



Lunds universitet
Ekonomihögskolan
Informatik

SkåneGemensamt Melior

IS-integration vid Skånes Universitetssjukhus

Kandidatuppsats, 15 högskolepoäng, INFK01 i informatik

Framlagd: Juni, 2011

Författare: Henrik Persson
Martin Sköld

Handledare: Paul Pierce

Examinator: Hans Lundin
Magnus Wärja

Abstract

Titel	SkåneGemensamt Melior – IS integration vid Skånes Universitetssjukhus
Författare	Henrik Persson Martin Sköld
Utgivare	Institutionen för informatik
Handledare	Paul Pierce
Examinator	Hans Lundin Magnus Wärja
Publiceringsår	2011
Språk	Svenska
Nyckelord	Sammanslagningar, IS-integration, IS-system, Skånes Universitetssjukhus, Integrationsramverk, Organisation

Abstract

Region Skåne har slagit samman Skånes två största sjukhus vilket har bemötts på många olika sätt, både positiva och negativa. Vi anser att sjukvården i Skåne är av stort allmänintresse och har därför valt att granska hur integrationen av journalsystemen utförts vid sammanslagningen, detta genom projektet SkåneGemensamt Melior. Journalsystemens kompatibilitet är starkt kopplat till patientsäkerheten. För att utföra denna analys kommer vi att tillämpa Henningssons Ramverk för IS-integration vid sammanslagningar samt pröva ramverkets applicerbarhet inom den offentliga hälso- och sjukvårdssektorn. Resultatet av vår forskning visar att ramverket till stor del är applicerbar inom denna sektor. Inom sammanslagningen och projektet SkåneGemensamt Melior återfinns samtliga dimensioner för att enligt Henningsson vara en fullgod integration. Dock kan vi utifrån ramverket dra slutsatsen att projektet till en allt för stor del fortlöpt reaktivt vilket lett till större komplikationer än nödvändigt. Vi kan även dra slutsatsen att framtagandet av kravspecifikationen varit bristfällig då kompetensen ej varit tillräcklig inom Region Skåne.

Innehållsförteckning

1 Inledning	1
1.2 Problemområde	1
1.3 Problemställning	2
1.4 Forskningsfråga	3
1.5 Syfte	3
1.6 Avgränsningar	3
1.7 Uppsatsens upplägg	4
2 Teoretiska utgångspunkter	5
2.1 Sammanslagningar	5
2.2 Henningssons ramverk för IS-integration	6
2.2.1 Dimensionerna	7
2.2.2 Relationer mellan dimensionerna	12
2.3 IS-integration vid Trelleborg AB	13
2.4 Case: Kléber	14
2.5 Organisationskultur	18
3 Metod	20
3.1 Val av undersökningsmetod	20
3.2 Val av respondenter	21
3.2.1 Intervjuguide och genomförande	21
3.2.2 Transkribering	22
3.3 Val av undersökningsobjekt	23
3.4 Datainsamling	23
3.4.1 Källkritik	24
3.4.2 Etik	24
4 Empirisk presentation och analys av SUS	25
4.1 Bakgrunden till SUS	25
4.2 Sammanslagningsprocessen	26
4.2.1 Organisationen	26
4.2.2 Kulturen	27
4.2.3 Informationsstandard och kompetens	28
4.3 Melior	28

4.3.1 Melior vid Region Skåne	29
4.3.2 SkåneGemensamt Melior.....	30
4.4 Analys av SUS och projektet SkåneGemensamt Melior.....	32
4.4.1 Dimensionernas relation vid SUS.....	39
5 Diskussion & slutsats	41
5.1 Avslutande diskussion	41
5.1.1 Organisation och kultur	42
5.1.2 Avvikande dimensioner	42
5.2 Slutsats	44
5.2.1 Vidare slutsats	45
6 Bilagor.....	46
6.1 Bilaga 1 – Personer bakom skrivelser till regionstyrelsen	46
6.2 Bilaga 2 - Intervjuguide Respondent A och B.....	47
6.3 Bilaga 3 - Frågor Respondent A	48
6.4 Bilaga 4 - Frågor Respondent B	49
6.5 Bilaga 5 - Transkribering Respondent A	50
6.6 Bilaga 6 - Transkribering Respondent B	69
7 Referenser	79

Figur och tabellförteckning

Figurer

Fig 2,1. Integration typology based on integration degree (Henningsson, 2008)	s.8
Fig 2,2 Frenliness - Hostile Continium (Henningsson 2008).....	s.9
Fig 2,3. Approaches to IT-integration (Henningsson, 2008).....	s.10
Fig 2,4. A framework for IS integration in M&A (Henningsson, 2008).....	s.11
Fig 4,1. Journal situationen 2008 vid SUS (José Gonzalez, 2008).....	s.28

Tabeller

Tabell 2,1.Six dimensions of IS integration in the Kléber case (Henningsson, 2008).....	s.17
Tabell 3,1. Kodning av transkribering.....	s.22
Tabell 4,1. Six dimensions of IS integration in the SUS case.	s.39

1 Inledning

I detta inledande kapitel kommer vi att förklara bakgrunden till, samt syftet med vår uppsatts. Vi kommer ge en övergripande beskrivning av den vanligaste problematiken kring organisatoriska sammanslagningar samt beskriva eventuella effekter som en sammanslagning kan medföra. Vidare kommer vi att fördjupa problemområdet till en problemställning där vi kort presenterar situationen vid Skånes Universitetssjukhus (SUS). Problemställningen följs av vår forskningsfråga samt forskningsfrågans tillhörande avgränsning. Detta inledande kapitel avslutas med en kortare beskrivning kring uppsatsen upplägg och utformning.

1.2 Problemområde

Det har under det senaste decenniet blivit allt mer populärt med sammanslagningar av organisationer för att möta den mer konkurrenskraftiga globala marknaden. Färdigställandet av en sammanslagning är ofta början på integrationsproblematik. För att lyckas med en sammanslagning behövs en komplett integration mellan de befintliga informationssystemen, vilket beskrivs som en av nyckelfunktionerna för att en sammanslagning ska bli lyckad. En lyckad integration av informationssystem betyder dock inte nödvändigtvis en lyckad sammanslagning, utan det finns fler faktorer som påverkar. (Shang-Ping Lin et al, 2010) Långt ifrån alla sammanslagningar lyckas, uppskattningsvis 2/3 når inte upp till det väntade resultatet. Några av dessa misslyckanden kan oftast spåras tillbaka till arbetet innan sammanslagningen då huvudfokus ofta legat på det finansiella perspektivet. Detta samtidigt som organisationen ignorerat problemen associerade med integrationen av den tekniska infrastrukturen hos de delar som ska slås samman. (Robbins & Stylianou, 1999) Enligt Bueno och Bowditch (1989) kan en sammanslagning resultera i ett misslyckande även om både de tekniska och finansiella perspektiven har lyckats. Vidare bygger deras forskning på hur människor påverkas av organisatoriska sammanslagningar. En sammanslagning kan påverka människor till stress, frustration, förvirring och mycket mer. De menar att människors välbefinnande och lojalitet mot företaget är ett lika viktigt perspektiv för en lyckad sammanslagning (Bueno & Bowditch, 1989).

1.3 Problemställning

Nyligen har södra Sveriges två största sjukhus vid Malmö och Lund slagits ihop och bildat SUS. Sammanslagningar av denna storlek är mycket beroende av ett bra IT-stöd, vilket ofta hamnar i bakgrunden hos beslutsfattarna. Arbetet har formellt förklarats som avslutat av sjukhuschefen (Micartur, 2010), men vägen dit har inte fortlöpt utan hinder då missnöjda och kritiska röster har hörts från flera håll. Kritiken har mestadels handlat om att föranalyserna inte fått den tid och resurser som behövs för att göra en väl underbyggd utvärdering. (Regionstyrelsen, 2010) För att kunna göra ett likvärdigt arbete över hela organisationen behövs en bra IT-infrastruktur så information ska kunna distribueras och nå ut till alla inom organisationen. Denna distribution måste fungera bra mellan sjukhusen och de olika avdelningarna då distributionen kan vara vitalt för patientsäkerheten. (Micartur, 2010) Sedan mitten av 90-talet har arbetet med journalsystemet Melior pågått. Efter bildandet av SUS har detta projekt fått en ny inriktning, verksamheten har gått från att införa Melior utifrån lokala verksamhetskrav och arbetsprocesser, vilket ledde till ett stort antal skilda databaser, till att införa systemet utifrån ett patientperspektiv (RSIT, 2010). Detta arbete har fått titeln SkåneGemensamt Melior, vilket är projektet som vi ska undersöka.

Som ett resultat av sammanslagningen rör sig både patienter och läkare allt mer mellan sjukhusen, vilket ökar behovet av tillgång till strukturerad data som enkelt presenteras för användaren (RSIT, 2010). Henningsson (2008) har efter flera studier inom IS-integration tagit fram ett ramverk som ger en helhetssyn över området och de aspekter som påverkar integrationen. För att kunna utföra analysen kommer vi ta del av dokumentation från arbetet innan och efter projektets start samt utföra intervjuer med nyckelpersoner inom projektet. Integrationsaspekterna har delats in i sex dimensioner som används för att få en helhetssyn över komplexiteten vid en IS-integration. Ramverket har tidigare applicerats på ett antal fallstudier vid Trelleborg AB som är en global industrikoncern. Ramverket har inte tidigare applicerats inom hälso- och sjukvårdssektorn, något vi tänker göra i denna uppsats. En bidragande orsak till varför det är intressant att applicera ramverket på SUS är att den verksamhet de bedriver jämfört med Trelleborgskoncernen skiljer sig i flera avseenden, ett av dessa är att det inte finns ett uttalat vinstintresse inom SUS vilket det gör inom Trelleborg AB.

Vi kommer att undersöka hur Henningssons (2008) sex dimensioner är representerade vid bildandet av SUS och då främst inom projektet SkåneGemensamt Melior. Valet av ramverket grundar sig i dess ursprung från ekonomihögskolan vid Lunds universitet då det var här Henningsson som doktorand forskade kring integrationsmetoder. Doktorandtjänsten resulterade i det ramverk vi har för avsikt att använda. Då institutionen för informatik idag är en del av ekonomihögskolan är det för oss och Lunds universitets del intressant att tillämpa den forskning som har sitt ursprung från tidigare forskningsinsatser.

1.4 Forskningsfråga

Utifrån problemställningen har vi valt att besvara frågan: *Hur har integrationsarbetet med journalsystemen fortlöpt?* Detta kommer vi göra genom att tillämpa Henningssons ramverk som analysverktyg, vilket även kommer ge svar på frågan: *Till vilken grad det går att applicera ramverket inom hälso- och sjukvårdssektorn?*

1.5 Syfte

Vi vill med denna uppsats ge läsaren ökad förståelse kring IS-integration och hur arbetet med integration kan se ut och då främst visa på hur projektet SkåneGemensamt Melior fortlöpt. Detta gör vi genom att analysera projektet utifrån Henningssons (2008) ramverk. Som nämnts tidigare har ramverket tidigare applicerats på företag inom tillverkningsindustrin. Det är därför intressant att undersöka hurvida ramverket ter sig inom hälso- och sjukvårdssektorn och förhoppningsvis bidra med kunskap till Region Skåne. Då just projektet SkåneGemensamt Melior påverkar sjukvården och i viss grad vårdkvalitén är det extra intressant ur ett patientperspektiv, vilket leder till ett stort allmänintresse. Ytterligare anledning till varför vi väljer att dokumentera detta är att vi i rollen som systemvetare med stor sannolikhet någon gång kommer att hamna i en situation där man behöver kunskap kring IS-integration.

1.6 Avgränsningar

Sammanläggningen av Universitetssjukhusen i Malmö och Lund är en väldigt omfattande process och som vi nämnt tidigare inte fortlöpt helt problemfritt. Att göra en överskådlig undersökning av hela sammanslagningen såg vi som ett alternativ men då detta lätt blir för stort för ramen för en kandidatuppsats valde vi att ha ett mindre perspektiv. Vi har därför valt att fokusera på en specifik del av denna process, nämligen integrationen av journalsystemen. Uppsatsen kommer mynna ut i en analys kring hur väl Henningssons (2008) ramverk är tillämpningsbart inom hälso- och sjukvårdssektorn. Som avgränsning inom ramverket kommer vi endast att analysera integrationen av journalsystemet till skillnad från Henningsson (2008) som tar hänsyn till samtliga system. Projektet SkåneGemensamt Melior påverkar ett flertal system inom organisationen, samtliga av dessa berör arbetet kring hantering av patientjournaler. Att vi fokuserar på journalsystemet Melior och inte gör en full analys av sammanslagningens samtliga IS-system anser vi inte kommer påverka det resultat vi kommer att presentera i uppsatsens slutskede. Trots att det är samma system är dess struktur så pass olik mellan olika delar av verksamheten att integrationsarbetet kan jämföras vid en integration av olika system.

1.7 Uppsatsens upplägg

Vi kommer i början av uppsatsen ha ett brett perspektiv då vi redogör för vad som tidigare skrivits om organisatoriska sammanslagningar och vad de innebär. Vi kommer sedan att gå över och göra en litteraturstudie på de teorier och ramverk vi kommer att använda oss av för att på bästa sätt svara på vår forskningsfråga. För vidare tillvägagångssätt och undersökningsmetoder, se metodkapitlet nedan. I metodkapitlet motiverar vi även valet av undersökningsobjekt och intervjupersoner. Efter litteraturstudien kommer vi klargöra för vad sammanslagningen har inneburit för SUS och hur den påverkat bland annat organisationens struktur och kultur. Detta går vi igenom för att ge läsaren en komplett bakgrund och förståelse av situationen. Vidare kommer vi fokusera på projektet SkåneGemensamt Melior. Som vi analyserar utifrån Henningssons (2008) ramverk. Uppsatsen kommer således ha ett inledningsvis brett perspektiv för att skapa förståelse och sedan smalna av och fokusera på själva problemområdet.

2 Teoretiska utgångspunkter

I detta kapitel kommer den teoretiska grunden till uppsatsen att presenteras med syfte av att ge läsaren den grundförståelse som krävs för att senare kunna ta del av analys och diskussion. Teoridelen kommer inledas med att vi behandlar ämnet sammanslagningar i stort, där vi till en början ger ett historiskt perspektiv för att sedan gå in på dess innebörd för organisationen, individen, verksamhetskulturen och informationsteknologin. Kapitlet kommer fortsätta med en presentation av Henningssons (2008) ramverk då dennes forskning ligger till grund för vår forskningsfråga.

2.1 Sammanslagningar

Sammanslagningar av organisationer är inget nytt fenomen, Cartwright & Cooper (1996) beskriver hur sammanslagningar har förekommit i vågor under 1920-, 60- och 80-talet. På senare tid har antalet sammanslagningar legat på en jämn och relativt hög nivå så att prata om olika vågor är inte längre relevant. Sammanslagningar kan istället ses som en permanent strategisk del av organisationers utveckling i en allt mer konkurrenskraftig och global marknadsekonomi. (Cartwright & Cooper 1996) Som tidigare nämnts menar Shang-Ping Lin et al (2010) att 2/3 av alla sammanslagningar misslyckas med att nå sina uppsatta mål. Denna siffra stöds av Cartwright & Cooper (1996) som säger att mellan 50-80 procent av sammanslagningarna anses vara finansiella misslyckanden. För att få en indikation på hur stor marknaden för sammanslagningar är så uppgick den totala kostnaden 2006 för samtliga avklarade och pågående sammanslagningar till € 3,100 miljarder, ungefär en tredjedel av Europas sammanlagda BNP (Henningsson, 2008).

Det finns många faktorer som påverkas när en sammanslagning genomförs, personalen och andra involverade individer genomgår en stor förändring i takt med en sammanslagning. Cartwright & Cooper (1996) hävdar att förändringen och den tillkommande stressen har en likvärdig påverkan på en individ som att få en ny familjemedlem.

Mycket forskning har koncentrerat sig på detta och försökt svara på frågor som, hur mår personalen efter sammanslagningen och vad händer med produktiviteten och effektiviteten? Kleppestö (1993) menar att det är minst lika viktigt att undersöka företagskulturen lika noggrant som balansräkningen, marknaden, kundrelationerna etc. innan sammanslagningen. Storleken på de enheter som ska slås samman har stor betydelse över vilken företagskultur som kommer bli den dominerande efter sammanslagningen, vilket kan leda till ett "vi mot dem" tänk då anställda ser den andra enheten, kanske tidigare konkurrenter, som en fiende som försöker ta över makten. (Cartwright, Cooper 1996)

Cartwright & Cooper (1996) beskriver hur de anställdas reaktion går igenom fyra steg för att acceptera förändringsprocessen:

- Förnekan
- Ilska
- Förhandling och depression
- Acceptans

Den första reaktionen när det börjar talas om en sammanslagning kan för vissa individer vara chockartat och individen förnekar att en sammanslagning kommer ske. Även då beslutet är taget så kan individen förneka att något kommer att ändras. När den första chocken har lagt sig går den istället över till ilska mot dem som anses vara ansvariga för förändringen. Individen blir sedan deprimerad innan den till slut accepterar sammanslagningen. (Cartwright, Cooper, 1996) Förståelsen för IS-roll i sammanslagningar är fortfarande relativt liten, en studie gjord 2006 visade att 40% av alla företag som hade använt sig av IS-integration i sin senaste sammanslagning hade lyckats. IT-relaterade frågor anses vara den tredje största faktorn till misslyckade sammanslagningar och 45% av de tänkta fördelarna med sammanslagningar kan kopplas direkt till IS. (Henningsson, 2008)

2.2 Henningssons ramverk för IS-integration

För att förstå alla aspekter inom IS integration och komplexiteten hos dessa har Henningsson (2008) tagit fram ett ramverk för att beskriva och förklara relationen mellan IS-integration och en sammanslagningsprocess. Med ramverkets hjälp kan besluten angående IS-integration beskrivas samt förklara vilka konsekvenser de medför. Författaren har med hjälp av tidigare forskning tagit fram ett ramverk bestående av sex dimensioner: *Synergetic potential*, *Organizational integration*, *Intentions and reactions*, *IS type*, *Integration architecture* och *IS integration role*.

Var och en av dessa dimensioner beskriver en aspekt av IS-integration. Helheten hos ramverket ger en rikare bild över situationen än om man ser på dimensionerna var för sig, då den visar dynamiken och relationerna mellan dimensionerna. Trots att flera av relationerna har blivit identifierade påpekar författaren att detta ramverk ska fungera som en utgångspunkt för arbetet med IS-integration. (Henningsson, Carlsson, 2006)

2.2.1 Dimensionerna

Dimension A: *Synergetic Potential*

De främsta incitamenten till bildandet av SUS är att skapa en starkare enhet som kan möta de framtida kraven på medicinsk utrustning, internationell forskning, utbildning samt ökad patientsäkerhet. Begreppet synergi är grundläggande för att förstå de skäl som Region Skåne har för att genomföra en sammanslagning. Synergi beskrivs vara det vanligaste skälet för att delta i en sammanslagning, då det ofta anses att två enheter kan arbeta mer effektivt tillsammans än isär. Henningsson (2008) beskriver tre tänkbara typer av synergi som ett resultat av IS-integration.

- *Technical economies*, stordriftsfördelar som uppstår då processerna inom verksamheten ändras så att samma mängd insatsvaror ger högre produktion.
- *Pecuniary economies*, företagets förmåga att påverka marknadspriser genom att skaffa sig större marknadsandelar.
- *Diversification economies*, öka företagets prestationer i förhållande till hur stora risker som tas genom att sprida riskerna över flera marknadssegment.

Dimension B: *Organizational integration*

Region Skåne präglas av en väldigt stark organisationskultur som till stor del påverkar sammanslagningen. Denna dimension tar upp integrationen av organisationerna, då detta måste finnas i någon form för att man ska kunna göra en sammanslagning. För att ge en tydligare bild över vad organisationskultur är och hur den uppkommer väljer vi att senare i uppsatsen fördjupa oss inom detta område.

Henningsson (2008) beskriver fyra former av integration.

- *Holding*, enheterna i sammanslagningen behåller tidigare form. *Preservation*, innebär delvis integration mellan de sammanslagna enheterna.
- *Symbiosis*, de båda enheterna transformeras så att de passar varandra.
- *Absorption*, en av enheterna blir den dominanta och den andra får rätta sig efter den.

Dessa former kan ses längst två dimensioner, *strategic interdependence* och *organizational autonomy*. Dessa anses vara de två största faktorerna vid valandet av integrationsform.

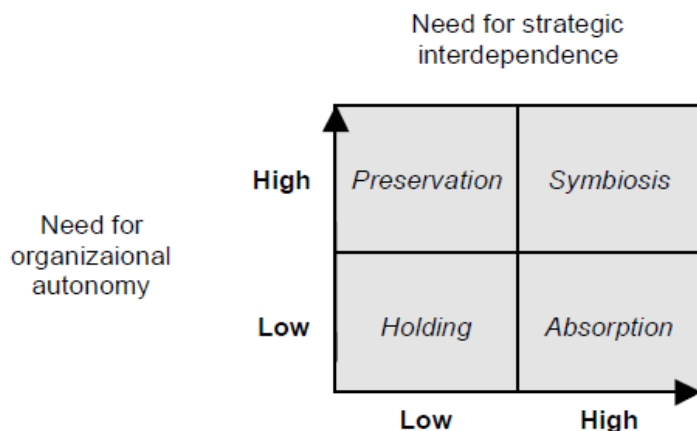


Fig 2,1. Integration typology based on integration degree (Henningsson, 2008)

Författaren påpekar att en kritisk aspekt i denna dimension är företagskulturen som måste övervägas vid valet av integrationsform. Vidare skriver också Henningsson (2008) att skillnader mellan företags- och nationell/regional kultur kan äventyra hela integrationen och de önskade målen.

