

LUNDS UNIVERSITET, FEKP01

HT 2009

Examensarbete magisternivå, D-nivå, 15 poäng

2010-01-08



LUNDS UNIVERSITET
Ekonomihögskolan

När två blir en

- En studie om bildandet av Skånes
Universitetssjukhus

Författare:

Fredrik Nyman

Josefin Nyman

Lars Olsson

Handledare:

Jan-Inge Lind

Sammanfattning

Uppsatsens titel:	När två blir en – En studie om bildandet av Skånes Universitetssjukhus
Seminariedatum:	2010-01-15
Ämne/Kurs:	Företagsekonomi, Strategi, 15 akademiska poäng (ECTS) Magisteruppsats, Ekonomihögskolan, Lunds Universitet
Författare:	Fredrik Nyman, Josefin Nyman, Lars Olsson
Handledare:	Jan-Inge Lind
Nyckelord:	Hot, möjligheter, sjukhusfusion, Skånes Universitetssjukhus

Syfte: Vi ämnar undersöka de hot och möjligheter som teori, empiri samt praktikfall visar i samband med sammanslagningen av de två universitetssjukhusen i Skåne.

Metod: Studien bygger på en kvalitativ metod med en iterativ forskningsansats.

Teoretiskt perspektiv: Studien grundar sig på tidigare forskning av fusioner och motstånd vid fusionsprocesser samt vad forskning och utredningar visar från sammanslagningar i Stockholm och Göteborg.

Empiri: För att lyfta fram de hot och möjligheter som Skånes Universitetssjukhus (SUS) kan tänkas stå inför genomfördes 17 semistrukturerade intervjuer med personer i olika ledande befattningar.

Slutsatser: Under studien har ett flertal hot och möjligheter för SUS observerats. De största möjligheterna som upptäckts är att det skapas bättre förutsättningar för den kliniska forskningen samt en möjlighet att förbättra kvaliteten på den högspecialiserade vården. Personalmotståndet är det främsta hotet mot SUS. Blir hoten för stora finns det risk att patientsäkerheten sätts på spel, främst i form av att personal med specialistkunskaper slutar. För att sammanslagningen ska lyckas krävs det ett omfattande integrations- och implementeringsarbete från personal i ledande befattningar på alla nivåer.

Abstract

Title: When two become one – A study of the establishment of Skåne University Hospital

Seminar date: 2010-01-15

Course: Business administration, Strategy, 15 ECTS, Master thesis
School of Management and Economics, Lund University

Authors: Fredrik Nyman, Josefin Nyman, Lars Olsson

Advisor: Jan-Inge Lind

Key words: Threats, opportunities, hospital merger, Skåne University Hospital

Purpose: We aim to research the threats and possibilities that, according to theory, empirics and case studies, concern the merger between the two university hospitals of Skåne.

Methodology: The method used to conduct the study was qualitative with an iterative research approach.

Theoretical perspective: The study is based on previous research of mergers and resistance in the merger process; furthermore, it is based on results from research and investigations of mergers in Stockholm and Gothenburg.

Empirical foundation: To expose the threats and possibilities that Skåne University Hospital (SUS) may be faced with, 17 semi-structured interviews with people in different leading positions were carried out.

Conclusions: In the process of conducting the study several threats and possibilities for SUS were brought to light. The greatest possibilities that were discerned were that better conditions were created for clinical research along with a possibility to improve the quality of the highly specialized care. The resistance among the personnel is the greatest threat for SUS. If the threats become too great there is a risk of jeopardizing security; mainly by personnel with specialist knowledge resigning. For the merger to succeed the hospital management must work extensively with integration and implementation.

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	7
1.1 Bakgrund	7
1.2 Problemdiskussion.....	9
1.3 Problemformulering.....	10
1.4 Syfte.....	11
1.5 Avgränsningar	11
2. Metod	12
2.1 Forskningsansats.....	12
2.2 Utredningsstrategi.....	12
2.3 Fallstudie	13
2.4 Val av teori	13
2.5 Val av empiri	14
2.6 Datainsamling	14
2.6.1 Sekundär data.....	14
2.6.2 Intervjuer.....	15
2.6.3 Intervjupersoner	17
2.7 Undersökningens kvalitet	19
3. Teori	21
3.1 Sjukhusorganisation.....	21
3.2 Professioner	23
3.3 Kultur och identitet.....	24
3.4 Personalmotstånd i fusionsprocesser	27
3.4.1 Personalmotstånd ur ett kulturellt perspektiv.....	28
3.4.2 Personalmotstånd ur ett kommunikationsperspektiv	29
3.4.3 Personalmotstånd ur ett karriärperspektiv.....	29

3.5 Ledarskap vid förändringar	31
3.6 Stordriftsfördelar/stordriftsnackdelar	32
3.7 Klinisk forskning	33
4. De tre största sjukhusfusionerna i Sverige	35
4.1 Sammanslagningen i Göteborg.....	35
4.1.1 Vad hände i Göteborg fram till och med sammanslagningen?	35
4.1.2 Vad har hänt i Göteborg efter sammanslagningen?	36
4.2 Sammanslagningen i Stockholm	40
4.2.1 Fram till att beslutet togs.....	40
4.2.2 Efter att beslutet om sammanslagning tagits	41
4.3 Sammanslagningen i Skåne	45
5. Empiri.....	49
5.1 Hur uppfattas Prolumaarbetet?	49
5.2 Tankar kring sammanslagningen	51
5.3 Kulturella skillnader mellan sjukhusen	53
5.4 Motstånd i fusionsprocessen.....	56
5.5 Decentraliserad organisationsstruktur?.....	59
5.6 Ledarskapets betydelse	60
5.7 Stordrift.....	62
5.8 Forskningens betydelse i sammanslagningen	64
5.9 Styrning	66
5.10 Medför sammanslagningen kostnader?/Finns det besparingskrav?	68
6. Analys.....	70
6.1 Analys av hur Prolumaarbetet har uppfattats	70
6.2 Analys av tankar kring sammanslagningen	72
6.3 Analys av de kulturella skillnaderna mellan sjukhusen.....	72

6.4	Analys av personalmotstånd i fusionsprocessen	75
6.5	Analys av decentraliserad organisationsstruktur	76
6.6	Analys av ledarskapets betydelse i sammanslagningen	77
6.7	Analys av stordrift	79
6.8	Analys av forskningen	81
6.9	Analys av styrning	82
6.10	Analys av om sammanslagningen medför kostnader/finns det besparingskrav?	84
7.	Slutsats	86
7.1	Slutsats	86
7.2	Förslag till vidare forskning	88
8.	Referenser.....	89
8.1	Publicerade källor	89
8.1.1	Böcker	89
8.1.2	Artiklar	90
8.1.3	Rapporter, utredningar och nyhetsblad	92
8.2	Elektroniska källor.....	93
8.3	Muntliga källor	94

1. Inledning

I första kapitlet introduceras ämnet för läsaren genom en bakgrundsbeskrivning som sedan resulterar i problemformulering samt syfte.

1.1 Bakgrund

De senaste 20 åren har det skett en ökning i antalet sammanslagningar av sjukhus.¹ Redan 1997 slogs Östra sjukhuset, Mölndals sjukhus och Sahlgrenska sjukhuset ihop till Sahlgrenska Universitetssjukhuset och 2004 slogs Karolinska sjukhuset och Huddinge Universitetssjukhus ihop till Karolinska Universitetssjukhuset. Nämnade fusioner är de två hittills största sammanslagningarna i Sverige, men det har även förekommit fusioner av läns- och länsdelssjukhus. Utvecklingen kan också ses i andra länder. Nu har politiker i Skåne beslutat att Universitetssjukhuset i Lund, USiL, och Universitetssjukhuset Malmö Allmänna Sjukhus, UMAS, ska slås samman och bilda Skånes Universitetssjukhus, SUS.

Svenska sjukhus har under de senaste åren haft en accelererande kostnad och andelen av BNP som går till sjukvård ökar. År 2005 var andelen 9.1 procent av BNP och år 1960 var samma siffra 4.7 procent av BNP. Om denna utvecklingstakt håller i sig innebär det att Sverige år 2050 kommer att spendera 22 procent av BNP på hälso- och sjukvård. Om kostnaderna ska kunna täckas måste antingen skatterna höjas eller sjukvården effektiviseras. Speciellt viktigt blir effektivisering för universitetssjukhusen eftersom de inte endast ska leverera vård utan även forskning och utbildning, vilket gör att de idag är i genomsnitt 12 procent dyrare än läns- och länsdelssjukhus. De flesta universitetssjukhus i Sverige har svårt att hålla sig inom tilldelad budget.² En strategi för att komma tillrätta med ökade kostnader och erhålla effektivitetsfördelar har varit att slå samman sjukhus.³ När Karolinska Universitetssjukhuset bildades fanns det ett uttalat sparbetning om 600 miljoner kronor.⁴ I sammanslagningen av sjukhusen i Göteborg fanns det inte några direkt uttalade ekonomiska mål, men i samband

¹ Fulop, Protopsaltis, Hutchings, King, Allen, Normand. & Walters 2002

² McKinsey 2007.

³ Choi & Brommels 2009

⁴ McKinsey 2007

med starten av sammanslagningen tillkom det krav på besparingar.⁵ Inte heller i Lund och Malmö sägs ekonomi vara ett av huvudargumenten till en sammanslagning.⁶

För att driva utvecklingen framåt och för att stärka universitetssjukvården i Skåne startades Proluma 2008. Proluma var en profilering och samordning av kliniker i Lund och Malmö. Uttalade mål för samordningen var ökad kvalitet för patienter, högre produktivitet och stärkt konkurrenskraft.⁷

Sjukhusledningens uttalade mål för sammanslagningen av USiL och UMAS är att öka universitetssjukvårdens konkurrenskraft i svenskt och internationellt perspektiv, att öka utrymmet för klinisk forskning och att öka universitetssjukvårdens attraktivitet som arbetsplats.⁸ Även Stockholm och Göteborg genomförde sammanslagningar för att förbättra möjligheterna för klinisk forskning.⁹ Genom ökad konkurrenskraft anser ledningen i Region Skåne kunna dra till sig större forskningsbidrag, fler patienter från andra regioner och länder och kompetens för att på så sätt öka inkomsterna på annat vis än via skatteintäkter.¹⁰ För att bedriva högspecialiserad vård och forskning krävs en kritisk massa av kompetens och patientunderlag för att det ska vara möjligt att upprätthålla, utveckla och dokumentera rätt kvalitet och för att förbättra de medicinska resultaten. En kritisk massa är även viktigt för att kunna utnyttja dyra investeringar, metoder, utrustning och lokaler på bästa sätt.¹¹ Allt det här talar för att sammanslagningar av sjukhus är något positivt, trots det finns det motstånd inom organisationerna och även tidigare studier i andra länder visar på blandade resultat av sammanslagningar.

En stor del av den empiriska datan som har studerats kring ämnet kommer från USA eftersom landet har en längre historia av omorganiseringar inom vården samt en mer marknadsdriven vårdpolitik. I en studie som innefattar 131 sjukhussammanslagningar i USA mellan 1987 och 1990 finner Sinay signifikanta kostnadsminskningar knutna till sammanslagningarna. Sammanslagningarna som Sinay studerat har inte varit i samma storleksordning som fusionen

⁵ Archenholtz 2009

⁶ På väg – ett nyhetsbrev från SUS

⁷ <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=229750>

⁸ På väg – ett nyhetsbrev från SUS

⁹ Brorström 2004/Choi & Brommels 2009

¹⁰ www.skane.se/templates/Page.aspx?id=229750

¹¹ www.skane.se/templates/Page.aspx?id=213169

som genomförs i Skåne. Det genomsnittliga antalet sängar på sjukhusen som studerades var efter sammanslagningarna cirka 400. På SUS kommer det att finnas 1750 sängplatser.¹² Även Connor *et al* finner att kostnaderna ökar långsammare i sjukhus som har slagits samman, än i sjukhus som inte har slagits samman.¹³ En studie som har genomförts på den nordiska marknaden av Kjekshus och Hagen finner att stora sjukhussammanslagningar som innefattar radikala omorganisationsprocesser inte leder till effektivare vård eller kostnadsminskningar.¹⁴ Söderström och Lundbäck menar att stora sjukhus inte är mer effektiva än små och medelstora, vilket, enligt författarna, all tidigare forskning tyder på.¹⁵

1.2 Problemdiskussion

Anledningarna till att slå ihop sjukhus är många och goda men det är även en av de mest komplexa organisatoriska förändringar som går att genomföra. Studier visar på att majoriteten av alla omfattande organisationsförändringar misslyckas.¹⁶ Det råder delade meningar om huruvida sammanslagningarna i Göteborg och Stockholm blev lyckade eller inte. Faktum är att det i Göteborg har krävts fyra omorganisationer varav två större sedan 1997 för att komma dit de är idag vilket tyder på att sammanslagningar kräver både tid och mycket resurser.¹⁷ I Stockholm sägs det att organisationen har blivit mer toppstyrd sedan sammanslagningen, vilket skapat en tröghet i organisationen.¹⁸ Vidare visar även McKinseys rapport om sammanslagningen av Karolinska sjukhuset och Huddinge Universitetssjukhus på stora kulturskillnader mellan de två tidigare sjukhusen. Efter sammanslagningen har revirtänkande snarare blivit mer uttalat istället för att kulturskillnaderna har överbryggs.¹⁹ I Skåne sägs de kulturella skillnaderna mellan Malmö och Lund vara ett av de största hoten mot sammanslagningen.²⁰ Kulturen speglar ofta hur hela organisationen mår och utgör djupt rotade värderingar, normer, tankesätt och beteendemönster. För att genomföra stora förändringar krävs det att ledningen har personalen med sig, då de utgör en stor kraft i organisationen.²¹

¹² Sinay 1998

¹³ Connor, Feldman & Dowd 1998

¹⁴ Kjekshus & Hagen 2007

¹⁵ Söderström & Lundbäck 2002

¹⁶ Alvesson & Svenningsson 2007

¹⁷ Brorström 2004

¹⁸ McKinsey 2007

¹⁹ Ibid

²⁰ <http://sydsvenskan.se/sverige/article576271/Ny-chef-vill-inte-kriga-mot-kulturerna.html>

²¹ Bringselius 2008

I sammanslagningarna i Stockholm, Göteborg och Skåne har kommunikation upplevts som ett problem av de anställda på sjukhusen eftersom de inte fått medverka och påverka i uppbyggnaden av den nya organisationen.²² En högre grad av personalinvolvering kan vara ett sätt att komma runt en del av de problem som kännetecknar en sammanslagning. Att anställda slutar i samband med sammanslagningar är vanligt. Även forskning har visat att sammanslagningar har en negativ effekt på de flesta anställdas karriärer.²³ Såväl i Stockholm och Göteborg som i Lund/Malmö har det varit ett antal avhopp till följd av sammanslagningarna. I vissa fall rör det sig om specialkompetens som kan vara svårt att ersätta.²⁴

Mycket forskning har gjorts om sammanslagningar i den privata sektorn, dock har inte sammanslagningar inom vårdsektorn diskuterats i samma omfattning. Många organisationsteorier grundas på forskning från den privata sektorn och tar inte hänsyn till de unika förutsättningar som finns i offentliga organisationer. De flesta studier om sammanslagningar inom vårdsektorn är gjorda i USA, men det är svårt att dra några slutsatser från studierna på grund av att vårdpolitiken ser helt olika ut i olika länder. Det har gjorts många sammanslagningar av sjukhus i Sverige de senaste årtiondena, men fortfarande är det få studier gjorda på situationen på de svenska sjukhusen i samband med sammanslagningar. Tidigare studier av sammanslagningar av sjukhus runt om i världen har utmynnat i blandade resultat av fusionen. Det är på grund av ovan förda resonemang som det är intressant att göra en undersökning av en aktuell sammanslagning av två universitetssjukhus, den mellan Universitetssjukhuset i Lund och Universitetssjukhuset Malmö Allmänna Sjukhus.

1.3 Problemformulering

Hur ser de hot och möjligheter ut som Skånes Universitetssjukhus ställs inför i samband med sammanslagningen?

²² Brorström 2004/McKinsey 2007/<http://sydsvenskan.se/sverige/article561611/Fusionen-tog-politiker-pa-sangen.html>

²³ Bringselius 2008

²⁴ <http://www.dagensmedicin.se/nyheter/hembesok/42%20Hembes%C3%B6k.pdf> / Ohlin 2005

1.4 Syfte

Vi ämnar undersöka de hot och möjligheter som teori, empiri samt praktikfall visar i samband med sammanslagningen av de två universitetssjukhusen i Skåne.

1.5 Avgränsningar

Eftersom sammanslagningen till största del endast har berört chefer i organisationen har vi haft ett ledningsperspektiv. Övrig personal har inte blivit involverad i processen kring fusionen än och därför tror vi inte att de har den insikt som behövs för att ge svar på de frågor som behövs för vår studie.

2. Metod

Metodkapitlet beskriver de forskningsansatser som uppsatsen tar sin utgångspunkt i. Studiens genomförande beskrivs och de problem som uppkommit under arbetsprocessen för att besvara uppsatsens problemformulering berörs. Kapitlet avslutas med en genomgång av studiens kvalitet.

2.1 Forskningsansats

Utgångspunkten i studien gjordes från ett teoretiskt perspektiv men allt eftersom intervjuerna genomfördes har materialet formats av empirin.²⁵ Initialt fanns en induktiv ansats för att inte begränsa datainsamlingen för det som skulle studeras.²⁶ Teoridelen påbörjades innan intervjuerna genomfördes men har anpassats efter det som framkommit under intervjuerna, det vill säga att empirin till stor del legat till grund för teoridelen. Vår kunskap och förståelse för ämnet och fallet har under studiens gång blivit större. Därmed har vi kunnat ställa bättre riktade frågor under slutfasen av datainsamlingen. Det har varit omöjligt att studera fallet helt objektivt då vi inser att vi är färgade av tidigare studier samt att vi alla är studenter inom företagsekonomi och därmed har liknande teoretisk bakgrund. Därför menar vi att vi har tagit en iterativ forskningsansats – en öppen form av forskningsansats för datainsamling – för att skriva denna uppsats och få grepp om verkligheten.²⁷

2.2 Utredningsstrategi

Vi valde att använda en kvalitativ utredningsstrategi eftersom strategin gav oss en flexibilitet att anpassa datainsamlingen till situationen som fallet befinner sig i. Genom att använda en kvalitativ utredningsstrategi begränsades inte den initiala förståelsen för ämnet av datainsamlingen. Kvaliteten på datainsamlingen höjdes under arbetets gång och i takt med att vår kunskap för ämnet fördjupades. Syfte var att undersöka hot och möjligheter vid en sammanslagning av två universitetssjukhus och därför ansåg vi inte att det var lämpligt med kvantitativa frågeformulär med givna svarsalternativ. Ämnet var för komplext för att kunna

²⁵Bell & Bryman 2003

²⁶Jacobsen 2002

²⁷Bell & Bryman 2003

skildras i fasta svarsalternativ. Med en kvantitativ undersökningsmetod skulle vi inte få det djup som krävdes för att kunna dra några slutsatser av det insamlade materialet.²⁸

2.3 Fallstudie

En fallstudie valdes som undersökningsstrategi för datainsamling och analys då vi ville gå på djupet i sammanslagingsprocessen.²⁹ Fallstudien gav oss en djupare förståelse för sammanslagningen mellan de två universitetssjukhusen i Skåne. Fallet medförde att vi kunde finna företeelser som vi inte hade kunskap om innan undersökningen sattes igång.³⁰ Genom att använda en fallstudie var vår förhoppning att få förståelse för relationer och processer i ett empiriskt fall. Vidare lämpar sig fallstudien dåligt för generalisering då den ger utrymme för våra tolkningar av resultatet. Empirin kan inte tas ur sitt sammanhang och generaliseras på andra liknande situationer. Generaliserbarhet var inget som vi sökte med denna undersökning eftersom syftet var att undersöka de unika förutsättningar som rådde i detta fall. Problemet med fallstudien, som undersökningsstrategi, är att det genererar enorma mängder data som inte kan presenteras i sin helhet, utan måste tolkas och analyseras av författarna först.³¹

2.4 Val av teori

Teorier som berör ämnesområdet sammanslagning, personalmotstånd och organisation i offentlig verksamhet valdes i ett tidigt skede för att få förståelse för hur offentliga verksamheter bedrivs. Allt eftersom insamlingen av data genom intervjuer gjordes, lades teorier till för att knyta an till det som kom fram under intervjuerna. Ändringarna har gjorts i takt med att vår förståelse för ämnet och fallet har förbättrats. Förändringarna har haft för avsikt att förbättra teoriernas applicerbarhet på SUS samt att precisera de mest relevanta teorierna för att kunna utreda syftet. Underrubrik 3.1 *Sjukhusorganisation* har för avsikt att ge läsaren kunskap om situationen som fallet befinner sig i. Underrubrik 3.2 *Professioner* inkluderades i uppsatsen eftersom den belyser hur svårt det kan vara att förändra professioner. *Kultur och identitet*, underrubrik 3.3, har benämnts som det största hotet mot sammanslagningen och därför har vi valt att ta upp det. I underrubrik 3.4 väljer vi att belysa *Personalmotstånd* och dess olika former då det är ett stort hot. Vid våra intervjuer har *Ledarskapet* betonats som centralt för att sammanslagningen ska lyckas. Därför har vi valt att

²⁸ Jacobsen 2002

²⁹ Yin 1994

³⁰ Jacobsen 2002

³¹ Yin 1994

uppmärksamma ämnet i underrubrik 3.5. Genom en sammanslagning fördubblas organisationens storlek vilket medför att det har varit intressant att undersöka vilka för- och nackdelar det innebär. *Stordrift* behandlas i underrubrik 3.6. Ett av motiven till sammanslagningen är att förbättra förutsättningarna för den *Kliniska forskningen*, vilket är skälet till att vi har valt att titta på teori kring det här i underrubrik 3.7.

2.5 Val av empiri

Eftersom arbete med fusionen pågår just nu är det ett högaktuellt ämne. Media har också belyst situationen och det har debatterats på insändarsidor både huruvida Proluma skulle genomföras och om en sammanslagning verkligen är bra för sjukvården. Ur ett samhällsperspektiv skenar kostnaderna för sjukvården iväg och om inte något görs kommer kostnaderna för hälso- och sjukvård att uppgå till 22 procent av BNP år 2050. Sjukvården måste bli mer effektiv och enligt Regionstyrelsens ordförande är effektivisering ett mål med sammanslagningen. Det här har gett oss ytterligare en dimension på arbetet, vilket känns mycket intressant. Efter kontakt via e-post beviljades intervjuer med flera personer i ledande positioner. En stor del av uppsatsens styrka ligger i att vi har fått intervjua de flesta av de personer som vi har kontaktat.

2.6 Datainsamling

För att samla in data använde vi oss av sekundär data och intervjuer, vilket kommer att presenteras utförligt nedan.

2.6.1 Sekundär data

För att få fram information om sammanslagningarna i Göteborg och Stockholm valde vi att använda sekundär data. Materialet har bestått av genomlysningar av verksamheterna gjorda av konsulter och ledning, men även forskarrapporter och tidningsartiklar. Vi inser att det finns en risk att detta material är färgat av de tidigare författarnas åsikter. Att vissa av rapporterna är gjorda av eller beställda av organisationernas ledningar kan även påverka dess trovärdighet. Vi var medvetna om det här och har varit kritiska när vi valde ut vilken sekundär data som skulle användas som informationskälla. Det bör belysas att samtliga rapporter, förutom Arthur D. Littles (ADL), baseras på personalens egna uppfattningar. Att vi valde att använda just McKinseys rapport från sammanslagningen i Stockholm beror på att McKinsey inte var inblandade i själva sammanslagningen och därför inte ska utvärdera sitt eget arbete. För att ytterligare säkerställa reliabiliteten på våra sekundära data ställde vi intervjufrågor kring

sammanslagningarna i Göteborg och Stockholm till de av våra intervjupersoner som även varit delaktiga i fusionsprocessen på nämnda orter. Fokus i vår uppsats är inte att göra en litteraturstudie av sammanslagningarna i Stockholm och Göteborg. Vi har därför valt att avgränsa oss till det material vi har om de sammanslagningarna.

2.6.2 Intervjuer

Största delen av datainsamlingen för studien genomfördes med intervjuer. Att intervjuer användes för insamling av data berodde på möjligheten att få en djupare insikt i just den här sammanslagningen än vad exempelvis en enkätutdelning kunde ge. Intervjuer som datainsamlingsmetod är lämplig då det är en enhets förutsättningar som undersökts. Att vi bara undersökte ett fall medförde att vi hade tid att genomföra tillräckligt många besöksintervjuer för att få grepp om fallet.³²

Vi använde oss av semistrukturerade intervjuer eftersom de gav oss en möjlighet att situationsanpassa intervjun och följa upp spår som inte var tänkta från början. Vi använde en lista med ämnen och frågor som vi ville behandla under intervjuerna. Ämnena, som behandlades under samtliga intervjuer är de punkter som presenteras i empirin, vilka är: Prolumaprocessen, sammanslagningen, kultur, personalmotstånd, organisationsstruktur, ledarskapets betydelse, stordrift/effektivitet, klinisk forskning, styrning samt kostnader för en sammanslagning/besparingskrav. Frågorna ställdes så att möjlighet till öppna svar gavs. För att förtydliga något ställdes i somliga fall specifika följdfrågor som inte var inkluderade i mallen. Alla respondenter fick snarlika frågor men anpassade efter just deras tjänst/profession.³³ För att inte styra respondenternas svar utifrån ämnena ovan, valde vi inledningsvis att fråga vilka hot och möjligheter de såg med sammanslagningen. I de fall där respondentens svar inte helt stämde överrens med våra ämnen har vi i efterhand placerat in svaren i det ämne i empiriavsnittet där vi fann att de passar bäst. Respondenternas bild av hot och möjligheter stämde dock ganska bra överrens med våra valda ämnen. Valda ämnen har vuxit fram efter relevanta teorier och händelser i Stockholm och Göteborg. Frågorna inom ämnena har under arbetets gång förändrats och förbättrats eftersom intervjuerna fungerat som en läroprocess för oss.

