

Sjukhussammanslagningar

Vårdens problem

Krister Holmberg
Erik Jansson

Abstract

Den svenska sjukvården är i ständig förändring. För att möta de ekonomiska och tekniska krav som ställs på verksamheten har sammanslagningar och storsjukhus blivit en vanlig företeelse. Något som har resulterat i en debatt angående huruvida detta är en lämplig organisering av sjukvård. I vår undersökning analyserar vi denna debatt och dess aktörer genom att belysa två genomförda sammanslagningar samt den debatt som förts kring en eventuell omstrukturering av sjukvården inom Region Skåne. Med hjälp av en argumentationsanalys undersöker vi de värdemässiga grunder på vilka argumenten är baserade. Resultaten av denna analys utmynnar i en diskussion kring roller och identiteter inom den svenska sjukvården och deras ofta motstridiga värderingar.

Nyckelord: Sammanslagning, effektivitet, sjukvård, värderingar, argumentation

Innehållsförteckning

1	Introduktion	1
1.1	Inledning	1
1.2	Syfte och frågeställning	2
1.3	Metodologi	3
1.4	Avgränsning	4
1.5	Material	4
1.5.1	Materialinsamling och tolkning.....	5
1.5.2	Mätproblem	6
1.6	Bakgrund till våra huvudfall	7
1.7	Centrala begrepp.....	9
2	Argumentationsanalysen	11
2.1	Om tesen	11
2.2	Om argumenten	11
2.3	Övergripande argumentationsdebatt.....	12
2.4	Analys av argumenten	13
2.4.1	Argumenten	14
3	Sammanfattning av argumentationsanalysen	20
3.1	Stordriftsfördelar	21
3.2	Organisationsteoretiska betänkanden	21
3.3	Vad hände sen?.....	22
4	Slutdiskussion	24
5	Referenser	25

1 Introduktion

1.1 Inledning

Motiveringen till vårt ämnesval är den aktualitet som frågor kring sjukvårdsorganisationers omorganisering fått till följd av främst de genomförda sjukhussammanslagningarna i Stockholm och Göteborg samt den eventuellt stundande sammanslagningen av Universitetssjukhuset i Lund (USiL) och Universitetssjukhuset i Malmö (UMAS). I Göteborg skedde detta 1997 genom en sammanslagning av Mölndals sjukhus, Östra sjukhuset samt Sahlgrenska sjukhuset som tillsammans bildade Sahlgrenska Universitetssjukhuset. I Stockholm så slogs vid årsskiftet 2003/2004 Karolinska Universitetssjukhuset och Huddinge Universitetssjukhus samman under namnet Karolinska Universitetssjukhuset. Planerna på en sammanslagning i Region Skåne är fortfarande under utredning och går för tillfället under arbetsnamnet PROLUMA.

Sjukhussammanslagningar är dock inget unikt för dessa regioner. I Sverige så har sammanslagningar av sjukhus blivit en allmänt nyttjad åtgärd för att effektivisera och rationalisera verksamheten. Detta har lett till att Sverige har relativt stora sjukhus, om man ser till en internationell jämförelse. Ett faktum som kan förklaras bland annat av att man i början av 1990-talet genomförde den såkallade ädelreformen som innebar att man skulle minska det totala antalet vårdplatser och framförallt vårdtiden i sjukvården. Patienterna skulle istället placeras på olika vårdhem eller vårdas hemma. Detta ledde i sin tur till att flera mindre sjukhus fick slå igen eller slås samman till ett större sjukhus då tron på stordriftsfördelar präglade organisationerna. Efter reformen så har den svenska trenden med sammanslagningar forstsatt, vilket medfört att Sverige i genomsnitt har bland världens största sjukhus, där Sahlgrenska Universitetssjukhuset är ett av världens allra största (Söderström m.fl. 2002:42). Vårt att poängtera här är att det generellt inte är tal om att fysiskt riva sjukhus utan det handlar främst om en sammanslagning av ledningar och administrationer vilket *i sin tur* leder till omstruktureringar i de fysiska enheterna vilket tar sig olika uttryck i de enskilda fallen.

Men hur rationellt är det att strukturera sjukvården på det här sättet? Många forskare anser att organisering och analys av sjukvårdsorganisationer, med de egenskaper de besitter, de krav som ställs dem och de ofta motstridiga roller de har kräver ett unikt angreppssätt. Ett angreppssätt som tar bättre hänsyn till organisationens komplexitet och dess interagerande delar. Det kan även vara värt att fråga sig hur tidsanknutet det nuvarande förhållningssättet till

sjukvårdsorganisationen är. Exempelvis så kan man konstatera att när Östra sjukhuset i Göteborg började byggas på 60 talet, alltså bara ca 30 år innan sammanslagningen som skulle leda till Sahlgrenska Universitetssjukhuset, så fanns det inga konkreta diskussioner om huruvida en utbyggnad av dåvarande Sahlgrenska sjukhuset kunde vara ett alternativ till nybyggnation (Ohlsson 2001:19). Då låg fokus på kompletta enheter och patientnärlighet medan specialisering och profilering är två ofta förekommande begrepp i dagens debatt.

Vad är då bakgrunden till hur dagens beslut fattas?

1.2 Syfte och frågeställning

Att undersöka sjukvårdens organisering är inget banbrytande projekt. Det finns en mängd forskning gjord på området. Vilket inte är uppseendeväckande på något sätt med tanke på den viktiga funktion sjukvården fyller i samhället. Mycket av denna forskning syftar till att undersöka effektivitet och hur det mäts, tillämpas och betraktas i sjukvården. Vad vi vill tillföra till denna forskning är en argumentationsanalys som knyter an till de värden som finns inom sjukvårdsorganisationen.

Vår ambition är att med ett argumentationsanalytiskt angreppssätt undersöka vilka uttryck debatten tar sig vid omorganiseringar, omstruktureringar och sammanslagningar av sjukvårdsorganisationer i dagens Sverige. Detta genom att fråga sig hur den övergripande argumentationen ser ut vid dylika situationer och, kanske framförallt, vad dess arguments substans består av.

Vårt mål med detta är inte att utvärdera huruvida de nämnda sammanslagningarna och omstruktureringarna varit lyckade, vad nu detta begrepp kan sägas innebära i de aktuella fallen. Vi ämnar inte heller i någon större utsträckning redogöra för det faktiska förloppet eller genomförandet, mer än en presentation av fallen, en jämförelse av argumenten mot resultat och mer ingående vid tillfällen där det tycks nödvändigt av kontextuella skäl. Detta ska inte ses som en *absolut* proklamering. Att statuera vad vi *inte* försöker utreda förbjuder oss inte att i viss mån vidröra sagda områden men vi vill poängtera att då ovan nämnda frågor i och för sig inte är det huvudsakliga syftet med utredningen så kräver en analys av helheten en förklaring av dess beståndsdelar. Vad vi ämnar genomföra är en analys av den *argumentation* som berör sjukhussammanslagningar, hur logiken bakom ser ut och vilka värderingar som ligger bakom de framförda argumenten. En analys som vi sen ämnar använda oss av i en diskussion om identiteter, sjukvårdsorganisationens roll/roller och det för ämnet centrala begreppet *effektivitet*.

Frågan vi ställer oss är: Hur ser relationen mellan debattens aktörer och deras värderingar ut?

Vår förhoppning är att den kollektiva helheten ska ha ett större värde än de enskilda delarna summerade och att detta kan ge en insyn i vilka värden som präglar debatten.

