

Lunds Universitet

Institutionen för kommunikation och medier

Oförenliga verkligheter

En studie av maktkamper vid organisationsförändringar

Författare: Alexander Hellgren

Kandidatuppsats, MKVK04

Höstterminen 2012

Handledare: Johan Jarlbrink

Examinator: Fredrik Miegel

Abstract

Författare: Alexander Hellgren

Titel: Oförenliga verkligheter – En studie av maktkamper vid organisationsförändringar

Institution: Institutionen för kommunikation och medier, Lunds universitet

Handledare: Johan Jarlbrink

Uppsatsen undersöker med Foucaults diskursteori och Bourdieus teori om fält den debatt och de uppfattningar som omger två organisationsförändringar på Karlshamns lasarett, som är en del av Blekingesjukhuset. Sjukhuspersonal samt landstingspolitiker har studerats som centrala aktörer i frågan. Syftet är att med hjälp av nämnda teorier blottlägga och förstå den pågående maktkampen kring förändringarna som ett uttryck för diskursiva system i de fält aktörerna tillhör. Huvudsakligen undersöks vilka som får tillträde till respektive utestängs från de aktuella diskurserna, vad som får sägas inom dem och hur aktörer legitimerar och förkastar olika åsikter kring förändringarna. Uppsatsen har också ett visst teoriutvecklande syfte, då den demonstrerar hur diskursiva utestängningsmekanismer kan förstås som en del av de spelregler vilka begränsar aktörers tillträde till och handlingar inom olika fält. Analysen grundar sig på insamlat material i form av intervjuer med nyckelpersoner och debattartiklar som berör förändringarna. Intervjuerna är semistrukturerade och genomförda med tre sjuksköterskor, en avdelningschef, Blekingesjukhusets förvaltningschef samt en landstingspolitiker. Debattartiklarna har hämtats från de två större lokaltidningarna och är avgränsade till texter skrivna av aktörer inom landstingspolitiken eller sjukvården.

Uppsatsens resultat visar på en rad diskursiva mekanismer vilka effektivt utestänger sjukvårdspersonalen från debatten, medan sjukhusledningen och landstingspolitiker har företräde att definiera vad som är rätt och fel i sammanhanget. Detta är ett resultat av att det politiska kapitalet, som politikerna och i viss utsträckning även sjukhusledningen besitter, är starkare än det medicinska. Tillhörigheten till ett medicinskt respektive politiskt fält ger också upphov till två oförenliga världsbilder hos aktörerna, där insikt respektive översikt anses ge en objektiv bild av rådande förhållanden.

Nyckelord: Diskurs, fält, Foucault, Bourdieu, förvaltning, socialkonstruktivism, utestängningsmekanismer, organisationsförändring

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
1.1 Bakgrund	1
1.2 Syfte och frågeställningar	2
2. Analytiska redskap	3
2.1 Fält, habitus och kapital	3
2.2 Diskurs och legitimering	5
3. Tillvägagångssätt	8
3.1 Vetenskapsteoretisk utgångspunkt.....	8
3.2 Avgränsning av fälten	9
3.3 Semistrukturerad intervju som metod.....	10
3.4 Material och urval.....	11
3.5 Analys av skriftliga texter	12
3.6 Metodreflektioner	13
4. Deltagande på olika villkor	14
4.1 Fältöversikt.....	14
4.2 Det känsllosamma och det förnuftiga	17
4.3 Kommunikation inom vissa ramar	21
4.4 Expertis och personlig auktoritet.....	25
4.5 Insikt och översikt – två olika verkligheter.....	28
5. Diskussion	33
Referenser	36
Analyserade artiklar.....	37
Bilaga	41

1. Inledning

Det uppstår lätt problem när olika världar möts. Beslut inom den offentliga förvaltningen involverar en mängd olika aktörer, verksamma inom olika delar och alla med olika bakgrunder. Ansvar för en förändring kan ofta ligga långt bort ifrån den plats där den ska genomföras, både hierarkiskt och geografiskt. Detta avstånd mellan aktörerna kan också ta sig mer abstrakta former, där deras skilda bakgrunder inte bara ger upphov till olika åsikter eller resurser, utan också till skilda bilder av omvärlden. Vid fattandet av ett kontroversiellt beslut blir verksamheten ett slagfält, med olika aktörer som kämpar om inflytande över processen. Maktrelationerna mellan de olika aktörerna tydliggörs och utmanas i dessa interaktioner, där varje individ försöker hävda sin ståndpunkt med hjälp av de resurser som står till dennes förfogande.

