



**EKONOMI  
HÖGSKOLAN**  
Lunds universitet

# SUS

**En teoretisk analys av sammanslagningen mellan**

**USiL-UMAS**

2010-05-25

**Författare:** Ellen Edén Berggren (871116-7463)  
Maria Silfverschiöld (720130-6904)

**Handledare:** Eric Rehn, PhD

# Sammanfattning

---

De senaste årtiondena har sjukvården i stora delar av Västeuropa präglats av strukturella förändringar. Kostnaderna för sjukvård ökar dramatiskt medan intäkterna är svåra att påverka. Med anledning av de ökande kostnaderna har sjukvården även fått en allt större roll på den politiska agendan, vilket har lett till att sjukvården har blivit föremål för många olika strategier. En synlig trend är sammanslagningar av sjukhus. Syftet är att effektivisera med förhoppningar om förbättrade konkurrensmöjligheter för sjukhusen och bättre kostnadseffektivitet. Förväntningarna är även att genom att öka vårdvolymen kunna förbättra vårdkvalitén och uppnå skalfördelar. Huvudsyftet med denna uppsats är att undersöka vad man kan förvänta sig av en sammanslagning av sjukhus och om de förutspådda förväntningarna på Skånes universitetssjukhus (SUS) är realistiska ur ett teoretisk perspektiv. Som teoretisk bakgrund används bland annat additivitet, skalfördelar, skalavkastning, samproduktionsvinster och transaktionskostnader. Slutsatserna av denna undersökning är att skalfördelar och samproduktionsvinster visserligen kan uppnås genom sammanslagningar av sjukhus, men prognosen är långt ifrån så positiv som beslutsfattarna ger sken av. I SUS fall är storleken på sjukhuset och kulturkrockar bland personalen några av de hinder som står i vägen för att skalfördelar överhuvudtaget ska kunna uppnås. Mycket talar för att det inte har vidtagits tillräckliga åtgärder för att undvika de problem som kan uppstå vid en sammanslagning, vilket gör att sannolikheten att förväntat resultat ska uppnås minskar.

*Nyckelord: sammanslagningar av sjukhus, additivitet, skalfördelar, skalavkastning, samproduktionsvinster*

# Innehållsförteckning

---

<b>1. Inledning</b>	<b>4</b>
1.1 Bakgrund .....	4
1.2 Syfte .....	5
1.3 Källor .....	5
1.4 Teori .....	5
1.5 Avgränsningar .....	6
1.6 Disposition .....	6
<b>2. Teoretiska modeller</b>	<b>7</b>
2.1 Skalavkastning och skalfördelar .....	7
2.2 Additivitet .....	9
2.3 Teknisk och allokativ effektivitet .....	10
2.4 Transaktionskostnader .....	11
<b>3. SUS - Bakgrundsfakta om Skånes Universitetssjukhus</b>	<b>13</b>
3.1 USiL .....	13
3.2 UMAS .....	13
3.3 Proluma .....	14
3.4 Skånes Universitetssjukhus, SUS .....	15
3.5 Mediabilden av SUS .....	15
<b>4. Sammanslagningar</b>	<b>18</b>
4.1 Allmänt om sammanslagningar av sjukhus .....	18
4.2 Utmaningar för sjukhus .....	19
4.3 Resultat av empiriska studier .....	20
4.4 Problem med sammanslagningar av sjukhus .....	21
4.5 För stort .....	23
4.6 Begränsningar .....	24
<b>5. Diskussion</b>	<b>25</b>
5.1. Avgörande faktorer .....	25
5.1.1 Mål och förhandlingar .....	26
5.1.2 Planering .....	27
5.1.3 Storlek .....	27
<b>6. Slutsatser</b>	<b>29</b>
<b>7. Referenslista</b>	<b>31</b>
Appendix 1: .....	33
Appendix 2: .....	35

# 1. Inledning

---

## 1.1 Bakgrund

De senaste årtiondena har sjukvården i stora delar av Västeuropa präglats av strukturella förändringar. En synlig trend är sammanslagningar av sjukhus, vars syfte är att rationalisera och effektivisera med förhoppningar om förbättrade konkurrensmöjligheter för sjukhusen och bättre kostnadseffektivitet. Den har även som mål att genom att öka vårdvolymen kunna förbättra vårdkvalitén och uppnå skalfördelar. Intresset för sammanslagningar har ökat som resultat av stigande sjukvårdskostnader och att sjukvården därmed tar allt mer av länders budgetresurser (www.OECD.org, 2010-04-27). Kostnaderna ökar medan intäkterna är svåra att påverka. Med anledning av de ökande kostnaderna har sjukvården även fått en allt större roll på den politiska agendan, vilket har lett till att sjukvården har blivit föremål för många olika strategier. Sammanslagningar är en vanlig strategisk förändring som tros kunna bromsa de skenande kostnaderna (Olafsson, 2008). Sammanslagningar av sjukhus är ett omdiskuterat ämne och det verkar inte finnas någon odiskutabel sanning om huruvida det verkligen leder till lägre kostnader och bättre effektivitet. Tvärtom visar internationell forskning på den omfattande problematiken med sammanslagningar av sjukhus och att de ofta inte når de mål som man har satt upp.

Den senaste i raden av sammanslagningar i Sverige är SUS -Skånes Universitetssjukhus. Det bildades första januari 2010 av tidigare UMAS - Universitetssjukhuset MAS i Malmö och USiL- Universitetssjukhuset i Lund. Sammanslagningen startade i mitten av 2008 med projektet ”Profilering och samordning av universitetssjukhusen i Skåne” kallat Proluma, där 15 avdelningar slogs samman i ett pilotprojekt. Därefter, cirka 18 månader senare, etablerades SUS. Syftet med SUS är bland annat att se till att universitetssjukhusen behåller sin konkurrenskraft gentemot andra regionala, utomregionala och även utländska sjukhus, främst genom att slå samman avdelningar med högspecialiserad vård. Ytterligare faktorer som bidrog till beslutet av sammanslagningen är den stigande kostnaden för den åldrande befolkningen som kräver allt mer vård, den tekniska utveckling som är resurs krävande samt en ökad efterfråga på effektiv och kvalitativ vård (Bennheden & Christensen, Appendix 2). Vidare är ambitionen att kunna möta de ökande pensionsavgångar som föreligger och den kompetensförlust som följer med detta. Debatten har dock varit stor och kritiken har inte låtit vänta på sig. Media har lyft fram problem med skenande kostnader och oklara direktiv från ledningen. Anställda talar om osäkerhet och missnöje. Det har blivit allt mer tydligt att det mentala avståndet mellan Malmö och Lund är större än vad man trott

(Olafson, 2008). Kommundirektören, Sören Olofsson, har själv uttryckt att den kulturella skillnaden mellan Malmö och Lund var ”betydligt större än vad han hade befarat” (Sydsvenskan 2009-09-22).

## **1.2 Syfte**

Syftet med uppsatsen är att försöka besvara frågeställningarna; ”Vad kan man förvänta sig av en sammanslagning av sjukhus?” och ”Är förväntningarna på SUS rimliga?” Dessa frågor kommer vi att besvara ur ett teoretiskt perspektiv med hjälp av nationalekonomisk teori. Vi väljer detta angreppssätt då sammanslagningen är så pass nyligen genomförd att det ännu inte finns relevant data att tillgå. Även om det skulle finnas data för produktionen före och efter sammanslagningen så skulle det inte gå att dra några rimliga slutsatser då övergångsperiodens tillfälliga kostnader är så omfattande vid sammanslagningar av denna magnitud att man inte kan urskilja effekterna av förändringen. Det är alldeles för tidigt i processen ännu. Flyttedammet måste hinna lägga sig.

## **1.3 Källor**

Vi har valt att använda oss främst av sekundärdata i form av vetenskapliga artiklar, men även kurslitteratur, böcker, dagstidningsartiklar och sjukhusens egna hemsidor. Vi har även en liten del primärdata i form av intervjuer med personal som har varit involverade i sammanslagningen av SUS på olika sätt. De studier som vi har använt oss av är främst gjorda i USA och England, men även i nordiska länder. Vi är medvetna om att artiklarnas härkomst påverkar resultaten och därmed applicerbarheten på svenska förhållanden och vi kommer därför att vara tydliga med var studierna är gjorda. En annan begränsning i de artiklar vi har använt oss av är att det inte alltid framkommer om det handlar om privatägda eller statliga sjukhus, vilket självklart också påverkar resultatens applicerbarhet. Vi har tyvärr inte funnit några studier av sammanslagningars effekter som är gjorda på lång sikt. En möjlig förklaring till detta är att på lång sikt är det svårt att isolera om effekterna som uppstått har varit på grund av just sammanslagningen och inte andra externa eller interna faktorer.

## **1.4 Teori**

De delar av nationalekonomisk teori som vi anser är mest relevanta för vår uppsats är; additivitet, teknisk- och allokativ effektivitet, skalfördelar samt samproduktionsvinster. Begreppet transaktionskostnader kommer också att tas upp, då dessa uppstår vid alla transaktioner. Vi har valt dessa begrepp då de med fördel kan användas både för att mäta effektiviteten i produktionen och i

kostnadsbesparingarna vilket, som framgår i de flesta artiklar, är vad man försöker uppnå med sammanslagningar.

### **1.5 Avgränsningar**

Vi har valt att analysera sammanslagningen ur ett nationalekonomiskt perspektiv vilket gör att vi medvetet väljer bort andra möjliga effekter och vinklingar. Sammanslagningar är endast en av flera olika typer av strategier för att uppnå en högre effektivitet inom sjukvården. En annan liknande strategi är att slå samman sjukhus i system. Med det menas att man behåller de befintliga sjukhusen med dess befintliga avdelningar och etablerar ett gemensamt ”paraply” över dem i form av en gemensam ägare. En annan strategi är att rationalisera genom att lägga ned avdelningar och på så sätt skära ned kostnader. Vi har valt att inte beskriva dessa närmare då dessa strategier inte använts vid sammanslagningen UMAS-USiL. Då vi inte har några data från sammanslagningen att tillgå kommer vi heller inte att försöka bevisa någon hypotes med hjälp av empiriska resultat. Dock kommer vi diskutera teoretiska resultat med hjälp av nämnda teorier och utifrån dessa göra en rimlig bedömning av vilka förutsättningar vi tror att sammanslagningen har.

### **1.6 Disposition**

Inledningsvis i avsnitt 2 går vi igenom de teoretiska modeller som vi kommer att använda oss av. I avsnitt 3 presenteras bakgrundsfakta om USiL och UMAS före sammanslagningen följt av information om profilering och samordningsprojektet Proluma. Därefter kommer fakta om SUS: vilka incitament som föranledde beslutet om sammanslagningen, vilka mål som har satts och lite om hur mediabilden har sett ut under processens gång. I avsnitt 4 beskrivs effekterna specifikt för sjukhus baserat på tidigare studier. Det följs av en sammanfattning om vad tidigare studier har funnit som de främsta utmaningarna för sammanslagningar av sjukhus. I avsnitt 5 följer vår diskussion där vi försöker besvara våra frågeställningar genom att tillämpa teorier och tidigare studier på den information vi har om SUS. Vi belyser även vilka förutsättningar vi tror SUS har att lyckas och vi kommer att diskutera den information som framkom genom intervjuer med berörda parter. Slutligen presenterar vi våra slutsatser i avsnitt 6.

## 2. Teoretiska modeller

---

*Syftet med detta kapitel är att närmare gå igenom de nationalekonomiska teorier som är relevanta för vår analys och som kommer att dyka upp i texten framöver. De teorier vi kommer att beskriva är nära förknippade med sammanslagningar av sjukhus. De främsta motiven bakom sammanslagningar av sjukhus är kostnadsbesparingar och ökad effektivitet. Skalfördelar, skalekonomi och samproduktionsvinster är förknippat med kostnadsbesparingar, medan begrepp som teknisk och allokativ effektivitet beskriver effektivitetsförändringar.*

### 2.1 Skalavkastning och skalfördelar

Dessa begrepp är mycket nära förknippade med varandra, men har lite olika betydelse.

Skalavkastning är ett begrepp för hur produktionsutfallet ändras vid en förändring av insatser i produktionen, vilket kan ge tre utfall: avtagande, konstant eller ökande skalavkastning. Låt säga att ett sjukhus exempelvis dubblar antalet läkare. Om det skulle ge en dubbling i antalet behandlade patienter skulle det vara en konstant skalavkastning. Om förändringen i resultaten istället skulle vara lägre än förändringen i antalet läkare så skulle det vara en avtagande skalavkastning. Det man vill uppnå är en ökande skalavkastning, alltså att förändringen i utfallet är större än förändringen i insatser. Det innebär att det går färre insatser per producerad enhet, vilket gör att kostnaden per enhet minskar (Morris et al. 2008).