Dimension C: Intentions and reactions

Bildandet av SUS påverkar väldigt många människor med olika befattningar. Att det råder meningsskiljaktigheter mellan dessa angående sammanslagningen har sin naturliga förklaring. I denna dimension refererar vi till de båda sjukhusens intentioner och reaktioner med sammanslagningen samt till vilken utsträckning de båda parterna vill fullfölja denna. Till skillnad från de två första dimensionerna, som överväger tillståndet före och efter sammanslagningen, så identifierar denna dimension inte bara potentialen av sammanslagningen men även hur beslutet och den följande integrationen har förvaltats. (Henningsson, 2008)

Henningssons (2008) ramverk beskriver olika typerna av intentioner vid en sammanslagning, från vänliga till mer fientliga intentioner.

- *Organizational rescue* är den vänligaste formen och innebär att ett mindre framgångsrikt företag slås samman med ett mer framgångsrikt och på så sätt blir räddat. Denna form tas oftast emot väl av den mindre framgångsrika enheten.
- *Collaboration* är den andra formen av vänlig intention, denna ses som en naturlig sammanslagning där målet är att båda parter ska nå liknande fördelar med integrationen.
- *Contested combination* innebär att bara en av parterna är intresserade av sammanslagningen, alternativt vill den ena ha helt andra premisser för sammanslagningen än den andra.
- *Raids* är den mest fientliga formen av intention då den enda parten tar över den andra genom att gå förbi cheferna och direkt kontaktar aktieägarna och ber dem sälja sin del av företaget.

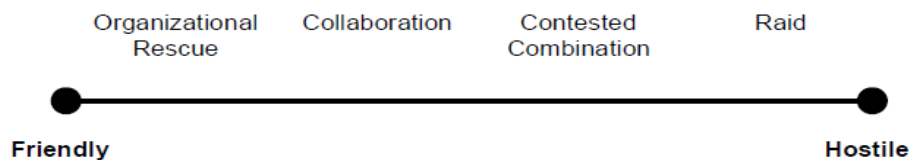


Fig 2,2. Frenliness - Hostile Continium (Henningsson 2008)

Dimension D: IS Ecology

Som tidigare nämnt i avgränsningen kommer vi endast fokusera på ett system, det vill säga Melior, till skillnad från Henningsson (2008) som analyserar samtliga system som berörs av sammanslagningen. Då stort fokus kommer ligga på journalsystemet kommer vi senare i uppsatsen ge en mer utförlig beskrivning av systemets historia och funktionalitet.

De tidigare dimensionerna visar på att sammanslagningar är komplexa och varierar från fall till fall. Då IS i sig själv kan vara lika komplexa och olika är detta något som måste tas hänsyn till för att kunna förstå arbetet med integrationen och vad den innebär. Eftersom teknologin ständigt förändras är det mer lämpligt att beskriva funktionerna hos den befintliga teknologin istället för teknologin i sig för att göra en bra analys. Termen IS kan syfta på flera olika system eller delar av system som på sitt eget sätt påverkar och påverkas av integrationen och måste därför ses individuellt. *IS Ecology* kan delas in i fyra underkategorier.

- *Infrastructural IS* innefattar den grundläggande teknologin som består av de kablar, servrar, nätverk och mjukvara som möjliggör informationsflödet.
- *Transaction IS* kategorin innefattar exempelvis försäljning och bokföringssystem.
- *Informational IS* behandlar de beslutsstödsystem som ger beslutsfattarna information om försäljningssiffror eller kundnöjdhet.
- *Strategic IS* är system som har direkt inverkan på företagets konkurrensförmåga.

Dimension E: Integration architecture

För många kan Melior ses som ett system men som tidigare nämnt skiljer sig informationsstrukturen avsevärt mellan klinikerna. Detta leder till stora integrationsproblem och valet av integrationsmetod blir kritiskt för en lyckad sammanslagning. Denna dimension beskriver olika sätt att utföra en IS-integration på vid en organisatorisk sammanslagning. Henningsson (2008) har identifierat fem olika tillvägagångssätt. Den första är *point-to-point* som innebär att man kopplar ihop två applikationer med varandra, data från ena applikationen transformeras automatiskt över till den andra. Det andra sättet är att använda sig av ett mellanliggande lager mellan applikationerna och databaserna kallat *middleware*. Applikationerna modifieras för att anropa *middleware* istället för att anropa direkt till varandra.

Det tredje sättet som beskrivs är att införa ett system för hela organisationen, ett ERP (*enterprise resource planning*) system. Detta innebär att alla applikationer använder samma databaser och blir då uppdaterade samtidigt. Det fjärde alternativet är att använda sig av *Data Warehouse* arkitektur vilket innebär att data hämtas från olika källor och presenteras i de olika systemen. Det sista alternativet *Service Oriented Architecture* (SOA) innebär att skalbarheten ökar då varje modul står för sig själv och kan läggas till/tas bort eftersom behovet ändras.

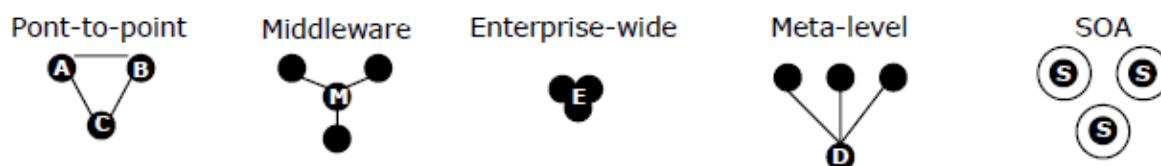


Fig 2,3. Approaches to IT-integration (Henningsson, 2008)

Dimension F: IS-integration role

Som vi nämnt i det inledande kapitlet har mycket kritik riktats mot Region Skånes föranalyserna av sammanslagningen, då dessa anses undermåliga. Detta är starkt förknippat till denna dimension som lyfter fram skillnaderna mellan ett proaktivt kontra reaktivt tillvägagångssätt. Även om flera författare beaktar IS-integration som något som händer efter en sammanslagning så kan processer som är tänkta att främja integrationen spåras till långt innan beslutet om sammanslagningen är taget. Detta är en viktig aspekt att ta hänsyn till, beroende om IS-integrationen är något som jobbat reaktivt med efter sammanslagningen eller om det tagits upp tidigare för att maximera chanserna för en lyckad integration. I dagsläget ses integrationen ofta som ett reaktivt arbete men för att få det bästa resultatet menar Henningsson (2008) att det behöver vara en fråga organisationen tar upp tidigt för att få det bästa utfallet.

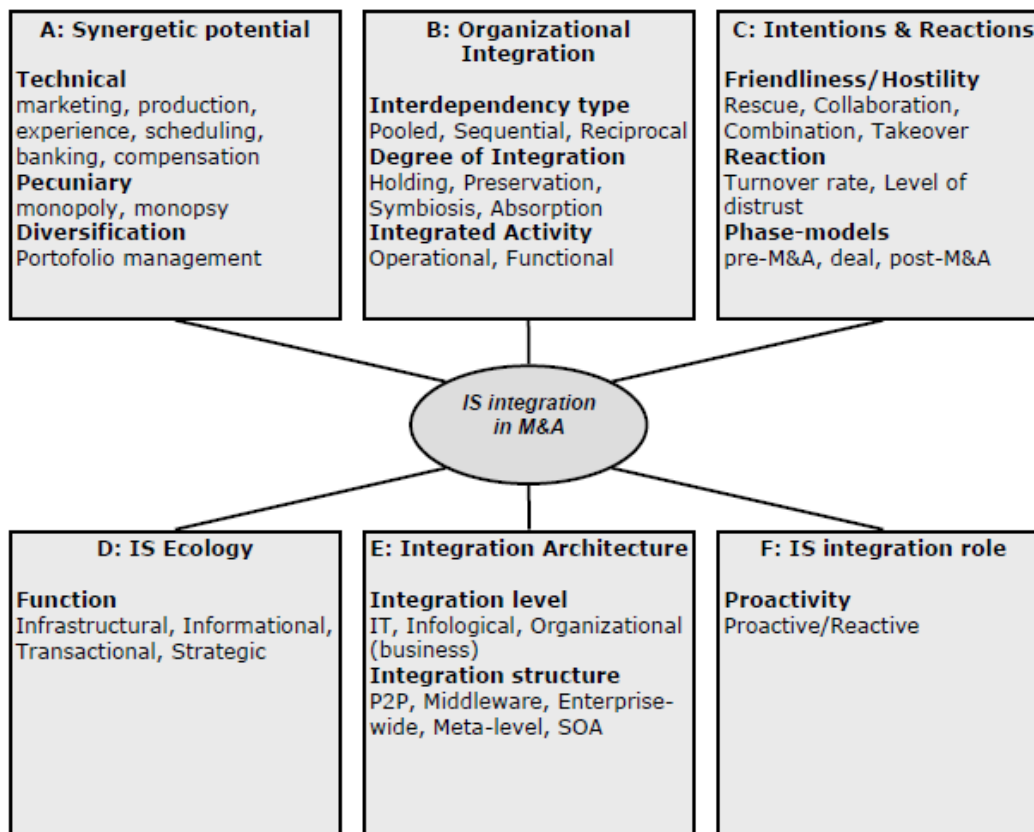


Fig 2,4. A framework for IS integration in M&A (Henningsson, 2008)

Det är utifrån ovanstående dimensioner vi kommer att analysera bildandet av SUS och projektet SkåneGemensamt Melior. Genom att använda oss av de metoder vi nämner i nästa kapitel kommer vi att få en inblick i hur de olika dimensionerna representerats i det arbete som utförts inom projektet av Region Skåne. Detta ger oss ett bra utgångsläge för en analys då vi kan identifiera användandet av de olika dimensionerna, se var det eventuellt brister och diskutera huruvida detta påverkar integrationen eller inte, och om det hade blivit annorlunda om alla dimensionerna hade återfunnits i projektet.

2.2.2 Relationer mellan dimensionerna

Som nämnts ovan finns det relationer mellan dimensionerna i ramverket som Henningsson (2008) har identifierat genom att undersöka tidigare forskning. Tidigare har vi gett en överblick över vad de olika dimensionerna innebär men inte relationen mellan dem. Några av relationerna är baserade på tidigare teorier inom ämnet medans andra har framkommit efter empiriska studier. Nedan kommer vi redogöra för de relationer Henningsson (2008) har identifierat inom ramverket.

A. Synergetic potential - B. Organisational integration

Vilken form av integration som eftersträvas bör vara beroende på vilka samverkans effekter som är väntade då högre former av integration är mer resurskrävande.

A. Synergetic potential - F. IS integration role

Att arbeta proaktivt med IS-integrationen tillåter en mer korrekt uppskattning av vilka samverkans effekter som kan uppnås samt få en bild över ytterligare effekter integrationen kan medföra då IS-integration är en riskfylld och krävande process. Det bör därför vara en fråga som tas upp tidigt, annars kan kostnaderna för IS-integrationen överstiga lönsamheten av sammanslagningen.

B. Organisational integration - C. Intention and reaction

Motstånd bland anställda kan orsaka integrationsproblem. Om ledningen strävar efter en hög form av integration är det inte till någons fördel om arbetskraften är emot dem. Det är viktigt att förstå när och varför anställda motsätter sig integrationen.

B. Organisational integration - D. IS ecology

Operationell integration kräver integration av den interna värdekedjan, vilket innebär hög integration av *transaction IS*. Funktionell integration kräver däremot högre grad av *informational IS* integration. Det mer komplexa beroendet vid operationell integration gör integrationen av *transaction IS* mer resurskrävande än vid integrationen av *informational IS*.

Till vilken grad enheternas IS passar in i varandra vid en sammanslagning har stor betydelse över hur mycket resurser som behövs vid integrationen. Olikheter i vilket programmeringsspråk systemen är utvecklade i samt om de är egenutvecklade har negativ inverkan på integrationen. Att fastställa dessa olikheter och ta tag i dem innan sammanslagningen har en positiv effekt, vilket stärker tanken om att IS passformen har en tydlig inverkan på en sammanslagning. (Henningsson 2008)

D. IS ecology - E. Integration Architecture

Om integration av *transaction IS* är mer krävande än integration av *informational IS*, som nämnts ovan, blir det konsekvenser för valet av integrationsarkitektur. Om IS är kritiskt för verksamheten så är en *point-to-point* eller *middleware* mer lämpligt än ett *enterprise wide system*. Att implementera ett nytt *enterprise wide system* är förknippat med högre risk och komplexitet. Att integrera redan existerande system är mindre svårt och riskfyllt.

E. Integration Architecture - F. IS integration role

Ett reaktivt angreppssätt vid en integration betyder att det är högre risk att man transformerar tidigare system snarare än att byta ut dem. Om IS-ansvariga får i uppdrag att sköta integrationen efter en sammanslagning är fastställd uppstår oftast tidspress då olika intressenter vill återfå investerade pengar.

2.3 IS-integration vid Trelleborg AB

Som nämnts ovan så har Henningsson (2008) tagit del av tidigare forskning och teorier inom ämnet när han framställde sitt ramverk. Dessa teoretiska grunder har sedan sammanställts och bildat sex dimensioner som utgör ramverket och förklarar relationen mellan dem. Som empirisk underlag för sin studie har Henningsson (2008) använt sitt ramverk på Trelleborg AB, som är den gemensamma nämnaren för de fyra fallstudier som undersökts. Målet med dessa empiriska undersökningsstudier har varit att verifiera konsekvensen av ramverket, testa den befintliga teorin samt skapa ny teori angående relationen mellan sammanslagning och IS-integration. (Henningsson, 2008) Vi väljer att nedan ge en kortare beskrivning av Trelleborg ABs historia för att ge läsaren möjlighet att bilda sig en bredare förståelse över verksamheten.

Trelleborg AB registrerades som företag redan 1905. Företagets huvudverksamhet kretsade kring framställandet av industrigummi och däck. Första världskrigets utbrott ledde till ett starkt uppsving då gummifabriken prioriterades som krigsviktig industri, och produktionen inriktades helt på att tillgodose det svenska försvarets behov (Internet 1, 2011). Framgångarna fortsatte och 1962 öppnades en fabrik i Holland, vilket blev företagets första fabrik utomlands. I början av 1990-talet hade Trelleborgkoncernen förvandlats från ett renodlat gummiföretag till ett globalt företag där gruvor och metall dominerade verksamheten medan gummi och plast kom först på tredjeplats. 1999 togs beslutet att följa en ny strategisk linje som fick namnet "koncentration av expansion" där "expansion" handlar om att använda finansiella medel för externt växande. Detta innebar flera uppköp inom diverse industrier. (Henningsson, 2008)

Trelleborgkoncernen består idag av en central ledningsgrupp och fem affärsområden. Varje affärsområde har sin egen resultatenheter och kan från vissa perspektiv ses som en egen organisation. De olika affärsområdena har också egna företagskulturer, sätt att göra affärer, unika kunder samt egna IS. På ledningsnivå har de en central funktion som riktar sig till IT, kallad *Group IT*. Denna leds av *CIO* som rapporterar till *CFO*. *Group ITs* roll innefattar mestadels framtagandet av riktlinjer för IT, så som säkerhet, inköp av hård och mjukvara samt strategiska IT-projekt som berör ledningsgruppen. Tillsammans med IT-chefer från de olika affärsområdena bildar *Group IT* ett forum med årliga möten där de utbyter erfarenhet, information och kunskap. Då Trelleborg är en decentraliserad organisation med ca 22,000 anställda i över 30 länder finns de flesta etablerade IT-systemen inom koncernen, som *CIO*n beskriver det “*you name it, we got it*” (Henningsson, 2008, s.160).

2.4 Case: Kléber

Vi kommer i detta avsnitt ge en överblick över hur Henningsson (2008) använt sitt ramverk vid en av de fyra fallstudierna han gjorde på Trelleborg AB. Detta för att ge läsaren mer förståelse för hur ramverket kan appliceras. Vi kommer sedan applicera ramverket på ett liknande sätt på sammanslagningen av SUS och projektet SkåneGemensamt Melior.

Som beskrivs ovan så antar Trelleborg AB en ny strategi under andra delen av 1990-talet. Detta resulterar i att flera företag inom olika branscher köps upp för att koncernen ska växa externt. Ett av dessa uppköp var det franskbaserade företaget CMP/Kléber som var en del av Michelin Group, som är ett stort gummiföretag. Kléber och den motsvarande delen från Trelleborg blev organisatoriskt sammanslagna vid bildandet av det nya företaget, Trelleborg Industrial Hose (TIH). Trots att det utifrån kan ses som ett uppköp, så har bildandet av TIH flera likheter med en sammanslagning där båda parterna är jämbördiga, vilket kommer förtydligas senare. Tio år efter uppköpet har Henningsson (2008) applicerat ramverkets sex dimensioner på uppköpet av CMP/Kléber och diskutera var dimension för sig och kommit fram till följande:

Dimension A: Synergetic Potential

Då de båda företagen verkade inom samma industri så var företagen innan uppköpet potentiella konkurrenter, trots att de verkade inom olika marknader. Sammanslagningen av dessa två enheter sågs därför primärt som en marknadsexpansion. Trelleborgkoncernen hade en stark marknadsposition i Skandinavien medan CMP/Kléber hade stark position i Frankrike och resten av södra Europa. Möjligheten att slå samman tillverkningen av produkter som tidigare hade konkurrerat med varandra möjliggjorde större volymer med lägre pris per tillverkad enhet. Genom sammanslagning av de produkter som inte tidigare varit i konkurrens med varandra förutspåddes att kombinationen skulle öppna nya marknader och därigenom öka försäljningen.

Vid granskning av sammanslagningen har Henningsson (2008) konstaterat att de potentiella samverkans effekterna är drivna av *technical economies*. Dessa förväntade samverkans effekter hittades, men även fördelar i marknadsföring, erfarenhet, produktion och planering kunde urskiljas i slutändan. Genom att ha centraliserade lagerlokaler förbättrades även logistiken. När det gäller *pecuniary economies*, var ökningen av företagets storlek minimal i relation till leverantörer. Trelleborg hade redan gått ihop med andra svenska företag för att minska inköspriserna. Därför påverkade uppköpet av CMP/Kléber inköspriserna minimalt.

Dimension B: Organizational Integration

Som beskrivet ovan har Henningsson (2008) identifierat fyra olika integrationsformer i ramverket, *holding, preservation, symbiosis* och *absorption*. Den initiala strategiplanen var från Trellebogs sida att göra en *absorption*, slutligen blev det istället en *symbiosis*. För att leva upp till de förväntade samverkans effekterna integrerades de två enheterna, Trelleborg och CMP/Kléber vid bildandet av den nya enheten TIH som beskrivits tidigare.

Då det var Trelleborg AB som gjorde uppköpet inskaffades svensk affärspraxis och svenska chefer i den nybildade enheten. Det bestämdes att IT-systemet som hade använts av CMP/Kléber skulle bytas ut mot det som Trelleborg använde. Trots att Trelleborg AB är ett betydligt större företag än CMP/Kléber är de inte till lika stor del representerade inom TIH. I Frankrike fanns det ca 600 medarbetare medan det bara fanns ca 200 medarbetare representerade från Trelleborg AB. Vissa delar av produktionen flyttades också till Frankrike för att utnyttja resurserna optimalt. 2005 var ledningsgruppen för TIH baserade i Frankrike med enbart franska medlemmar. En konsekvens av detta blev att integrationen blev mer inriktad mot *symbiosis*, istället för *absorption* som var planerat från början.

Ändringen från *absorption* till *symbiosis* påverkade hur IS blev integrerat. De första åren då TIH hade svenska integrationsansvariga försökte de i stora projektgrupper skapa samförstånd vid viktiga beslut. När den nya ledningsgruppen tog över 1998 ändrades både sättet att leda och utföra integrationen.

Dimension C: Intention & reactions

Att beskriva uppköpet inom ramen för den typologi som ramverket består av är inom denna dimension relativt svårt i detta fall då spår av flera underkategorier kan hittas. 1996 hade CMP/Kléber finansiella bekymmer, de övervägde då att stänga delar av fabriken. Ses uppköpet från detta perspektiv skulle den lämpliga kategorin vara *rescue*. En kort tid efter uppköpet började saker bli lite tuffare. Trelleborg genomförde flera investeringar men ökade även arbetsbelastningen för de anställda. Det fanns även finansiella svårigheter hos Trelleborgs enheten. Detta påverkade den strategiska planen innan uppköpet då diskussioner angående att investera och försöka göra enheten lönsam eller inte. Då både Trelleborg AB och CMB/Kléber låg på en jämn nivå gällande strategi, teknik och kunskap var det ingen som kunde absorbera den andra. Således blev den passande kategorin i ramverket *Collaboration*.

Denna jämna nivå ledde till att företagens mindre enheter var utbytbara i många aspekter, vilket uppdagade rivalitet mellan enheterna. Ett karaktärsdrag som passar in på kategorin *contested combination*.

Denna rivalitet har påverkat IS-integrationen och har därmed blivit en utmaning för ledningen. Intentionen är relaterad till de tidigare dimensionerna. Inom dimensionen *organizational integration* är vändningen från *rescue* till *collaboration* parallell till förändringen från *absorption* till *symbiosis*. TIH har, mycket tack vare sammanslagningen, ändrat röda siffror till vinst och undvikit de båda enheternas undergång. Detta är väl medvetet inom enheterna och har därmed minskat reaktionerna.

Dimension D: IS Ecology

Under de tio åren som gått sedan uppköpet har integrationsarbetet arbetat mot tre av de fyra sorternas IS som presenterats i ramverket. Tanken har varit att försätta med affärerna på samma sätt som tidigare och implementera ett Movex-system som tillåter anställda att i princip jobba på samma sätt som tidigare.

De första åren efter den nya ledningen hade blivit tillsatt 1999 var inget arbete relaterat till IS-integration utan snarare ett organisatoriskt förändringsprojekt. Målet var standardisering och förenkling för att fastställa att arbetet utfördes likartat över hela TIH. Tanken var att samla all information i de tidigare ERP systemen och integrera dem i ett och samma system.

- *Infrastruktur*: Nästan ingen ny infrastrukturell IS har utvecklats för att underlätta integrationen. Transformationen från nationella företag till försäljningscenter skapade behovet av mer kommunikation inom organisationen och också mer invecklad IS infrastruktur. IT som behövdes för detta fanns redan inom Trelleborgskoncernen, så från TIHs perspektiv var det bara att mer eller mindre koppla upp sig för att skapa kommunikationslinjerna.
- *Transaction*: *Transaction IS* hade stort fokus vid integrationen. Sammanslagningen av enheterna innebar fler transaktioner mellan de olika delarna av organisationen. Detta var nödvändigt för att åstadkomma de önskade samverkans effekterna som beskrivits ovan och löstes genom ett enterprise-wide system.
- *Informational*: Informationsorienterad IS var ingen prioritet i integrationsarbetet. Trots detta medkom vissa funktioner vid skapandet av enterprise-wide system, exempelvis leveranstider och försäljningssiffror.
- *Strategic*: TIH har inget strategiskt IS utan det sköts från koncernens ledningsgrupp.