1.3 Metodologi

För att genomföra detta så behöver vi klargöra vilka verktyg vi ämnar använda oss av, och hur de ska appliceras. Det första vi behöver göra är att tydliggöra själva argumentationen, vilken vi ämnar göra med hjälp av en argumentationsanalys av *pro et contra*-slag, enligt Arne Næss modell. Detta för att kristallisera de argument som dominerar debatten och därifrån analysera dessa arguments innehåll. Anledningen till valet av denna metod är den överskådlighet som detta med sin listform ger vilket i sin tur underlättar en strukturell tydlig analys. För att förenkla situationen, främst för oss själva, så har vi valt att undvika en konfrontationsmodell i vår analyspresentation. Detta försvårar helt enkelt materialinsamlingen i sådan grad att vi anser det allt för ineffektivt vid en informationsinhämtning från det höga antal källor som vi ämnar använda. Då de huvudsakliga argument vi undersöker dessutom kan vara tidsmässigt åtskilda och uttrycka i olika forum så har de inte heller en tillräckligt konfrontativ utformning för att motivera en sådan struktur. De grundläggande frågorna där meningsskiljaktigheterna tycks mötas kommer istället att diskuteras i argumentationsanalysens slutfas.

Vi ämnar alltså att, i den mån det är möjligt, genomföra en övergripande argumentationsanalys av den kollektiva argumentationen rörande sjukhussammanslagningar. Detta för att lyfta fram de dominerande argumenten inom dessa och i förlängningen kunna säga något om generella företeelser och argument. Resultat som vi sedan för med oss in i en den slutfattande diskussionen.

Analysen är uppdelat i två huvudsakliga steg där det första består av en beskrivande analys av argumentationen. Först etablerar vi vilken den grundläggande tesen för debatterna är, varpå argumenten extraheras och struktureras inbördes, utefter sin relation och sitt avstånd till grundtesen.

När en omfattande och övergripande bild av debatterna och dess huvudsakliga argument är presenterade så följer en tolkning och analys av de utvalda argumenten utifrån dess relevans och hållbarhet i förhållande till tesen. I detta steg så testar vi argumentens hållbarhet och relevans inte endast emot dess logiska slagkraft utan även emot den verklighet som skapas av genomlysningsrapporter och faktiska resultat. Den *klyfta* som uppstår mellan den *verklighet* som vi konstruerar genom vår analys och det logiska resonemanget för oss till en diskussion angående premissernas riktighet, eller snarare aktörernas antaganden om dessa, vilken kanske är den mest intressanta aspekten av vår analys. Härmed inte sagt att vi ämnar konstruera en egen, subjektiv verklighet som vi mäter argumentens riktighet emot. Detta ska snarare tolkas som en jämförelse av de *verkligheter* som aktörernas antagna premisser om sjukvårdsorganisationen tycks föreslå. Detta för att belysa den grund på vilken argumenten står. För då själva argumentationsanalysen i och för sig är intressant i sig själv så är det ur dessa *klyftor* och antaganden som vi ämnar dra våra slutsatser. Analysen avslutas följaktligen av en diskussion kring identiteter och värderingars roll vid analyser av sjukvårdsorganisationer. Vi vill klargöra att argumentationsanalysen inte är *målet* med vår uppsats utan snarare *medlet*.

1.4 Avgränsning

Analysen är avgränsad till att nästan uteslutande behandla Sverige och svenska exempel. Det primära motivet bakom denna geografiska avgränsning är att vi anser att en oreglerad inkludering av utländska argument och exempel skulle kunna hota uppsatsens relevans då de ofta varierande förutsättningarna för sjukvårdsorganisation mellan nationer skulle kunna dölja förklarande variabler som är svåra att identifiera. Vidare så är det så att även om svensk sjukvård har rört sig i riktning mot offentliga bolagiseringar så bedrivs verksamheten fortfarande av den offentliga sektorn vilket gör jämförelser med länder där detta inte är fallet svåra och möjligen irrelevanta.

En ytterligare avgränsning av vår analys är den koncentrerings på de *huvudsakliga* argument som framförts inför sammanslagningarna. Då många påståenden ofta kan sammanfattas i ett konkret argument så anser vi att analysen vinner i tydlighet genom en sådan reducering. Vi vill dock poängtera att detta inte betyder att vi ägnat oss åt några så kallade *leaps of faith*. Det vill säga att, i de argument som bygger sin hållbarhet och relevans på att uttolkaren behöver ta ställning till ett antagande för att godta argumentet, framhålls detta tydligt.

Materialet, som vi ska tala mer om under nästa rubrik, utgör i sig en avgränsning. Generellt så kommer de argument som talar för en sammanslagning från material som sjukhusledningen och sjukvårdspolitikerna ställt fram medan material mot sammanslagningarna främst är tagna ur tidningars debattsidor.

I argumentationsanalysen så agerar även tesens formulering som en avgränsande parameter och sammanfattar det vi vill utreda. De argument för och emot sammanslagningar som vi analyserar hänvisar alla på ett eller annat sätt till denna tes. Argumenten kommer i huvudsak från sammanslagningarna till Sahlgrenska och Karolinska Universitetssjukhusen och den nuvarande debatten om Lund och Malmös Universitetssjukhus men även ett antal generella argument angående sjukhusorganisation är innefattade här.

1.5 Material

Valet av material är extra viktigt då det är ur detta som vi hämtar de argument som utgör analysens koppling till verkligheten och i förlängningen dess spegling av denna. Debatten som förts har dock varit fragmenterad vilket resulterat i en stor spridning av källor. Det material vi kommer att använda oss av kan delas upp i tre huvudkategorier, vilka baseras främst på dess användningsområde för vår analys.

Den första kategorin utgörs av den del av materialet ur vilken vi extraherar argumenten för analysen. Det är på denna kategori som de kanske största kraven på kumulativitet, validitet och reliabilitet ställs. Då debatten förts i många forum och präglats av en stor kvantitet så vore dock en sammanställning av samtliga dessa inlägg en överväldigande uppgift. Det är därför viktigt att de argument som väljs ut blir representativa för debatten i stort. Material som räknas hit är beslutsunderlag, debattartiklar och dylikt.

Den andra kategorin utgörs av den litteratur på vilken de begreppsliga, tolkande och deskriptiva aspekterna av vår analys grundas. Med detta menar vi det material vi använder som underlag för att tolka effektivitetsbegreppets varierande substans, den litteratur vi använder oss av för metodologisk vägledning samt det deskriptiva material som ligger grund för beskrivningen av de respektive organisationerna.

Den tredje och sista kategorin utgörs huvudsakligen av det material vi använder oss av för att tolka och testa argumenten. Det vill säga det material mot och med vilket vi ämnar testa respektive arguments beviskraft. Det rör sig här om genomlysningrapporter, resultatrapporter samt effektivitetsbegreppsliga definitioner. Det sistnämnda fungerar främst som ett belysningsverktyg för att förklara argumentsavsändarnas olika värdegrunder.

Detta är på inget vis en perfekt eller absolut indelning då de tre kategorierna i viss mån tangerar varandra. Exempelvis så kan deskriptiva texter om organisationens utformning både räknas till kategori två och tre då det både handlar om den beskrivning av den befintliga organisationen *och* en verklighetsbeskrivning mot vilken argument kan testas. Det bör följaktligen inte ses som en strikt klassificering utan snarare ett försök till strukturering av materialet för att ge det en överskådlighet.

1.5.1 Materialinsamling och tolkning

Då det substantiella material på vilket själva argumentationsanalysen bygger är omfattande samt har krav på sig att vara representativt för debatten, så är urvalsprocessen både problematisk och viktig. Vi har försökt att balansera vårt material genom att komplettera beredande rapporter och beslutsunderlag med debattinlägg i fack- och dagstidningar. I några fall så har själva lokaliseringen av materialet varit lika problematisk, om inte mer än prioriteringen och urvalet. I Göteborgsfallet exempelvis, så är Sahlgrenska Universitetssjukhuset sedan 1999 en del av Västra Götalandsregionen. Då sammanslagningen trädde i kraft 1 januari 1997, då under ansvar av Bohuslandstinget som slutade att existera vid tillkomsten av Västra Götalandsregionen, så har dokumentationen av denna process varit svårt att erhålla. Vid fallet, Lund/Malmö så beror materialbristen på det faktum att mycket av det material som är producerat fortfarande betraktas som arbetsmaterial och därför inte offentliggjorts.

Som vi berört tidigare så är mycket av contra-argumentationen tagen ur tidningsartiklar av vilka många är hämtade från branschtidningar såsom *Dagens Medicin och Sjukhusläkaren*.

