte på sykehusets omdømmeforsvar, altså hvordan fokusgruppene responderte på og tolket forsvaret. Jeg starter med en vurdering av hvilken omdømmetrussel celleprøvesaken utgjorde for Nordlandssykehuset.

5.1 Hvilken omdømmetrussel utgjorde celleprøvesaken for Nordlandssykehuset?

Før man velger hvilke strategier man skal benytte for å forsvare seg ovenfor angrepet på omdømmet, er det viktig å vurdere hvilken omdømmetrussel angrepet eller krisen utgjør. Hvor stor omdømmetrusselen er henger sammen med hvor stor grad av kriseansvar publikum tillegger organisasjonen (Coombs 2015). Hvilke strategier som er anbefalt i den enkelte situasjonen henger altså tett sammen med graden av omdømmetrussel. For at jeg senere skal kunne besvare andre del av problemstillingen; hvorvidt strategiene Nordlandssykehuset valgte var hensiktsmessige i situasjonen, vil jeg derfor gjøre en vurdering av hvilken krisetype sykehuset sto ovenfor. Deretter vil jeg vurdere hvordan krisehistorikken og det tidligere omdømmet kan innvirke på omdømmetrusselen.

5.1.1 Krisetype

Krisen Nordlandssykehuset sto ovenfor hadde sitt utspring i en sak som dreide seg om feildiagnostisering av pasienter. I avisoppslagene som ble publisert på morgenen 28. mars ble det fokusert på at politiet etterforsket sykehuset, noe som måtte oppfattes som dramatisk og alvorlig for leserne. Ord som «feildiagnostisering», «kreft-tabbe» og «skadet for livet», henleder også til at sykehuset har stor grad av ansvar for det som har skjedd.

Coombs (2015) skiller mellom offerkriser, kriser som følge av uhell og kriser som er mulig å unngå, hvor man vil bli oppfattet å ha henholdsvis lav, moderat og høy grad av kriseansvar. Enten det i denne saken dreier seg om menneskelig svikt eller systemsvikt, er det nærliggende å tenke at denne krisen vil betraktes som en krise som det ville vært mulig unngå, og at publikum dermed vil tillegge Nordlandssykehuset stor grad av kriseansvar.

Det er ikke kommet fram forhold som gjør det aktuelt å tenke at sykehuset var et offer på noen måte, men det har vært trukket fram forhold som gjør at det kan være aktuelt å vurdere om publikum kunne tenkes å se krisen som en uhellskrise.

Som tidligere nevnt vil det å offentliggjøre saken selv føre til at man har mulighet til å påvirke hvilke fortolkningsrammer publikum gis, som igjen vil kunne påvirke hvilke konklusjoner de trekker. «Crisis framing» innebærer at man fremhever visse sider ved saken og maskerer andre (Coombs 2015), og på denne måten vil man kunne være med å påvirke hvilken type krise publikum vil oppfatte at dette dreier seg om. Nordlandssykehusets fremheving av at de som ble rammet av feildiagnostiseringen hadde den kreftformen som var vanskeligst å diagnostisere vil - i alle fall dersom man ser på dette utspillet atskilt fra resten av budskapet - kunne tolkes som et innspill i vurderingen av hvilken type krise dette var. Dersom det er slik at dette er en kreftform som er vanskelig å diagnostisere og at man ikke kan forvente at slike prøver i alle tilfeller skal kunne avdekke livmorhalskreft, ville dette kunne tilsa at publikum skulle oppfatte krisen som et uhell. At krisen kunne skyldes et uhell ble for øvrig til en viss grad støttet av patologen som ble intervjuet på NRK Nordland samme dag som saken ble kjent, da han bekreftet at denne type prøver var vanskelige å diagnostisere. Han sa i den forbindelse at *«Det ligger i sakens natur at feil vil kunne skje.»* Han var imidlertid kritisk til det han tolket som en systemsvikt og at personell i Nordlandssykehuset ikke hadde god nok kompetanse. Slik sett kan det tenkes at hans uttalelse kan ha hatt motsatt effekt; at saken ikke kunne betraktes som et uhell.

Samlet sett taler fremstillingen for at saken vil oppfattes som en mulig unngått krise, og at Nordlandssykehuset dermed vil tillegges et sterkt kriseansvar. Før jeg konkluderer med at det er denne krisetypen jeg vil legge til grunn i det videre, vil jeg imidlertid se nærmere på Nordlandssykehusets krisehistorikk og tidligere omdømme for å kunne vurdere hvorvidt dette kan spille inn på interessentenes vurdering av krisen.

5.1.2 *Krisehistorikk og tidligere omdømme*

«Igjen er Nordlandssykehuset Bodø i politiets og medias søkelys. Denne gangen er det kvinner med livmorhalskreft som er rammet», hørte vi på nyhetssendingen på NRK Nordland samme kveld som celleprøvesaken ble kjent i media. Det var ingen tvil om at journalisten refererte til forrige gang Nordlandssykehuset hadde vært i en lignende situasjon; under den såkalte kirurgisaken. Kirurgisaken handlet om feilbehandling av pasienter, men også om

brudd på funksjonsfordelingen i Helse Nord. Sommeren 2010 innledet statens helsetilsyn granskning av Nordlandssykehuset på bakgrunn av påstander knyttet til uforsvarlig faglig virksomhet. Saken ble kjent i media da en pasient sto fram og fortalte at hun hadde blitt operert for kreft i bukspyttkjertelen ved Nordlandssykehuset selv om det i ettertid viste seg at hun ikke hadde kreft. Dette hadde skjedd til tross for at Helse Nord RHF hadde besluttet at denne type kreftoperasjoner bare skulle utføres ved UNN. I kjølvannet kom stadig nye pasienthistorier frem i lyset, og Nordlandssykehuset ble utsatt for sterk kritikk, både i lokal presse og i riksmidier. Både daværende direktør og klinikkssjef for Kirurgisk Ortopedisk klinikk trakk seg fra stillingene sine relativt kort tid etter at saken ble kjent.

I tillegg til kirurgisaken har det vært flere andre saker i media gjennom de siste årene som må antas å ha hatt en negativ innvirkning på sykehusets omdømme. I flere omganger har det blant annet dreid seg om uro i ambulansetjenesten. For eksempel ble det i 2012 skrevet om uforsvarlig mye overtid og slitne ambulansarbeidere, og i 2013 fikk media tilgang til en «hemmeligstemplet» rapport som blant annet viste at det var avdekket en rekke brudd på arbeidsmiljøloven i ambulansetjenesten og at anbefalinger fra myndighetene ikke ble fulgt. I 2014, kort tid før celleprøvesaken ble kjent, var det også mye oppmerksomhet rundt en planlagt nedlegging av traumeenheten i Psykisk helse og rusklinikken.

Kirurgisaken er nok likevel den mest kjente og også den mest alvorlige saken. Jeg antar at det er denne saken som har hatt negativ påvirkning på sykehusets omdømme i størst grad. Dette var i tillegg også en krise som naturlig kunne relateres til celleprøvesaken i og med at disse sakene handler om henholdsvis feilbehandling og feildiagnostisering – og begge sakene har ført til alvorlige konsekvenser for pasientene. Det at media trekker fram lignende konkrete saker må antas å øke allmennhetens inntrykk av at Nordlandssykehuset har et sterkt kriseansvar, langt mer enn om de hadde trukket feilbehandling og feildiagnostisering som et allment problem i norske sykehus (jf. Coombs og Holladay 2010:167).

Begge fokusgruppene diskuterte kirurgisaken under fokusgruppeintervjuene. En av deltakerne uttalte i forbindelse med diskusjon om hvilket inntrykk de hadde av alvorlighetsgraden i celleprøvesaken, etter å ha lest avisoppslagene:

«Jeg tenkte 'enda en tabbe'?! Med tanke på kirurgisaken; er det mulig?»

Den såkalte kirurgisaken rammet foretaket hardt, og i etterkant ble det satt fokus på å styrke omdømmet til Nordlandssykehuset. Da ny direktør ble presentert av NRK Nordland i november 2010, var underoverskriften: «*Den nye direktøren ved Nordlandssykehuset får én jobb: rette opp tilliten etter operasjonsskandalen.*» I masteroppgaven «*I sentrum av en storm. En analyse av et sykehus' omdømmeforsvar.*» (Karlsen og Lauritzen 2013), ble det konkludert med at det ikke var samsvar mellom Nordlandssykehusets krisekommunikasjon når det kom til innhold og form innledningsvis under kirurgisaken. Videre ble det konkludert med at kommunikasjonen i denne fasen ikke var i overensstemmelse med Coombs resonnementer om egnet kommunikasjon gitt situasjonen. Selv om dette endret seg etter direktørskiftet var det nok uansett stor enighet om at kirurgisaken svekket Nordlandssykehusets omdømme, både innad i toppledelsen i sykehuset (Karlsen og Lauritzen 2013) og blant «folk flest».

Hvorvidt omdømmet til Nordlandssykehuset fortsatt var preget av kirurgisaken da celleprøvesaken ble omtalt i media nesten fire år etter, er vanskelig å si. Det foreligger ingen omdømmemålinger av Nordlandssykehuset de senere årene. Etter en henvendelse til HR-avdelingen til Helse Nord RHF, fikk jeg til svar at RHF'et tidligere hadde fått målt omdømmet til helseforetakene i Nord-Norge, men at dette var mange år siden.

I styremøte 20. mars 2014, altså åtte dager før celleprøvesaken ble offentlig kjent, ble det lagt frem en sak i Nordlandssykehusets styre (styresak 18-2014); en oppfølging av styresak 42-2010. Sistnevnte dreide seg om tiltak for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet i etterkant av kirurgisaken. Oppfølgingen var en samlet gjennomgang av alle tiltakene for bedret kvalitet, iverksatt av direktør og medisinsk direktør. I innledningen til saken står det blant annet:

«Direktøren legger med dette frem en samlet presentasjon av området. I styrets begrunnelse for å satse på kvalitet og pasientsikkerhet lå et eksplisitt uttalt mål om å bedre foretakets omdømme. Mens denne saken har en relativt detaljert gjennomgang av resultatene fra mer enn 20 tiltak er det ikke gjort undersøkelser av foretakets omdømme. Det er direktørens vurdering at dette ligger utenfor det som er etterspurt av styret. I tillegg vil det være metodologisk vanskelig å slå fast om vårt omdømme er bedre i dag enn sommeren 2010. Direktøren har fokus på konkrete tiltak som kan bidra til å sette pasienten i sentrum i tillegg til å bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Det kan være rimelig å anta at dersom pasienten settes i sentrum samtidig som kvaliteten og pasientsikkerheten faktisk bedres, vil også foretakets omdømme bedres.»

Ved å se på helseforetakets hjemmeside kan vi se hvordan Nordlandssykehuset ønsker å presentere seg selv ovenfor publikum. Her står det blant annet:

Nordlandssykehuset HF har et høyt ambisjonsnivå når det gjelder satsing på pasientsikkerhet og kvalitet. Målet er å oppnå en vesentlig reduksjon av pasientskader og dødsfall som kunne vært unngått. Pasienter som kommer til vårt sykehus skal være sikker på at de får trygg og god behandling.

Temaet pasientsikkerhet og kvalitet har dominert den kommuniserte identiteten til foretaket etter at de nye direktørene var på plass i 2010, både kommunikasjon i sykehuset og i avisoppslag o.l. Som eksempel kan det nevnes at i 2013 skrev Avisa Nordland en sak hvor de kalte Nordlandssykehuset «*friskmeldt etter kirurgisaken*». Saken dreide seg om at Fylkesmannen hadde lukket tilsynssaken på bakgrunn av de tiltak som foretaket hadde iverksatt etter kirurgisaken, og at en ny ekstern revisjon hadde konkludert med at foretaket nå hadde systemer som sikret at den kliniske virksomheten var under kontroll. En uke før celleprøvesaken ble kjent, dagen etter styremøtet som ble holdt 20. mars 2014, skrev Avisa Nordland «*Tok grep – nå vekker sykehuset nasjonal oppsikt*». I artikkelen var det mange lovord fra blant annet Helse- og omsorgsdepartementet, og Heid Langaas, avdelingsdirektør i departementet uttalte at «*Dette er et fantastisk eksempel på at man ser et problem og setter trykk på å løse det fra toppledelsens side. Det er modig gjort, og dette må vi lære mer om*».

Om Nordlandssykehusets kommuniserte identitet kan sies å gjenspeiles i foretakets omdømme i 2014, er det vanskelig å si noe sikkert om. Det vi imidlertid vet er at dersom en virksomhet gjør noe som ikke samsvarer med den identiteten den kommuniserer og er kjent for, eller som den forsøker å bli kjent for, kan omdømmet oppfattes som å være truet (Kvåle og Wæraas 2006).

Mine informanter ble alle spurt om hvordan de oppfattet Nordlandssykehusets omdømme og om de hadde tillit til sykehuset. Spørsmålet ble stilt før de fikk se avisoppslagene, pressekonferansen og nyhetssendingen. Alle var imidlertid kjent med celleprøvesaken fra tidligere, selv om ikke alle husket saken like godt. Tilbakemeldingene var sprikende. Flere ga uttrykk for at de hadde god tillit til sykehuset, mens enkelte fortalte om egne erfaringer som gjorde at inntrykket ikke var det aller beste.