Dimension E: Integration architecture

Vid tiden av uppköpet använde sig den franska delen av TIH ett egenutvecklat ERP-system kallat Bergounix, som fanns representerat i alla länder där CMP/Kléber hade försäljningskontor. Trelleborgsenheten använde ERP-systemet Movex i alla länder de fanns representerade i, varje land hade i realiteten en egen installation av systemet. Det beslutades att byta ut alla Bergounix installationer till Movex.

Även då alla skulle ha Movex var det inte ett gemensamt system då ledningen ville tillgodose olika krav från de olika avdelningarna. 1998 när försäljningen började gå sämre beslutade ledningen att centralisera verksamheten och bara ha en faktureringsavdelning och tre lagerplatser istället för att ha en i varje land de var representerade i. För att åstadkomma denna nya organisationsstruktur behövde alla delar integreras och det beslutades att alla skulle använda ett och samma ERP-system.

Dimension F: Integration role

Ramverket beskriver vikten av att förstå om IS-integration vid en sammanslagning arbetats med proaktivt eller reaktivt. För att få det bästa resultatet och öka chanserna för en lyckad integration bör arbetet vara proaktivt innan själva sammanslagningen är genomförd. I detta fall har Henningsson (2008) konstaterat att IS-integrationen var något de arbetat reaktivt med, något som orsakat en del problem direkt efter uppköpet då ledningen hade svårt att hitta rätt integrationsmodell.

I detta fall blev det inte avgörande för att affären skulle gå igenom, det fanns inget tvivel om att sammanslagningen hade gått enklare om enheterna hade varit bättre förberedda. Eftersom IS-integrationen arbetades med reaktivt ändrades den under tiden i takt med de andra dimensionerna.

Tabell 2,1 .Six dimensions of IS integration in the Kléber case (Henningsson, 2008)

Dimension	Description
Synergetic potential	
Technical economies	Marketing, production, logistics, experience, scheduling
Pecuniary economies	Limited
Diversific. economies	Limited
Organizational Integration	
Interdependency type	Pooled and sequential
Degree of Integration	Symbiosis
Integrated Activity	Functional an operational
Intentions & Reactions	
Friendliness/Hostility	Collaboration, Contested Combination
Reaction	Low
IS Ecology	
Infrastructural	Extensive
Transactional	Extensive
Informational	Moderate
Strategic	Low
Integration Architecture	
Integration level	Organizational
Integration structure	Enterprise-Wide
IS Integration role	
Proactivity	Reactive

2.5 Organisationskultur

Inom alla organisationer råder en företagskultur som formats över tid efter olika normer, regler, strukturer och andra faktorer. Denna kultur spelar stor roll i hur en sammanslagning skall planeras och utföras då kulturen är mycket bidragande till hur människor agerar och hanterar olika situationer. (Buono, 1989) Några av de faktorer som skapar en företagskultur är enligt Edgar H Sheins (2010) bok *Organizational Cultur and Leadership*:

- Gemensamt beteende vid integration mellan människor så som tal och språkbruk, vilka seder samt traditioner som berör den aktuella situationen.
- Gruppnormer - De implicita standarder och normer som finns inom arbetsgrupper så som lönenivåer och “Casual Fridays”
- Offentliga principer och värden rörande hur arbetsgruppen skall uppfattas av externa intressenter. Kan te sig som mål och policy.
- Spelregler och oskrivna regler som råder i det vardagliga arbetet.
- Företagsklimatet är den stämning som skapas genom fysiska möten och sättet vi integrerar på.
- Implicit kunskap är en inbäddad spetskompetens inom grupper som förs vidare från generation till generation.

Bouno och Bowditchs (1989) forskning syftar på hur ledare ska hantera de konflikter som skapas när man sammanför två olika företagsklimat. Ett vanligt fenomen som uppstår mellan de två olika kulturerna är en såkallad polarisering mellan de anställda. Polariseringsen visar sig i attityder som “vårt” och “deras” där anställda har en oenad målbild och därmed jobbar åt olika håll (Bouno och Bowditch, 1989). Integrationen av två firmor konceptualiseras med termen assimilation, det vill säga individens anpassning till kultur, tradition och eventuell religion (SAOB, 2011).

Många experter hävdar att detta arbete är den mest fundamentala processen vid en sammanslagning. Anledningen till att denna assimilation är så pass fundamental är att företagskulturen är den som i högsta grad formar människors beteende inom organisationen. Kulturen har påverkan på aspekter som hur folk utför sitt arbete, integrerar med andra människor samt hur de tar vardagliga och affärskritiska beslut. (Bouno och Bowditch, 1989)

Vidare forskning av integrationens inverkan på företagskulturen och dess effekter på verksamhetens effektivitet presenteras av Weber och Pliskin (1996) i artikeln ”*The effects of information systems integration and organizational culture on a firm’s effectiveness*”. Forskningen, som är utförd inom bankväsendet, visar att de kulturella skillnaderna mellan ledningsgrupperna har negativ inverkan på samverkans effekterna.

Två slutsatser författarna kommer fram till är att (1) IT-intensiva verksamheter skall visa större uppmärksamhet för kulturell anpassning under förundersökningarna eftersom de påverkar synergien. (2) försiktighet under IS-integrationen är viktigt för att kunna erhålla den förväntade synergien, då kulturella krokarna kan påverka de intressenter som avgör utfallet av sammanslagningen.

3 Metod

Varje undersökning bygger på en fråga, något vi vill ha svar på (Jacobsen, 2002). Detta metodavsnitt kommer att behandla vilka metoder vi har använt oss av för att svara på vår forskningsfråga. Vi kommer nedan beskriva vilken empirisk undersökningsmetod vi har använt oss av. Syftet med denna empiriska undersökning är att skaffa fram ny kunskap som ska hjälpa oss att besvara vår forskningsfråga (Jacobsen, 2002).

3.1 Val av undersökningsmetod

Jacobsen (2002) beskriver vikten av att genomföra undersökningen på ett sådant sätt att den införlivar trovärdighet och tillförlitlighet. För att göra detta har vi valt en kvalitativ undersökningsmetod som tillvägagångssätt, i form av intervjuer. Enligt Backman (2008) är intervjuer det vanligaste tillvägagångssättet vid kvalitativa undersökningar. Kvalitativa intervjuer kan anses svåra då de ställer höga krav på den som utför undersökningen. Dessa intervjuer kommer ge oss tillgång till primärdata vilket kommer bli avgörande i försöket att hitta svar på vår forskningsfråga. Anledningen till att vi valt att arbeta med kvalitativa undersökningsmetoder är att de medför öppenhet och vi kan få fram den "riktiga" förståelsen av en situation och inte påtvinga respondenterna fasta frågor med givna svars kategorier (Jacobsen, 2002).

Vi har valt öppna intervjuer som arbetsmall för själva utförandet. Detta ger respondenten utrymme att själva förklara sin syn på situationen och det ger också oss möjligheten att gå vidare och ställa följdfrågor, till skillnad från om ett manus med fasta frågor hade använts. Att utföra intervjuerna ansikte mot ansikte är också att föredra i detta fall då respondenterna oftast har lättare att uttrycka sig angående känsliga ämnen, då den personliga kontakten blir mer påtaglig jämfört med exempelvis en telefonintervju (Jacobsen, 2002). Denna form av intervjuer är mer tidskrävande men vi anser att detta gör att vår undersökning når ett bättre resultat samt att antalet respondenter inte kommer att vara så högt. Förberedelser inför en intervju är oerhört viktig, mottot "*ju bättre förberedd man är, desto bättre lyckas man med sina improvisationer*" (Jacobsen, 2010, s.175) tyder just på detta. Vi har ägnat stor tid till förberedelse främst genom att studera det tillgängliga materialet med syfte av att skapa en bred grund för möjligheten till improvisation och diskussion under samtalen. Den som utför intervjun bör inte bara studera den detaljfakta som rör intervjun utan bör utforska närliggande områden för att veta hur det aktuella temat berör andra frågeställningar. (Jacobsen 2010)

Vi kommer även att ta del av kvalitativ sekundärdata i form av dokument som använts av Region Skåne rörande sammanslagningen. Dessa dokument ger oss en inblick i hur dialogerna såg ut innan och under sammanslagningen, vilket kommer bli ett bra komplement till intervjuerna, då det handlar om sekundärdata måste vi ha en större grad av källkritik än vid intervjuerna. (Jacobsen, 2002)

3.2 Val av respondenter

När en kvalitativ undersökning utförs har forskaren sällan tid att undersöka alla de enheter som önskas. Det urval av enheter som väljs har stor betydelse för undersökningens tillförlitlighet och trovärdighet. Valet av enheter att undersöka skiljer sig beroende på om det är en intervju, observation eller dokumentsökning som ska utföras (Jacobsen, 2002). Som vi nämnt tidigare kommer vi i denna undersökning genomföra intervjuer och ta del av dokument från Region Skåne. Jacobsen (2002) hävdar att den information som anskaffas vid en intervju är så pass detaljerad och upplysande att det inte går att analysera en allt för stor mängd på ett rimligt sätt så antalet respondenter måste hållas inom en rimlig nivå. Vidare säger han också att urvalet av respondenter ska vara beroende på undersökningen, så att rätt personer med rätt kunskaper intervjuas. Med detta i åtanke har vi kontaktat före detta projektledare för projektet SkånGemensamt Melior. Anledningen till varför han inte är projektledare är att de ska förlägga projektet till den leverantör som står för systemet och därmed försvinner rollen som projektledare vid SUS. Personen ifråga avgick från rollen den 1 april 2011 vilket var mindre än en månad innan vi utförde intervjun, detta gjorde att informationen han delgav fortfarande anses var aktuell. Projektledare har en bra överblick över projektet och kan därmed förklara olika beslut. När vi hade gjort intervjun kände vi att vi behövde mer detaljerad information inom vissa avseenden. Vi kontaktade därför en systemarkitekt vid Region Skåne som skulle ge oss mer teknisk information angående IT-arkitekturen kring projektet. Således utfördes två djupintervjuer.

3.2.1 Intervjuguide och genomförande

Intervjufrågorna är baserade utifrån de dimensioner som Henningssons (2008) ramverk består av. Intervjuerna baserades på dessa frågor, men då vi kände att respondenten skulle ha en mer fri roll följde vi inte frågorna efter den ordning vi hade satt upp dem. Detta gjorde att intervjun blev mer levande och liknade mer en diskussion. Då målet med intervjuerna var att få en bild över sammanslagningen och projektet SkåneGemensamt Melior kände vi att respondenterna gjorde bäst i att prata fritt och inte följa en förbestämd mall, vilket underlättade för diverse följdfrågor och funderingar från vårt håll.

Då intervjuerna bestod av öppna frågor och följdfrågor valde vi att spela in dessa med hjälp av en diktafon. Detta dels för att kunna återge informationen korrekt genom transkribering och dels för att slippa anteckna, så att fokus helt låg på genomförandet av intervjun. Innan intervjun genomfördes skickade vi en guide med de frågor intervjun var tänkt att baseras på. Detta för att respondenten skulle kunna få en bild över vad vi var ute efter. Vi skickade även en kort sammanfattning över vad uppsatsen kommer att handla om samt ett kort sammandrag av Henningssons (2008) ramverk. Intervjuerna med respondenterna genomfördes på deras kontor under en normal arbetsdag, intervjutiden var på drygt en timme.

3.2.2 Transkribering

Vi har som stöd till att fullborda analysen valt att transkribera intervjuerna. Att ha intervjun nedskriven i talspråk underlättar arbetet med analysen då behovet av att ständigt behöva lyssna på intervjun försvinner. Vid transkribering är det viktigt att det väljs en specifik nivå för ens noggrannhet och att man konsekvent håller sig till denna. Vi har valt en låg nivå vad gäller noggrannheten kring de språkliga detaljerna då vi endast har intresse av den fakta som intervjun utbringat till skillnad från andra fall där man har ett intresse i **hur** personen har svarat på frågorna istället på **vad** den har svarat. (Frejes & Thornberg, 2009)

Enligt Frejes och Thornberg (2009) har vi valt att tillämpa en selektiv kodning då vi riktar in oss på kärnkategorin i det empiriska materialet. Vi har ej utgått från någon vedertagen kodningsmodell utan har utformat en egen modell anpassad efter ramverkets dimensioner, se tabell 3. Nedan har vi ett exempel över hur vi har kodat transkriberingen. Vi har delat in tabellen i fyra kolumner: frågans nummer, frågan, svaret och kodningen. I tabell 3 visas den kodning av bokstäverna som används. Om ett svar från respondenterna är relevant för uppsatsen följs svaret av ett R och sedan någon bokstav från A-F, beroende på vilken dimension eller dimensioner som representeras i svaret. Om svaret inte är relevant eller innehåller övrig information som är av betydelse för uppsatsen markeras de med IR respektive Ö.

Tabell 3.1. Kodning av transkribering.

Koder	Betydelse	Koder	Betydelse
IR	Irrelevant	D	Dimension D
R	Relevant	E	Dimension E
A	Dimension A	F	Dimension F
B	Dimension B	Ö	Övrigt
C	Dimension C	NR	Nummer

3.3 Val av undersökningsobjekt

Vårt intresse har varit att undersöka organisatoriska sammanslagningar och arbetet med IT-integrationen i anknytning till en sammanslagning, därav blev valet av Region Skåne och bildandet av SUS ett lämpligt undersökningsobjekt. Vi kände att arbetet låg rätt i tiden då sammanslagningen relativt nyligen formellt fastställts som färdig. Som nämnts tidigare hade en undersökning av hela sammanslagningen blivit för omfattande för vad en kandidatuppsats ska innehålla. Därav valde vi att fokusera på ett specifikt projekt inom sammanslagningen, nämligen projektet SkåneGemensamt Melior. Detta projekt handlade om att få ett gemensamt journalsystem, som nämnts tidigare anses vara vitalt för att sammanslagningen över huvud taget ska fungera. Vidare valde vi SUS som undersökningsobjekt då Henningssons (2008) ramverk ej tidigare hade applicerats inom hälso- och sjukvårdssektorn, vi skulle därmed tillföra ett nytt användningsområde och se hur väl ramverket kan appliceras på andra organisationsformer än vad som tidigare undersökts

3.4 Datainsamling

För att kunna uppnå ett fullgott resultat av vår forskning har vi tillämpa tidigare forskning inom området i form av artiklar, avhandlingar och tryckt facklitteratur dvs. sekundärdata. Vi har även utforma intervjuer som primärdata och ta del av dokumentation från Region Skåne som kvalitativ sekundärdata. Dokumenten vi tagit del av kommer användas som komplement till de gjorda intervjuerna. Ett av dessa dokument är från regionstyrelsen som har sammanställt ett flertal skrivelser från olika intressenter inom verksamheten och låtit dem ge sin syn på sammanslagningen. Se bilaga 1 för de personer som är involverade i dokumenten till regionstyrelsen. Ytterligare dokument vi tagit del av är från Micartur AB som har fått i uppgift av revisorerna vid Region Skåne att skriva en granskande rapport kring samordningen av universitetssjukhusen i Skåne. Rapporten innehåller analys av relevanta dokument samt flertalet djupintervjuer med företrädare för koncernledningen, koncernkontor, medicinska fakulteten och sjukhusförvaltningen. Micartur AB har även genomfört en workshop med personer inom olika nivåer av sjukhuset. Dessa dokument är aktuella och tämligen heltäckande, våra intervjuer har således fungerat som ett verktyg för att verifiera dessa dokument samt fylla i de luckor som krävts för att möjliggöra analysen.

3.4.1 Källkritik

Källkritik kommer att riktas mot artiklar där tvivelaktigheter finns kring samtidskriteriet, tendenskriteriet, beroendekriteriet och realkriteriet (Olerup, 2011). I och med att undersökningen till stor del kommer att baseras på dokumentation och intervjuer direkt från Region Skåne kommer mycket av materialet vara befläckt med berörda parter ekonomiska, politiska samt personliga intressen. Då uppsatsen ej går att genomföra utan detta material kommer vi att under uppsatsens gång strida mot tendensfriheten. (Thurén, 2005)

3.4.2 Etik

Under vår kvalitativa studie kommer vi visa hänsyn till de olika etiska och moraliska punkter som kan uppkomma under arbetets gång. För att ej kränka författare eller hävda oss ha större kunskaper än vad vi har, vilket är direkt etisk förkastligt (Närvänen, 1999), kommer vi stringent referera till all litteratur och forskning som används under uppsatsens framtagande. Då vi kommer utföra intervjuer av personer aktiva inom organisationen föreligger en risk för etiska problem, varav en del kan förutspås och således förebyggas (Närvänen 1999). De åtgärder vi kommer göra för att ej försätta respondenterna i en prekär situation gentemot deras organisation eller dess omvärld kommer vi att i så stor utsträckning som möjligt anonymisera deras bidrag till uppsatsen. Vi kommer innan publikation låta Region Skåne få chansen att vidimera och ge sina synpunkter på eventuellt känsliga avsnitt samt kontroversiella tolkningar där faktafel eller information som kan anses känslig. Detta för att förhindra att Region Skåne och vi försätts i en obekväm situation gentemot externa intressenter. (Närvänen, 1999)

4 Empirisk presentation och analys av SUS

I detta kapitel kommer vi gå igenom det empiriska underlag vi inskaffat. För att kunna ge en fullständig bild över problemområdet och kunna besvara vår forskningsfråga kommer vi att presentera flera faktorer av sammanslagningen för att sedan fokusera och titta på hur IT-integrationen fungerat inom projektet SkåneGemensamt Melior. Den data som presenteras i detta kapitel kommer i slutet, tillsammans med citat från intervjuerna att användas för att göra en analys utefter Henningssons (2008) ramverk.

4.1 Bakgrunden till SUS

Sedan 2007 har samtal ägt rum mellan sjukhuscheferna för Universitetssjukhuset i Lund (USIL) och Universitetssjukhuset Malmös Akademiska Sjukhus (UMAS) kring huruvida sjukhusen skulle hantera framtidens kommande förändringar och utmaningar. De utmaningar som stundade var ett stort bortfall av kompetenser då dessa står inför pension, nya läkemedel och behandlingsmetoder som kräver stora investeringar i medicinteknik samt en ökad konkurrens inom sjukvård och forskningsmedel. Nämda utmaningar är även de sammverkans effekter som återkommer senare vid sammanställningen av ramverket, då under Dimension A.

Förändringsarbetet tilldelades namnet PROLUMA (profilering av universitetssjukhusen i Skåne, Lund och Malmö). PROLUMA 1 har sedan 2008 innefattat 15 delprojekt och fortlöpte fram till 2009-11-23 då sjukhusen stod inför beslutet att gå vidare med PROLUMA 2. (Regionstyrelsen, 2010) Redan under PROLUMA 1 ansåg Respondent A att behovet av ett gemensamt journalsystem var stort då PROLUMA medförde att mottagningarna var på ett ställe medan slutenvården på ett annat (Respondent A, 110426). PROLUMA 2 innebar profilering och samordning av ett antal kliniker och avdelningar, medicinskt teknik samt administrativa funktioner så som personal, ekonomi, kommunikation, fysisk planering, hyresfrågor, brand, miljö, säkerhet, försörjning samt IT. PROLUMA 2 gick aldrig av stapeln då regionfullmäktige beslutade om nedläggning av sjukhusförvaltningarna i Lund och Malmö för att istället bilda det som idag heter Skånes Universitetssjukhus (SUS) (Regionstyrelsen, 2010). Beslutet har av många mottagits med kritik då de anser att ett så pass regionsomfattande beslut kräver en mer offentlig och öppen dialog (Regionstyrelsen, 2010).

4.2 Sammanslagingsprocessen

Så snart beslutet var taget kring SUS valde ledningen att dela in projektet i två huvuddelar. Del A var att fokusera på organisationens formella sammanslagning, det vill säga organisation, lednings- och samverkanssystem, mötesstruktur, styrsystem, uppdrag och budget. Del B skulle innefatta kultur- och verksamhetsutveckling. Denna uppdelning gjordes för att sammanslagningen skulle ske snabbt då tiden för beslut var begränsad. Då ledningen prioriterade ner aspekten kring verksamhetsutveckling och framförallt de kulturella aspekterna har konflikter uppkommit som man ej varit beredda på. (Regionstyrelsen, 2010, Bilaga 1)

4.2.1 Organisationen

Den sammanlagda tiden för framtagandet av den nya organisationen uppgick till fem veckor inklusive julleddigheten. Denna korta tid krävde att ett avtal slöts med facken för att kunna fatta snabba och strukturerade beslut. För att kunna hålla denna begränsade tidsplan togs "Sveriges kortaste strategiska plan" (Regionstyrelsen, 2010, Bilaga 1, s.2) fram av sjukhuschefen.

Planen såg ut som följande:

Mission: Att vara universitetssjukhus.

Vision: Alltid jämförbar med de bästa.

Värdegrund: Respekt för människan.

Mål: Att genomföra uppdrag inom givna ramar.

Att ständigt förbättra verksamheten med fokus på kostnadseffektivitet, kvalitet och leverans.

Att ständigt utöka utrymmet för forskning och utbildning.

Att ständigt öka vår attraktivitet som arbetsplats.

I rapporten från Micartur (2010) riktas kritik mot att planen varit så pass innehållslös. Micartur menar att målen skulle varit bättre dokumenterade för att det fortsatta arbetet med utveckling och profilering skulle fortlöpa med mindre osäkerhet och tvivel kring vart organisationen är på väg (Micartur, 2010).