³² Jacobsen 2002

³³ Bell & Bryman 2003

Våra semistrukturerade intervjuer har genererat stora datamängder i form av bandinspelningar och anteckningar, vilket gjorde att vi begränsade antalet intervjupersoner för att kunna överblicka empirin på ett åskådligt sätt. Vi upplevde en gradvis avtagande mängd ny information vid intervjutillfällena. Dock infann sig inte mättnadspunkten förrän alla intervjuer var genomförda. Det här berodde till stor del på att sjukhusen är mitt uppe i sammanslagningsprocessen och nya saker inträffar hela tiden.³⁴

Totalt genomfördes 17 intervjuer med 17 respondenter där samtliga fick välja tid och plats själva. Vid 11 av intervjuerna var samtliga författare närvarande, vilket kan ha fått respondenten att känna sig i underläge. Det var dock inget som vi upplevde utan snarare tvärtom. Alla respondenter är personer i ledande positioner som är vana vid att diskutera svåra problem. Respondenterna verkade aldrig uppleva intervjutillfällena som obekväma. För oss var det positivt att alla var närvarande. Det gav oss möjlighet att uppfatta detaljer och komma med givande följdfrågor. Vid tre intervjuer var bara två intervjuare närvarande och vid tre intervjuer var endast en intervjuare närvarande. För att ingen information från respondenterna skulle gå förlorad spelades samtliga intervjuer utom två in. Inspelningarna hjälpte oss att gå tillbaka och kontrollera uppgifter och öka trovärdigheten i empirin. Det gav oss möjlighet att koncentrera oss på respondenten istället för att anteckna. Eftersom det är ett högst aktuellt och känsligt ämne fanns det risk för att respondenterna kände sig hämmade av att vi spelade in. För oss har fördelarna med att spela in intervjuerna övervägt nackdelarna.

Alla chefer som är kvar i organisationen har samtyckt till att jobba utefter ledningens strategi och därmed har de indirekt gått med på att vara ambassadörer för sammanslagningen, eftersom det varit ett krav från ledningens sida. Det innebär att chefer som motarbetar en sammanslagning slutat självmant. Cheferna får vara kritiska till sammanslagningen men inte motståndare till den. Vetskapen om att intervjuerna kommer att offentliggöras i en uppsats kan även ha medfört att respondenterna höll tillbaka vissa kritiska åsikter. I kapitel 5 har vi valt att anonymisera vissa åsikter eftersom att vi inte har haft för avsikt att sätta respondenter i dålig dager då de ibland uttalar sig om känslig information. Anonymiseringen underlättar även presentation av materialet när flera respondenter har gett samma svar.

³⁴ Jacobsen 2002

När vi valde respondenter försökte vi skapa en så balanserad bild av verksamheten som möjligt. Vi valde personer ur ledningen för att en stor del av de förändringar som SUS i nuläget befinner sig i berör ledning och administration. För att få en representativ bild av fusionsprocessen ställde vi upp ett antal kriterier:

- Vi ville ha representanter från både politiken, administrationen och professionen i uppsatsen, vilket vi har uppnått eftersom det finns företrädare ända från Regionstyrelsenivå till verksamhetsnivå.
- Vi ville ha ledare från sjukhuschefsnivå till verksamhetsnivå. Vi har lyckats täcka in alla önskade nivåer.
- Lika andel respondenter från Malmö och Lund. Fördelningen blev 45 procent från Malmö och 55 procent från Lund.
- Lika andel kvinnor och män. Det här kriteriet gick inte att leva upp till då män är överrepresenterade på divisions- och verksamhetsnivå. 2 av 17 respondenter är kvinnor i vår undersökning. Vi har försökt att kontakta kvinnor i större utsträckning relativt sett till männen, men inte fått den svarsfrekvens som vi önskat.
- Vi ville ha med åtminstone en respondent från medicinska fakulteten, som kan representera forskningen, eftersom den angetts som ett huvudargument i sammanslagningen.
- Vi försökte kontakta fackliga representanter men de har valt att inte svara.
- Vi ville intervjua de som ställt sig kritiska till sammanslagningen. Tyvärr ville bara en kritiker ställa upp på intervju.
- Vi ville ha med verksamhetschefer vars kliniker varit med i Proluma och även de som inte varit med.

2.6.3 Intervjupersoner

Jerker Swanstein. Ordförande i Regionstyrelsen och representant för Moderaterna. Swanstein har varit med och tagit beslut om sammanslagningen. För att få en inblick i beslutsprocessen, varför en sammanslagning görs samt vilka möjligheter och hot som en sammanslagning ger, var det utav intresse att intervjua Jerker Swanstein.

Henrik Hammar. Ordförande i hälso- och sjukvårdsnämnden och representant för Moderaterna.

Uno Aldegren. Socialdemokratisk politiker och är vice ordförande i Regionstyrelsen. Aldegren var intressant att intervjua då han har uttalat sig negativt om en sammanslagning och även framfört att om Socialdemokraterna vinner valet så kommer sammanslagningen att rivas upp.

Sören Olofsson. Regiondirektör som har varit med och genomfört Proluma, initierat sammanslagningen av SUS och även tidigare varit delaktig i sammanslagningen av Huddinge Universitetssjukhus och Karolinska Sjukhuset.

Bent Christensen. Sjukhuschef för Universitetssjukhuset i Lund och den blivande sjukhuschefen för Skånes Universitetssjukhus. Christensen är navet i hela sammanslagningen då det är upp till honom att styra den med hjälp av sin ledningsgrupp.

Eva Ranklev Twetman. Chefläkare i Lund som ska bli Chefläkare på SUS och sitta med i ledningsgruppen för sjukhuset.

Thomas Ekström. Projektledare för Proluma och ska sitta med i ledningsgruppen för SUS som biträdande sjukhuschef.

Håkan Cederholm. Ekonomichef för USiL och blivande ekonomichefen för SUS.

Åsa Hägglin. Anställd på den strategiska staben som jobbar med implementeringen av Lean Healthcare på USiL³⁵. Eftersom Lean ska genomsyra båda sjukhusen i fortsättningen var det intressant att intervjua henne då Malmöpersonalen får ett nytt arbetssätt, vilket kan påverka kulturyttringar.

Bengt Jeppsson. Vice dekanus för medicinska fakulteten, professor och kirurg. För att få bredare förståelse för forskningsperspektivet samt hur forskningen ska integreras i sjukvården var det intressant att intervjua Bengt Jeppsson.

³⁵ Lean Healthcare bygger på två principer: ”att fokusera på snabba och smidiga patientflöden och att bygga strukturer så att sjukhusets team själva kan förbättra sina arbetssätt kontinuerligt.” Definition från: <http://www.skane.se/templates/page.aspx?id=260889>

Bengt Nellgård. Divisionschef i Malmö och blivande divisionschef för Kirurgidivisionen i SUS. Kirurgidivisionen kommer att bli den största divisionen med cirka 3000 anställda.

Magnus Eneroth. Verksamhetschef för Ortopeden i Malmö.

Pelle Gustafson. Verksamhetschef för Ortopeden i Lund.

Johan Westerdahl. Verksamhetschef för Kirurgen i Lund.

Jesper Petersson. Verksamhetschef för Neurologiska kliniken i Malmö.

Håkan Widner. Verksamhetschef för Neurologen i Lund.

Rolf Lundh. Konsult på Arthur D. Little och arbetar som konsult på UMAS och även varit med som konsult i Stockholm vid sammanslagningen av sjukhusen där.

2.7 Undersökningens kvalitet

För att öka uppsatsens validitet, det vill säga för att uppsatsen ska stämma överens med verkligheten, har respondenter valts med omsorg då deras svar ligger till grund för resultatet. Genom att vi har valt att göra individuella intervjuer blir det dock svårt att dra någon slutsats av vad större grupper tycker eller känner.³⁶ Vi har även angett att vi inte fått tillgång till vissa personer och på så sätt visat vilken information som eventuellt har utelämnats. Samtliga inspelningar från intervjuerna har noga granskats och genomlyssnats för att minimera feltolkningar och utelämnande av relevant information. Korrespondens via e-post har förekommit med en del av respondenterna för att förtydliga att information har tolkats på rätt sätt. Samtliga respondenter har fått ett utkast av kapitel 5 skickat till sig för att inga tolkningsfel ska ha uppstått.

Reliabiliteten har beaktats genom att arbetsgången har karaktäriserats av noggrannhet och slumpartade fel har försökt minimeras. Då vi alla i så stor utsträckning som möjligt varit närvarande på intervjuerna, samt att alla intervjuer utom två har spelats in med diktafon har vi

³⁶ Jacobsen 2002

försäkrat oss om att korrekt information insamlats. I bearbetningen av allt material har samtliga gruppmedlemmar varit delaktiga.

Eftersom uppsatsen har en kvalitativ utredningsstrategi som baseras på ett unikt fall blir det svårt att återskapa studien och komma fram till identiska resultat. Replikerbarheten försvåras ytterligare av att vi har använt oss av semistrukturerade intervjuer som har genererat unika svar från varje respondent. Vi har tagit replikerbarheten i beaktning genom att beskriva och motivera datainsamling och undersökningsmetoder som genomfördes för att uppnå vårt resultat.

3. Teori

I följande kapitel presenteras teorier och tidigare forskning som är relevanta för studien. Valda teorier används därefter för att analysera insamlad data.

3.1 Sjukhusorganisation

Allison beskriver i sin artikel skillnaderna mellan privata och offentliga organisationer. Enligt Allison skiljer offentliga och privata organisationer sig åt inom flera områden.³⁷ Christensen, Lågreid, Rosness och Røvik tar även upp skillnaderna mellan offentliga och privata organisationer. De skriver att inom offentliga organisationer måste beslutsfattare ta hänsyn till fler mål och värderingar än inom den privata sektorn, samt att flera olika hänsynstaganden måste beaktas. I offentliga organisationer spelar en demokratisk hänsyn större roll och organisationen måste ta hänsyn till värderingar kring rättsäkerhet. Dessutom är ledare inom offentliga organisationer ansvariga inför väljarna och medborgarna i samhället, eftersom den översta ledningen är folkvald. Ytterligare ett argument som förs fram kring offentliga och privata organisationers olikheter är att det i offentliga organisationer krävs en större insyn, öppenhet och förutsägbarhet. I offentliga organisationer finns det inte samma grundläggande ekonomiska målsättningar i form av försäljningsintäkter och vinster som i de flesta privata företag. Istället karakteriseras offentliga företag av en multifunktionell organisationsmodell där ledningen måste ta hänsyn till och balansera motstridigheter. Enligt Christensen *et al* öppnar samtidigt en multifunktionell organisationsmodell för flexibilitet och inflytande för anställda som jobbar i organisationen, då den ger utrymme för godtycklighet och frihet i värderingar. Ytterligare en central skillnad mellan privata och offentliga organisationer är att de flesta offentliga verksamheter inte agerar på en ekonomisk marknad med fri konkurrens.³⁸

En annan inriktning inom forskningen om organisationsteorier för offentlig sjukvård är New Public Management. Synsättet har varit väldigt populärt för de senaste decenniernas reformprogram i sjukvården. Sverige har pekats ut som ett av de länder i västvärlden som

³⁷ Allison Läst i Kraemer & Perry 1983

³⁸ Christensen, Lågreid, Rosness & Røvik 2005

tidigt införde New Public Management modeller inom den offentliga sjukvården.³⁹ New Public Management bygger på att offentliga och privata organisationer inte skiljer sig åt på ett grundläggande vis. Likheterna mellan de båda sektorerna bör beaktas istället för skillnaderna. På så sätt kan de organisationsmodeller och styrverktyg från privata sektorn som kan överföras till offentliga organisationer hittas. New Public Management grundas på att offentliga och privata organisationer har flera och viktiga gemensamma karakteristika, vilket medför att de därför kan organiseras och styras utifrån samma grunder. Strategier och styrsystem från den privata sektorn har använts i sjukvården för att framförallt förbättra effektiviteten. New Public Management inom vården har bland annat handlat om internprissättning med förhandling mellan beställare och utförare. Modellen ger utföraren incitament till att producera så mycket som möjligt eftersom resursfördelningen är knuten till antalet utförda operationer. Finansieringssätt skiljer sig tydligt från de modeller där utföraren får allokera en budget i förskott, som annars är vanligt inom sjukvården. New Public Management har kritiserats för implementeringsproblem, höga administrativa kostnader och suboptimering, vilket har medfört ett minskat stöd för modellen. Personalen inom sjukvården ser inte längre New Public Management som en universal lösning till många av de problem som finns inom den offentliga sjukvården.⁴⁰

I en studie av Kastberg och Siverbo från 2007, som kartlägger den svenska sjukvården, finns det fortfarande tydliga spår av New Public Management modeller. Kastberg och Siverbo finner dock att de New Public Management modeller som används inom den svenska sjukvården är anpassade efter de unika förutsättningar som råder inom vården, till exempel används produktionstak. Det har visat sig att det mest grundläggande dilemmat är att hitta en balans mellan kostnader och produktionseffektivitet.⁴¹

Som en reaktion mot marknadsmodellen har idén om samverkan vuxit fram. Avsikten med samverkan mellan sjukhus är att skapa effektivare lösningar, att kunna tillhandahålla lättillgänglig och god sjukvård samt att de suboptimeringsproblem som New Public Management medför ska bli hanterliga. Med fusioner som organisationsideal har ett flertal sjukhus slagits samman i Sverige. Fusionerna har medfört ett omfattande förändringsarbete

³⁹ Hood 1995

⁴⁰ Brorström 2004

⁴¹ Kastberg & Siverbo 2007

där fristående sjukhus har slagits samman och bildat olika konstellationer med bland annat gemensamma divisioner och gemensam sjukhusledning. I många fall har processen kring sjukhusfusioner gått väldigt snabbt.⁴²

Ju mer en organisation växer, mätt i antalet anställda, desto större är sannolikheten att komplexiteten i organisationsstrukturen ökar. En sammanslagning innebär att en organisation växer vilket även medför att den blir mer omfattande att administrera. En av de vanligast förekommande strukturerna för att organisera stora enheter är en byråkratisk struktur. Sjukhus är ett exempel på en decentraliserad byråkratisk struktur som benämns professionell byråkrati. En professionell byråkratisk organisation karakteriseras av professionella som utför sina arbetsuppgifter utifrån sina specialistkunskaper. Stor del av personalen är välutbildad och har akademisk bakgrund, vilket medför att de anställda är kunniga inom sitt område redan innan inträdet i verksamheten. Specialistkunskapen ger de professionella en viss grad av självstyrande gentemot ledningen. Ofta har läkare standardlösningar beroende på situationen och så länge läkaren håller sig inom accepterade ramar kan inte ledningen påverka hur de utför sina arbetsuppgifter. För att de professionella i en professionell byråkratisk organisation ska kunna utföra sitt arbete på bästa vis ställs det höga krav på en väl fungerade administrativ enhet som kan stödja dem. Enligt Mintzberg är professionell byråkrati en icke-flexibel organisationsstruktur som är svårförändrad och inte uppmuntrar till kreativitet på grund av djupt rotade tankemönster. De professionella är ofta personer med starka viljor och ett brinnande intresse för sina arbetsuppgifter. Personalens starka viljor gör professionella organisationer komplexa att leda och förändra.⁴³

3.2 Professioner

Professioner kan vara svårstyrda. Fokus på den egna verksamheten utvecklas inom starka professioner och försök till förändring utifrån fungerar ofta inte eftersom implementeringen fallerar. Studier har gjorts på aktörer i professionella organisationer, vilka visar att aktörerna inte vill gå med på några förändringsförslag överhuvudtaget. Som en naturlig reaktion tar de avstånd från varje förslag till förändring. Förklaringen bottnar i en hög grad av autonomi och övertag i kunskap när det kommer till verksamhetsfrågor.⁴⁴

⁴² Brorström 2004

⁴³ Mintzberg 1999

⁴⁴ Östergren & Sahlin 1998 Läst i Brorström 2004

Med hjälp av sin expertkunskap bygger de professionella upp en mur som administrativa reformer har svårt att tränga igenom. I studier som genomförts har det visat sig att företrädare för professionella grupper är skeptiska till administrativa reformer och att de skyddar sina verksamheter på bästa möjliga sätt från att förändras. Det är inte helt ovanligt att samma personer också tycker att det var bättre förr och att den senaste förändringen är den sämsta någonsin.⁴⁵ Läkarnas bild av förändringar är att de genomförs centralt och det finns en kritisk inställning till hur förändringar introduceras och implementeras i svensk sjukvård. Det har blivit en naturlig reaktion för överläkare att reagera med tvivel och skepticism mot de förändringar som politiker och administrativ personal vill införa. Dock ska tilläggas att om en jämförelse görs med kriterier för hur en bra implementering genomförs så förefaller implementering på sjukhus vara bristande. Att kommunicera vilka förändringar som ska genomföras, att involvera verksamhetsansvariga, att sticka hål på myter och att effektivt sprida en positiv bild av sammanslagningen under uppbyggnaden är viktiga hörnstenar.⁴⁶

3.3 Kultur och identitet

Många försök till organisatoriskt förändrande misslyckas till följd av att företagskulturen underskattas.⁴⁷ Kulturen kan skapa stora problem vid en organisationsförändring och kräver därför uppmärksamhet för de som beslutar och agerar i en förändringsprocess. Kulturen är en viktig del och något att ta hänsyn till för var och en som ämnar genomföra en förändring, om den inte ska misslyckas.⁴⁸ Forskning har försökt att förklara sammanslagningars misslyckande utifrån kulturens inverkan på integrationsprocessen, bland annat har det undersökts hur kulturers överensstämmande påverkar integrationen⁴⁹. Att sammanslagningar inte lever upp till förväntningarna kan bero på kulturkrockar. Kollisioner vid sammanslagningar kan vara påfrestande för arbetstagare och chefer. Stressen som kulturförändringar innebär resulterar ofta i lägre tillit, hängivenhet, nöjdhet och produktivitet och högre personalomsättning och frånvaro från jobbet.⁵⁰

⁴⁵ Brorström 1995

⁴⁶ Brorström 1995

⁴⁷ Balogun & Johnson, 2004

⁴⁸ Alvesson & Sveningsson 2008

⁴⁹ Weber 1996

⁵⁰ Bligh 2006

Studier har även visat på det motsatta. Det vill säga att kulturella skillnader mellan samgående företag kan vara en källa till värdeskapande och lärande. Ledningen bör enligt detta synsätt ta tillvara på och utnyttja den kulturella mångfald som uppstår vid en sammanslagning.⁵¹

Hofstede et al beskriver kultur utifrån följande sju egenskaper:⁵²

- Kultur är ett kollektivt fenomen och handlar om vad som karakteriserar en grupp av människor.
- Kultur växer fram över tiden och sprids via vanor och traditioner.
- Människor i en grupp tenderar att hålla fast vid vanor, värderingar och idéer vilket medför att kulturer är trögrörliga och svåra att förändra.
- Kulturer är socialt konstruerade och är skapade av de som tillhör de olika grupperna.
- Då kulturen är mjuk, svårfångad och vag är den svår att mäta och klassificera.
- För att beskriva en kultur används ibland begrepp som symboler, myter och ritualer.
- Kultur handlar inte om konkreta och synliga delar utan om föreställningsmässiga fenomen såsom tankesätt, värderingar och uppfattningar.

För att skapa en distinkt organisationskultur är det viktigt att få personalen i organisationen att identifiera sig med kulturen. Organisationens identitet är nära relaterad till dess kultur. Organisationsidentitet beskrivs som gemensamma föreställningar i gruppen i form av tydliga externa gränser. Detta ger upphov till reducerade interna gränser samt ett övergripande riktmärke, vilket kan fungera som vägledning i arbetet. Organisationsidentiteten är språklig, explicit och betonas mer direkt än kulturen som är framväxande och outtalad. Vid fusioner mellan organisationer kan det uppstå problem eftersom personalen håller fast vid sina ursprungliga identiteter eftersom det här ger en känsla av att vara unik varför personal även överdriver identitetsskillnaderna. Det är alltså inte bara kulturskillnaderna som kan ligga till grund för problem och motsättningar vid en sammanslagning. Skillnaderna i identitet kan förstärka vi och dem känslan i en ny organisation. Misstänksamhet och oro i och med en sammanslagning kan leda till att gruppledningar överbetonar och framhäver olikheterna för att värna om sin egen identitet.⁵³

⁵¹ Morosini, Shane & Singh 1998

⁵² Hofstede, Neuijen, Ohayv & Sanders 1990

⁵³ Alvesson & Sveningsson 2007

Identitet

		Outtalad	Fokuserad
Kulturell	Likhet	Oproblematis k integration (1)	Identitetskonflikt (2)
	Olikhet	Kulturkrock eller kulturell inläring/transformation (3)	Identitets- och kulturkollision (4)

Figur 1 Alvesson & Svenningsson 2007

Figur 1 beskriver fyra tänkbara situationer som kan uppkomma vid en sammanslagning av två organisationer. Om det förekommer starka identiteter och kulturella olikheter är risken stor att konflikter blir framträdande under integrationsprocessen (ruta 4). När kulturerna är olika men identiteterna är outtalade, kan det uppstå en kulturell krock med efterföljande förvirring. Situationen kan dock utmynna i ett kulturellt möte som följs av lärande och transformering (ruta 3). Kulturell likhet och fokuserad identitet vid en fusion kan leda till avstånds- och konfliktkänsla, men eftersom organisationerna har liknande kulturer finns det förutsättningar att skapa en ny gemensam identitet (ruta 2). Vid en outtalad identitet och liknade kultur kan en oproblematis integration ske mellan organisationer (ruta 1).⁵⁴

Att förändra organisationskulturer är ytterst svårt och kan i vissa fall till och med ligga utanför ledningens kontrollfär. Viktiga förutsättningar för att lyckas är att organisationerna är öppna och mottagliga för nya idéer, innebörder och värderingar. För att åstadkomma en kulturell förändring finns det två tillvägagångssätt: ett storslaget teknokratiskt projekt eller en småskalig och fortlöpande omformning av vardagen. Det storslagna teknokratiska projektet innebär en förändring där en planerad organisationsförändring följs. Tillvägagångssättet uppmanar en genomgripande övergång från ett kulturellt stadium till ett mer gynnsamt, vilket är svårt och tar lång tid. Förändring av en kultur brukar enligt ett storslaget teknokratiskt tillvägagångssätt ske genom följande åtgärder.⁵⁵

⁵⁴ Alvesson & Svenningsson 2007

⁵⁵ Alvesson & Svenningsson 2008

- Rekrytering och urvalsprocedurer används så att endast de som stödjer förändringen anställs.
- För att stärka nya önskade värderingar införs nya utbildningsprogram.
- Nya belöningsystem för att belöna och uppmuntra till kulturellt korrekta sätt att uppträda införs.
- Befordran av anställda som agerar i linje med den önskade kulturen.
- Användandet av ledarskap som förmedlar de nya kulturella värderingarna genom handlingar och visionära tal.
- Framhävande av organisatoriska symboler och språk.