5.1.3 Oppsummering

Jeg har konkludert med at celleprøvesaken vil kunne oppfattes som en mulig unngått krise, og ikke en krise som hadde oppstått på grunn av et uhell. Krisehistorikk og tidligere omdømme vil kunne påvirke hvordan krisen oppfattes i den ene eller andre retningen. Tidligere krisehistorikk tilsier at publikums oppfatning av kriseansvaret i denne saken vil kunne slå negativt ut for Nordlandssykehuset. Selv om jeg ikke kan konkludere med hvilket omdømme Nordlandssykehuset hadde på det tidspunktet celleprøvesaken kom fram i media, vurderer jeg det slik at det ikke er noe som tilsier at sykehusets omdømme var såpass godt at det kan ha korrigert for en noe «frynsete» krisehistorikk. I tillegg vil det også spille inn at celleprøvesaken dreide seg om en sak som står i motstrid til to av Nordlandssykehusets verdier; *kvalitet* og *trygghet*, og som sykehuset aktivt har kommunisert ut som en del av sin identitet.

Dette betyr at Nordlandssykehuset etter Coombs anbefalinger burde ha benyttet seg av de mest imøtekommende strategiene i sitt omdømmeforsvar; gjenoppbyggingsstrategier kombinert med styrkingsstrategier. Det er mitt utgangspunkt når jeg skal se nærmere på forholdet mellom de forsvarsstrategiene sykehuset gjorde bruk av og Coombs anbefalinger i denne typen situasjoner. Jeg vil imidlertid først gjøre rede for innholdet i sykehusets omdømmeforsvar.

5.2 Innholdet i Nordlandssykehusets omdømmeforsvar

Jeg vil nå drøfte hvilke strategier sykehuset brukte for å forsvare sitt omdømme i saken om feiltolkning av celleprøver. Jeg vil gjennomgå Coombs fire kategorier av forsvarsstrategier og vurdere hvorvidt Nordlandssykehuset benyttet disse strategiene i sitt forsvar. Først vil jeg imidlertid vurdere i hvilken grad Nordlandssykehuset ga instruerende og justerende informasjon, slik Coombs anbefaler at man *gjør før* man benytter forsvarsstrategiene. For senere å kunne vurdere hvorvidt forsvaret var egnet vil jeg også trekke inn fokusgruppens reaksjon på innholdet i Nordlandssykehusets krisekommunikasjon.

5.2.1 Instruerende informasjon

Instruerende informasjon innebærer å fortelle publikum hva de skal gjøre for å beskytte seg selv i krisen. Dette er mest aktuelt i kriser som har sin bakgrunn i ulykker og produktfeil, for eksempel slik som når Gilde i forbindelse med E.coli-krise gikk ut med oppfordringer om å varmebehandle kjøttet og ha god kjøkkenhygiene (Fjeldstad og Sunde 2013). Selv om

celleprøvesaken utgjør en krise for Nordlandssykehuset på bakgrunn av feildiagnostikk som har skjedd noe tilbake i tid – og hvor sykehuset mener det ikke lenger foreligger noen risiko for publikum – bør det likevel informeres om hvordan publikum skal forholde seg hvis de er urolig. Det som er mest aktuelt i denne saken er åpenbart at kvinner som har fått testet celleprøver på Nordlandssykehuset vet hvordan de skal forholde seg; kan de stole på celleprøvene som er sendt inn tidligere, eller bør de få testet disse på nytt.

I begge fokusgruppene var det reaksjoner i forhold til dette etter å ha lest avisoppslagene. I den første gruppa sa en av deltakerne:

«Jeg ønsker å vite hva er fakta her; hva har skjedd, hvorfor kunne det skje, og hva gjør man med det. Og så ville jeg lure på; okei, hvis det var jeg som hadde tatt en test, kan jeg stole på det, skal jeg gå og ta tre tester til for å få opp sannsynligheten for at det er sikkert nok.»

I den andre gruppa ble det blant annet sagt:

«Jeg savnet mer informasjon om.. altså, de måtte jo skjønne at det var veldig mange andre nå som kom til å bli bekymret, som har levert livmorhalsprøver over tid og fått beskjed om at alt var i orden – hva med dem?»

Etter å ha sett pressekonferansen og i forbindelse med diskusjonen om dette med de to forskjellige kreftformene kom det i en av fokusgruppene igjen frem usikkerhet om hvorvidt man skulle gjort noe for å sikre seg selv:

- *«Ja, og så den blandinga med den vanskelige kreften, det gjorde meg bare enda mere urolig. Kan det faktisk skje igjen? Hvis jeg har den skumle, vanskelige..»*
- *«Tenkte det samme, faktisk.»*

Jeg tolker reaksjonene i fokusgruppene slik at Nordlandssykehuset burde ha gitt instruerende informasjon til de som ble bekymret. Ifølge Coombs (2015) er informasjon en svært viktig del av krisekommunikasjonen, og fremhever viktigheten av at instruerende og justerende informasjon må gis *før* man starter med å forsvare sitt omdømme. Det ble imidlertid ikke gitt instruerende informasjon verken i pressemeldingen, avisoppslagene, under pressekonferansen eller i nyhetssendingen på NRK Nordland samme kveld. Det kan tenkes at det ikke ble vurdert som nødvendig å gi instruerende informasjon på det tidspunktet saken ble kjent, da

sykehuset i ettertid av feildiagnostiseringen hadde satt i verk en rekke tiltak for å hindre at dette skulle skje igjen.

I et intervju med kvinnen som anmeldte foretaket, som ble trykket etter pressekonferansen 28. mars, stilte intervjueren spørsmålet om hvorvidt kvinner i Nordland burde være bekymret for om flere celleprøver kunne være feiltolket. På dette svarte medisinsk direktør: «*Nei. Jeg forstår at folk kan bli engstelige, men å anbefale alle kvinner å teste seg på nytt, vil ikke være riktig.*»

Noen dager senere, 1. april 2014, gikk imidlertid Nordlandssykehuset ut med en henvendelse til alle som sender sykehuset celleprøver fra livmorhals om at kvinner som ønsker sine prøver regransket, ville få dette ved å kontakte sin fastlege, avtalespesialist eller sykehusets poliklinikk hvis prøven hadde vært tatt der. Dagen etter dette ble Pasientombudet i Nordland intervjuet av NRK Nordland, og hun anbefalte da alle som var usikre på om de kunne ha kreft, til å kontakte Nordlandssykehuset for å få vurdert sine prøver på nytt.

5.2.2 Justerende informasjon

Justerende informasjon dreier seg om å forklare hva som har skjedd og hva virksomheten gjør for at det samme ikke skal skje igjen. Benoit har denne delen av kriserespons som en egen forsvarsstrategi som han kaller *korrigerende handlinger*. Denne strategien dreier seg om at virksomheten tar ansvar for det de har gjort og lover å rette opp skadevirkningene, eller å føre situasjonen tilbake slik den var eller lover at det ikke vil gjenta seg. I tillegg er det viktig at man uttrykker sympati og medfølelse for de berørte (Coombs 2015). Hensikten med justerende informasjon er ifølge Coombs å sikre psykisk velvære hos publikum, altså at de blir beroliget.

Både i pressemeldingen, på pressekonferansen og i nyhetsendingen på NRK Nordland ble det gitt justerende informasjon. I pressemeldingen som ble sendt ut til riksmidia på morgenen 28. mars ga Nordlandssykehuset informasjon om hva som hadde skjedd (Saltens politidistrikt hadde åpnet etterforskning mot sykehuset), hvorfor det har skjedd (celleprøver som viste mistanke om kreft ble feiltolket), hvordan det kunne skje (revisjon viste mangelfulle opplæringsplaner og prosedyrer, samt manglende bruk av avvikssystemet), hvor hadde det skjedd (patologienheten ved Diagnostisk klinikk) samt i hvilket tidsrom Nordlandssykehuset hadde blitt kjent med saken og når internrevisjonen hadde foregått.

I pressemeldingen var det også informasjon om hva virksomheten hadde gjort for at dette ikke skulle skje igjen:

«På bakgrunn av revisjon, samt de to omtalte hendelsene, er det satt i verk flere tiltak som skal forhindre at lignede skjer.

Det er gjennomført en rekke endringer i rutiner og organisasjonsoppbygging for å bedre screeningdiagnostikken av celleprøver.»

Pressemeldingen var mer eller mindre det eneste grunnlaget journalistene hadde for å skrive de første sakene som kom på trykk morgenen og formiddagen 28. mars, og budskapet kom på denne måten fram til publikum gjennom avisene.

I begge fokusgruppene var det reaksjoner etter å ha lest avisoppslagene på at det ikke kom mer konkret informasjon om hva som hadde skjedd og hva som var gjort for at det ikke skulle skje igjen. Begge gruppene etterlyste mer justerende informasjon. Som nevnt tidligere ble det blant annet ble det i den første gruppa: *«Jeg ønsker å vite hva er fakta her; hva har skjedd, hvorfor kunne det skje, og hva gjør man med det.»* Og en annen i samme gruppe sa også:

«Jeg kunne ønsket meg mer.. at de hadde sagt mer i media om.. hva de gjorde for at dette ikke skulle gjenta seg. Det er to setninger i hele saken; ja vi har innført en dobbeltsjekk og vi har innført nye rutiner. Rutiner (...) det er egentlig et papir i HMS-permen.»

I den andre gruppa ble det også etterlyst mer konkret informasjon. En av deltakerne mente at det at de hadde gjort om på rutinene var et poeng, og at dette burde ha vært hovedbudskapet i pressekonferansen. En av de andre responderte på dette utsagnet på denne måten:

«Samtidig så tenker jeg at det kan være et lettvint svar, at «joda, vi har endret rutinene», for det er det vi ofte sier, at «joda, men det her skal vi forbedre og det har vi endret på». Men da må de si litt mer enn det.»

Selv om det ble gitt justerende informasjon i pressemeldingen, vurderte altså begge fokusgruppene det slik at dette var for lite konkret til at de fikk svar på spørsmålene sine og dermed ble beroliget.

På pressekonferansen utdypet medisinsk direktør saken ytterligere. I redegjørelsen for hvordan man avdekket manglene gjennom en internrevisjon redegjorde han hva de fant på denne måten:

«Og det var avvik knyttet til manglende bruk av avvikssystemet vårt, som er en del av vår kvalitetssikring, det var mangel i prosedyrer, det var mangel i opplæring, og vi fant at det var nødvendig med relativt omfattende grep for å få denne enheten i tråd med det som var, hva skal vi si, dagens ønskede struktur.»

Medisinsk direktør fortalte videre at alle disse avvikene som ble oppdaget nå var lukket – og at det hadde blitt gjort omfattende grep for å forhindre at ikke nye pasienter skulle komme i den samme situasjonen som disse to pasientene var kommet i. Han sa i denne forbindelse:

«Vi har fått på plass det som manglet av prosedyrer, vi har oppdatert de prosedyrene som ikke var oppdatert og vi har justert organisasjonen vår for å gjøre den bedre i stand til å gjøre disse undersøkelsene trygt.»

I den første fokusgruppa var det generelt enighet om at de hadde fått god informasjon og en grundig gjennomgang av hva som hadde skjedd og hvorfor, etter at de hadde sett pressekonferansen. En av gruppedeltakerne sa for eksempel umiddelbart etter å ha sett pressekonferansen at: *«Jeg ble, for å si det på den måten, beroliget.»* Selv om de fleste deltakerne i begge fokusgruppene hadde et bedre inntrykk av sykehuset etter å ha sett pressekonferansen, var det imidlertid fortsatt reaksjoner i den andre gruppa på at de ønsket mer konkret informasjon:

«Nei, og jeg skjønner enda ikke hva de faktisk.. altså, det er mulig det er klin umulig å forklare hva som faktisk har skjedd, men i det her internkontrollrutinene.. hva var det de faktisk fant? Han snakket om åtte avvik, men hva var det.. For meg hørt det helt standard ut, det var ikke ført avvik og det var ikke rapportert og litt sånn, og så var det den opplæringsbiten som jeg bet meg merke i. Kunne det være der? Var det kompetansen hos de? Så jeg hadde ønsket at de var enda mer åpne på hva er det faktisk de har gjort feil.»

En annen i samme fokusgruppe svarte på dette:

«Men det han sa.. for jeg satt også og tenkte på det; når skal du være konkret og si hva det var dere fant. Men han pakket det veldig godt inn og sa at 'det er det jeg har tenkt å si om avvikene' og så gikk han videre til det neste han skulle si.»

Samme deltaker sa imidlertid også etterpå at:

«Samtidig er det tillitsvekkende at de sier at de sier at de jobber systematisk med feilene, og at de har rettet opp avvikene, i stedet for å gå i forsvar.»

Her var det altså forskjellige oppfatninger i de to fokusgruppene. Mens den første fokusgruppa vurderte det slik at det ble gitt god informasjon i pressekonferansen, mente den andre gruppa at det fortsatt var for lite konkret.