Ökande skalavkastning kommer av att man på ett mer effektivt sätt kan utnyttja delar i produktionen, både arbete och kapital. På ett sjukhus kan det handla om att läkare kan användas på ett mer effektivt sätt, då de kan arbeta med sin specialitet. Kapital i form av utrustning på sjukhuset kan även användas mer effektivt om de kan användas i en större skala. Avtagande skalavkastning kan komma av otillräcklighet i organisation och administration, vilket kan uppstå om organisationen blir för stor och komplex att hantera. Skalavkastning är främst relevant på lång sikt eftersom alla faktorer inom produktionen då är flexibla, vilket de inte är på kort sikt.

Skalfördelar är en mycket relevant faktor för sjukvården där det finns höga fasta kostnader i form av avancerad teknik, utrustning och specialkompetens. För att närmare förstå hur skalavkastning hör ihop med skalfördelar kan vi studera diagrammen för total kostnad och genomsnittskostnad inom produktionen (Morris et al. 2008).

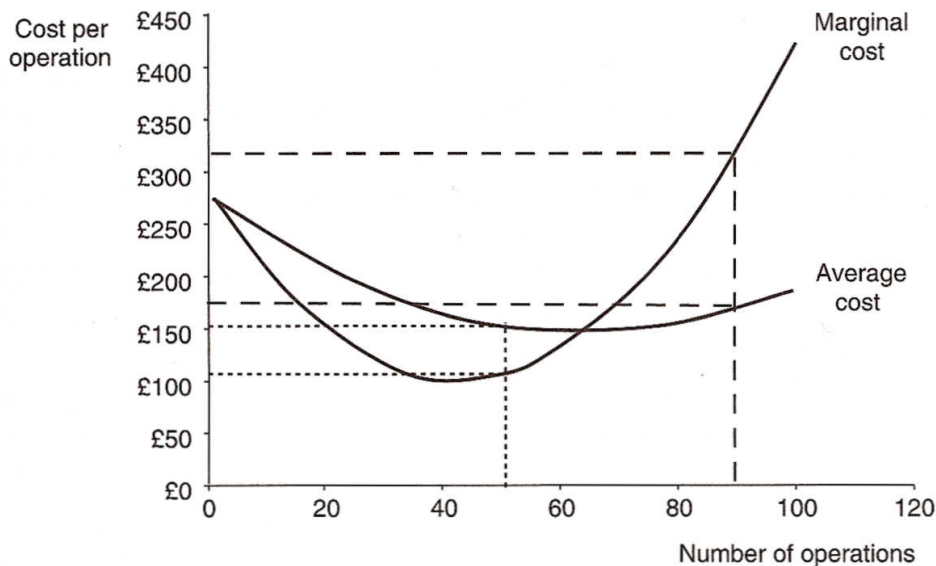
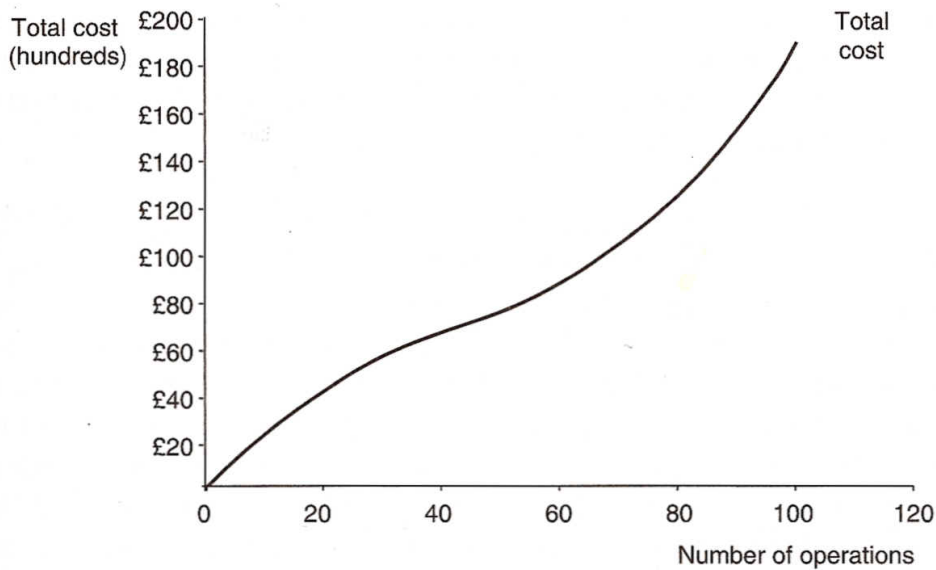


Diagram 1. Marginal-, genomsnitts- och totala kostnadskurvor (Morris et al. 2008)

I den översta figuren ser vi hur en typisk långsiktig totalkostnadskurva (TC) ser ut. Den börjar i origo och går sedan stadigt uppåt, med undantag för den del där lutningen avtar, vilket sker i samband med att genomsnittskurvan har sin minimipunkt, i denna figur vid 65 operationer. Minimipunkten infaller då MC är lika med AC. De prickade linjerna visar hur situationen ser ut då marginalkostnaden (MC) är lägre än genomsnittskostnaden (AC). Om ett företag producerar på denna nivå ger det  $MC=105$  och  $AC=150$  och AC är då avtagande. Det är därmed fördelaktigt att öka produktionen till nivån 65 operationer. De streckade linjerna visar produktionsnivån då MC är större än AC, i det här fallet  $MC=320$  och  $AC=170$  och AC är då tilltagande. Det innebär att produktionen går med ekonomisk förlust för varje extra producerad enhet. Vid minimipunkten är



AC varken avtagande eller tilltagande. Vid produktionsnivån för minimipunkten byter TC- kurvans andra derivata tecken, i det här fallet från negativ till positiv. Förklaringen till MC- kurvans u-form är att på låga produktionsnivåer minskar AC då det finns en ökande skalavkastning. Då kostnaden per enhet minskar tack vare stordriftsfördelar ger det en kostnadsbesparing som definieras som skalfördelar. Att lutningen för AC avtar innebär att skalfördelarna minskar. Om vi har samma exempel som tidigare med läkare, så kommer det efter en viss nivå inte längre ge en ökad effektivitet av att kunna behandla fler patienter då det helt enkelt blir för trångt. Det finns kanske till exempel inte tillräckligt med personal, utrustning eller utrymme för att det ska vara möjligt. I den punkt där AC- kurvan ändrar riktning är skalfördelarna fullt utnyttjade och skalavkastningen konstant. Det innebär att även TC är konstant vilket förklarar TC- kurvans utseende. Om nivån på produktionen ökar mer efter detta innebär det att skalavkastningen avtar och att kostnaden per producerad enhet ökar (Morris et al. 2008).

## 2.2 Additivitet

När en sammanslagning av sjukhus leder till att tidigare skilda enheter flyttas till gemensamma lokaler blir additivetsbegreppet aktuellt. Det innebär att man ser till hur produktionen påverkas av att två tidigare enskilda produktioner slås samman i en gemensam byggnad, till skillnad från skalavkastning där man ökar den befintliga produktionen. Det finns tre möjliga utfall: superadditivitet, additivitet och subadditivitet (Morris et al. 2008). Matematiskt kan de förklaras på följande sätt där  $h$  står för produktionsfunktion och  $q_1$  och  $q_2$  är produktionsfaktorer:

Om  $h(q_1, q_2) = h(q_1) + h(q_2)$  sammanslagning är additiv

Om  $h(q_1, q_2) > h(q_1) + h(q_2)$  sammanslagning är superadditiv

Om  $h(q_1, q_2) < h(q_1) + h(q_2)$  sammanslagning är subadditiv

(Morris et al. 2007)

Additivitet innebär således att produktionen är oförändrad efter en sammanslagning, vid superadditivitet är produktionen högre efter en sammanslagning och vid subadditivitet ger en sammanslagning lägre produktion. Det som eftersträvas är självklart superadditivitet i produktionen, vilket innebär en positiv skalavkastning samt ekonomiska vinster från skalfördelar. Additivetsbegreppet kan även tillämpas på kostnader inom produktion. Det är samma teori som vid produktion, skillnaden är att  $C$  står för kostnadsfunktion,  $q_1$  och  $q_2$  är produktionsfaktorer:

Om  $C(q_1, q_2) = c(q_1) + c(q_2)$  sammanslagning är additiv

Om  $C(q_1, q_2) > c(q_1) + c(q_2)$  sammanslagning är superadditiv

Om  $C(q_1, q_2) < c(q_1) + c(q_2)$  sammanslagning är subadditiv

(Morris et al. 2007)

I kostnaderna eftersträvas subadditivitet, det vill säga att kostnaderna för produktion av  $q_1$  och  $q_2$  är lägre efter en sammanslagning. Uppnås detta innebär det att en sammanslagning av två enheter ger samproduktionsvinster. Superadditivitet i produktion samt subadditivitet i kostnader ger samma effekt som att en sammanslagning ger en ökande skalavkastning och ekonomiska vinster i form av skalfördelar (Perloff, 2009).

### **2.3 Teknisk och allokativ effektivitet**

Farrell (1957) föreslår ett enkelt mått på effektivitet för ett företag. Effektiviteten består av två komponenter: 1) teknisk effektivitet och 2) allokativ effektivitet.

Teknisk effektivitet ur produktionssynvinkel är den faktiska produktionen som producerats delat med den maximala producerbara produktionen. Det tekniska effektivitetsmåttet anger ur produktions-synvinkel hur mycket produktionen kan öka utan att man förändrar insatserna. Det tekniska effektivitetsmåttet ur en kostnadssynvinkel anger hur mycket insatserna kan minskas utan att produktionen försämras (Coelli et al. 1999). Allokativ effektivitet i produktionen uppnås då man inte kan nå högre effektivitet utan att öka kostnaderna. Det är förknippat med begreppet Pareto effektivitet, vilket innebär att man inte kan förbättra för någon part utan att samtidigt försämma för någon annan (Varian, 2006). Diagram 2 visar hur teknisk- och allokativ effektivitet kan uppnås enligt Farrells (1957) teori.

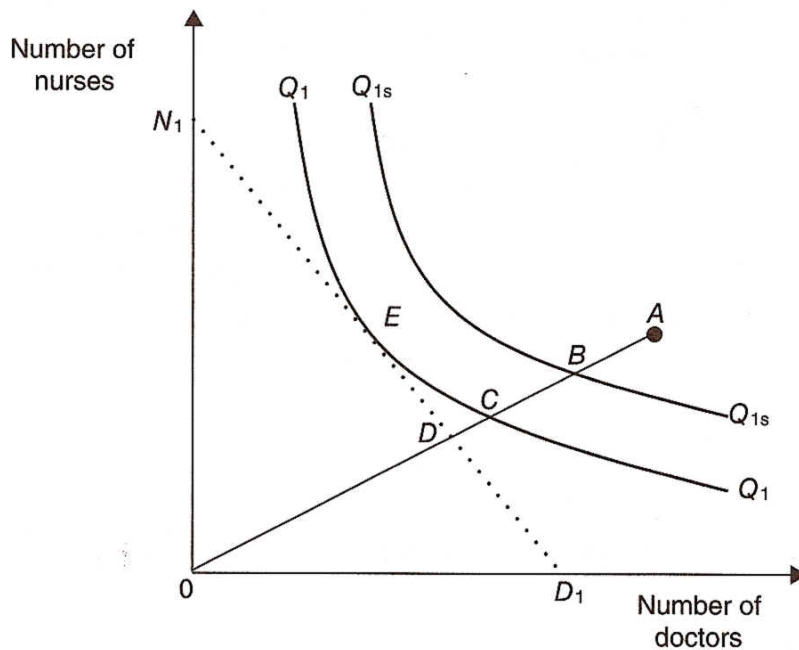


Diagram 2. Teknisk, allokativ och skal effektivitet (Morris et al. 2008).

Linjen 0-A visar olika kombinationer av insatsvaror, i det här exemplet rör det sig om läkare kontra sjuksköterskor. Isokvantkurvan,  $Q_1$ , visar olika kombinationer av insatsvarorna som ger samma produktionsnivå. Om sjukhuset använder en mängd insatser så att man hamnar i punkten C, har man uppnått tekniskt effektivitet, vilket innebär att produktionsnivån är optimal. Detta är dock inte samma sak som allokativ effektivitet, vilket uppnås när isokvant kurvan tangerar isokostkurvan  $N_1/D_1$  som visar kostnaderna för produktionen. I den allokativt effektiva punkten produceras maximal nivå för den budget man har, i det här fallet sker det i punkten E. Både punkten C och punkten D hamnar en bit ifrån allokativ effektivitet av olika orsaker. I punkten D producerar man visserligen till rätt kostnad, men man har inte en optimal kombination av insatsvaror. I punkten C, som är tekniskt effektiv har man rätt kombination av insatsvaror, men till en för hög kostnad. Teknisk effektivitet är alltså nödvändigt men inte tillräckligt för att man ska uppnå allokativ effektivitet.