Vi anser att det differentierade materialet kräver en diskussion angående tolkningen av detta då den *pro et contra* – modell som vi använder oss av fokuserar främst på en *logos*-tolkning. Detta kräver i vissa fall en komplettering av ethos och pathos aspekter vid analysen av argumenten då många olika typer av text förekommer (Bergström m.fl. 2005:129). Vetenskapliga texter med en tydlig logisk form och faktuell argument exempelvis kräver en annan behandling än en normativ debattartikel i en dagstidning vars tilltänkta mottagare är den genomsnittliga läsaren. Detta betyder inte att argument framförda i den förstnämnda formen nödvändigtvis besitter en starkare bevisstyrka eller relevans, men en medvetenhet om argumentets ursprung och uppbyggnad är viktigt vid en rättvis tolkning. Med andra ord så är textens kontext viktig vid analysen. Detta är dock inget som vi ser som ett problem utan snarare som en tillgång vid tolkning. Den kontextuella skillnaden kan exempelvis vara till hjälp när det kommer till att förstå argumentens ursprung. Om avsändaren exempelvis tycks ha en marknadsekonomiskt förankrad syn på sjukhusorganisationen så betyder detta troligen att han eller hon har ett mer ekonomibaserat effektivitetsbegrepp vilket gör det enklare att följa det bakomliggande, logiska resonemanget vid en analys av argumentet. En närmare och djupare problematisering av detta kommer att göras i anknytning till de fall då det ter sig nödvändigt.

1.5.2 Mätproblem

Både internationellt och nationellt har det under senare år pågått ett arbete för att hitta ett användbart mätinstrument inom sjukvården för att kunna avgöra olika verksamheters effektivitet i en jämförelse med liknande verksamheter. För att kunna analysera huruvida vården blir mer eller mindre effektiv över tid behövs det ett verktyg för att styra verksamheten mot mer definierade mål.

Problemet är att sjukvårdens komplexitet gör det omöjligt att hitta ett mått som mäter alla aspekter av effektiviteten. De olika institutionerna kring vården, finns det skillnader i organisationskultur och förutsättningar vilket gör det ännu vanskeligare att göra jämförelser. Landstinget kan ha en viss kultur, medan en liten vårdcentral många mil därifrån, av förklariga skäl, har en helt annan. Dessutom är vården i ständig förändring vilket kan göra mätningar över tid osäkra.

Bekymret med mätproblemet har då blivit att det som är möjligt att mäta blir det som blir avgörande när resurserna ska fördelas. Andra vården blir missgynnade som inte på samma sätt kan ställas upp i en kalkyl, vilket kan få allvarliga konsekvenser. Ett exempel på detta är svårigheten att mäta kvalitet, vilket kan få innebörden att kvantiteten istället prioriteras, då det är lättare att mäta. Vilket i en förlängning kan innebära sämre vård för patienterna och ett större tryck på vårdpersonal att behandla ett visst antal per dag istället för att lägga vikten på kvalitativt arbete.

Rapporten, *Produktivitet och effektivitet i hälso- och sjukvården*, menar dock att de tillgängliga mått som finns är att föredra framför att inte använda sig av något mätinstrument överhuvudtaget. Resursfördelningen styrs av var nyttan maximeras istället för risken att en intressegrupp tar kontrollen över fördelningen vilket inte skulle gagna samhället i stort. Dock får inte de ofullständiga måtten ses som en slutgiltig redogörelse av det aktuella läget i verksamheten, utan får ses mer som en indikator på tillståndet. En anledning till varför man kan använda effektivitet som ett mått på en sjukhusverksamhet, är att större delen av resurserna är skattefinansierade. Detta försvårar insynen i en organisation och arbetet var resursanvändningen kunnat vara nyttigare för verksamheten.

Problemet med att mäta effektiviteten i den svenska sjukvården är att den saknar den marknadsmekanism som sällar bort de ineffektiva och förser de mest effektiva med större resurser. Detta gör att sjukvården mer har formen av planekonomiska system, vilket vårdköer och sjukvårdsransoneringar är tydliga tecken på (Söderström m.fl. 2002).

En viktig aspekt att ta upp är hur marknadsreformer drabbar en offentlig organisation, vars värderingar inte samstämmer med den administrativa aktörens effektivitetstänkande. De influenserna om effektivitet som kan härledas till ”New Public Management” teorier, vilket har haft en stor påverkan på det offentliga arbetet, tonar ner skillnaderna mellan den offentliga och privata sektorn (Christensen m.fl 2004:14).

Studier på sjukhussammanslagningar och deras effekter har framförallt analyserat det amerikanska marknadsbaserade sjukvårdssystemet, vilket är så olikt det svenska systemet att några slutsatser ej kan dras. Det svenska sjukvårdssystemet har dock stora likheter med de andra skandinaviska systemen, från vilka relevant information kan hämtas. En norsk statistik studie från 2007 (Do hospital mergers increase hospital efficiency), där man utredde sju sjukhussammanslagningar under perioden 1992-2000, påvisade att det inte gick att säkerställa med statistik signifikans att sammanslagningar av sjukhus leder till ökad effektivitet, vare sig på kort eller medelfristig sikt. Studien berörde både kostnadseffektivitet och teknisk effektivitet. Det fanns dock ett undantag där sjukhusets effektivitet ökade för båda faktorerna. Då studien spände sig över relativt lång tid torde materialet vara intressant även för ur ett svenskt perspektiv.

1.6 Bakgrund till våra huvudfall

Då argumenten som kommer föras fram i analysen nästan uteslutande kommer ifrån något av våra tre huvudfall så ska vi här ge en kort, ovärderande resumé av dessa.

Västra Götalandsregionen

Sammanslagningen i Västra Götalandsregionen föranleddes av en utredning som menade att stora kostnadsbesparingar fanns att hämta vid att samordna Östra,

Sahlgrenska och Mölndals sjukhus. 1997 slogs de tre storsjukhusen ihop och bildade Sahlgrenska Universitetssjukhuset med en gemensam ledning och ekonomi. När Östra sjukhuset byggdes i början av 70-talet var det inte aktuellt med en utbyggnad av Sahlgrenska. Östra skiljde sig genom att uppbyggnaden avgjordes i en distinkt beslutsomgång medan de övriga växt fram under en längre period. Det som präglade förslaget var den tidigare tillgänglighetsprincipen, som handlade om vikten av närhet till sjukhuset samt att de skulle ha såkallat fullt sortiment. Under 90-talet hade argument om rationalisering och effektivisering fått en större genomslagskraft då man från sjukvårdens håll menade att besparingar inte kunde göras genom små nedskärningar av verksamheterna längre, med den såkallade osthyveln. Istället behövdes omfattande reformer för att få bukt på sjukvårdens ekonomiska problem(Ohlsson, 2001:20). Verksamheterna skulle nu effektiviseras genom att koncentrera dem vid ett sjukhus och på så sätt ge bättre underlag till specialisering.

Stockholm

Den första januari 2004 bildades Karolinska Universitetssjukhuset genom en sammanslagning av Huddinge Universitetssjukhus och Karolinska sjukhuset. Detta var en åtgärd för att klara följande år besparingskrav, vilka uppgick till 600 miljoner kronor för perioden. Det rådde stor oenighet i landstingsstyrelsen och resultatet röstades igenom med en marginell övervikt för sammanslagningen. Det användes alltså samma motiveringar som i sammanslagningen i Göteborgsområdet några år tidigare trots att resultaten från den inte talade för en ökad resursbesparing. Efterföljderna av sammanslagningarna återkommer vi till senare i analysen. Sammanslagningen var en satsning på en högspecialiserad vård där konkurrenskraften skulle stärkas genom att undvika resurssplittring och dubbleringar av verksamheter(Stockholms Läns Landsting 2007).

Region Skåne

PROLUMA är ett projekt för samordning av universitetssjukhusen i Skåne som står för Profilerings Lund-Malmö och handlar om att flera verksamheter ska slås samman och att jourverksamhet och slutenvård samlas på ett sjukhus. Den nuvarande regionchefen har gett sjukhuscheferna i uppdrag att lämna förslag till hur samordningen ska gå till och vilka verksamheter som ska beröras i en första etapp. De har i sin tur utsett en projektledningsgrupp som ska utarbeta ett förslag till beslut efter analysfasen är färdigställd.