Medisinsk direktør informerte i pressekonferansen om fem andre kvinner som feilaktig har fått vurdert prøver som tydet på utvikling av kreft som normale – uten at foretaket hadde oversikt over dette. Jeg regnet med at fokusgruppene kom til å reagere på dette, i og med at medisinsk direktør lot dette henge i luften og ikke ga noe informasjon om hvordan de hadde tenkt å følge dette opp. En av deltakerne i den ene gruppa sa om dette:

«De fem andre tilfellene, og de kom han med helt på slutten av denne pressekonferansen. De fem andre tilfellene; det er en vesentlig del av saken tenker jeg. 'De vet vi ikke nok om enda, vi vet ikke konsekvensene'.»

Det var imidlertid kun en av deltakerne som trakk dette fram, og det ble ikke fulgt opp av de andre.

På nyhetssendingen samme kveld stilte intervjueren spørsmål om hva sykehuset gjør annerledes i dag. Intervjueren ba altså om justerende informasjon slik at seerne kan føle seg trygge på at det samme ikke skulle skje igjen. På spørsmålet svarte medisinsk direktør:

«I dag har vi bedre kontroll på opplæringen, vi har bedre kontroll på dokumentasjonen av de ansattes kompetanse og vi har fått helt nye systemer for å følge opp når vi oppdager at vi gjør feil.»

På pressekonferansen snakket han dessuten direkte til kvinner som kunne være bekymret for hvorvidt det er trygt å få vurdert sine celleprøver ved Nordlandssykehuset:

«Da vil jeg adressere litt; hva betyr dette for kvinner i Nordland fylke som får undersøkt celleprøver fra sin livmorhals hos oss. Jeg vil jo... forstå veldig godt hvis det her er mange som blir engstelige. Men det vi vet, det er at vi ved vårt laboratorium påviser den samme forekomsten av livmorhalskreft som i antall pr 1000 innbyggere i Nordland fylke som i resten av landet. Der fins ingen holdepunkter for at vi systematisk har underdiagnostisert denne type kreft. Dette er ikke en bortforklaring, dette er ikke en unnskyldning, men dette er et forsøk på å si at for befolkningen og i en befolkningssammenheng så mener vi at vår diagnostikk har vært trygg.»

Dette utsagnet kan vi både se på som justerende informasjon, og også som en styrkingsstrategi hvor man sannsynliggjør ved statistikk at det ikke er snakk om systematisk underdiagnostisering fra Nordlandssykehusets side.

I tillegg til å gi informasjon som er beregnet for å gi publikum en forståelse av at virksomheten har kontroll på situasjonen, og at de har gjort tiltak som sikrer at dette ikke skal skje igjen, fremhever Coombs viktigheten av å uttrykke medfølelse for ofrene. I pressekonferansen så vi flere eksempler på at medisinsk direktør uttrykte medfølelse med de som ble berørte av feildiagnostiseringen: *«Dette beklager vi dypt ... og i den grad vi er i strand til det så... tar vi inn over oss hva dette betyr for disse enkeltmenneskene.»* Også senere i pressekonferansen kom han tilbake til dette: *«For disse to pasientene har dette vært en alvorlig utvikling, det må vi bare understreke».* På slutten av pressekonferansen sa han også: *«For de pasientene som har fått en forsinket kreftdiagnostikk kan vi ikke gjøre det godt igjen. De har fått gjort operasjoner som har endret deres liv, de har varige plager, og de har tapt livskvalitet og livsutfoldelsesmuligheter».*

Begge gruppene kommenterte det at medisinsk direktør hadde uttrykt medfølelse for kvinnene som var utsatt for feildiagnostiseringen. I den ene gruppa ble det diskutert at de syntes sykehuset lyktes med å takle balansegangen mellom å uttrykke medfølelse men samtidig sette hendelsene i en sammenheng som gjorde at deltakerne fikk et annet perspektiv på saken:

«Den balansegangen mellom å sette ting i perspektiv samtidig som man sier at ett liv er ett liv for mye, altså.. Jeg synes han fikk formidlet det på en god måte.»

Også i den andre gruppa ble det trukket fram av en av deltakerne at selv om det ble gitt mye informasjon om hva som hadde skjedd og hva de hadde gjort for at dette ikke skulle skje igjen, fikk han også formidlet at det viktigste var de som var blitt berørt av feildiagnostiseringen.

5.2.3 Benektelsesstrategier

Benektelsesstrategier består i Coombs modell av å *angripe angriperen*, *nekte for krise* og *skylde på andre*. Disse strategiene skal kun brukes i de tilfeller der krisen har sitt grunnlag i rykter og der det man er beskyldt for er uberettiget (Coombs 2015), og dette er dermed ikke en anbefalt strategi å benytte i celleprøvesaken. Ut fra min tolkning av pressemelding, avisoppslag, pressekonferanse og nyhetsending så jeg ingen tegn til at Nordlandssykehuset benyttet seg av denne strategien. Benektelsesstrategienes formål er å overbevise publikum om at det ikke finnes noen krise, og at de dermed heller ikke står ovenfor noen omdømmetrussel. Det at sykehuset hevder at de allerede har gjort tiltak som gjør at det nå ikke er noen risiko for at det samme skal skje igjen, vurderer jeg som en form for *korrigerende handlinger* jf Benoits modell, og som Coombs kaller *justerende informasjon*. Når medisinsk direktør sa at det ikke er noen holdepunkter for at Nordlandssykehuset systematisk har underdiagnostisert denne type kreftprøver på bakgrunn av at de påviser den samme forekomsten av livmorhalskreft som resten av landet, vurderer jeg heller ikke dette som at de benekter at det finnes noen krise. Dette utsagnet mener jeg kan sees på som *justerende informasjon* og en del av *styrkingsstrategiene*.

5.2.4 Reduksjonsstrategier

Coombs reduksjonsstrategier innebærer *unnskyldninger/bortforklaringer* og *rettferdiggjøring*. *Unnskyldninger/bortforklaringer* innebærer at man forsøker å minimalisere organisasjonens ansvar for krisen, mens *rettferdiggjøring* innebærer at man forsøker å minimalisere skaden som er forbundet med krisen. Benoit har i sin hovedkategori *Redusering av klanderverdighet* også blant annet strategien *minimalisering* som går ut på å få publikum til å se krisen som mindre alvorlig enn den fremstår som.

Bruk av Coombs *bortforklaringer/unnskyldninger*, som sammenfaller med Benoits *ansvarsfraskrivelse (uhell)*, finner vi når medisinsk direktør omtaler det som har skjedd som en tilfeldighet. I et intervju med kvinnen som har anmeldt sykehuset i Avis Nordland 28. mars ble medisinsk direktør bedt om å uttale seg om hvordan det kunne skje at fire av kvinnens celleprøver ble feiltolket i løpet av flere år. Medisinsk direktør svarer på dette at: *«Det er utrolig at et slikt sammentreff skal inntreffe, men jeg vil likevel kalle det en tilfeldighet»* Etter pressekonferansen kalte han det også *«et svært usannsynlig, men likevel; et sammenfall av tilfeldigheter.»*

Begge gruppene reagerte på bruken av ordet «tilfeldighet». En av deltakerne sa blant annet: *«De sier at det er tilfeldig. Det er et sammentreff. Det har slett ikke noe troverdighet hos folk tror jeg. Det er ingen som tror på at det er et sammentreff, at en celleprøve har blitt feiltolket fem ganger.»*

I forbindelse med diskusjoner om medisinsk direktørs karakterisering av hendelsen som en tilfeldighet, ble det dessuten i begge gruppene trukket fram at de mistenkte svikt i kompetansen til de ansatte, og at det ikke var tilfeldig at det hadde skjedd så mange ganger med samme person. I den ene gruppa ble det blant annet tatt opp at Norsk Pasientskadeerstatning hadde fått en uavhengig patolog til å «blindteste» prøvene til kvinnen som hadde anmeldt foretaket. Denne patologen påviste forstadium til kreft i den første prøven og kreft i alle de tre andre. Dette var altså de samme prøvene som Nordlandssykehuset hadde svart ut som normale (Avisa Nordland 28. mars; *Sykehuset oppdaget ikke kreften til Christine (36) før på femte forsøk*). En av deltakerne sa i denne forbindelse:

«Ja, og da tenker jeg at er det ikke en kompetansesvikt og en systemsvikt? Og da er det en unnskyldning å begynne å snakke om tilfeldigheter»

Når medisinsk direktør brukte tid i pressekonferansen på å forklare forskjellen på de forskjellige formene for livmorhalskreft, og at den kreftformen de to kvinnene både er den vanskeligste formen å diagnostisere og dessuten at masseundersøkellesprogrammet ikke har lyktes å redusere forekomsten av denne krefttypen, mener jeg dette også er et eksempel på at *unnskyldninger/bortforklaringer* brukes som strategi jf Coombs modell, som vi finner igjen i Benoits modell i kategorien *ansvarsfraskrivelse*. Budskapet var her at slike feil ikke alltid er mulig å unngå, altså at det er utenfor sykehusets kontroll, og dermed – sett i lys av Benoit's

modell – noe som kan kategoriseres som et *uhell* eller en hendelse som skyldes *manglende kontroll*. I den ene gruppa ble det blant annet sagt følgende om dette:

«Jeg datt kanskje litt ut, men hvis jeg hadde fulgt med på det med de to typene med kreft, 80 og 20 %, var hun i den 20 % gruppa, og da var det ekstra vanskelig. Er det det som gjør det? Så det var kanskje ikke SÅ rart at det ble så mange feil.»

I den første gruppa ble altså informasjonen tatt som en forklaring på hvorfor dette kunne skje så mange ganger med en og samme person. I den andre gruppa var det ikke like positive reaksjoner på denne forklaringen:

«Jeg synes det ble litt for.. litt sånn merkelig med forskjell på den ene kreften og den andre.. at de hadde en typen, det ble for detaljert.»

En av de andre deltakerne i samme gruppe responderte på dette ved å si:

«Og for min del så spiller ikke.. jeg skjønner jo at han forklarer det her to kreftformene og den ene er mer vanskelig .. men det spiller liksom ingen rolle for meg, for de har gjort feil. Og det bør egentlig ikke.. det skal jo ikke skje. Og i alle fall ikke med fem stykker, så..»

Litt senere i samtalen tar en tredje deltaker i samme gruppe opp denne tråden igjen:

«Jo, han sier jo at 'vi har avdekket svikt'. Men han sier nesten også at dette var et hendelig uhell, med den typen kreft som var så vanskelig å finne ut av. Akkurat det kunne han ha droppet, men jeg er enig i at man får på et vis sympati med mannen. Man vil gjerne tro på det..»

Her var det altså forskjeller mellom de to gruppene i hvordan de tolket budskapet. I den ene gruppa ble utsagnet tolket slik det nok var ment; som en forklaring på at det kanskje ikke var så rart at prøvene var blitt feiltolket. Den andre gruppa tolket det imidlertid som at sykehuset prøvde å bortforklare det som hadde skjedd, og de mente det ikke innvirket på spørsmålet om graden av skyld.

Vi ser også elementer av *minimalisering* i medisinsk direktørs redegjørelse på pressekonferansen. Ikke ved at han på noen måte forsøker å frembringe et budskap av at konsekvensene for de enkelte kvinnene ikke er store – men ved å sette disse feilene som er

gjort i et større perspektiv. Han brukte en del av pressekonferansen på å gi grunnleggende informasjon om masseundersøkelsesprogrammet og hva dette er. Ved å bruke noen minutter på dette får han frem to poeng. Det ene er at Nordlandssykehuset undersøker veldig mange slike prøver hvert år, mellom 17.000 og 20.000. Han sa også at den første av prøvene (fra disse to kvinnene) som ble feiltolket er tilbake til 2006, og siden den gang har sykehuset i alle fall undersøkt rundt 150.000 prøver. Ved å se på det som har skjedd i lys av dette perspektivet var det kanskje en større sjanse for at seerne skulle se at det i den store sammenhengen ikke var så mange prøver hvor det hadde blitt gjort feil – selv om den samme feilen i disse tilfellene hadde skjedd flere ganger for hver av kvinnene. Det andre poenget som man kanskje ikke tenker over når man ser pressekonferansen, men som likevel er viktig for det lyset vi ser denne saken i, er at han flere ganger gjorde et poeng av at disse feilene er gjort i forbindelse med et *masseundersøkelsesprogram*. Altså; ikke prøver som ble tatt fordi man gikk til legen med mistanke om kreft (noe som kunne blitt oppfattet som enda mer klanderverdig), men rutinemessige prøver som blir tatt av alle i et visst aldersspenn.

Dette at sakene som nå var tema ble satt i et større perspektiv ble tatt godt i mot i den første fokusgruppa. Det ble sagt flere ganger at de nå hadde et annet inntrykk av denne saken, og at det var mer begripelig etter å ha fått denne grundige informasjonen. Blant annet sa en av deltakerne: «*Ja, og ikke minst det at han får inn litt perspektiv. For det må jeg si har gått meg hus forbi når jeg leser disse tabloidoverskriftene.*»

Og i forbindelse med diskusjonen om det som hadde skjedd trakk en av deltakerne i samme gruppe fram antallet prøver som ble sjekket hvert år: «*Men det var fortsatt et veldig lite antall sammenlignet av det kolossale antallet de hadde sjekket.*» Den andre gruppa kommenterte ikke denne delen av pressekonferansen direkte.