## 2.4 Transaktionskostnader

Det finns olika typer av kostnader vid en sammanslagning. En typ av kostnad som riskerar att öka är transaktionskostnader, vilket definieras som alla utgifter, utöver priset, som uppstår vid en transaktion. Höga transaktionskostnader beror bland annat på att det krävs mer pengar och tid för att få till stånd en transaktion. Är dessa indirekta kostnader för höga blir konsumenter mindre villiga att konsumera och efterfrågan sjunker. Därmed är det viktigt för säljare att hålla nere

transaktionskostnaderna (Perloff, 2009). Transaktionskostnader inom vården kan exempelvis vara långa väntetider, försämrade tillgänglighet men även sämre arbetsmiljö som försvårar för de anställda. Transaktioner med stor osäkerhet leder också till högre transaktionskostnader. Alla faktorer som leder till ökad tröghet i organisationen leder till en mer ineffektiv vård och resulterar i ökande transaktionskostnader för patienten, då till exempel ett besök kan bli mer tidskrävande.

### 3. SUS - Bakgrundsfakta om Skånes Universitetssjukhus

---

*Syftet med det här avsnittet är att presentera bakgrundsfakta om tidigare USiL och UMAS, samt ge en bakgrundsbild kring etableringen av Proluma och till sist presentera den sammanslagna produkten: SUS.*

#### 3.1 USiL

Lasarettet i Lund bildades redan 1768 och är därmed ett av Sveriges äldsta sjukhus. Därefter har det vuxit till att även bli ett av de mer betydande sjukhusen i landet. Lunds sjukhus expanderade under 1890-talet och dess sjukhusbyggnader ökade i antal kring S:t Lars området. Namnet USiL, Universitetssjukhuset i Lund, fick sjukhuset först år 1993 efter att ha hetat S:t Lars sjukhus i många år ([www.skane.se](http://www.skane.se): A). USiL var i sig självt ett relativt stort sjukhus redan innan sammanslagningen, med 7700 anställda och 980 vårdplatser. Sjukhusets budget 2008 låg på 5,9 miljarder kronor ([www.skane.se](http://www.skane.se): B). USiLs främsta fokus har legat på neurosjukdomar, hjärtsjukdomar, multitrauma, cancer och barn (Appendix 2).

#### 3.2 UMAS

Universitetssjukhuset MAS historia går också långt tillbaka i tiden. Det är nu över ett sekel sedan sjukvården i Malmö år 1896 flyttade in på det nuvarande sjukhusområdet. Malmös sjukhus var det första sjukhus som öppnade sina dörrar till den breda allmänheten, oavsett samhällsklass. Här behandlades patienter med alla sjukdomar och åkommor ([www.skane.se](http://www.skane.se): C). År 1948 blev det ett universitetssjukhus och då ändrades namnet från Malmös Allmänna Sjukhus (MAS) till Universitetssjukhuset MAS (UMAS). Sedan dess har klinisk medicinsk utbildning bedrivits där ([www.skane.se](http://www.skane.se): C). UMAS erbjöd, år 2008, 840 vårdplatser och hade cirka 7000 anställda. UMAS profilering före sammanslagningen var med fokus på folksjukdomar som cancer, diabetes, glaukom och kärlsjukdomar (Appendix 2). Budgeten för UMAS 2008 var 4,9 miljarder kr ([www.skane.se](http://www.skane.se): D).

Sjukhusen i Malmö och Lund har levt sida vid sida i över 100 år. Båda sjukhusen började småskaligt och växte sedan successivt allt eftersom patienterna blev fler och efterfrågan på sjukvård ökade i regionen ([www.skane.se](http://www.skane.se): H). Tillsammans har UMAS och USiL haft ansvaret för akutsjukvård och närsjukvård för över hälften av Skånes invånare. I siffror innebär det cirka 640 000 personer. Sjukhusens högspecialiserade vård har inte enbart varit Skånes invånare till gagn utan även närregioner, landet i övrigt samt i enskilda fall patienter från andra länder, har kunnat dra

nytta av den. Sjukhusen har drivit betydande forsknings-, utbildnings- och utvecklingsverksamhet (Appendix 2).

Årsredovisningarna från 2006-2008 redovisar att båda sjukhusen har gjort stora ekonomiska förluster. Detta beskrivs dels ha berott på ökade kostnader och dels på hög efterfrågan på vården. För att kontrollera de ökande kostnaderna infördes bland annat anställningsstopp på USiL under vissa perioder 2007. År 2007 redovisade USiL ett underskott på hela 156 Mkr. Orsaken tros främst ha varit problem med kostnaderna för cancervården, akutsjukvården och barnsjukvården. Under 2007 togs det fram en besparingsplan för USiL som beräknades dämpa de stora förlusterna och denna besparingsplan skulle även ge effekt under 2008. Årsredovisningen för 2008 visade en förlust på 143 Mkr, vilket förklaras bero på den relativt höga produktionsökning från 2007 med 3,4% som ledde till att budgeten överskreds ([www.skane.se](http://www.skane.se): B). Även UMAS hade detta år en förlust på 140,1 Mkr. Det var cirka 20 Mkr sämre än föregående år och var 2,9% av UMAS omsättning. Detta förklarades framför allt av lägre intäkter än vad som budgeterats ([www.skane.se](http://www.skane.se) :G).

Sammanfattningsvis var sjukhusen i stort behov av en förändring och dessa nyligen nämnda siffror, i kombination med det framtida ökande gapet mellan kostnader och intäkter, låg med stor sannolikhet till grund för att diskussionerna om en sammanslagning tog fart på allvar.

### **3.3 Proluma**

I början av 2008 fick Ann-Sofi Bennheden, Sjukhuschef på UMAS och Bent Christensen, Sjukhuschef på USiL ett uppdrag av Regionsdirektören, Sören Olofsson att upprätta en ”Profilering och samordning av universitetssjukhusen i Skåne” vilket kom att kallas Proluma, Profilering Lund-Malmö (Appendix 2). Uppdraget bestod av att lämna in förslag på ”en genomgripande samordning och profilering av universitetssjukhusen i Malmö och Lund i syfte att stärka universitetssjukvården i Skåne” (Bennheden & Christensen, Appendix 2). Man ville med detta kunna utnyttja Region Skånes och Sveriges samlade resurser för sjukvård, utbildning och forskning på bästa möjliga sätt. För trots sjukhusens olika inriktningar, som nämndes ovan, fanns det ett flertal verksamheter som var representerade på båda universitetssjukhusen. Det fanns med andra ord ”dubbleringar” något som varit ett av de officiella huvudargumenten till Proluma då detta skulle ha lett till sämre möjlighet till högkvalitativ vård och bidragit till relativt höga organisatoriska kostnader. Utöver det skulle båda universitetssjukhusen på sikt förlora i konkurrenskraft inom specialistsjukvården genom att inte samla sina resurser. Projektet bestod utav 15 delprojekt som leddes samtidigt som

utvecklingsarbetet mot det gemensamma sjukhuset, SUS, fortsatte parallellt. Genomförandet skulle sedan ske i etapper där ett begränsat antal verksamheter adresseras åt gången (Appendix 2).

### 3.4 Skånes Universitetssjukhus, SUS

Regionfullmäktige beslutade 2009 att universitetssjukhusen i Malmö och Lund skulle slås samman under en ledning. Bildandet av Skånes universitetssjukhus, SUS, 2010-0101 var därmed en direkt följd av de positiva erfarenheterna från Proluma. Målet med Proluma och SUS är att skapa en framtida konkurrenskraftig universitetssjukvård i Region Skåne och Södra sjukvårdsregionen. I och med sammanslagningen blev SUS det tredje största av Sveriges sju universitetssjukhus ([www.skane.se](http://www.skane.se): E). SUS fortsätter att existera på sina tidigare sjukhusområden, det vill säga, både i Lund och Malmö. För närvarande finns det officiellt ingen plan på att bygga något nytt gemensamt sjukhus under samma tak (Sydsvenskan, 2010-04-13). Idag har SUS en kapacitet på 1750 vårdplatser. Budgeten, på 10 miljarder kronor efter sammanslagningen, är i stort sett oförändrad från innan.

**Tabell 1: Faktajämförelse av SUS med andra sjukhus (\*vuxen, \*\*siffror från respektive sjukhus hemsida):**

2010	SUS	Karolinska	Sahlgrenska	Rikshospitalet/ Kph
Budget	10 mdkr	12,8 mdkr	11,6 mdkr	8,5 mdkr
Medarbetare	12.500	15.000	17.000	8.000
Antal Akutbesök/ dag	400*	200*	300*	1050*
Antal operationer/ dag	190	164	200	119
Antal inlagda/dag	1750	1600**	2100**	1400**

([www.skane.se](http://www.skane.se): F)

### 3.5 Mediabilden av SUS

Både före, under och efter sammanslagningen har SUS varit omdebatterat i media och det har framkommit både kritik och misstro mot projektet. Protester har hörts från anställda på båda sjukhusen, men den mest högljudda kritiken har kommit från en grupp lundaläkare. Det har även rapporterats om frustration och krångel i genomförandet. Båda sjukhusen har sedan tidigare inarbetade administrativa system, journalsystem och arbetssystem som skiljer sig åt. Att nu få dessa att fungera tillsammans är inte helt enkelt och har lett till att extra tid måste läggas på att kontrollera alla uppgifter så att inget blir fel, vilket är extra viktigt inom sjukvården då patientsäkerheten inte

får kompromissas. Förhoppningen är att dessa problem ska avta, frågan är bara när det ska ske (Sydsvenskan, 2009-12-28). Att börja med att slå samman den högspecialiserade vården innan själva sjukhussammanslagningen genomförs är speciellt för SUS och skiljer det från andra sammanslagningar som har gjorts i Sverige. Både i bildandet av Karolinska och Blekinge sjukhus började man med att slå samman sjukhusen för att sedan slå samman avdelningar med högspecialiserad vård. På så vis kommer man undan de stora problem som man nu har fått på SUS med att få ett fungerande arbetssystem. Kanske hade mycket av problemen som har uppstått i sammanslagningen av SUS kunnat undvikas om det hade gjorts på ett liknande sätt, vilket regionchef Sören Olofsson själv uttrycker i en intervju med Sydsvenskan, ”Jag var nog inte riktigt medveten om hur stora skillnaderna var mellan sjukhusen. Kanske borde jag ha insett det, men det gjorde jag inte”(Sydsvenskan, 2009-11-22). I en annan intervju säger Sören Olofsson att han var oförberedd på den storm av kritik som har kommit från de olika regionerna, ”Jag kan ta personlig skit, men det här nästintill föraktet från Lund gentemot Malmö var jag totalt oförberedd på”(Sydsvenskan, 2009-03-27).

Kritik har också riktats mot hur besluten kring sammanslagningen togs. De som har varit högst ansvariga för sammanslagningen, Bo Ahrén, dekan vid medicinskafakulteten i Lund och Sören Olofsson, regiondirektör, har blivit anklagade för att de hållit planerna inom en för snäv krets. Varken facket eller tjänstemän inom regionen påstår sig ha fått information om sammanslagningen innan det blev bestämt (Sydsvenskan, 2009-11-22). I en intervju med Sydsvenskan säger sig facket ha fått information efter beskedet om sammanslagningen, att det även finns en planerad nedskärning av de administrativa tjänsterna på sjukhuset med cirka 200-300 tjänster som en effekt av rationaliseringen. Facket är oroliga för hur detta kommer påverka arbetsmiljön för de som får vara kvar (Sydsvenskan, 2009-10-26). Sören Olofsson delar dock inte uppfattningen om att informationen har varit dålig, tvärtom är hans åsikt att regionpolitiker har fått en löpande information om arbetet (Sydsvenskan, 2009-03-27). När beskedet om Proluma gick ut sades det handla om profilering och samordning och det var inte tydligt att det även skulle leda till en sammanslagning (Appendix 2). Det är inte en helt enkel process som ligger bakom sammanslagningen av sjukhusen, men tydligt är dock att många inblandade parter önskar en större öppenhet och en mer tydlig kommunikation från beslutsfattare.