Till följd av beslutet kring en sammanslagning av USIL och UMAS bröts de båda lednings och samverkansstrukturerna ner för att bygga upp en ny organisation, anpassad till den nya förvaltningen (SUS). Detta innebar att de var tvungna att avsätta alla chefer för att sedan återanställa dessa på nya positioner. Man beslutade även att tillföra extra positioner för att kunna utforma den nya lednings- och samverkansstrukturen. Två av dessa nya positioner var biträdande sjukhuschefer med övergripande ansvar för sammanslagningen (Regionstyrelsen, 2010, Bilaga 1). Positionerna inrättades för att ingå i styrgruppen för sammanslagningen då ledningen tagit beslut om att ej tillämpa externa konsulter för att avhjälpa ledningen under arbetet.

Detta har enligt sjukhuschefen Bent Christiansen bidragit till en stark förankring av målsättning och arbetsprocess (Regionstyrelsen, 2010, Bilaga 2).

Förutom att lednings- och stabsfunktionerna slogs ihop har även PROLUMAS initiala arbete fortsatt med att sammanföra delar av vårdverksamheterna. Detta har inneburit att vårdpersonal och enheter har omplacerats till nya orter och lokaler. Detta har gjorts med målet att ständigt förbättra verksamheten med fokus på kostnadseffektivitet, kvalitet och leverans. Dessvärre ledde dessa förflyttningar till en del komplikationer, bland annat uppkom det personalflykt från ögonklinikerna som ledde till negativa effekter på vårdkvalitet och effektivitet (Regionstyrelsen, 2010). Vidare analys av reaktionerna och de effekter som yttrats till följd av sammanslagningen behandlas under dimension C och då understött med citat från respondenterna. Respondent A (110426) nämner att IT-sidan de senaste åren gått från egen drift till outsourcing och antagit en beställningsroll till skillnad från den tidigare driftrollen. Detta har lett till nya organisationer som påverkar projektet SkåneGemensamt Melior då dessa måste hitta sina nya rutiner och arbetssätt, vilket inte är gjort än. Trots dessa förändringar i förvaltningsorganisationerna ansåg sjukhuschefen att den formella sammanslagningen var slutförd den 15 november 2010 (Regionstyrelsen, Bilaga 1, 2010). Analysen kring integrationen av organisationerna behandlas nedan i dimension B.

4.2.2 Kulturen

Sammanslagningen har, precis som förväntat, visat på att det existerar två olika kulturer på de två sjukhusen. Vad som inte hade förutsatts var att dessa var mer olika än förväntat. Det har också visat sig att kulturen även skiljer sig mellan de olika avdelningarna och klinikerna. Denna insikt har fått sjukhusledningen att gå igenom och anpassa flera olika arbetssätt, riktlinjer och principer till SUS. Det uppkommer hela tiden nya aspekter inom kulturerna som sjukhusledningen jobbar med att ändra till “gemensam egendom” (Regionstyrelsen, 2010, bilaga 1) vilket innebär att dessa aspekter ska hanteras likvärdigt över hela organisationen. Detta kulturella arbete har identifierats som en viktig del i bildandet av en gemensam kultur och har därför fått en hög prioritering av sjukhusledningen. Som en del i detta arbete har sjukhusledningen beslutat att fördela sin arbetstid och mötes- och samverkansaktiviteter likvärdigt mellan Malmö och Lund. (Regionstyrelsen, 2010, bilaga 1)

Sammanslagningen har påverkat delar av verksamheten på ett negativt sätt. Inom ögonkliniken sade flera läkare upp sig redan under PROLUMA-projektet vilket har inneburit minskad produktivitet. (Regionstyrelsen, 2010, bilaga 1) Sammanslagningen har givetvis påverkat kulturen och stämningen på de berörda avdelningarna då folk huvudsakligen sagt upp sig på grund av denna (Regionstyrelsen, 2010, bilaga 4). Det har också framkommit oro från vissa avdelningar då jämförelser har gjorts mellan liknande och konkurrerande kliniker där de “förlorande” känt sig förbisedda och således framställts som b-lag.

I kontrast till detta så har några kliniker fått ett produktivt samarbete tack vare chefer som tidigt tog tydligt ansvar för samverkan. Detta arbete har lett till en klinik med en gemensam vision och ingen läkare med specialkompetens har slutat som i flertalet andra fall. (Regionstyrelsen, 2010, bilaga 4) Trots att personalen inom sjukhusen kontinuerligt fått information angående sammanslagningen, både genom möten och genom intranätet, har det varit svårt att nå ut till alla. Fackliga representanter har rapporterat en viss uppgivenhet hos de anställda och många har dessutom svårt att skilja PROLUMA-projektet från själva sammanslagningen (Micartur, 2010). Vidare så betonar Micartur (2010) i sin rapport att sjukhusets mål att skapa en ny gemensam kultur är adekvat men det är ännu för tidigt att se ett betydande resultat av detta arbete och att det är mycket som kvarstår.

4.2.3 Informationsstandard och kompetens

Margareta Berg (2009) berättar som erfaren projektledare om sin syn på hur Sverige bör gå tillväga för att skapa en hållbar IT-arkitektur för sjukvården. Margareta lyfter i sin artikel fram ett exempel kring hur vida svensk byggnorm har lyckats med att skapa en standard för leveranser av komponenter från olika leverantörer till samma byggen. Med exemplet vill hon ge förklaring till hur sjukvården i Sverige skulle anamma en liknande standard för hur systemen skulle kommunicera och integreras mellan varandra. Vidare i artikeln nämner hon att detta arbete är på gång i övriga Europa men att det ses som överkurs för Sverige att ge sig in i detta arbete då man inte ens klarar av det på nationell nivå. Vad är det då som gör det svårt för svenska sjukhus att lyckas med en fungerande IT-arkitektur? Margareta menar att detta grundar sig i den kompetens som finns hos beställarna och förvaltarna inom vårdenheterna. Den kompetens som finns grundar sig i en högakademisk läkarutbildning riktad till att i en statlig icke vinstdrivande miljö rädda och vårda patienter. Glappet bildas när den kompetenta läkaren ska ställa krav på den kompetenta IT-leverantören. Glappet beror enligt Margareta på att beställarna saknar den detaljkunskap som krävs kring IT, handel, och affärer för att sluta ett avtal mot IT-sektorn som representerar en realistisk kravspecifikation. Resultatet av detta glapp har lett till att sjukhusen i 20 år plöjt ner miljarder av skattepengar i en IT-arkitektur utan att uppnå det välfungerade system som man eftersträvat. (Berg, 2009) Bergs (2009) tankar angående IT-kompetensen i den svenska sjukvården och främst hos Region Skåne tar vi upp i uppsatsens avslutande diskussion.

4.3 Melior

Det har tidigare skrivits en hel del om Melior i vetenskapliga rapporter och avhandlingar. Fokus hos dessa har mestadels legat på användbarheten. Bylander & Öqvist (2010) är de senaste i raden att undersöka användarvänligheten och framtidsförhoppningarna hos Melior. De beskriver i sin slutsats att den enhetliga bilden av Melior är att det är ett robust system med heltäckande funktionalitet. Trots denna till synes positiva bild av systemet beskriver de vidare att detta inte

löser alla problem. Användarna uppfattar systemet som svårlärt, spretigt och komplicerat att använda. Trots att den önskade funktionaliteten finns där så är den inte användarvänlig i avseendet effektivitet då systemet är svårt att arbeta med. Denna undersökning motsätter sig en del tidigare forskning som visar på att användarna av Melior anser att användarvänligheten är god. Dessa undersökningar är några år äldre än den Bylander och Öqvist gjorde 2010, då det var nytt med elektroniska sjukvårdsjournaler, vilket kan förklara den mer positiva synen. Nilsson (2003) har gjort en studie på användarvänligheten hos Melior på Sahlgrenska sjukhuset i Mölndal. Nilsson (2003) slutsats är att personalen är nöjda med implementeringen och menar på att den har inneburit flera verksamhetsförbättringar, bland annat genom tillgången till central patientinformation. När denna undersökning gjordes var inte systemet integrerat med patientjournalens samtliga delar vilket innebar att det inte fanns en fullständig elektronisk journal, arbetet sköttes således parallellt med pappersjournaler. Vad de båda undersökningarna konstaterar är att Melior har potential att i framtiden effektivisera och underlätta vårdverksamheten på ett positivt sätt, men att det då krävs vissa förändringar för att denna ska bli optimal. Förändringarna är bland annat utökad utbildning och fler arbetsstationer.

4.3.1 Melior vid Region Skåne

Sedan 1995 har det inom Region Skåne arbetats med att skaffa ett gemensamt datorjournalssystem för hela regionen. 1995 fanns inget system som motsvarade de krav som ställdes från regionen, således valdes det att tillsammans med leverantören av Melior 1.5 utveckla Melior 2 vilket skulle leva upp till regionens ställda krav. 1997 var första gången som leverantören utlovade en leverans av detta system. Ett år senare omstrukturerades projektet från ett regionprojekt till ett samverkandeprojekt mellan sjukhusen.

I samband med omstruktureringen beslutade sjukhusen att om och när avdelningen valde att installera datorjournalssystem skulle det vara Melior. (Leffler & Sjöblom, 2002) Redan innan detta beslut hade sjukhusen börjat installera Melior 1.5. Det visade sig i revisionen från 2000 att installationerna innebar ett försvårat arbete i att skapa en gemensam linje för IT-strategin. Revisionen visade också stor oklarhet kring den nämnda IT-strategin samt att sjukhuset inte värderat de alternativa lösningarna trots att leverantören upprepade gånger visat signaler på förseningar. Leverantörens första release av Melior 2 var planerad till tredje kvartalet 1998, dessvärre levererades systemet först 2002 med ett flertal buggar. (Leffler & Sjöblom, 2002)

Sen dess har Melior varit i drift på de olika sjukhusen. I takt med att klinikerna vuxit och behoven förändrats har avdelningarna byggt på med nödvändiga funktioner. Hurvida användarna vid en enhet stött på ett nytt behov har denna lagts till i journalssystem. Att klinikerna själva styrt över utformningen av sitt system har lett till att journalsystemen idag skiljer sig på en mängd olika punkter bland annat terminologi, informationsstruktur samt hur användare tillämpar funktioner på sätt som de inte är ämnade för (Respondent A, 110426).

Sammanslagningen av USIL och UMAS har medfört att patienter mer och mer slussas mellan de olika sjukhusen. Enligt Micarturs (2010) intervjuer uppmärksammas IT som en svag länk kopplat till patientsäkerheten. Att verksamheten inte stöds av ett fullgott IT-system som kan kommunicera mellan systemens olika databaser försvårar det dagliga arbetet (Micartur, 2010). Då kommunikationen ej fungerar mellan systemen medför detta att allt som skrivs eller dikteras måste ske redundant genom flera olika system. Detta var fallet 2008 då arbetet inleddes med PROLUMA, Region Skåne beskriver situationen med följande bild (Jozé Gonzalez, 2008).

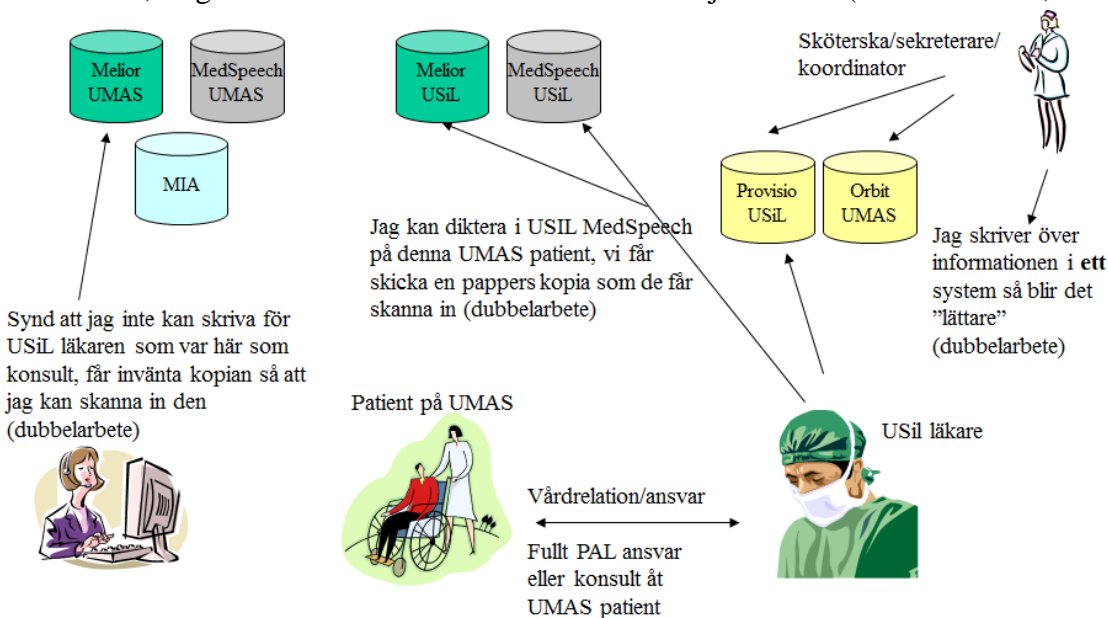


Fig 4.1. Journal situationen 2008 vid SUS (José Gonzalez, 2008)

Detta redundanta jobb medför en ökad arbetsbelastning på sekreterare och läkare (José Gonzalez 2008). Då mer arbete måste utföras på samma tid ökar stressen. Detta medför att risken för slarv och misstag blir större. Hur dessa brister i journalhanteringen skulle påverka patienter och personal under och efter sammanslagningen anser vårdförbundet ej utretts i den utsträckning som anses tillräcklig. (Regionstyrelsen, 2010)

4.3.2 SkåneGemensamt Melior

SkåneGemensamt Melior är det projekt som idag arbetar för att integrera samtliga Melior system. Målet med projektet var att sjukhusen 2011 skall ha en gemensam journal. Styrgruppen för detta projekt bildades 2009. Projektet grundar sig i det ökade flödet av personal, patienter och information mellan kliniker och sjukhus i regionen.

I en intervju från Verksamhetsstyrd IT-utveckling 03/2010 berättar dåvarande projektledare om status för projektet. Projektledaren berättar att de är i fart med att lägga den tekniska grund som möjliggör uppdateringen och implementering av det gemensamma journalsystemet.

Gemensam journal innebär att samtliga vårdenheter vid sjukhusen i Lund, Malmö, Landskrona, Helsingborg, Ystad, Hässleholm, Kristianstad, Ängelholm samt psykiatri ska via en inloggning på en dator ha tillgång till samtliga patientjournaler. Förutom att öka tillgängligheten av journaler fortlöper även ett parallellt arbete kring att skapa en internationell standard för terminologi och regelverk kring hur journalsystem skall hantera loggar, rutiner, namnsättning, handläggning, behörigheter och vårdtillfällen. (Proluma Samordningsgruppen, 2009) Standarden utgår ifrån *SnowMed CT* vilket är en begreppsstandard för medicinskt fackspråk samt *ICD10 (International statistical of diseases and related health problems)* för diagnoser och till sist *ICF (International classification of functioning)* för fysiska begrepp (Respondent A, 110426). Till detta arbete har sjukhuset nyligen skapat en organisation vars uppgift är att styra standardiseringsarbetet på heltid. Projektet har kommit en bit vad gäller de tekniska lösningarna då organisationen har samlat ihop alla servrar och applikationer i två serverhallar i Skåne. Rörande integrationstjänsterna mellan applikationer och servrar har man ej påbörjat arbetet, men detta är på gång.

I systemet finns i dagsläget 56 olika integrationer, dessa integrationer har leverantören Siemens inget ansvar för utan när det krävs en ny integration är det upp till regionen att beställa lämplig programvara. Siemens ansvar är att se till så att integrationerna får den information som de behöver samt att det mottagande systemet kan ta emot informationen. Detta har lett till att systemet består av många programvaror som vävts in och dessvärre vuxit fast i systemet. Dessa programvaror är bland annat antrixar med "bäst före datum 2001" (Respondent A, 110426). Detta problem är avsett att lösas med BizTalk men verksamheten är så pass beroende av dessa integrationer att ett avbrott leder till stopp i verksamheten, vilket påverkar patientsäkerheten. Vidare vill sjukhuset att alla transaktioner som innehåller patientrelaterad information ska verifieras av avsändaren med Chip-läsare, ett arbete som är av hög prioritet då sekretesslagarna måste efterföljas.

Det är vid dessa problem som projektet idag har stannat upp med anledning av att projektledaren tagit beslut att förlägga projektledningen till leverantören. Beslutet togs på grund av att den sittande projektledaren ansåg att projektet bestod av för många kockar där alla ville få sin vilja igenom och då många av dessa viljor ansågs som nödvändiga blev man tvungen att lägga till dessa i projektet.

Då det hela tiden lades till funktioner och uppgifter utan att anpassa tidsplanerna ansåg projektledaren att det var lämpligare att dra i bromsen för att omstrukturera och göra nya tidsplaner anpassade efter dessa viljor. Således är projektet i dagsläget stillastående i väntan på att den nya ledningen vid leverantören ska fastställa en lämplig struktur. (Respondent A, 110426)

Avslutningsvis säger projektledaren att han är hoppfull till Melior och projektet (Respondent A, 110426). Trots hoppfullheten lurar en viss resursbrist i form av teknisk kompetens samt att organisationen nyligen genomgått en omstrukturering. (Verksamhetsstyrd IT-utveckling 03/2010)

4.4 Analys av SUS och projektet SkåneGemensamt Melior

Dimension A: Synergetic potential

Då båda parterna innan sammanslagningen var statligt ägda rådde det ingen konkurrens mellan dem i den mening som om de hade varit två privatägda företag med ett vinstintresse. De verkade dock i samma region vilket gjorde att sammanslagningen primärt inte var att utöka sin verksamhet geografiskt utan att stärka bilden av sjukhuset. Sammanslagningen har sin grund i de utmaningar och förändringar som den Skånska universitetssjukvården står inför, bland annat stora pensionsavgångar, nya läkemedel och behandlingsmetoder samt investering i ny medicinsk teknik. Även framtida konkurrensutsättningar av sjukvården och forskningsmedel har varit anledningar till att genomföra sammanslagningen.

“Universitetssjukvården ska därmed framstå som en väl sammanhållen enhet med uppdrag att stärka konkurrenskraften för skånsk universitetssjukvård, forskning och utbildning” (Micartur, 2010).

Katalysatorn till sammanslagningen var PROLUMA som tidigare var ett projekt för att profilera sjukhusen i Lund och Malmö genom att samordna ett antal kliniker. Det var efter detta projekt beslutsfattarna såg möjligheten att göra en fullskalig sammanslagning av SUS och därmed erhålla optimal samverkans effekt. Detta föranledde behovet av att skapa ett gemensamt journalsystem för samtliga skånska sjukhus.

“I samband med det tycker regionen centralt att, när det ändå görs det för Lund Malmö så gör det för hela Skåne, all slutenvård och psykiatri. Det stora behovet finns egentligen här (Malmö), Landskrona, Trelleborg som är hårt kopplade till SUS. Sedan har Helsingborg och Kristianstad lite lägre behov men finns ändå ett beroende av gemensamma system. Sjukvården är som ett enda stort företag i Skåne” (Respondent A, 110426, nr5)

De formella förväntningar av sammanslagningen som uttryckts har varit ganska tydliga, men enligt Micartur (2010) ger de svag vägledning för uppföljning och utvärdering. Dessa mål är att ha långsiktiga forskningsambitioner och administrativ samordning som huvudfokus. Som resultat av detta vill de uppnå ökad vårdkvalité, bättre service till patienterna och kompetensförstärkning. För att uppnå dessa målsättningar jobbar de med projektet SkåneGemensamt Melior. Då vissa kompetenser kommer att tjänstgöra på flera orter från ett tillfälle till ett annat behövs ett sådant journalsystem. Patienter kommer även vårdas en viss tid på ett sjukhus för att sedan avsluta sin vård på ett annat. Ett gemensamt journalsystem är således nödvändigt för att upprätthålla en hög patientsäkerhet.

“Då man ena dagen går på akuten, andra dagen på operationsproduktion och den tredje ska man forska, helst ska det finnas IT-stöd som ska täcka hela behovet“ (Respondent A, 110426, nr26)

Genom att granska de olika formerna av synergi som presenteras i ramverket kan vi se att sammanslagningen främst drivits av *technical economies*, stordriftsfördelar. Genom samverkan kommer sjukhusen fungera som en större enhet och det kommer bli enklare att sammanställa de resurser som behövs inom olika avseenden än vad det var tidigare. Inom forskningen kommer även resurserna och kompetensen öka genom sammanslagningen, vilket är ett av huvudmålen då detta gör sjukhuset mer attraktivt för forskning.

Möjligheten att ha samma journalsystem på alla sjukhusen ökar också patientsäkerheten då patienter som blir plötsligt sjuka kan få snabbare vård vid ett sjukhus som inte är ens hemortssjukhus. Det går därmed snabbare att ge korrekt vård till fler patienter än tidigare. Under sammanslagningen har många dock riktat kritik mot att sjukhuset inte innan beslutet såg till att journalsystemet var förberett för den ökade trafiken mellan sjukhusen.

"Patientsäkerhetsfrågor som t.ex. problemet med icke kompatibla journalsystem utreddes enligt Vårdförbundets mening för dåligt innan sammanslagningen. Patienttransporterna mellan sjukhusen riskerar att få till följd att en del människor faller mellan stolarna och inte får den vård de förväntar sig." (Regionalstyrelsen S.18, 2010)

Vi ser ej att sammanslagningen kommer att ha någon större inverkan på *pecuniary economies* då sjukhuset inte är en vinstdrivande organisation. Sjukhuset påverkas inte i samma utsträckning av diverse marknadspriser som andra verksamheter gör. Vi ser däremot att *diversification economies* påverkas, främst genom forskningen då den kan bedrivas på bredare front i och med sammanslagningen.