5.2.5 Gjenoppbyggingsstrategier

Gjenoppbyggingsstrategier består i Coombs modell av *beklagelse* og *kompensasjon*. Gjenoppbyggingsstrategier er de anbefalte strategiene i celleprøvesaken, i kombinasjon med styrkingsstrategier, på bakgrunn av konteksten. *Beklagelse* er da også tilsynelatende Nordlandssykehusets hovedstrategi, og det er beklagelse foretaket ser ut til å ønske skal være det som omgivelsene oppfatter er hovedbudskapet når de ser pressekonferansen – selv om det samtidig aktivt kommuniseres et budskap som er ment å skulle få seerne til å ha tillit til Nordlandssykehuset og å gjøre feilen som er gjort mer akseptabel.

Strategien *beklagelse* innebærer både at man beklager ovenfor de som er rammet av krisen, men også at man går offentlig ut og tar fullt ansvar for krisen – slik medisinsk direktør når han svarer på spørsmål i nyhetssendingen på NRK Nordland om hvem som har ansvaret:

«Ansvaret har i siste instans jeg, på vegne av administrerende direktør».

Tidlig i pressekonferansen uttaler medisinsk direktør at Nordlandssykehuset og de ansvarlige i foretaket *«beklager dypt de belastninger og de konsekvenser dette har fått for de som har fått forsinket sin kreftdiagnose»*. Han presiserer at dette er det viktigste budskapet i pressekonferansen når han sier: *«Det er det aller.. det er det viktigste for meg å si først»*. Han understreker deretter budskapet sitt ved å gjenta beklagelsen: *«Dette beklager vi dypt ... og i den grad vi er i strand til det så... tar vi inn over oss hva dette betyr for disse enkeltmenneskene.»*

Beklagelsen kommer tidlig i forløpet, få timer etter at saken er blitt kjent. Beklagelsen kommer etter at både lokalmedia og riksavisene har skrevet om saken med fokus på politianmeldelsen og at feildiagnostisering har skjedd over flere år. Den kommer imidlertid *før* avisene rekker å gi de berørte pasientene et ansikt (de blir intervjuet i etterkant samme dag og dagen etter), og før de rekker å utbrodere farene for Nordlands kvinner og å spekulere for mye i hvordan dette kunne skje etc. Beklagelsen fremstår derfor som relativt uforbeholden, selv om jeg også har identifisert eksempler på at det samtidig er benyttet reduksjonsstrategier.

Beklagelse regnes som den mest risikable av forsvarsstrategiene (Benoit 1999), særlig for organisasjoner med samfunnsansvar, politikere etc. Dersom beklagelse benyttes er det nødvendig at den framstår som oppriktig. Det var ingen i de to fokusgruppene som kom med utsagn som kunne tolkes som at de ikke oppfattet selve beklagelsen som oppriktig. I forbindelse med en diskusjon om budskapet i pressekonferansen ble det blant annet sagt følgende i en av gruppene: *«Men han startet med å be om unnskyldning til de det gjaldt. Og liksom, det var det aller viktigste.»*

I den andre gruppa var det enighet om at medisinsk direktør fremsto som oppriktig, men det var likevel stilt spørsmål ved beklagelsen:

«Men samtidig, når Nordlandssykehuset nå går ut og beklager så inderlig, og legger seg så veldig flat, så tenker jeg at det er også et signal om at «dette burde vi ha avdekket». Selv om det ble avdramatisert, og satt i perspektiv og så videre.. Det at de også går inn og legger seg så søkke flat og er så lei seg for det her, i stedet for å ta en sånn; «nå må dere ta dere sammen folkens, se på tallene osv».. Betyr det da at de har gjort en dårlig jobb?»

Her ser vi at beklagelsen medfører at det blir stilt spørsmål om det kan ligge enda mer bak enn det som blir sagt. Denne tolkningen av beklagelsen var det imidlertid ikke enighet om i gruppa, og en av de andre responderte på utsagnet med:

«Jeg sitter også igjen med at han sier at det er viktig; vi vil være åpen og vi forklarer helheten, det gjør jo at jeg tenker ikke at oj, hvorfor går de ut med det her, er det større enn det egentlig er?»

Den andre strategien i kategorien gjenoppbyggingsstrategier er kompensasjon. Verken i pressemeldingen eller nyhetsendingen sa medisinsk direktør noe om hva Nordlandssykehuset kan gjøre for de pasientene som har fått forsinket sin kreftdiagnose på bakgrunn av feildiagnostikk. Tvert i mot sa han: *«For de pasientene som har fått en forsinket kreftdiagnostikk kan vi ikke gjøre det godt igjen».*

Medisinsk direktør nevnte imidlertid i pressekonferansen at sakene var oversendt til Norsk Pasientskadeerstatning, og at for en av pasientene var saken ferdigbehandlet og pasienten hadde blitt tilkjent erstatning.

Deltakerne i fokusgruppene reagerte ikke negativt på at ikke Nordlandssykehuset ikke tilbød kompensasjon. Tvert i mot ble det trukket fram av en av deltakerne som et eksempel på at medisinsk direktør fremsto som ærlig: *«Det som har skjedd med de her to kan vi ikke gjøre godt. Det synes jeg var veldig bra han sa.»*

I Norge er det for øvrig heller ingen kultur eller sedvane som tilsier at det hadde vært forventet at sykehuset skulle tilby kompensasjon – i alle fall ikke økonomisk kompensasjon. Under Gildes E.coli-krise gikk imidlertid Gilde offentlig ut og lovte et økonomisk bidrag til familiene som ble rammet, ut over det rettslige ansvaret som Gilde hadde. En av forskjellene på disse to sakene er imidlertid at Gilde er en privat bedrift med et økonomisk overskudd som

kan disponeres på denne måten uten de samme begrensningene som en offentlig virksomhet som Nordlandssykehuset har.

5.2.6 Styrkingsstrategier

I kategorien *bolstering*, som jeg har oversatt til styrkingsstrategier, finner vi i Coombs modell strategiene påminnelse, innsmigring og offerrolle. Offerrolle-strategien anbefales kun i de tilfeller hvor man tillegges lav grad av kriseansvar, og den vil ikke være anbefalt her. I budskapet fra Nordlandssykehuset er det heller ingenting som tilsier at Nordlandssykehuset benytter offerrollestrategien i sin forsvarsrespons.

Benoit har *bolstering* som en egen strategi under kategorien redusering av klanderverdighet. I Benois modell har jeg oversatt denne strategien til *styrke og fremheve gode sider ved seg selv*. Denne sammenfaller i stor grad med Coombs strategi *påminnelse* i kategorien styrkingsstrategier i stor grad. Der Coombs fokuserer på at strategien går ut på å påminne publikum om tidligere godt arbeid, og at denne strategien passer best for virksomheter med tidligere godt omdømme, presenterer imidlertid Benoit strategien på en litt annen måte. Han sier at *bolstering* går ut på å styrke og fremheve gode sider ved seg selv slik at omgivelsene skal bli mildere stemt og ha lettere for å tilgi handlingen.

I Nordlandssykehusets forsvarsrespons finner vi eksempler på at disse strategiene; *påminnelse* samt *styrke og fremheve gode sider ved seg selv*, blir brukt.

Medisinsk direktør fremhever i pressekonferansen at Nordlandssykehuset de siste årene har arbeidet aktivt med internkontroll og kvalitet, og at de problemene som ligger bak de feilvurderingene som har blitt gjort ble oppdaget *før* sykehuset fikk kjennskap til de konkrete sakene som nå er grunnlaget for politianmeldelsen og tilsynssaken hos Fylkesmannen. Han går grundig igjennom hvordan det ble oppdaget, og hvordan systemet for å avdekke feil og mangler fungerer. Det kan synes som at budskapet her er at Nordlandssykehuset er til å stole på, og at de ville både funnet ut av det og gjort noe med problemet uavhengig av om de ble anmeldt av en pasient eller ikke. Dette ble også trukket fram i fokusgruppene.

I den ene gruppa ble det som hadde skjedd oppsummert på denne måten:

«Etter internkontrollen og revisjonen bestemte de seg for å sjekke en del resultater, og gå tilbake til tidligere prøver for å se. Og det virker jo som det var da de forsto de at de hadde feiltolket tidligere... (...) De var ikke gode nok i bunn, men ved revisjonene fant de det ut»

I den andre gruppa ble det blant annet sagt:

«Jeg tenker jo det at dette ga et helt annet bilde. Han gikk jo ut med ganske mye informasjon, og at den saken kom opp, de fikk vite om den samtidig som de hadde begynt å granske sine egne systemer. (.....) Og så har han gått inn i rutinene, og de har tydeligvis gjort et grundig arbeid i endring av rutiner.»

Jeg tolker diskusjonene i fokusgruppene rundt dette som at de hadde en oppfatning av at det var sykehuset selv som fant ut at de ikke hadde god nok kvalitet når det gjaldt diagnostisering på celleprøver, og at de iverksatte tiltak i forhold til dette uavhengig av anmeldelsen.

Medisinsk direktør viser dessuten til at det ved Nordlandssykehusets laboratorium påvises den samme forekomsten av livmorhalskreft pr 1000 innbyggere som de gjør i resten av landet, og han legger dette til grunn for at det ikke finnes noen holdepunkter for at Nordlandssykehuset systematisk har underdiagnostisert denne type kreft. Når han også forteller at de har ettergransket 800 prøver uten å finne et eneste avvik, er også dette et budskap om at Nordlandssykehusets virksomhet på dette feltet er trygt og til å stole på. Dette ble lagt merke til i den ene fokusgruppa og trukket inn i en uttalelse som gikk på at tilliten til Nordlandssykehuset var blitt bedre etter å ha sett pressekonferansen:

«Og han nevnte jo den granskninga, at de har funnet avvik og lukket avvikene, men at de har gjort research på 800 prøver, der han også sa at det var bare 800 prøver, men likevel så ga det en pekepinn.»

5.2.7. Oppsummering

Mine funn viser at Nordlandssykehuset i forbindelse med denne saken benyttet strategien *beklagelse*, som er en av gjenoppbyggingsstrategiene. I tillegg benyttet de styrkningsstrategien *påminnelse / styrke og fremheve gode sider ved seg selv*. De benytter også reduksjonsstrategiene *unnskyldninger / bortforklaringer* og Benoits strategi *minimalisering*. Nordlandssykehuset ga i tillegg relativt mye justerende informasjon – herunder det Benoit kaller *korrigerende handlinger*. Jeg vil nå vurdere kommunikasjonens

form før jeg drøfter hvorvidt Nordlandssykehusets omdømmeforsvar var egnet i celleprøvesaken.

5.3 Vurdering av kommunikasjonens form

5.3.1 Hurtighet

Nordlandssykehuset valgte i denne saken å gå ut i media selv for å informere om det som hadde skjedd, før noen andre gjorde det. Saken ble faktisk tilgjengelig for offentligheten 19. mars 2014, ni dager før avisene skrev om saken, da Nordlandssykehuset la ut informasjon om dette på sin hjemmeside. På dette tidspunktet var det ca. 4 måneder siden foretaket var blitt politianmeldt av den første av kvinnene som anmeldte helseforetaket på grunn av feildiagnostikk. Media skrev imidlertid ikke om saken før 28. mars, etter at Nordlandssykehuset samme dag sendte ut en pressemelding om saken i forbindelse med at Salten politidistrikt hadde åpnet etterforskning.

Nordlandssykehuset ga justerende informasjon første dag, først gjennom pressemeldingen som ble sendt ut til landets aviser, deretter gjennom pressekonferansen. Som jeg har nevnt tidligere tok det imidlertid noen dager før det ble gitt instruerende informasjon til de kvinnene som ble urolige av saken med tanke på egne celleprøver som de tidligere hadde sendt inn. Det kan tenkes at foretaket først ikke så noe behov for at det ble gitt instruerende informasjon, da de la stor vekt på budskapet om at det som førte til feildiagnostikk ikke lengre var et problem.

Ved å gå ut med saken selv på denne måten før media rakk å skrive om saken, fikk Nordlandssykehuset sjansen til å påvirke fortolkningsrammene til media og offentligheten. Ved at de selv valgte ut og vektla de forskjellige aspektene påvirket de gjennom den informasjonen som ble gitt hvilket perspektiv både journalister og publikum tolket saken ut fra (Entman 1993 i Brønn og Ihlen 2009). I tillegg fremsto de som mer troverdige når de fikk gitt informasjonen selv før andre kilder rakk å rapportere om det som hadde skjedd (Coombs 2015).

5.3.2 Konsistens

Ved å velge én person som talsperson i stedet for at flere forskjellige uttaler seg til media, er det lettere å sikre at kommunikasjonen er konsistent selv om dette ikke trenger å være avgjørende (Coombs 2015). Nordlandssykehuset valgte i celleprøvesaken å ha én person i front – medisinsk direktør. Det var medisinsk direktør som var talsperson både i

pressekonferansen, tv-intervjuene og det var medisinsk direktør som var kontaktperson når avisene ønsket intervju eller uttalelser.

Konsistens sikres blant annet ved at kommunikasjonen som gis fra talspersonen eller talspersonene er koordinert med andre medlemmer av organisasjonen som har kunnskap om saken, slik at ikke disse blir uoffisielle talspersoner i saken (Coombs 2015). I pressekonferansen ble det gitt ganske detaljert informasjon om masseundersøkellesprogrammet og om de forskjellige krefttypene som vi med en fellesbetegnelse kaller livmorhalskreft. I ettertid har medisinsk direktør fortalt at det i forkant av pressekonferansen var omfattende kontakt med patolog som bisto med å sikre kompetanseoppbygging av ledelsen på temaet, men han vurderer likevel slik at de ikke var godt nok faglig påkledd på pressekonferansen (foredrag 27. oktober 2014 på Pasientsikkerhetsprogrammets høstsamling).