Det ekonomiska läget i regionen anses vara allvarligt så därför påskyndas arbetet med profileringen och i en första omgång är det 14 delprojekt som ska utredas, bestående av olika verksamheter som kan vara aktuella för en samordning. Detta förslag ska vara färdigställt till den 31 september i år. De verksamheter som är aktuella kommer att slås ihop kommer stå under ledning utav ett av sjukhusen. I vissa fall kan verksamheter bedrivas på båda sjukhusen om ett sådant behov kan påvisas. Samordningen av kärllkirurgi är redan genomförd och denna verksamhet är stationerad vid UMAS. På så vis kan man redan säga att bollen är i rullning redan innan analysfasen är färdig.

Stärkt konkurrenskraft inom vård, forskning och utbildning är vad som står till grund för profileringen och detta ska nås genom att expertisen samlas och ekonomin balanseras. De båda sjukhusen har olika inriktningar men det finns flera

verksamheter som bedrivs både på UMAS och USiL vilket fått Region Skåne att reagera då det både anses ineffektivt kostnadsmässigt och ger sämre möjligheter för kvalitetshöjningar. För att återanknytta till vikten av begreppslig tydlighet så kan vi nämna att det vid kontakt med projektledare Claes Arén på USiL understrukits att det inte är frågan om någon *sammanslagning* utan snarare en *samordning*. Hur detta kommer att se ut i slutändan är dock ännu oklart.

Syftet med projektet är att stärka universitetssjukvården i Skåne samt att med samlade resurser utveckla vården, forskningen och utbildningen så att framtidens patienter ges bättre möjligheter då vården står inför förändringar. En stor del av bemanningen kommer inom de närmsta åren att gå i pension, och då behövs en satsning för att kunna ta hand om dessa samt att kompensera för kompetensförluster inom vården.

I framtiden kommer kraven på ekonomisk effektivitet, service och kvalitet att öka så då behövs det omstruktureringar för att klara de konkurrenskrav som kommer att ställas.

Kompetensen bland personalen kommer att behöva koncentreras och utvecklas för att klara av de nya påfrestningarna med stora pensionsavgångar och den ökade konkurrensen i framtiden. En ökad effektivitet och en förbättrad produktivitet behövs för att kunna finansiera forskning och utveckla de verksamhetsområden där specialiseringen spelar en viktig roll (PROLUMA-nytt 1-5).

1.7 Centrala begrepp

Vår summering av uppsatsens centrala begrepp syftar till att belysa de för argumentationen viktigaste begreppen, för att ge klarhet i hur de kan tolkas då terminologin i materialet inte alltid är konsekvent. Exempelvis så syftar begreppen *sammanslagning* och *samordning* ibland till samma företeelse.

Då det är kring just begreppen *sammanslagning/samordning* vår analys kretsar så tycks det lämpligt att först klargöra vad detta innebär och hur det används i debatten. Enligt vad vi erfarit så tenderar förespråkare för ofta använda den mer reserverande termen, *samordning* medan motståndare talar använder termen, *sammanslagning*. Detta är speciellt tydligt i senare fall, rimligen på grund av den negativa laddning som termen fått i sammanhanget. Företeelsen som de beskriver har i Stockholms och Göteborgsfallen varit en sammanslagning av de administrativa delarna av verksamheten, en starkare profilering och specialisering av de specifika enheterna. Det vill säga en utveckling från ett komplett sjukhus till flera enheter med starkare profil under en ledning. Det är till denna företeelse som termen, *sammanslagning* i fortsättningen kommer att syfta.

Ett annat begrepp som omges av mycket vaghet i debatten är *effektivitet*. För att ett sjukhus ska vara effektivt så krävs att dess resurser används för att nå de av samhället utsatta målen i högsta möjliga utsträckning. Men ofta råder det brist på resurser i förhållande till det eftersträvansvärda, detta då det alltid finns en alternativ användning. Då måste samhället avgöra fördelningen mellan bidrag till vården, som ger oss bättre hälsa och livskvalitet, jämfört med om resurserna används på annat håll. ”En ökad effektivitet kan innebära både att minska på resursslöseri och att omfördela resurser mellan olika delar av verksamheten”. (Produktivitet och effektivitet i hälso- och sjukvård, 2006:6)

För att kunna avgöra effektiviteten i vården så krävs det att man bedömer effektiviteten ur olika perspektiv. Den sjukvårdsprofessionella synen på effektiviteten genom sitt arbete, patienternas syn på vad det är som anses vara god vård, samt den administrativa aktörens syn på effektivitet genom de uppsatta målbilderna får verksamheten.

Hälso- och sjukvårdslagen säger att; målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Det är inte marknadstänkandet med utbud och efterfrågan som styr effektiviteten i den svenska modellen utan behovet av vård som ligger till grund för sjukhusens planering och prioritering (Ibid). För att mäta effektiviteten inom sjukvården används ofta två olika sätt att mäta effektiviteten. Det ena är kostnadseffektiviteten som mäter förhållandet mellan vårdresultat och kostnader. Den andra är den tekniska effektiviteten på ett sjukhus som beräknas genom att olika delar av produktionen vägs samman. Detta ger en möjlighet att jämföra produktionen på olika sjukhus, trots att de producerar differentierade varor(Björn m.fl. 2003).

2 Argumentationsanalysen

Analysen är tänkt som en generell överblick för argumentation som förs kring sjukhussammanslagningar men argumenten är, som redan betonat, primärt hämtade från fallen rörande Västra Götalandsregionen, Stockholm och Region Skåne. Vissa argument är dock hämtade från andra undersökningar om sjukvårdseffektivitet, utländska exempel och effektivitetsbehandlingar i olika former. Efter en listning och genomgång av de aktuella argumenten följer ett avsnitt där vi talar om argumentens kopplingar till identitet och värderingar.

2.1 Om tesen

Det är inte helt oproblematiskt att formulera en tydlig tes för det argumenterande material vi valt att använda då det har en så fragmenterad och omfattande karaktär. Ett problem som förvåras av att vi dessutom ämnar undersöka den generella argumentationen vid sjukhussammanslagningar med hjälp av tre huvudfall vars förutsättningar skiljer sig åt. Med detta sagt så anser ändå vi att den enklaste och tydligaste huvudtesen som kan formuleras från det material vi har tagit del av är;

Sjukhus bör slås ihop till större enheter

Tesens generaliserande form är både en styrka och svaghet. Medan den hjälper till att lyfta fram det allmängilliga så orsakar den samtidigt inkluderingsproblem vid allt för fall-specifika argument. Tesens abstraktionsgrad fungerar kort sagt som en avgränsningsparameter för de framförda argumenten.

2.2 Om argumenten

Vad menar vi med ett argument? På grund av debattens omfattning och komplexitet så har vi valt att tillämpa en accepterande tolkning av vad som kan anses som ett argument. Det är alltså inte så att endast strikt argumenterande material, offentliga utredningar eller dylikt kan ligga till grund för ett argument. Det behöver inte ens vara så att materialet är ämnat som ett argument. Då frågan är av saklig natur så anser vi att allt som är logiskt riktigt och relevant utifrån

tesen bör föras fram i analysen. Vilket även, med stöd i ytterligare litteratur, tydliggörs vid förklaringen av argumentens enskilda analys nedan.

Som nämnt innan så är vår ambition att ge en generell bild av debatten vid sjukhussammanslagningar, varför vi i den mån det är möjligt, försöker att fokusera på de argument som berör just detta. För enkelhetens skull så börjar vi med att strukturera upp argumenten i en enkel och överskådlig listform innan vi i nästa moment analyserar dess styrka, relevans och ursprung. Detta för att ge den insikt i debatten som vi anser nödvändig innan specifika arguments innebörd kan förstås.