Att se kulturella förändringar som ett sätt att förändra vardagen innebär att personal fokuserar på lokala initiativ istället för ett stort projekt. Omformningen av vardagslivet drivs ofta av några få nyckelaktörer och små grupper av människor som kan spela en viktig roll i förändringen. Det handlar om gradvis informell kulturell förändring på lokal nivå där nyckelpersonerna fortlöpande påverkar människor genom samspel och diskussioner. Förändringen sprids därefter ut i organisationen. För flertalet chefer är den här typen av kulturförändring ofta mer relevant än ett storslaget teknokratiskt projekt. Småskalig och fortlöpande omformning av vardagen kräver dock kreativitet, kommunikationsförmåga, mod att göra uppoffringar, uthållighet och insikt i sina egna värderingar och idéer.⁵⁶

För att få förtroende för de kommunicerade värderingarna bör, enligt Alvesson och Sveningsson, en kombination av det storslagna och lokala användas. Förändringsinitiativ uppifrån inspirerar och legitimerar lokala initiativ och förändringar. Lokala initiativ kan också plockas upp av högsta ledningen som inspiration till ett större förändringsprogram. Alvesson och Sveningsson menar att det i de flesta fall är svårt för ledningen att genomdriva en kulturförändring utan interaktion och förankring på lokal nivå.⁵⁷

3.4 Personalmotstånd i fusionsprocesser

Resultatet av ett antal sammanslagningar av sjukhus i USA visar att så många som 75 % av sammanslagningarna har varit misslyckade när företagskulturen har blivit förbisedd. Nära hälften av de sammanslagningar som misslyckas gör det på grund av ”personalproblem”.⁵⁸

⁵⁶ Alvesson & Sveningsson 2008

⁵⁷ Ibid

⁵⁸ Garside 1999

Forskare som Cartwright & Cooper hävdar att nyckeln till framgång med sammanslagningar är att integrera organisationskulturerna.⁵⁹ Fugate med flera har undersökt hur individer klarar av att genomgå organisatoriska sammanslagningar. De menar att sammanslagningar inte bara riskerar människors möjlighet till försörjning utan gör även att personalen känner sig ännu mer maktlös då de inte har någon egen förmåga att påverka sin situation.⁶⁰ Personalmotstånd mot förändringar i organisationer uppstår då personalen inte känner att den kan påverka sin situation och kan ta sig uttryck på olika sätt. Att säga upp sig är den mest drastiska metoden att framföra sitt motstånd på.⁶¹ Andra mindre drastiska och vanliga problem är kommunikationssvårigheter, vi och dem mentalitet, lågt engagemang och stress.⁶² De tre vanligaste sätten att dela upp förklaringar till personalmotstånd är att kategorisera de i kultur-, kommunikations- och karriäromotstånd.⁶³

3.4.1 Personalmotstånd ur ett kulturellt perspektiv

Personalmotstånd ur ett kulturellt perspektiv har fått allt större uppmärksamhet. Tidigare har forskare utgått från att ju mer lika kulturerna är i ett samgående desto lättare kommer sammanslagningsprocessen att bli. 1993 skrev Cartwright och Cooper att graden av kulturell samstämmighet mellan de samgående organisationerna med stor sannolikhet är direkt korrelerat med hur lyckat resultatet av sammanslagningen är. Under 1993 kom även Larsson ut med resultatet av sina studier som inte visade på något samband mellan likheter mellan kultur och låg nivå av personalmotstånd. Kleppestö argumenterar för att vad som görs och hur det görs i integrationsfasen är av större betydelse för att bestämma huruvida sammanslagningen kommer att lyckas. Han skriver i sin bok att kulturkrockar är den viktigaste förklaringen till varför resultatet inte når upp till målet.⁶⁴ Kulturell integration beskrivs mestadels som en positiv och gradvis förändring och antas vara en bra företeelse som visar att sammanslagningen har varit lyckad. Själva processen med sammanslagningen är dock inte alltid lätt för personalen att gå igenom och karaktäriseras ofta av stress för personalen.⁶⁵ Kulturinläring sker bäst när ledningen använder sig av social kontroll, vilket innebär att socialisera personalen in i ett visst tänkande och uppträdande. Genom att använda

⁵⁹ Bringselius 2008

⁶⁰ Fugate 2002

⁶¹ Empson 2000

⁶² Buono & Bowditch 2003

⁶³ Bringselius 2008

⁶⁴ Kleppestö 1993

⁶⁵ Larsson 1990

sig av metoden uppmuntrar ledningen till att personalen ska delta i skapandet av den nya kulturen. Kulturskapande kan ske på olika sätt, bland annat genom introduktionsprogram, att ha möten på neutrala platser och att ha gemensamma festligheter. Allt måste ske informellt och icke-auktoritärt eftersom ju mer den ena organisationen försöker tvinga på den andra organisationen sin kultur, desto mer motstånd kommer att uppbringas.⁶⁶

3.4.2 Personalmotstånd ur ett kommunikationsperspektiv

Kommunikationsproblem vid sammanslagningar är vanligt förekommande. För att överbrygga problemet rekommenderar forskare att informationen till personalen ska vara så rak, ärlig och lättförståelig som möjligt. Att involvera personal på alla nivåer i organisationen för integration och insamling av information kan vara ett sätt att få igång kommunikation mellan personal från de tidigare olika företagen.⁶⁷ Marks och Mirvis rekommenderar att kommunikationen från ledningen nedåt i personalstyrkan ska börja redan på ett tidigt stadium av sammanslagningen.⁶⁸ Tyvärr upphör ofta ledningens kommunikation nedåt i organisationen om sammanslagningen när personalen behöver det som mest.⁶⁹ Det handlar i själva verket om att information från ledningen går ut till anställda i form av envägskommunikation. Alltför ofta saknas tvåvägskommunikation där personalen har sin chans att komma med förslag och feedback.⁷⁰ I den traditionella synen på kommunikation i sammanslagningar ses personalen som mottagare av ledningens information och måste acceptera det som sägs.⁷¹

3.4.3 Personalmotstånd ur ett karriärperspektiv

Larsson, Driver, Holmqvist och Sweet hävdar att om ledningen vill få individens perspektiv måste de se på situationen utifrån individens professionella liv och inte se det som att individen är en del av organisationens liv.⁷² Även Schein anser att karriär måste ses ur individens perspektiv. Vidare menar Schein att den dominerande yrkesrollen i organisationen spelar stor roll för kulturen och styrningen. Nyckelpersoner i företaget påverkar de kulturella värderingarna med hjälp av sina erfarenheter och personligheter.⁷³ En betydande andel av

⁶⁶ Larsson & Lubatkin 2001

⁶⁷ Empson 2000

⁶⁸ Marks & Mirvis 1997

⁶⁹ Bringselius 2008

⁷⁰ Marks & Mirvis 1997

⁷¹ Bringselius 2008

⁷² Larsson, Driver, Holmqvist & Sweet 2001

⁷³ Schein 1978

forskningen visar att sammanslagningar ofta har en negativ effekt på personalens karriär vilket är en av anledningarna till att personal säger upp sig i samband med en sådan förändring.⁷⁴ Avskedande och uppsägningar, ökad osäkerhet bland personal och färre möjligheter till befordran samt avbruten karriärplanering är de konsekvenser som kan inträffa vid en sammanslagning.⁷⁵ Om ledningen inte sköter sammanslagningen på ett bra och smidigt sätt finns det risk för att personalen säger upp sig. Personalfrågor är ofta inte prioriterat trots att ledningen känner till risken. Anledningen till det är att chefer själva känner sig hotade och osäkra på sin egen karriär, alltså fokuserar de på sig själva och inte på sin personal. När cheferna väl har fått bekräftat att de har kvar sin position har de svårt att förstå sin personals oro över om de får behålla jobbet och förstår inte varför personalen inte ser de positiva aspekterna med en sammanslagning. Personalens oro är anledningen till att det är viktigt att förklara varför en sammanslagning sker och vilka förväntningar och prioriteringar som kommer att göras. Görs det här vet alla vilken väg deras egen karriär kan gå.⁷⁶ Två av fyra orosmoment för personalen i samband med sammanslagningar är relaterade till deras karriärer, enligt en undersökning som Haspeslagh och Jemison gjorde 1991. De två andra företeelserna som oroade personalen var huruvida det skulle vara samma chef som tidigare och om verksamheten skulle fortsätta som vanligt.⁷⁷ I ett försök att förstå karriärperspektivet är det viktigt att beakta den sociala identiteten. Att lyckas överbrygga skillnader före och efter sammanslagningen i fråga om identitet är starkt förknippat med individens karriär. Identitet och karriär är starkt sammankopplat då det hjälper den anställde att förstå sin egen kontext på arbetsplatsen.⁷⁸

För att minimera motstånd vid en förändring menar Heracleous att förändringsarbete måste genomföras av:

- Ett synligt, aktivt och tydligt ledarskap. Ledarna ska fungera som förebilder och de förändringar som initieras måste ske gradvis. Vidare betonas att ledarna ska vara engagerade och både politiskt och intellektuellt medvetna.

⁷⁴ Larsson 1990

⁷⁵ Bringselius 2008

⁷⁶ Holbeche 1998

⁷⁷ Haspeslagh & Jemison 1991 Läst i Bringselius 2008

⁷⁸ Millward & Kyriakidou 2003

- Deltagande planering. De som innefattas av förändringen bör också delta i genomförandet av den. Medarbetarna bör jobba med mindre förändringsprojekt som rör just dem, i det stora förändringsarbetet.
- Kommunikation är en central del av förändringar. Den ska hjälpa medarbetarna att förstå varför en förändring sker.
- Betydelse av att utveckla kunskap och roller inom organisationen. En central del av förändringsarbetet sägs ha varit de förändringsagenter som driver utvecklingen av arbetet men även tillhandahåller stödfunktioner, konsultutveckling och så vidare.⁷⁹

3.5 Ledarskap vid förändringar

Aiken och Keller menar att det finns fyra grundläggande förutsättningar för att personalen ska acceptera att det sker förändringar och ändra sitt beteende.

1. För att en förändring ska äga rum krävs det en engagerande verksamhetsplan som medarbetarna dessutom borde skapa på egen hand. I en plan måste det finnas både plus och minus för att skapa förändringsvilja.
2. Traditionella förändringsmanagementteorier menar att ledarna måste fungera som en förebild och visa vägen i en förändring. ”Stora ledare” är inte heller ett säkert sätt att få till stånd en förändring. I verkligheten är det ofta inofficiella ledare som driver igenom förändringsarbetet.
3. Inom den traditionella förändringsmanagement litteraturen är det stort fokus på att ledare ska förstärka och underbygga förändring med incitament. Om medarbetarna inte känner att det är rätt för dem, kommer de att motarbeta förändringen.
4. Kompetenshöjande åtgärder bland medarbetarna är viktigt i en förändringsprocess men ofta glöms personalens tankar, känslor och värderingar bort. Chefen måste se till att förändringen byggs in i systemet och följs upp.⁸⁰

Kim och Mauborgne skriver om ”Tipping Point Leadership”, den typ av ledarskap som tar oförlömliga beslut om förändring, som allokera resurser dit de behövs mest, som mobiliserar engagemanget bland de viktigaste medarbetarna och som kan tysta de mest

⁷⁹ Heracleous 2001

⁸⁰ Aiken & Keller 2009

negativa i organisationen. Kim och Mauborgne menar att det finns fyra typer av svårigheter att överkomma, och den första av dessa, det kognitiva hindret, är att få medarbetarna att komma överrens om vilka grunderna till de befintliga problemen faktiskt är. När grunderna till problemen är identifierade måste ledaren ofta inse att han/hon har begränsade resurser. Det som ledaren kan göra är att koncentrera resurserna till den del i organisationen som är i störst behov av förändring och där största möjliga resultat ges. För att övervinna nästa svårighet, att motivera sina anställda, är det av betydelse att anställda inte bara ser att en förändring behöver göras utan också känner sig motiverade att göra det. Sista svårigheten att komma förbi är den politiska. En ledare måste förstå intrigerandet kring genomförandet av en förändring. Inflytelserika personer som inte vill ha en förändring kommer att göra allt de kan för att motarbeta den. Ju närmre förändringen kommer desto mer kommer de negativa personerna att höras, vilket kan skada förändringsprocessen.⁸¹

3.6 Stordriftsfördelar/stordriftsnackdelar

Sjukhus kan bli effektivare genom att bli större, åtminstone upp till en viss storlek, menar Söderström och Lundbäck. Utrustning som används på sjukhus är ofta väldigt dyr och kräver därför ett minimiantal patienter för den ska kunna utnyttjas effektivt. Som exempel tar författarna en magnetrontgenutrustning som får högre beläggning ifall sjukhuset betjänar 500 patienter istället för 100. Detsamma gäller personalen; det är inte effektivt att anställa läkare på ett sjukhus som bara har ett fåtal patienter. Ett större sjukhus kan samla läkare som är specialiserade inom vissa områden till ett och samma ställe. Detta skulle kunna höja effektiviteten och minska genomsnittskostnaden.⁸² Stora sjukhus har ett mindre behov av reservkapacitet då det slumpmässiga patientflödet jämnas ut enligt de stora talens lag. Lynk visar med sina beräkningar att sjukhus med 50-99 sängar kan kräva en överkapacitet på 86 % medan ett sjukhus med 500 sängar endast behöver 29 % överkapacitet.⁸³

Dock menar Söderström och Lundbäck att när ett sjukhus växer blir det svårare för sjukhusledningen att överblicka. Stora sjukhus är svårare att organisera och styra vilket kan vara en av anledningarna till att för stora sjukhus uppvisar avtagande effektivitet. Det är emellertid svårt att säga exakt vad dessa stordriftsnackdelar beror på enligt författarna.⁸⁴

⁸¹ Kim & Mauborgne, 2003

⁸² Söderström & Lundbäck 2002

⁸³ Lynk 1995

⁸⁴ Söderström & Lundbäck 2002

Söderström och Lundbäck menar att tillgänglig forskning visar att stora sjukhus inte är mer effektiva än små och medelstora. Författarna påtalar att de flesta studier visar på att optimal sjukhusstorlek ligger mellan 200 och 400 sängar. En del studier visar på att det skulle vara något högre, mellan 400 och 600. Söderström och Lundbäck påstår att de flesta studier korrigerar för patientsammansättning och vårdtyngd på samma sätt. De menar att nya metoder för att mäta vårdtyngd skulle kunna ge andra resultat. Dagens system ställer kanske stora sjukhus i en ofördelaktig dager, men hittills går det enligt Söderström och Lundbäck bara att konstatera att all tillgänglig forskning visar på att stora sjukhus inte är mer effektiva än små och medelstora.⁸⁵

Enligt Söderström och Lundbäck finns det ett positivt samband mellan behandlingsvolym och resultat. Sambandet är i sig emellertid inget som talar för att stora sjukhus medför högre vårdkvalitet enligt författarna. Vidare diskuterar de: *”Avancerad transplantationskirurgi bör kanske inte utföras på mer än två sjukhus i Sverige. Hjärtbyten kanske inte bör utföras på fler än ett sjukhus. Svaret kan vara specialisering. Forskningen visar att något allmänt samband mellan storlek och kvalitet inte existerar. Det innebär att det inte generellt går att säga att större är bättre. En verksamhets optimala skala måste avgöras från fall till fall och beror på vilken typ av ingrepp det rör sig om.”*⁸⁶

3.7 Klinisk forskning

Under 2009 kom det ut en rapport som belyser problemen med den kliniska forskningen i Sverige samt hur dessa problem ska åtgärdas. Utredningens definition av klinisk forskning är: *”Klinisk forskning utgår från den forskning som förutsätter vårdens strukturer och resurser och som har mål att lösa ett hälsoproblem eller att identifiera faktorer som leder till ökad ohälsa.”* Enligt utredningen har svensk klinisk forskning förlorat i kvalitet i jämförelse med andra länder de senaste 10-15 åren. Problemen bottnar inte i ointresse från personer inom sjukvård och universitet utan snarare i situationens komplexitet. Den kliniska forskningen behöver ta ett stort kliv framåt och genomföra en genomgripande systemförändring för att utvecklas. Det finns ett starkt samband mellan bra sjukvård och klinisk forskning, vilket fordrar att åtgärder genomförs för att svenska patienter ska garanteras god vård.

⁸⁵ Söderström & Lundbäck 2002

⁸⁶ Söderström & Lundbäck 2002

Hälsorelaterad forskning är dessutom samhällsekonomiskt effektivt. Utredningen lägger fram en åtgärdsmodell på fyra punkter för att stärka den kliniska forskningen i Sverige.

- Rekryteringsåtgärder. Stora pensionsavgångar de kommande 10 åren kommer att kräva att det skapas fler tjänster där forskning och kliniskt arbete kan kombineras. Den enskilt viktigaste åtgärden för att stärka den kliniska forskningen är att göra det mer attraktivt för yngre begåvningar att göra en forskningskarriär. Utredningen framför att forskningserfarenhet måste bli en viktigare egenskap när chefer rekryteras till sjukhuset.
- Nya universitet med forskningsfokus. Problemet idag är att universitetssjukhusen inte har något tydligt forskningsuppdrag som genomsyrar verksamheten, vilket medför att forskningen får ta ett steg tillbaka för sjukvårdens kortsiktiga effektivitetskrav. För att komma tillrätta med problemet föreslår utredningen att det ska bildas universitetsmedicinska centrum, UMC. UMC har för avsikt att effektivisera samverkan mellan forskning, utbildning och sjukvård. Idag bedrivs universitetssjukhus av två organisationer: landsting och medicinska fakulteter. De två parterna har skilda strategier och planeringshorisonter. UMC bör ha en ledning med gemensamt ansvar för sjukvård, forskning och utbildning. Utredningen föreslår ett gemensamt aktiebolag mellan stat och landsting för att driva UMC, men bolagisering är ingen absolut förutsättning eftersom det viktigaste är en gemensam ledning.
- Nyttiggörande av forskningsresultaten. Implementeringen av forskningsresultaten fungerar inte i dagens sjukvård vilket resulterar i att nya behandlingar och metoder inte når ut till patienter. I sin tur försvårar detta kvalitetsförbättringar. Det behövs ett nytt system för implementering av innovationer.
- Satsningar på infrastruktur. För att bedriva klinisk forskning krävs tillgång till bland annat högteknologisk utrustning, IT-stöd och kvalitetsregister. Detta kommer även underlättas av ett UMC.⁸⁷

⁸⁷ Stendahl 2009

4. De tre största sjukhusfusionerna i Sverige

En genomgång av fusionerna i Stockholm och Göteborg presenteras. I kapitlet beskrivs även hur fusionsprocessen har sett ut hittills i Skåne. Erfarenheterna från Stockholm och Göteborg kommer att användas som en praktisk referensram i analys och slutsats.

4.1 Sammanslagningen i Göteborg

4.1.1 Vad hände i Göteborg fram till och med sammanslagningen?

Bakgrunden till sammanslagningen 1997 samt de tre andra förändringarna beskrivs i en rapport som Sahlgrenska Universitetssjukhusets ledning upprättade och i en forskningsrapport gjord av Björn Brorström.

1994 inleddes Sisis, Samverkan i sjukvården i Storgöteborg, som en utredning för att på allvar utreda möjligheterna för en sammanslagning mellan de tre sjukhusen. Syftet var att göra en mer effektiv sjukvård i Göteborgsområdet. Slutsatserna av Sisis ledde 1995 fram till ett politiskt ställningstagande om ett samgående mellan Bohusläns landsting och Göteborgs stad.⁸⁸

1996 etablerades ett gemensamt kommunalförbund och den nya organisationen bildades. Mölndals sjukhus, Sahlgrenska sjukhuset och Östra sjukhuset slogs ihop för att bilda Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Syftet som uppgavs med sammanslagningen var att ledningen ville ta vara på de samlade resurserna för akutsjukvård i Storgöteborg och försäkra invånarna en god vård, både i nuläget och i framtiden. Även forskning, utveckling och utbildning skulle med en sammanslagning få bättre förutsättningar. Motståndet var omfattande och under inledningsfasen ställdes krav på att bryta upp sammanslagningen och låta enheter återigen bli självständiga. Det ansågs att de ekonomiska fördelarna med sammanslagningen hade överskattats och det hade gjorts en underskattning av chefer och medarbetares betydelse av att vara aktiva inom självständiga organisatoriska enheter. Denna tid karaktäriserades av oroligheter i organisationen, krav på besparingar samt att sammanslagningen inte fungerade som planerat. Flera sjukhusdirektörer kom och gick under

⁸⁸ Brorström 2004

de första åren vilket gjorde att det inte fanns några tydliga riktlinjer för organisationen att arbeta efter.⁸⁹

4.1.2 Vad har hänt i Göteborg efter sammanslagningen?

Sedan sammanslagningen till Sahlgrenska Universitetssjukhuset 1997 har ytterligare tre omorganisationer av varierande omfattning genomförts. Omorganisationerna 1997 och 2005 följdes båda av en turbulent tid då det innebar en geografisk omflyttning av verksamheter. De förändringar som genomfördes 2001 och 2008 var av mer justerande karaktär och påverkade framför allt linjechefer och staber.⁹⁰

En utvärdering av organisationen gjordes under våren 2000. Utvärderingen medförde att en omorganisation gjordes 2001, där divisionsindelning frångicks och istället infördes en indelning efter område.⁹¹

Orsaken till strukturförändringen 2005 var att det ansågs nödvändigt att få en koncentration av akutsjukvården och ökad kapacitet för elektiv vård. Genom att koncentrera vården till färre utbudspunkter inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset bedömdes det att forskning och utveckling skulle kunna stimuleras bättre inom de berörda specialiteterna. Denna förändring beskrivs som en omvälvande tid och personal valde att säga upp sig.⁹²

Den senaste av alla omorganisationer inträdde 2008 och innebar att områdesindelningen förändrades och att en reducering av antal områden genomfördes. Det viktiga i den senaste omorganiseringen var att underlätta medicinska samband, att försöka bevara viktiga vårdkedjor inom samma område samt att lyfta fram den kliniska forskningen och utvecklingen.⁹³

Björn Brorström, professor och prorektor vid Högskolan i Borås, fick i uppdrag av sjukhusledningen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset att utvärdera omorganisationen 2001 vilket resulterade i boken *Den stora vändningen? Ett universitetssjukhus i förändring*.

⁸⁹ Brorström 2004

⁹⁰ Archenholtz 2009

⁹¹ Ibid

⁹² Ibid

⁹³ Ibid

Den första tiden efter sammanslagningen blev turbulent. Samtidigt som en ny organisation skulle införas utsattes sjukhuset för besparingskrav. Det spreds en känsla av kaos bland medarbetarna eftersom saker inte fungerade som planerat.⁹⁴

Det fanns en negativ inställning till sammanslagningen. Det framgår tydligt av de intervjuer som genomfördes med överläkare och specialistläkare. De intervjuade upplevde att det handlade om att flytta klossar och det togs ingen hänsyn till att dessa var delar i en fungerande helhet. Flera av de intervjuade tyckte att de negativa effekterna som de upplevde berodde på det nya sjukhusets storlek. Sjukhusen och verksamheterna beskrev svårigheter att följa upp verksamheten på lokal nivå. Många av de intervjuade beskrev en stark styrning uppifrån vilket det framfördes kritik mot. De beskrev även att det inte fanns tydliga spelregler och riktlinjer. Bristen på tydliga ramar uppfattades bero dels på att styrningen var ogenomtänkt och ofärdig men även på att det kanske helt enkelt inte nådde ut i organisationen via cheferna. Överläkarna uppfattade att deras kommunikation uppåt i organisationen inte nådde fram. Toppstyrningen ansågs leda till att de anställda inte tog egna initiativ utan avvaktade direktiv uppifrån eftersom egna initiativ ändå fick ändras efter order uppifrån. De intervjuade uttryckte missnöje eftersom de upplevde sig ha blivit åsidosatta utan att kunna påverka.⁹⁵

Efter omorganisationen 2001 beskriver Brorström att organisationen gått mot en ökad stabilitet, vilket till viss del kan förklaras av själva omorganisationen, eftersom det innebar att sjukhusen återfick sin självständighet. Omorganisationen uppfattades som en rörelse tillbaka till hur det var tidigare. Brorström menar att omorganisationen i första hand haft en symbolisk betydelse för att återskapa förtroendet för sjukhuset och dess ledning. Det var viktigt för tillhörighet, självkänsla och identitet att få tillhöra Mölndals sjukhus, Sahlgrenska sjukhuset eller Östra sjukhuset. Samtidigt som omorganisationen ägde rum förändrades en rad externa och interna förhållanden som enligt Brorström kan förklara varför organisationen bara på några år gick från risk för sammanbrott till förnöjsamhet.⁹⁶

När majoritetsförhållandena i regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen skiftade hösten 2000, genom en koalition mellan socialdemokraterna, folkpartiet och centern, var en av de första åtgärderna att besluta om en skattehöjning för 2001. Regionen hade redovisat stora underskott 1999 och 2000 och regionen var på väg att falla in i en svår finansiell situation och

⁹⁴ Brorström 2004

⁹⁵ Ibid

⁹⁶ Ibid

därför bedömdes intäktsförstärkningen som nödvändig. Skattehöjningen innebar att Sahlgrenska Universitetssjukhuset inte utsattes för stora besparingskrav och den gjorde även att regionledningen visade att sanering av ekonomin samt vikten av att inte befinna sig i en för svag finansiell situation var av stor betydelse. De ökade intäkterna medförde att det skapades en känsla av trygghet i organisationen.⁹⁷

Det uppstod en stabilisering i sjukhusets ledning vilket var en stor anledning till att de intervjuades inställning förbättrades. När den fjärde sjukhusdirektören sedan sammanslagningen tillträdde skapades inte bara kontinuitet i befattningen som sjukhusdirektör utan även för hela ledningsgruppen. Sjukhusdirektörens ledarskap karakteriserades av att det fanns tydlighet i de budskap som spreds vilket uppskattades. Det skickades ut signaler om att strukturen skulle vara kvar vilket innebar att det inte fanns ett övergripande hot mot att något allvarligt skulle inträffa.⁹⁸

Ledningsrapportens syfte var att belysa hur verksamheterna har påverkats av förändringar i struktur och arbetsfördelning 1997-2008. Samtliga 63 verksamhetschefer fick uppgiften att skriftligt beskriva förändringar inom deras verksamhet från 1997 och framåt samt om dessa förändringar inneburit förbättringar eller ej.

Förbättringar	Antal (%) verksamheter
Utveckling av specialiteten	33 (65)
Kvalitetsförbättringar i patientomhändertagandet (inklusive nya behandlingsmetoder)	32 (64)
Bättre medicinska samband	24 (47)
Strukturering av vårdnivåer	23 (46)
Större kritisk massa	20 (40)
Ökad forskningsaktivitet	17 (35)
Tydlig roll i regionens sjukvårdssystem	14 (28)
Effektivisering	14 (28)

Tabell 1 Kategoriserade förbättringar inom SU:s verksamheter⁹⁹

⁹⁷ Brorström 2004

⁹⁸ Ibid

⁹⁹ Svarsfrekvens: 51 av 63 verksamheter

Utvecklingen av både nya och befintliga behandlingsmetoder har enligt verksamheterna inträffat. Förbättring av gemensamma system och riktlinjer har påverkat patientomhändertagandet positivt. Det beskrivs som en fördel att tillhöra samma område som de verksamheter som har samma specialitet men med egna verksamhetschefer. Fördelen består i att de får större tyngd i gemensamma frågor, blir mer synliga som specialitet samt att det uppstår samordningsvinster. Det är enligt många verksamheter viktigt med en större kritisk massa både ur ett personal- och patientperspektiv. Slås verksamheter samman till en blir det bättre flexibilitet i bemanningen. Som arbetsgivare blir det lättare att erbjuda medarbetarna andra arbetsuppgifter. En större volym av patienter beskrivs kunna gynna kompetensutvecklingen, behandlingsresultatet och patientomhändertagandet för vissa specificerade områden. Verksamhetschefer beskriver att det skapats en ökad forskningsaktivitet och samarbetet med Sahlgrenska akademien har också ökat. Den ökade forskningsaktiviteten beskrivs oftast av verksamheter som tidigare hade låg eller ingen forskningsaktivitet alls. Några verksamheter menar att de fått en bättre integration mellan vårdverksamheten och den kliniska forskningen. Sahlgrenska akademien menar att den ökade basen för forskning och utbildning är ett resultat av att Sahlgrenska Universitetssjukhuset bildades. Rapporten visar även på kostnadseffektivisering inom personal-, ekonomi- och informationsfunktionerna efter att dessa har centraliserats.¹⁰⁰

Försämringar	Antal (%) verksamheter
Svårighet att upprätthålla kompetensen inom specialiteten	9 (18)
De medicinska sambanden har försämrats	7 (14)
Inkomplett verksamhet	6 (11)

Tabell 2 Kategoriserade försämringar i Sahlgrenska Universitetssjukhusets verksamheter

Vissa verksamheter har upplevt en svårighet att upprätthålla kompetensen inom specialiteten då många subspecialiteter förlagts till före detta Sahlgrenska sjukhuset. Verksamheter uttrycker det som svårt att vara attraktiva för personal om de endast har ett litet antal specialiteter. Den geografiska koncentrationen av en del verksamheter beskrivs av andra verksamheter ha påverkat de medicinska sambanden negativt. Innan beskrevs det som lätt att samarbeta med andra verksamheter på grund av den geografiska närheten men nu har detta fått ersättas med ökad konsultverksamhet. Rapporten visar också att när verksamheter har

¹⁰⁰ Archenholtz 2009

flyttats upplever sig vissa vårdspecialiteter för ”smala” för ett optimalt patientomhändertagande.¹⁰¹

4.2 Sammanslagningen i Stockholm

4.2.1 Fram till att beslutet togs

I sin utredning om vad som hände fram till sammanslagningen i Stockholm tar Choi och Brommels upp följande viktiga händelser:

- 1995 tillsattes en ny VD för Karolinska Institutet. Choi och Brommels beskriver VD:n som en visionär och entreprenör som startade idén om en sammanslagning. VD:n var bekymrad över konkurrensen mellan Huddinge Universitetssjukhus och Karolinska sjukhuset och dess påverkan på Karolinska Institutets forskning. Forskningsanslagen uppgavs vara en viktig faktor till en sammanslagning av de två sjukhusen.
- 2001 startades Stockholm Open, ett fristående akademiskt forum, där forskningscheferna från båda sjukhusen började hålla gemensamma forskarmöten. Detta var det första steget till vidare samarbete. Orsaken till Stockholm Open var att risken för överlappande forskning skulle minimeras samtidigt som en kritisk massa av begränsade forskningsresurser ville uppnås.
- 2002 vann vänsterblocket och aldrig förr hade underskottet i Stockholms Läns Landsting varit större. Möten med Karolinska Institutets chef hölls för att lösa den ekonomiska krisen. Sammanslagningen som tidigare setts som omöjlig betraktades plötsligt som en lösning på flera olika problem. För Karolinska Institutet betydde sammanslagningen ett första steg mot gemensam forskning och för politikerna ansågs sammanslagningen ge möjligheter att komma tillrätta med den ekonomiska krisen.
- I oktober 2003 presenterades ett budgetförslag för offentligheten. Det var även första gången den politiska oppositionen hörde talas om sammanslagningen. Allt genomfördes under stor tidspress och den snabba takten ledde till att det inte fanns någon möjlighet till att göra några detaljerade uppskattningar till vad

¹⁰¹Archenholtz 2009

sammanslagningen skulle resultera i. Förslaget till sammanslagningen baserades på rimliga gissningar. Budgeten gjordes bakom stängda dörrar och professionella medarbetare på Karolinska och Huddinge var inte involverade på grund av deras historiska rivalitet. Den 9 december röstades budgetförslaget igenom med 1 rösts marginal.