Vid en intervju med Magnus Eneroth, divisionchef på ortopedin i Malmö (Appendix 1), framkom att en del av problematiken låg i verksamhetschefernas bristande samarbete. Verksamhetscheferna fick från början en möjlighet att bearbeta förslaget på sammanslagningen när det kom och ge feedback på hur de tyckte att det skulle genomföras. Men för att göra det krävdes att



verksamhetscheferna i Malmö och Lund samarbetade. Därmed började problemen. Endast ett fåtal av verksamhetscheferna tog möjligheten att påverka. Om det beror på att informationen som gick ut till verksamhetscheferna inte var tillräckligt tydlig, eller om tron på att kunna påverka inte var tillräckligt stor är svårt att avgöra, sannolikt ligger ansvaret i båda ändar. I de fall där ingen feedback gavs genomfördes sammanslagningen enligt det första förslaget. Troligtvis hade de avdelningar som idag har störst problem efter sammanslagning, som ögonkliniken och kirurgen, gått en bättre framtid till mötes om de hade lyckats samarbeta och därmed tagit möjligheten att påverka och ställa krav. För att belysa problematiken med förändringsarbeten liknade Eneroth sammanslagningen med att poppa pop-corn i en mikrovågsugn: Först händer ingenting, sen poppar några få medan alla andra gör motstånd. Så plötsligt poppar det våldsamt. Men - det ligger alltid några opopgade kvar i botten av påsen. Om man väntar länge nog för att även dess ska poppa riskerar man att bränna hela innehållet.

## 4. Sammanslagningar

---

*Syftet med detta avsnitt är att presentera vad en sammanslagning av sjukhus innebär. Vi kommer även att ta upp vilka faktorer som ligger bakom en sådan förändring samt vilka specifika utmaningar den svenska sjukvården står inför. Vi har studerat ett antal artiklar som behandlar sammanslagningar av sjukhus och diskuterar deras resultat.*

### 4.1 Allmänt om sammanslagningar av sjukhus

Den allt snabbare teknologiska utvecklingen, demografiska förändringar och förändringar av tillgången på anställda tvingar sjukhus till en ständig anpassning (McKee & Healy, 2002). Det är därmed inte ovanligt att sjukhus omorganiserar och förändras. Det som varit speciellt de senaste årtiondena är den skenande ökningen av sammanslagningar av sjukhus, som bidragit till att antalet sjukhus har minskat. Denna trend har uppmärksammats på flera håll i världen. USA och Västeuropa är några av de områden där trenden mot färre sjukhus är mycket tydlig. Sverige följer samma mönster och har till och med haft en större minskning av antal sjukhus än den genomsnittliga minskningen i Västeuropa (Ahgren, 2008).

Sammanslagningar av sjukhus kan se olika ut men generellt innebär det att två eller fler sjukhus på samma lokala marknad går samman under gemensamt ägande vilket innebär att de möjligtvis även slår samman delar av sina faciliteter (Dranove & Lindrooth, 2003). Om sjukhusen slår samman sina avdelningar på något sätt kan det antingen innebära att det ena sjukhuset ingår i det andra eller att man bygger helt nya lokaler som båda sjukhusen förflyttas till (Harris et al. 2000). Sjukhus kan även ingå i system, vilket likt sammanslagningar innebär att det finns en gemensam ägare. Skillnaden, jämfört med en sammanslagning, är att sjukhusen fortfarande agerar som två separata enheter som inte delar lokaler eller slår samman avdelningar. Om sjukhusen i Malmö och Lund skulle ha valt att gå samman i ett system i stället för en sammanslagning så skulle det innebära att sjukhusen skulle fortsätta fungera som två skilda enheter, de skulle ha varsin budget, varsin årsredovisning och så vidare. Då USiL och UMAS har slagits samman under ett gemensamt namn, en gemensam budget och lokaler illustrerar detta ett typexempel på sammanslagning. När två sjukhus slås samman beräknas förflyttning av patienter mellan de tidigare separata sjukhusen underlättas, vilket annars kan kompliceras eller hindras av regleringar. På så vis är det tänkbart att sammanslagningar ger en högre effekt på kostnadsbesparingar än system (Dranove & Lindrooth, 2003).

## 4.2 Utmaningar för sjukhus

De utmaningar den svenska sjukvården står inför är främst den åldrande befolkningen, stora pensionsavgångar med kompetensförlust som följer med detta, ökad efterfråga på kvalitet samt finansiell åtstramning. Dessa leder till att kostnaderna för sjukvården kommer att öka dramatiskt (Appendix 1). En åldrande befolkningen är ett gemensamt problem för många länder då ett ökat behov av vård i kombination med minskad personalstyrka inte går ihop (McKee & Healys, 2002). Det kan även tänkas att den stora tillgången på information som idag finns att tillgå via bland annat internet, har lett till att patienter förväntar sig en högre kvalitet och bättre service inom vården.

Storleken på sjukvårdens budget är mer en politisk fråga än en ekonomisk. Då kostnaderna för sjukvård ökar i snabb takt och tar en allt större del av BNP finns incitament bland politiker att minska kostnaderna ([www.OECD.org](http://www.OECD.org)). Sjukhusen står för en stor del av den bestämda sjukvårdsbudgeten då de generellt tar cirka 50% av denna eller mer. Därav det ökade kravet på finansiella åtstramningar på sjukhus (McKee & Healys, 2002).

Anledningen till att sammanslagningar blivit en vanlig strategi för att uppnå de ovan nämnda nya kraven är en fast övertygelse bland beslutsfattare att sammanslagningar bör ge skalfördelar. Det innebär teoretiskt en ökad effektivitet samt en mindre kostnad per enhet. Specifikt i sammanslagningar av sjukhus tros detta komma av minskat antal liknande avdelningar inom samma geografiska område, lägre administrativa kostnader, lägre transaktionskostnader samt mindre överskottskapacitet (Harris et al. 2000). Enkelt sagt slås de fasta kostnaderna ut över en större produktion samtidigt som organisationen tros bli mer effektiv och samverkande. Rent teoretiskt borde därmed sammanslagningar av sjukhus ge både kostnadsbesparingar och ökad produktivitet (Garside, 1999). Den ökade produktiviteten tros gagna patienter i form av ökad kvalitet av vården. Ytterligare ett argument för sammanslagningar är att större sjukhus påstås få en bättre möjlighet att behålla samt utveckla specialistavdelningar (Fulop et al. 2005). I jämförelse med ett mindre sjukhus som måste anställa en allmän läkare för att ta hand om flera olika typer av behandlingar, har ett större sjukhus möjlighet att anställa specialistläkare. Detta kan även tänkas ge en produktionsökning då en specialistläkare har en större kunskap inom sitt område och därmed kan producera en bättre produkt (Morris et al. 2007). Att ha större specialistkunskaper på sjukhuset gör även att det blir lättare att rekrytera ny personal då det innebär bättre utbildnings- och karriärmöjligheter (Fulop et al. 2005).

### 4.3 Resultat av empiriska studier

Det finns en stark tro på att man når bra resultat av att uppnå skalfördelar genom att sprida fasta kostnader över en större produktion (Ferrier & Valdemanis, 2004). Det finns emellertid flera artiklar som behandlar huruvida det kanske är mer komplicerat att uppnå dessa när det handlar om sjukhus. Internationell forskning har utvärderat sammanslagningar av sjukhus på lite olika sätt, främst genom att undersöka om sammanslagningarna har gett de effekter som förväntats. I de flesta studier har man undersökt om det gav de skalfördelar som förutspåts. De resultat som presenteras är ofta ofullständiga och flera studier visar motsatta resultat. Dock kommer många fram till att ett mer försiktigt förhållningssätt bör tas till sammanslagningar av sjukhus.

Ahgren (2008) har gjort en undersökning av sammanslagningen av Karlskronas och Karlshamns sjukhus som bildade Blekinge sjukhus 1996. Undersökningen, som främst baserades på enkäter och intervjuer samt annan data, kunde visa en mindre kvalitetsförbättring av vården efter sammanslagningen, men uppfattning bland personalen var att det inte berodde på sammanslagningen (Ahgren, 2008). I enkäterna och intervjuerna framkom även ett stort motstånd mellan både invånare i de olika städerna och anställda på de olika sjukhusen mot sammanslagningen. Uttalanden som "Blekinge är för litet för att ha mer än ett sjukhus men rivaliteten mellan öst och väst gör att uppdelningen är oundviklig" och "det har varit och är fortfarande en konflikt mellan läkare" visade på problematiken (Ahgren, 2008). Ferrier & Valdemanis (2004) presenterar ett mycket liknande resultat i sin undersökning av sammanslagningar i USA 1997, med fokus på om sammanslagningar ger skalfördelar och bättre produktivitet. De kommer fram till att skillnaden mellan sjukhus som slogs samman och sjukhus som inte gjorde det inte var särskilt stor. De ifrågasätter även sambandet mellan sammanslagningen och de effektivitetsökningar som fanns. De resultat som kom av de sammanslagna sjukhusen var dessutom sämre än förväntat. Studien visade att under året som sammanslagningarna genomfördes fanns en högre effektivitet bland de sammanslagna sjukhusen jämfört med kontrollgruppen, men på längre sikt gick kontrollgruppen om i både effektivitet och produktivitet (Ferrier & Valdemanis, 2004). Det finns dock studier som visar resultat av sammanslagningar som stämmer bättre med förväntningarna på skalfördelar. I en amerikansk undersökning kunde man se att det visserligen förekom stora icke önskade utgifter under genomförandet av sammanslagningar, men att cirka två år efter genomförandet minskade dessa och vinsterna och produktiviteten ökade (Harris et al. 2000). Detta styrks av Dranove & Lindrooth som i sin studie fann hållbara besparingar under år två, tre och fyra efter sammanslagningar av sjukhus (Dranove & Lindrooth, 2003).

Groff et al. (2007) ger i sin artikel stöd till att effekterna av sammanslagningar troligtvis inte visar sig förrän cirka 2 år efter sammanslagningen, men påpekar också att det finns förväntade negativa effekter som ger ökade kostnader för samhället som färre jobb och ökade transportkostnader. Det finns flera studier som stödjer att det finns negativa effekter i samband med sammanslagningar. I en studie av nio sammanslagningar i England kunde man visa att alla hamnade minst 18 månader back i sitt arbete som en följd av sammanslagningen. I samma studie såg man att de negativa effekterna av sammanslagningarna fanns kvar tre år efter genomförandet. Förklaringen till de negativa effekterna förklaras med en process utan klara gränser och för lite fokus på den administrativa delen i arbetet (Fulop et al. 2005). Enligt Choi (Närilid, 2010) misslyckas tre av fyra fusioner i näringslivet och den siffran förväntas vara ännu högre för sjukhus. Detta stämmer bra med Garsides (1999) uppgifter om 75% av alla sammanslagningar av sjukhus misslyckas med att uppnå de mål som förväntats. Choi hävdar vidare att det inte går att styra sjukhus med en näringslivslogik, då det är en mycket mer mångfacetterad och komplex organisation.

#### **4.4 Problem med sammanslagningar av sjukhus**

Sammantaget visar de studier som finns på sammanslagningar av sjukhus inkonsekventa och motstridiga resultat. Det som i teorin verkar vara bra ger uppenbarligen inte alltid förväntat resultat i verkligheten. Det leder till insikten att sammanslagningar av sjukhus kanske är en mer komplex företeelse än vad många beslutsfattare verkar tro. Då sammanslagningar av sjukhus inte alltid är så lyckosamma är det intressant att se vilka faktorer som avgör om en sammanslagning lyckas och vilka problem som riskerar att uppstå. Alarkin (Olafsson, 2008) pekar på tre huvudsakliga faktorer som kan bidra till en misslyckad sammanslagning:

- 1) Om det inte finns tydliga/realistiska mål med sammanslagningen
- 2) Om förhandlingarna kring sammanslagningen inte har skett på ett korrekt sätt
- 3) Om planeringen kring den nya organisationen är gjord på ett ineffektivt sätt (Olafsson, 2008).

De ovan nämnda faktorerna känns någorlunda sammanfattande för vad andra artiklar lyfter fram som orsaker till varför sammanslagningar inte lyckas. Att inte lyckas definieras som att inte nå de förväntade målen. Det är därför viktigt att inte sätta mål som är orealistiska att nå upp till. Motivet till att sätta för höga mål är sannolikt att man vill få medvind av politiker. Det är lättare att få medhåll av beslutsfattare på något som förväntas ge stora positiva effekter.