I nedanstående studie undersöker jag omständigheter kring två organisationsförändringar på Karlshamns sjukhus, en del av Blekingesjukhuset. Genom debattartiklar och intervjuer med nyckelpersoner ämnar jag studera de diskursiva gallringsprinciper som begränsar vad som får sägas samt vem som får säga vad i diskussionerna som förts kring förändringarna. Vidare vill jag förklara och sätta dessa principer i ett sammanhang med hjälp av Bourdieus fältteorier.

1.1 Bakgrund

Sjukvården i Karlshamn utgör tillsammans med verksamheten i Karlskrona Blekingesjukhuset (Landstinget Blekinge, 2011). De två sjukhusen var tidigare separata organisationer men slogs 1996 ihop, med den administrativa verksamheten samlad i Karlskrona. Under det senaste decenniet arbetar sjukhuset efter ett politiskt beslut som innebär att på sikt förlägga planerad verksamhet till Karlshamn och akut verksamhet till Karlskrona. Verksamheten i Karlshamn har under de senaste åren genomgått två större förändringar, vars omständigheter ligger till grund för studien.

2009 fattades beslutet att slå ihop intensivvårdsavdelningen och kardiologen på Karlshamns sjukhus till den nya övervakningsavdelningen (ÖVA). Förändringen var resultatet av en besparingsinsats på sjukhuset.

Med anledning av ett antal lex maria-anmälningar lämnade Socialstyrelsen år 2011 en rapport vilken kritiserade och underkände den tillgängliga kompetensen på akuten i Karlshamn. Mot bakgrund av socialstyrelsens rapport presenterade fyra verksamhetschefer ett åtgärdsförslag för landstingsstyrelsen, vilket även lokaltidningarna tidigt rapporterade om (se till exempel Andersson 2011). Kortfattat innebar förslaget att akuten skulle stängas ned under kvällstid, med syftet att akuten på så sätt skulle kunna vara fullt bemannad med kompetenta läkare under dagtid. Ett beslut att godta förslaget fattades och förändringen genomfördes under slutet av 2012.

1.2 Syfte och frågeställningar

Studien syftar till att, med utgångspunkt i Bourdieus teorier om fält och Foucaults diskursteorier, undersöka de uppfattningar och den debatt som omgett de två organisationsförändringarna på sjukhuset. Förändringarna har väckt ett stort intresse hos allmänheten och flera parter har flitigt framfört olika åsikter och argument i media. Politiska och administrativa beslut som påverkar många människor präglas ofta av långa och hetsiga debatter av det här slaget, där åsikter och kunskaper kring ämnet presenteras och ifrågasätts. I analysen undersöks hur sjukhuspersonals och politikernas bidrag till denna debatt har formats av övergripande diskurser. Utöver att empiriskt studera det valda fallet finns en teoriutvecklande målsättning att kombinera Bourdieus fältteori med Foucaults teorier om diskursiva utestängningsmekanismer, en kombination som verkar relativt outforskad efter en litteraturinläsning på området. Min förhoppning är att denna kombination ska möjliggöra en utökad förståelse för hur fältens strukturer begränsar dess aktörer. Jag gör här inga anspråk på att ge en komplett eller definitiv bild av hur teorierna kan eller bör kombineras, utan hoppas att denna empiriska studie kan ge någon slags insikt i de fördelar och möjligheter som kan uppnås. För att kunna uppfylla uppsatsens syfte har följande frågeställningar formulerats:

Hur skiljer sig uppfattningar kring förändringarna åt beroende på aktörers olika professionella positioner?

Hur formas kommunikationen kring förändringen av diskursiva begränsande procedurer?

Hur tar sig maktförhållanden i de studerade fälten uttryck i diskussionerna kring förändringarna?

2. Analytiska redskap

Nedan presenteras de teorier som ligger till grund för analysen. Utöver att skissera teoriernas huvudsakliga drag fördjupar jag mig i de begrepp och aspekter av teorierna som är centrala för studien.