- Den 1 januari 2004 slogs Karolinska sjukhuset och Huddinge Universitetssjukhus ihop och bildade Karolinska Universitetssjukhuset.¹⁰²

4.2.2 Efter att beslutet om sammanslagning tagits

Det fanns en beviljad omställningskostnad på 707 miljoner kronor för sammanslagningen. Kostnaderna bestod av personalövertalighet, fastighetskostnader, IT-kostnader och kommunikationskostnader. Utfallet av omställningskostnaderna uppgick till 540 miljoner kronor, vilket medförde att besparingskravet på 600 miljoner kronor kunde hämtas hem först under andra verksamhetsåret. Ett integrationskontor upprättades tillsammans med en konsultbyrå för att katalysera integrationsarbetet. Deras uppgift var att ansvara för kontinuerlig integration och överblick av processen, bland annat genom att stötta sjukhusdirektören, staber, divisioner och verksamheter med integrationsarbetet.¹⁰³

McKinsey fick under 2007 i uppdrag att göra en genomlysning av tre delområden inom Karolinska Universitetssjukhuset: effektivitet, organisation/styrning och Forskning och Utveckling och Utbildning, FoUU. Eftersom Karolinska Universitetssjukhuset nyligen gjort sammanslagningen kom många av perspektiven som togs upp i rapporten även att behandla sammanslagningen.

Enligt McKinsey har Karolinska Universitetssjukhuset sedan sammanslagningen lyckats dra ner på mängden administrativ personal; 2007 bestod denna kategori av 10 % av den totala arbetsstyrkan, vilket är lågt i jämförelse med andra svenska sjukhus (13 %). Det har skett en samlokalisering och centralisering av verksamheter vilket har lett till en halvering av antalet kliniker. Ett gemensamt journalsystem har på kort tid implementerats, en lyckad förändring som endast inneburit relativt små störningar i verksamheten. Karolinska Universitetssjukhuset

¹⁰² Choi & Brommels 2009

¹⁰³ Arthur D. Littles 2009

har arbetat fram en gemensam strategi/visionsdokument, kallat ”Karolinska 2011”. Sjukhuset har integrerade informationskanaler och lyckats samordna byggandet av varumärket.¹⁰⁴

Att göra en sammanslagning mellan två sjukhus är väldigt komplext och svårt men trots detta har Karolinska Universitetssjukhuset, enligt McKinsey, lyckats bedriva verksamheten relativt friktionsfritt åren efter sammanslagningen. Karolinska Universitetssjukhuset har till viss del lyckats kontrollera sin kostnadsbas genom allmänna sparbetning och på så sätt lyckats behålla en kostnadseffektivitet som står sig gentemot andra universitetssjukhus. Men av de intervjuer McKinsey gjort framkommer samtidigt att efter sammanslagningen följde en turbulent tid där det inte fanns tillräckligt med beslutskraft för att fortsätta arbetet med samlokalisering och koncentration av verksamheten. Detta talar enligt McKinsey för att det finns stor potential i de strukturella synergier som återstår att genomföra. McKinsey gör bedömningen att Karolinska Universitetssjukhuset bör göra en accelererad profilering med samtidig standardisering av processer mellan Solna och Huddinge¹⁰⁵. Lyckas sjukhuset med det kan det, enligt McKinsey, innebära kostnads- eller produktivitetsförbättringar på 1-1,5 miljarder kronor årligen från och med 2011.¹⁰⁶ Dock uppkommer det en initial kostnad under första året av förändringsprogrammet som är uppskattad till 300-500 miljoner kronor.¹⁰⁷

Karolinska Universitetssjukhuset lyckades till en början reducera administrativa kostnader och hade några lyckade fall av profilering och samlokalisering men sedan har förändringsarbetet stagnerat.¹⁰⁸ McKinsey lyfter i rapporten fram förbättringsmöjligheter med verksamheter:

- Karolinska Universitetssjukhuset har inom många områden låg produktivitet jämfört med vad som skulle kunna förväntas sett till realistiska antaganden. Samtidigt har Karolinska ingen kontroll och uppföljning av grundläggande produktivetsmått vilket innebär att detta förhållande varken utmanas eller åtgärdas.¹⁰⁹
- McKinsey upptäckte att det är vanligt med stora och svårförklarade skillnader i prestation, dels mellan enskilda individer men även mellan olika avdelningar på Karolinska Universitetssjukhuset. Skillnaderna låg i att avdelningar ofta jobbade på

¹⁰⁴ McKinsey 2007

¹⁰⁵ Ibid

¹⁰⁶ Ibid

¹⁰⁷ Ibid

¹⁰⁸ Ibid

¹⁰⁹ Ibid

fundamentalt olika sätt. Avdelningarna förde ingen dialog med varandra för att utnyttja varandras kunskaper.¹¹⁰

- För kritiska resurser såsom operationssalar, vårdplatser och dyr utrustning är inte kapacitetsutnyttjandet maximerat.¹¹¹ McKinsey ser ett tydligt samband mellan ökat antal vårdplatser och minskad utnyttjandegrad. Detta kan bero på att större sjukhus har en mer komplex logistik, vårdplatserna är inte optimalt fördelade mellan olika avdelningar och flexibiliteten är lägre på större sjukhus.¹¹²
- Chefer på Karolinska Universitetssjukhuset upplever att organisationen har stora problem. Det finns en känsla av att organisationen inte uppnår sin fulla potential. Störst förbättringsmöjligheter såg cheferna inom arbetsmiljö och värderingar, koordination och kontroll samt omvärldsorientering.¹¹³

Observationerna visar på att det finns stora möjligheter att förbättra verksamheten. McKinsey inriktade sig på att försöka förstå de bakomliggande orsakerna till ovanstående problem. De viktigaste är:

Styrning och uppföljning är bristfällig. Sjukhusets målbild är välformulerad men den är inte tillräckligt konkretiserad för att utgöra en strategi – endast hälften av sjukhusets chefer säger sig förstå vad visionen är. McKinsey anser att det är anmärkningsvärt att Karolinska Universitetssjukhuset knappt använder sig av produktivitetmått för att styra verksamheten. Budgetunderlaget kommer oftast väldigt sent vilket skapar friktion ute i verksamheten. Förseningen sägs vara en anledning till att det varit svårt att få balans i ekonomin, de olika verksamheterna har inte fått reda på vilka ramar som gäller. Bara 8 % av cheferna på Karolinska Universitetssjukhuset anser att de finansiella måtten ger en bra indikation på verklig prestation och verksamhetschefer talar om ”siffror som lever sitt eget liv”. McKinsey anser att Karolinska Universitetssjukhusets styrmodell inte ger chefer incitament att hålla sig inom budget. Den klinik som presterar väl får ingen ”belöning” och för den som underpresterar finns inga konsekvenser.

Organisationsstrukturen underlättar inte snabba beslut nära verksamheten. När sammanslagningen genomfördes centraliserade Karolinska Universitetssjukhuset

¹¹⁰ McKinsey 2007

¹¹¹ Ibid

¹¹² Ibid

¹¹³ Ibid

organisationen för att kunna arbeta effektivt i den turbulens som uppstår vid en fusion. Detta medförde att organisationen blev toppstyrd och så har det fortsatt att se ut. Human Resources och ekonomiavdelningen arbetar i stor utsträckning med centrala frågor, 58 % respektive 56 % av deras tid går till denna typ av arbete. Sammanslagningen innebar att det skapades flera väldigt stora verksamhetsområden och dess chefer fick allt fler uppgifter vilket skapade en tröghet i organisationen. Trögheten förstärks av att vissa aktiviteter ligger på divisionsnivå istället för på verksamhetsnivå.¹¹⁴

Kulturen är inte konstruktiv. På Karolinska Universitetssjukhuset finns ett revirtänkande och sammanslagningen har snarare förstärkt de kulturella skillnader som fanns mellan sjukhusen. För att övervinna kulturskillnaderna har Karolinska Universitetssjukhuset gått igenom ett antal kulturprogram men dessa har enligt McKinsey bara varit punktinsatser och därför inte fått önskvärt genomslag. Det råder en ”offerkultur” där personalen vid negativa utfall skyller på någon annan. Den relativt centralstyrda organisationen har gjort det möjligt att skylla på ”beslut från ovan” och en försenad budget har också använts som ursäkt. McKinsey anser att det råder resignation inför utmaningar vilket det finns många historiska förklaringar till. Personalen på Karolinska Universitetssjukhuset har lågt förtroende för sjukhusledningen vilket lett till bristande lojalitet gentemot denna. McKinsey påtalar att kritik mot en ledning inte är ovanlig när en organisation genomgår förändringar och utsätts för besparingar, men de menar att denna kritik har stärkts då många chefer inte syns eller är tillräckligt tillgängliga och att de inte tar tag i svåra frågor, främst personalrelaterade. McKinsey menar att det måste få ta tid att samordna två olika organisationer med olika kulturer. McKinseys erfarenhet visar på att vissa förändringar ska genomföras under en kort och intensiv period direkt efter en fusion för bästa utfall. Som exempel nämns samlokalisering, avsättning och tillsättning av chefer samt skapandet av nya organisationsstrukturer. I lugnet efter stora förändringar finns det en bra grund för att skapa en ny kultur tillsammans.¹¹⁵

Det finns för få bra ledare. McKinsey lyfter fram bristen på ledarskap som ett av Karolinska Universitetssjukhusets största problem. McKinsey belyser flera orsaker till bristen på goda ledare. Få verkar vara intresserade av att försöka göra en karriär som chef då detta upptar tid

¹¹⁴ McKinsey 2007

¹¹⁵ Ibid

från klinisk verksamhet och forskning. Chefer upplever svårigheter att påverka den egna verksamheten och kritiska beslut fattas traditionellt av sjukhusledningen. För att motivera ett aktivt ledarskap och chefer som tar tuffa beslut krävs att dessa får stöd och erkännande, vilket inte alltid har varit fallet på Karolinska Universitetssjukhuset. Bristen på stöd och erkännande har gjort att Karolinska Universitetssjukhuset har fått söka till varje chefstjänst. McKinsey gör bedömningen att chefer behöver mer utbildning, främst inom ekonomi och till stor del gäller det chefer på verksamhetsnivå.¹¹⁶

Samverkan mellan vård och FoUU. McKinsey beskriver att det finns frustration eftersom det är svårt att avgöra var gränsen mellan vård och FoUU går. Även om samarbetet mellan Karolinska Universitetssjukhuset och Karolinska Institutet överlag beskrivs fungera bra finns det förbättringar att göra enligt McKinsey. Sjukhusets divisionsstruktur har ingen naturlig koppling mot institutionerna vid institutet. Organisationsstrukturen underlättar inte ett bra samarbete mellan Karolinska Universitetssjukhuset och Karolinska Institutet. På hög nivå finns ingen integrerad ledningsstruktur och dessutom rapporterar Karolinska Universitetssjukhuset till Stockholms Läns Landsting och Karolinska Institutet till staten. McKinsey beskriver att Karolinska Universitetssjukhuset och Karolinska Institutet går mot olika strategiska inriktningar vilket försvårar samverkan mellan vård, forskning och utbildning. Karolinska Universitetssjukhuset inriktar sig allt mer på högspecialiserad vård medan Karolinska Institutet har valt att fokusera på forskningen kring folksjukdomar.¹¹⁷

4.3 Sammanslagningen i Skåne

2004 togs ett beslut, inom ramen för Skånsk Livskraft, om en profilering av universitetssjukhusen och en koncentration av delar av vården. Regiondirektör Sören Olofsson gav i uppdrag till sjukhuscheferna Ann-Sofi Bennheden, UMAS, och Bent Christensen, USiL, att lämna förslag till hur en samordning och profilering skulle kunna se ut. Proluma, profilering Lund-Malmö, var ett av 13 delprojekt som pågick inom Region Skåne. Profileringen innebar att verksamheter skulle sammanföras och tillhöra ett av sjukhusen samt att all slutenvård och jourverksamhet skulle ligga under det sjukhuset. Det var tydligt uttalat att det inte skulle bli någon sammanslagning av de båda sjukhusen.¹¹⁸

¹¹⁶ McKinsey 2007

¹¹⁷ McKinsey 2007

¹¹⁸ <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=213169>

Under första Prolumaomgången fanns det fyra faser som bestod av förberedelsefas, analysfas, lösningsfas och implementeringsfas. I förberedelsefasen ingick att genomföra planerad kommunikation, tillsätta arbetsgrupper, definiera och förankra tidsplaner och att samla in produktions- och resursdata från verksamheterna. Under analysfasen genomfördes analyser för att förstå nuvarande situation angående patienter, processer, information, organisation och personal. Det påbörjades även ett arbete med att ta fram kompatibla journalsystem. Lösningsfasen gick ut på att beskriva de framtida verksamheterna i form av innehåll, organisation, lokaler och personal. Utvärdering av alla förslag till verksamheter samt själva genomförandet inträffade också under den här fasen. Som ett sista skede i analysfasen togs en implementeringsplan fram som även inkluderade investeringar och förhandlingar startade. Den sista fasen innebar att implementeringen av verksamheterna i Proluma påbörjades. Själva genomförandet av Proluma skulle ske i omgångar och de aktuella verksamheterna skulle slås ihop under ledningen från ett av de två sjukhusen. Vissa verksamheter skulle fortsätta att bedrivas på två sjukhus om det kunde bevisas att det fanns behov. 14 verksamhetsområden och delar av verksamhetsområden var specificerade att ingå i den första omgången. Berörda kliniker var: högspecialiserade endokrina sjukdomar (medicinsk och kirurgisk), gastrointestinalkirurgi (övre och nedre), handkirurgi, hematologi, käkkirurgi, lungmedicin, reumatologi, ryggkirurgi, urologi, ögon och öron, näsa och hals. Ett av målen med projektet var att förbättra vårdkvaliteten och servicen för patienterna genom verksamhetsutveckling.¹¹⁹ Ytterligare ett syfte med Proluma var att stärka universitetssjukvården i Skåne och utnyttja samlade resurser för sjukvård, forskning och utbildning för att klara av en framtid som innefattar: kompetensförlust till följd av stora pensionsavgångar, att följa med i den snabba tekniska och medicinska utvecklingen, hårdare konkurrens om forskningsmedel och en ytterligare centralisering av rikssjukvården och högspecialiserad hälso- och sjukvård.¹²⁰

Den 20 januari 2009 gick Proluma in i lösningsfasen för den första omgången kliniker. Lösningsfasen innebar att det var respektive sjukhuschef som fattade beslut. Slutrapporterna från delprojektledarna och divisionscheferna i samordningsgruppen lämnades in den 16 mars och den 30 mars presenterades styrgruppens förslag till ett beslut. Implementeringsfasen av

¹¹⁹http://www.skane.se/upload/Webbplatser/Proluma/Dok%20Uppdrag/Huvuduppdrag_rev080307_Profilering_Usjukhus_Skane.pdf

¹²⁰ <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=213169>

Proluma startade den 1 april 2009 då ledningsansvaret togs över av det mottagande sjukhusets verksamhetschefer.¹²¹ Den 28 september 2009 skrev sjukhuscheferna i Malmö och Lund ett dokument där de beskriver vilka verksamheter som kan bli aktuella för att vara med i Proluma omgång 2. De delprojekt som föreslogs var hud, medicinsk gastroenterologi, njurmedicin och njurtransplantation, barnsjukvård, neuropsykiatri/kognitiv medicin, medicinsk teknik och administrativa funktioner som exempelvis ekonomi, personal, kommunikation och IT.¹²² Vid årsskiftet upphörde Proluma som eget projekt. Den fortsatta samordningen av verksamheterna kommer att ske inom ramen för SUS.¹²³

Förslaget om sammanslagningen av USiL och UMAS offentliggjordes den 28 oktober 2009. På kort tid arbetades ett förslag till en ny organisation fram där Bent Christensen presenterades som den tilltänkte sjukhuschefen för det nya universitetssjukhuset. Arbetet med att utarbeta ett nytt förslag löpte parallellt med det dagliga arbetet på respektive sjukhus. Den 16 november informerade ledningen om SUS för samtliga chefer på USiL och UMAS. Det slutgiltiga beslutet om sammanslagningen fattades den 24 november i Regionfullmäktige. I fullmäktige beslutades att SUS skulle införas den 1 januari 2010. Nytt organisationsschema med divisionsindelning och ledningsstrukturen offentliggjordes den 27 november 2009.

Anledningarna till sammanslagningen uppges vara att öka konkurrenskraften ur ett svenskt och internationellt perspektiv, öka utrymmet för klinisk forskning samt öka attraktiviteten som arbetsplats. I och med sammanslagningen ska också Universitetsmedicinskt Centrum Skåne (UMCS) bildas, där ledningen på Lunds Universitets Medicinska fakultet ska integreras med sjukhusledningen. UMCS bildas för att stimulera den kliniska forskningen i Skåne vilket innebär att en forskningsplattform av betydelse tas fram. Forskningsplattformen ska underlätta för Skåne att bli mer konkurrenskraftigt inom sjukvård och forskning i norra Europa.¹²⁴

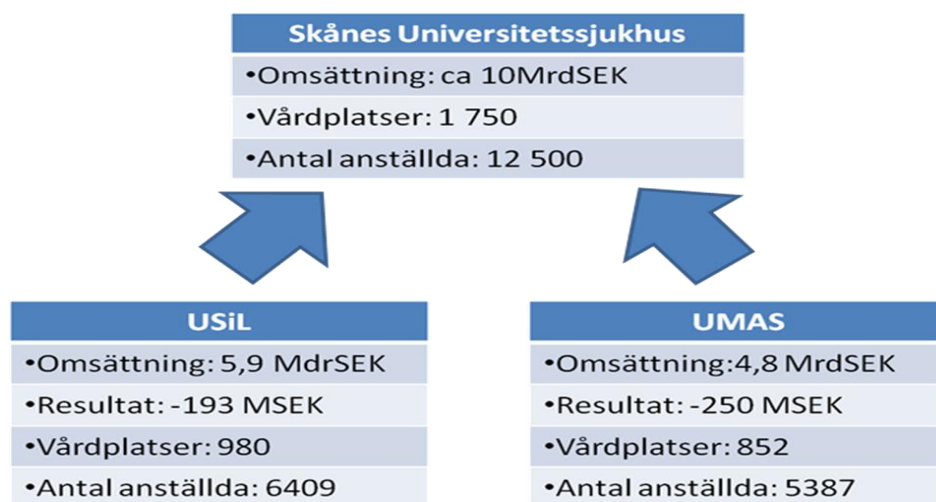
¹²¹ <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=246345>

¹²² <http://www.skane.se/Public/Proluma/Proluma2/Beslutsfrslag/2009-09-28%20PROLUMA%20omg%C3%A5ng%20-%20f%C3%B6rslag%20till%20delprojekt%20-%20slutversion.pdf>

¹²³ http://www.med.lu.se/medarbetare_och_kolleger/nyhetsarkiv/091221_SUS__1

¹²⁴ På väg – ett nyhetsbrev från SUS

Alla berörda ska involveras i processen kring sammanslagningen. Det första som ägde rum var att den överordnade ledningsstrukturen på sjukhus- och divisionsnivå etablerades. Därefter ska gemensamma staber och administrativa enheter upprättas så att sjukhusen under hela processen kan ge högkvalitativ vård och service samt styra ekonomin. Allt detta skulle, tillsammans med den nya gemensamma samverkansorganisationen, vara färdigt den 1 januari 2010. Det betonas att det är två jämställda sjukhus som tillsammans bildar ett nytt sjukhus och att det är två befintliga förvaltningar som läggs ner och att en helt ny ska byggas upp. Det blir en gemensam sjukhusledning, gemensamma staber och administrativa enheter. Sjukhusets divisioner kommer att få ett ansvar som är övergripande. Efter 1 januari startar förändringsprocessen på verksamhets- och klinikinivå. De förändringar som redan genomförts med Proluma kommer att vara kvar till största möjliga mån. Det går inte att utesluta särskilda anpassningar som en direkt följd av ett gemensamt sjukhus.¹²⁵



Figur 2 Illustrering av bildandet av SUS¹²⁶

¹²⁵ Intervju med Bent Christensen 10 december 2009

¹²⁶ http://www.skane.se/upload/Webbplatser/UMAS/M%C3%96TE/PDF/Moete2009/UMAS_MOTE_09_Nr05_webb.pdf /, <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=105415>

5. Empiri

I detta kapitel presenteras resultaten från de genomförda intervjuer som beskrivs i metoddelen. Inledningsvis beskrivs hur tankarna kring Proluma och sammanslagningen har gått och de hot och möjligheter som respondenterna har nämnt uppmärksammas.

5.1 Hur uppfattas Prolumaarbetet?

Claes Arén (projektledare för Proluma och biträdande sjukhuschef för SUS) och Thomas Ekström (projektledare för Proluma och biträdande sjukhuschef för SUS) fick i uppdrag att leda Prolumaarbetet. Enligt Thomas Ekström insåg de båda att för att lyckas var de tvungna att ha verksamheterna med sig. Verksamheterna som var berörda skulle själva ta fram allt underlag vad gällde kvalitet, personal, verksamhet, lokaler, utrustning med mera. Vidare fanns det också en öppenhet i processen, avrapportering genomfördes öppet och problemområden redovisades offentligt. Reaktionen blev positiv, berättar Thomas Ekström; läkare började diskutera över gränserna och nätverk skapades.

En av verksamhetscheferna påtalar däremot att styrningen, enligt vad han har förstått, var för hård under fas 1 i Prolumaprocessen. En annan av verksamhetscheferna upplever att beslutsprocessen har varit väldigt toppstyrd. Ledningen har skapat riktlinjer för hur arbetet ska ske, informationen har varit knapphändig och det har varit bristfällig transparens både före och efter beslut. Förändringen har upplevts som något ledningen har arbetat fram utan att lyssna på verksamheterna. I analysfasen fick verksamheten fria tyglar att lägga fram en slutrapport till ledningen som skulle fungera som beslutsunderlag. Vissa delar av det som framfördes i slutrapporten tog ledningen hänsyn till, andra inte. Verksamhetschefen upplever inte Proluma 2 som lika toppstyrt; ledningen har lärt sig av fas 1 och tagit personalens synpunkter i större beaktning.

Bent Christensen (Före detta sjukhuschef för USiL och Sjukhuschef för SUS) bekräftar denna bild men han menar samtidigt att Proluma 1 var en läroprocess och nu involveras verksamheterna. Även Bengt Nellgård (Divisionschef) menar att det var mer toppstyrt i fas 1 än i fas 2, men ledningen var tvungna att ha det så eftersom annars hade ingenting hänt.

En tredje verksamhetschef tycker att hans verksamhet har fått gehör för sina förslag i Prolumaprocessen och kunnat påverka utslaget. Verksamhetschefen tror att det här beror på att de har visat vilja till att göra förändring. Han uppfattar att andra inte fått vara med och bestämma eftersom de inte kunnat enas. Verksamhetscheferna för den inblandade kliniken i Malmö och Lund har alltid varit enade utåt och därför fått vara delaktiga i fusionsprocessen.

En fjärde verksamhetschef tycker att det borde ha avkrävts större ansvar av verksamhetschefer vid implementeringen. Ledningen borde ha haft mycket högre krav på att Proluma skulle förankras bland personalen. Samtidigt anser han att ledningen skulle ha varit tydligare med vad som kunde påverkas och vad som inte kunde påverkas. Otydligheten medförde att mycket tid och kraft gick till spillo i fusionsprocessen.

En femte verksamhetschef uttryckte att i Proluma har ledningen tvingat professionen att vara delaktig i förändringsprocessen. Han säger vidare att medbestämmandet var det viktigaste för att Proluma skulle lyckas. Han menar att det här inte var fallet i Stockholm, där ledningen uteslöt professionen och sammanslagningen genomfördes av forskningen och politiker.

Bengt Nellgård berättar under intervjun att: *”Ja, det svåraste i Prolumaarbetet, det var alltså emotionellt för mig. Jag kan inte gå ut i pressen och säga att de ljuger som borstbindare, vilket de gjorde, på olika kliniker då helt enkelt. Vi har ju hållit en väldigt låg profil överhuvudtaget utan här har då olika verksamhetsföreträdare gått ut och sagt lögner som vi har hittat sen efteråt. När vi går igenom klinikerna så hittar vi fullt av väntelistor och dålig organisation och man blir alldeles mörkrädd. Jag kan ju inte gå ut i tidningarna och säga vad 'var det vi sa'... Och det blev högre kvalitet och det var rätt som vi gjorde. Och vi kan inte heller gå ut i pressen och säga att efter att Proluma genomfördes så har ju personal sagt att det inte fungerar och personal flyttar och allt sånt där. I själva verket är produktionen större nu än den var innan sammanslagningen.”* Vidare säger Bengt Nellgård att den kompetens som tappades på grund av Proluma, på exempelvis Ögonkliniken, var lätt att ersätta. Det spreds enligt Bengt Nellgård en felaktig bild i media vilket påverkade medarbetarna negativt.