Det er også viktig å informere virksomhetens ansatte i og med at disse vil snakke med venner og familie om saken, og det er dermed viktig at disse har samme informasjon og oppfatning av saken som de som fronter saken utad (Coombs 2015). I forbindelse med celleprøvesaken arrangerte Nordlandssykehuset allmøte i forbindelse med at saken ble kjent, for å sikre at alle ansatte hadde den samme informasjonen om saken.

At kommunikasjonen er konsistent betyr først og fremst at den er klar og tydelig, og at man «snakker med en stemme». Budskapet som gis skal være det samme, slik at det ikke blir uklarheter om hva som sies. I begge mine fokusgrupper kom det frem at det var usikkerhet rundt hvordan de skulle tolke budskapet med tanke på hva som hadde skjedd og hvorfor.

I den første gruppa gikk samtalen blant to av deltakerne slik etter å ha lest avisoppslagene:

- *«Og da ser jeg at man sier «systemsvikt»,(.....) men så var dette en tilfældighet. Det får jeg ikke helt... Jeg får ikke logikken til å gå opp.»*
- *«Og tenk for en tilfældighet da! Hun samme dama, og fem prøver! Hvis det er 20.000 i året som du sier. Akkurat hun ene dama – hver gang! Det er på grensen til mystisk, spør du meg.»*
- *«Nei, og derfor får jeg det ikke til å stemme da, at man sier: (...) Det er en systemsvikt, vi skal rydde opp i det, men akkurat dette var tilfældig. Det er ikke logisk.*

Etter pressekonferansen ble imidlertid budskapet klarere for denne gruppa:

«Jeg fikk ikke det helt til å stemme på en måte, det som sto i avisa. Jeg satt igjen med noen spørsmål, mens nå tenker jeg at nå er det klarere, nå er det forståelig.»

Hos den andre gruppa ble det samme diskutert etter å ha sett nyhetssendingen på NRK Nordland:

- *«Jeg blir jo litt i tvil om hva han egentlig sier. Er det systemsvikt eller er det ikke systemsvikt. Er det menneskelig svikt eller er det ikke det. Hadde de god nok kompetanse eller hadde de ikke god nok kompetanse. Hva var årsaken til dette, jeg ble litt.. De svarene har skiftet.»*
- *«Jeg følte det var litt av alt, det var ikke god nok kompetanse og det var systemsvikt.»*
- *«Men på de ulike tidspunktene her, fra det første du fikk høre.. og pressekonferansen.. så føler jeg at svaret på disse tingene endrer seg.»*
- *«Ja, altså, det han sa «Jeg vil bare presisere at vi ikke har funnet systematisk svikt i kompetansen til de ansatte» og så gikk han rett over til å si at de har endret på opplæring og.. - som er knyttet direkte til kompetansen til de ansatte.»*
- *«Ja, jeg blir forvirret. Hva er det han sier?»*
- *«Så fortsatt vet jeg ingenting om hva det var som sviktet og det synes jeg faktisk de skal si. Når de vet det så synes jeg de skal si det.»*

I den første gruppa jeg intervjuet følte deltakerne at de fikk svar på spørsmålene de hadde stilt etter å ha lest avisoppslagene etter å ha sett pressekonferansen, og dette ble ikke rokket ved når de så nyhetssendingen på samme måte som det ble hos den andre gruppa. Den andre gruppa mente budskapet var veldig utydelig med tanke på hva som var grunnlaget for det som hadde skjedd, og diskuterte dette relativt mye gjennom hele intervjuet. Slik jeg tolker dette vurderte altså deltakerne i de to fokusgruppene konsistensen på kommunikasjonen forskjellig.

5.3.3 Åpenhet

Etter kirurgisaken har Nordlandssykehuset hatt en uttalt satsing på åpenhet, og foretaket fremstår også som åpen og ærlig i sin forsvarsrespons. Det at foretaket velger å gå ut selv gjør selvfølgelig også at de fremstår som mer åpne enn de ville gjort dersom media skrev om saken med bakgrunn i at en av kvinnene som anmeldte foretaket hadde stått frem først.

Informasjonen som blir gitt den første dagen inneholder beskrivelser av hva som hadde skjedd og hvorfor det hadde skjedd. Medisinsk direktør presiserte i pressekonferansen at Nordlandssykehuset ønsket å være åpne også i forbindelse med denne saken:

«Vi har valgt å gå ut på denne måten som vi gjør nå, etter at vi la ut offentlig historien om den ene pasienten etter at det hadde vært i vårt kvalitetsutvalg i januar, så la vi ut for en drøy uke siden ut denne informasjonen på vår offentliggjøringsside for skader. Nordlandssykehuset har en erklært satsing på å bedre kvalitet og bedret pasientsikkerhet, og vi er av den oppfatning at en åpenhet rundt dette er en selvfølge. Når vi nå er under etterforskning, helsetilsynet er vel ikke ferdige med sin sak, og politiet etterforsker oss, så finner vi det helt naturlig å gå ut offentlig med det vi vet, og det vi har oversikt over.»

Etter pressekonferansen var det flere av deltakerne som uttrykte at de oppfattet at Nordlandssykehuset v / medisinsk direktør var ærlig når det gjaldt den informasjonen som ble gitt, og at de «sa det som det var». En av deltakerne sa i denne forbindelse: *«Jeg synes han fikk fram at jeg tror at det er et prinsipp at man velger åpenhet, og at det er en strategi.»*

I tillegg til å være ærlige og villige til å dele informasjon, er også tilgjengelighet for media viktig (Coombs 2015). På medisinsk direktørs foredrag som ble holdt 27. oktober 2014 på Pasientsikkerhetsprogrammets høstsamling fortalte han at planen som ble lagt før sykehuset gikk ut i media innebar at de ville stille opp på alt av forespørsler fra media i etterkant, og at det i ettertid fremstår som avgjørende at man har tillitsfull kommunikasjon med journalistene.

Medisinsk direktør mottok for øvrig høsten 2014 Kommunikasjonsforeningens åpenhetspris for «ekstraordinær åpenhet» i celleprøvesaken.

5.4 Var Nordlandssykehusets forsvar av omdømmet egnet i forhold til situasjonen?

Jeg vil nå gjøre en vurdering av om Nordlandssykehusets omdømmeforsvar var egnet i celleprøvesaken. Jeg vil vurdere hvorvidt innholdet og formen er i tråd med det Coombs anbefaler, og drøfte andre forhold som kan ha betydning for hvor vellykket kriseresponsen var i denne saken. Jeg vil samtidig drøfte fokusgruppene reaksjoner på forsvaret.

5.4.1 Innhold

Med innholdet i kriseforsvaret mener jeg de strategiene som ble brukt, i tillegg til instruerende og justerende informasjon.

Coombs har ikke instruerende og justerende informasjon med blant sine forsvarsstrategier, men han mener dette er fundamentet i *all* kriserespons, og at mange kriser kan håndteres effektivt kun ved å ha fokus på dette. Fokusgruppeintervjuene viste tydelig at det var nødvendig med instruerende informasjon, da det i begge gruppene ble uttrykt usikkerhet i forhold til hvordan de skulle ha forholdt seg med tanke på egne celleprøver. Det at det ikke ble gitt instruerende informasjon vil jeg anta var begrunnet i at det ble gitt en god del justerende informasjon – herunder det Benoit kaller *korrigerende handlinger* – som skulle trygge publikum i forhold til at det ikke var noen grunn til bekymring, og at det dermed ikke var behov for å gjøre noe for å beskytte seg selv. Som jeg nevnte gikk imidlertid sykehuset ut med informasjon noen dager senere om at man kunne få ettergransket prøver dersom man følte seg usikker. Dette tilbudet kunne nok med fordel vært gitt den første dagen. Når det gjelder justerende informasjon – og det Benoit kaller *korrigerende handlinger* - har jeg funnet at dette ble gitt i både pressemelding, pressekonferanse og nyhetssendingen på NRK Nordland. Den første fokusgruppa etterlyste ikke mer justerende informasjon enn det Nordlandssykehuset ga. Den andre gruppa mente imidlertid at det ble gitt for lite konkret informasjon, og at de ønsket mer konkret informasjon om hva som hadde ført til feildiagnostiseringen og hvilke endringer som var gjort for at det samme ikke skulle skje igjen.

Med bakgrunn i krisetype, krisehistorikk og tidligere omdømme tilsier Coombs anbefalinger at Nordlandssykehuset burde benyttet gjenoppbyggingsstrategier, supplert av styrkingsstrategier. Mine funn viser at sykehuset benyttet gjenoppbyggingsstrategien *beklagelse* og styrkingsstrategien *påminnelse/styrke og fremheve gode sider ved seg selv*, i tråd med hva Coombs anbefaler. De benytter imidlertid også reduksjonsstrategien *unnskyldninger/bortforklaringer* og også Benoits strategi *minimalisering*. Dette er strategier som Coombs mener man skal benytte for *offerkriser* når det finnes krisehistorikk eller tidligere omdømme og *uhellskriser* hvis det ikke finnes noen krisehistorikk eller tidligere ugunstig omdømme. I celleprøvesaken har jeg konkludert med at dette var å anse som en *mulig unngått krise* og at Nordlandssykehuset har en krisehistorikk som ikke tilsier at

publikum ville se med mildere øyne på sykehuset enn det krisetypen tilsa. Coombs anbefalinger tilsier dermed at denne strategien ikke burde vært benyttet i celleprøvesaken.

Fokusgruppene responderte forskjellig på Nordlandssykehusets bruk av reduksjonsstrategier. Strategiene går i stor grad ut på å fremstille handlingene som mer akseptable enn hva handlingen tilsier, og den første gruppa oppfattet i stor grad at dette var informasjon som bidro til å sette saken i et større perspektiv og slik jeg tolker deres utsagn gjorde nok dette at de så med mildere øyne på feildiagnostiseringen. Denne gruppa reagerte altså ikke på at reduksjonsstrategier ble benyttet, med unntak av at feildiagnostiseringen ble omtalt som en «tilfeldighet». De knyttet imidlertid dette utsagnet sammen med forklaringen om de to krefttypene, som de mente var en forklaring på hvorfor dette kunne skje flere ganger med samme person. Den andre gruppa var negative til bruken av reduksjonsstrategien *unnskyldninger/bortforklaringer*. Informasjonen som handlet om hvor mange prøver som ble diagnostisert hvert år i masseundersøkellesprogrammet, som jeg har tolket som strategien *minimalisering* ble imidlertid ikke kommentert nærmere i denne gruppa.

5.4.2 Form

Coombs trekker frem tre viktige trekk ved kriseresponsens form; hurtighet, konsistens og åpenhet. Jeg mener Nordlandssykehuset i stor grad fulgte Coombs anbefalinger i forhold til dette. Når det gjelder hurtighet så gikk de ut med mye informasjon denne første dagen, og på flere forskjellige måter; gjennom pressemelding, pressekonferansen og deretter i intervjuer i aviser og på TV. De fikk på denne måten styrt kommunikasjonen på en annen måte enn dersom media hadde hatt regien. Også når det gjelder åpenhet mener jeg at det at Nordlandssykehuset selv gikk ut med saken påvirket hvor åpne de fremsto ovenfor publikum. Dersom media først hadde skrevet om saken med utgangspunkt i historien til en eller flere pasienter ville saken ha blitt oppfattet på en helt annen måte. I begge fokusgruppene ble medisinsk direktør oppfattet som ærlig og troverdig. Dette ville vært vanskeligere å oppnå dersom saken hadde blitt kjent på annen måte, slik at man oppfattet at sykehuset «ble tatt på senga».

Når det gjelder konsistens mener jeg Nordlandssykehuset lyktes bare delvis med dette. De valgte én talsperson, som gjorde det enklere å kommunisere et konsistent budskap. Som beskrevet tidligere forberedte ledelsen seg godt når det gjaldt det faglige rundt celleprøver og livmorhalskreft, slik at det kunne gis mest mulig nøyaktig informasjon fra starten av. Det som

ble kritisert i den ene fokusgruppa jeg intervjuet var imidlertid at sykehuset var for utydelig med tanke på hva som hadde skjedd og hvorfor. Dette gjaldt særlig hvorvidt det var systemsvikt eller ikke, og om de ansatte hadde god nok kompetanse eller ikke.

5.4.3 Er det andre forhold som hadde innvirkning på hvor vellykket forsvaret var?

I Coombs teori om situasjonsbestemt krisekommunikasjon legges det i stor grad vekt på hvilke strategier som bør benyttes i forhold til konteksten, og at dette i stor grad er grunnlaget for hvor vellykket omdømmeforsvaret er. Det er likevel også mange andre faktorer som kan spille inn når det gjelder hvor stor skade et omdømmeangrep kan ha på virksomhetens omdømme.