2.1 Fält, habitus och kapital

Centralt för studien är Bourdieus teorier fokuserade runt fält, kapital och habitus. Med begreppet *fält* avses ett socialt avgränsat område där aktörer ”strider om symboliska och materiella tillgångar som är gemensamma för dem” (Broady 1988:5). Inom fält finns en uppsättning av positioner som står i relation till varandra, vilka är fristående från de aktörer och institutioner som innehar dessa (ibid.). Dessa fält uppstår kring olika områden – exempelvis akademiska, eller yrkesmässiga fält – där aktörer strider om ett gemensamt specifikt kapital. *Kapital* är former av symboliska eller materiella tillgångar som varje aktör innehar och finns i ett flertal former, varav Bourdieu bland annat nämner det kulturella, ekonomiska och politiska (Bourdieu 1995a:16, Bourdieu 1995a:27). Fält är präglade av egna inre logiker, vilka bestämmer vilket kapital som är av störst relevans, vilka praktiker och egenskaper (*habitus*) som är positiva eller negativa samt hur de olika maktpositionerna kan upprättas och utmanas (Bourdieu 1993:269f). Aktörernas positioner i ett fält bestäms och differentieras av deras innehav av det kapital som är av värde i det specifika fältet.

På fältet pågår ständigt en kamp mellan de dominerande och dominerade (d.v.s. de som innehar mer respektive mindre av det kapital som är av värde i fältet) om hur det styrande kapitalet ska vara fördelat (Bourdieu 1991:127). Denna kamp gäller möjligheten att utöva *legitimt våld* i fältet, det vill säga ha auktoritet att kunna avgöra rätt och fel, och de dominerande försöker därför bevara den befintliga maktstrukturen och kapitalfördelningen medan de dominerade arbetar för att förändra dem till deras fördel (Bourdieu 1991:128).

Alla resurser kan, när de av individer tillskrivs vissa värden och egenskaper, omvandlas till *symboliskt kapital* (Bourdieu 1995a:97f). En resurs uppnår alltså ett ytterligare värde, genom att det tillskrivs en slags positiva eller negativa konnotationer. Tydliga exempel på detta är immateriella kapital, som kulturella, politiska och sociala. Symboliskt kapital uppstår genom att bli kollektivt erkänt, men kan också byråkratiseras och därmed bli *objektiverat*, t.ex. när

adelskonceptet gick från att bygga på allmänt erkännande och respekterande till att bli en av staten tilldelad titel (Bourdieu 1995a:101f). Symboliska kapital är i synnerhet kontextberoende, och en resurs kan ha ett symboliskt värde i ett fält, medan det inte innehar något särskilt värde i ett annat (Broady 1998:13).

Vidare förekommer positioner i ett mer övergripande perspektiv. Begreppet *det sociala rummet* används för att fånga de förhållanden som råder mellan sociala positioner i samhället (Bourdieu 1995a:15f). På liknande sätt som inom fälten differentieras detta rum av olika kapital, vilka är kontextberoende – det ekonomiska och kulturella är enligt Bourdieu de främsta kapitalen för att bestämma sociala positioner i Frankrike, men det behöver inte gälla för alla länder – han tillskriver t.ex. det politiska kapitalet ett större värde i det forna Sovjet med hänsyn till att det då rådande styret fört med sig ett ”privat utnyttjande av kollektiva tillgångar” (Bourdieu 1995a:26f). För att kunna förklara de maktrelationer som uppstår i differentieringen av olika sociala positioner kan vi betrakta det sociala rummet som ett enhetligt *maktens fält*, vilket är präglad av maktförhållanden mellan olika kapitalarter (Bourdieu 1995a:45ff). Det bör poängteras att detta inte är ett avgränsat fält som kan läggas till de ovan nämnda, utan är mer övergripande och omfattar även dessa samt maktrelationerna mellan dem. I detta rum förekommer vissa kraftförhållanden mellan olika sociala positioner och de aktörer som innehar dessa, där aktörer (vilka innehar en större mängd av ett kapital som gör dem dominerande inom det egna fältet) kan agera för att ge det egna kapitalet en större generell vikt på bekostnad av ett annat (Bourdieu 1995a:47). Individer som ligger nära varandra i det sociala rummet (och därmed har liknande typer och liknande mängd socialt kapital) är mer benägna att sluta sig samman för att försöka utöva makt inom detta övergripande fält (Bourdieu 1995a:46).