För ekonomiavdelningen har Prolumaarbetet inneburit osäkerhet kring vad det egentligen innebar för deras arbete. Håkan Cederholm (Ekonomichef) framför att det krävdes ökat antal

mantimmar samt att hitta lösningar på det faktum att det var två separata förvaltningar. Det krävdes fem gånger så mycket insatser som de hade förutspått. Framförallt var det svårt att följa upp vad som inträffade i förhållande till planen. Trots detta tycker Håkan Cederholm att Prolumaprocessen varit bra. Han tror inte att sammanslagningen skulle bli lyckad utan den, men administrativt var det en halvmesyr.

Proluma 1 har upplevts som en smärtsam och uppsplitande fas men varit nödvändig för en sammanslagning, säger en av verksamhetscheferna. I detta får han medhåll i av Jerker Swanstein som påstår att Proluma 1 var väldigt uppsplitande för vissa professioner. I Proluma 2 kom emellertid kliniker självmant och ville vara med efter att de sett hur Proluma 1 utvecklats. Avslutningsvis säger Jerker Swanstein (Ordförande i Regionstyrelsen) ”*Jag är säker på att det vi gjort är rätt och att vi gjort det på rätt sätt*”. Bent Christensen nämner att många av dem som var negativa till Proluma för två år sedan nu är positiva.

Samtliga respondenter hävdar att Proluma har skapat större acceptans för en sammanslagning hos personalen, vilket kommer underlätta genomförandet av SUS.

5.2 Tankar kring sammanslagningen

Sören Olofsson (Regiondirektör) förklarar att det som avgjorde att det blev en sammanslagning nu, var att det fanns en känsla av att det var rätt. Proluma hade pågått i ett och ett halvt år och inledningsvis uppstod en del onödiga problem och några misstag gjordes, men sedan fungerade processen väl och många medarbetare var involverade. Nya verksamheter ville medverka i Proluma och Proluma 2 startades. Ledningen utredde möjligheten för administrationen att bli en del av Proluma och då uppstod tanken på en sammanslagning av de båda sjukhusen. Många har uttryckt det som att det enda felet med Proluma var att det inte var *en* sjukhuschef som bestämde. Politikerna kände sig trygga med valet att slå samman sjukhusen och beslut om sammanslagning fattades.

Huvudorsaken till att Region Skåne valde att gå vidare till en total sammanslagning var enligt Jerker Swanstein att det inte går att ha två sjukhuschefer.

Bent Christensen menar att det kommer att vara ett högt tempo i sammanslagningen inom vissa delar av organisationen eftersom SUS redan från den 1 januari måste kunna ta hand om

patienter. Även staberna, cheferna, den nya beslutsordningen, samverkansstruktur och en katastrofplan måste vara färdigställda den 1 januari. Verksamheterna ska lyftas över i den nya organisationen precis som de såg ut innan fusionen, sedan är meningen att en dialog ska föras gemensamt om hur framtiden för klinikerna ska se ut. Bent Christensen berättar att av respekt för medarbetarna och cheferna har ledningen inte gjort färdigt planeringen av hur verksamheterna ska slås ihop.

Thomas Ekström belyser även vad som måste vara färdigställt i form av ekonomi- och personalfunktion inom SUS, regelverk ska utformas, bokslut och årsberättelse ska upprättas för de båda sjukhusen. Rekrytering kommer i första hand att ske internt och chefstjänster utlyses inte då det inte finns tid att gå igenom urvalsproceduren för en ny tjänst. Sjukhuschefen kommer inledningsvis att vara mycket i Malmö för att lära sig hur verksamheten fungerar där.

Vad gäller visionen för SUS så svarar samtliga tillfrågade respondenter olika. Jerker Swanstein säger: *”Patientnyttan i fokus. Det är detta som ytterst ska styra beslut som måste tas i organisationen. Vi vill skapa mervärde för patienterna samt en bättre och tillgängligare sjukvård... Mer vård för samma pengar.”* Thomas Ekström uppger att Bent Christensens vision med sammanslagningen är att bli ett av världens bästa Universitetssjukhus. *”Vi vill ständigt vara bland de bästa i världen på forskning och klinisk utveckling”*, säger Bent Christensen. Vidare ska SUS vara en attraktiv arbetsplats även i framtiden. Sören Olofsson uttrycker SUS vision som *”en konkurrenskraftig universitetsfusion”*. Han betonar att detta är hans arbetsvision och att Bent Christensen kommer att arbeta fram en annan vision att arbeta efter.

Uno Aldegren (vice ordförande i Regionstyrelsen) tror att Proluma förmodligen var bra men att istället för att göra en sammanslagning borde ledningen ha utvärderat Proluma för att sedan gå vidare med processen. Han säger emellertid att Proluma kan ha underlättat en sammanslagning av sjukhusen.

5.3 Kulturella skillnader mellan sjukhusen

Vid intervjun med Sören Olofsson tar han upp kulturen som det största hotet mot sammanslagningen. *”Inte minst om du tänker på den tuffaste utmaningen av alltihop i alla fusioner, i näringslivet också, men speciellt när det gäller universitetssjukhus. Det vet vi från Stockholm, det vet vi från Göteborg och det vet vi i Skåne och det är den kulturella dimensionen, den kulturella motsättningen, kryddat av att här i Skåne är det tuffare kulturell animositet än vad jag någonsin träffat på.”* *”Är det värre än i Stockholm?”* *”Jajamensan! Det liknar förakt. Det är den gamla uppnästa lärostaden Lund som står mot arbetarstaden Malmö. Malmö har fantastiskt fin forskning. Föraktet kommer inte att gå att få bort helt och hållet. Vi kan inte sparka och slå på dem. Får försöka bygga ny kultur som successivt tränger undan det gamla.”*

Även Jerker Swanstein tar upp kulturen som en stor utmaning i skapandet av Skånes Universitetssjukhus. Han menar att det inte finns något som är likadant i Malmö och Lund, utan de har satt en ära i att göra saker olika. Till exempel har de samma journalsystem men har valt att utforma det på olika sätt. De har även olika belöningsystem, arbetstidsmodeller och schemaläggning. Jerker Swanstein säger också att Lund består av många subkulturer, till exempel Thoraxkliniken har en egen kultur, vilket medför att Lund inte alltid är Lund, men Lund är alltid Lund mot Malmö. Genom att sjukhusen har hållits isär så länge har kampen mellan dem vuxit.

En av de intervjuade nämner att den största skillnaden mellan Malmö och Lund är att Malmö är mer centralistiska. Verksamheterna har inte samma mandat utan väntar ofta på att högsta chefen tar ett beslut, när chefen säger något gör personalen så. I Lund är personalen mer självständig och ifrågasätter i högre grad. Det beror främst på att Bent Christensen har delegerat ut ansvaret i högre grad. Respondenten tror att ansvar också kommer att delegeras ut i Malmö i och med sammanslagningen, vilket skulle kunna bli ett problem då malmöpersonalen inte är lika van vid den här typen av ledarskap. Den intervjuade säger att det här påståendet är någorlunda generaliserat.

Samtliga av de intervjuade verksamhetscheferna påstår att många av de kulturskillnader som finns baseras på förutfattade meningar. Skillnaderna är inte så stora som det görs gällande, enligt verksamhetscheferna. Till exempel nämner Pelle Gustafson (Verksamhetschef) att

mycket av det kulturella motstånd som tidigare fanns har försvunnit. Bland annat har läkare som jobbar inom Ortopedi tvingats att samarbeta eftersom de har ett gemensamt åtagande i Trelleborg där läkare arbetar kring gemensamma riktlinjer och vårdprogram. Han tror att personalen i Lund har insett att malmöpersonalen är trevliga människor och att malmöläkarna tänker på samma sätt. För några år sedan var det accepterat att ”snacka skit” om läkarna i Malmö men det godtas inte idag. Den kritik som framförs måste vara konstruktiv. Jesper Petersson (Verksamhetschef) säger ”*det är stora kulturskillnader. Det ser vi när man träffar sina kollegor i Lund. Man märker det när man sitter i grupp och diskuterar. Då ser och känner man ofta att man diskuterar på olika sätt. Kulturskillnaden kändes mer som ett hot i början. Idag har jag inte samma syn på det och ser det inte längre som ett hot. Det är ju faktiskt människor av kött och blod också och mycket av det de säger är ju riktigt vettigt när allt kommer omkring.*”

Jerker Swanstein menar att kulturkrockarna har tagits i två steg genom att Proluma startade för två år sedan. Den sammanslagningen av kliniker som Proluma medförde har tvingat fram en interaktion mellan specialister från Lund och Malmö. Proluma kommer att underlätta integrationsprocessen när sjukhusen ska slås ihop. Nu har isen som fanns mellan Malmö och Lund brutits, vilket medför att det har blivit naturligt att ta nästa steg och skapa ett gemensamt sjukhus. Enligt Jerker Swanstein är detta en stor skillnad mot hur ledningen gjorde i Göteborg och Stockholm där alla kulturkrockar togs på en gång. Fyra av fem intervjuade verksamhetschefer lyfter också spontant fram Prolumas betydelse för att komma över kulturskillnaderna, dock uttrycker de alla att det fortfarande finns en viss skillnad.

På frågan om hur Bent Christensen avser att skapa en konstruktiv kultur svarar han att tidigare erfarenheter av sammanslagningar i Danmark och av fusionsteorier har han lärt sig hur detta bör göras. Bent Christensen menar att han inte kan gå i krig mot de befintliga kulturerna utan skapa en ny gemensam kultur som förenar, där de nya alternativen är så attraktiva att dessa väljs. Gamla kulturer ska få leva vidare vid sidan av men målsättningen är att personal ska säga att de jobbar på SUS och inte i Malmö eller Lund. Han tänker sig att två förvaltningar läggs ned med deras symboler och istället skapas nya, såsom ny gemensam hemsida och personaltidning. Den ena kulturen ska inte få ta över den andra.

Jerker Swanstein uppger tydligt att det är Bent Christensens uppgift som sjukhuschef att sätta prägeln på en ny kultur. Magnus Eneroth (Verksamhetschef) påtalar att en kultur inte får bli dominerande eftersom medarbetarna då kommer att göra motstånd. Chefer bör inte jobba för att ta bort den kulturen utan de ska stödja den genom att låta seder och myter finnas kvar eftersom det är detta som binder ihop en klinik. Gamla symboler för kulturen får inte tas bort utan ska snarare lyftas fram parallellt med att en ny gemensam kultur byggs upp. Med tiden kommer det att skapas nya seder och historier, vilket kommer att resultera i en gemensam kultur. Detta kan dock ta många år.

Respondenter nämner att det finns en känsla i Malmö att det finns en övervikt mot Lund, eftersom de fått de tunga chefsposterna. En respondent påpekar vikten av att Bengt Nellgård, från UMAS, blev chef för den största divisionen.

Arbetet med kulturen ska, enligt Bengt Jeppsson (vice dekanus), ske långsiktigt. Genom att medicinutbildningens studenter idag har sin utbildning både i Lund och i Malmö tror han att det med tiden kan skapas en gemensam kultur då studenter redan på universitetsnivå identifierar sig med båda städerna istället för bara en av dem.

Rolf Lundh (konsult ADL), som har erfarenhet som konsult i sammanslagningen i Stockholm, berättar att sjukhusen i Stockholm hade två olika kulturer. Det fanns både revirtänk och ”skitsnack” i organisationerna. Idag har emellertid revirtänkandet minskat till mindre än en tiondel av vad det var vid sammanslagningen, personalen vänjer sig med tiden menar han. Det är, vid fusioner av organisationer, mycket viktigt att komma ihåg att en kultur inte får ta över den andra så att det uppstår vinnare och förlorare.

Bengt Nellgård, som har erfarenhet från Göteborg, menar också att det inte får finnas en vinnare och en förlorare. I Göteborg menar Bengt Nellgård att både Mölndals sjukhus och Östra sjukhuset var fungerande enheter medan Sahlgrenska sjukhuset var en stor koloss. Det bestämdes att en sammanslagning skulle genomföras för att lösa Sahlgrenska sjukhusets problem, vilket medförde att Östra sjukhuset och Mölndals sjukhus försämrades. Han har uppfattningen att samma sak hände i Stockholm, där Karolinska sjukhuset gick in och tog över Huddinge Universitetssjukhus. Förhållandet menar han blir tydligt bara genom att titta på namnen som valdes i Stockholm och Göteborg, det vill säga Karolinska Universitetssjukhuset

och Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Han ser inte att detta skulle vara en risk i Skåne då Lund och Malmö är jämnstora. Lund har förvisso lite mer forskning men i Malmö finns det mer akutsjukvård.

5.4 Motstånd i fusionsprocessen

Åsa Hägglin (Strategiska staben) berättar att i förändringsarbeten finns hos alla yrkeskategorier alltid hela skalan vad gäller motstånd, men det är alltid svårare att nå läkargruppen. Orsaken till det, menar hon, kan vara att läkare är vana vid att sköta sig själva, de har varit, i viss omfattning, en lite isolerad och oantastlig grupp som inte behöver delta i ”sånt där”.

Viss personal har inte kunnat acceptera förändringen och därför valt att säga upp sig. En så stor förändringsprocess som SUS innebär, med flera miljarder i omslutning, går inte att stoppa för att några enskilda individer inte godtar beslutet, menar Jerker Swanstein. Han tror också att det har funnits mest motstånd i Lund eftersom en del läkare där har upplevt att de har förlorat någonting. Han förstår samtidigt att motståndet är en naturlig reaktion då sammanslagningen ska förändra system som går 100 år tillbaka i tiden. Jerker Swanstein målar upp det i ett exempel: *”I Lund är det Professorstaden och frackmiddagar medan i Malmö är det blåstall och bygga båtar. Det är två helt olika världar. Du ska helt plötsligt flytta något från Professorstaden där det luktar gott och magnolian blommar till ruskiga Malmö.”*

En av de intervjuade är rädd att motståndet ska leda till ytterligare avhopp från personal, vilket kan innebära att patientsäkerheten sätts på spel. En stor fara enligt Bent Christensen är om det förekommer misstag i den patientnära vården kommer politiker inte längre stötta sammanslagningen.

Magnus Eneroth hävdar att motståndet drivs av att personalen är rädda för sin situation. *”Vad händer med mig? Personal kanske tvingas börja jobba på ett nytt sjukhus där de inte känner till personal eller rutiner.”* Motståndet bygger även på en osäkerhet kring den egna karriären. Många har jobbat hela sitt liv på samma arbetsplats och nu ska de plötsligt börja på en ny arbetsplats, på en ny ort med nya förutsättningar. Anledningen till att läkarna har varit mest högljudda och uttryckt mest motstånd tror Magnus Eneroth beror på att det är de som i störst utsträckning kommer att behöva flytta på sig. Tid är viktigt för att komma över motstånd, men vissa kommer aldrig att acceptera förändringen oavsett hur ledningen agerar. Magnus Eneroth

berättar följande exempel: *”Man stoppar in en påse micropop i micron och så poppar några i början och det är dem som driver processerna. Sen dröjer det lite och så poppar nästan alla på en gång. Sedan är det några som aldrig poppar, och ska man få dem att poppa då måste man ha på micron så länge att då bränner man hela påsen.”* Magnus Eneroth upplever att det blåser en positiv vind över sjukhuset just nu och den skepticism som fanns under inledningsfasen av Proluma försvinner mer och mer.

Även Jesper Petersson och Johan Westerdahl (Verksamhetschef) uppfattar att det största motståndet grundar sig på oron kring vad händer med ens egen situation och karriär. Motståndet kring SUS har inte varit så hårt då Proluma har kommunicerats och förankrats sedan länge, vilket medförde att personalen var förberedda på en förändring, säger Jesper Petersson. Vidare berättar han att motståndet bygger på ett gammeldags sätt att tänka, vilket gör att det blir en kränkning när ledningen inte lyssnar på en läkare i egenskap av expert. Viss personal har tagit förändringen personligt, förflyttningen måste ses som att funktionen flyttas och inte personen.

Pelle Gustafson upplever att motståndet har varit väldigt person- och traditionsbundet. Den tunga kritiken kommer huvudsakligen från äldre, inte fullt yrkesverksamma läkare med en tung akademisk prägel. Sjuksköterskor och undersköterskor är rädda för att förlora sitt arbete, medan läkare är mer bekymrade för andra saker, till exempel sin forskning. Pelle Gustafson menar att motstånd kommer från personer som har byggt hela sin karriär i Lund, vilket medför att de nu är rädda för vad som kommer hända med deras karriär.

Bent Christensen menar att det är förvånansvärt lite motstånd just nu men att det var starkt motstånd under delar av Prolumaprocessen. Motstånd beror på osäkerhet, otrygghet och när privilegier förändras uppstår rent personliga negativa aspekter på förändringen. Privilegierna kan vara allt från lön och makt till forskningsutrymme och informella ledningsstrukturer.

På frågan om hur Medicinska fakultetens personal ställer sig till förändringen, svarar Bengt Jeppsson att allas gehör kanske inte vunnits men han tror att tiden nu är mogen och att det är fler som inser att förändringen har större fördelar än nackdelar, och hittills har det bara framförts ett fåtal protester.

Sören Olofsson har förståelse för att det finns många anställda som känner otrygghet, vilket ledningen måste ta hänsyn till. Det finns vissa som gillar förändring men de flesta gör det inte

och detta skapar en oro hos den enskilde individen. De som inte kan hantera oro får stora problem i en sammanslagning. I Stockholm fanns det chefer som inte kommunicerade tillräckligt bra med sina medarbetare om varför en sammanslagning genomfördes. En chefs viktigaste roll är att kommunicera med sina medarbetare. De anställda vill veta vad som händer och kunna diskutera det med sin chef. Sören Olofsson menar att det handlar om kommunikation; chefens kommunikation och att ha en central kommunikationsfunktion som äger informationen och ser till att desinformation inte sprids i organisationen. En av de viktigaste lärdomarna Sören Olofsson har med sig från Stockholm är att ledningen måste säkerställa att alla chefer är beredda att verka som ambassadörer för sammanslagningen inför sina medarbetare.

Bent Christensen menar att det är viktigt att så tidigt som möjligt kommunicera med och tydliggöra för personalen var de finns i den nya organisationen, vem som är deras chef, vem de ska arbeta tillsammans med och var deras arbetsplats kommer att finnas. I implementeringsarbetet är chefernas roll viktig eftersom det är deras ansvar att kommunicera med personalen.

Pelle Gustafson anser att en av hans viktigaste roller är att lugna och kommunicera, men han påtalar att han inte har fått mer information om SUS än någon annan vilket gör hans roll svår. Det kommer att bli avgörande att ledare kommunicerar och förankrar information så att de har personalen med sig, säger Magnus Eneroth. Han tror även att det finns en risk med större divisioner och verksamheter eftersom cheferna kommer längre ifrån verksamheterna, vilket medför att det blir svårare att kommunicera budskap nedåt och på så sätt få förankring för förändringen.

Bent Christensens kommunikation har varit bra men hans budskap kunde varit ännu tydligare, säger Jesper Petersson. Efter att det officiella beslutet var taget om sammanslagningen kom Bent Christensen snabbt ut och berättade vem han var och vad han hade för idéer, vilket har varit viktigt för läkarna i Malmö. Det var även bra att han var tydlig med att alla verksamhetschefer skulle få vara kvar, enligt Jesper Petersson.

En verksamhetschef tycker att kommunikationen har varit bristfällig och upplevde att beslutet om en sammanslagning kom som en blixtnedslag från klar himmel och att personalen inte kopplades in i beslutsprocessen.

5.5 Decentraliserad organisationsstruktur?

Bent Christensen menar att de ska jobba efter en mycket decentraliserad struktur där cheferna kommer att få stora befogenheter. Denna bild blir tydlig då Bent Christensen själv påtalar att det många gånger kommit chefer till honom och sagt: *”Bent nu måste du ta ett beslut!”* men han menar att cheferna själva måste ta beslut, emellertid diskuterar han gärna med dem. För att chefer inte ska gå åt olika håll i den här decentraliserade organisationen är det kommunikativa ledarskapet verktyget, enligt Bent Christensen. *”Har vi samma målbilder så har det inte helt stor betydelse om vi gör allt på precis samma sätt, men det viktiga är att vi gör någonting så kan vi säga att: aha nu går han i rätt riktning. Så det är så vi jobbar. Men det är klart vill du decentralisera beslutsbefogenheter och rätten att utveckla egen verksamhet så måste du acceptera risken att någon ibland går i fel riktning.”*

Håkan Cederholm menar att det har uppstått diskussioner kring hurvida sammanslagningen kommer innebära att organisationen blir toppstyrd och tungrodd. Bent Christensen gick emellertid ut väldigt tidigt och informerade att det skulle vara en decentraliserad organisation, vilket han gjorde glasklart för alla. En decentraliserad organisation tror Håkan Cederholm är en förutsättning för att det inte ska bli en jättekoloss med långa beslutsvägar. Bent Christensen har enligt Håkan Cederholm visat på hur sammanslagningen kan innebära att organisationen blir plattare. Han drar följande exempel med två kliniker, en i Malmö och en i Lund med olika förvaltningar, så som var fallet i Proluma. När det blev en oenighet mellan dessa kliniker flyttades beslutet upp till respektive divisionschef, och om de i sin tur inte kom överrens flyttades beslutet upp till sjukhuscheferna. Kom inte heller sjukhuscheferna överrens var det Regiondirektören som hade den avgörande rösten. Sammanslagningen innebär att sjukhuschefen själv kan fatta beslut. Om sjukhuschefen dessutom decentraliserar besluten kan respektive divisionschef ta beslutet. Slås sedan även klinikerna ihop och får *en* chef kan beslut tas ända nere på verksamhetsnivå. Sammanslagningen kan alltså leda till kortare beslutsvägar och att verksamheterna kan ta mer självständiga beslut, berättar Håkan Cederholm.

En del verksamhetschefer uttrycker oro över att verksamhetscheferna hamnar väldigt långt ifrån sin sjukhuschef och på så vis får svårare att driva igenom nya saker. Några divisioner har blivit väldigt stora och det kan försvåra snabba beslut.

En av respondenterna menar att samtidigt som verksamheterna blir större så ska många av dem relativt snart endast ha en chef. Respondenten ser ett problem med att cheferna inte har

tillräcklig kunskap inom management för att driva så stora verksamheter samtidigt som de i den här decentraliserade organisationen ska få mer ansvar. Respondenten ser också ett problem med att vara chef över en enhet som bedriver verksamhet på två orter.

Flera av verksamhetscheferna i Malmö och Lund uttrycker oro över att inte kännas närvarande på båda orterna om de blir verksamhetschefer i sammanslagningen. Jesper Petersson påtalar att en av de största utmaningarna som verksamhetschef kommer bli att chefen måste uppnå en pålitlig närvaro på båda orterna. Med detta menar han att verksamhetscheferna måste hitta ett väldigt tydligt system som medarbetarna känner igen i form av att alltid finnas närvarande på samma plats på samma veckodag. Detta måste bli första prioritet och chefen får hoppa över allt annat. Det går inte, som idag, att träffa alla läkare varje dag.

5.6 Ledarskapets betydelse

Jerker Swanstein framhåller hur viktiga Sören Olofsson och Bent Christensen är som ledare för sammanslagningen. Sören Olofsson är väldigt tydlig i sin ledarstil och kan på så sätt förmedla sitt budskap. Bent Christensen valdes till chef över SUS för att han är läkare, vilket är en stor fördel när det kommer till att leda läkare. Dessutom har han varit med vid två tidigare fusioner. Jerker Swanstein menar även att Bent Christensen är väldigt drivande och *”kommer piska fram en förändring”*.

Rolf Lundh berättar att det är svårt för läkare att vara chefer därför att det finns en stark kollegial känsla i yrkesgruppen. På verksamhetsnivå vill chefer fortfarande vara ute i verksamheten, annars tappar de sin legitimitet som läkare. Det är inte fint att bara vara chef och läkare har inte riktigt respekt för chefskap. För att komma runt det här måste uppdraget till verksamhetscheferna vara tydligt och det krävs att de tar beslut. *”Det ska inte gå att skicka upp beslut som man inte vill ta till högre instanser”*, säger Rolf Lundh.

På USiL är det viktigt att vara en disputerad manlig läkare för att vara chef, berättar Pelle Gustafson. Han menar också att den som har tunga akademiska meriter och är den bästa läkaren har stora chanser att bli chef. Som läkare har du möjlighet att få gehör och leda andra läkare, vilket andra yrkesgrupper inte kan på samma sätt. Pelle Gustafson säger även: *”Det är de äldre läkarna som sätter agendan på klinikerna”*. Magnus Eneroth berättar: *”Jag har väldigt svårt för att se att en icke-disputerad chef ska kunna leda en stor verksamhet på ett*

universitetssjukhus”. Han menar att genom att disputera får läkare ett annat sätt att tänka samt att många situationer som verksamhetschefer ställs inför berör forskningsfrågor.

Flera av verksamhetscheferna talar om att det inte är särskilt attraktivt att vara verksamhetschef och kollegor vet inte om de ska beklaga eller gratulera till chefskapet. Verksamhetscheferna befinner sig i en ekonomiskt pressad situation, det handlar om att hålla budget och inte om att utveckla sin verksamhet eftersom det inte finns tid över för det. Ytterligare en anledning till att läkare inte vill bli verksamhetschefer är att de måste ge upp sin profession och bara ägna sig åt administrativa arbetsuppgifter.

Bent Christensen nämner under intervjun att chefer inte ska bytas ut inledningsvis eftersom han har dåliga erfarenheter från en omorganisation i Köpenhamn som han var delaktig i. Där byttes chefer ut i samband med förändringen. Han menar dock att chefer som är negativa till sammanslagningen kommer att bytas ut om de inte samarbetar. Som chef får de gärna vara kritiska men när beslut tas måste alla rätta sig efter dem. Han tycker att det kan vara bra att ha en del kritiska personer, bara de är lojala när beslut fattas.

En av verksamhetscheferna har beslutat sig för att säga upp sig som chef då han inte finner det attraktivt att vara chef på personliga grunder samt att han anser att en så pass viktig tjänst bör utannonseras. Anledningen till att verksamhetschefstjänster inte utlyses, berättar Thomas Ekström för oss, är att det inte finns tid för detta i och med att sammanslagningen måste ske på så kort tid.