Nordlandssykehuset valgte å ha én person i front i denne saken – medisinsk direktør. Ved å velge medisinsk direktør som den eneste som uttalte seg til media, sørget de ikke bare for å legge til rette for mest mulig konsistent kommunikasjon. De sikret også at den som representerte Nordlandssykehuset var en person som faktisk *kunne* ta ansvaret, i kraft av sin posisjon i toppledelsen, i stedet for en person som sto frem *på vegne av*. I tillegg sikret de at det var en person som fremsto som at han visste hva han snakket om, i og med at han selv var lege. Det at det var en fagperson som skjønte hva saken dreide seg om ble trukket fram i den første gruppa jeg intervjuet. De trakk fram at det var positivt at det var en fagperson som sto fram, og de oppfattet han også som faglig dyktig. Det at en leder som sto fram ble også sett på som positivt, og det var enighet om at det ikke ville vært det samme om det var en kommunikasjonsrådgiver som snakket på vegne av sykehuset. I forbindelse med denne diskusjonen gikk samtalen slik mellom tre av gruppedeltakerne:

- *«Nei, og da tenker jeg også at det er personen, ja; jeg tror på han, men jeg tror òg at han forstår det her. Det er ikke en person som er ekspert på kommunikasjon, det er ikke en som er ekspert på ledelse nødvendigvis, men det er en fagperson som skjønner det her. Og som ordner opp. Så det gjør at jeg får tillit.»*
- *«Ja, og jeg tror at han klarer å formidle dette i sin egen organisasjon slik at det vil kunne bli bedre»*
- *«Ja, fordi han er leder.»*
- *«Ja, fordi han er leder og fordi han framstår på den måten.»*
- *«Det virker jo som han personlig har vært med og tatt tak i dette. Om det er sant eller ei det vet jeg jo ikke»*

Som nevnt tidligere, trekker Coombs fram viktigheten av å velge riktig talsperson, og han viser til en rekke personlige egenskaper man bør ha når man skal være «organisasjonens stemme» når målet er å forsvare virksomhetens omdømme. Dette med medisinsk direktørs personlige egenskaper og måten han fremsto på i pressekonferansen ble også diskutert i begge fokusgruppene flere ganger. Etter å ha sett pressekonferansen startet en av deltakerne i den første fokusgruppa samtalen slik:

«Jeg synes han var veldig dyktig og tillitsvekkende. Han virket saklig og ærlig, og.. ja. Det synes jeg var bra. Og han forklarte på en sånn måte at det var begripelig. Alle vet jo (...) at noen bommerter blir gjort. Hvis man er villig til å gå litt i seg selv, så.. så vet vi jo det. Det er ikke 100 % alt. Men sånn som det ble fremstilt i avisa, så får du inntrykk av at.. her går det liksom på halv fem nærmest, men du får et helt annet inntrykk etter å ha hørt på han. Jeg synes det var bra. Han reiste kjerringa, det må jeg si.»

En av de andre deltakerne i samme gruppe støttet dette:

«Og så var jo han god, personlig, synes jeg. Han blandet dette med å legge seg flat samtidig som han var veldig faglig dyktig og personlig og «beklager» samtidig som «hør nå her..». Han setter det i perspektiv osv. Det skal han ha!»

Litt senere gikk samtalen slik mellom to av deltakerne:

- *«Jeg synes han var en annen type enn det som ellers dukker opp av ledelse når sykehus.. for eksempel ved OUS. De har jo fått gjennomgå i noen runder. Og da synes jeg det er mye glattere og mye mer arrogant og avvisende, og.. ja..»*
- *«Bagatelliserende?»*
- *«Ja. Mens han var... Ja. Jeg fikk et annet inntrykk. Liksom; okei, sånn ledelse liker jeg! Sånn ledelse som de andre, det tror jeg ikke fører til noen gode arbeidsforhold.»*

Litt lengre ut i samtalen ble tråden igjen tatt opp når det gjelder måten medisinsk direktør fremsto på:

«Men for meg synes jeg det her viser at det er veldig viktig hva slags personer du har, altså, hva slags personlighet som dukker opp på skjermen, i et sånt tilfelle som det her, for eksempel, når det er snakk om omdømme. At det er en person som virker ærlig og tillitsvekkende og.. ja..»

Også i den andre gruppa ble medisinsk direktør som person trukket frem på en positiv måte.

Etter å ha sett pressekonferansen sa en av deltakerne blant annet:

«Han var også.. han var ydmyk, føler jeg. Han ga god informasjon. Jeg kjente jo at min sviktende tillit fikk en helt annen.. jeg fikk et helt annet inntrykk etter den pressekonferansen. Det var det som slo meg. Han innbød til tillit.»

Etterpå sa en av de andre deltakerne som svar til dette:

«Jeg er i utgangspunktet enig i det (forrige deltaker) sier, og i tillegg så synes jeg at fyren framstår på en veldig troverdig måte, han er tydelig ubekvem med situasjonen, virker litt sånn smånervøs, men jeg oppfatter han som ærlig.»

En tredje deltaker sa også:

«Men jeg tror dette er en mann som vil at NLSH skal jobbe systematisk med å rette opp de feilene sine.. og lære av de. Ha det på stell. Og som vil det beste for pasientene, og som tenker på pasientsikkerheten. Det tror jeg.»

Etter å ha sett nyhetssendingen på NRK Nordland ble det også sagt i denne gruppa:

«Men jeg sitter også med et inntrykk av at dette er en mann som prøver så godt han kan å rydde opp i det som måtte komme av feil. Og at Nordlandssykehuset har vært ganske heldige som har fått tak i han. Og at han vil det beste for Nordlandssykehuset.»

Jeg tolker disse utsagnene som at budskapet som blir kommunisert har troverdighet mye på grunn av *personen* som sto fram, og ikke bare det som ble sagt. Til tross for at det i den andre gruppa jeg intervjuet kom fram kritikk knyttet til bruk av reduksjonsstrategier, at de mente budskapet ikke var konsistent, samt at det ikke ble gitt nok justerende informasjon, ble det også sagt at de hadde tillit til medisinsk direktør.

Dette med hvilken setting krisekommunikasjonen foregår i kan også ha hatt betydning for hvor vellykket forsvaret av omdømmet har vært i denne saken. I celleprøvesaken kommuniserte Nordlandssykehuset via pressemelding, pressekonferanse og intervju i både TV og aviser. Jeg har tidligere trukket fram at ved å sende ut en pressemelding ble de første nyhetssakene preget av Nordlandssykehusets egne formuleringer og vektinger av ulike elementer i saken, og at også pressekonferansen var en mulighet for å påvirke hvilke

fortolkningsrammer publikum ble gitt. I tillegg til de fordelene dette gir er det å ha en pressekonferanse, på den måten Nordlandssykehuset gjorde i denne situasjonen, også en mulighet for å få fremført sitt budskap uten å bli avbrutt – på en helt annen måte enn man kan gjøre i en nyhetssending med en journalist som stiller spørsmål. Man er forberedt, kan snakke i hele setninger, fullføre resonnementer og få frem budskapet sitt uten at det blir vridd og vendt på.

I den første fokusgruppa diskuterte de fordelene med å ha en pressekonferanse:

«Noen kan jo enkelt si; vi beklager, vi legger oss flat, unnskyld, ferdig. Mens her så forklarer du veldig nøye hva skjedde, hva gjorde vi med det, hva gjør vi nå, vi kan ikke gjøre noe for dere, og for dere andre... Veldig, veldig grundig, så det er jo sånn sett lurt med en pressekonferanse for da får man lov til å snakke fritt lenge, for du vet jo at senere så klipper de og limer og... så det tenker jeg, at det var lurt å ha en pressekonferanse og ha regien selv.»

En annen støttet dette etter å ha sett nyhetssendingen på NRK Nordland:

«Det er nok en fordel med en pressekonferanse hvor du kan tydeliggjøre fagligheta di, og snakke i lange setninger og ha lange resonnement. For han var jo litt sånn provoserende han intervjueren.»

I den andre gruppa ble forskjellen på nyhetssendingen og pressekonferansen kommentert på denne måten i samtale mellom tre av deltakerne:

- *«Og så synes jeg at de var bedre til å gjøre meg trygg under pressekonferansen enn her, for her sa han at jeg skjønner at dere er bekymret men.. og så trakk han fram dette statistiske grunnlaget og det gir meg ingen trygghet. Det budskapet med at nå har vi endret rutinene og sånn ble borte.»*
- *«Men han hadde jo fortsatt fokus på det med trygghet, selv om han kanskje ikke fikk formidlet det like godt, når han fikk stukket mikrofonen opp i ansiktet og måtte svare sånn på sparket.»*
- *«Men jeg føler fortsatt at jeg forholder meg mer til det han sa på den første, på pressekonferansen. Det er det jeg sitter igjen med, selv med det han sa det her nå, som han sa sist, så føler jeg at svikten har vært at det ikke har vært nok folk med*

kompetanse og at det har vært svikt.. Ja, det er i alle fall det jeg sitter igjen med. Jeg føler meg tryggest på det han har sagt først.»

En av deltakerne trakk også frem hva vedkommende mente var fordelene med pressekonferansen kontra nyhetssendingen:

«Samtidig er det noe med at på en sånn pressekonferanse midt på dagen, så har du jo selv full regi på det du legger fram, og får bruke all den tid du trenger. Når det her skal komprimeres inn i ei nyhetssending på kvelden, og det er jo det folk har sett, så er det fryktelig vanskelig å få frem det gode budskapet.»

5.4.4 Konklusjon

31. mars gikk leder i Nordland legeforening ut i Avisa Nordland og karakteriserte celleprøvesaken som vesentlig mer alvorlig enn kirurgisaken. Han uttalte også at han trodde at tilliten til Nordlandssykehuset var svekket.

Mitt inntrykk er imidlertid at celleprøvesaken aldri har fått den samme oppmerksomheten hos publikum som det kirurgisaken fikk. Dette til tross for at det har vært mange medieoppslag også om denne saken. Fra mars til desember 2014 publiserte Avisa Nordland 40 saker knyttet til celleprøvesaken, og selv om det ikke har vært mye nytt i saken i 2015 - i og med at de sakkyndige har arbeidet med sin redegjørelse hele dette året - har det også vært publisert noen artikler i Avisa Nordland dette året. Deltakerne i begge fokusgruppene uttalte likevel at de husket celleprøvesaken dårligere enn kirurgisaken, eller også at de ikke hadde engasjert seg så mye i denne saken når den kom opp.

I den ene gruppa kom de inn på kirurgisaken på slutten av fokusgruppeintervjuet. Samtalen gikk slik mellom to av deltakerne og meg selv:

- *«Jeg husker den saken bedre enn jeg husker denne saken. Altså, den første saken, kirurgiskandalen, den husker jeg mye bedre enn jeg husker denne saken. Og hvis jeg skal tenke på hvorfor så kan det jo være nettopp at det var mer armer og bein i fra Nordlandssykehuset da, og at de ble tatt mer på senga. Og at de ikke hadde den erfaringen som de hadde nå.»*

- (Moderator) «For det at du ikke husker denne celleprøvesaken så godt, det er jo for Nordlandssykehuset sin side et godt tegn?»
- «Ja, jeg tenker også det. Og så tenker jeg at denne celleprøvesaken betyr jo mer for meg personlig, enn den kirurgisaken gjorde. Og likevel så husker jeg den altså dårligere.»
- «Ja, og den er jo nyere også, i tillegg.»
- «Ja, så på et eller annet vis så må de jo ha nådd frem med dette budskapet om at pr nå så har vi ryddet opp.»

Den andre gruppa diskuterte også forskjellene på hvordan Nordlandssykehuset hadde respondert på kirurgisaken kontra celleprøvesaken. En av deltakerne sa for eksempel: «Jeg synes jeg husker der at.. «hvem skylder vi på her?» Og at det var ikke en leder som sa veldig tydelig at dette er mitt ansvar – sånn som her.»

I starten på dette kapittelet viste jeg at omdømmetrusselen måtte regnes som sterk ut fra hvilket ansvar omgivelsene ville tillegge Nordlandssykehuset i denne saken. I henhold til Coombs anbefalinger burde sykehuset derfor benytte gjenoppbyggende strategier, supplert med styrkingsstrategier. I tillegg mener han at informasjon er viktigere enn alle forsvarsresponsene, herunder instruerende og justerende informasjon. I justerende informasjon ligger også det Benoit skiller ut som en egen strategi; korrigerende handlinger.

Ved alvorlige angrep på en organisasjon er det sjelden at man benytter seg av kun én strategi, ofte vil flere verbale strategier og taktikker bli brukt (Kvåle og Wæraas 2006). I denne saken har jeg vist at Nordlandssykehuset seg av fire strategier; *beklagelse*, som er en del av Coombs *gjenoppbyggingsstrategier*, og *påminnelse/styrke og fremheve gode sider ved seg selv*, som er en del av Coombs *styrkingsstrategier*. Dette er altså i tråd med hva Coombs anbefaler i henhold konteksten i denne saken. Jeg har også funnet at Nordlandssykehuset benyttet seg av strategien *unnskyldninger/bortforklaringer* som er en del av Coombs *reduksjonsstrategier*, og Benoit's strategi *minimalisering* som i Coombs kategorisering vil være naturlig å regne som en reduksjonsstrategi. Nordlandssykehuset ga ikke instruerende informasjon den første dagen, men de ga relativt mye justerende informasjon slik Coombs anbefaler, herunder hva Benoit definerer som *korrigerende handlinger*.