I motsvarande relation till det sociala rummet finns *habitus*, vilket utgör de skillnader i praktiker och egenskaper som förekommer mellan aktörer på olika positioner (Bourdieu 1995a:18). Habitus skapar därför en enhetlighet i livsstil och smak mellan individer i liknande eller samma position. Det utgör på så vis ett schema för de praktiker och smaker som är lämpliga för personer inom vissa klasser, samtidigt som det utgör en slags normativ indelning för hur olika sociala positioner betraktar dessa praktiker: vad som anses vara bra eller dåligt, fult eller vackert etc. (Bourdieu 1993:298). Även om habitus starkast präglar människor genom uppfostran omformas det till viss del senare i livet, genom värderingar som finns i de fält en person tillhör eller har tillhört. Detta innebär att habitus hos aktörer i samma organisation, trots gemensam nuvarande fälttillhörighet, med största sannolikhet skiljer sig åt i

någon utsträckning, beroende på deras tidigare erfarenheter i andra fält såväl som skillnader i deras uppfostran (Emirbayer & Johnson 2008:4).

2.2 Diskurs och legitimering

Inom varje fält finns en diskurs med vissa regler vilka ger upphov till en viss censur av vad som får och kan sägas, vilket dess medlemmar måste förhålla sig till (Bourdieu 1991:153ff). Censuren avgör också vem som får säga en viss sak i en viss kontext, vilket är ett resultat av den maktstruktur som förekommer i fältet, och den mängd kapital aktören i fråga innehar. Jag vill här göra en ansats att knyta an dessa tankar till Foucaults diskursteoretiska perspektiv. Huvudsakligen vill jag utveckla resonemanget med hjälp av Foucaults tankar om gallringsprocedurer, vilka i sammanhanget begränsar en diskurs i enlighet med spelreglerna för de studerade fälten. Dessa procedurer är i sammanhanget att betrakta som uttryck för legitim våldsutövning inom ett fält. Eftersom denna diskursteori också tar hänsyn till diskursers kontextberoende natur, och fältens inneboende förmåga att ändra sin dynamik, blir det också möjligt att betrakta de studerade diskurserna som uttryck för de fördelningar av kapital och den maktstruktur som för tillfället råder i fälten. Det valda fallet kommer att studeras utifrån det Foucault kallar en kritisk diskursanalytisk studie (Foucault 1971/1993:42). En sådan utförs enligt *omkastningsprincipen*, vilket innebär att studien syftar till att blottlägga de olika procedurer som begränsar och kontrollerar diskurser (Foucault 1971/1993:36).

Foucault menar att diskurser innehåller vissa ramar och strukturer vilka, när de aktiveras, upprättar tillfälliga maktrelationer i specifika kontexter. Detta sker till stor del genom att diskursen erbjuder olika procedurer för att begränsa vad och vem som får figurera i olika språkliga sammanhang (Foucault 1971/1993:7f). Enligt Foucault är diskurser inte något som strikt tar sig uttryck i det talade och skrivna språket, vilket vi kan se i hans resonemang kring andra sociala konstruktioner som exempelvis ritualers roll i att begränsa diskurser (Foucault 1971/1993:28).

Vidare är det moderna samhället starkt präglad av en *disciplinering*, som är institutionaliserad i så stor utsträckning att den inte längre enbart är en form av fysisk maktutövning, utan kanske i större utsträckning en socialt konstruerad sådan (Foucault 1974/1993:207). Panoptikon fungerar som en metafor för hur denna institutionalisering ser ut: En medvetenhet hos individen om att ständigt vara övervakad gör makten permanent och automatiserad, vi disciplinerar oss själva utan ett direkt yttre inflytande (Foucault 1974/1993:235f). Makt är

genom disciplineringen konstruerande, den skapar och upprätthåller normer och sanningar vilka vi uppmanas att efterfölja (Foucault 1974/1993:227). Detta ger upphov till ”Normens makt”, vilket innebär att vi mäter och differentierar oss själva och varandra efter värden som anses vara normala (Foucault 1974/1993:213ff). Vi präglas därför av en önskan att inte avvika från normen, och de som gör det (d.v.s. de som är underkastade den övergripande makten) blir individualiserade, avskilda och utpekade medan det önskvärda tillståndet är att vara anonym och konformerande (Foucault 1974/1993:226).