Modellen vi använder är som sagt av *pro et contra*-slag där vi låter T representera tesen, P pro-argumenten och C contra-argumenten. Värt att notera är att de listade argumenten inte har någon inbördes ordning inom sina nivåer utan bedöms ha samma förhållande till huvudtesen.

2.3 Övergripande argumentationsdebatt

T. Sjukhus bör slås ihop till större enheter.

P1. Ett större sjukhus är mer kostnadseffektivt än flera mindre.

P1P1. Andelen administrativa kostnader för sjukhuset minskar vid sammanslagningar

P2P1. Totala kostnaden för sjukhuset minskar vid sammanslagningar.

P3P1. Högspecialiserad vård och forskning är ekonomiskt kostsam i form av utrustning och personal. En koncentration av detta skulle sänka kostnaderna.

P2. Ett större sjukhus är mer sjukvårdseffektivt än flera mindre.

P3. En sammanslagning gynnar forskning och utveckling.

P1P3. Förutsättningarna för hög kvalitet vid högspecialiserad vård och forskning förbättras vid ett större patientunderlag.

P2P3. Det skulle stärka konkurrenskraften i jakten på resurser.

C1. För stora sjukhus är ineffektiva.

P1C1. Stora sjukhus är svårare att överblicka för sjukvårdsledningen

P2C1. Hierarkiskt styrda organisationer kan bli ineffektiva.

P3C1. Det finns en idealstorlek för sjukhus.

C2. Det är omöjligt att genomföra en omorganisation utan stöd av den vårdprofessionella aktören.

C3. Tidigare sammanslagningar av storsjukhus i Sverige har gått med stora underskott.

C4. Sammanslagningar leder till personalnedskärningar.

C5. Det är inom processerna inte omstruktureringarna det finns möjlighet att göra kostnads- och kvalitetsförbättringar.

C6. Ökat avstånd till sjukvård försämrar situationen för patienter.

Grundpelarna för argumentationen är de ekonomiska och sjukvårdstekniska argument som oftast återfinns i de beredande rapporter och beslutsunderlag som vi analyserat. Mot detta ställs dels de invändningar som enligt protokoll har framförts vid möten samt de argument som framkommer i debattartiklar och media, vanligen framförda av sjukvårdsprofessionell personal. Som ett resultat av detta kan det vara värt att notera är att de pro-argument som presenteras generellt är faktuelle medan contra-argumenten inte sällan varit normativa i sitt grundutförande. Givetvis så kan man lägga till fler argument och inte minst nivåer till vår lista men detta skulle resultera i en oöverskådligt analys vilket också är anledningen till reduceringen och kondenseringen av listan.

2.4 Analys av argumenten

Många av de argument som vi nu ska analysera förekommer på ett flertal ställen i debatten och uttrycks på flera sätt samt av flera aktörer. Kvantitativa aspekter av det slaget är dock inte bara mycket svåra att kontrollera utan vi anser det även tämligen irrelevant då detta inte har någon inverkan på dess logiska styrka eller med säkerhet kan kopplas till någon form av representativitet för en generell grupp. Av denna anledning så har vi vid refereringar valt att endast hänvisa till den text och avsändare som vi anser klarast och intressantast uttrycker det aktuella argumentet.

För att underlätta vid läsningen av denna del av analysen så anser vi att det kan det vara lämpligt med en kort diskussion angående hur vi valt att presentera och analysera argumenten. Här följer en kort genomgång av de moment som vi försöker innefatta i vår analys.

- Presentation av argumentet

- Koppling till specifik sats i texten där det anses nödvändigt eller upplysande.
- Tolkning av satsen samt formulering av ett påstående som kan härledas till argumentet.
- Kommentarer kring argumentets relevans i förhållande till tesen.
- Utredning av argumentets hållbarhet i förhållande till tesen. I de fall det är möjligt så hänvisas till relevant statistik, utredningar etc. Denna redogörelse finns som ett avslutande stycke av varje huvudargument.

I enlighet med det förfarande som föreslås i *textens mening och makt* (G. Bergström & K. Boréus) så kommer vi även att, i anslutning till vår analys av argumenten, undersöka utrymmet för kompletterande argument.

2.4.1 Argumenten

P1. Ett större sjukhus är kostnadseffektivare än flera mindre.

Detta är ett genomgående argument för de fall vi arbetat med och det förekommer i olika former i stora delar av argumentationen. Vi låter ett utdrag ur Stockholms landstingsstyrelses beslutsförslag till landstingsfullmäktige stå som exempel för detta argument;

”Sammanläggningen av de två sjukhusen är central för att nästa år genomföra verkningfulla åtgärder för att komma tillrätta med den akuta ekonomiska situationen i landstinget” (Stockholmslänsstyrelse: LS 0304-1498, 2003-12-01, s2).

Vi tycker inte att det krävs någon omformatering eller uttalad tolkning av satsen för att härleda den då dess faktueella och raka form utan någon premissanalys kan kopplas till påståendet och argumentet i fråga. Dess relevans för tesen tycks oomstridd men hur är hållbarheten? Intuitivt så tycks den rimlig men för att undersöka detta närmare så behöver vi analysera dess understödande argument. Av vilka anledningar kan vi rimligen sluta oss till att större enheter är mer effektiva än mindre?

P1P1. Administrativa kostnader för sjukhuset minskar vid sammanslagningar.

Detta argument har liksom P2P1 en något dual natur då det även, i en något redigerad form, framförs som ett contra-argument mot sammanslagningar. Då i form av förlorade arbetstillfällen, vilket vi ska behandla närmare senare. Vidare så

är det är inte självklart att sortera in detta argument under den ekonomiska effektiviteten då termen *andel* inte nödvändigtvis säger något om de totala kostnaderna utan även skulle kunna utläsas som en situation där den andelsmässiga reduktionen av exempelvis administrativ personal frigör resurser som istället kan användas till sjukvårdsprofessionell personal. Vilket rimligen skulle ha en inverkan på den tekniska effektiviteten snarare än den ekonomiska. Att det potentiellt innebär en ekonomisk effektivisering vid personalnedskärningar, *ceteris paribus*, verkar dock troligt. Argumentet kan exempelvis extraheras ur satsen;

... ”*samtidigt kan administrativa och verksamhetsmässiga samordningsvinster uppnås*”. (angående sjukhussammanslagningen, Stockholmslänsstyrelse: LS 0304-1498, 2003-12-01, s5(8)).

Som även den är hämtad ur Stockholms landstingsstyrelsens beslutsförslag till landstingsfullmäktige och talar om den för Stockholmsregionen aktuella sammanslagningen. Denna sats uttrycker tämligen klart det påstående som argumentet proklamerar och är relevant för tesen. Hållbarheten underbyggs av att dubblering och resurssplittring undviks.

P2P1. Totala kostnaden minskar genom rationaliseringar.

Detta argument hämtar, precis som det föregående, sin logik från tankar kring stordriftsfördelar. Ett synsätt som fått kritik då det enligt många forskare (se exempelvis Ragneklint) inte bejakar sjukvårdsorganisationens unika förutsättningar och struktur.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att P1 och dess understödjande argument hämtar sin beviskraft i teorier om stordriftsfördelar som vi ska undersöka närmare efter presentationen av argumenten.

P2. Ett större sjukhus är mer sjukvårdstekniskt effektivt än flera mindre.

Tillsammans med P1 så utgör detta argument stommen i pro-argumentationen och det är liksom det förnämnda mycket frekvent återopat i debatten. Som det föregående så lutar sig argumentet mot antaganden om stordriftsfördelar. Grunden för detta är att större sjukhus har en större budget, vilket leder till att mer resurser kan avsättas till effektivare instrument.

P3. En sammanslagning gynnar forskning och utveckling.

Ett argument som ofta återkommer i exempelvis det beslutsunderlag och de beredningar som förgått Stockholmsfallet och som, vilket vi utreder närmare nedan, hämtar mycket av sin beviskraft hos internationella exempel. Exemplet nedan är hämtat ur landstingsstyrelsens beslutsförslag till landstingsfullmäktige (LS 0304-1498).