For å svare på den andre delen av problemstillingen; hvorvidt omdømmeforsvaret var velegnet i situasjonen, har jeg som utgangspunkt valgt å støtte meg på Coombs anbefalinger om situasjonsbestemt krisekommunikasjon. Mine funn viser at Nordlandssykehuset har fulgt Coombs anbefalinger i stor grad i forhold til valg av verbale forsvarsstrategier på bakgrunn av konteksten. I tillegg til de anbefalte strategiene har de imidlertid også benyttet seg av reduksjonsstrategier, noe Coombs ikke anbefaler ut fra denne sakens karakter sett i lys av krisehistorikk og tidligere omdømme. Det som kom fram i fokusgruppeintervjuene tilsier imidlertid at publikum ikke nødvendigvis responderte negativt på bruk av reduksjonsstrategier i denne saken. Reaksjonene på bruken av reduksjonsstrategier var imidlertid forskjellige i de to gruppene, og jeg kan ikke trekke noen konklusjon i forhold til dette på bakgrunn av intervjuene. Den ene fokusgruppa jeg intervjuet vurderte dette i hovedsak som informasjon som satte saken i perspektiv, mens den andre reagerte negativt på bruken av *unnskyldninger/bortforklaringer*, da de mente dette var for mye og for detaljert informasjon og at det ikke spilte noen rolle i forhold til hvordan de vurderte Nordlandssykehusets ansvar i denne saken. Det var imidlertid ingen uttalte reaksjoner på bruk av *minimalisering* i denne gruppa.

Selv om Coombs anbefalinger i dette tilfellet tilsier at Nordlandssykehuset burde bruke *beklagelse*, hevder Benoit, som jeg har tidligere nevnt, at det er mer risikabelt for personer eller organisasjoner med ansvar å bruke beklagelse som strategi enn det er for skuespillere og andre i lignende yrker. Grunnen til dette er både at det ikke er like lett for disse å få lagt hendelsene bak seg, og at det heller ikke alltid er like effektivt å benytte beklagelse som strategi for å bevare sitt omdømme.

I Nordlandssykehusets tilfelle ville det i denne saken vært vanskelig å unngå å innrømme skyld, i og med at saken - sett utenfra i alle fall - fremsto som ganske klar. Det å nekte skyld for deretter å måtte endre strategi, er mer skadelig enn å innrømme skyld i første omgang. Beklagelsen i pressekonferansen fremstår dessuten som ektefølt, og ikke bare som løs retorikk og symbolsk prat. Dette er viktig for at beklagelsen skal fungere i tråd med det som er hensikten – å reparere/bevare Nordlandssykehusets omdømme.

At beklagelsen kommer i første del i pressekonferansen, og før det tas andre strategier i bruk, mener jeg er strategisk veldig viktig for hvor vellykket forsvaret av omdømmet til Nordlandssykehuset var og vil være i denne saken. Ved at organisasjonen først «legger seg

flat» og gir en beklagelse – i første omgang er den helt uforbeholden – gir medisinsk direktør i Nordlandssykehuset et inntrykk av at foretaket er ansvarlig, til å stole på og at de ikke prøver å vri seg unna det som har skjedd. Dette inntrykket kan gjøre at man er mer åpen for det budskapet som gis etterpå, og som er ment å skulle stille Nordlandssykehuset i et bedre lys med tanke på feilen som er gjort.

Nordlandssykehusets uttalte verdier er *kvalitet, trygghet og respekt*. Foretaket har de siste årene vært opptatt av å kommunisere ut at de er opptatt av å bygge en åpenhetskultur og at de har et uttrykt et sterkt fokus på pasientsikkerhet og kvalitet. Når den kommuniserte identiteten står i motstrid mot organisasjonens handlinger vil dette kunne medføre problemer knyttet til omdømme (Kvåle og Wæraas 2006). I denne saken vil det altså ikke være nok med en beklagelse, Nordlandssykehuset måtte også forsvare sine handlinger for å redusere skaden på omdømmet sitt.

Ved å gå åpent ut med informasjonen i denne saken, tilsynelatende uten ønske om å skjule noe, bekrefter Nordlandssykehusets sin identitet som er knyttet til åpenhet. De viser med dette at de er til å stole på og ikke ønsker å skjule noe, og at åpenhetskulturen sykehuset fremhever at de har ikke bare er tomme ord.

Kvalitet er den andre egenskapen Nordlandssykehuset har fremhevet hos seg selv de siste årene – etter den såkalte kirurgi-saken. Når det ble kjent at flere pasienter har fått feildiagnostisert sine celleprøver en rekke ganger, vil det være behov for å forsvare sitt omdømme knyttet til kvalitet. I pressekonferansen ser vi at det brukes mye tid på å fortelle om hvilke tiltak som er satt i verk, og ikke minst at avvikene ble fanget opp som følge av Nordlandssykehusets rutiner for internkontroll **før** de fikk vite om disse to konkrete eksemplene. Sammen med informasjonen om at 800 prøver er ettergransket nylig uten å finne en eneste feil, og at problemene «*har skjedd tilbake i tid*», vil det, for de som kjenner historien, være lett å tenke at problemene henger sammen med de tidligere problemene med manglende kvalitetssikring og internkontroll. Jeg har imidlertid ikke tolket dette så langt som at Nordlandssykehuset benyttet benektelsesstrategien *skyld på andre*.

Jeg har tidligere i kapittelet konkludert med at formen på omdømmeforsvaret i stor grad samsvarer med Coombs anbefalinger, selv om det kan stilles spørsmål ved om konsistensen på krisekommunikasjonen var god nok. I særlig den ene fokusgruppa ble det diskutert relativt

mye hva budskapet egentlig var, og om de utsagn som ble diskutert sto i motstrid til andre utsagn. En av deltakerne tolket måten medisinsk direktør ordla seg om hva som var grunnen til feildiagnostiseringen på denne måten:

«Jeg føler egentlig at de mellom linjene sier 'ja på papiret hadde vi feil personer til å gjøre jobben, men disse personene var likevel kompetente nok, og det er ikke deres kompetanse som egentlig er skyld i at den glippen ble gjort. Årsaken skyldes at det er svært vanskelig å tolke disse prøvene, feilen kunne oppstått uansett. Men det tør vi på en måte ikke å si i klartekst.' For da utfordrer de de kravene som er satt til hvilken kompetanse... Altså da utfordrer du store ansattegrupper. Kanskje er det derfor han pakker det litt inn.»

Nordlandssykehusets strategi i forhold til medieoppmerksomheten de måtte ha skjønt at de uansett ville få rundt denne saken, var i første rekke å være i forkant; å gi informasjonen frivillig, før de ble nødt til å svare på anklager og spekulasjoner som hadde fått utvikle seg fritt i media. På denne måten fikk de vært med på å regissere selv hvordan saken skulle fremstilles og ha en viss innvirkning på hvilke tolkningsrammer som ble lagt til grunn for hvordan omgivelsene oppfattet saken. Dette mener jeg var en god vurdering. De første sakene som ble presentert i avisene på morgenen 28. mars 2014 bar preg av hvordan saken ble presentert fra Nordlandssykehuset i pressemeldingen.

Det neste steget, pressekonferansen, medførte også at man fikk gitt journalistene sin versjon av saken før de berørte – kvinnene som var utsatt for feildiagnostiseringen – sto frem med sine historier. Av det materialet jeg viste fokusgruppene mente begge gruppene at det var pressekonferansen de oppfattet som mest tillitsvekkende. Ingen av disse hadde imidlertid sett pressekonferansen i sin helhet tidligere. Pressekonferansen ble vist en fredag kl. 12, et tidspunkt hvor de fleste er på jobb. Selv om ikke folk flest så denne pressekonferansen fikk sykehuset på denne måten mulighet til å fremstille saken for journalistene på den måten påvirke journalistenes perspektiv.

Det at foretaket benytter reduksjonsstrategiene *unnskyldninger/bortforklaringer* og *minimalisering* er antagelig mindre synlig for publikum enn det ville ha vært om de hadde latt dagene gå uten å gå aktivt ut i media. Det at de er i forkant, og svarer på beskyldninger som enda ikke er kommet så tydelig frem, gjør at det er en større sannsynlighet for at omgivelsene oppfatter budskapet som blir gitt som informasjon heller enn unnskyldninger.

Var det å gå ut med saken selv forankret i en bevisst strategi? I så fall mener jeg dette var et godt valg med tanke på å forsvare Nordlandssykehusets omdømme. Journalisten fra Avis Nordland skriver i en metoderapport til SKUP at hun ble kontaktet av den første av kvinnene som hadde anmeldt foretaket da Nordlandssykehuset omtalte hendelsen på sine hjemmesider 19. mars. Avis Nordland kontaktet deretter TV2 da de ønsket at et riksdekkende medium skulle dekke saken, slik at saken skulle få større gjennomslagskraft – også på nasjonalt nivå. I utgangspunktet hadde de planlagt å bruke god tid på denne saken, og ikke forhaste seg med publisering. Om det som skjedde i forkant av pressekonferansen skriver journalisten:

«Etter at jeg hadde jobbet med Christine og hatt flere møter, var tidspunktet kommet for å innhente samtidig imøtegåelse fra Nordlandssykehuset. Jeg ringte Barthold Vonen, medisinsk direktør, (som da var på reise) og ba om et intervju angående meldingen de hadde lagt ut på hjemmesidene sine noen dager i forveien. Møtet ble tidfestet til neste dag klokken 12. Samme kveld kom det en pressemelding fra Nordlandssykehuset der de innkalte til pressekonferanse. PK-en ble tidfestet til neste dag klokken 12. God tid ble plutselig til null tid. Sykehuset ville slippe bomben selv, i alle fall ikke la pressen gjøre det.»

I tillegg til Coombs anbefalinger i forhold til kriseresponsens *innhold* og *form* har jeg gjennom fokusgruppeintervjuene fått bekreftet at Coombs vektlegging av *valg av talsperson* er en viktig faktor for hvor vellykket et omdømmeforsvar er. Mine funn viser at måten medisinsk direktør opptrådte på generelt var overbevisende i forhold til det han kommuniserte verbalt. I begge fokusgruppene ble medisinsk direktør i hovedsak oppfattet som ærlig og troverdig. Han fremsto som oppriktig da han beklaget ovenfor de som var blitt berørt, og han fremsto som overbevisende da han snakket om kvalitet og de tiltak som har blitt gjort. I saker som dette er det viktig å være ydmyk ovenfor de pasientene som har vært skadelidende, og det synes jeg Nordlandssykehuset klarte, spesielt i forbindelse med pressekonferansen.

Pressekonferansen var også den delen av Nordlandssykehusets kriserespons som fokusgruppene responderte mest positivt på. Selv om det samme budskapet ble gjentatt – om enn i en litt annen form – i intervjuet som ble vist på NRK Nordnytt samme kveld, vurderte fokusgruppene pressekonferansen som den delen av forsvaret som var mest tillitsvekkende. Dette mener jeg viser at i hvilken setting krisekommunikasjonen forgår i også spiller en stor rolle for hvor virkningsfullt omdømmeforsvaret er. Det at ingen hadde sett pressekonferansen

tidligere er imidlertid en påminnelse om at en slik pressekonferanse ikke er noe folk flest får med seg fullt ut. Imidlertid vil bruddstykker av denne som regel bli vist på nyhetene senere på kvelden, og det som blir sagt på pressekonferansen er også ofte grunnlag for hva journalistene skriver i sine reportasjer om saken.

Ut fra mine funn vurderer jeg det slik at Nordlandssykehusets omdømmeforsvar i hovedsak var egnet gitt situasjonen i forbindelse med at celleprøvesaken ble kjent. Foretaket fremsto som mye bedre forberedt enn de har vært i tidligere saker der omdømmet har vært angrepet. Dette gjelder særlig ved sammenligning med kirurgisaken. Hvorvidt dette vil gjenspeile seg i hvordan omdømmet til Nordlandssykehuset vil være etter at celleprøvesaken er avsluttet gjenstår imidlertid fortsatt å se. Spørsmålet er først og fremst hvorvidt publikum føler seg trygge som pasienter i møte med sykehuset, og om utsagnet til en av deltakerne i fokusgruppene jeg intervjuet er gjengs oppfatning i befolkningen:

«Og så er jeg sikker på at det å sende inn celleprøver til Nordlandssykehuset nå, det er ganske trygt. Jeg føler meg trygg på det.»