Ett konkret exempel på hur dessa teorier kan appliceras på handlingar inom en organisatorisk ram står att finna i Alvessons maktteoretiska studie av ett informationsmöte (Alvesson, 2000). I studien betraktas detta möte som en *disciplineringsaktivitet* där han belyser hur informationen som kommuniceras är styrd av en managementdiskurs och syftar till att disciplinera åhörarna (ibid.:70f) (ibid.:78f).

Van Leeuwen (2007) presenterar vidare ett ramverk för att analysera hur diskurser verkar och används för att legitimera och förkasta (”legitimating and de-legitimating”) sociala praktiker och institutioner (i artikeln används obligatorisk utbildning som exempel). Artikeln berör huvudsakligen hur socialt institutionaliserade praktiker legitimeras, men det är möjligt att applicera dessa tankar inom andra områden, som de debatter denna uppsats studerar. Fyra huvudsakliga kategorier av legitimering presenteras (översättningen är här min egen och jag vill påpeka att trots en viss förlust av den nyans som är inbyggd i de engelska termerna behåller de sin, i arbetet, relevanta mening): *Bemyndigande (authorization)*, där en hänvisning till en personlig, traditionell eller konformistisk auktoritet görs (Van Leeuwen 2007:94ff). *Moralisk utvärdering (moral evaluation)*, där moraliska värden som till exempel bra, dåligt, hälsosamt och normalt används (Van Leeuwen 2007:98). *Rationalisering (rationalization)*, där praktiker motiveras med hänvisning till dess syfte, eller att de bygger på ett sant påstående (Van Leeuwen 2007:100ff). *Mythopoesis*, vilket innebär ett narrativ som beskriver ett beteende med en varnande eller belönande sensmoral (Van Leeuwen 2007:105f). Trots att teorin om legitimering inte explicit bygger på Foucaults teorier ligger deras utgångspunkter så pass nära varandra att det är möjligt att kombinera dem. För att väva in dessa legitimeringsprocedurer i Foucaults teorier kommer jag att betrakta dessa som exempel på eller förlängningar av de begränsande mekanismer som förekommer i diskurser.

Legitimeringsteorin erbjuder goda möjligheter att studera hur de dominerande och dominerade i ett fält försöker legitimera respektive förkasta den befintliga strukturen. Mer

specifikt vill jag applicera detta på de studerade debatterna, och hur beslutet försvaras och kritiserar av de olika aktörerna. Vi kan betrakta procedurerna dels som en produkt av maktstrukturen och den pågående kampen inom fälten och dels som en produkt av de aspekter av fälten som likriktar aktörernas habitus. På så sätt kan vi tolka den diskursiva maktutövningen ur ett fältperspektiv, samtidigt som vi kan kombinera de vedertagna, undermedvetna aspekterna av denna med dispositionerna hos aktörer på olika positioner.

Det finns några befintliga studier som närmar sig detta sätt att betrakta maktförhållanden på, dock utan att direkt använda sig av Bourdieus fältteorier. Ett arbete som jag i synnerhet anser ligger nära det problem som denna uppsats ämnar studera, är skrivet av Fealy och har ett diskursteoretiskt perspektiv. Med en kritiskt diskursanalytisk ansats har Fealy (2007) studerat diskursen kring sjukvårdsyrkets inträde i universitetsmiljön i Irland. Texter angående ämnet, hämtade från mycket varierande källor kring de tidpunkter debatten var som mest aktuell, analyserades. Även om studien inte explicit använder sig av Bourdieus teorier har de flera beröringspunkter i de teman den tar upp. Resonemanget kring de maktförhållanden som råder mellan representanter för sjukvårdsyrket och de etablerade intellektuella ligger på flera punkter nära logiken kring fält och maktförhållanden inom dessa. Studiens slutsats är att sjuksköterskorna i egenskap av outsiders ständigt måste rättfärdiga sitt tillträde till akademien efter en befintlig diskursiv ram som innehar vissa värden och krav på vad som anses vara ett akademiskt ämne. Slutsatserna går relativt enkelt att översätta till ett bourdieuskt perspektiv, där sjuksköterskorna kan betraktas som dominerade nykomlingar på det akademiska fältet och de beskrivna diskursiva mekanismerna ses som spelregler inom detta fält. Sjuksköterskorna är med detta perspektiv involverade i en maktkamp för att förbättra sin position och öka värdet av det kapital de tar med sig in i fältet.