När tydliga mål för sammanslagningen har bestämts kommer nästa viktiga steg, nämligen att kommunicera ut detta till alla inblandade parter. Om det inte görs kan det orsaka stora problem, främst bland personalen. En sammanslagning innebär ofta en stor omställning och om inte syftet klart och tydligt förmedlas är det lätt att det utvecklas ett motstånd bland de anställda. Kulturella skillnader blir lätt till kulturella hinder om det inte finns en bra kommunikation och vägledning av chefer (Ahgren, 2008).

Kulturbegreppet står i detta sammanhang för de skillnader i värderingar och sätt att arbeta på som finns i de olika sjukhusen. Om det finns motsättningar bland anställda mot sammanslagningen eller mot andra anställda orsakar det givetvis problem i produktionen. Flera artiklar menar att detta har förbisetts av beslutsfattare och därmed blivit en avgörande faktor för att sammanslagningar inte har lyckats (Fulop et al. 2005). Uttalanden som ”det kanske bara är 6,4 km mellan oss men det är mer än två årtionden mellan oss i form av kultur och praktik” (Fulop et al. 2005) och ”Mentala avståndet betydligt mer än två mil” (Sydsvenskan, 2009-03-05) visar på detta problem. En annan möjlig förklaring till varför en sammanslagning inte lyckas är om de organisatoriska förändringarna har undervärderats (Fulop et al. 2005). En sammanslagning av sjukhus innebär att organisationen blir betydligt större och därmed mer komplex. För att klara av det och undvika förseningar i arbetet måste chefer snabbt tillsättas så att det finns beslutsfattande personer på plats. Det är även viktigt att administrationen byggs upp så att den kan hantera en större organisation. Om de nämnda åtgärderna inte görs är risken stor att de chefer som finns får ta en ökad arbetsbörda och riskerar att bli överarbetade. Om administrationsarbetet försvåras stiger sannolikt kostnaderna för administrationen i form av transaktionskostnader istället för att sjunka som det var tänkt (Fulop et al. 2005). Detta är ytterst aktuellt i den rådande situationen på SUS; ”För ett antal år sen, innan digitaliseringen så kunde en ortopedläkare ta fyra patienter i timmen. Idag när allting är datoriserat börjar vi närma oss nivån två patienter per timme. Detta beror på att vi måste logga in i så många olika system på varje patient. Här finns en enorm förbättringspotential men tyvärr går utvecklingen fortsatt åt fel håll”, enligt Eneroth (Appendix 1).

I Fulops studie från 2005 som gjorts på nio sammanslagningar i England rapporterade många av de anställda att de kände av en ökad stress och en större arbetsbörda både före, under samt efter genomförandet av sammanslagningen (Fulop et al. 2005). Det kan förklaras av att beslutsfattare undervärderat komplexiteten och storleken på förändringen. Mer hänsyn behövs sannolikt tas till sammanhanget och till de individer som sammanslagningen berör, för att undvika sådana effekter

(Fulop et al. 2005). De förväntade vinsterna utifrån det mål man har bör inte heller vara för små då det finns stora kostnader i samband med att man slår samman sjukhus, både legala och finansiella (Dranove & Shanley, 1995). Dessutom är det kostsamt att gå tillbaka till grundläget om sammanslagningen inte ger de effekter som man har förväntat sig. Det är därför mycket viktigt att beslut om sammanslagning har föregåtts av grundliga beräkningar av förväntade effekter och eventuella kostnadsbesparingar.

#### 4.5 För stort

En fråga som har varit föremål för många studier är hur stort ett sjukhus bör vara för att skal fördelar ska finnas samt om stort kan bli för stort. Resultaten visar att skal fördelar i sjukvården når en maximal nivå vid 100-200 vårdplatser från vilken punkt skalavkastningen är konstant.

Skalavkastningen förblir konstant till en gräns där genomsnittskostnaderna ökar vilket sker när det finns mellan 300 och 600 vårdplatser. Om antalet vårdplatser överstiger den övre gränsen så innebär det att kostnaden per vårdplats ökar (McKee & Healy, 2002). Det betyder att om en sammanslagning av två sjukhus ger en storlek på 700 sängar bör det enligt teorin vara så att det inte ger några skal fördelar utan tvärtom ger ett sämre läge än om sjukhusen fortsatte vara skilda enheter. Om ett sjukhus har en storlek som är mindre än 100 sängar eller större än 600 sängar så visar flera olika studier att det är skal-ineffektivt. Vad som är en optimal storlek på ett sjukhus finns det dock inga generella siffror på, men någonstans mellan dessa värden. Detta betyder alltså att hypotesen om att större sjukhus är bättre än små sjukhus inte nödvändigtvis stämmer (McKee & Healy, 2002).

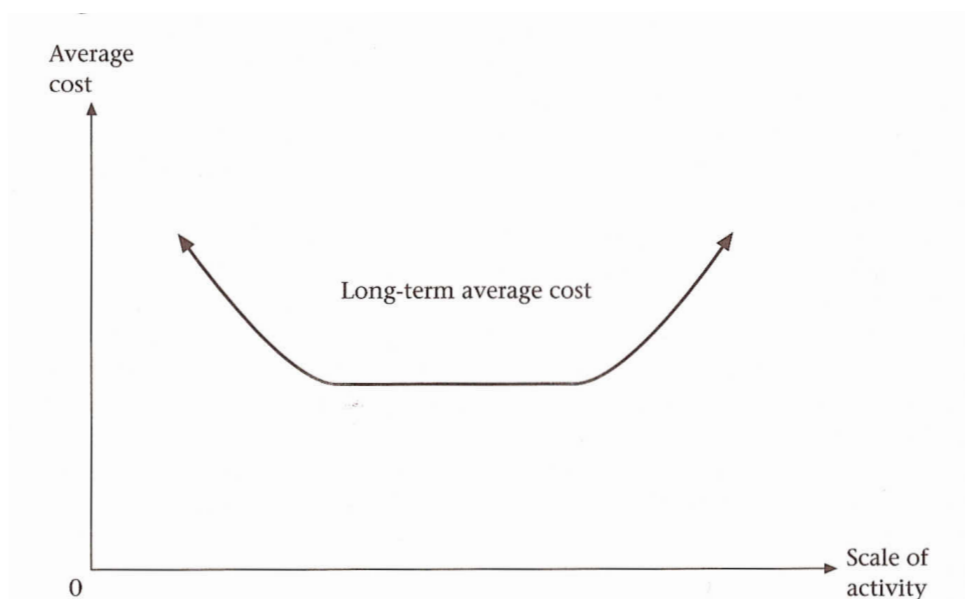


Diagram 3. Långsiktig genomsnittlig kostnadskurva.

I diagram tre ser vi hur en långsiktig kostnadskurva ser ut och med den kan vi även förklara vad det är som händer när kostnaderna ökar för ett sjukhus. För att börja producera en viss storlek av sjukvård behövs investeringar i bland annat byggnader, anställda och medicinska verktyg. Då en del av kostnaderna är fasta på kort sikt så kommer kostnaden per enhet i ett första stadium att sjunka när produktionen ökar. På längre sikt är dock alla kostnader rörliga och kommer att höjas i takt med att produktionen ökar. Som man kan se i diagram tre ger det vid en viss nivå en konstant skalavkastning, och den nivån bör enligt existerande forskning vara cirka 200 sängar. Detta spann sträcker sig till en nivå på cirka 300-600 sängar, innan den genomsnittliga kostnaden börjar öka, vilket beror på att resurser inte har ökat i storlek tillräckligt för att en större produktion ska kunna vara effektiv (McKee & Healy, 2002). Det kan exempelvis vara att man inte investerar i mer utrustning när produktionen ökar, vilket kommer leda till att arbetet efter en viss nivå inte kan ske lika effektivt och kostnaderna ökar. Ett större sjukhus kan även få ökad byråkrati och komplex administration vilket ger såväl som direkta kostnader högre transaktionskostnader. På en lägre nivå av produktion kan skal-ineffektivitet uppkomma om utrustningen som finns används i för liten utsträckning. Om ett sjukhus exempelvis har investerat i dyr teknologi så innebär det att ett visst antal behandlingar måste göras för att täcka upp för kostnaden, vilket kan vara svårt för ett litet sjukhus (Morris et al. 2007).

#### **4.6 Begränsningar**

En viktig sak att ha i åtanke är att de undersökningar av sammanslagningar av sjukhus som vi har använt oss av inte självklart kan appliceras på den situation som råder i Sverige. Detta då samhällssystem, sammanhang och andra faktorer kan skilja sig åt. Många av de studier som finns är baserade på USA. Det är därför av stor vikt att ha ett kritiskt förhållningssätt till huruvida dessa resultat är applicerbara eller ej på andra situationer. En annan begränsning är att resultaten i de studier vi har använt oss av som längst sträcker sig tre till fyra år efter sammanslagningen. Naturligtvis hade det varit intressant att studera långsiktiga undersökningar och resultat, men det finns inte i nuläget. En förklaring till varför det inte finns långsiktiga undersökningar är att det på längre sikt blir problem att urskilja vilka effekter som beror på sammanslagningen och vad som beror på andra faktorer.



## 5. Diskussion

---

Syftet med denna uppsats är att besvara frågeställningarna ”vad kan man förvänta sig av en sammanslagning av sjukhus” och ”kommer SUS ge de effekter som förväntas?”

Vi har presenterat ett antal nationalekonomiska teorier som vi anser relevanta, samt presenterat hur de kan användas för att förstå effekterna av sammanslagningar av sjukhus. Med en åldrande befolkning, ökande efterfrågan på vård samt den snabba teknologiska utvecklingen som kräver specialistkompetens stiger vårdens kostnader i en snabb takt. Det finns flera förslag på hur man bäst motverkar det växande gapet mellan kostnader och intäkter inom sjukvården. En strategi är att öka intäkterna, vilket kan finansieras bland annat via skattehöjningar eller via privatförsäkringar.

Dock är gapet mellan intäkter och kostnader så pass stort att även om skatterna höjdes till smärtgränsen och privata försäkringar infördes till en viss del, så skulle ändå större delen av gapet finnas kvar. Ett annat alternativ för att öka intäkterna är att prioritera patienter från utlandet, som då får betala för sjukvården genom sina försäkringssystem eller privatförsäkringar. För att kunna locka dessa patienter från andra länder måste sjukhuset vara konkurrenskraftigt och kunna erbjuda en hög vårdkvalité, vilket kostar pengar. Följden av att ta emot fler utländska patienter, om inte effektiviteten ökar, blir att man måste nedprioritera de inhemska patienterna vars köer förlängs ytterligare. Andra risker som också uppstår med fler utländska patienter är att nya bakteriefloror och virus tar sig in på sjukhusen vilket äventyrar patientsäkerheten och kan leda till ökade kostnader. Då inga intäktsökande strategier är tillräckliga för att täcka de framtida kostnaderna behövs kostnadssänkande strategier och det är då en sammanslagning är ett alternativ. Sammanslagningar har blivit en populär strategi inom näringslivet och nu även inom sjuk- och hälsovården för att uppnå kostnadsreduktion då de förväntas ge skalfördelar och samproduktionsvinster.

### 5.1. Avgörande faktorer

Vi har studerat flera studier som gjorts på sammanslagningar av sjukhus i olika delar av världen. Studierna visar inget entydigt resultat, dock är den överhängande delen av resultaten negativa.

Definitionen för en lyckad sammanslagning är att de förutsatta målen nås, vilket en majoritet av sammanslagningar av sjukhus inte lyckas med. Sammanslagningar av sjukhus kan dock ge positiva effekter, men dessa är i övervägande fall betydligt mindre än förväntat. Detta kan förstås inträffa på grund av dels orimligt högt satta mål och dels på grund av att sammanslagningarna inte blir lyckade. För att en sammanslagning ska lyckas är vissa faktorer särskilt viktiga;

-Målen med sammanslagningen ska vara tydligt satta och förankrade hos berörda parter,

- Förhandlingarna kring sammanslagningen måste ske på ett konstruktivt sätt,
  - Planeringen kring den nya organisationen måste vara oerhört väl genomtänkt.
- Utöver dessa organisatoriska faktorer visar forskning även att;
- Sjukhusets storlek är av väsentlig betydelse.

Det finns kritiska gränser för hur stort ett sjukhus bör vara för att kunna uppnå skalfördelar. Antalet vårdplatser bör ligga mellan den undre gränsen 100-200 till den övre gränsen 300-600, därefter är risken stor att sjukhuset drabbas av skalineffektivitet.