Kravet på cheferna från Bent Christensens sida är att de ska vara just chefer. Han kommer att stötta sina chefer genom olika sorters utbildningar.

På frågan om Johan Westerdahl har fått stöd uppifrån för att förankra förändringarna i sin verksamhet svarar han att han inte fått något specifikt stöd, vilket även bekräftas av andra verksamhetschefer. Han har jobbat tillsammans med sin divisionschef men inte fått några tydliga direktiv om hur han ska jobba för att föra ut förändringen i organisationen. Det finns frågor som han skulle vilja ha mer hjälp och stöd med. Det berör främst fundamentala problem som inte bara påverkar den egna verksamheten. Bristen på stöd har tvingat honom att lägga oerhört mycket energi på saker som andra skulle gjort bättre.

5.7 Stordrift

Jerker Swanstein vill höja kvaliteten på skånsk sjukvård genom att samordna högspecialiserad vård på ett ställe i Skåne. Genom att samla kompetens kan kvaliteten och kunskapsnivån i regionen höjas. Sammanslagningen skapar ett större patientunderlag som medför att läkarna får större erfarenhet av särskilt svåra ingrepp. Jerker Swanstein ser bara synergieffekter inom specialistvården, samtidigt poängterar han att specialistvård till slut blir allmänvård. Han menar att det finns ett stort resursslöseri i den offentliga verksamheten men genom sammanslagningen kan sjukvården bli mer kostnadseffektiv då läkare kan gå samman och öka utnyttjandegraden av dyr utrustning. *”Vi ser redan nu att man sänker kostnaderna totalt sett genom att samordna sig”*, säger Jerker Swanstein. Samtidigt poängterar Jerker Swanstein att det är svårare att tränga in i stora sjukhus och ha kontroll över vad som driver kostnaderna. Större sjukhus kräver mer kontroll, ständig genomlysning och uppföljning. Görs inte detta uppstår ineffektivitet.

Generellt sett är större sjukhus mindre effektiva, säger Sören Olofsson. Enligt honom finns det ingen optimal storlek på sjukhus, det är ett gammalt mått. Emellertid har Malmö och Lund passerat gränsen för att vara effektiva, om det är så att måtten för optimal sjukhusstorlek stämmer. Genom en sammanslagning försämrar inte effektiviteten utan tvärtom skapas viss rationalitet genom att konkurrens undviks och det bildas enklare processer i universitetssjukvården. Fördelarna kring högspecialiserad vård överstiger de stordriftsnackdelar som finns. Stordriftsnackdelarna finns ändå, gränsen är redan passerad.

Bent Christensen ser inte fusionen som en effektiviseringsmöjlighet i verksamheterna, han ser större effektiviseringsmöjligheter med Leanarbetet. Arbetet med Lean ska forstskrida och alla verksamheter ska eftersträva effektivitet. Sammanslagningen innebär en möjlighet att spara pengar genom att reducera antalet chefer. Han beräknar att en reduktion av antalet chefer ända ner på verksamhetsnivå kan innebära besparingar på 30-40 miljoner kronor på år. Sjukhuset behöver inte ha två ekonomiavdelningar, två personalavdelningar eller två servicefunktioner. Effektivitet på verksamhetsnivå består snarare av produktivitetsökningar och målet är att reducera väntetider, men inte att göra besparingar.

Oavsett sammanslagningen kan det, enligt Håkan Cederholm, göras effektiviseringar. Det som underlättar ett mer effektivt resursutnyttjande är att sjukhuset får en gemensam ledning,

vilket leder till att det endast finns en strategi att göra prioriteringar efter, det vill säga att inte ha högspecialiserade dubbleringar eller konkurrera om samma forskningsmedel.

En stor möjlighet, uppger många av verksamhetscheferna, är att sammanslagningen ger möjlighet att ta det bästa från Lund och Malmö i arbetssätt, metoder, kompetens och system.

Pelle Gustafson är övertygad om att vården kan bli effektivare med en korrekt genomförd sammanslagning. Vinsterna finns i att kliniker kan bli tillräckligt stora för att inom alla områden använda alla resurser. Ett exempel som han lyfter fram är barnortopedi där de idag har cirka 80 procent av den produktion som de behöver. Kan verksamheterna slås ihop får de full täckning på utrustning och personal blir van vid att hantera patientgruppen. En nackdel som Pelle Gustafson kan se är att chefen måste lägga mer arbete på att hålla ihop en större verksamhets alla delar.

Jesper Petersson ser stordriftsfördelar med att det i en större enhet blir lättare att attrahera kompetent personal. Han uppfattar det som att större kliniker har lättare att attrahera läkare eftersom läkare ofta tycker att det är tryggt med många kolleger. Stora kliniker innebär att det alltid finns någon att fråga och som de kan diskutera med. Större kliniker medför även att de blir mindre sårbara för att avhopp ska påverka verksamheten. Jesper Petersson tar också upp en negativ sida med stordrift – att kliniker hamnar längre från ledningen.

Uno Aldegren är kritisk till sammanslagningen och vill istället tillföra mer riktade resurser till sjukvården så att de akuta besparingsåtgärderna kan stoppas och verksamhetscheferna får en reell möjlighet att utveckla sitt effektiviseringsarbete. Han tror att sjukvården som den leds idag, med krav på besparingar, aldrig kommer att nå de effektiviseringar som behövs. Om ett sparbetning föreligger kommer det att fokuseras på det istället för på effektiviseringen.

Åsa Hägglin menar att när en omorganisering initieras flyttas personal runt i organisationen och så arbetar personal ändå på samma sätt som de tidigare har gjort. Nackdelen med en stor omorganisation som sammanslagningen innebär är att fokus kommer att ligga på omorganiseringen och inte på att utveckla organisationen – utvecklingsarbetet får stå tillbaka.

Eva Ranklev Twetman (Chefsläkare) påtalar att alla stora organisationsförändringar tar kraft ur en organisation vilket gör att den går ner i effektivitet under en period. Hon är också kritisk till stordrift, men det går att organisera så att arbetet utförs enligt leanfilosofin. Hon betonar också vikten av att fortsätta arbeta med Lean.

Magnus Eneroth ser en risk i att större sjukhus har sämre nätverksstrukturer vilket medför att det blir trögt och komplext. Det är svårt att veta vem som är ansvarig för vad och personal vet inte vem de ska vända sig till om problem uppstår. Utan fungerande nätverk tar det tid att lösa problem, och det är därför viktigt att fokusera på att försöka bibehålla välfungerande nätverk samtidigt som nya nätverk måste skapas.

En nackdel med större verksamheter är att det blir svårare att få alla att känna sig delaktiga, enligt Bengt Jeppsson. En liten enhet har lättare att få med sig all personal.

Thomas Ekström menar att sammanslagningen inte kommer att medföra fler outnyttjade vårdplatser eftersom det redan råder vårdplatsbrist på båda sjukhusen.

5.8 Forskningens betydelse i sammanslagningen

Sören Olofsson berättar att forskning i Skåne skapar arbetstillfällen, som i sin tur ger skattepengar till regionen, som ger möjlighet till att bygga ut Skåne som region och i slutändan göra Skåne till ett bättre ställe att leva på. Forskning skapar inte effektivitet, utan forskningen ger möjlighet till att rädda fler människors liv och ger ett bättre liv till människor. Forskningen leder paradoxalt till att sjukvården blir dyrare eftersom vi lär oss att ta hand om patienter som annars inte hade gått att rädda, menar Sören Olofsson.

Ett av målen med sammanslagningen är att skapa bättre förutsättningar för klinisk forskning, berättar Bent Christensen. ”*Vi kan dra till oss forskningsmedel på samma höga nivå som idag även om konkurrensen blir tuffare*”, säger Bent Christensen.

Vice dekanus på Medicinska fakulteten Bengt Jeppsson menar att den kliniska forskningen i västvärlden går mot större centra eftersom det behövs mer material och resurser. Malmö och Lund har varit relativt små aktörer. En jämförelse med Köpenhamn bekräftar utvecklingen mot centrumbildning. Därutöver menar han att Malmö och Lund har konkurrerat om samma resurser, trots att de tillhör samma universitet och sjukvårdshuvudman. Sverige förlorar mark inom den kliniska forskningen och en utredning som gjordes på uppdrag av vetenskapsrådet kom fram till att andra länder lyckades bättre med sin kliniska forskning därför att de samkör sjukvården och universiteten. UMCS bildas för att få samstyre mellan Medicinska fakulteten och Universitetssjukhuset. Det är staten som äger universitetet och Region Skåne som äger sjukhuset och för att erhålla ett bra samarbete ska det bli en parallell organisationsform där dekanus för Medicinska fakulteten sitter i ledningsgruppen på sjukhuset och sjukhuschefen

sitter i ledningen på UMCS. Parallelliteten ska gå vidare ner på divisions- och verksamhetsnivå. Samarbetet ska underlätta om det kommer en ny upptäckt eller en processororienterad förändring då den direkt ska kunna omsättas till praxis eftersom en verksamhetschef och en forskningsansvarig sitter nära varandra. På många håll i organisationen fungerar inte samarbetet och genom UMCS hoppas ledningen på ett ökat integrerande, berättar Bengt Jeppsson.

Alla verksamhetschefer utom en har uttryckt att samarbetet med Medicinska fakulteten har stora förbättringsmöjligheter.

Jesper Petersson anser att det har varit svårt att få gehör från den Medicinska fakulteten för att bedriva patientnära forskning. Han har inte stora förhoppningar på att sammanslagningen ska ge ökat gehör. De har tidigare testat korsvisa modeller med en professor i ledningen. Samarbetsmodellen resulterade inte i mycket mer än att forskarna fick hjälp att utforma bättre ansökningar. Att ge verksamhetschefer mer ansvar för vad det ska bedrivas forskning kring anser Jesper Petersson är en total omvändning mot hur Medicinska fakulteten har arbetat tidigare. Det har varit en trend i 20 år att ansvaret om forskningsfrågor har tagits ifrån verksamhetscheferna. ”*Största omvändningen Medicinska fakulteten gjort på 20 år. Det är i så fall en enorm omvändning med nytänkande*”. Jesper Petersson ser en möjlighet med sammanslagningen att det kan skapas större forskningsenheter med fler forskare och därigenom attrahera mer forskningsmedel.

Magnus Eneroth ser stora fördelar med att samla forskningen under ett tak. I Malmö och Lund pågår väldigt framstående forskning och genom att dela med sig av kunskapen som finns på båda sjukhusen kan forskningen bli ännu mer framstående. Om det kommer att skapas mer utrymme för forskning i och med sammanslagningen är Magnus Eneroth tveksam till. Det är svårt att tillåta forskning i dagens pressade budgetar. Forskningen är det som skärs ned på först och Magnus Eneroth ser det som ett problem för sjukvården i Skåne på längre sikt.

Flera verksamhetschefer efterfrågar klinisk forskning som inte behöver vara avancerad men som kan få stora genomslag för effektiviteten på klinikerna. Tre av verksamhetscheferna ser en risk med att vården genom UMCS kan gå miste om de unika idéer som genereras av små forskningsgrupper och spontaniteten i forskningen blir lidande.

Pelle Gustafson tror att problemen kring forskningen som uppstod i Stockholm berodde på att rektorn på Karolinska Institutet var drivande utan att ha förankrat sina idéer i verksamheten. Vidare anser Pelle Gustafson att sammanslagningen i Stockholm inte skapade en fullt integrerad process mellan sjukvården och forskningen. Genom UMCS tror han att det finns förutsättningar för att bli en av de absolut ledande inom medicinsk forskning i Sverige. Med UMCS kommer sjukvården att kunna ställa större krav på att forskningspengarna läggs på de problem som verksamhetschefer upplever ute i vården.

Fram till 60- 70 talet var Sverige bäst i världen på klinisk forskning, men efter det gjordes en omprioritering i Medicinska fakulteten och de valde att satsa på experimentell forskning. Därmed nedmonterades den kliniska forskningen eftersom det inte fanns pengar till båda forskningsinriktningarna. Personligen tror Bengt Nellgård att omprioriteringen var felaktig. Sammanslagningen är viktig för den kliniska forskningen, eftersom det blir en större volym av patienter när orternas patientgrupper slås samman. Det blir större forskargrupper vilket gör att fler vetenskapliga arbeten finns tillgängliga när en ansökan om forskningsmedel skickas in. Större forskargrupper innebär i sin tur att det finns en större möjlighet att få mer anslag. UMCS är bra eftersom integrationen kan öka samarbetet mellan vården och forskningen på olika nivåer. Vården kan arbeta direkt mot forskningen och fråga varför det inte ges anslag till specifika problemområden.

Uno Aldegren menar att bildandet av UMCS inte kommer att tillföra nya forskningsmedel. Omorganisering attraherar i sig inte mer forskningsmedel, utan är ett sätt att kanalisera pengar till de viktigaste ställena. Formen för UMCS har Region Skåne hittat i Holland och Uno Aldegren tycker att det är farligt att hämta exempel från andra länder om inte hänsyn tas till de olika förutsättningarna som råder där och i Sverige. Han efterfrågar ett bättre underlag innan implementeringen av UMCS genomförs.

5.9 Styrning

Styrning inom vården är svårt, det är bland det mest utmanande du kan tänka dig, menar Sören Olofsson. Det är oerhört komplicerat eftersom verksamhetschefer inte vet från dag till dag hur patientsammansättningen ser ut. Du utsätts hela tiden för överraskningar. Den bristande styrningen inom vården beror till stor del på att det är en så komplex verksamhet men även på att det är så starka professionella identiteter inom organisationen som har lett till ineffektivitet. Sjukhuset är dessutom styrd av politiska organisationer och de kan aldrig vara

lika effektiva som en icke-politiskt styrd organisation. Han berättar vidare att det pågår ett arbete med att hitta effektivare styrning inom hela Region Skåne, men det är också viktigt att Bent Christensen har en väl genomtänkt vision för hur han vill styra, vilket han har enligt Sören Olofsson.

En av verksamhetscheferna menar att den största möjligheten med sammanslagningen är att införa managementliknande styrning och produktionsplanering för att utnyttja resurserna på bästa sätt. Han säger att det möjligtvis skulle gå att införa annars också men att det blir betydligt lättare att göra i samband med sammanslagningen.

Samtliga verksamhetschefer efterlyser fler och tydligare mått som de kan arbeta efter. Målen idag är ofta av ekonomisk karaktär och kopplade till budget. Målen är svåra att använda som styrning utan fungerar mer som kontroll. Alla utom en skulle önska mer stöd med styrningen uppifrån.

En verksamhetschef i Lund tycker att Bent Christensen förser cheferna med ett tydligt ramverk. Bent Christensens värderingar är tydliga och det finns en väl uttalad beslutsordning om vem som får fatta vilka beslut. Värderingsstyrning ställer högre krav på verksamhetscheferna som blir små sjukhuschefer i sjukhuset. Det finns emellertid en risk att det skapas informella sjukhuschefer med ett stort ansvar som arbetar i fel riktning. Thomas Ekström säger att i inledningsfasen av SUS kommer de att arbeta med tydliga ramverk och spelregler för divisions- och verksamhetschefer. Ramverken och spelreglerna ska användas för att vägleda cheferna till en början samt att minimera risken att delarna i organisationen går åt olika håll.

En verksamhetschef menar att det måste bli tydligare för all personal vad de ska uppnå och leverera varje dag. Efterlevs inte målen måste orsaken till det följas upp. Han tror att det i och med sammanslagningen kan bli lättare att införa styrnings- och kommunikationsverktyg som kan mäta kvalitet, effektivitet och produktivitet.

En verksamhetschef uttrycker sig på följande sätt: *”Det som vi har krav att leverera uppåt har vi inte alls någon nytta av i vår styrning. Det är bara ekonomiska mått som jag inte har någon som helst nytta av för min egen styrning.”*

Alla verksamhetschefer uttrycker stor frustration över att styras av budget, vilket inte är något de själva kan påverka. Budgeten grundar sig bara på historisk data, det finns inga tydliga

uppdrag utan är bara passiva siffror. Det gäller att sikta in sig på den historiskt satta produktionssiffran och försöka ligga så nära den som möjligt. Överproducerar verksamheten ges ingen ersättning, produceras mindre minskar anslagen, vilket medför att verksamheten kan producera sig ner till noll.

Bent Christensen menar att han ska styra den nya organisationen genom att utveckla ett kommunikativt ledarskap, att få chefer att förstå vad som efterfrågas. Sjukhuset ska använda sig av kunskapsstyrning för att förmedla kunskap till den nya organisationen. En del av processen är att ta fram standarder utifrån forskning som verksamheterna kan arbeta efter. I SUS ska en evalueringsstab inrättas som ska hjälpa cheferna att se och visualisera sin egen verksamhet så att de kan arbeta för att bli bättre. Bent Christensen menar att vissa verksamhetschefer är mycket missnöjda med att behöva hålla sig inom budget varför cheferna bara ser att de arbetar med det. De arbetar även mycket med Lean vilket ska genomsyra SUS.

I Lund har Eva Ranklev Twetman haft problem med att mäta kvalitet eftersom de rätta IT-systemen inte funnits. Hon tror att kvalitetsarbetet kan bli bättre nu eftersom Malmö kommit längre med det här tack vare att de haft en stab som har arbetat med verksamhetsutveckling. Hon ser positivt på att få ta del av deras kunskap. Mätning av ledtider har gjorts lokalt i samband med Lean men inte på central nivå.

5.10 Medför sammanslagningen kostnader?/Finns det besparingskrav?

Jerker Swanstein uppger att Region Skåne har medel undanlagda för att möta ökade implementeringskostnader. I övergångsskedet uppstår det alltid ökade kostnader, till exempel när det finns två ekonomichefer och det ska bli en måste ledningen lösa ut vederbörande. Ytterligare kostnader uppkommer när två system ska arbetas ihop till ett. *”En puckelkostnad är vi mycket väl medvetna om att det kommer. Det finns ingen allmän kostnadshöjning men skulle det uppstå puckelkostnader skjuter man in pengar för ett specifikt projekt.”* berättar Jerker Swanstein.

Uno Aldegren dementerar att det skulle finnas pengar för omställningskostnader i Region Skånes budget. Han säger att de två tidigare sjukhusen ska spara över en halv miljard kronor under nästa år och det finns inga pengar avsatta för en sammanslagning.

Bent Christensen menar att över en treårsperiod kommer sammanslagningen kosta 300 miljoner kronor exklusive investeringar som gjorts i Proluma. Pengarna till

sammanslagningen har omprioriterats, vilket gör att det redan nu finns 60-70 miljoner kronor per år avsatta till sammanslagningen.

Thomas Ekström uppger att det inte är budgeterat för några omställningskostnader, men det finns möjlighet att göra långsiktiga investeringar för ombyggnationer. De ska redovisa alla merkostnader som uppkommer för sammanslagningen. Kostnadsökningen kommer att belasta verksamheten och i slutänden produktionen. Han uppger även att det nya integrationskontoret ska bestå av honom och Claes Arén.

Magnus Eneroth anser att det är väldigt viktigt att politiker inser att det kan krävas omställningskostnader för att på lång sikt kunna uppnå stordriftsfördelar och därmed ökad kostnadseffektivitet. Genom att bara använda befintliga resurser kan processen komma att bli försenad.

Jesper Petersson berättar att han går in i sammanslagningen med ett sparbetning på 6 procent av budget.

Sören Olofsson menar att det han lärde sig från sammanslagningen i Stockholm var att inte gå in i en fusion av universitetssjukhus med ett besparingskrav. Temat ska vara konkurrenskraft och kvalitet och ledningen får helt enkelt hoppas att det går att göra besparingar trots allt. Det finns ett effektivitetskrav därför att de två sjukhusen har ett underskott på runt 450 miljoner kronor. Kravet är att de ska flytta sig mot noll men det kravet fanns även tidigare och nu ökar möjligheterna för att det ska lyckas. Det finns inga speciella mått på vad fusionen i sig ska leda till utan fokus ligger på att åstadkomma bättre kvalitet i vården.

6. Analys

I nedanstående kapitel analyseras det empiriska materialet utifrån tidigare nämnda teorier samt hur praktiken sett ut i Göteborg och Stockholm.

6.1 Analys av hur Prolumaarbetet har uppfattats

Heracleous nämner att deltagande vid planering är viktigt i samband med en förändring för att det inte ska uppstå motstånd. Som vi har förstått har de verksamheter som involverades i Proluma 1 fått vara delaktiga i planeringen av vad som skulle förändras, men att deras förslag inte upplevdes ha fått gehör från ledningen. Både Bent Christensen och Bengt Nellgård bekräftar den bilden. Bent Christensen menar att Proluma 1 var en läroprocess och i arbetet efter Proluma 1 har verksamheterna i högre grad involverats. Vi har uppfattat det som att ledningen kände att de var tvungna att genomföra Proluma 1 med toppstyrning för att driva igenom beslut. Risken fanns annars att inget hade hänt på vissa klinker eftersom motsättningarna var så stora. Från verksamhetschefernas sida måste det finnas en vilja till förändring. Har det inte funnits en vilja har förändringen införts ändå eftersom Proluma är ett centralt politiskt fattat beslut. I sammanhanget ska det emellertid sägas att en av verksamhetscheferna upplevde att han fick gehör från ledningen och kunde påverka utslaget, eftersom de var villiga att förändra. Verksamhetschefen menar att andra verksamhetschefer inte fick inflytande eftersom de inte kunde enas och inte heller visade någon vilja till förändring.

Vidare tar Heracleous upp att kommunikation är väldigt viktigt för att medarbetare ska förstå varför förändring sker. Informationen under Proluma 1, menar en verksamhetschef, var bristfällig vilket bidrog till att det inte fanns någon transparens kring besluten. Bristen på kommunikation från ledningen har även försvårat ett synligt, aktivt och tydligt ledarskap för verksamhetscheferna, vilket Heracleous också nämner som centralt vid ett förändringsarbete. Det finns en inkonsekvens mellan hur ledningen har arbetat och Heracleous teori eftersom informationen har upplevts som bristfällig. Vi tror att den upplevda bristen på kommunikation har gjort att verksamhetscheferna inte till fullo har förstått varför en sammanslagning av kliniker gjorts. I sin tur har bristen på förståelse gjort att cheferna inte har fungerat som ambassadörer för förändringen ute på sina verksamheter och förankrat besluten där. Eftersom

ledningen inledningsvis inte var tydliga med vad verksamheterna kunde påverka och vad beslut skulle fattas om centralt uppfattar vi det som att det skapades en osäkerhet som har ytterligare spänt på motståndet. Det otydliga ledarskapet kring vad som kunde påverkas har ytterligare lett till att stora resurser har gått förlorade på grund av felaktigt fokus. Mediebevakningen av Prolumaprocessen var negativ och, enligt Bengt Nellgård, felaktig. Vi tror att en upplevd bristfällig kommunikation från ledningen samtidigt som en negativ bild av Prolumaprocessen spreds i media ytterligare har accelererat motståndet i organisationen. Stor del av den information som medarbetarna hade tillgång till var medias negativa bild.

Heracleous betonar betydelsen av att utveckla kunskap för att minimera motstånd. Att verksamhetschefer inte var eniga och kunde föra konstruktiva diskussioner och på så sätt utbyta idéer och kunskap kan vara en anledning till det kraftiga motståndet i Proluma 1. De verksamheter som var enade har genom kunskapsutbyte kommit fram till gemensamma konstruktiva lösningar som har stärkt samarbetet mellan verksamheterna.

Prolumaprocessen har gjort det möjligt att genomföra en sammanslagning smidigare mellan sjukhusen då det tunga arbetet med att slå ihop kliniker redan har gjorts av en del verksamheter. Precis som alla respondenter uppger har Proluma skapat en acceptans i organisationen för en sammanslagning. Genom Proluma har ledningen, utan avsikt, genomfört sammanslagningen stegvis, vilket kan förenkla det fortsatta arbetet då förändringar enligt Heracleous teori ska införas gradvis. Sammanslagningarna i Stockholm och Göteborg föregicks inte av en liknande process som Proluma, utan där slogs hela sjukhusen ihop på en gång. I Skåne har problem som medföljer en sammanslagning tagits gradvis och till och med inneburit att verksamheter självmant velat slås ihop med motsvarande klinik på den andra orten.

Proluma har varit uppslitande för personalen. Risken finns att när nu ytterligare förändringar ska genomföras i och med sammanslagningen, är personalen trötta på förändring och saknar det engagemang som krävs. Ytterligare ett problem med Proluma är att i enstaka fall kan processen ha slagit sönder två välfungerande kliniker när de blivit en. Proluma 1 upplevdes som toppstyrt och vissa verksamhetschefer har uttryckt att ledningen i vissa fall varit bristfällig. Toppstyrningen kan innebära att förtroendet för ledningen är skadat när en sammanslagning initieras.

6.2 Analys av tankar kring sammanslagningen

Enligt Jerker Swanstein och Sören Olofsson var det största problemet med Proluma att det fanns två sjukhuschefer. Vi tror också att det kan vara problematiskt att jobba med samordning av verksamheter med två olika chefer som representerar två olika sjukhus. Problemet tror vi inte endast ligger i att det finns två sjukhuschefer utan två chefer på varje nivå som hela tiden måste samsas kring ett beslut där varje chef ser till "sitt". När förhandlingar har strandat har beslutet i vissa fall behövt tas ända upp på Regionnivå. Eftersom det endast finns en chef blir det ett tydligare ledarskap.

De av respondenterna som vet vad visionen för SUS är uttrycker den på olika sätt. Att ledningen för SUS inte har arbetat fram och kommunicerat en tydlig, klar och gemensam vision kan försvåra integrationen eftersom en vision ska fungera som vägledning för samtliga medarbetare på sjukhuset. Att respondenterna inte uppger en likartad vision kan innebära att organisationens delar kommer att utvecklas i olika riktning. Visionen blir extra viktig när organisationen blir dubbelt så stor. Enligt McKinsey var det här ett problem i Stockholm eftersom chefer inte förstod vad visionen innebar. Otydligheten i Karolinska Universitetssjukhusets vision innebar att den inte gick att jobba efter då den vare sig var detaljerad eller kvantifierad. Problemet i Stockholm belyser vikten av att ha en tydlig vision att arbeta efter och som personalen kan relatera till. Vi tror att anledningen till att respondenterna uttrycker olika visioner kan bero på att de är verksamma på olika nivåer och har olika intressen och antaganden med sammanslagningen.