Dimension B: Organizational integration

Vid analys av organisationens integrationsarbete utgår vi från de fyra kategorierna representerade i Henningssons (2008) ramverk. Vi har genom de dokument vi tagit del av samt intervju med tidigare projektledare (Respondent A, 110426) konstaterat att sammanslagningen har de kriterier som bäst passar in på kategorin *symbiosis* inom ramverket. Detta grundar vi på att ingen av parterna, varken USIL eller UMAS, blir en dominant part vid sammanslagningen. De båda parterna omstruktureras och transformeras så att det bildas en ny organisationsstruktur. För att skapa denna symbiosa atmosfär har sjukhuset skapat en helt ny ledningsstruktur för SUS. Strategins mål har varit att skapa tydligare ansvarsområden för divisionerna samt att öka transparensen mellan ledningen och medarbetarna. (Micartur 2010)

I samband med sammanslagningen har medarbetarna kontinuerligt informerats om hur mer och mer av de kulturella aspekter ska bildas till “gemensam egendom”. Trots att informationen har delgivits genom möten samt via intranätet, har det varit svårt att nå ut till alla. Förutom att organisationerna ska bli mer gemensamma jobbar de också med att applicera en internationell standard kring hur journalsystemet skall användas.

En anledning till varför de strävar efter en *symbiosis* sammanslagning är att de under arbetets gång har upptäckt att fler och fler kulturella skillnader uppdagats. Inom två skilda enheter finns det alltid kulturella skillnader i synnerhet inom sjukhusmiljö då dessa arbetsplatser kan ses som högspecialiserade. Inom högspecialiserade arbetsplatser är det naturligt att det bildas starka professionella nätverk och subgrupper. Dessa nätverk finns inom kliniker men sträcker sig även vidare till andra enheter. Sjukhusen i Skåne är i detta fall inget undantag (Micartur 2010). Micartur anser att sjukhusen har gjort ett adekvat jobb med att sammanfoga de olika kulturerna men det är för tidigt att dra en slutsats.

I intervjun med den tidigare projektledaren (Respondent A, 110426) tar vi upp frågan kring arbetsplatskulturen och får till svar att tekniken inte har tillräckligt stor inverkan för att ha någon signifikativ relevans på kulturen.

“Tekniktänket påverkar inte de kulturella skillnaderna ändå på något sätt. När de pratar om de kulturella skillnader som finns pratat de om att vi brukar göra på ett visst sätt men det har inte så mycket med tekniken att göra egentligen.” (Respondent A, 110426, nr 22)

Detta anser vi och Bouno (1989) vara inkorrekt, då det i samband med förändringar i systemet till stor grad påverkar läkarnas arbetssätt, struktur och rutin. Hur detta har påverkat kulturen på sjukhuset kan vi ej påvisa men tidigare forskning av Bouno (1989) visar att sådana förändringar kan leda till konflikter. Dessa konflikter kan så småningom utmynna i frustration, irritation vilket i sin tur kan leda till mindre motståndsrörelser. En sådan motståndsrörelse kan vi se tecken på vid onkologen där de har haft problem med uppretade läkare som antigen har slutat eller beklagat sig till regionalfullmäktige.

"Prolumabesluten för urologi- och tarmkirurgi (nedre gastro) har till oss rapporterats fått ödesdigra konsekvenser i form av kvalitetsförluster och ökad komplikationsfrekvens och sänkt produktion främst p.g.a flykt av kompetenta nyckelpersoner, kulturkrockar och fysisk förflyttning. Minst fyra kvalificerade kirurger från urologen i Lund och fem, senare fyra av sju kvalificerade kirurger inom tarmcancerkirurgin i Lund har slutat" (Regionstyrelsen s.21, 2010).

Som tidigare nämnts kan vi ej bevisa att detta beror på problemen med integrationen av Melior men Bouno och Bowditchs (1989) forskning antyder på att detta kan vara en bidragande faktor.

Dimension C: Intentions and reactions

Som tidigare nämnt togs beslutet att bilda SUS som ett naturligt steg efter arbetet med PROLUMA. Då projektet gick ut på att profilera de båda sjukhusen genom att samordna ett antal kliniker blev det självklart att fortsätta arbetet, dock på en mycket större skala. Inom ramverket beskrivs fyra former av intentioner en sammanslagning kan utgå ifrån.

Intentionen vid sammanslagningen har varit tydlig i detta fall. Den intentionen som har format sammanslagningen är en form av *collaboration* mellan de båda parterna där de går ihop med gemensamma intressen. Detta har också förankring i den form av organisatorisk integration som sammanslagningen har identifierats som, nämligen *symbiosis*. För att befästa denna vänliga form av intention har sjukhusledningen fördelat möten, sammankomster etc. likvärdigt på de båda orterna.

“Som en del av detta arbete har sjukhusledningen etablerat sig med likvärdigt utrymme och faciliteter och delar upp sin arbetstid och mötes- och samverkansaktiviteter likvärdigt mellan Lund och Malmö. Vi jobbar på samma sätt oavsett om vi finns på plats på ena eller andra stället” (Regionstyrelsen, 2010)

Sjukhusledningen har även fokuserat mycket på delaktighet och transparens gentemot de anställda och allmänheten. Detta arbetssätt har enligt Micarturs (2011) rapport bidragit till att undvika kaos och i stor mån upprätthållit full produktion parallellt med sammanslagningen. Det har dock inte uppfattats så för vissa delar av medarbetarna då det har varit svårt för enskilda individer att direkt se skillnaden mellan PROLUMA och sammanslagningen. Trots att personalen inom sjukhusen kontinuerligt fått information angående sammanslagningen både genom möten och genom intranätet har det varit svårt att nå ut till alla.

“De fackliga representanterna rapporterar en viss uppgivenhet bland medarbetarna. Många har svårt att skilja Proluma-arbetet från sammanslagningen” (Regionstyrelsen, 2010)

Reaktionerna har varit skilda, det är kanske som den förre projektledaren (respondent A) säger om reaktionerna bland det anställda.

“Överlag är den bra, normsätt vid liknande förändring är det sällan folk jublar utan om det är ganska tyst får man se det som något positivt. Är det mycket negativt får man på huvudet. Då kommer klagomålen in, men om det inte kommer så många klagomål får man se det som succés” (respondent A, 110426, nr 18)

Vid en sammanslagning av denna storlek, med över 12 500 anställda (internet 1, 2011), är det svårt att nå ut till var och en och få dem att förstå den större bilden. Genom att jobba med transparens och delaktighet anser vi att de har gjort det som krävs inom *collaboration*. När vi ber respondent A att sätta ett sträck på den intentionslinje som finns i ramverket sätter han sträcket på just *collaboration*. Den form av intention ledningen har för sammanslagningen i stort, speglar sig också i valet av att sammanställa journalsystemen till ett gemensamt system. De gemensamma journalerna ska främja arbetet och hjälpa verksamheten att nå de gemensamma målen.

Dimension D: IS Ecology

Inom ramen för sammanslagningen och projektet SkåneGemensamt Melior har vi identifierat tre av de fyra formerna av IS inom projektet. Ett mål med projektet har varit att samtliga delar av sjukhuset ska arbeta med samma journalsystem på samma sätt. Detta har lett till att några grupper har fått ändra sina vardagliga rutiner och sättet de arbetar på.

“Vad du påverkar är i så fall om man ska få använda en lablista till något annat än labprover eller inte. Har du använt den till att mäta vätskebalanser tex. hur mycket dryck man får i och hur mycket som rinner ur en vilket systemet inte är tänkt till att lablistan skall användas till. Detta innebär att man måste hitta ett annat sätt att mäta detta på, då påverkar man deras sätt att arbeta på ett visst ställe, det kan ju skapa lite problem, och då får man tänka ut något annat. All centralisering och standardisering ger ju en påverkan på den frihet man har haft. Blir man av med frihet tycker man inte om det, men man har kanske en viss förståelse att man tjänar på det” (Respondent A, 110426, nr 23)

Informational

Att ha rätt information vid rätt tillfälle för personalen har vi tidigare förklarat som en vital del rörande patientsäkerheten. Detta har varit huvudfokus inom projektet och ett av huvudmålen med sammanslagningen, att patientsäkerheten ska öka genom bättre och framförallt snabbare tillgång till information för de anställda.

”Sen är det en säkerhetsfråga. Det var ju för ett år sedan en flicka som avled, mycket för att vi hade olika IT system i Malmö och Lund. Där det byggde på hur graferna, datavärden tolkas av systemet, där tabellvärdena var olika mellan Malmö och Lund. När denna flickan skickades från det ena stället till det andra så tolkades inte datan rätt, vilket resulterade att en ung flicka avled. Vilket är fruktansvärt oacceptabelt. Man kan inte ha den tesen att man måste ha sitt eget system och detta blir konsekvenserna, jag tycker inte det är rimligt.” (Resepndet B, 110513, nr 18)

För att kunna sammanställa all information på ett likartat sätt har det bestämts att alla ska arbeta med informationen på samma sätt vilket kan betyda ändringar i personalens rutiner som beskrivs ovan. Faktumet att personalen och även patienterna kommer att flytta mellan de olika avdelningarna samt de olika sjukhusen är behovet stort att informationen kan följa med dem utan några hinder.

”Det är också något som drivs väldigt mycket i de nationella arbetena, det handlar väldigt mycket om termer och begrepp. I hela denna värden finns ett ramverk som heter snowMed CT, det kommer att vara mycket av grunden att få ihop det. Det är framtaget förra året i november/december. enligt den information jag har fått då jag träffat departementet är att man strävar efter att man införa en lagstadga om att det ska vara terminologin i vårdsystem i Sverige...” (Resepndet B, 110513, nr 16)

Till detta kommer även universitetsdelen, vilket innebär forskning. Tillgången till information från systemet är också här kritiskt för att kunna gå vidare med nya behandlingsmetoder. Att kunna tillhandahålla kattelogsrad, kvantitativ och termologiskt stringent data hade bidragit stort till forskningen vid universiteten. Då man lättare kunnat utföra kvantitativa studier utifrån redan tillgängligt material.

Infrastructure

Då projektet har som mål att sammanfoga samtliga databaser krävs det en hel del nya satsningar vad gäller hårdvara för att kunna möta de krav på ökad presstanda som en följd av de ökade transaktionerna mellan de olika databaserna. För att möjliggöra snabba transaktioner mellan de olika databaserna har serverhallarna centraliserats. Detta medför också en minskad belastning på nätverken.

“som det ser ut idag har alla servrar och applikationer flyttats in i två serverhallar i Skåne och till de hallarna behöver man bra integrationstjänster, de har man än inte tagit fram men man är på gång. Jag är inte tekniker så tänk på det.” (Respondet A, 110426, nr 30)

Transaction

I och med att samtlig patientrelaterad information går under sekretesslagen måste sjukhuset se till att denna skickas krypterat. För att möta detta krav på sekretess har det påbörjats undersökningar kring tillämpningsbarheten av Chip-läsare för att styrka avsändarens samt mottagarens identiteter vid transaktioner av patientrelaterad information.

“Man håller samtidigt på att kolla på hur data skickas, om det skickas säkert, krypterat. När användare aktivt skickar över är det tänkt att man ska göra det med Chip-läsare. Detta är något man försöker införa för att få ett säkrare system. Detta gör att sjukhusen inte ska bära något tekniskt ansvar utan det är regionen centralt som har det tekniska ansvaret, sen finns det underleverantörer till olika system.” (Resepndet A, 110426, nr 30)

Samarbetet mellan den privata sektorn inom sjukvården kräver att det finns rutiner som ser till att informationen mellan parterna förblir korrekt och tillgänglig. Som åtgärd för dessa rutiner ställs det krav på att privata vårdgivare ska använda samma system som finns tillgängliga inom den offentliga sjukvården. Att den privata sjukvården har egna system kan innebära komplikationer vid transaktioner av journaler. De privata aktörer som berörs bör således ingå i det standardiseringsarbetet som pågår på Regionaloffentlig nivå.

“Region Skåne köper vård från den privata sektorn och då bär man ansvar för att en grundläggande infrastruktur finns som de kan använda vid behov. Vi har ju privata vårdgivare som jobbar på sjukhusen vilka använder vårt journalsystem som är ett krav från vår sida då ifall man skulle byta vårdgivare skull man förlorar informationen. För att registrera patienter använder de en viss typ av PASIS som är begränsad för privata vårdgivare. PASIS används för att fakturera regionen. Men de har även egna system.” (Resepndet A, 110426, nr 39)

Strategiskt IS

Inom ramen för sammanslagningen och SkåneGemensamt Melior har inget arbete med strategiskt IS påbörjats. De följer Region Skånes övergripande IT-strategi.

Dimension E: Integration architecture

Trots de komplikationer som de olika databaserna innebär för integrationen har sjukhuset valt att ej skapa en stor gemensam databas för hela regionen. Utan väljer istället att standardisera den information som redan finns lagrad och se till att all ny inmatning sker på ett gemensamt sätt. Det mål som finns är att implementera en *enterprise service buss* arkitektur som kan liknas vid ett *middleware*.

”Vad vi försöker tillämpa eller det vi strävar efter är att ha en ESB, en integrations plattform eller motor, och egentligen en enterprise-service-buss. Det är det vi går mot, sedan kommer vi inte hela vägen i och med all integrationer.”(Respondent B, 110513, nr 29)

Det kan uppfattas ett stort motstånd till Melior men i stort har de i dagslägget inga planer på att byta ut systemet mot något annat men diskussioner kring tänkbara alternativ förs regelbundet. Istället för att bygga en ny arkitektur försöker sjukhusen finna en integrationslösning baserad på *BizTalk* eller liknande integrationsmodul.

”BizTalk kommer alltid vara en del av det då vi har så pass många Microsoft, och Microsoft beroende produkter. De flesta nationella tjänster går via en Java-motor, kommer inte ihåg vilken det var. När vi har en färdig ESB kommer den både bestå av BizTalk och någon annan motor som både kan vara en open-source eller något annat.” (Respondent B, 110513, nr 30)

Något som arbetats mycket med är säkerheten kring den data som skickas. Detta är en viktig punkt inom integrationsarbetet då det kan vara väldigt känsliga personuppgifter som finns i den data som skickas.

”Man håller samtidigt på att kolla på hur data skickas, om det skickas säkert, krypterat. När användare aktivt skickar över är det tänkt att man ska göra det med Chip-läsare. Detta är något man försöker införa för att få ett säkrare system.” (Respondent A, 110426, 30)

Dimension F: IS-integration role

Som nämnts tidigare är förarbetet viktigt för att IS-integrationen ska få en så stor chans som möjligt att lyckas. Intentionerna har funnits länge att ha ett gemensamt journalsystem men det är först efter sammanslagningen har blivit ett faktum som viljan och drivkraften har funnits för att göra något åt det.

“[...]vi arbetar mest reaktivt tyvärr, vi har släppts ihop och nu försöker vi skapa en gemensam journal.” (respondent A, 110426, nr 26)

“Man har velat ha en gemensam journal väldigt länge. Man har aldrig haft en regional kraft som velat driva det förren man defakto står här med en omorganisation som kräver det. Det gör ju att man blir efter” (Respondent A, 110426, nr 27).

Det är som sagt ingen svårighet att se att IS-integrationen är något som sjukhuset har arbetat reaktivt med efter sammanslagningen. Arbetet med att skapa ett gemensamt journalsystem har varit och är en väldigt komplex process som tar lång tid att genomföra. Det hade underlättat om arbetet med detta hade startat innan sammanslagningen. Att sjukhusmiljön inte tillåter någon form av driftstopp, då patientsäkerheten skulle hotas, är ytterligare en faktor till att integrationen är så komplex.

4.4.1 Dimensionernas relation vid SUS.

Precis som Henningsson (2008) påvisat så finns det relationer mellan de olika dimensionerna, så är även fallet vid bildandet av SUS och projektet SkåneGemensamt Melior. Dessa relationer har varit mer tydliga i vissa fall än andra.

A. Synergetic potential - B. Organisational integration

Målen med sammanslagningen handlar mycket om att sjukhusen ska fungera som en större enhet och sammanställa de resurser som finns för att tillsammans öka konkurrenskraften. Som nämnts tidigare så är målen framtagna efter de förändringar som den Skånska universitetssjukvården står inför. Utefter dessa mål ser vi en klar relation till den form av integration som eftersträvas. Att nå målen krävs ett starkt samarbete mellan de olika delar och funktioner som ingår i sammanslagningen. Då är *symbiosis* ett självklart val då denna innebär ett gemensamt samarbete mellan de olika parterna som ingår i sammanslagningen.

A. Synergetic potential - F. IS integration role

Vilka förändringar och samverkans effekter som sammanslagningen skulle medföra var tidigt fastställda. Det är dock så som Micartur (2010) skriver i sin rapport att dessa mål gav svag vägledning för uppföljning och utvärdering. Att målen var övergripande och svagt formulerade anser vi ha stark koppling till den bristande förstudie som har fått hård kritik från flera håll. Speciellt inom SkåneGemensamt Melior har arbetet varit reaktivt vilket har lett till försvårat arbete. Precis som Henningsson (2008) säger krävs det att denna sorts frågor tas upp tidigt för att chanserna att nå bästa resultat ökar. Det råder inget tvivel om att arbetet har varit bristfälligt i detta avseende.

B. Organisational integration - C. Intention and reaction

Då sammanslagningen ses som ett samarbete mellan de olika parterna är det ingen som kommer bli den dominanta parten som den andra måste rätta sig efter. Som nämnts tidigare kommer det alltid att finnas enstaka individer som känner sig överkörda då sammanslagningen och de nya rutinerna kan ses som stötande. Att ingen blir den dominerande parten, utan alla i princip får nya rutiner att följa gör att situationen blir likartad för de flesta av de anställda, framförallt för de som arbetar med journalsystemet. Genom att ledningen arbetat med transparens och öppenhet anser vi att det finns en klar relation mellan dimensionerna inom sammanslagningen.

B. Organisational integration - D. IS ecology

Under rapportens gång har vi nämnt problematiken kring informationsflödena mellan de olika enheterna vid sjukhusen. Att informationen ej haft det önskvärda flödet mellan enheterna har inneburit att samarbetet mellan avdelningarna försvårats till följd av att användarna får lägga mer tid än brukligt för att få tillgång till den patientinformation som krävs för att fullborda behandling. Vidare har det bristfälliga informationsflödet lett till att integrationen av de två organisationernas interna arbetsprocesser försvårats. Organisationerna hade med fördel jobbat proaktivt för att tillgodose förutsättningarna för dessa interna processer och då helt kunnat fokusera på att svetsa samman de anställda med de gemensamma processerna istället för att mötas av problem med informationshanteringen.

D. IS ecology - E. Integration Architecture

Då IS är en kritisk del av den dagliga verksamheten vid SUS är det inget tvivel om. Då är det främst journalsystemet vi syftar på då detta måste fungera problemfritt dygnet runt för att säkerställa patientsäkerheten. Genom att sammanställa de olika databaserna som finns har syftet med det gemensamma journalsystemet varit att personal på de olika avdelningarna kan ta del av samma information. Det är alltså en form av *middleware*, alternativt ett *enterprise wide system* som de har som mål för IT arkitekturen, vilket är mindre riskfyllt då integrationen främst gäller *informations IS*.

E. Integration Architecture - F. IS integration role

Att arbetet med sammanslagningen, inom flera avseenden, har skett reaktivt har haft stor betydelse för hur integrationen har sköts. Som nämnts har arbetet med hur data ska dokumenteras och samlas varit ett krävande arbete. Detta hade kunnat underlättas om arbetet hade börjat tidigare och inte varit under ständig tidspress. Inom relationen mellan dessa dimensioner hade det precis som mycket annat varit att föredra om arbetet hade fått större utrymme innan sammanslagningen var ett faktum.

Tabell 4,1. Six dimensions of IS integration in the SUS case.

Dimension	Description
Synergetic potential	
Technical economies	Production, logistics, experience, scheduling, research, education
Pecuniary economies	Non
Diversific. economies	Limited
Organizational Integration	
Interdependency type	Pooled
Degree of Integration	Symbiosis
Integrated Activity	Functional and operational
Intentions & Reactions	
Friendliness/Hostility	Collaboration
Reaction	Moderate
IS Ecology	
Infrastructural	Medium
Transactional	Medium
Informational	Extensive
Strategic	Low
Integration Architecture	
Integration level	Organizational, Informational
Integration structure	Enterprise-Wide, Middle-ware
IS Integration role	
Proactivity	Reactive

5 Diskussion & slutsats

I detta kapitel kommer vi att diskutera vår empiriska sammanställning samt den analys vi genomför utifrån uppsatsens syfte och frågeställning i förhållande till det ramverk vi presenterat. Efter diskussionen kommer vår slutsats presenteras där vi ger svar på tidigare nämnda forskningsfrågor.

5.1 Avslutande diskussion

Analysen av sammanslagningen av de Skånska Universitetssjukhusen samt den tillhörande IT-integrationen inom projekten SkåneGemensamt Melior utifrån Henningssons (2008) ramverk visar på att alla dimensioner finns representerade i arbetet. Inom flera dimensioner fanns även flera av underkategorierna representerade, dock så hittade vi en del avvikelser där dimensionernas relation till varandra inte är den optimala. Exempel på detta är att de valt att arbeta reaktivt inom flera aspekter av sammanslagningen. Att mycket av arbetet har skett reaktivt har påverkat de samverkans effekter som var en del av målet med sammanslagningen. Detta har inte minst blivit tydligt inom projektet SkåneGemensamt Melior som har blivit lidande av det reaktiva arbetet. Att inte göra en fullständig föranalys är ett säkert sätt att skapa sig problem längre fram, något som tydligt framkommit från våra intervjuer. Ett sjukhus komplexa miljö kan vara en anledning till varför IT-relaterade projekt tenderar att få ett reaktivt angreppssätt, något som vi kommer diskutera senare.

Generellt sätt har vi upptäckt att det läggs lite energi på en övergripande IT strategi inom SUS. Den strategin vi har kommit i kontakt med har innefattat hela Region Skåne som omfattar betydligt mer än sjukhusen. Avsaknaden av en fullständig IT-strategi kan också vara en anledning till varför mycket av arbetet skett reaktivt då det inte finns tillräckligt med riktlinjer för hur IT-relaterat arbete ska gå till. En anledning till varför det har blivit på detta sätt är att ledningen har velat sköta det mesta själva och med den kompetens som finns inom sjukhuset och till en början ej tillämpa externa konsulter. Att den interna kompetensen ibland har varit bristfällig kan ge ytterligare förklaring till sättet de arbetar med IT-relaterade projekt. I skrivande stund håller projektet SkåneGemensamt Melior på att omorganiseras genom outsourcing, detta är en indikation på att behovet av extern hjälp är nödvändig och att ledningen har insett detta. Precis som Berg (2009) skriver i sin artikel så finns det en bristande IT kompetens inom sjukhusen, vilket vi också har upplevt då vi varit i kontakt med personer som har hand om IT relaterade frågor men saknar formell utbildning inom IT.