3. Tillvägagångssätt

I arbetet har material insamlats genom personliga intervjuer kombinerat med en textanalytisk läsning av utvalda debattartiklar. Detta är en slags metodologisk triangulering, där jag med hjälp av liknande metoder tillåts bredda materialet och förhoppningsvis uppnå högre kvalitet på slutresultatet (Denscombe 2009:186). Flertalet av de intervjuade figurerar som avsändare av debattartiklarna. De insamlade artiklarna och materialet som samlats in genom intervjuer kommer att analyseras med samma metod vad det gäller att blottlägga diskursiva principer och uttryck för fältens struktur.

Studien har genomförts som en fallstudie, där jag har studerat och fördjupat mig i en enskild enhet (Denscombe 2009:59f). Detta tillvägagångssätt har tillåtit mig att studera komplexa fenomen som existerar i ett givet sammanhang, vilket i sammanhanget rör sig om de diskursiva mekanismer och maktrelationer som är i spel (Denscombe 2009:71). En möjlig invändning mot valet av fallstudie kan vara att de två förändringarna bör betraktas som separata fall. Jag betraktar dem dock inte som separata enheter oberoende av varandra, utan snarare som två delar vilka ingår i en större helhet, där samma diskursiva principer och fältlogiker är i spel. Som jag senare visar i analysen finns det också en viss uppfattning om en kontinuitet som knyter samman de två förändringarna.

3.1 Vetenskapsteoretisk utgångspunkt

Studien har sin grund i en socialkonstruktivistisk synvinkel, det vill säga en uppfattning om att sociala handlingar och föreställningar inte är naturligt givna, utan ges sin mening och struktur genom sociala processer (Barlebo Wenneberg 2010:12f). Det socialkonstruktivistiska perspektiv som anammas här syftar till att problematisera och blottlägga de samhälleliga konstruktioner som omger oss (ibid.:68). Samhället vi lever i är präglad av institutioner som upprättar en social ordning, vilken för oss som lever i den ter sig som naturligt given (ibid.:70f). Fälten, maktrelationerna inom dessa och de diskursiva utestängningsmekanismerna är goda exempel på den här typen av konstruktioner.

Berger och Luckmann (1991) presenterar en god modell för de processer som omger konstruktionen av den sociala verkligheten. Den har sitt ursprung i att enskilda människor skaffar sig vanor vilka *externaliserar*, det vill säga uttrycks till och i vissa fall anammas av

andra individer (ibid.:68f). Dessa externaliserade aktiviteter kan sedan bli *objektiverade*, vilket innebär att de får fäste och spridning genom sociala institutioner (ibid.:78f). Dessa institutionaliserade praktiker *internaliserar* därefter av ett större antal människor, varav de börjar betraktas som naturligt givna (ibid.). Detta då människor föds in i dem och socialisationen som ligger till grund för internaliseringen bygger på att presentera handlingarna som objektiva fakta.

Jag ger mig här inte in på en diskussion om vilken grad av radikalitet denna socialkonstruktivistiska föreställning besitter, det vill säga exakt vad vi bör betrakta som naturligt givet respektive socialt konstruerat. En sådan diskussion är heller inte nödvändig, då de sociala praktiker och institutioner som i uppsatsen studeras – fält, diskurser samt handlingar inom dessa – i allra högsta grad bör ses som socialt konstruerade.

Mot denna bakgrund kan vi bättre förstå det dialektiska förhållande som råder mellan de studerade aktörerna samt de fält och diskurser de ingår i. Individerna är tvungna att förhålla sig till och påverkas oundvikligt av de strukturer de ingår i. Aktörer internaliserar fältens spelregler och andra sociala betingelser i deras habitus. Samtidigt är diskurser och fält kraftigt beroende av hur aktörerna inom dem beter sig, samt i konstant förändring allteftersom detta beteende förändras.