6.3 Analys av de kulturella skillnaderna mellan sjukhusen

Enligt Balogun och Johnson misslyckas ofta organisatoriska förändringar då företagskulturens betydelse underskattas. Det här verkar inte vara fallet i Region Skåne eftersom ledningen snarare verkar överdriva dess betydelse i jämförelse med verksamhetschefernas syn på kulturskillnaderna. Kulturella skillnader kan även ses som en tillgång där den nya organisationen kan använda sig av det bästa från två olika kulturer. Kulturskillnader kan i slutändan vara värdeskapande för patienter. Bent Christensen anser att gamla kulturer ska få leva kvar, samtidigt som det ska skapas en ny gemensam kultur som förenar. Bent Christensens integrationsstrategi ligger i linje med Morosini *et als* forskning om att ledningen ska ta tillvara på och utnyttja den kulturella mångfald som uppstår vid sammanslagningar av två olika kulturer.

När sjukhusen slås samman är det enligt många respondenter viktigt att den ena kulturen inte tar över den andra. Larsson och Lubatkin påpekar även att den ena organisationens kultur inte får tvingas på den andras eftersom det intensifierar motståndet. Bengt Nellgård menar att i Göteborg och Stockholm tvingades det ena sjukhusets kultur på de andra. I Stockholm karakteriserades kulturen under en längre period av revirtänk och offermentalitet enligt McKinsey. Hofstede tar upp symboler som ett kännetecken för kultur och genom att Region Skåne valt att ge det nya sjukhuset ett helt nytt namn, istället för att som i Stockholm och Göteborg välja ett av sjukhusens namn, tror vi att det skapas en ny kraftfull symbol som visar att något nytt formas. Vi bedömer det även som viktigt att Bent Christensen säger att hans strategi för att möta kulturskillnaderna är att det ena sjukhuset inte ska få ta över det andra, vilket minskar sannolikheten att kulturskillnaderna kommer orsaka svårigheter vid sammanslagningen.

Alvesson och Sveningsson framhåller organisationens identitet som nära relaterat till kultur. Identitetsskillnaderna mellan Malmö och Lund är tydliga och har strikta externa gränser eftersom Lund alltid är Lund mot Malmö, enligt Jerker Swanstein. Identitetsskillnaderna har förstärkts genom att sjukhusen har hållits isär samt att många jobbar hela sitt liv på ett sjukhus och har byggt hela sin karriär där. Vid skapandet av SUS finns det risk att det uppstår problem eftersom personalen håller fast vid sina ursprungliga identiteter eller till och med överdriver skillnaderna. Från våra intervjuer framgår det att i SUS förekommer kulturella olikheter samt två fokuserade identiteter. Enligt Alvesson och Sveningsson finns det stor risk att konflikter blir framträdande under sammanslagningsprocesser med de här karakteristika, se figur 3.

Identitet

		Outtalad	Fokuserad
Kulturell	Likhet	Oproblematisering integration (1)	Identitetskonflikt (2)
	Olikhet	Kulturkrock eller kulturell inläring/transformering (3)	Identitets- och kulturkollision (4)

Figur 3 Alvesson & Sveningsson 2007

Skillnaderna i sjukhusens identiteter kan komma att stärka vi och dem känslan i SUS. Förtroendeproblemet från implementeringen av Proluma kan skapa misstänksamhet och oro, vilket kan leda till att gruppmedlemmar överbetonar och framhäver olikheterna för att värna om sin egen identitet. Verksamhetscheferna har uttryckt efter att de har samarbetat i Prolumaprocessen att kulturskillnaderna inte är så stora som de trodde. Under den förutsättningen innebär det att SUS rör sig mot ruta 2 i figur 1, vilket kan leda till avstånds- och konfliktkänsla. De likartade kulturerna skapar förutsättningar för en ny gemensam identitet. Vår uppfattning är trots allt att SUS för närvarande befinner sig i ruta 4 men rör sig mot ruta 2 eller 3. Det grundar vi på att personalen genom Proluma har tvingats att interagera med varandra samt att verksamhetschefer uttrycker att det går att samarbeta över gränserna.

Bildandet av SUS får ses som ett storslaget teknokratiskt projekt eftersom de följer en planerad organisationsförändring. SUS tillvägagångssätt liknar det som Alvesson och Sveningsson beskriver där ledningen rekryterar personal som stödjer förändringen, använder utbildningsprogram för att uppmuntra korrekt beteende samt att Bent Christensen använder sig av handlingar och visionära tal. Enligt Alvesson och Sveningssons teori är det viktigt att använda sig av en småskalig och fortlöpande omformning av vardagen för att skapa förtroende för en ny kultur. Ett exempel som författarna nämner är att lokala initiativ som kan inspirera stora förändringar bör beaktas. Bent Christensen berättar att de har tagit hänsyn till småskalig och fortlöpande omformulering av vardagen genom att verksamheterna själva ska få vara med och utforma sin framtid.

Vi tror att det, i likhet med vad Bengt Jeppsson säger om att studenter idag studerar både i Lund och i Malmö under sin medicinutbildning, kan komma att på sikt eliminera eller i varje fall minska kulturskillnaderna och identitetskänslan. Ledningen bör vara medveten om att en kulturell förändring tar väldigt lång tid då kulturer, enligt Hofstede, är trögrörliga och svåra att förändra eftersom människor i grupper tenderar att hålla fast vid gamla vanor och värderingar. Med Proluma har kulturella broar börjat byggas och många av de förutfattade meningar som fanns har börjat suddas ut enligt verksamhetscheferna. Symboler såsom ny hemsida och gemensam medarbetartidning ska enligt Bent Christensen vara klar inom kort. Enligt Hofstede skapas kultur bland annat genom att använda symboler som dessa.

6.4 Analys av personalmotstånd i fusionsprocessen

Den mest drastiska metoden att göra motstånd på är enligt Empson att säga upp sig. Under Proluma valde vissa läkare att säga upp sig på grund av omorganiseringen. Det finns en risk att SUS patientsäkerhet påverkas negativt om fler läkare väljer att lämna organisationen.

Pelle Gustafson nämner att motståndet ofta kommer från äldre inte fullt yrkesverksamma läkare som har byggt hela sin karriär i Lund och är starkt förankrade i den lundensiska kulturen. Som vi även tidigare tagit upp finns det stora kulturskillnader mellan sjukhusen. Kleppestö menar i sin studie att det inte finns något samband mellan hur lika kulturer är i olika organisationer och hur lätt det är att slå ihop dem. Det handlar om hur integrationen genomförs om det uppstår motstånd eller inte. Ofta behövs det ett omfattande integrationsarbete för att kulturer som står i konflikt med varandra inte ska skapa motstånd. Jerker Swanstein säger sig förstå varför det finns ett inbyggt motstånd i kulturen eftersom de olika kulturerna är djupt rotade i 100-åriga traditioner. Om inte ledningen lyckas integrera kulturerna på ett bra sätt kommer ett motstånd ur ett kulturellt perspektiv att uppstå.

Kommunikationen från ledningen ska vara så rak, ärlig och tydlig som möjligt i en sammanslagning menar Empson. Sören Olofsson betonar att för att lösa personalmotstånd är det centralt att kommunicera varför en förändring görs. Empson framhåller att det är viktigt att involvera personal på alla nivåer i organisationen för att få igång en kommunikation mellan personal från de olika organisationerna. Bent Christensen har involverat personal genom att verksamhetscheferna på de verksamheter som har slagits samman har varit tvungna att sitta ner och diskutera fram lösningar. I alltför många fall slutar chefer att kommunicera nedåt vad som händer i förändringsprocessen när personalen behöver det som mest, enligt Schweiger. Respondenter beskriver beslutet om SUS som att det kom som en blixtnedslag från klar himmel. Enligt Marks och Mirvis teori uppstår motstånd till följd av bristfällig kommunikation. Att det upplevs som en blixtnedslag från klar himmel innebär att ledningen använder sig av bristfällig envägskommunikation som kan öka personalmotståndet. Tiden mellan beslut om sammanslagning till faktiskt genomförande har varit väldigt kort, och kan vara en anledning till motstånd eftersom det inte funnits tid att involvera personalen i besluten.

En annan orsak till motstånd enligt Bringselius är oro för den egna karriären. Även flera av respondenterna hävdar att motståndet drivs av rädsla för sin och verksamhetens framtida situation. Rädslan är inte obefogad då forskning visar på att fusioner ofta har en negativ

påverkan på den enskildes karriär. Här tar tre verksamhetschefer upp oron över vad som händer med en själv och ens verksamhet. Motståndet mot en sammanslagning har mildrats av att Proluma 1 redan har genomförts och att personalen till viss del redan var beredda på en förändring.

Enligt Holbeche finns det en risk att personalfrågor inte prioriteras i sammanslagningsprocesser eftersom chefer själva är osäkra på sina egna karriärer. Fastän Bent Christensen har sagt att ingen inledningsvis ska avskedas är det verksamhetschefernas uppfattning att det endast kommer att finnas plats för en verksamhetschef i SUS. Själva processen med en sammanslagning är inte alltid lätt för personalen att gå igenom och karaktäriseras ofta av stress för de berörda. I och med att det finns en viss oro hos cheferna om huruvida de får behålla sin position kan det vara svårt för verksamhetscheferna på SUS att kommunicera fördelarna med en sammanslagning till sin personal vilket resulterar i ökat motstånd då det kan uppstå förvirring på klinikerna.

Åsa Hägglin har erfarenhet från förändringsarbete på USiL och säger att läkare är svårare att få med i förändringsarbete, vilket också poängteras av Brorström i hans forskning kring sammanslagningen i Göteborg. Med hjälp av sin expertkunskap bygger läkarna upp en mur som kan vara svår att tränga igenom om beslutsfattarna inte själva besitter kunskapen. Vissa av verksamhetscheferna nämner att läkare aldrig skulle acceptera en chef som inte är läkare. Bent Christensen och de flesta divisions- och verksamhetschefer är i grunden läkare vilket gör det lättare för dem att få gehör från läkarprofessionen. Att ledarna är läkare är en förutsättning för att driva förändring och mildrar kanske professionens motstånd. Det räcker inte med att ledningen är läkare enligt Brorströms forskning utan det behövs en omfattande kommunikation som sprider en positiv bild av sammanslagningen samtidigt som personal involveras och myter motbevisas.

6.5 Analys av decentraliserad organisationsstruktur

I Stockholm och Göteborg blev resultatet av sammanslagningen att den upplevdes som toppstyrd. Håkan Cederholm berättar att det förts diskussioner kring huruvida toppstyrning även skulle inträffa på SUS, men det tror han inte att det blir fallet då Bent Christensen har för avsikt att föra ner beslut till den nivå som berörs. För att undvika toppstyrning i SUS menar Bent Christensen att de ska arbeta i en väldigt decentraliserad struktur där beslut ska tas på lägsta möjliga nivå. Bent Christensens ledarstil bygger i stor utsträckning på att förmedla sina

värderingar till divisions- och verksamhetscheferna så att de ska förstå vilka beslut som är önskvärda. Förutsättningar för att inte bli en toppstyrd och tungrodd organisation finns med den här typen av struktur och ledarskap. I och med att Bent Christensen kommer att bli sjukhuschef för en dubbelt så stor organisation som tidigare krävs det enligt respondenterna en decentraliserad organisationsstruktur för att minska besluts- och informationsbördan för att SUS inte ska bli en trögörlig och tungrodd organisation. I Stockholm fattades besluten före och efter sammanslagningen på central nivå. Detta gjordes för att hantera den turbulens som uppstod vid fusionen, vilket skapade en toppstyrd organisation och har enligt McKinsey fortsatt.

Sjukhus är ett exempel på en professionell byråkrati vilket är en decentraliserad organisationsstruktur. I och med läkarnas specialistkunskaper skapas självstyre gentemot ledningen. Självstyret gör att det till viss del automatiskt skapas en decentraliserad struktur och just det faktum att det är specialiserat belyser vikten av att beslut kan tas ute på verksamheterna. Läkarna i Göteborg upplevde inte att de kunde ta beslut, enligt Brorström, då organisationen var så toppstyrd att läkarna inte tog egna initiativ själva eftersom initiativ ändå ändrades av ledningen. Enligt Bent Christensen ska chefer få stora befogenheter, vilket han exemplifierar med att han inte vill ta beslut åt verksamhetschefer men att han gärna diskuterar.

6.6 Analys av ledarskapets betydelse i sammanslagningen

Aiken och Keller betonar betydelsen av att ha en engagerande verksamhetsplan som medarbetarna ska skriva själva. Enligt teorin blir det därför viktigt för Bent Christensen att skapa en sjukhusövergripande vision som alla medarbetare kan relatera till och som verksamheterna kan skapa egna strategier kring. För att skapa en förändringsvilja är det viktigt att för- och nackdelar lyfts fram, enligt Aiken och Keller. Samma författare tar också upp att ledare måste agera som förebilder och visa vägen i en organisationsförändring samt att det ofta är inofficiella ledare som driver förändring. Utifrån teorin blir det därför viktigt att divisions- och verksamhetschefer arbetar med att förankra SUS på klinikerna samt att de lyckas få med sig inofficiella ledare. Om de inte lyckas kan integrationen försvåras. Pelle Gustafson berättar att det ofta är de äldre läkarna som sätter agendan och fungerar som informella ledare. Enligt Aiken och Keller är det viktigt att få medarbetarna att se fördelarna med en ny organisation. Bent Christensen går in i en sammanslagning med chefer som

övergripande verkar tro på och stötta förändringen. Det är sedan verksamhetschefernas uppgift att påverka sin personal positivt. Bent Christensen uppger att verksamhetscheferna gärna får vara kritiska men att när ett beslut väl har tagits är det viktigt att de kommunicerar en positiv bild för att förankra beslutet i verksamheten. Om inte medarbetarna känner att SUS är rätt för dem finns det en risk att de motarbetar sammanslagningen. Aiken och Keller påpekar att kompetenshöjande åtgärder är centralt i en förändringsprocess. Bent Christensen berättar att han planerar att stötta sina chefer med utbildning.

Kim och Mauborgne talar om ledarskapets betydelse för att få med den kritiska massan av de anställda för att kunna driva igenom en förändring. Ledare har begränsade resurser enligt författarna och ska därför lägga sin energi där den ger störst avkastning. Det finns en risk att sammanslagningen inte får det genomslag som ledningen önskar om verksamhetschefer lägger sin energi på saker där de inte har möjlighet att förändra. Det är av betydelse att verksamhetschefer inte arbetar för att motverka sammanslagningen då det ligger utanför deras kontrollsfär. Lyckas verksamhetschefer få med sig nyckelpersoner ute på avdelningarna, kommer det att ge högsta möjliga avkastning på verksamhetschefernas resurser. Om inte verksamhetscheferna kan övervinna motivationshindret kan det uppstå svårigheter eftersom personalen inte engagerar sig i förändringen. Det politiska hindret som Kim och Mauborgne påpekar i sin teori handlar om att tysta de starkaste nej-sägarna samt att få med sig en respekterad äldre medarbetare. Det kognitiva hindret i Kim och Mauborgnes modell handlar om att få alla i organisationen att verkligen förstå vad problemen är. I samband med Proluma var de berörda verksamheterna tvungna att öppna upp sig. Vi ser en stor potential med sammanslagningen nu när samtliga verksamheter och funktioner på sjukhuset tvingas öppna upp sig och visa siffror på hur verksamheten fungerat. Det kan vara smärtsamt att tvingas se men väldigt lärorikt för att skapa en långsiktigt framgångsrik organisation. Genomlysningen som sammanslagningen tvingar fram möjliggör jämförelse samt en diskussion med andra verksamheter om hur arbetet utförs. Verksamheter kan tack vare genomlysningen dra lärdom av varandra. För att detta ska fungera effektivt ställs det höga krav på ledarskapet eftersom cheferna måste vara ärliga och öppna för nya förslag.

McKinsey framhåller bristen på ledarskap som ett av Karolinska Universitetssjukhusets stora problem. Bilden av att få läkare verkar vilja göra chefskarriär bekräftas även av verksamhetschefer i Lund och Malmö att så också är fallet i Skåne, eftersom deras kollegor inte vet om de ska gratulera eller beklaga befordringen. Problemet som finns i Stockholm kan

även bli ett problem i sammanslagningen i Skåne om ledningen här inte kan få fram de bästa cheferna. Behovet av bra chefer är ännu större efter en sammanslagning eftersom cheferna ska vara ansvariga för en dubbelt så stor enhet som tidigare.

McKinsey poängterar behovet av stöd för att som chef kunna fatta tuffa beslut. Johan Westerdahl upplever att han inte har fått stöd med tydliga direktiv om hur förändringen ska förankras i verksamheten. Bristen på stöd har även medfört att mycket av Johan Westerdahls tid har gått åt till ineffektiv verksamhet. Heraclous tar upp vikten av att det i en förändring måste finnas stödfunktioner som stöttar ledarna. Det upplevda bristfälliga stödet till verksamhetscheferna är en svårighet att övervinna så att cheferna kan ta de beslut som krävs av dem.

Heraclous menar att ledarskap vid förändring måste bedrivas synligt, aktivt och tydligt. Den här typen av ledarskap tror vi kan bli ett problem eftersom chefer kommer att ha ett övergripande ansvar över två orter när en sammanslagning av deras verksamheter sker. Flera av verksamhetscheferna uttrycker oro över att inte kännas närvarande i sitt ledarskap. Det faktum att chefer måste bedriva ett synligt, aktivt och tydligt ledarskap på två orter är ett problem eftersom de känner att det kan bli svårt. Cheferna uttrycker att de måste hitta ett system för att planera sin närvaro på båda orterna så att inte tid och resurser läggs på transporter. Om inte Bent Christensen upplevs särskilt närvarande i Malmö, eftersom han tidigare varit sjukhuschef i Lund, kan det skapa förvirring eftersom han har en annan ledarstil än den tidigare sjukhuschefen.

6.7 Analys av stordrift

En av de största möjligheterna med en sammanslagning enligt Jerker Swanstein är att skapa kostnadseffektivare vård i Skåne. Jerker Swanstein menar att sjukhusen i Lund och Malmö tillsammans är mer effektiva vilket är något som är inkonsekvent mot Söderström och Lundbäcks studie som visar på att stora sjukhus inte är mer effektiva än små och medelstora. Söderström och Lundbäck menar att när sjukhus växer blir de mer svåröverskådliga, vilket försvårar styrningen. All tillgänglig forskning, menar Söderström och Lundbäck, visar att efter en storlek på 600 sängar finns inga effektivitetsvinster att göra. Efter sammanslagningen kommer SUS att få cirka 1750 vårdplatser, vilket innebär att de vida överstigit gränsen för optimal storlek enligt Söderström och Lundbäck. Om vi utgår från forskning finns det en risk

att det på politisk nivå finns en tro att en sammanslagning kan leda till en mer kostnadseffektiv organisation.

Jerker Swansteins mål är även att höja kvaliteten på högspecialiserad sjukvård. SUS innebär att kompetens och patientunderlag samlas på ett ställe vilket skapar synergieffekter inom högspecialiserad vård. Jerker Swansteins tankar om att ytterligare samordna den högspecialiserade vården, som påbörjades i Prolumaprocessen, ser vi som en stor möjlighet, dock hade det kanske kunnat göras genom att utöka Proluma. Söderström och Lundbäck menar att kvaliteten kan öka vid större behandlingsvolymen men att det inte uppnås genom större sjukhus utan snarare genom ökad specialisering. Verksamhetschefer ser effektiviserings- och kvalitetsförbättringsmöjligheter i sina verksamheter på grund av att sammanslagningen skapar ett större patientunderlag, vilket Söderström och Lundbäck bekräftar med sin studie. I Göteborg uppger 40 procent av de tillfrågade verksamheterna att en större kritisk massa är viktigt ur både personal- och patientperspektiv. När verksamheter slogs samman beskrev personal i Göteborg att det blev bättre flexibilitet i bemanningen och när volymen av patienter ökades gynnades kompetensutvecklingen, behandlingsresultatet och patientomhändertagandet inom vissa specifika områden.

Söderström och Lundström menar att det är svårt att säga vad det är som orsakar stordriftsnackdelar på stora sjukhus. Magnus Eneroth ser en risk i att större sjukhus har sämre nätverksstrukturer vilket försvårar snabba lösningar när problem uppstår. Personal vet inte vem som är ansvarig för vad, vilket resulterar i att de inte vet vart de ska vända sig när ett problem uppstår. Sammanslagningen kan innebära att SUS får sämre nätverksstrukturer och att den nya organisationen blir för stor för att skapa nya. Ytterligare en fara är att en större verksamhet inte kan skapa en gemenskap och få all personal att känna delaktighet.

I Stockholm ser McKinsey ett tydligt samband mellan ökat antal vårdplatser och minskad utnyttjandegrad. De påstår att det beror på att stora sjukhus är mer komplexa och flexibiliteten är lägre. För att inte det ska inträffa måste SUS ha ett sjukhusövergripande system som möjliggör maximerandet av kritiska resurser såsom vårdplatser och dyr utrustning. Thomas Ekström säger att det inte kommer att bli ett problem eftersom det redan nu är ont om vårdplatser i både Lund och Malmö. Det är viktigt att sjukhusledningen på SUS inte underskattar det här problemet då samma argument framfördes i Stockholm.

Ett av huvudargumenten till att slå ihop sjukhusen är, enligt Bent Christensen, att bli en mer attraktiv arbetsplats. Jesper Petersson menar att genom att ha större verksamheter och kliniker blir det lättare att attrahera kompetent personal, vilket han menar är en positiv aspekt som sammanslagningen öppnar upp för. En stor klinik är mindre sårbar för avhopp och sjukfrånvaro, vilket har upplevts i Göteborg.

6.8 Analys av forskningen

Ett av de tre uttalade målen med att bilda SUS är att stärka den kliniska forskningen. För att stärka den kliniska forskningen väljer Region Skåne att bilda UMCS samtidigt som SUS skapas.

Stendahls utredning föreslår som första punkt att rekryteringsåtgärder måste sättas in, bland annat ska chefer tillsättas på forskningsmeriter. Magnus Eneroth menar att verksamhetschefer bör vara disputerade för att kunna möta alla forskningsfrågor som uppstår på en verksamhet. Pelle Gustafson anser att det finns ett icke-uttalat krav på att verksamhetschefer måste vara disputerade för att bli accepterade. Baserat på detta tror vi att problemen kring chefskap som Stendahl uttrycker inte kommer att bli ett problem på SUS eftersom chefer med forskarerfarenhet redan är ett av de viktigaste kriterierna för att bli chef på sjukhusen i Lund och Malmö. Stendahls första punkt är inkonsekvent med hur respondenterna uppfattar vilka egenskaper som är bristfälliga hos dagens chefer.

Andra åtgärds punkten som Stendahls utredning föreslår är att det måste skapas större forskningsfokus på universitetssjukhusen. Dagens sjukvård är väldigt kortsiktig, fokus ligger på att hålla budget, och därför finns det risk att den kliniska forskningen konkurreras ut av den redan hårt trängda sjukvården. En verksamhetschef förtydligar situationen genom att förklara att det första som chefer drar ner på vid besparingskrav är forskning. Samma verksamhetschef menar att deras klinik har många forskningstimmar som inte utnyttjas varje år på grund av att forskningen bortprioriteras. Genom grundandet av UMCS skapas i SUS bättre förutsättningar för den kliniska forskningen. Stendahls utredning belyser vikten av att ha en gemensam ledningsstruktur som ansvarar för sjukvård, forskning och utbildning. I UMCS och i SUS är det tänkt att det ska finnas en korsvis organisationsstruktur med representanter i varandras ledningar på alla nivåer. Avsaknad av en integrerad ledningsstruktur var ett problem i Stockholm enligt McKinsey. Trots att Region Skånes ledning följer utredningens förslag tror inte verksamhetscheferna att UMCS kommer att varken tillåta mer forskning eller ge ökat

gehör för klinisk forskning inom den medicinska fakulteten. De tror alla att UMCS är ett steg i rätt riktning. Frågan är hur ledningsstrukturen faller på plats och vilket genomslag den kommer att få. Jesper Petersson är skeptisk till att ledningsstrukturen kommer att medföra en förändring från medicinska fakultetens sida. Den korsvisa ledningsstrukturen har tidigare testats på hans avdelning men det gav inga stora resultat. Vi ser att det inte finns någon direkt tro på att UMCS kommer att innebära den förändring som ledningen förväntar sig för den kliniska forskningen. Trots verksamhetschefernas skeptiska inställning ser vi en möjlighet med UMCS eftersom Region Skåne följer Stendahls åtgärdsplan i den här punkten för att skapa bättre förutsättningar för den kliniska forskningen.

Utredningens tredje punkt påpekar att implementeringen av forskningsresultaten inte fungerar i dagens sjukvård. Responderande verksamhetschefer belyser inte problemet utan lyfter istället fram att de inte får gehör för den forskning som de efterfrågar vilket i sin tur leder till att det inte implementeras nya forskningsrön ute i verksamheterna. Utredningen menar att forskningen inte kommer ut till verksamheterna men verksamhetscheferna menar att de inte får gehör för den forskning de vill ska bedrivas. Utifrån resonemanget blir det än mer betydelsefullt med den korsvisa ledningsstrukturen så att bådas intressen tillvaratas och det tror vi kan lösa båda parter problem.

Stendahl framför satsningar på infrastruktur som den sista åtgärds punkten. Genom bildandet av SUS och UMCS skapas ett större patientunderlag och genom att samordna högspecialiserad vård ökar tillgången till kostbar utrustning. Sammanslagningen bidrar till ett ökat kunskapsutbyte mellan städerna.

6.9 Analys av styrning

Christensen, Lågreid, Rosness och Røvik tar upp skillnader mellan privata och offentliga organisationer. Precis som Sören Olofsson säger är det svårt att styra offentliga organisationer eftersom det finns fler saker att ta hänsyn till än i privata organisationer.

I Stockholm och Göteborg upplevdes styrningen som bristfällig. I Göteborg hade sjukhusen och verksamheterna svårigheter att göra en uppföljning av verksamheterna på lokal nivå. Det uppfattades dessutom som att det inte fanns tydliga spelregler och riktlinjer. McKinsey tycker att det är anmärkningsvärt att Stockholm knappt använde sig av produktivitetsmått för att styra verksamheten. Vidare upplevde bara åtta procent av cheferna på Karolinska Universitetssjukhuset att de finansiella måtten gav en verklig indikation på prestation.