### **5.1.1 Mål och förhandlingar**

Med hjälp av artiklar i media och intervjuer med inblandade parter på SUS har vi kunnat bilda oss en uppfattning om hur SUS har lyckats med att hantera de avgörande faktorerna. Om vi börjar med att se hur SUS har lyckats med att ha ett tydligt mål förankrat i organisationen, så ser vi att det visserligen finns tydligt uppsatta mål med SUS sammanslagningen, men kommunikationen till inblandade parter lämnar mer att önska. Detta hör samman med hur förhandlingarna och planeringen kring sammanslagningen har skötts. När beslutet om Proluma hade tagits och informationen skulle förmedlas till verksamhetscheferna framkom det inte att detta var startskottet för en sammanslagning av sjukhusen. Det ledde till att osäkerheten bredde ut sig bland de anställda. Nu när sjukhusen har slagits samman har det florerat rykten om existerande planer på att bygga ett helt nytt sjukhus, då kostnaderna för att renovera tidigare USiL och UMAS är för höga. Detta är uppenbarligen ett mycket känsligt ämne och diskuteras inte gärna öppet av inblandade parter. Denna ovisshet bland de anställda bidrar också till en otrygghet på arbetsplatsen. Diskussionen om ett nytt sjukhus förs sannolikt, men bakom stängda dörrar. Oklarheterna både kring den nuvarande situationen och den långsiktiga planen för SUS är ett problem som uppstått just på grund av bristfällig kommunikation.

Den vanligaste orsaken till att sammanslagningar av sjukhus misslyckas är kulturella skillnader. En bra dialog och öppna diskussioner kan ha en motverkande effekt mot detta. Om de anställda inte har en klar uppfattning om vilka målen är och inte känner att det får en möjlighet att påverka, är risken stor att de känner sig överkörda och får då en negativ inställning till sammanslagningen. För de anställda rör det sig om en stor omställning som påverkar deras arbetsliv. För de flesta är det lättare att acceptera något där man varit del av beslutsprocessen och där man vet exakt hur det kommer att påverka en själv såväl som patienter och sjukhuset. Det är viktigt att de anställdas roll i sammanslagningen inte undervärderas, de är trots allt kärnan i sjukhuset och utan dem blir det ingen

vård. I rapporter från media och i intervjuer blir det uppenbart att den kulturella skillnaden mellan Malmö och Lund är mycket påtaglig. Läkarna har svårt att samarbeta och kompromissa och misstron mot sammanslagningen är stor. Detta är tydliga tecken på en misslyckad kommunikation av målen. Brister i kommunikationen leder till en större osäkerhet, vilket leder till en ökad ineffektivitet i arbetet och en ökning av transaktionskostnader. Osäkerhet i produktion som leder till ineffektivitet minskar även möjligheterna att uppnå en positiv skalavkastning och skalfördelar. Detta då en positiv skalavkastning kommer av en ökad effektivitet i arbetet, som i sin tur leder till ekonomiska besparingar i form av skalfördelar. Ineffektivitet i arbetet sätter bromsar för detta.

### **5.1.2 Planering**

För att en sammanslagning ska kunna fungera och ge förväntade effekter är det också viktigt att det finns tillräcklig kapacitet för till exempel ytterligare sängplatser, administration och personal. Annars är risken stor att transaktionskostnaderna ökar på grund av större tröghet i produktionen, vilket i sin tur resulterar i att genomsnittskostnaden tilltar, skalavkastningen blir avtagande och skalfördelarna uteblir. I SUS fall ser det ut som om den risken är relativt stor. Redan innan genomförandet av sammanslagningen var det administrativa systemet tidskrävande. I takt med att ny teknik har införts i sjukhusarbetet, har administrationen blivit allt mer tidskrävande istället för tvärtom. Hårdare sekretesskrav gör att läkare själva måste göra en ännu större del av det administrativa arbetet istället för kliniskt arbete. Det administrativa systemet sätter även i normala fall käppar i hjulet för sjukvården och dessa käppar blir inte färre när två sjukhus med två olika administrativa system ska samverka. Dessutom har informationen nått facket att sjukhuset ska skära ner på de administrativa tjänsterna. Sker detta finns det en överhängande risk att läkarna kommer få ta hand om en ännu större del av det administrativa arbetet, något som bidrar till större ineffektivitet i samband med sammanslagningen snarare än ökad effektivitet. Det verkar finnas mycket övrigt att önska i organisationen av sammanslagningen. Mycket tyder på att det hade varit bättre om ett gemensamt administrativt system och ett gemensamt journalsystem hade införts innan avdelningarna slogs samman för att undvika de stora problem som nu har uppkommit. Sannolikheten att uppnå effektivitetsökning och kostnadsreducering minskar när det administrativa systemen kräver mer tid och resurser.

### **5.1.3 Storlek**

Storleken på sjukhuset är en annan intressant faktor. Enligt flera studier finns det en gräns för hur stort ett sjukhus bör vara för att kunna dra nytta av skalfördelar. Om den gränsen stämmer var

sjukhusen i Malmö och Lund var för sig för stora redan innan sammanslagningen för att kunna utvinna skalfördelar. Efter sammanslagningen rymmer SUS hela 1750 sängplatser. Möjligtvis skulle man kunna klara att bibehålla effektiviteten och dra nytta av skalfördelarna om beslutsfattandet i vården decentraliseras så att kliniker kan fungera som självständiga enheter i storleken 300-600 vårdplatser. Det argumentet är dock inte helt vattentätt då en del av ett sjukhus aldrig kan fungera som en helt fristående enhet. Även om ansvar decentraliseras så måste olika delar av sjukhuset alltid samverka då de är delar av samma organisation och ett beroende finns mellan aktörerna. I detta fall verkar det därmed som att superadditivitet i produktionen inte kan nås. Teorin om superadditivitet är att två komplementära verksamheter som slås samman ska kunna producera mer effektivt vilket ger samproduktionsvinster. I SUS fall verkar det dock inte kunna bli en verklighet, troligtvis på grund av att sjukhusen var för stora redan innan sammanslagningen.

## 6. Slutsatser

---

Om vi nu ska försöka besvara vår första frågeställning ”vad kan man förvänta sig av en sammanslagning av sjukhus” så blir svaret att om en sammanslagning genomförs på ett bra sätt kan det ge skalfördelar och samproduktionsvinster, dock oftast mindre än förväntat. Det är alltså möjligt att uppnå ökad effektivitet och kostnadsbesparingar men det är verkligen ingen garanti. Trots detta har vi i vårt arbete med denna uppsats märkt en övertygelse bland politiker och andra beslutsfattare om att sammanslagningar är en bra strategi som ger resultat, vilket går stick i stäv med internationell forskning. Trenden att slå samman komplementär produktion kommer från näringslivet, men även där tyder fakta på att det är en överskattat strategi. Endast en av fyra sammanslagningar inom näringslivet lyckas med att uppnå de förväntade målen. För sjukhus, som oftast är en betydligt mer komplex organisation än privata företag, ser statistiken ännu mörkare ut. Det tyder, som vi nämnde tidigare, dels på att målen är för höga och dels att sammanslagningar rent generellt inte är så lyckosamma som många verkar vilja tro. Som forskningen antyder så går det inte att styra sjukhus med en näringslivslogik, då det är en mycket mer mångfacetterad och komplex organisation. För att en sammanslagning av sjukhus ska få de positiva effekter som förespås krävs även att hänsyn tas till den miljö och de individer som påverkas, då inget fall är det andra likt.

Som svar på vår andra frågeställning ”är förväntningarna på SUS rimliga?” finner vi att mycket talar för att de förväntade effekterna inte kommer uppstå. Denna slutsats grundar sig på ett flertal olika faktorer. Framför allt att det finns misstankar och misstro till sammanslagningen på grund av frånvaron av en öppen dialog. Den bristfälliga kommunikation med inblandade parter, inte bara till de lägre anställda utan även högt uppsatta verksamhetschefer, har lett till osäkerhet och frustration över situationen. Med stor sannolikhet leder detta till att transaktionskostnaderna och de direkta kostnaderna ökar samt att skalfördelar kommer att upphöra i produktionen då sjukhuset blir för stort och skalvinsterna övergår till förluster istället. I ett uttalande i en intervju säger regionchef Sören Olofsson att han förväntar sig resultat om två år - något som vi anser föga sannolikt. Om det blir några positiva resultat ser vi det först om ytterligare några år då man rätt ut många av misstagen i genomförandet. Kanske blir det inte bra förrän ett nytt sjukhus byggs med ett fungerande gemensamt administrativt system och adekvata avdelningar. Additivitetsvinsterna befaras stanna på papperet då nya SUS enligt teorin som vi nämnt tidigare blir för stort för att kunna leda till superadditivitet i produktionen. Detsamma gäller önskan om subadditiviteten i kostnaderna som inte heller kan förverkligas av samma anledning.

För att sammanslagningen ska ha en chans att lyckas måste kommunikationen förbättras och samarbetet öka mellan Malmö- och Lundaläkarna. Ett stort ansvar ligger på läkarna att få arbetet att fungera. Om de motsätter sig sammanslagningen ökar trögheten ytterligare. Kanske hade chansen varit större att nå de åtråvärda skalfördelarna genom att omorganisera de tidigare sjukhusen, Umas och USiL, effektivisera arbetssätten och samordna journalsystemen i de tidigare konstellationerna. Det hade varit oerhört intressant att veta hur beslutsfattarna har tänkt kring de problem med sammanslagningar som lyfts fram i befintlig forskning, samt vilka åtgärder de genomfört för att förhindra ännu en misslyckad sammanslagning. Vår uppfattning är att det inte har tagits tillräcklig hänsyn till befintliga forskningsresultat för att undvika de fallgropar som finns. Ageranden och uttalanden kring sammanslagningen som ”Det viktiga är att vi håller högt tempo” (Olofsson, sydsvenskan, 2010-05-12) visar på ett kortsiktigt tänkande där det saknas ett långsiktigt perspektiv. Då sammanslagningar av sjukhus är en uppenbart komplex och omfattande förändring av två redan tungrodda organisationer, känns det viktigt att det får ta den tid det tar för att uppnå stabila och hållbara resultat på lång sikt. Det är trots allt något som berör i stort sett alla i samhället. Om det inte görs riskeras inte bara sjukhusets ekonomi utan även patientsäkerheten då journalsystemen blir krångligare, vårdköerna längre och läkare eventuellt slutar.

Kanske har det gått lite för hastigt i fallet SUS. Eftersom majoriteten av sammanslagningar av sjukhus inte lyckas måste extra tid och energi investeras för att undvika att SUS inte ska bli en av dem.

## 7. Referenslista

---

### Artiklar:

Ahgren, Bengt. "Is it better to be big? The reconfiguration of 21st century hospitals: responses to a hospital merger in Sweden". Health Policy 2008;87:92-99

Coelli, Timothy, J. An introduction to efficiency and productivity analysis, Kapitel 3, 1999

Dranove, David - Lindrooth Richard. "Hospital consolidation and costs: another look at the evidence".  
Journal of Health economics 2003;22: 983-987

Farrell, M.J. "The Measurement of Productive Efficiency, Journal of the Statistical Society". Series A (General), Vol. 120, No. 3, (1957)

Ferrier, GD - Valdmanis, VG. "Do mergers improve hospital productivity?" Journal of the operations research society 2004;55:1071-1080

Fulop, Naomi - Protopsaltis, Gerasimos - King, Anette - Allen, Pauline - Hutchings, Andrew - Normand, Charles. "Changing organisations: a study of the context and processes of mergers of health care providers in England". Social science & medicine 2005;60:119-130

Garside, Pam. "Evidence based mergers? Two things are important in mergers: clear goals, clearly communicated". BMJ 1999; 318: 345-346

Groff, James - Lien, Donalds - Su, Jewei. "Measuring efficiency gains from hospital mergers". Research in healthcare financial management 2007;11:1:77-90

Harris J II - Ozgen, H - Ozcan, Y. "Do mergers enhance the performance of hospital efficiency?" The Journal of the operational research society 2000;51:7:801-811

Olafsson, Gunnar. "Merging Hospitals: motives, methods and outcomes". Nordic school of public health, MPH 2008;17

Närldid, Marie. "Det går inte att styra hälso- och sjukvård endast utifrån en näringslivslogik", Läkartidningen 2010;17:107:1130-1133

### Internetsidor:

[www.umass.se](http://www.umass.se) (2010-04-16)

[www.usil.se](http://www.usil.se) (2010-04-16)

[www.skane.se](http://www.skane.se):A = [www.skane.se/templates/Page.aspx?id=231462](http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=231462) (2010-04-22)

[www.skane.se](http://www.skane.se):B = [www.skane.se/Public/USIL/Dokument/Om%20oss/ArsredovisnUSiL2008.pdf](http://www.skane.se/Public/USIL/Dokument/Om%20oss/ArsredovisnUSiL2008.pdf)  
(2010-04-20)

[www.skane.se](http://www.skane.se):C = [www.skane.se/templates/Page.aspx?id=21724](http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=21724) (2010-04-20)

[www.skane.se](http://www.skane.se):D = [www.skane.se/upload/Webbplatser/UMAS/Om\\_umas/Årsberättelser/arsredov2008sammanf.pdf](http://www.skane.se/upload/Webbplatser/UMAS/Om_umas/Årsberättelser/arsredov2008sammanf.pdf) (2010-04-17)

[www.skane.se](http://www.skane.se):E = [www.skane.se/templates/Page.aspx?id=274342](http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=274342) (2010-04-19)

[www.skane.se](http://www.skane.se):F = [www.skane.se/templates/Page.aspx?id=291087](http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=291087)

(2010-04-19)

[www.skane.se](http://www.skane.se):G = [www.skane.se/upload/Webbplatser/UMAS/Om\\_umas/Årsberättelser/arsredov2008sammanf.pdf](http://www.skane.se/upload/Webbplatser/UMAS/Om_umas/Årsberättelser/arsredov2008sammanf.pdf) (2010-04-22)

[www.skane.se](http://www.skane.se):H= [www.skane.se/Public/SUS/Dokument/SkaneunivsjhBildande.pdf](http://www.skane.se/Public/SUS/Dokument/SkaneunivsjhBildande.pdf) (2010-04-22)

[www.oecd.org](http://www.oecd.org) statistik (2010-05-06)

### **Litteratur:**

Morris, Stephen - Devlin, Nancy - Parkin, David, 2008. *Economic analysis in health care*. Glasgow: John Wiley & Sons.