Det har varit så en längre tid att läkare har varit ansvariga för informationsteknologin utan att egentligen ha någon formell kunskap inom ämnet. En stor grund till detta som vi kan se är den klinikbaserade synen som fanns innan då varje klinik fick mycket eget ansvar. Idag har de gått över till ett mer patientorienterat perspektiv där de prioriterar och sätter större värde i patientsäkerhet.

Som nämnts tidigare och som även respondent B (2011) berättar i sin intervju har varje avdelning tidigare haft en egen IT-budget, vilket har lett till att stora summor har lagts på IT-arkitekturen och antalet system och applikationer nästan kan ses som oändliga. Att personal som inte besitter önskad IT-kompetens har skött detta arbete har medfört att deras kompetens, inom andra områden, har gott förlorad under den tiden de ägnat sig åt IT relaterat arbete. Exakt vilka konsekvenser detta har fått inom andra delar av sjukvården är svårt att säga och kräver en undersökning i sig för att svara på. Dock kan vi se att den kompetens som finns inte har använts på ett optimalt sätt.

5.1.1 Organisation och kultur

Den sammanlagda tid det tog att ta fram den nya organisationsstrukturen efter sammanslagningen uppgick till inte mer än fem veckor. De mål som sattes upp tycker vi är väldigt övergripande och ger ingen konkret bild över vad som ska uppnås, denna synen delar vi med Micartur (2010) som menar att målen måste dokumenteras bättre för att minska osäkerheten. Att processen har gått så snabbt anser vi vara relaterat till de problem som uppstår i arbetskulturen då flera anställda inte har förstått skillnaden mellan PROLUMA och sammanslagningen, även om de har försökt få ut budskapet genom olika informationskanaler. Faktum att de anställda måste ändra delar av sina rutiner för att passa in i den nya organisationsstrukturen och sättet de arbetar har yppat tendens till missnöje. Detta missnöje grundar sig på flera faktorer, ett av dessa är att IS-integrationen medför vissa ändringar gällande informationslagring, vilket kommer ställa högre krav på de anställda att arbeta enligt de nya föreskrifter som kommer stadgas.

5.1.2 Avvikande dimensioner

Pecuniary economies har ingen inverkan på sammanslagningen då sjukhus ej inom den offentliga sektorn berörs av de vinstintressen eller har någon förmåga att påverka marknadspriserna som inom stora koncerner, exempelvis Trelleborg AB. Inom vinstdrivande verksamheter finns det alltid en kapitalistisk drivkraft som motiverar och stödjer utvecklingsarbeten som ämnar till att förbättra effektivitet och produktivitet för verksamheten. Vi har uppfattat att de inom SUS saknar denna drivkraft och vilja till att anamma IT-lösningar.

Det som driver utvecklingsarbetet vid SUS är ofta externa påtryckningar och akuta lösningar. Istället för viljan att ligga på teknologins framkant och möta omvärldens behov av effektiva och smidiga IT-lösningar, vilket ofta är situationen hos vinstdrivande verksamheter. Således krävs det ofta eldsjälar för att projekt ska rulla igång, likt Respondents A´s resa från sjuksköterska till projektledare för Melior. Det är inte förrän nu när problemen blivit så pass märkbara och dess inverkan på patientsäkerheten har blivit uppmärksammas som intressenter på regional nivå har insett behoven av en större regional satsning på journalsystemet. I och med denna regionala satsning har arbetet tagit stora steg framåt det senaste året.

Strategic IS är den underkategori till dimensionen *IS ecology* som behandlar verksamhetens IT-strategi. Vi hade som grundtanke till vår uppsats att skriva just om hur IT-strategin vid SUS har utvecklats under sammanslagningen. Efter vidare undersökningar kom vi tillsammans med SUS fram till att de ej har någon lokal IT-strategi som kunde ligga till underlag för vår forskning då de följer den strategi som stadgas på Regional nivå. I och med Region Skånes avsaknad av IT-strategi kan vi ej behandla denna del av ramverket och således ej diskutera ramverkets tillämpningsbarhet på denna punkt. Dock menar Henningsson (2010) att avsaknaden av vissa punkter i ramverket ej har någon större påverkan på tillämpningsbarheten utan att, beroende på projektets storlek tillämpar de punkter som finns tillgängligt. Dock anser vi att det är oroväckande att en så pass IT-beroende organisation ej har fullt utvecklad strategi vad gäller framtida IT-utveckling. Hur detta påverkar organisationen har vi ej för avsikt att behandla i denna uppsats.

IS Integration role är den dimension som behandlar proaktiv och reaktivt arbetssätt. Inom sjukvården är det nästintill omöjligt att jobba reaktivt då driftstopp med stor sannolikhet skulle resultera till att patienter ej får den vård de behöver eller korrekt medicinering då IT-stödet ej kan leverera den information som krävs. Detta till följd av den bristfälliga IT-struktur som sjukhuset idag har att jobba med. Dagens IT-lösning saknar stöd för att under pågående verksamhet implementera ny uppdatering utan att behöva göra ett omfattande driftstopp. Inom tillverkningsindustrin finns det inga liv att spilla vid ett driftstopp utan det verksamheten förlorar är i värsta fall att leveransen blir aningen försenad. Som proaktiv åtgärd till eventuella förluster vid ett driftstopp går det att påskynda produktionen den ena dagen för att sedan ha stopp den följande. Detta går dessvärre ej inom sjukvården då de inte kan förhindra att folk blir sjuka eller på något sätt påskynda deras tillfrisknande.

5.2 Slutsats

Det huvudsakliga målet med vår uppsats var att besvara forskningsfrågan: *Hur har integrationsarbetet med journalsystemen fortlöpt?* För att få svar på denna frågan var vi tvungna att genomföra en analys av projektet SkåneGemensamt Melior.

Projektets status idag är att sjukhusen står inför ett stort standardiseringsarbete av informationsmodeller för att journalsystemen vid samtliga vårdenheter ska kunna tillämpa en gemensam informationsstruktur. Regionen har påbörjat uppbyggnaden av den nya IT-arkitekturen och ska snart vara redo för att göra patientinformationen tillgänglig för alla. Dock kommer informationen ej vara standardiserad vilket kan medför svårigheter vid tolkning och beslutsfattande.

Vi kan konstatera att verksamheten i projektet SkåneGemensamt Melior inte arbetat optimalt utifrån ramverkets reaktiva/proaktiva perspektiv. Det visar sig tydligast inom dimensionen *IS Integration Role* då sjukhuset tillämpat ett reaktivt arbetssätt genom hela sammanslagningen och projektet Skånegemensamt Melior. Att sjukhuset inte arbetat mer proaktivt har lett till en stor mängd komplikationer med informationshantering som kunnat undvikas om journalsystemen förberetts bättre.

Vidare kan vi dra slutsatsen att de till en början ej haft tillräcklig kompetens inom organisationen för att med fullgott resultat kunna driva ett så pass omfattande IT-projekt. Hade de vid ett tidigare skede sett behovet att anlita externa konsulter, tror vi att sjukhuset idag haft mindre problem med framtagandet av tydliga kravspecifikationer anpassade till att tillgodose samtliga vårdenheters informationsstrukturella behov.

Vi har även funnit svar på frågan: *Till vilken grad det går att applicera ramverket inom hälso- och sjukvårdssektorn?*

Efter vår tillämpning av Henningssons (2008) ramverk på bildandet av SUS och projektet SkåneGemnsamt Melior, samt att vi undersökt hur ramverket tidigare applicerats på andra verksamheter, har vi efter analysen kommit fram till att applicerbarheten för ramverket är god inom hälso och sjukvårdsektorn. Detta grundar vi på det faktum att alla dimensioner som ramverket är uppbyggt av är representerade i arbetet med sammanslagningen och IS-integrationen. Dock kan vi finna brister i dimensionen pecuniary economics då man inom den offentliga sektorn ej drivs eller har som huvudmål att göra ekonomisk vinst, utan att verksamheten istället drivs av välfärdssamhällets behov av professionell och modern sjukvård. Vilket gör att resultatet blir annorlunda än ifall ramverket tillämpas på en mer vinstdrivande verksamhet som exempelvis Trelleborg AB.

5.2.1 Vidare slutsats

Vidare iakttagelser av studien visar att Region Skåne i allra högsta grad måste iaktta vikten av att dimension D utreds och exekveras innan sammanslagningar av denna storlek utförs. Denna slutsats dras utifrån de stora problem som yttrat sig kring sjukhusens informationshantering mellan olika verksamheter. Att de inom sjukvården måste se till att informationshanteringen sker med precision och att behovet av information är tillgodosedd är vitalt för att vidhålla effektivitet i vårdprocesser, men framförallt för att vidhålla kraven på en patientsäker vård. Vi uppfattar att Region Skåne visat en ignorans mot dessa problem och negligerat dess innebörd för vården. Möjligt är också att de inte handlat om ignorans utan att de saknat kompetens till att inse farhågorna med en så pass inkompatibel informationsstruktur.

Med detta sagt vill vi än en gång trycka på att ramverket måste ses som en helhet för att det ska användas optimalt. Trots att vi har identifierat dimension D som den mest vitala för Region Skåne så påverkas alla dimensioner av varandra, vilket gör att man inte använder ramverkets fulla potential om man ser på dimensionerna var för sig. Vårt slutgiltiga råd till Region Skåne och andra verksamheter är att de bör använda Henningssons (2008) ramverk, om även för riktlinjer, vid arbete gällande utförandet av en organisatorisk sammanslagning med IS-integration för att få ett så bra resultat som möjligt.

6 Bilagor

6.1 Bilaga 1 – Personer bakom skrivelser till regionstyrelsen

Namn	Position
Agneta Lanzow	Facklig sekreterare Akademikerförbundet SSR
Bent Christensen	Sjukhuschef SUS
Cleas Arén	Sjukhusledningen SUS
Erik Dahlman	Ordf i Mellersta Skånes Läkarförening
Jens Bernow	Ordf i Malmö Läkarförening
Lars Nevander	Ordf i De Skånska läkarföreningarna
Marianne Pettersson	Kommunal Skåne
Mats Runsten	V.Ordf Vårdförbundet Skåne
Mikael Nissen	Ordf Saco rådet Region Skåne
Namn	Position
Paul Stålhane	Ombudsman Mellersta Skånes Läkarförening
Pia Kinhult	Regionstyrelsens ordförande
Roger Sidenstam	Klinikchef Ögonkliniken SUS Malmö-Lund
Sören Olofsson	Regiondirektör
Thomas Ekström	Sjukhusledningen SUS

6.2 Bilaga 2 - Intervjuguide Respondent A och B

Målet med intervjuerna är att samla in tillräckligt med data för att kunna göra en fullgod analys av hur Hennigssons ramverk ter sig i hälso och sjukvårdssektorn. För att nå detta mål kommer frågorna formas efter de sex olika dimensioner som ramverket består av.

Hennigssons Ramverk

För att förstå alla aspekter inom IS integration och komplexiteten hos dessa har Hennigsson tagit fram ett ramverk för att beskriva och förklara relationen mellan IS-integrationen och sammanslagningsprocessen.. Med ramverkets hjälp kan besluten angående IS-integrationen beskrivas och förklara vilka konsekvenser de får. Hennigsson har identifierat sex dimensioner som påverkar IS integrationen: Synergetic potential, Organizational integration, Intentions och reactions, IS type, Integration architecture, IS integration role.

Helheten hos ramverket ger en rikare bild över situationen än om man ser på dimensionerna var för sig, den visar dynamiken och relationerna mellan dimensionerna.

Dimension A - Synergetic potential

Samverkan beskriv som den vanligaste orsaken till IS intergation, då det ofta anses att två enheter kan arbeta mer effektivt tillsammans än isär. Denna dimensionen behandlar alltså vilken form av samverkan integrationen medför.

Dimension B - Organizational Integration

Denna dimension tar upp olika former av integration utifrån ett organisatoriskt perspektiv. Frågor angående organisationskulturen berörs inom denna dimension.

Dimension C: Intentions & Reactions

Denna dimension refererar till om eller i vilken utsträckning de båda parterna vill fullfölja sammanslagningen och vilka intentioner de har med den. Dimensionen identifierar potentialen av sammanslagningen men även hur beslutet och den följande integrationen har förvaltats.

Dimension D: IS Ecology

Då Information System ter sig komplexa är detta något man måste ta i hänsyn för att kunna förstå innebörden med integrationen. Eftersom teknologin ständigt förändras är det mer lämpligt att beskriva funktionerna hos den befintliga teknologin istället för teknologin i sig för att göra en bra analys. Termen IS kan syfta på flera olika system eller delar av system som på sitt eget sätt påverkar och påverkas av integrationen och måste därför ses individuellt

Dimension E: Integration Architecture

Det finns mer än ett sätt att utföra en IS integration. Hennigsson har identifierat 5 olika tillvägagångssätt. Denna dimensionen beskriver hur IT infrastrukturen ser ut efter integrationen.

Dimension F: IS Integrations Role

Inför en sammanslagning finns delade meningar mellan författare och *managers* hurvida IS-integrationen är något som ska ske reaktivt eller proaktivt vid en samanslagning.

6.3 Bilaga 3 - Frågor Respondent A

Om Respondenten	Verksamheteten	Projektet
Vilken befattning har Ni?	Hur pass enligt var detta beslutet?	Projektets status idag?
Sammanfatta Er syn på historien kring Melior?	Hur uppfattas medarbetarnas inställning till projektet?	När började melior-projektet och när är det tänkt att det ska vara klart?
Hur länge har Ni varit involverad i projektet "skånegemensamt melior"?	Hur pass involverade är de anställda?	Vad är det övergripande målet med integrationen?
Vad är Er roll i projektet?	Vilka andra alternativ fanns det?	Vem är det som har satt upp dessa målen?
	Hur anpassar Ni systemen till de olika Verksamhets-kulturerna?	När gjordes dessa målen?
		Hur såg det ut innan projektets start? Hur vill ni att det ska se ut efter projektet?
		Vilka stora milstolpar finns det? Har man jobbat proaktivt eller reaktivt?
IT - Process	IT- Teknik	
Vilka IS är del av integrationen?	Hur ser infrastrukturen ut?	
Vem har ansvar över integrationen?	Hur såg IS/IT infrastrukturen ut innan integrationen?	
Hur sköts IT/IS relaterade projekt generellt?	Vilka typer av system?	
Hur implementerade man IS integrationen?		
Vilken information hanteras efter integrationen?		

6.4 Bilaga 4 - Frågor Respondent B

Om Er

Vilken befattning har Ni?

Hur länge har Ni varit involverad i projektet "skånegemensamt melior"?

Sammanfatta Er syn på historien kring Melior?

Vad är Er roll i projektet?

Projektet

Projektets status idag?

När började melior-projektet och när är det tänkt att det ska vara klart?

Vad är det övergripande målet med integrationen?

Vem är det som har satt upp dessa målen?

När gjordes dessa målen?

Vilka stora milstolpar finns det?

När anser du att ni som tidigast är klara?

Hur vill ni att det ska se ut efter projektet?

Hur såg det ut innan projektets start?

Har man jobbat proaktivt eller reaktivt?

IT - Process

Vilka IS är del av integrationen?

Vem har ansvar över integrationen?

Hur implementerade man IS integrationen?

Vilken information hanteras efter integrationen?

Hur sköts IT/IS relaterade projekt generellt?

IT- Teknik

Hur ser infrastrukturen ut?

Hur såg IS/IT infrastrukturen ut innan integrationen?

Vilka typer av system?

Hur lika är journal-processerna på de olika sjukhusen?

Vilka planerade Integrationsmetoder har ni tänkt att använda?

6.5 Bilaga 5 - Transkribering Respondent A

2011.04.26 – Utförd på SUS Malmö

Nr	Fråga	Svar	Kodning
0.	Vad har du för bakgrund inom organisationen?	Före detta sjuksyrra på akutkliniken	R
1.	Hur har du hamnat här?	Till en början höll jag på med webbsidorna på kliniken sen fick jag leta statistik i systemet. Helt plötsligt ville man ha en patientliggare liknande en hotelliggare. I vilken man håller reda på patienter i tid, rum och plats samt händelse för alla regionens patienter. Framförallt akutmottagningen i regionen. Detta blev mitt projekt och var helt och hållet en nyutveckling. Vidare kom det en tjänst på staben för forskning och utveckling vilket jag sökte och nu sitter jag här.	R
2.	Så du har ingen IT-utbildning alls?	Nej.	R
3.	Men du tycker det är kul med IT?	Ja, jag tycker det är kul med IT, men jag har ingen formell utbildning på det sättet.	IR
4.	Behövs kanske inte om man har intresse?	Det handlar rätt mycket om gränslandet organisation, funktion och programvara. Det är där jag rör mig. Sen har jag fuskat lite med att göra egna webbapplikationer. Men det är av ren hobby, asså jag gjorde det på min gamla klinik. Men sånt gör man inte längre utan tillämpar plugins istället.	R
5.	Men om vi ser till Proluma, gemensamt Melior. Har du varit med där från början?	Ja nu är det ju så att efter Proluma eller i samband med Proluma så var en av de sakerna som ansågs var viktigast var att	R, A

		<p>man skulle ha en gemensam journal. Då det är samma sjukhus och samma organisation. Ofta har man kanske mottagningar på ett ställe och slutenvård på det andra sjukhuset och det är ibland samma läkare som går mellan olika orterna Malmö och Lund. Prolumas syfte var egentligen inte att man skulle slå ihop utan att profilera sjukhusen, man skulle flytta över delar av verksamheten för att få en större tyngdpunkt på det ena sjukhuset än det andra. Detta ställde såklart högre krav på att man hade mycket samarbete, detta stora samarbete blev nästan som att man hade slagits ihop, vilket man så småningom gjorde. Då ville man ha en gemensam journal och tanken var att man skulle skapa en sådan. Det vill säga sätta upp en ny databas mellan Malmö och Lund.</p>	
6.	Det var målet med proluma?	<p>I samband med det tycker regionen centralt att, när ska i ändå göra det för Lund Malmö så gör det för hela Skåne, all slutenvård och psykiatri. Det stora behovet finns egentligen här (Malmö), Landskrona, Trelleborg som är hårt kopplade till SUS. Sedan har Helsingborg och Kristianstad lite lägre behov men finns ändå ett beroende av gemensamma system. Sjukvården är som ett enda stort företag i Skåne.</p>	R, B
7.	Är det ofta patienter och personal som förflyttar sig mellan sjukhusen?	<p>För patienter är rätt vanligt att man blir uppsatt på operation i Ängelholm eller Trelleborg. Personal flyttar också delvis men</p>	R, B

		framförallt läkare. Det finns urologer som arbetar i Ystad ibland men också i Trelleborg och Malmö. Ortopeder är också på flera orter.	
8.	Onkologen?	Ögon, är ju fortfarande inom samma organisation då SUS är samma förvaltning, alltså bara en geografisk förflyttning. Men det är ju vanligt annars, urologen har ju också strukturen med slutenvårdsplatser i Malmö och mottagning i Lund. Men fortfarande har en del andra klinker både och.	R, B
9.	Har man släppt lite på det klinkbaserade tänket att man själv står för vad som målet med ens melior är?	Ja utifrån programvaran, så är det så att ursprungligen skapade man en databas som var klinkbaserad eller för flera kliniker. Detta betyder att man har gjort lite olika på olika ställen i Skåne.	R, B
10.	Utifrån avdelningens funktion och behov?	Ja, och mängd människor	R
11.	Är det en själv som avdelning eller klinik som bestämmer det?	Ja det gjorde man. Förr bestämde man också hur informationen skulle se ut i ens databas. Så klart är databasen uppställda som vanligt men man kunde stoppa lite olika saker i lådorna. Det har man bestämt själv tex. vilka begrepp man ska ha vilka personalkategorier som skulle få skriva i vilka delar av journalerna. Man har ibland använt vissa journalfunktioner som de inte var tänkt att ursprungligen användas från leverantörens sida. Allt detta bestämde man själv på sin enhet. I Malmö delen hade man 11 olika Databaser med olika notationer. 11 databaser av samma programversion men	R, B, E