Söderström och Lundbäck menar att stora sjukhus är svåra att styra vilket de nämner som en av anledningarna till att stora sjukhus visar avtagande effektivitet. Bilden bekräftas av Sören Olofsson, som även menar på att styrning försvåras vid stora sjukhus. Styrningen blir enligt oss en väsentlig del för att kunna genomföra SUS på ett framgångsrikt sätt och kunna ta tillvara på de möjligheter som ledningen vill uppnå utan att bli en stor ineffektiv organisation.

Bristen på tydliga spelregler och riktlinjer i Göteborg har beaktats i Skåne eftersom Thomas Ekström poängterar vikten av att ha ramar för divisions- och verksamhetschefer i inledningsfasen av SUS. Tydliga spelregler och riktlinjer måste införas eftersom SUS ska arbeta med en decentraliserad struktur där verksamhetschefer får stort ansvar, vilket många respondenter också påtalar. För att en verksamhetschef ska kunna agera med det stora ansvaret tror vi det är viktigt att han eller hon vägleds för att inte behöva gå till sin närmsta chef vid varje beslut. Det större ansvaret kan innebära att verksamhetschefer utsätts för nya arbetsuppgifter, vilket kan bli särskilt aktuellt i Malmö eftersom de inte är vana vid Bent Christensens ledarstil.

Responderande verksamhetschefer upplever att det precis som i Stockholm saknas mått som det går att styra sin verksamhet efter. Styrningen idag baseras alldeles för mycket på budget och verksamhetscheferna tycker inte att de har någon möjlighet att påverka budgeten eftersom den många gånger är utanför deras kontroll. Budgetarbetet fungerar dessutom mest som kontrollverktyg och inte som styrning vilket gör att den upplevda bristfälliga styrningen i Skåne kan innebära en risk att de hamnar i samma situation som i Göteborg och Stockholm. Som budgeten ser ut nu skapar den inget incitament att genomföra förbättringar. Verksamhetschefer straffas om de gör en besparing genom att få ännu större besparingskrav nästa år. Jerker Swanstein uttrycker att ett av målen med sammanslagningen är att skapa effektivare sjukvård i Skåne. Samtidigt används ett system som straffar verksamhetscheferna när de genomför en effektivitetsförbättring. Att uppnå Jerker Swansteins effektivitetsmål med sammanslagningen försvåras av det här systemet. En evalueringsstab ska inrättas som ska arbeta med att hjälpa chefer att visualisera sin verksamhet samtidigt som Lean ska genomsyra hela organisationen, vilket kanske ändå tyder på att en annan form av styrning är på väg att inträda i SUS.

En verksamhetschef anser att den största möjligheten med sammanslagningen är att samtidigt kunna införa nya mått för produktionsplanering. Om det här ska införas kommer det att ställa

stora krav på verksamhetscheferna, eftersom det inte finns några universala mått för att mäta produktion i sjukvården idag. Vi ser ett tillfälle att förbättra styrningen i samband med sammanslagningen eftersom samtliga verksamhetschefer ställer sig positiva till att styra med hjälp av fler mått. Problemet, som många verksamhetschefer uttrycker, är att de inte själva har kunskapen och måste få hjälp. Får chefer inte tydliga direktiv från Bent Christensen eller hjälp från den nyinförda evalueringsstaben kan det bli svårt att utforma användbara mått som kan utveckla verksamheten. Om verksamhetschefer lyckas ta fram nya mått är det viktigt att de inte fastnar inne på verksamhetschefernas kontor utan att de kommuniceras ut till personalen på golvet, så att de anställda har en förståelse för vad de ska uppnå varje dag.

Ett exempel på att styrningen varit bristfällig är att det i Lund inte har funnits system att mäta kvalitet med, vilket är ett problem då det kan försvåra för verksamhetscheferna att skapa fler mått att styra efter. Eva Ranklev Twetman menar dock att det här arbetet har kommit mycket längre i Malmö varför vi ser att bättre system kan införas på båda sjukhusen i samband med sammanslagningen.

6.10 Analys av om sammanslagningen medför kostnader/finns det besparingskrav?

I Stockholm fanns det beviljat omställningskostnader på 707 miljoner kronor för att underlätta en integration och förankring av sammanslagningen under 2004. För att komma tillrätta med de problem som McKinsey belyser i sin rapport från 2007 föreslår de ett förändringsprogram som skulle innebära en engångskostnad under 2007-2008 på ytterligare 300-500 miljoner kronor. Jerker Swanstein uppger att det inte finns utrymme för en allmän kostnadshöjning för sammanslagningen utan sjukhuset får klara sig på befintliga medel. Skulle det uppstå pucketkostnader har Region Skåne medel undanlagda. Uno Aldegren påstår att det inte finns några pengar i Region Skåne för att möta ökade kostnader. Thomas Ekström säger att det inte är budgeterat för några omställningskostnader men att det finns möjlighet att göra långsiktiga investeringar. Stämmer det som Uno Aldegren säger är det en fara mot sammanslagningen då det i Stockholm uppkom kostnader för implementering. Bent Christensen menar emellertid att han har omprioriterat i budget vilket gör att det redan nu finns 60-70 miljoner kronor per år för att täcka den årliga kostnaden på 100 miljoner kronor. Om det inte tillförs mer medel kan processen bli försenad eftersom det tas pengar från redan hårt pressade verksamheter, menar Magnus Eneroth.

Brorström tar upp betydelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset att inte vara utsatt för ett besparingskrav och när intäkterna ökade i Göteborg skapades en känsla av trygghet i organisationen. Sören Olofsson har från sammanslagningen i Stockholm lärt sig att en sammanslagning inte får drivas för att genomföra en besparing. Sammanslagningen i Skåne drivs inte av besparingskäl men flera verksamheter går in i den nya organisationen med ett sparbetning eftersom sjukhusen tillsammans har ett underskott på 450 miljoner kronor. Det finns en fara i att verksamheterna går in i sammanslagningen med besparingskrav eftersom fokus kan tas ifrån integrationsarbetet och istället läggs på att hålla budget. Det finns dessutom inget incitament för verksamhetscheferna att koncentrera sig på integration eftersom de utvärderas till stor del efter hur väl de håller budget.

I Stockholm skapades ett integrationskontor och ledningen tog hjälp av konsulter för att förankra och kommunicera sammanslagningen. Heracleous menar att förändringsagenter är viktiga för att driva utvecklingen av arbetet och tillhandahålla kunskap och stötta personal. I Skåne ska integrationskontoret bestå av Thomas Ekström och Claes Arén och inga konsulter ska involveras. Vi ställer oss tveksamma till om detta är tillräckligt då sammanslagningen ska gå väldigt snabbt och det blir svårt att stötta alla chefer och verksamheter med endast två personers hjälp.

7. Slutsats

Slutsatserna sammanfattar vad som togs upp i analysen för att ge en överskådlig bild av resultatet och förslag på vidare forskning ges.

7.1 Slutsats

Vårt syfte var att undersöka de hot och möjligheter som teori, empiri samt praktikfall visar i samband med sammanslagningen av de två universitetssjukhusen i Skåne. Genom att genomföra 17 stycken intervjuer med representanter från Lund och Malmö med ledande ställningar inom professionen, administrationen och politiken samlades information om situationen i Skåne in. Det empiriska materialet analyserades med hjälp av teorier och sekundär data från sammanslagningarna i Stockholm och Göteborg.

Med stöd i vår studie kan vi säga att Proluma har skapat bättre förutsättning för sammanslagningen, eftersom Proluma gradvis har fört samman de två sjukhusens verksamheter, vilket vi tror kommer att möjliggöra en smidigare fusion än de som genomfördes i Stockholm och Göteborg. Det bör nämnas att Prolumaprocessen har varit uppsplitande för personal och i förlängningen kan det innebära ett hot mot sammanslagningen eftersom personal inte har det engagemang som krävs för att kunna genomföra fusionen. Att det inte finns en tydlig och gemensam vision för de olika ledningsnivåerna är ett hot mot sammanslagningen eftersom det kan skapa en förvirring för personal och försvåra för beslutsfattare. Sammanslagningen möjliggör ett tydligare ledarskap och en decentraliserad organisation eftersom det endast kommer att finnas en beslutsfattande chef på varje organisatorisk nivå. Alla respondenter menar att de starka kultur- och identitetsskillnaderna mellan sjukhusen är ett hot mot sammanslagningen. Vi anser att hotet har mildrats eftersom personalen tvingades till interaktion i Prolumaprocessen. Lyckas ledningen med sin strategi att integrera kulturen finns det en möjlighet att kulturskillnaderna blir värdeskapande för organisationen i framtiden. Det finns ett motstånd mot sammanslagningen som grundar sig på att kommunikationen har upplevts bristfällig, och att personalen inte har varit involverad i beslutsfattandet. Personalens motstånd kan skapa ett stort hot om det blir så starkt att fler väljer att motarbeta fusionen eller att säga upp sig. Resultatet av att personal väljer att avgå kan bli att patientsäkerheten försämras vilket är ett stort hot eftersom allmänhet, personal och

politiker kan få en negativ inställning till sammanslagningen. Sammanslagningarna i Stockholm och Göteborg resulterade i toppstyrda och trögrörliga organisationer. Vi tror inte att toppstyrning blir ett hot i SUS eftersom Bent Christensens ledarstil bygger på att få underordnade chefer att själva fatta beslut. Hotet består snarare av att chefer måste ta fler beslut själva samtidigt som de får större verksamheter, vilket kan resultera i att chefer tar oönskade beslut inom organisationen. Ledarskapet kan bli lidande i samband med sammanslagningen eftersom chefer måste uppfattas närvarande på två orter. När organisationen blir större finns det ett hot att effektiviteten försämras på grund av svagare nätverksstrukturer och mer komplex styrning. Samtidigt betonar samtliga respondenter att stordrift skapar möjlighet att förbättra kvaliteten på den högspecialiserade vården eftersom kompetens, utrustning och patienter samordnas. Samordningen överensstämmer med ledningens mål att öka konkurrenskraften genom sammanslagningen. Att skapa en attraktiv arbetsplats är även ett uttalat mål från sjukhusledningen. Stora kliniker upplevs av läkare vara en mer attraktiv arbetsplats. Ett annat av de uttalade målen med sammanslagningen är att öka utrymmet för den kliniska forskningen. UMCS leder till en integrerad ledningsstruktur vilket på sikt är en möjlighet för att förbättra den kliniska forskningen. Ytterligare en möjlighet med sammanslagningen är att införa den tydligare styrning responderande verksamhetschefer efterfrågar. Införs inte bättre styrningsverktyg finns det ett hot att SUS drabbas av samma styrningsproblem som Stockholm och Göteborg upplevde. Det är ett hot mot sammanslagningen om Region Skåne inte har avsatt tillräckligt med pengar för integrations- och implementeringsarbetet. Hotet kan bli större eftersom det, enligt Uno Aldegren, inte ens finns pengar för eventuella omställningskostnader. Att det inte har tillförts externa medel för sammanslagningen har inneburit att Bent Christensen varit tvungen att omprioritera befintliga medel. Omprioriteringen kan försvåra sammanslagningen för redan hårt ansatta verksamheter och funktioner. Det är även ett hot att sjukhusen går in i sammanslagningen med besparingskrav, vilket ytterligare kan ta fokus från det viktiga integrationsarbetet. Sammanslagningen medför en genomlysning av verksamheterna där alla tvingas öppna upp sig. Genomlysningen innebär en möjlighet att genom en jämförelse ta med sig det bästa från Lund och Malmö när SUS bildas.

Vår studie pekar på framförallt tre områden där ledningens agerande är inkonsekvent med valda teorier. Att personalen inte har involverats i beslutsprocessen kan försvåra sammanslagningen eftersom det kan leda till mer omfattande personalmotstånd. Vid bildandet

av SUS har inte teoriernas rekommendationer om en gemensam, tydlig vision följts. Vi tror att en högre andel medbestämmande och en tydlig vision hade mildrat motståndet och därmed skapat en smidigare implementering. På politisk nivå finns ett mål att göra sjukvården i regionen kostnadseffektivare genom sammanslagningen. Forskning visar emellertid på att för stora sjukhus uppvisar avtagande effektivitet på grund av att de blir mer svåröverskådliga.

Det finns många möjligheter och hot med sammanslagningen. För att möjligheter inte ska bli hot krävs det omfattande implementering och integrationsarbete. Om sammanslagningen inte genomförs på rätt sätt är riskerna större än nyttan men om det görs på rätt sätt är nyttan större än riskerna. Då sammanslagningen trädde i kraft den 1 januari 2010 är det alldeles för tidigt att säga hur utfallet av sammanslagningen kommer att bli, det får framtiden utvisa.

7.2 Förslag till vidare forskning

Eftersom vi finner att ämnet för vår uppsats är väldigt intressant tycker vi att det hade varit spännande om någon annan tog vid där vår forskning slutar. Några förslag på vidare forskning ges nedan.

En fördjupad studie av de särskilda hot och möjligheter som vår studie framhåller tror vi skulle vara värdefullt att få svar på. Varje enskilt ämne som uppsatsen behandlar hade varit av stor vikt att tränga djupare in i för att finna den verkliga orsaken till hotet eller möjligheten.

Vi ville ta reda på de hot och möjligheter som sammanslagningen innebär för SUS och eftersom SUS än så länge till största del har berört personal på ledningsnivå, valde vi att ta det perspektivet. Allt eftersom tiden går kommer SUS att tränga längre ner i organisationen och därför hade det varit intressant att gå in i en verksamhet för att se hur SUS uppfattas bland personalen. Ett förslag till en studie på klinisk nivå är att undersöka integrationen av kulturen, samt hur kommunikation och ledarskap har uppfattats.

Bildandet av UMCS innebär en stor förändring både för sjukhuset och Medicinska fakulteten. Det hade varit synnerligen intressant att följa upp hur bildandet av UMCS påverkar förutsättningarna för den kliniska forskningen och om verksamhetscheferna har upplevt någon förbättring i samarbetet med den Medicinska fakulteten.

8. Referenser

8.1 Publicerade källor

8.1.1 Böcker

Alvesson M. och Sveningsson S.,(2007), *Organisationer ledning och processer* Polen Pozkal: Studentlitteratur

Alvesson M. och Sveningsson S., (2008), *Förändringsarbete i organisationer - om att utveckla företags kulturer* Slovenien Korotan Ljubljana: Liber

Bell, E., Bryman, A., (2003) *Business research methods* New York: Oxford University Press Inc

Bringselius, L., *Personnel resistance in public professional service mergers* Lund: KFS i Lund AB 2008

Brorström, B., (1995) *Styrningens villkor och effekter i professionella organisationer. En studie av nya styrformer inom sjukvårde.* Lund: Studentlitteratur

Brorström, B., (2004) *Den stora vändningen? Ett universitetssjukhus i förändring.* Lund: Studentlitteratur

Buono, A. & Bowditch, J., (2003) *The human side of mergers and acquisitions- Managing collisions between people, cultures and organizations* Washington D.C: Beard Books

Christensen T., Lågreid P., Rosness P. & Røvik K., (2005) *Organisationsteori för offentlig sektor* Kristianstad: Kristianstads boktryckeri

Jacobsen, D., (2002) *Vad, hur och varför? Om metodval i företagsekonomi och andra samhällsvetenskapliga ämnen* Lund: Studentlitteratur

Kleppestö, S., (1993) *Kultur och identitet vid företagsuppköp och fusioner.* Göteborg: Nerenius & Santérus Förlag AB

Larsson, R., (1990) *Coordination of action in mergers and acquisitions: Interpretive and systems approaches towards synergy* Lund: Lund University Press

Mintzberg, H., (1999) *Structure in fives: designing effective organizations*, Englewood Cliffs: Prentice-Hall

Schein, E. H., (1978) *Career dynamics: Matching individual and organizational needs USA*: Addison-Wesley Publishing Company, Inc

Söderström, L. & Lundbäck, M.,(2002) *Stor och liten – Om värdeeffektiva sjukhus Bromma*: Larserics Digital Print AB

Yin, R., (1994) *Case study research Design and methods* 2nd edition. California: SAGE Publications

8.1.2 Artiklar

Aiken, C. & Keller, S., (2009) "The irrational side of change management" The McKinsey Quarterly, nr 2

Allison, G.T. *Public and private management: Are they fundamentally alike in all unimportant respects?* Läst i Kraemer K. & Perry J., (1983) *Public management: Public and private perspectives* Palo Alto: Mayfield, sida 72

Balogun, J. & Johnson, G., (2004) *Organizational restructuring and middle manager sensemaking* Academy of Management Journal, vol 47, nr 4, sid 523-549

Bligh M. C., (2006) *Surviving Post-merger 'Culture Clash': Can Cultural Leadership Lessen Leadership* (London. Print) vol 2, nr 4, sid 395-426

Choi, S. & Brommels, M., (2009) *Logics of pre-merger decision-making processes. The case of Karolinska University Hospital*", *Journal of Health Organization and Management* vol 23, nr 2, sid 240-254

Connor, R., Feldman, R. & Dowd, B.E., (1998) *The Effects of Market Concentration and Hospital Mergers on Hospital Costs and Prices* International journal of the economics of business vol 5 nr 2 sid 159-180

Fulop, N., Protopsaltis, G., Hutchings, A., King, A., Allen, P., Normand, C. & Walters, R., (2002) *Process and impact of mergers of NHS trusts: multicentre case study and management cost analysis* British Medical Journal vol. 325, sid 246-73

Fugate, M., (2002) *Coping with an organizational merger over four stages.* Personnel Psychology vol 55 sid 905-928

Garside, P., (1999) *Evidence based mergers* British Medical Journal vol 318 sid 345-347

Haspeslagh, P.C. & Jemison, D.B., (1991) *Managing acquisitions: Creating value through corporate renewal* Läst i Bringselius, L., (2008) *Personnel resistance in public professional service mergers* Lund: KFS i Lund AB

Heracleous, L., (2001) *An ethnographic study of culture in the context of organizational change* The journal of applied behavioral science vol 37 nr 4 sid 426-446

Hofstede G., Neuijen B., Ohayv D., Sanders G., (1990) *Measuring Organizational Cultures; A Qualitative and Quantitative Study across Twenty Case* Administrative Science Quarterly vol 35, nr 2, sid 286-317

Holbeche, L., (1998) *Scary splice* People Management vol 4 sid 44-47

Hood C., (1995) *The "new public management" in the 1980s: variations on a theme* Accounting, Organizations and Society Vol 20 nr 2-3 sid 93-109

Kastberg G. och Siverbo S., (2007) *Activity-based financing of health care--experiences from Sweden,* The International Journal of Health Planning and Management, vol. 22 nr 1

Kim, C. & Mauborgne, R., (2003) *Tipping point leadership* Harvard Business Review, April

Kjekshus, L., Hagen, T., (2007) *Do hospital mergers increase hospital efficiency? Evidence from a National Health Service country* Journal of Health Services Research & Policy vol 12 nr 4

Larsson, R. & Lubatkin, M., (2001) *Achieving acculturation in mergers and acquisitions: An international case study* vol 54 sid 1573-1607

Larsson, R., Driver, M., Holmqvist, M., & Sweet, P., (2001) *Career Dis-integration and Re-integration in Mergers and Acquisitions: Managing competence and motivational intangibles.* European Management Journal vol 19 sid 609-618

Lynk, W.J., (1995) *The creation of economic efficiencies in hospital mergers* Journal of health economics vol 14 sid 507-530

Marks, M. L. & Mirvis P. H., (1997) *Revisiting the merger syndrome: Dealing with stress* Mergers and Acquisitions vol 31 nr 6 sid 21-27

Millward, L. & Kyriakidou O., (2004) *Linking pre- and post-merger identities through the concept of career,* Career Development International vol 9 nr 1 sid 12-28

Morosini P., Shane S. & Singh H., (1998) *National Cultural Distance and Cross-Border Acquisition Performance* Journal of International Business Studies, Vol. 29 nr. 1 sid 137-158

Ohlin, E., (2005) *Chefläkare avgår – fick inget gehör* Läkartidningen nr 41 sid 2924

Sinay, U.T., (1998) *Pre- and Post-Merger Investigation of Hospital Mergers* Eastern economic journal vol 24 nr 1 sid 83-97

Weber Y., (1996) *Corporate cultural fit and performance in mergers and acquisitions,* Human Relations, vol. 49, sid 1181–1202.

8.1.3 Rapporter, utredningar och nyhetsblad

Archenholtz, B. "Förändringar av struktur och arbetsfördelning inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset 1997-2008- hur det har påverkat verksamheterna" Januari 2009

Arthur D Little, "Arthur D Littles erfarenheter av sammanslagningar" December 2009

Johannesson, Eva *På väg – ett nyhetsbrev från SUS*. JMS Mediasystem AB December 2009

McKinsey & Company, ”En genomlysning av verksamheten vid Karolinska Universitetssjukhuset”, 19 oktober 2007.

Stendahl, O. 2009 ”Klinisk forskning - ett lyft för forskningen” Stockholm: Edita Sverige AB

8.2 Elektroniska källor

Bennheden, Ann-Sofie och Christensen, Bent *Frågor och svar om Proluma* 2009-06-17

www.skane.se/templates/Page.aspx?id=229750 Besökt 2009-11-20

Bennheden, Ann-Sofie och Christensen, Bent *Uppdrag och bakgrund* 2009-01-26

<http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=213169> Besökt 2009-12-27

Bennheden Ann-Sofi och Christensen Bent *Fortsatt beslutsprocess för Prolumas förstaomgång.*, 2009-04-01, <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=246345> Besökt 091227

Bennheden, Ann-Sofi och Christensen Bent, *Proluma omgång 2- beslutsförslag*, 2009-09-28,

[http://www.skane.se/Public/Proluma/Proluma2/Beslutsfrslag/2009-09-](http://www.skane.se/Public/Proluma/Proluma2/Beslutsfrslag/2009-09-28%20PROLUMA%20omg%C3%A5ng%202%20-%20f%C3%B6rslag%20till%20delprojekt%20-%20slutversion.pdf)

[28%20PROLUMA%20omg%C3%A5ng%202%20-%20f%C3%B6rslag%20till%20delprojekt%20-%20slutversion.pdf](http://www.skane.se/Public/Proluma/Proluma2/Beslutsfrslag/2009-09-28%20PROLUMA%20omg%C3%A5ng%202%20-%20f%C3%B6rslag%20till%20delprojekt%20-%20slutversion.pdf)

[Besökt 2009-12-27](http://www.skane.se/Public/Proluma/Proluma2/Beslutsfrslag/2009-09-28%20PROLUMA%20omg%C3%A5ng%202%20-%20f%C3%B6rslag%20till%20delprojekt%20-%20slutversion.pdf)

Glimberg, Martina, *Sydsvenskan*, *Ny chef vill inte kriga mot kulturerna*,

<http://sydsvenskan.se/sverige/article576271/Ny-chef-vill-inte-kriga-mot-kulturerna.html>

Besökt 2010-01-02

Helte, Stefan, *Dagens Medicin*, *Sparande i stort som smått ska ge Östra plus*, 2006-10-18

<http://www.dagensmedicin.se/nyheter/hembesok/42%20Hembes%C3%B6k.pdf>

Besökt 2010-01-02

Liedholm, Sara, *Nyheter Lunds Universitet*, *Proluma upphör – följutvecklingen av Skunes universitetssjukhus på ny webbplats.*, 2009-12-21,

http://www.med.lu.se/medarbetare_och_kolleger/nyhetsarkiv/091221_SUS__1

Besökt 2009-12-27

Olofsson, Sören, *Profilering och samordning av universitetssjukhusen i Skåne.*, 2008-03-07,

http://www.skane.se/upload/Webbplatser/Proluma/Dok%20Uppdrag/Huvuduppdrag_rev0803

07_Profilering_Usjukhus_Skane.pdf, Besökt 091227

Roijer, Per, Sydsvenskan, *Fusionen tog politiker på sängen*, 2009-10-27

<http://sydsvenskan.se/sverige/article561611/Fusionen-tog-politiker-pa-sangen.html>,

Besökt 2010-01-02

Sjöholm, Cecillia, Möte - Tidningen för dig som arbetar på Universitetssjukhuset MAS, *Snart SUS*, 2009-12-20,

http://www.skane.se/upload/Webbplatser/UMAS/M%C3%96TE/PDF/Moete2009/UMAS_MOTE_09_Nr05_webb.pdf, Besökt 2009-12-30

Sjukhuset i siffror, 2009-06-15,

<http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=105415> Besökt 2010-01-02

8.3 Muntliga källor

Uno Aldegren. vice ordförande i Regionstyrelsen. Personlig intervju den 11 december 2009.

Håkan Cederholm. Ekonomichef för USiL och blivande ekonomichefen för SUS. Personlig intervju den 3 december 2009.

Bent Christensen. Sjukhuschef för Skånes Universitetssjukhus och även den tidigare sjukhuschefen för USiL. Personlig intervju den 10 december 2009.

Jerker Swanstein. Ordförande i Regionstyrelsen. Personlig intervju den 26 november 2009.

Thomas Ekström. Projektledare för Proluma och biträdande sjukhuschef för SUS. Personlig intervju den 15 december 2009.

Magnus Eneroth. Verksamhetschef för Ortopeden i Malmö. Personlig intervju den 8 december 2009.

Pelle Gustafson. Verksamhetschef för Ortopeden i Lund. Personlig intervju den 2 december 2009.

Henrik Hammar. Ordförande i hälso- och sjukvårdsnämnden. Personlig intervju den 18 december 2009.

Åsa Hägglin. Anställd på den strategiska staben som jobbar med implementeringen av Lean Healthcare på USiL. Personlig intervju den 2 december 2009.

Bengt Jeppsson. Vice dekanus för medicinska fakulteten, professor och kirurg. Personlig intervju den 8 december 2009.

Rolf Lundh. Konsult på ADL. Personlig intervju den 1 december 2009.

Bengt Nellgård. Divisionschef i Malmö. Personlig intervju den 15 december 2009.

Sören Olofsson. Regiondirektör för Region Skåne. Personlig intervju den 2 december 2009.

Jesper Petersson. Verksamhetschef för Neurologiska kliniken i Malmö. Personlig intervju den 7 december 2009.

Eva Ranklev Twetman. Chefläkare på SUS med i ledningsgruppen för sjukhuset. Personlig intervju den 11 december 2009.

Johan Westerdahl. Verksamhetschef för Kirurgen i Lund. Personlig intervju den 11 december 2009.

Håkan Widner. Verksamhetschef för neurologen i Lund. Personlig intervju den 8 december 2009.