McKee, Martin - Healy Judith, 2002. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham: Open University Press.

Varian, R. Hal, 2006. *Intermediate Micro Economics*. Seventh Edition. New York: W.W. Norton & Company.

Perloff, Jerffery M. 2009. *Microeconomics*. Fifth Edition. Boston: Pearson International Edition.

### **Tidningsartiklar:**

Sydsvenskan, Sammanslagningen av sjukhusen skapades i det dolda, 2009-12-28

Sydsvenskan, Sjukhuset skapades i det dolda, 2009-11-22

Sydsvenskan, Oförberedd på förakt mellan Malmö och Lund, 2009-03-27

Sydsvenskan: Fackliga reaktioner, 2009-10-26



## Appendix 1:

Intervju med Magnus Eneroth, divisionschef på SUS i Malmö  
2010-04-27

*\* Kan du ge en kort presentation av dig själv?*

- Jag har jobbat på ortopedden tidigare, ca 14 år i Lund. Jag är sedan i måndags även divisionschef tillfälligt.

*\* Vad är din uppfattning om sammanslagningen?*

- Redan hösten 2007 arbetade jag och verksamhetschefen i Malmö fram ett förslag på samordning, några dagar innan vi skulle presentera det kom beskedet om Proluma. Som jag har uppfattat det fick sjukhuscheferna i Lund och Malmö i uppdrag av Sören Olofsson (region chefen) att ta fram en förändringsplan för vården. Varken jag eller verksamhetschefen i Malmö ville ta allt och omarbetade därför förslaget. Under 2008-2009 gjordes 4 utredningar inom ortopedi och det blev ett allt större konsensus om att bilda en klinik. En rapport skrevs, men inget svar kom. Några månader senare kom istället beskedet om SUS. Intressant är att ortopedin var först ute med att inse att en slags samordning var nödvändig, och är nu den avdelning som sist kommer genomföra förändringarna då de har satt vissa krav som de vill ska vara uppfyllda innan, ex att det ska finnas utrymme att utföra samma arbete som i nuläget. Ett stort problem för många andra avdelningar är att sammanslagningen har gjorts trots att utrymme inte har funnits.

- ortopedin har varit en avdelning som har setts som mest positiv till sammanslagningen och har även sett till att påverka hur det ska gå till. Ögonkliniken som har varit mycket negativ till sammanslagningen har haft väldigt lite inverkan på hur sammanslagningen ska gå till.

*\* Hur är den generella uppfattningen om sammanslagningen?*

- ortopedin har varit en avdelning som har setts som mest positiv till sammanslagningen och har även sett till att påverka hur det ska gå till. Ögonkliniken som har varit mycket negativ till sammanslagningen har haft väldigt lite inverkan på hur sammanslagningen ska gå till. När alla fick beskedet om sammanslagningen så fick de en chans att påverka. Problemet var att verksamhetscheferna i Malmö och Lund inte kunde enas. Hade de gjort det hade det kunnat se betydligt bättre ut. Mellan Malmö- och Lundaläkare råder en total klash. Om man frågar klinik A och klinik B kommer de svara olika saker för att de helt enkelt inte vill svara lika.

*\* I media har det verkat som att den mesta kritiken har kommit från lundaläkare, stämmer det?*

- Ja, så har det definitivt varit. Egentligen är det inte någon större skillnad mellan Malmö och Lund, ändå anser Lund att de är bättre. Ett stort problem på de kliniker som det har varit mycket problem på är att flera läkare har slutat vilket förvärrar deras situation ytterligare. Jag tror inte att alla slutar på grund av sammanslagningen, utan många tar tillfället i akt och utnyttjar situation som en anledning för att sluta.

*\* Var kom beslutet om sammanslagningen från?*

- Under 2007 gjordes ett förnyelsearbete inom region skåne, där proluma var ett projekt inom vården. Sören gav sedan uppdrag till sjukhuscheferna att genomföra det. Sjukhuscheferna har fått kritik för att de inte har förankrat beslutet nedåt. Problemet är att man aldrig tidigare har enats om något sånt, så därför valde man att bestämma själva. Inte ens högt uppsatta chefer visste. Jag tror att det var rätt beslut att fatta, men att man kanske hade behövt varit mer tydliga med att kommunicera att verksamhetscheferna kunde komma med feedback på hur det skulle genomföras. Om de inte kom med någon feedback alls så skulle de ske enligt beslutet.

*\* Hur hör det här ihop med sjukhusens budget?*

- Sjukvården i Sverige är finansierad via skatter, och de närmaste åren beräknas kostnaderna stiga kraftigt, samtidigt som inkomsterna ligger på en ganska konstant nivå. Det kommer leda till att gapet mellan kostnaderna och intäkterna växer. Endast i Stockholms region beräknas gapet ha växt till 20 miljarder om 10 år. Orsaker till att kostnaderna ökar är bland annat att teknologi och mediciner blir allt dyrare. Möjliga lösningar som lyfts fram är ex att höja skatterna, men även om man skulle höja skatterna till en gräns som knappt någon skulle acceptera så är större delen av gapet kvar. En annan möjlig lösning som vissa argumenterar för är att privatisera sjukvården, men det skulle innebära att dels mer resurser togs från den offentliga sjukvården, samt att folk skulle få betala dubbelt och då bli mindre benägna att betala för den offentliga sjukvården. Problemet med privat sjukvård är att den inriktar sig på den sjukvård som är billigast. Det skulle alltså leda till att den offentliga sjukvården skulle få ta hand om den dyrare sjukvården med mindre resurser.

*\* Innebär sammanslagningen inga nedskärningar i budgeten?*

- Det ska vara samma budget som innan för båda sjukhusen, bara att det slås samman.

*\* Men om man ser till årsredovisningarna på region Skånes hemsida så har SUS en budget på 700 miljoner.*

- Det beror i så fall inte på sammanslagningen. Jag ska kolla upp de siffrorna.

*\* Det finns flera källor som pekar på att det finns en övre gräns för hur stort ett sjukhus kan vara för att det ska ge skalfördelar och den gränsen ligger mellan 300-600 sängar. Vad tror du om den teorin?*

- Andra företag har lyckas genom att begränsa mindre enheterna inom organisationen så att de blir effektiva, om man misslyckas med det så har man givetvis problem. På SUS har nu sjukhuschefen delegerat en stor del av ansvaret ner till sina 6 divisionschefer. På så sätt kan de agera som chefer och beslutschefer över de avdelningar som de har ansvar för. På så vis bildar man mindre enheter som kanske håller inom den gränsen, Sen måste dessa förstås samarbeta och fungera tillsammans.

*\* Hur ser du på de administrativa problem som uppstått?*

- Hade man bara haft ett bra IT system så hade man kunnat få alla positiva till sammanslagningen. Som det ser ut idag får läkare göra en allt större del av det administrativa arbetet. Datoriseringen av allt har lett till att läkare kan ta färre patienter per timme. För ett antal år sen, när man fortfarande behövde hålla i röntgen bilderna, så kunde en läkare ta 3 patienter i timmen. Idag när allting är så datoriserat så att jag kan sitta hemma och titta på en patients röntgen bilder kan en läkare ta 1 patient i timmen.

Dessutom finns en massa olika journalsystem. Mycket av detta är gamla missar som vi idag lever med.

## **Appendix 2:**

Proluma- Generell uppdragsbeskrivning delprojekt av Ann-Sofi Bennheden och Bent Christensen,  
Malmö och Lund, 2008-04-03.

Datum

08-01-25, rev. 08-03-07

Dnr

Regiondirektör Sören Olofsson

## Profilering och samordning av universitetssjukhusen i Skåne

### Uppdrag

Inom ramen för Region Skånes förnyelsearbete har undertecknade fått i uppdrag att lämna förslag på en genomgripande samordning och profilering av universitetssjukhusen i Malmö och Lund i syfte att stärka universitetssjukvården i Skåne. En bra grund för detta arbete är den samverkan som redan påbörjats i samma syfte mellan de två universitetssjukhusens ledningsgrupper.

### Bakgrund

Den skånska universitetssjukvården står idag inför en rad förändringar och utmaningar däribland

- Stora pensionsavgångar med kompetensförlust som följd, vilket är en viktig faktor när man skall erbjuda vård av högsta kvalitet, bedriva forskning och bemöta en åldrande befolkning med ett mer specialiserat vårdbehov
- Snabb medicinskt teknisk utveckling som ständigt måste följas och tas hänsyn till när till exempel nya behandlingsmetoder och mediciner tas fram
- Framtida konkurrensutsättning av sjukvård och forskningsmedel som kommer att öka kraven på service, kvalitet och ekonomisk effektivitet.
- Utveckling av rikssjukvården som föreslår att viss högspecialiserad hälso- och sjukvård skall koncentreras till ett begränsat antal enheter där en hög vårdkvalitet och en ekonomiskt effektiv verksamhet kan säkerställas

För att möta dessa utmaningar har man genom Skånsk Livskraft påbörjat en koncentration av delar av vården. Högspecialiserad och specialiserad vård är områden där detta är extra relevant då hög kvalitet kräver tillräckligt stort patientunderlag och samlad kompetens. Däremot ska/bör basen, dvs närsjukvården, och delar av den specialiserade vården, finnas på bägge sjukhusen men bör i största möjliga omfattning samordnas snarare än koncentreras.

## Universitetssjukhusens uppdrag

Universitetssjukhusen har en högteknologisk och högspecialiserad vård med ett stort akutflöde samt en omfattande närsjukvård. Universitetssjukhusen svarar för specialiserad akutverksamhet till mer än hälften (54 %) av Skånes invånare, UMAS primära upptagningsområde har drygt 370 000 invånare och USiL drygt 270 000 invånare. Högspecialiserad vård erbjuds inom en rad områden till hela Skåne (1,2 miljoner invånare), Södra sjukvårdsregionen (1,6 miljoner invånare), landet i övrigt och i vissa fall patienter utanför landets gränser.

I samverkan med universitet och högskolor bedrivs en omfattande forsknings-, utbildnings- och utvecklingsverksamhet.

## Nuvarande profilering

Universitetssjukhusen har idag uttalade strategiska inriktningar som speglar en redan genomförd profilering

UMAS har fokus på folksjukdomar som cancer, diabetes, glaukom och kärlsjukdomar. Inriktningen kännetecknas dessutom av ett antal specialområden, vilka i huvudsak är koncentrerade till UMAS.

Specialområden för UMAS är barn- och vuxenendokrinologi, beroendevård, blödnings- och koagulationssjukdomar, brännskador, handkirurgi, kärlkirurgi med interventionell radiologi, njur- och ö-cellstransplantationer, plastikkirurgi, klinisk virologi, reproduktionsmedicin, rättspsykiatri (samordnas under 2008 i Lund) samt yrkesdermatologi. För flertalet av dessa områden har högspecialiserade kompetenscentra inrättats.

USiL har fokus på neurosjukdomar, hjärtsjukdomar, multitrauma, cancer och barn. Inriktningen kännetecknas av ett antal specialområden, vilka i huvudsak är koncentrerade till USiL.