"Allt talar för att vägen till framgång inom forskning och utveckling är fokusering och resurskoncentration". (Stockholmslänsstyrelse: LS 0304-1498, 2003-12-01, s4(8))

Argumentets relevans behöver inte behandlas närmare då forskning och utveckling troligen är ett positivt värde för både förespråkare och motståndare till sammanslagningar. Sammanslagningen leder till att fler experter samlas inom samma område, vilket kan medföra att den vetenskapliga kumulativiteten frodas. Hållbarheten kan knytas till den generaliseringen som görs utifrån den utredning som är bifogad i LS0304-1498 som bedömer strömningar inom sjukvård i exempelvis Norge, Danmark och Nederländerna.

C1. Stora sjukhus är ineffektiva

Detta grundläggande contra-argument är konstruerat för att strukturera de många underbyggande argument vars huvudsakliga påstående tycks uttrycka just ovanstående argument.

P1C1. Det resulterar i en svåröverskådlig organisation

Den uttalade premissen i sammanhanget ska tolkas som; en svåröverblickad organisation är en svårstyrd organisation och en svårstyrd organisation riskerar att bli ineffektiv. Satsen...;

"En sjukhusledning har svårare att överblicka en stor organisation". (Söderström m.fl. 2002:21)

...uttrycker detta förhållande. Att en organisations växande storlek försvårar överblicken låter troligt men att det nödvändigtvis leder till ineffektivitet är inte givet.

P2C1. Hierarkiskt styrda organisationer kan bli ineffektiva.

Det uttalade består här av antagandet att större organisationer kräver tydligare hierarkier för att styras. Detta arguments relevans bygger på att man accepterar denna länk. Det tycks föreligga ett mätproblem här. Hur definierar man en hierarkisk organisation till exempel? Och hur fungerar förhållandet mellan hierarkiska organisationer och ineffektivitet? Ragneklint (2002:55) förklarar med stöd av ytterligare referenser hur detta förhållande kan tänkas se ut genom att tala om enskilda enheters reaktion på ledningens ibland hårdhänta granskning och behandling i starkt hierarkiska organisationer. Ragneklint säger här att enheten kan tänkas frestas att *frisera* sina resultat för att undvika reprimander från ledningen. Att detta är negativt för arbetsmoralen tycks uppenbart och man får även anta att fingerade resultat som i exemplet ovan resulterar i ett felaktigt beslutsunderlag för ledning vilket i sin tur kan få

P3C1. Det finns en idealstorlek för sjukhus

I Söderström och Lundbäcks studie(2002), utreds det om det finns en optimal storlek för ett sjukhus då det är mest effektivt. Genom att väga vad fördelar respektive nackdelar med stora respektive små sjukhus och genom att analysera tidigare studier på området menar författarna att en optimal storlek för ett sjukhus, i sängplatser mätt, är mellan 100-500 sängplatser.

Sjukhus som blir för stora blir svåröverblickade vilket medför att det kan vara vanskligt att sätta in punktåtgärder. De hävdar att den centralisering som nu pågår kommer i framtiden att ersättas med mindre sjukhus med effektivare organisationer.

Detta contra-argument är ytterst relevant då det starkt talar emot allt för stora sjukhusenheter och dess hållbarhet stöds av flera tidigare statistiska undersökningar som forskarna refererar till.

C2. Det är inom processerna och inte med omstruktureringarna det finns möjlighet att göra kostnads- och kvalitetsförbättringar.

I Sjukhusläkaren 25 oktober 2007, menar förre chefsläkaren och sjukhusdirektören, Ulf Ljungblad för Östra sjukhuset i Göteborg att styrningen av sjukhusen fått fel fokus. Stora volymer är ingen garanti för att kostnaderna ska minska, problemet inom sjukvården är att den administrativa aktören inte är tillräckligt kompetent. Verksamheten bör styras av någon med erfarenhet inom yrket. Dessutom borde landstingsmodellen ersättas av en statlig finansiering.

Argumentet flyttar fokus från omstruktureringar, vilket gör det intressant för att det skiljer sig från mängden och ger ett annat perspektiv.

”Det uppstår sällan några skalfördelar har det visat sig, däremot en rad nya problem på grund av att det nya sjukhuset blir för stort och komplext. Det är också svårt att få olika kulturer att samarbeta”(Sjukhusläkaren 071005).

Detta argument, som kommer från en tidigare högt uppsatt person, är relevant för tesen då det kommer från en auktoritet och belyser ett annat perspektiv. Då det tycks vara ett tydligt auktoritetsargument så beror dess hållbarhet i hög grad på vilken trovärdighet auktoriteten besitter. I detta fall har personen i fråga en hög trovärdighet som auktoritet, då han fortfarande innehar en hög befattning inom yrket. Att skära i processerna genom osthyvelsprincipen, som varit ett medel tidigare, har frångåtts då stora besparingsprogram krävt mer omfattande effektiviseringar, vilket lett till omstruktureringarna.

C3. Det är omöjligt att genomföra en omorganisation utan stöd av den vårdprofessionella aktören.

Även detta är ett argument från Ulf Ljungblad (Ibid), där han belyser konfrontationen mellan å ena sidan sjukvårdspolitiker och arbetsgivare, å andra

sidan arbetstagare, eller som vi tidigare uttryckt det, mellan den administrativa aktören och den sjukvårdsprofessionella. Argumentet mot sammanslagningar tar sig här ner till de anställdas nivå och lägger vikt på de kulturella aspekterna som den administrativa aktören verkar välja att bortse ifrån. Organisationskultur kan även ha en instrumentell sida, där nyttoeffekterna av informella normer som kan frodas av att de anställda känner sig mer lojala och organisationen fungerar bättre(Christensen m.fl. 2004:54). Om man raserar dessa normer, vilket kan tänkas ske vid samordningar/sammanslagningar, så kan skillnader i organisationskulturer leda till implementeringssvårigheter. Argumentet torde vara hållbart men som i dessa fall, representeras av en åsidosatt aktör som förvisso i PROLUMA-argumentationen sägs få visst inflytande i den pågående analysfasen(PROLUMA-nytt nr3). Men som vi tidigare behandlat så är samordningsarbetet redan igång då verksamhet för kärkirurgi redan har flyttats till UMAS. Ur en relevant aspekt är argumentet mycket intressant för vår analys. Kan projekt av denna storlek verkligen genomföras utan stöd från den aktören vars kunskap i mångt och mycket hela verksamheten bygger på? Detta kommer vi att diskutera i vår sammanfattning.

C4. Tidigare sammanslagningar av storsjukhus i Sverige har gått med stora underskott.

Detta generaliserande argument framförs exempelvis i *Läkartidningen*(080125) och kan tydligt utläsas i satsen;

”Tidigare erfarenheter av sammanslagningar visar att det är en svår process. Såväl i Stockholm som i Göteborg är missnöjet stort över otympliga, stora enheter och ökade, icke planerade utgifter”.

(Som kanske framgår så talar artikeln om den eventuella sammanslagningen mellan USiL och UMAS.) Detta argument aspirerar på att vara generaliserande och bygger sin relevans på just detta. Huruvida det är relevant eller inte beror på i vilken grad det finns fog för generella slutsatser. Det vill säga hur överensstämmande förutsättningarna är mellan de aktuella fallen. Att göra en djupare analys av förutsättningarna skulle dock resultera i en litterär tegelsten i sig så en grundlig och pålitlig värdering av argumentets relevans är utesluten för vår del. Men eftersom detta är en analys av den generella argumentationen vid sjukhussammanslagningar så tillåts vi i miss mån konstruera våra egna förutsättningar. Kort sagt så kan vi konstatera att detta argument är relevant om det kan påvisas att förutsättningarna vid två sjukhussammanslagningar är snarlika varandra.

C5. Sammanslagningar leder till personalnedskärningar.

Hållbarheten i argumentet är god då det finns statistik som påvisar detta. Man kan dock fråga sig huruvida det är relevant utifrån den formulerade tesen. Här finns det utrymme för tolkningar av tesen. Tesen kan antingen tolkas som

samhällsnytta eller som sjukhusnytta, men frågan är om det i förlängningen inte borde anses ha samma värde.