		<p>med olika informationsuppsättning och lite olika rollbegrepp. När vi sedan bestämde oss i Malmö innan Proluma, att vi ville ha en gemensam databas, berodde det på svårigheter att hoppa runt och framförallt hitta rätt då alla skriver efter olika regelverk. Det vi hade velat var att ha med hela informationsinnehållet och stoppa in i en ny databas men det tyckte Siemens var för svårt, med tanke på alla nycklar. Så vi skapade en helt ny databas med Malmö Trelleborg och psyk. steget där efter blev Proluma, en gemensam för SUS men blev sedan också en regional.</p>	
12.	Och det är målet idag?	Målet idag är en regional gemensam melior databas	R, C
13.	Hur ligger ni till?	Jag är inte kvar som PL utan har hoppat av det.	R
14.	Varför?	<p>Ju fler kockar i samma system desto fler tycker att deras speciella intresse är det viktigaste. Ett sätt att få sitt intresse att gå vidare är ju att stoppa in det i projektet. Det är kanske riktigt att om man har en regional databas och man har andra delar som är viktiga som kanske inte är kärnan i det som skulle göras i projektet är att man får med dem samtidigt så man får lite driv i det. Men då måste man anpassa tidsplanerna, helst skulle man ha med den tanken redan från början i projektet och då kan man skapa bättre förutsättningar och en tidsplan som är mer realistisk. Detta är lite svårt när man väl kommit en bit på vägen och är</p>	R,

		därmed lättare att göra ett stopp för att starta upp på nytt med nya direktiv	
15.	Detta har hänt en del gånger som vi har förstått av revision?	<p>Men det har inte hänt mig!, det har säkert hänt i andra projekt. Sen är vi ju just nu i en organisation som alltid är i en omorganisationsfas på ett eller annat sätt. Det har ju hänt en hel del på IT-sidan de senaste åren. Man har gått över från egen drift till outsourcing, dåvarande IT-organisationen var driftorienterad men har nu blivit en beställningsfunktion mot den nya leverantören. Man har en samordnings organisation i regionen kring utvecklingsbehov som är ganska ny som har samordnats centralt. Innan var det mycket upp till de lokala förvaltningarna att driva det. Det är också organisationsförändringar som påverkar detta projekt speciellt då de är ganska nya, då alla levererande enheterna måste hitta sitt eget arbetsätt inom sin egen organisation och måste få det att fungera med resten av regionen, detta fungerar inte fullt ut idag</p>	R, B, C
16.	Är det så att SUS blir den nya mamma som alla ska anpassa sig till?	<p>Nja, här gjorde vi ett arbete när vi satte upp den gemensamma databasen, försöka att få ihop ett regelverk kring bruket av journalsystemet, vem skriver vad, när skriver man, hur hanterar vi vårdtillfällen och hur hanterar vi namnsättningen så att den blir unik (vilket den inte vara innan) osv, vilka begrepp. Det finns ju en bas som vi tänkte att vi skulle använda i den nya</p>	R, A, B

		journalen, sen får man ha en diskussion kring den basen, som har ett par år på nacken, vilket kan krävs att den förändras, men man har åtminstone något att utgå ifrån för att få ihop det.	
17.	Hur har det upplevts av användaren?	Det finns säkert de som känner sig överkörda också, man får ju tänka på att det är en arbetsplats med 6000 anställda.	R, C
18.	Men överlag?	Överlag är den bra, normsätt vid liknande förändring är det sällan folk jublar utan om det är ganska tyst får man se det som något positivt. Är det mycket negativt får man på huvudet. Då kommer klagomålen in, men om det inte kommer så många klagomål får man se det som succés. Det är rätt så genomgående.	R, C
19.	Men folk gillar överlag att ha kvar det som förr?	All förändringar innebär nån form av ansträngning. Huvudmålet för de som jobbar här är ju inte att syssla med IT eller dokumentation utan att ta hand om patienter och lite sånt, operera och vårda. De har inte som huvudmål att sitta framför datorn och meka med det eller tycker det är kul med nya förändringar.	R, C
20.	Hur är det med utbildningen av den nya terminologin?	Detta är ju från ett annat projekt, då vi hade en representant från varje klinik och en del info-träffar samt utbildningar i systemet. I detta projekt har vi inte kommit så långt utan vi är inne i teknikdelen. "Skåne gemensamt" kan man säga är indelat i tre delar, 1. att teknisk sätta upp, last och presstandar testa systemet, få till integrationer med en bättre standard än idag. Här ingår också utrullning av	R, A, B, C

		nyutvecklad programvara i flera omgångar. Del 2 är regler, rutiner, terminologi, begrepp och skaffa unika benämningar för olika delar av organisationer, avdelningar och kliniker. Till denna del måste vi ha en bastanke samt en viss dialog med alla yrkeskategorier där vi säljer in konceptet och tar emot bättre förändringstankar om det inte stör helheten för mycket. Till denna del hör också en utbildnings del men allt fokus ligger nu på Tekniken.	
21.	Hur behandlar ni då de kulturella skillnaderna?	Man pratar mycket om dessa kulturella skillnader.	IR
22.	De kulturella tanket kör ni över med tekniktänket?	Tekniktänket påverkar inte de kulturella skillnaderna ändå på något sätt. När de pratar om de kulturella skillnader som finns pratar de om att vi brukar göra på ett visst sätt men det har inte så mycket med tekniken att göra egentligen.	IR, C
23.	Men om man påverkar inmatningen till tekniken påverka man väl ändå deras arbetssätt, tillika ens verksamhetskultur?	Ja, vad du påverkar är i så fall om man ska få använda en lablista till något annat än labprover eller inte. Har du använt den till att mäta vätskebalanser tex. hur mycket dryck man får i och hur mycket som rinner ur en vilket systemet inte är tänkt till att lablistan skall användas till. Detta innebär att man måste hitta ett annat sätt att mäta detta på, då påverkar man deras sätt att arbeta på ett visst ställe, det kan ju skapa lite problem, och då får man tänka ut något annat. All centralisering och standardisering ger ju en påverkan på den frihet man har haft. Bli man av med frihet	R, C

		tycker man inte om det, men man har kanske en viss förståelse att man tjänar på det.	
24.	Svårt att se för den enskilde?	Ja för den enskilde kan det vara svårt, då man i vissa fall tar bort något som man inte får ersättning för. Har man byggt upp ett arbetsätt som man sedan berövas på och inte får en ersättning, då får man bekymmer.	R, Ö
25.	Hur mycket har man tagit hänsyn till arbetsätten?	Till de här delarna finns det en till som är jätte viktig inom vården. 3. patientsäkerhet, inte bara hur man behandlar patienten utan även dess information. Om man inte hittar informationen blir det patientsäkert och man kanske inte får rätt behandling. Man måste hitta den information som behövs snabbt, var den finns, hur man behandlats innan, giltig eller inte. Det är ju klart om man letar efter labprover och hittar massa annat skräp kanske man inte hittar det man egentligen söker för att det finns för mycket annat i vägen. Den typen av frågor är jätteviktiga inom vården. Man måste navigera rätt i alla de här delarna.	R, A, D
26.	Om man drar parallell till tillverkningsindustrin där ramverket är framtaget, hur skiljer sig behov av sekretes och behovet av att följa regler i framtagandet av de nya lösningar?	Det finns en komponent till, detta är ingen ren produktionsindustri där patienten är produkten. Vi har vissa enheter som påminner om Lean produktion, bla annat Landskona. Där man utför samma operation i flera månader som är planerad under flera månader i förtid. Blir det komplikationer eller blir patienten dålig tas patienten ur kedjan och hamnar på SUS då den inte passar in i konceptet. Detta leder	R, B, F

		<p>till att SUS blir en specialiserad enhet tillskillnad från den industri liknande vården.</p> <p>SUS bedrivs således som en blandning, med mer hantverk än ren massproduktion. Man tillämpar skräddarsydda behandlingar.</p> <p>Tillkommer gör universitetsdelen, detta är ju ett universitetssjukhus som innebär att man förutom ska följa rutiner så ska man forska och ta fram data från systemen och gå vidare med nya behandlingsmetoder. Här är inte bara producerande individer utan många har delar av sin tjänst som innebär ett kreativt arbete där man hittar på nytt som kräver andra IT-stöd än vad man har inom produktionen som komplicerar det hela. Då man ena dagen går på akuten, andra dagen på operationsproduktion och den tredje ska man forska, helst ska det finnas IT-stöd som ska täcka hela behovet. Om man jämför med Volvo så inbillar jag mig att man har det avgränsat, i ena byggnaden ritas man bilar och utvecklar, sen går det från utveckling till produktion, planerat och klart. Men på SUS är alla blandade vilket leder till en större komplexitet.</p> <p>Ni har ju lite olika delar från Hennigsons ramverk, vi arbetar mest reaktivt tyvärr, vi har slåtts ihop och nu försöker vi skapa en gemensam journal.</p>	
27.	<p>Är det ofta ett reaktivt arbete i en så pass levande organisation som SUS är?</p>	<p>Man har velat ha en gemensam journal väldigt länge. Man har aldrig haft en regional kraft som</p>	<p>R, E, F</p>

		<p>velat driva det fören man defakto står här med en omorganisation som kräver det. Det gör ju att man blir efter. Sen har ni här olika typer av SOA och tjänster inom ramverket. Det är regionens IT-avdelning och IT-arkitekter som vill jobba med olika typer av lösa tjänster som man kan sätta ihop på ett eller annat sätt, men i verkligheten finns det är inte så många sådana utan vi sysslar framförallt med olika system men vi försöker docka på ett eller annat sätt men detta vill vi egentligen inte. Går vi tillbaka x-antal år så var man ett tag ute efter det ultimata kompletta systemet men den tanken lämna man för rätt många år sedan. Då pratade man om "en patient formar flera system" nått sånt.</p>	
28.	Vem bär ansvaret idag för integrationen?	<p>Det är den regionala IT-avdelningen och arkitektkontor som försöker driva den linjen. Siemens står för sin programvara vilket är melior. idag har vi 56 integrationer. Siemens står för att avlämna och ta emot information men integrationsmotorer står inte siemens för.</p>	R, E
29.	De bär inget ansvar för att journalen ska skickas ut i ett visst format?	<p>Vi måste beställ vilken fakta som ska ut och i vilket format, detta skapar en extra programvara till. En integrationstjänst som skickar informationen vilken sedan skickas vidare, men antrixar som har bästföredatum 2001 och därav ingen suport längre. Vi försöker ersätta med bizTalk eller liknande.</p>	R, E

30.	Utopin är att alla sjukhus har sina SOA-tjänster kopplade till en databas som kan leverera det användaren behöver i rätt tid?	<p>Inte riktigt, som det ser ut idag har alla servrar och applikationer flyttats in i två serverhallar i Skåne och till de hallarna behöver man bra integrationstjänster, de har man än inte tagit fram men man är på gång. Jag är inte tekniker så tänk på det.</p> <p>Man håller samtidigt på att kolla på hur data skickas, om det skickas säkert, krypterat. När användare aktivt skickar över är det tänkt att man ska göra det med Chip-läsare. Detta är något man försöker införa för att få ett säkrare system. Detta gör att sjukhusen inte ska bära något tekniskt ansvar utan det är regionen centralt som har det tekniska ansvaret, sen finns det underleverantörer till olika system.</p>	R, D, E
31.	Du som tidigare sjuksköterska har fördelen av att varit en del av organisationen, finns det en känsla av att de som nu har ansvaret saknar inblicken vilket ökar segregationen mellan beställare och användare?	<p>Jag tror inte det har med om man sitter regioncentralt eller inte utan har att göra med hur man är sinnad, om man är van att tänka i längre händelsekedjor, dvs om man kan se utanför sin tekniska bubbla, hur saker och ting kommer att hanteras när det väl kommer ut till användare. Det är lätt att man blir hemmablind, att en enkel manöver på PCn kan vem som helst göra men så är det inte.</p>	IR
32.	Det skrevs en kandidat uppsats tidigare kring användbarheten i Melior och där framgick en känsla av att de som skapa funktionaliteten inte tog hänsyn till de som skulle använda funktionen?	<p>Det kan vara komplicerat i melior att göra saker, det kan kräva många steg att utföras för att nå det resultat användaren vill ha. Det är egentligen ett par olika dimensioner, framförallt Usability -> hur enkelt det är att använda, behöver jag gå en kurs på två</p>	R, C, E

	<p>månader eller inte.</p> <p>Det andra är när man tekniskt ska implementera nytt, hur gör man det bäst? Enklast för alla är att hantera en uppdatering på kontorstid vilket är bekvämast för teknikern då de är pigga i skallen och behöver man hjälp finns det någon att ringa. Men mitt i veckan är det fullt kaos på avdelningarna så att stänga av systemet skulle kosta mycket pengar då man får ställa in köer, operationer, mottagningar, inte kunna hantera sina läkemedel på ett bra sätt, skiva in i efterhand vilket medför en patientsäkerhetsrisk.</p> <p>Har man då inte förståelsen för att om jag gör uppdateringen nu hur skulle det påverka verksamheten på sjukhuset.</p> <p>Sitter man på min position måste man vara klar i knoppen om det skiter sig på söndag eller på måndagsmorgon kl 3 på natten och det krävs 4 timmar återställning tills att vi kom till samma punkt där vi en gång var, inte så bra för när men kommer på måndag morgon för att ska jobba och ingenting fungerar då blir det kaos. Alltså måste man hitta en tidpunkt som passar för alla. Detta är svårt då någon måste jobba på en obekvä arbetstid.</p> <p>Det är det samspelet, det ena är själva användaren av programmet och hur man sätter upp normer och regelverk som kräver att man ska använda det på ett vist sätt.</p>	
--	--	--

		<p>Det andra är ju när de tekniska aktionerna ska ske och var ifrån. Ringer någon till service- deske och säger att "min pc fungerar inte, jag kommer inte åt nånting", "jajja" säger kundtjänsten och skriver det på en lapp som hamnar hos en tekniker. Det duger inte egentligen, man måste förstå, "min pc funkar inte", hur van är användaren? Användaren borde kanske gå till grannen för att kolla om dennes dator fungerar får då vet han att det bara är hans som är fel. Så måste man tänka om man sitter i en support position. Om inte grannens heller fungerar kanske vi har slått ut halva byggnaden, kanske en switch som har gått sönder, då kan jag inte bara lägga det till tekniker utan måste skicka någon som löser det snabbt. Det innebär att deras produktion ligger nere då man inte kommer åt journalerna osv.</p> <p>När folk beklagar sig är det ofta en kombination av de här tre komponenterna. Det är inte alltid så lätt att navigera dem för man har ju de programvarorna man har och ska man göra ändringar så beror det på om de är helt kundanpassade eller om de räknas som en hyllvara. Ska göra förändringar i melior som säljs i hela landet så har man en version av systemet och då det idag finns en nationell kundgrupp så måste förändringen gå genom kundgruppen. Detta leder till att det kommer förslag från olika håll och typer på förändringar som</p>	
--	--	---	--

		<p>man sedan viktat och försöker få fram det man önskar.</p> <p>Leverantören har ju faktiskt också lite att säga till om då det händer att det kan finnas problem med programmeringsspråket eller vad sjutton det nu kan vara som gör att det kan vara knepigt. Kedjan är ganska lång och från det att man beklagar sig över ett system tills det man får förändringen gjord kan ta väldigt långtid såvida det inte rör en patientsäkerhetsfråga, då brukar det gå fortare.</p>	
33.	<p>Hur skiljer sig vinstintresset här på sus jämfört med producerande verksamheter?</p>	<p>Alla vill oavsett vad man har för arbete och vad det är som driver arbetet vill man ha ett system som fungerar på ett så smidigt sätt som möjligt. Det tror inte jag spelar någon roll i situationen för när du väl använder verktyget så vill du att det ska fungera. Det är inte heller så att det finns så väldigt många verktyg att välja på om du vill ha ett journalsystem som är hyggligt komplett. Det finns inte så många bra alternativ här i Sverige.</p>	R, A
34.	<p>När ni väl är klara här vid SUS knackar redan nya intressen på dörren, EU-databasen, nya patientjournalagen?</p>	<p>Ja det finns många sådana krav. Ska man ha en journaldatabas i EU så måste man ha en väldigt standardiserad struktur om man ska ha någon form av automatisk översättning. Det finns en del olika standarder tex. <i>snowMed</i> CT en begreppsstandard för medicinskt fackspråk. Från Socialstyrelsen har man fått i uppdrag från regeringen att ta fram ett medicinskt fackspråk som består av <i>snowMed</i> och <i>ICD10</i> (diagnoser) och <i>ICF</i></p>	R, Ö

		<p>(fysiska begrepp). Tanken är så småningom att man ska använda sig av <i>snowMEDCT</i>, vi har precis skapat en ny organisation i Skåne för att kunna påbörja ett standardiseringsarbete. Men den standarden som finns redan i Danmark och på några andra ställen världen så det är ingen europeisk standard fullt ut, utan det finns lite olika dialekter av standarden runt om i världen. Ett enkelt sätt att skicka journaler finns inte men diagnoser är lättare men tyvärr så räcker det sällan med bara journalen. Vi pratade om patient och deras möjlighet att komma åt sin journalinformation är ett stort krav och det skall man göra så småningom kunna göra på ett enkelt sätt. Jag tror att detta är enklare, då det finns något som hette <i>NPÖ</i> (Nationella patient översikt). Är en nationell databas som ska ta emot information så som diagnoser, epikriser, läkemedelslistor samt historik och så småningom kanske man kan låta patienter koppla sig till detta.</p>	
35.	Hur går arbetet med detta?	<p><i>NPÖ</i> arbetar man med idag nationellt men att patienten ska koppla sig till sin egen journal jobbar man inte aktivt med i Skåne just nu.</p>	IR
36.	Men lagen tillåter det?	<p>Ja det är möjligt men det måste ske säkert. Vår prio ligger på införandet av korthantering för informationsavdelning inom den Skåne gemensamma journalen . Det för att gör uppkoppling säker till register för vårdrelaterade infektioner osv. finns en hel</p>	R, E

		bunke med sådana register som kräver säkra uppkopplingar.	
37.	Det är synd att ni ligger så pass efter?	Det är ju väldigt komplext. Om man ska ta små tuggor eller ska man ta stora tuggor. Att göra en gemensam journal för gamla MAS gick relativt fort, tog ca ett år. Att få en Skåne Gemensam kanske tar några år och att tiden för att samsas nationellt är svårt att förutspå då man har olika leverantörer och system på olika ställen, Cosmic, swedStar och ett annat i Stockholm. Det finns i alla fall en tre fyra större system. Ska du då låta de ha kvar sina system och exportera till samma databas behövs det en rätt så hygglig standardisering av informationsinnehållet eller ska man tvinga alla byta system, eller ska man tillämpa portaler vilket ofta kan vara knepigt.	R, D, E
38.	Hur ser ni på den privata sektorn?	Ja vi har ju den privata sektorn och den är ju politiskt styrd vad gäller hur stor andel av det som finns. Detta går fram och tillbaka.	IR
39.	Vem bär ansvaret för informationshanteringen mellan privata och offentliga sektorn?	Region Skåne köper vård från den privata sektorn och då bär man ansvar för att en grundläggande infrastruktur finns som de kan använda vid behov. Vi har ju privata vårdgivare som jobbar på sjukhusen vilka använder vårt journalsystem som är ett krav från vår sida då ifall man skulle byta vårdgivare skulle man förlora informationen. För att registrera patienter använder de en viss typ av PASIS som är begränsad för privata vårdgivare. PASIS används för att fakturera regionen. Men de har även egna	IR

		system.	
40.	Finns där en informationskonflikt?	Ja, det är där ju. Sen finns det en konflikt genom att det är olika huvudmän som leder till olika sekretes områden mellan regionen och de privata vårdgivarna. Vilket leder till att vi inte får dela information hur som helst. För att vi ska få dela information så måste vi först vara överens om att vi ska göra det samt att patienten måste ge sitt godtycke medan inom regionen har man samma sekretessområden så där finns det inte konflikter kring hur informationen ska delas. Detta skiftar beroende på politiken, ibland åker fler patienter ut ibland åker mindre patienter ut.	IR
41.	1200 viljor och 1200 olika sätt. Journalproblematiken lätta att lösa på pappret hur är det för er?	Förutom viljorna så måste man testa saker. Har man en programvara som leverantören inte är 100 procent säker på att den ska klara av 6000 samtidiga användare så måste man testa det. Har man då 56 olika integrationer som är mer eller mindre komplicerade där vissa bara hämtar men andra både och. Måste de då jobba mer måste man testa hur dessa ter sig mot de nya lösningarna. Detta kräver att man har en miljö som man kan testa den på som är snarlik drift miljön. Alternativet är att chansa men detta är en risk för patientsäkerheten inom sjukvården då det absolut inte får hänga sig därför måste vi testa. Detta paket tar långtid att få till. Det finns många olika programkombinationer som man	R, E

		måste testa.	
42.	Hur behandlar ni integrationen med de legacy system som fortfarande används?	Man behöver ibland programmera om grundsystemet. Det är gjort enligt en viss modell som behövs skrivas om på vissa delar som också måste testas.	IR
43.	Det finns många versioner av melior?	Det gör det men inte i Skåne här har vi 213 SP1 men ska uppgradera nu den 7 till 214.	IR
44.	Finns hoppet kvar på melior?	Tycker att man tänker att man ska fortsätta på melior.	R, Ö
45.	Den nya projektledaren har samma hopp?	Nu är det så att man i omorganisationen har sålt ut projektledningen så nu är det Fujitsu som levererar projektledare. Sen har de underleverantörer men det är via dem.	R, Ö
46.	Lyfter man projektet helt och hållet från sjukhusen?	Det är ett val som jag har gjort då jag tycket det varit rätt tungrott ett tag. Behövs kanske ett nytt projektdirektiv då det som rådde är rätt så gammalt och innehöll inte alla de delar som man tyckte att man skulle stoppa in.	IR
47.	Finns det möjlighet att prata med den nya?	Anders Linse är ny projektledare men han har inte hållit på mer än ett par veckor så han får ni nog inte ut så mycket av honom. Mer intressant för er är kanske att prata med någon av IT-arkitekterna. Man har ju rätt så stora tankar på att förändra kommunikations sätten mellan systemen så man kan modernisera det. Kristian Isaksson heter han.	IR
48.	När slutade ni?	1 april så det är ganska färskt vilket betyder att de nya inte riktigt har kommit igång.	IR

49.	Bläddrar igenom ramverkete:	<p><i>Ber José sätta en punkt på skalan inom Dimension C:</i></p> <p>Det är klart att vissa tycker om att höras så är man negativ är det populärt att flascha i tidningen, jag tror i huvudsak att de flesta är positiva till sammanslagningarna. Läkarsidan har varit lite mer kritisk bland annat en del företrädare.</p>	R, C
-----	------------------------------------	---	------

6.6 Bilaga 6 - Transkribering Respondent B

2011.05.13 –Utförd på Region Kontoret i Malmö

	Fråga	Svar	Kodning
1.	Då kan du börja berätta lite om vad Ni har för befattning	Jag är chefarkitekt på Region Skåne, jag är enhetschef för tjänst, portfölj och design. Jag är service portfolio owner. Så jag har tre roller egentligen	R, Ö
2.	Ingår alla systemen i service portfolio?	Ja det gör dem, det är ett stort arv, vi har ett system som rullat sen 78.	IR
3.	Hur länge har du suttit på din position?	Jag rekryterades i juli föra året till denna tjänst.	IR
4.	I samband med sammanslagningen?	Nej, detta är för hela Region Skåne, inte bara sjukhusen. Det är hela primärvården, psykvården, rehabiliteringen, folktandvården, kultur i Skåne, Skåne invest och allt vad det heter	IR
5.	Skånetrafiken också?	Nej, de är fortfarande eget. Det ska in under men att slå ihop 10 sjukhus och ett par 100 vårdcentraler och folktandvårdsenheter har varit stort nog, det har varit ett väldigt stort förändringsarbete. Skånetrafiken har inte kommit in än. Även om de har gjort det på andra håll som ekonomiuppföljning, styrning och ledningen. När det gäller IT har man inte slått ihop det nu. Det kommer säkert under närmsta året.	R, Ö
6.	Om du ser på Melior, hur insatt är du i dens historia?	Jag det är jag, Melior är ett tillfälligt system som man införde 96 innan man skulle köpa upp eller upphandla ett vårdinformationssystem. Det är en tillfällig lösning som har rullat i 15 år	R, Ö
7.	Som nu är lösningen?	just nu är det de	IR