Specialområden för USiL är avancerad barnkirurgi, barnonkologi, gynekologisk tumörkirurgi, medicinsk rehabilitering, neurokirurgi, neurologi (barn och vuxna), ätstörningar, dövpsykiatri, thoraxkirurgi (barn och vuxna), reumatologi (barn och vuxna), stamcellterapi (barn och vuxna), klinisk immunologi och transfusionsmedicin, klinisk genetik, klinisk farmakologi, klinisk läkemedelsprövning samt arbets- och miljömedicin. För flertalet av dessa områden har högspecialiserade kompetenscentra inrättats.

Trots sjukhusens olika inriktningar finns ett flertal verksamheter representerade på båda universitetssjukhusen vilket innebär sämre möjlighet till hög kvalitet och relativt höga organisatoriska kostnader. Därmed riskerar den skånska universitetssjukvården att på sikt förlora i konkurrenskraft då man inte samlat sina resurser.

## Fortsatt profilering

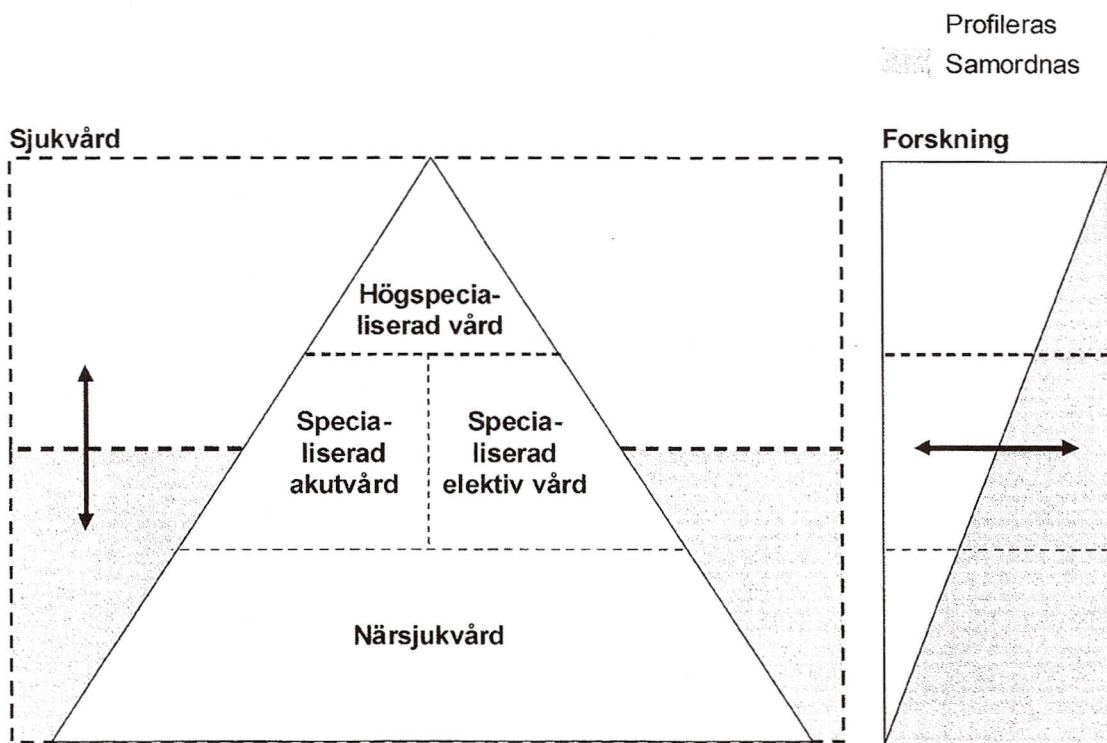
För att klara av att möta framtida utmaningar behöver man stärka universitetssjukhusens profiler.

Mål för en fortsatt profilering:

- Attrahera, koncentrera och utveckla kompetens för att förbereda sig inför bl.a., kommande stora pensionsavgångar

- Säkerställa och öka vårdkvalitet ytterligare genom att dra nytta av samlade kompetenser och erfarenheter samt påbörja en ständig kompetensutveckling, vilket är nödvändigt för att kunna bemöta den ökade konkurrensen
- Förbättra vårdkvalitet och service för patienterna genom verksamhetsutveckling
- **Skapa ekonomisk bärkraft genom att realisera synergier, öka effektiviteten samt förbättra produktiviteten.** Detta är viktigt för att kunna finansiera investeringar inom forsknings- och valda fokusområden och kan uppnås genom profilering och samordning av universitetssjukhusen.

Profileringen och samordningen bör angripas ur ett helhetsperspektiv där den framtida vård- och forskningsstrategin för universitetssjukhusen bör ses från ett gemensamt perspektiv med hänsyn till övriga Skåne-regionen och rikssjukvården. Vi ska föreslå vilka verksamheter som ska profileras och vilka som ska samordnas, och dessutom ta fram en övergripande implementeringsplan för hur detta ska genomföras. Inom sjukvården är det den högspecialiserade vården samt delar av den specialiserade vården som bör profileras medan närsjukvården och resterande delar av den specialiserade vården samordnas. För forskningen kommer inte gränsdragningen vara lika tydlig även om forskningen inom den högspecialiserade vården bör profileras till högre grad än för närsjukvården (se bild).



Själva genomförandet kommer sedan att ske i etapper/vågor där ett begränsat antal verksamheter adresseras.

I första vågen har ett antal verksamheter med hög potential för att nå dessa mål genom profilering identifierats: högspecialiserade endokrina sjukdomar (medicinsk och kirurgisk), gastrointestinalkirurgi (övre och nedre), handkirurgi, hematologi, käkkirurgi, lungmedicin, reumatologi, ryggkirurgi, urologi, ögon och öron. Detta innebär att dessa enheter föreslås slå ihop under en ledning och hela enheten i princip samlokaliseras på ett av sjukhusen. En utgångspunkt ska vara att slutenvård och jourverksamhet koncentreras till ett sjukhus medan vissa verksamheter kan

bedrivs på båda sjukhusen om behov för detta kan påvisas (t.ex., viss öppenvårdsverksamhet, behov av specialistnärvaro för optimala processer (t.ex. trauma) och konsultationer). För vissa av ovan nämnda verksamheter finns behov av att även involvera sjukhusen i Helsingborg och Kristianstad. Ett processtänkande ur patientens perspektiv innebär att ytterligare några verksamhetsområden involveras redan i ett tidigt skede av diskussionen (t.ex., onkologi och funktions- och bildiagnostik). Själva profileringen/samordningen av dessa verksamheter kommer dock adresseras under arbetet med helheten.

Efter första vågen kommer ytterligare verksamheter att genomgå profilering och samordning. Vilka enheter som ska ingå i följande vågor kommer att bestämmas med hjälp av helhetsarbetet som sker parallellt under första vågen.

Effekten av profileringen kommer att slutligt avgöras när ytterligare analyser av kvalitet, service och ekonomi genomförts.

## Tidplan för fortsatt arbete

Profileringen av universitetssjukhusen kommer att genomföras i enlighet med följande processbeskrivning:

- Två parallella processer med respektive fokus på helheten och våg-1 verksamheterna
- Helhetsprocessen kommer att drivas av sjukhuscheferna
- Profilering av våg-1 verksamheterna kommer att ledas av utnämnda verksamhetschefer som rapporterar framsteg och status till en styrgrupp via en projektledare

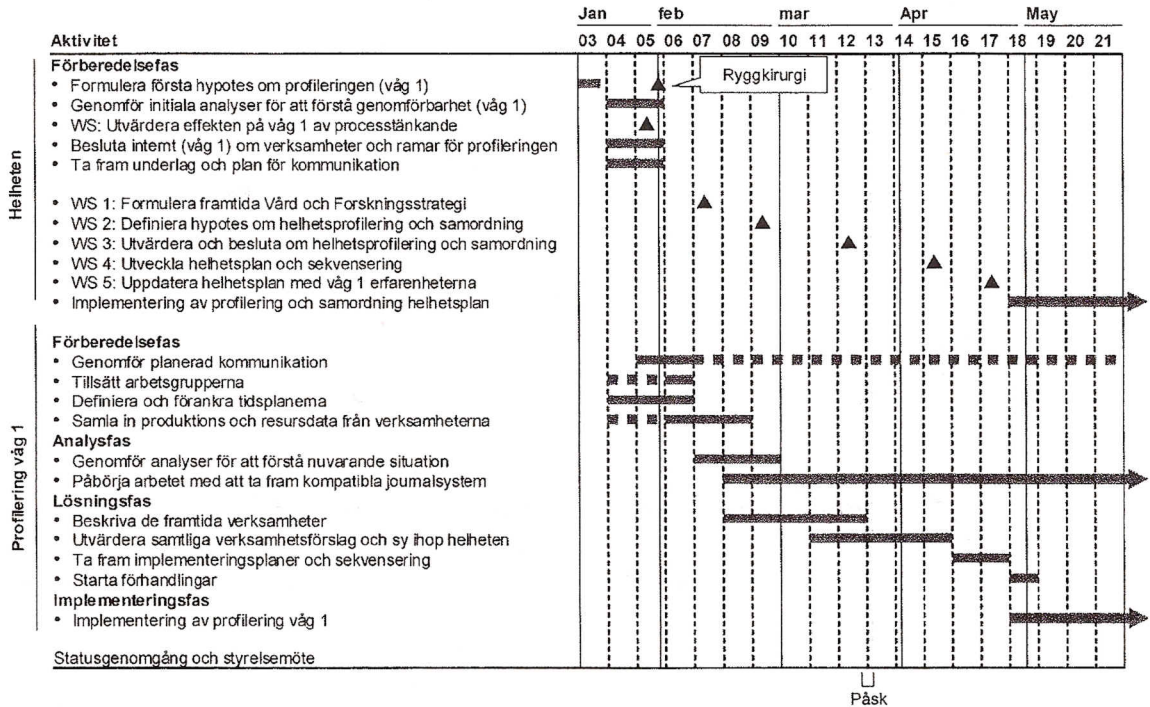
## Övergripande process för profilering USIL/UMAS

	Förberedelsefas	Analysfas	Lösningsfas	Implementeringsfas
<b>Helheten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulera första hypotes om profileringen (våg 1)</li> <li>• Genomför initiala analyser för att förstå genomförbarhet (våg 1)</li> <li>• Workshop: Utvärdera effekten på våg 1 av processtänkande ur patientens perspektiv</li> <li>• Besluta internt (våg 1) om               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Vilka verksamheter som ska profileras</li> <li>– Ramar för profileringen</li> </ul> </li> <li>• Ta fram underlag och plan för kommunikation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Workshop 1: Formulera framtida Vård och Forskningsstrategi för Skånes universitetssjukhus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Workshop 2: Definiera hypotes om helhetsprofilering och samordning</li> <li>• Workshop 3: Utvärdera och besluta om helhetsprofilering och samordning</li> <li>• Workshop 4: Utveckla helhetsplan och sekvensering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Workshop 5: Uppdatera helhetsplan med de erfarenheterna från våg 1 arbetet</li> <li>• Implementering av profilering och samordning helhetsplan</li> </ul>
<b>Profilering våg 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genomför planerad kommunikation</li> <li>• Tillsätt arbetsgrupp av               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Kliniker</li> <li>– Verksamhetschef</li> <li>– Verksamhets ekonom</li> <li>– HR stöd</li> <li>– 1-2 för verksamheten externa personer</li> </ul> </li> <li>• Definiera och förankra tidsplanerna</li> <li>• Samla in produktions och resursdata från verksamheterna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genomför analyser för att förstå nuvarande situation               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Patient</li> <li>– Processer (int., ext.)</li> <li>– Information</li> <li>– Organisation</li> <li>– Personal</li> </ul> </li> <li>• Påbörja arbetet med att ta fram kompatibla journalsystem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beskriva de framtida verksamheter i form av               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Innehåll</li> <li>– Organisation</li> <li>– Lokaler</li> <li>– Personal</li> </ul> </li> <li>• Utvärdera samtliga verksamhetsförslag samt genomförbarhet och sy ihop helheten</li> <li>• Ta fram implementeringsplan, inkl. investeringar och flyttsekvensering</li> <li>• Starta förhandlingar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementering av profilering våg 1</li> </ul>

Profileringen av universitetssjukhusen kommer att genomföras i enlighet med följande tidplan:

# Övergripande tidplan för profilering USIL/UMAS

PRELIMINÄR



Källa: Team analys

15

Ann-Sofi Bennheden  
Sjukhuschef

Bent Christensen  
Sjukhuschef

Kopia:  
Karin Christensson