C6. Ökat avstånd till sjukvård försämrar situationen för patienter.

Tillgänglighetsprincipen, som dominerade tänkandet om sjukhusstruktureringar för några decennier sedan har frångåtts i allt större grad i och med den ökande centraliseringen inom sjukvården. Ett problem med att samordna verksamheter till ett sjukhus blir då att gruppen multisjuka (ofta äldre människor) drabbas då de kan vara tvungna att förflytta sig mellan flera geografiskt åtskilda enheter för att få den vård som erfordras.

3 Sammanfattning av argumentationsanalysen

Hur kan då vår argumentationsanalys sammanfattas? Vi upptäckte tidigt att vår argumentationsanalys riskerade att bli betungade djup då det var lätt att finna en mängd underbyggande argument till huvudargumenten. Efter några nivåers precisering så finner man ofta att det endast rör sig om olika sätt att uttrycka samma grundtanke. Vidare så ansåg vi att en viss djupkonsekvens var nödvändig. En inkludering av ett underargument medförde problemet att ytterligare ett underargument behövde inkluderas i en annan fråga. En detaljanalys av argumentationen tycktes heller inte relevant då vi varken hade några illusioner om eller ambitionen att vår analys skulle ge en komplett och heltäckande bild av sjukhussammanslagningar. Det är dock vår förhoppning att vi i alla fall lyckas fånga kärnan i problemet. Bland de många argument som förs fram så har vi därför identifierat ett par huvudfrågor/teman som vi tänkt använda i vår fortsatta analys.

Den första rör organisationen och hur den betraktas. Många av de beslut som fattats bygger på en instrumentell syn på organisationen och kulturella aspekter har skänkts mindre åtanke. Något som lyser igenom i argumentationen där många contra-argument åberopar kulturella skillnader som ett stort hinder för sammanslagningar.

En annan huvudfråga är den gällande stordriftsfördelar. Denna tanke förenar de tre fallen som vi i detta arbete analyserar. I alla fall så föreligger det sparkrav och administrationen menar att det finns kostnadsbesparingar att hämta genom att centralisera och samordna verksamheterna. Dessa samordningar anses öka kostnadseffektiviteten, vilket potentiellt sparar landstingen mångmiljonbelopp. Men trots att det verkar råda samsyn hos de administrativa aktörerna på de olika sjukhusen om att stordrift leder till effektivare organisationer så är det inte allt som tyder på att detta. I Söderström och Lundbäcks studie om storleken på svenska sjukhus, menar de att effektiviteten är avtagande när sjukhuset blir för stort.

Ett sätt att bättre förstå resultaten, och som även knyter an till vår kommande diskussion om roller och identiteter i sjukvårdsorganisationen, kan vara att se dem ur ett idéanalytiskt perspektiv. För då båda sidor i och för sig tycks föra fram relevanta och hållbara argument i frågan så är dessa argument oftast förankrade i en premiss angående förutsättningarna som måste accepteras för att argumentet ska vara gångbart. Vissa av dessa premisser kan kopplas till teorier om idealtyper som exempelvis kan inordnas efter huruvida de anser att sjukvården ska styras efter marknadsekonomiska principer eller om en mer statligt reglerad styrning att föredra.

En aspekt som vi inte ämnar utreda närmare men som ändå kan vara intressant att nämna är att, av de grupper som medverkar i debatten om sjukvård är patientgruppen den mest åsidosatta. Denna grupp är ju faktiskt inte bara *klienter*. En tillräcklig abstrahering av det politiska systemet påvisar även dess roll som beslutsfattare i form av medborgare och i förlängningen väljare. Utifrån det vill vi argumentera för att denna grupp inte får det utrymme de borde få i debatten. Varför får de inte den plats de borde? Om vi accepterar premissen att det demokratiska systemet fungerar som det är tänkt så borde de väl få precis det utrymme i debatten som de kräver? En anledning till detta kan vara den teknokratiska prägel som sjukvårdsdebatter har. Det kan vara så att det helt enkelt krävs ett visst kunskapskapital kunna medverka i debatten och de demokratiska idealen får stå tillbaka för de teknokratiska av denna anledning. Är detta önskvärt? Detta är ingen undersökning av demokratiideal men vi anser att det är intressant att fråga sig huruvida den relativa fördel som tekniskt kunnande ger skapar en önskad maktbalans mellan aktörerna?

3.1 Stordriftsfördelar

Debatten präglades, framförallt pro-argumenten, av effekterna kring stordriftsfördelar. Det intressanta var den likartade syn på vilka medel som används för att nå en mer kostnadseffektiv organisation. Nämnas bör att förre landstingsdirektören i Stockholms Läns Landsting numera är regiondirektör för Region Skåne och har på båda platserna varit drivande till sjukhussammanslagningar i respektive område. Vi utgår dock ifrån att detta inte är en enskild människas beslut som ligger till grund för dessa processer.

I de beslutsunderlag och rapporter vi analyserat har det i grund och botten handlat om resurskrävande besparingar för att få ekonomin i balans.

Contra-argumenten behandlade till stor del nackdelarna med stordrift i sjukvårdsorganisationen. Söderström och Lundbäck (2001) analyserar problematiken om sjukhussammanslagningar verkligen leder till stordriftsfördelar. Deras analys ger en bild av de svenska sjukhusen som alldeles för stora och svåröverblickade. Ett problem med stora sjukhus är att dess utrustning ofta är kostsam och kräver att ett visst antal patienter för att inte gå med förlust. Då en stor sjukvårdsorganisation kan vara svår att överskåda kan detta leda till organisatoriska problem och en avtagande effektivitet.

3.2 Organisationsteoretiska betänkanden

Det tycks i debatten som det finns två grundläggande sätt att betrakta organisationen och förändringar däri. Det är i dessa, det *instrumentella* och det

kulturella, som substansen hos några av huvudfrågorna möts. Kritikerna menar att det *instrumentella* perspektivet som har präglat sättet som sammanslagningarna genomförts på. Eller snarare att bristen på ett *kulturellt* perspektiv har präglat det. De kulturella skillnader som finns mellan olika sjukhus har inte respekterats och som resultat av detta har sammanslagningarna inte fungerat så väl i verkligheten som det förutsågs på ritbordet. Medan det *kulturella* perspektivet har en mer retrospektiv syn på organisationen så har det *instrumentella* fokuserar på framtiden.

Ur ett planeringsperspektiv så är det lätt motivera varför ett *instrumentellt* perspektiv skulle vara önskvärt. Om en organisation går att betrakta utifrån detta synsätt så innebär det att vägen från beslut till slutresultat är överskådlig och lättanalyserad. Mål och problem identifieras, alternativa handlingar utreds, möjliga konsekvenser av handlandet utreds och på detta fattas sedan beslut om genomförandet.

När kulturella aspekter ska vägas in så kräver detta en djupare kunskap om organisationen i fråga. Ofta så handlar det om att identifiera informella normer och värderingar som kan spela avgörande roller. Detta försvåras om beslutet och planeringen fattas långt ifrån organisationen, hierarkiskt sett, eller av personer som inte har något direkt anknytning till organisationens praktiska verksamhet. Christensen m.fl. redogör under rubriken, *logiken om det som är kulturellt lämpligt*, för hur handlande i offentliga organisationer, utefter ett kulturperspektiv, bör gå till i tre punkter. Det första som behöver avgöras är vilken sorts situation man står inför. Är det en kris- eller rutinuppgift? Den andra punkten handlar om identiteter som är viktiga för aktören och organisationen. I vårt fall handlar detta om en jämförelse mellan sjukhusens identiteter och en kompatibilitetsbedömning av dessa. Det tredje steget är att klargöra de handlingsregler som gäller för situationen. Vad förväntas av aktören och organisationen i situationen. Vidare konstateras att vad som är en lämplig handling för organisationen beror på de informella värderingar och normer som etablerats i organisationen.