KAPITTEL 6 AVSLUTNING

6.1 Oppsummering av funn og noen refleksjoner rundt disse

Denne oppgaven har hatt til hensikt å belyse temaet omdømmeforsvar ved å undersøke hvordan Nordlandssykehuset forsvarte sitt omdømme i forbindelse med at celleprøvesaken ble kjent i media 28. mars 2014. Problemstillingen jeg ønsket svar på var: *Hvilke strategier benyttet Nordlandssykehuset for å forsvare sitt omdømme i forbindelse med at celleprøvesaken ble kjent for offentligheten, og var sykehusets omdømmeforsvar egnet i denne situasjonen?*

Ved å analysere en pressemelding, en pressekonferanse, avisoppslagene som ble publisert den dagen saken ble kjent samt en nyhetssending på TV har jeg funnet at Nordlandssykehuset benyttet gjenoppbyggingsstrategien *beklagelse* og styrkingsstrategien *påminnelse/styrke og fremheve gode sider ved seg selv*, og at dette stemmer overens med hva Coombs anbefaler ut fra konteksten. Som Coombs anbefaler ble det også gitt relativt omfattende *justerende informasjon*, særlig den delen av dette som Benoit skiller ut som en egen strategi; *korrigerende handlinger*. Instruerende informasjon ble også gitt, men ikke før det var gått et par dager. Jeg har også funnet at Nordlandssykehuset benyttet reduksjonsstrategiene *unnskyldninger/bortforklaringer* og det Benoit kaller *minimalisering*. Dette er ikke anbefalt i henhold til Coombs situasjonsbestemte krisekommunikasjonsteori. Ved å intervjuer to fokusgrupper fant jeg imidlertid at det er usikkert hvorvidt dette har skadet omdømmeforsvaret, da fokusgruppene reagerte på forskjellig måte på bruken av reduksjonsstrategien *unnskyldninger/bortforklaringer*.

Coombs trekker imidlertid også inn krisekommunikasjonens form som viktig for hvor vellykket et omdømmeforsvar vil være. I min analyse av denne saken har jeg konkludert med at Nordlandssykehuset fulgte Coombs anbefalinger om hurtighet og åpenhet, og at de til en viss grad også oppfylte kravet til konsistens gjennom å ha én talsperson som ga den samme informasjonen igjennom dagen. I den ene av de to fokusgruppene jeg intervjuet var imidlertid deres inntrykk at Nordlandssykehuset ikke var klare nok når det kom til hvorvidt dette var en systemsvikt eller ikke. Grappa syntes også det var uklar informasjon når det gjaldt spørsmålet om kompetansen til de ansatte var god nok.

I enkelte tilfeller kan man tenke seg at kravet til hurtighet og konsistens kan være i motstrid til hverandre, da hurtighet øker risiko for feil og unøyaktigheter (Coombs 2015). Dersom man må reagere raskt har man ikke nødvendigvis riktig eller nok informasjon når man skal informere publikum om hva som har skjedd. Man må gjøre raske vurderinger, og i ettertid kan det komme fram andre opplysninger som gjør at man kanskje ville håndtert saken annerledes. I foredraget medisinsk direktør holdt på Pasientsikkerhetsprogrammets høstsamling 27. oktober 2014 ble det sagt at sykehuset ikke var godt nok faglig påkledd på pressekonferansen, og at det antagelig ikke ville vært mulig for en generalist å bli det med det tidspresset de hadde. Kravet til åpenhet og kravet til taushetsplikt i offentlig sektor kan også være i motstrid til hverandre (Wæraas, Byrkjeflot og Angell 2011). I det tidligere nevnte foredraget ble det sagt at sykehuset hadde som mål å beskytte de berørte ansatte, og ikke la media få kontakt med disse. Det ble imidlertid også sagt at erfaringen etter celleprøvesaken var at alt ikke er systemsvikt, og at man må tørre å snakke om menneskelige feil.

Hvordan offentligheten reagerer på et angrep på en virksomhets omdømme og på omdømmeforsvaret kan avhenge av mange faktorer. Coombs har satt dette i et system, og beskriver ikke bare hvilke strategier som kan benyttes slik Benoit i stor grad gjør, men også hvilke som bør brukes avhengig av konteksten. Han trekker inn vurderinger av de forhold som kan føre til at interessenter vurderer kriseansvaret som større eller mindre, og anbefaler valg av strategier på bakgrunn av dette.

I min analyse har jeg vist at det også er andre forhold enn de som vanligvis fremheves i oppgaver hvor Coombs SCCT benyttes som er av betydning for hvor vellykket omdømmeforsvaret er. Talspersonens egenskaper er en av disse. På bakgrunn av det som kom fram i fokusgruppeintervjuene mener jeg medisinsk direktørs fremtreden, spesielt på pressekonferansen, bidro positivt til omdømmeforsvaret.

Min masteroppgave handler om en sak som har hatt store konsekvenser for flere pasienter. Det handler dessuten om en krise som hadde potensiale til å ødelegge det positive bildet Nordlandssykehuset holdt på å bygge opp etter å ha gjort en helomvending i sitt fokus – fra fokuset på økonomistyring til fokus på kvalitet og pasientsikkerhet – etter den såkalte «kirurgiskandalen» som traff foretaket i 2010. Det er viktig for meg å presisere at oppgaven handler om et «øyeblikksbilde»; om hva som var den riktige strategien ut fra den informasjonen som forelå på tidspunktet saken ble kjent. Det har i ettertid kommet fram

opplysninger som gjør at det kan stilles spørsmål for eksempel ved krisetypen – som igjen er grunnlaget for hvilke strategier Coombs anbefaler når omdømmet er truet. 9.oktober kunne vi for eksempel lese i Avisa Nordland at 52 % av alle kvinner som får livmorhalskreft i Norge har fått feiltolket sin celleprøve, og at Nordlandssykehuset ligger omtrent på gjennomsnittet på landsbasis. Det kan med andre ord stilles spørsmål ved om screeningmetoden som benyttes er god nok, og om publikums forventninger til at disse prøvene skal være nøyaktige antagelig ikke er realistiske. Sett i lys av disse opplysningene kan det tenkes at sykehuset kunne reagert på en annen måte i denne saken. Disse opplysningene var imidlertid ikke tilgjengelige, i alle fall ikke for publikum, på det tidspunktet celleprøvesaken ble kjent. I min konklusjon har jeg derfor ikke tatt dette med i vurderingen.

6.2 Videre forskning

Coombs teori om situasjonsbestemt krisekommunikasjon er en av de mest omtalte teorier om omdømmeforsvar, og en av få som gir helt konkrete råd om hvilke strategier som bør benyttes i forhold til konteksten. Jeg mener min masteroppgave viser at det er flere forhold som vil spille inn på hvor vellykket krisekommunikasjonen er, og dette er et tema jeg mener vil være interessant å forske nærmere på. Hvor stor rolle spiller talspersonens personlige egenskaper? Hvor stor rolle spiller rekkefølgen på forsvarsstrategiene? Ville utfallet vært det samme i denne saken for eksempel, dersom beklagelsen hadde kommet til slutt i pressekonferansen i stedet for at medisinsk direktør startet med det?

Et annet forhold jeg har reflektert over under arbeidet med denne oppgaven er hvem omdømmeforsvaret er beregnet på. Det er kanskje ikke like hensiktsmessig med det samme forsvaret ovenfor potensielle pasienter som det er ovenfor media, eiere, politikere og andre beslutningstakere. Coombs teori tar ikke høyde for at forskjellige grupper av interessenter kan ha forskjellige oppfatninger av dette, alt etter ståsted. Dette har også vært en del av kritikken når det gjelder denne teorien (Johansen og Frandsen 2007). Det kan tenkes at media vil ha en type oppfatning, pasientene en annen og beslutningstakere en tredje.

Litteraturliste

Andersen S.S. (2013): *Casestudier. Forskningsstrategi, generalisering og forklaring*. Fagbokforlaget.

Benoit, W.L og McHale, J.P. (1999): *Kenneth Starr's Image Repair Discourse Viewed in 20/20*. *Communication Quarterly*. Vol 47, nr 3, side 265-281.

Benoit, W.L (1997): *Hugh Grant's Image Restoration Discourse: An Actor Apologizes*. *Communication Quarterly*. Vol 45, side 251-267.

Brønn, P. og Ihlen, Ø. (2009): *Åpen eller innadvendt. Omdømmebygging i organisasjoner*. Oslo: Gyldendahl Akademiske.

Coombs, W.T. (1998): *An analytic framework for crisis situations: better responses from a better understanding of the situation*". *Communication Abstracts*, 21 (6), side 177-191.

Coombs, W.T. (2015): *Ongoing crisis communication: planning, managing and responding*. SAGE Publications, Inc.

Coombs, W.T. og Holladay S.J. (2010): *The handbook of crisis communication*. Blackwell Publishing Ltd.

Fangen K. og Sellerberg A.-M. (2011): *Mange ulike metoder*. Gyldendal Akademisk.

Fombrun og Van Riel (2004): *Fame and Fortune: How successful companies build winning reputations*. Upper Saddle River: Prentice Hall.

Grotvassli K. (1999): *Case studier – bakgrunn og gjennomføring*. Høgskolen i Nord-Trøndelag. Arbeidsnotat nr. 81.

Halkier B. (2010): *Fokusgrupper*. Gyldendal Akademisk.

Johannessen A., Tufte P.A. og Christoffersen L. (2010): *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Abstrakt Forlag.

Johansen W. og Frandsen F. (2007): *Krisekommunikation. Når virksomhetens image og omdømme er truet*. Forlaget Samfunnslitteratur.

Kvåle, G. og Wæraas A. (2006): *Organisasjon og identitet*. Oslo: Samlaget.

Lerbinger, O. (1997): *The crisis manager. Facing risk and responsibility*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Lerdal, A. og Karlsson, B. (2008): *Bruk av fokusgruppeintervju*. Sykepleien Forskning 3 (3): 172-175

Maaløe, E. (1996): *Case-studier. Af og om mennesker i organisationer*. Akademisk forlag.

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

Scott, M.B. og Lyman, S.M. (1968): *Accounts*. American Sociological Review, 33 (1), side 46-62.

Wæraas, A. (2004) *Den karismatiske offentlige organisasjon: konstruksjonen av organisasjonslegitimitet ved hjelp av private kommunikasjonsrådgivere*. Doktoravhandling. Tromsø: Institutt for statsvitenskap, Det samfunnsvitenskapelige fakultet.

Masteroppgaver:

Endresen, G. (2012): «*Er angrep det beste forsvar? En studie av Valla-saken*».

Masteroppgave i HRM/personalledelse, Universitetet i Nordland

Fagervik, A. K. og Granli, V. (2013): «*Svin i Storfedrakt. En studie av Narvikbedriften Kuraas sitt omdømmeforsvar i svinekjøttskandalen 2013*». Masteroppgave i HRM /personalledelse, Universitetet i Nordland

Fjeldstad S.B. og Sunde E.W. (2011): «Effekter av krisekommunikasjon for omdømmet. En casestudie av Gilde under E.coli-krisen.» Masteroppgave i Økonomi og administrasjon, Norges Handelshøyskole.

Hansen, M. K. og Høgetveit K.S. (2015): «Northugs store avbikt – veien tilbake. En studie av Northugs omdømmeforsvar.» Masteroppgave i HRM/personalledelse, Universitetet i Nordland.

Karlsen, B.K. og Laurtsen, S.J. (2013): «I sentrum av en storm? En analyse av et sykehus' Omdømmeforsvar.» Masteroppgave i HRM/personalledelse, Universitetet i Nordland

Kovacs, B.(2012): «En casestudie av hvordan NSB beskyttet sin identitet og forsvarte sitt omdømme under det som omtales som «togkaoset» vinteren 2009-2010.» Masteroppgave i Organisasjons og ledelsesvitenskap, Universitetet i Tromsø

Pressemelding:

<http://www.nordlandssykehuset.no/pressemeldinger/feiltolkning-av-celleproever-article113059-28829.html>

Pressekonferansen og nyhetsinnslag på NRK:

<http://tv.nrk.no/serie/nyheter/nnfa12032814/28-03-2014>

<http://tv.nrk.no/serie/distriktsnyheter-nordland/dkno99032814/28-03-2014>

Avisartikler:

<http://www.an.no/nyheter/article7258171.ece>

<http://www.dagbladet.no/2014/03/28/nyheter/innenriks/feilbehandling/kreft/pasientskader/32530820/>

<http://www.nordlys.no/nyheter/article7258635.ece>

<http://www.nordlys.no/nyheter/article7258330.ece>

<http://www.dagensmedisin.no/nyheter/politietterforsker-nordlandssykehuset/>

<http://www.adressa.no/nyheter/innenriks/article9409353.ece>

<http://www.vg.no/nyheter/innenriks/helse-og-medisin/politiet-etterforsker-nordlandssykehuset/a/10138628/>

<http://www.nrk.no/nordland/kan-ha-feiltolket-flere-prover-1.11645306>
<http://www.nrk.no/nordland/paul-strand-ny-sykehusdirektor-1.7366840>
<http://www.an.no/nyheter/utenkelig-at-kirurgisaken-hadde-skjedd-i-dag/s/1-33-6542324>
<http://www.nrk.no/nordland/ambulansetjeneste-far-slakt-1.10887466>
<http://www.nrk.no/nordland/mye-overtid-for-ambulanspersonell-1.8109917>
<http://www.an.no/nyheter/tok-grep-na-vekker-sykehuset-nasjonal-oppsikt/s/1-33-7243189>
<http://www.an.no/nyheter/vesentlig-mer-alvorlig-enn-kirurgisaken/s/1-33-7265905>
<http://www.an.no/nyheter/ni-av-16-fikk-kreft-tross-normal-prove/s/1-33-7631940>

Øvrige kilder:

<http://www.skup.no/arrangementer/skup-2015/cristine-gravde-ett-ar-i-sin-egen-pasientjournal/>
<http://www.skup.no/metoderapporter/2014/27%20-%20Cellepr%C3%B8vesaken.pdf>
http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Nyheter/_attachment/3049?_ts=14979dd76d6