8.	Ni ser fortfarande hoppet i melior?	Absolut inte, Melior har säkert varit väldigt bra men om man ser på denna branschen i stort så är Melior ett 80-tal system som i grund och botten är ett hemmasnickeri från Göteborg som de sedan har sålt till Simens, där grunden och arkitekturen inte är riktigt den standard som man hade velat ha. det är svårt för dem att göra det också. På sitt sätt är inte Melior en produkt, det sker ingen produktutveckling på Melior, mer än det som användaren, alltså det som vi beställer. Ur det perspektivet är det fortfarande ett hemmasnickeri. Det är ju inte så att Simens tar fram en produkt och gör produktanseringar och jobbar med ständiga förbättringar så vida det inte är beställt av Region Skåne eller Västra Götaland och Gävle.	R, A, E
9.	Hur är då tankarna om att förlägga ett nytt projekt hos Simens?	Det projektet började för två år sedan vilket är ett år innan jag började här, tanken är ju att konsultera ihop journalsystem när det gäller sjukvården. Det har inte riktigt med produktval att göra egentligen, utan har ju mer med en konsulteringstanke att göra. Hur man använder och vrider på det måste man göra den konsulteringen ändå	R, Ö
10.	Det är framförallt information man vill slå ihop?	Ja det är ju så att man kan tro att när man går till en vårdcentral eller sjukhus att de har all information om dig tillgänglig, det har de inte, det har de aldrig haft. Med denna region gemensamma Meliordatabasen har i alla fall alla sjukhus tillgång till all information om dig som person. Det är ganska viktigt att de har det, kan jag tycka. Sen är det vissa som inte vill att man ska veta någonting om dem, det är en annan fråga	R, Ö
11.	Det handlar om patientsäkerheten?	Ja det är det	R, Ö

12.	Vet ni alls hur ni ska lösa det rent infrastrukturellt, om ni ska tillämpa någon vedertagen metod?	Nä, det har vi inte, det går ju vidare med denna väldigt leverantörspecifika struktur som finns i Melior. Som givetvis i grunden, alltså det är ju inte så att Siemens har tagit fram detta när de har gjort någon grundläggande analys av vården. I grund och botten är detta ett hemmabyggt system som de har tagit över och där vi har en viss nyttjanderätt på detta. det är inte så att de har tagit fram en dålig informationsmodell, det har de inte. De har ju köpt en dålig informationsmodell. när det gäller detta så är det lite egentligen att gilla läget. Rent arkitekturellt har Melior och andra vårdssystem vi har mycket att önska. det finns ingen <i>enterprise</i> tanke bakom dem egentligen	R, D, E
13.	Är det möjligt att göra en extract på allt och sen ladda in dem i ett nytt informationssystem?	Ja det tror jag säkert att det är, frågan är hur mycket det kostar. Det måste göras för eller senare, för även om Melior skulle vara den långsiktiga lösningen och man beslutar att lägga pengar på det och sätter in nya informationsmodeller så blir transformeringsarbetet väldigt stort ändå	R, E
14.	Det är inget ni diskuterar, utan ni är fortfarande inne på att bygga på det här klustret av olika informationstrukturer i Melior	Det är uppe för diskussion hela tiden, det är ju intaget som en temporär lösning, trots att den varat i 15 år. Att kravställa mot ett nytt informationsförsörjningssystem, det görs ju. Det görs mycket nationellt. Vilket är för mig som invånare i Sverige är tilltalande, och även invånare i Europa. Att man har en informationsmodell och att man har ett sätt att se på det med samma termer och begrepp i hela Sverige. kommer jag in på ett sjukhus någon annan stans så är benämningarna samma i systemet så att den läkaren där vet vad det är som gäller. De här systemen är egentligen en kopia av pappersjournalen, där du inte drar nytta av struktur i data egentligen. Det är väldigt mycket fri text.	R, D

15.	Finns det något tilltänkt system som ska kunna ersätta Melior?	Det finns flera system som skulle kunna göra det. Men då måste man ha en bra kravbild på det hela. Den kravbilden finns inte framtagen på ett bra sätt. Finland håller på att handla upp ett nytt vårdssystem för hela Finland, de har ju bara ett landsting. De handlade upp ett gemensamt journalsystem, för alla. Både vårdcentralerna och sjukhusen, det håller de på med nu. De finska kraven och de svenska kraven skiljer sig lite med personnummer och hantering och sådana grejer. Själva kraven på vårdprocessen är ju väldigt lika, de borde vara exakta. I Sverige finns det inte en sådan bra kravställning som hade kunnat användas vid en upphandling. som skulle nå önskat resultat.	R, D, E
16.	Det handlar mycket om själva användarprocessen också som måste vara standardiserad?	Ja där blir ju den här sammanslagningen mellan sjukhusen väldigt viktig. Det är också något som drivs väldigt mycket i de nationella arbetena, det handlar väldigt mycket om termer och begrepp. I hela denna värden finns ett ramverk som heter SNOWMEDCT, det kommer att vara mycket av grunden att få ihop det. Det är framtaget föra året i november/december. enligt den information jag har fått då jag träffat departementet är att man strävar efter att man införa en lagstadga om att det ska vara terminologin i vårdsystem i Sverige. Sen tar det minst två år att skapa en ny lag, sedan måste man ha viss tid att kunna införa den. Det ligger realistiskt sätt 6-8 år bort, det är inget som kommer nu. Men det är en väldigt tydlig ambitionsnivå. När man gör en ny upphandling måste det vara en av baserna i det hela, och sedan då att man använder sig av EN 13606 som är en informationsmodell standard som är beslutad att man ska använda inom vårdsystem i Sverige, vilket beslutades i oktober föra året. Det beslutades då av samtliga landsting och regioner i Sverige. Där är ju mycket av problematiken, både i Skåne och Sverige, att man har haft en stor svängning nu. Ska man låta alla blommor blomma eller ska man ha gemensamma	R, D, F

		<p>system som löser visa frågor. Det är ju inte en helt lätt balansgång att gå. För 10 år sedan hade man 3 gemensamma system i Region Skåne och Skåneläns landsting. Då fick ju alla avdelningar, som på den tiden inte var speciellt stora, en egen IT budget och bygga sina egna system. I runda slängar har vi nog 10 000 olika system och applikationer inom Region Skåne, så det finns ett stort jobb kvar att göra.</p>	
17.	<p>Har ni jobbat proaktivt eller reaktivt efter sammanslagningen?</p>	<p>Ja det är både och, det finns stora outsourcing projekt som ni säkert känner till som har blivit omskrivna i tidningarna ibland. Sedan har vi ett stort konsulteringsprogram som löpper nu när vi går igenom alla system och applikationer och ser vilka som göra samma saker och konsulterar ihop de. Och konsulterar ihop serverhallar, och outsourcar allt utom beställar dellen av IT.</p>	R, F

18.	<p>Problemet med att kliniker har sina egna behov kvarstår ju efter sammanslagningen, hur jobbar man för att lösa det?</p>	<p>Om man ser på SOA tjänster och de grejerna så var det i Region Skåne, innan jag kom in, som föra chefsarkitekten drev ju det väldigt hårt med SOA certifiering. Det är en väldigt idealiserad värld, det är klart att visas tjänster måste vi ha och en del tjänster kommer ju vara nationella tjänster. Det beror på vad man menar med klinik, enskilda områden som specialister måste man se till att deras krav uppfylls. Har man exakt samma avdelning på flera sjukhus måste man få in en gemensam process för dem så att de som jobbar med samma saker ska jobba i samma process och i samma system. Annars har vi inte råd, det är en kostnadsfråga. Sen är det en säkerhetsfråga. Det var ju för ett år sedan en flicka som avled, mycket för att vi hade olika IT system i Malmö och Lund. Där det byggde på hur graferna, datavärden tolkas av systemet, där tabellvärdena var olika mellan Malmö och Lund. När denna flickan skickades från det ena stället till det andra så tolkades inte datan rätt, vilket resulterade att en ung flicka avled. Vilket är fruktansvärt oacceptabelt. Man kan inte ha den tesen att man måste ha sitt eget system och detta blir konsekvenserna, jag tycker inte det är rimligt.</p>	R, A, E
19.	<p>Jag iaktar din Region Skåne lapp på din Ipad, omvärlden knackar ju på dörren, kring att kunna använda sina iPhone och iPads inom medicinen. Är det något arbete ni förbereder?</p>	<p>Ja, det är klart att detta är vägen fram i det långa loppet. det finns många appar som strävar efter det. Just när det gäller patientdata/patientinformation så måste du ha stark autentisering för att kunna läsa det. Det finns i och för sig en dongel där man kan sätta i sitt sidskort. dessa grejerna måste testas grundligt så att de uppfyller säkerheten och de lagkrav som finns. Ibland kan man ju tro att Region Skåne bara är hälso och sjukvård, men det är många tåg och bussar som rullar. Det är ju möjligt just när det gäller det här att man får ha en segmentering över vilka verktyg man kan använda beroende på säkerhetsklassificering och informationklassificering.</p>	IR

20.	Vi deltog på ett seminarium som handlade om att utveckla mot sjukvården, med appar som förbättrar effektivitet och patientsäkerhet.	Det kommer nog komma mycket av det. Återigen är det viktiga med de här grejerna att de blir integrerade så att de apparna som betyder något används. I värsta fall hamnar du i en situation där du kan köra 90% där och sedan måste du gå till en dator och sedan någon annan stans, vilket kan leda till att du inte får den helhetsyn som är det viktiga.	IR
21.	Finns kanske de som gör 90 % på sin Ipad och skippar de sista 10?	Generellt sätt föredrar jag den strategi om man ser till appar och allting sådant, finns ingen, om jag har nått inflytande över det hela kommer Region Skåne inte sätta några restriktioner till detta utan det är bara bra om någon annan utvecklar applikationer som funkar, som är bra. Man får givetvis testa av dem och så. De e ju som med alla andra appar, de appar som inte är bra de dör. Ingen använder dem. Jag ser inget konstigt med det egentligen, framförallt tydligt när det gäller Region Skåne många utvecklare använder ju deras information egentligen och där finns ingen restriktioner i det. Vill de använda den informationen så får de göra det, men de tar ju eget ansvar för den information de presenterar i appen det gör ju inte Skånetrafiken, det kommer inte Region Skåne göra heller utan det är App-tillverkaren som tar det ansvaret. Just nu håller vi på med flera utvecklingsprojekt i det hela vad det gäller vårdinformation så är det de här med säker-autentisering som är det problematiska, eller det är det egentligen inte det problematiska Det problematiska med det hela är att informations-modellerna är så leverantörs specifika och så fruktansvärt komplicerade så när det kommer en ny produkt går det inte bara att byta ut ett lager och sätta dit något annat på ett ordnat sätt. Och det är ju så att ipaden släpptes i april förra året, den har ju inte funnits speciellt länge, kom i Sverige i september/oktober, dvs ett halvår i sedan.	IR

22.	Men det går snabbt!	Ja, det går jäkligt snabbt. Den driver på sitt sätt en upprensning i datamodeller och informations-strukturer kring hur allting ser ut för de leverantörer som inte har en tydlig modell som är leverantörsoberoende, eller relativt oberoende. De kan nu inte komma in på denna marknaden på ett bra sätt. Det har man tjatat om inom datalogin i 20år om att man ska ha fina informationsmodeller men ingen har brytt sig. Det är först med <i>ipaden</i> som jag känner att den förståelsen sprider sig till industrin på ett bättre sätt. Hade man haft det tänket i vårdinformationssystemen idag så hade man kunnat ha allt som appar idag. Men problemen är att systemen är arkitekтуellt så dåliga eller komplicerade så att det inte går	R, Ö
23.	FASS tillhandahåller offentliga web-services?	Det finns andra som också har lyckats men inte vårdinformationssystemen. Läkemedels industrin har det bättre.	IR
24.	NPÖ?	Ja, de kan man ju tro men problemet med NPÖ är att läsa upp informationen dit. Varje landsting måste ha en integrations motor som konverterar om informationen. Vad får man upp i NPÖ idag, det är inte mycket information idag, Inte Journalen.	IR
25.	Annars kunde ju det vara den nationelladatabasen!	Det skulle man kunna göra, den bygger ju på 13306 den eurpeiska standarden. Så det är positivt men grunden den står på är inte så bra om man tänker på de vårdsystemen som servar informationen dit.	IR
26.	Möjligheten att sätta folk på att skriva om journaler?	Ja, det måste vara en läkare som skriver under. Det har man löst på olika ställen, jag vet ju att man i Holland löst det på vissa ställen genom att ge en ekonomisk kompensation för varje journal man har skrivit. Om man är lite driftig på kan man som läkare tjäna bra med extra pengar på att skriva dessa journaler. Då funkar det i alla fall i Holland men vet inte om det går i Sverige. Tyvärr får inte läkarstudenter annars kunde de haft det som extra knäck.	IR

27.	Artikeln häromdagen nämnde Ulf S att "ett år till gemensam databas"?	Man kan läsa den artikeln på många sätt och vis. Det stod ett år tills man har tillgång till all patientinformation. Vi kommer om ett år ha ett system för primärvården och ett för slutenvården och man kan läsa i båda systemen.	R, Ö
28.	Med en inloggning på en dator?	Ja det tror jag nog, jag vet inte exakt. Men ja det är det ju en kortinloggning så det är baserat på dig som person och individ.	IR
29.	Vi har i ramverket olika former och arkitekturer, vilken har ni tillämpat?	Vad vi försöker tillämpa eller det vi strävar efter är att ha en ESB, en integrations plattform eller motor, och egentligen en enterprise-service-buss. Det är det vi går mot, sedan kommer vi inte hela vägen i och med all integrationer. I Melior finns det 58 integrationer, det är ett väldigt stort projekt och samtidigt som detta inför man ett nytt personalsystem till hela regionen, man inför ett journalssystem för primärvården, byter ut ekonomisystemet. Det är 40 gigantiska projekt som drivs samtidigt. Målet och visionen är att nå en ESB lösning med en Ticket-hantering. Just den, vad man kallar det, blir väl en middleware eller en enterprise-wide lösning. Och när vi gör integrationerna, jag menar..	R, E
30.	BizTalk?	BizTalk kommer alltid vara en del av det då vi har så pass många Microsoft, och Microsoft beroende produkter. De flesta nationella tjänster går via en Java-motor, kommer inte ihåg vilken det var. När vi har en färdig ESB kommer den både bestå av BizTalk och någon annan motor som både kan vara en open-source eller något annat. Stockholm har gått för Jboss. Göteborg ratade Jboss först i sin analys.	R, E
31.	Hur mycket lyssnar ni på de andra sjukhusen?	Vi lyssnar inte specifikt på enskilda sjukhus, men på VGR och SSL lyssnar vi väldigt mycket. Och det är på alla nivåer som det finns etablaede samarbets-forum och även ett arkitektforum mellan Stockholm ,VGR och Skåne som träffas regelbundet. (VGR - Västra Götaland	R, Ö

32.	Bra att man lyfter upp det till nationell nivå så man inte gör samma problem igen!	Där vi kan samarbeta så gör vi det. Jag hade gärna sett att vi hade haft det, vad vi försöker göra är att enas om en kravställningsnivå, så vi har en gemensam kravbild ut mot leverantörer. Dels för att göra det lättare för oss själva för att vi då inte behöver göra allt jobb personligen för det är ju ändå 22 landsting och regioner, ska man göra allting 22 gånger... det är ju inte rimligt så det är bättre att man kan samarbeta kring vissa av dessa punkter. Gemensam upphandling går ju inte har jag förstått. Men en gemensam kravbild går ju. Det är nått som eftersträvas uteifrån om man ser till de stora privata vårdgivarna. De vill ju inte ha 22 sätt att integrera på, de hade ju gärna sätt att de hade ett sätt att integrera sig mot de landsting och regioner de jobbar i. Så detta drivs inte bara internt utan drivs ju också av de leverantörer vi har.	IR
33.	De har kanske ett annat vinstintresse?	Det finns många incitament, bland annat att bara jobba 8 timmar om dagen. Det är i alla fall så vi ser på integrationen och därför vi eftersträvar en ESB egentligen, vi måste ju hantera som ni nämner med NPÖ och andra nationellatjänster det är allt från apotek, försäkringskassa och allting sådant. Det är enorma mängder data som skickas mellan de nationella näten. Vi måste göra det på ett ordnat och kontrollerat sätt. Man kan förleda sig och tro att det bara är det interna men det är det inte, det är oerhört viktigt att det funkar bra internt så att grejer inte går ner. Men är det stort tryck ute ifrån där vi måste dela med oss på ett bra sätt.	R, E
34.	Säkerhetstänket, kring 1000 integrationer?	Då är det så att Melior idag har väldigt många end-to-end integrationer som inte är särskilt tilltalande i det långa loppet. Det görs nu en väldigt stor utredning hur alla integrationer ser ut och hur vi tar oss vidare med detta och ser till att vi får en bra struktur på det. Sen att alla blir dokumenterade vilket är bra att det blir.	R, E, F

7 Referenser

Antohony F. Buono. & James L. Bowditch. (1989): *The Human Side of Mergers and Acquisitions: Managing Collisions Between People, Cultures, and Organisations*. Jossey-Bass. Inc, London

Agneta Olerup (2011): *Lunds Universitet informatik kandidatuppsat, Föreläsningsmaterial*. Ekonomihögskolan vid Lundsuniversitet, Lund

Lars B Arvidsson. & Ann-M Arvidsson. & Dag Boman. & Marie Månsson (2010): *Granskning av samordningen av universitetssjukhuset i Skåne*. Micartur AB

Jarl Backman (2008): *Rapporter och uppsatser*. Studentlitteratur, Lund

Bent Christensen (2010): *Sjukhuschefens bedömning av status för sammanslagningen av universitetssjukhusen i Lund och Malmö*. Dnr: 0902741 Region Skåne, Lund

Margareta Berg (2009): *Den digitala missen inom sjukvården*. Läkartidningen 2009-09-01 nummer 36 (<http://www.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=12643>)

Nils Bylander & Gustav Öqvist (2010): *Melior journalsystem – ur användarnas och förvaltarnas perspektiv*. Institutionen för Informatik vid Ekonomihögskolan Lunds Universitet; Lund

Cartwright S & Cooper C.L (1996): *Managing Mergers, Acquisitions and Strategic Alliances: Integrating People and Cultures*. Butterworth-Heinemann, Oxford.

Edgar H Shein (1994): *Organizational Cultur and Leadersip*. Jossey-Bass, San Francisco

Eva Edstrand & Anna Steen (2010): *Slutrapport: Systemförvaltning Region Skåne*. V1.2 (Power Point) Systemförvaltning, Region Skåne

F D Davis, Jr (1986): *A Technology Acceptance Model for Empirically Testing New End-User Information Systems: Theory and Results*. M.I.T, Michigan

Henningsson S & Carlsson S (2006): *Governing and managing enterprise systems in corporate M&A*. School of Economics and Management Lund University, Lund

- Henningsson S (2008): *Managing Information Systems Integration in Corporate Mergers and Acquisitions, Institute of Economic Research*. Lund Studies in Economics and Management No 101, Lund University, Lund.
- Jacobsen D I (2002): *Vad, hur och varför? Om metodval i företagsekonomi och andra samhällsvetenskapliga ämnen*. Studentlitteratur, Lund.
- Jacobsen J K (2010): *Intervju: Konsten att lyssna och fråga*. Översättning: Björn Nilsson Studentlitteratur, Lund
- Jonas Leffler, Eva Sjöblom (2002): *Uppföljning av revisionen i ITV-projektet och införandet av Melior 1.5* Astrakan, Göteborg.
- Jozé Gonzalez (2008): *Några "snabba" funderingar med anledning av PROLUMA*. Region Skåne, Malmö.
- McKiernan P & Merali Y (1995): *Integrating Information Systems After a Merger Journal: Long Range Planning*. Elsevier, Pergamon. Vol: 28 No 4
- Nilsson K (2003): *Melior Elektronisk patientjournal: En användbarhetsanalys ur ett användarperspektiv*. Institutionen för informatik Handelshögskolan vid Göteborgs Universitet, Göteborg.
- Anna-Liisa Närvänen (1999): *När Kvalitativa studier blir text*. Studentlitteratur, Lund.
- Regionstyrelsen (2010). *RS 101130 Ärende 5.3 kompl. Dnr 1002019*. Region Skåne, Malmö.
- Robbins S S & Stylianou A C (1999): *Post-merger systems integration: The impact on is capabilities*. Information & Management, Vol. 36 No 4, p. 205-212.
- RSIT - Region Skånes IT-förvaltning (2010): *Verksamhetsstyrd IT-utveckling 03/2010*. Region Skåne, Malmö.
- Proluma Samordningsgruppen (2009): *IT-stöd Proluma 090918*. Univesitetssjukhuset i Lund och Univesitetssjukhuset i Malmö.
- Torsten Thurén (2009): *Källkritik*. 2.upl. Liber AB, Stockholm
- Weber Y & Pliskin N (1996): *The effects of information systems integration and organizational culture on a firm's effectiveness*. Information & Management Vol 30, p 81-90.

Wijnhoven F & Spil T & Stegwee R & Fa R T A (2006): *Post-merger it integration strategies: An it alignment perspective*. The Journal of Strategic Information Systems Vol. 15 No 1, p. 5-28.

Yu-Cheng Lee a & Mei-Lan Li b & Tieh-Min Yen b & Ting-Ho Huang c (2010): *Expert Systems with Applications*. Vol. 37 p. 1745–1754

Internet 1: <http://www.trelleborg.com/sv/Koncernen/Historik/> 27/4 -2011

Internet 2: <http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Sus---extern/Om-Skanes-universitetssjukhus/Organisation/> 13/6-2011