3.3 Vad hände sen?

Argumentationsanalysens bevisstening baseras traditionellt på en undersökning av argumentens logiska styrka. Vad som måste betänkas vid denna bevisstening är dock att ju högre komplexitet argumentationen har desto mer ökar risken att premisserna har misstolkats. Om verkligheten inte överensstämmer med premisserna så spelar det ingen roll hur stark den logiska formen är. Med tanke på den sjukvårdsorganisationens komplexitet anser vi därför att en avstämning mot resultaten av de genomförda sammanslagningarna kan ge en bättre klarhet i hur korrekta argumentens premisser var/är.

Vi kommer nedan att summera några av resultaten från sammanslagningarna i Sverige samt kort nämna en norsk studie om resultatet av

sjukhussammanslagningar och dess effektivitet. Ett enligt oss relevant exempel då den norska modellen är mycket lik den svenska.

I Göteborgsregionen gick sjukhuset med stora underskott de första åren. I augusti 2000 delades sjukhusen upp i tre separata organisationer, vilket delvis var ett steg tillbaka till det ursprungliga läget (Ohlsson, 2001:8). I slutet av 2007 genomförde Socialstyrelsen en granskning av ortopediska verksamheten, som då var nära kollaps i följderna av sammanslagningen. Sahlgrenska har efter 2000 genomgått 3 stora strukturella omorganiseringar och läget kan inte anses tillfredställande (Sjukhusläkaren, 060604).

I Stockholm har situationen blivit en annan. Karolinska Universitetssjukhuset har efter en genomlysning av Stockholms Läns Landsting fått mycket god kritik för sin forskning och utbildning. Effektiviteten och kvaliteten i vården visar på liknande resultat med andra svenska universitetssjukhus. Uppgifter pekar dock på att de ställda besparingskraven inte har uppfyllts. Under 2005 sade två sjukhuschefer upp sig, då de ansåg att besparingarna gick ut över patientsäkerheten(051222). I en artikel i Dagens Medicin 060804 beskylls sammanslagningen ligga bakom ökad hjärtdöd, då operationsköerna blivit orimligt långa på grund av ransonerade nedläggningar av verksamheter.

Problem finns alltså fortsatt på de båda sjukhusen flera år efter sammanslagningarna och utfallet av ekonomiska besparingarna har inte blivit vad som förväntats från sjukhusledningarna.

4 Slutdiskussion

Vilka slutsatser kan vi då dra från vår analys? För att återanknyta till vårt syfte och den fråga vi ställde där (Hur ser relationen mellan debattens aktörer och deras värderingar ut?) vill vi klä våra slutsatser i en något förenklad modell där man kan tänka sig tre huvudsakliga aktörer, administratören, den vårdprofessionella och hybriden däremellan, politikern. Denna indelning återspeglar de tre värdemässiga grunderna på vilka argumenten i debatten tycks vila. Vad som bestämmer dessa värden är de mål som respektive aktör försöker nå. Administratörens mål är att driva verksamheten så effektivt som möjligt med de medel som han/hon är tilldelade, den vårdprofessionellas mål är att behandla patienten så effektivt som möjligt och i politikern möts dessa mål. Politikern måste se till både de administrativa och sjukvårdstekniska målen och utefter dessa fatta beslut om hur resurser ska fördelas. Dessa skilda mål och värderingar resulterar i att de tre aktörernas syn på en effektiv organisation skiljer sig från varandra. Dessa skillnader är vad vi ser som kärnan i hela analysen. Nu är det inte så att detta är något revolutionerande resultat i sig. Det finns ett otal undersökningar som visar på just detta. Att en läkares perspektiv på effektiv sjukvård skiljer sig från administratörens tycks alldeles uppenbart. Vad vi anser vara behållningen med denna analys är istället det förändringsperspektiv som går att se i beslut gällande sjukhusorganisationen. Något som målar en, för att låna er term från ekonomin, *inkomstelastisk* aspekt på sjukvården där de ökade sparkraven i samhället slagit hårt mot denna och en värdeförskjutning har skett från en effektivitetssyn vars primära fokus har varit kvalitativ sjukvård till ett som i högre grad omfattar ekonomiska aspekter.

Naturligtvis så är inte dessa aktörers roller och värderingar så renodlade i verkligheten som vi framställer dem i vårt förenklade och kristalliserande exempel. Läkaren är troligen medveten om de ekonomiska begränsningar som föreligger, sjukhuschefen anser förhoppningsvis att kvalitativ vård är ett värde som det ligger i organisationens intresse att bejaka och landstingspolitikern har säkerligen en partipolitisk agenda som påverkar besluten i lika, om inte större utsträckning än sakliga argument och mål.

Då en förenkling av verkligheten ibland nödvändig för att tydligare illustrera hur företeelser i den fungerar så får detta inte gå ut över reliabiliteten och validiteten i undersökningen. Vi har i vår undersökning försökt att reducera detaljerna och ämnesutsvävningar till ett minimum för att inte tappa fokus på det vi ämnat undersöka. Vår förhoppning är att vi därigenom producerat en analys vars värde är allmängiltigt utan att för den delen risker sin relevans vid applicering på specifika fall. Slutligen vill vi uttrycka vår förhoppning om att PROLUMA dragit lärdom av de tidigare misstag som begåtts i dessa processer och anammat en mer holistisk värdesyn i sin strävan efter samordning.

5 Referenser

Ackerby, Stefan-, Bylund, Jessica-, Bäckström, Lena-, Heurgren, Mona-, Tjernström, Jens-, 2006. *Produktivitet och effektivitet i hälso- och sjukvården*. Rapport från Sveriges Kommuner och Landsting.

Bergström, Göran och Boréus, Kristina, 2005. *Textens mening och makt. Metodbok i samhällsvetenskaplig text- och diskursanalys*. Andra upplagan. Studentlitteratur.

Biørn, Erik-, Hagen, Terje P-, Iversen, Tor-, Magnussen, Jon-, 2003. *The Effect of Activity-Based Financing on Hospital Efficiency: A Panel Data Analysis of DEA Efficiency Scores 1992-2000*. Health Care Management Science 6, 271-283. The Netherlands: Kluwer Academic Publishers.

Björnsson, Gunnar-, Kihlbom, Ulrik-, Tersman, Folke-, Ullholm, Anders-, 1994. *Argumentationsanalys*. 7 upplagan. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Christensen, Tom-, Laegreid, Per-, Roness, Paul G-, Røvik, Kjell Arne-, 2004 *Organisationsteori för offentlig sektor*. Universitetsforlaget.

Dagens Medicin, 2006-08-04. dagensmedicin.se

Hagen, Terje och Kjekshus, Lars, 2007. *Do hospital mergers increase hospital efficiency? Evidence from a National Health Service country*. J Health Serv Res Policy. Vol. 12, No 4, October 2007.

Läkartidningen, 2008-01-25. lakartidningen.se

Ohlsson, Östen, 2001. *Sammanslagna sjukhus?-argument och motargument inför SU-fusionen. En retrospektiv betraktelse över många debattörer och få argument*. Utvärderingsprogrammet: Västra Götalandsregionen nummer 7.

PROLUMA-nytt. Nr 1-5. 2008. Region Skåne.

Ragneklint, Robert, 2002. *"Man kan bli bättre om man vet vad bättre är!" En studie kring effektivitetsbegreppet som en samhällelig grundbult*. Institutionen för psykologi. Lunds Universitet.

Sjukhusläkaren, 2005-12-22, 2006-06-04 2007-10-05, 2007-10-25. sjukhuslakaren.se

Socialstyrelsen, 2007. *Verksamhetstillsyn av ortopedisk verksamhet vid Sahlgrenska universitetssjukhuset i Mölndal*. Artikelnummer 2007-109-14.

Stockholmslänsstyrelse: LS 0304-1498, 2003-12-01

Stockholms Läns Landsting. Hemsida. 2008-05-21.

<http://www.sll.se/SLL/Templates/NewsPage.aspx?id=35804>

Söderström, Lars och Lundbäck, Mattias, 2002. *Stor och liten. Om vårdeffektivitasjukhus*. Reformera nummer 15. Reforminstitutet