3.2 Avgränsning av fälten

För att kunna studera och beskriva ett fält måste detta på något sätt avgränsas. Med hänsyn till fältens dynamiska karaktär och omfång är det omöjligt att göra en exakt definition av ett fält. Ett försök att inkludera samtliga aspekter och detaljer skulle också riskera att vi tappar fokus på det som faktiskt ska studeras. Nedan är de grundläggande principer som använts för att definiera och avgränsa fälten på ett sätt som är relevant och praktiskt för studien.

Det är omöjligt att beskriva strukturer, kapitalfördelning och positioner i ett fält utan att ta hänsyn till hur dessa tar sig uttryck i specifika handlingar. Därför kommer definitionen av fälten till viss del växa fram i den vidare analysen. En avgränsning av det här slaget blir alltid något godtycklig, men är nödvändig för att möjliggöra studien av ett fall (Bourdieu 1995b:183f). Att inte sätta någon artificiell avgränsning och istället göra anspråk på att studera och analysera ett fullständigt fält resulterar i ett oändligt projekt där fallet sätts åsido.

Istället bör vi betrakta denna studie – och andra lika den – som en del av en kumulativ empirisk kunskap om de berörda fälten (ibid.).

Det finns vid definitionen av ett fält en risk att det enbart konstrueras med hänsyn till tillfälliga interaktionella relationer mellan aktörer (t.ex. samarbete eller motstånd) och inte efter de, mer oberoende, strukturella maktrelationer som utgör fältet (Emirbayer & Johnson 2008:9f). Även om denna text varken kan eller har som mål att ge en fullständig bild av de maktstrukturer som för närvarande dominerar de diskuterade fälten kommer den att bygga på en dialektisk syn mellan dessa och de interaktioner som studeras – för att kunna tolka och förstå en given interaktion krävs hänsyn till de bakomliggande strukturer som definierar de interagerandes positioner och kapitalresurser.

3.3 Semistrukturerad intervju som metod

Intervjuerna har varit semistrukturerade, vilket innebär att de inte har genomförts med en definitiv och likriktad mall, utan enbart efter ett antal på förhand bestämda ämnen och mycket övergripande frågor (Denscombe 2009:234f). Det konkreta underlaget för att genomföra intervjuerna har bestått av löst strukturerade intervjuguider, vilka innehållit de ämnen som jag ämnat ta upp i varje intervju, samt ett antal frågor menade att leda in intervjun på dessa. Guiderna har i princip haft samma utformning, med några få skillnader mellan ett antal frågor beroende på intervjupersonens position och relation till de olika förändringarna. Med guiderna som grund fanns en flexibilitet i vilka följdfrågor som ställdes samt i vilken ordning de huvudsakliga ämnena behandlades, vilket avgjordes av intervjupersonens svar. På så sätt har varje individuell intervju, medan de rört sig kring samma samtalsområden, låtit sig utvecklas relativt fritt och tagit sig något olika utformning. Eftersom uppsatsens syfte kräver en förståelse för de intervjuades personliga uppfattningar i relation till de studerade fälten blir metoden ett fruktbart sätt att samla in data på. Detta då den tillåter en viss frihet hos den intervjuade att utifrån de givna ämnena själv utveckla sina svar relativt fritt.

Intervjuguiderna har varit uppdelade i tre huvudsakliga delar eller ämnen. Inledningsvis har några korta frågor om personen och dennes arbete ställts. Ett syfte med denna del var att få intervjupersonen att känna sig bekväm med att bli intervjuad. Samtidigt erbjöd detta en god ingång till vidare diskussioner om själva förändringarna, eftersom de har varit en professionell angelägenhet för samtliga intervjuade (Denscombe 2009:256). Den andra delen bestod av frågor kring förändringen eller förändringarna, där de intervjuade bland annat ombads

beskriva hur besluts- och förändringsprocesser gått till, samt ge sina synpunkter kring dessa. Avslutningsvis fanns en kortare del om hur den intervjuade mer konkret hade gått tillväga för att kommunicera och ta emot information kring processen. I synnerhet de två senare delarna gick i regel in i varandra under intervjuens gång, då intervjupersonens resonemang och de uppföljande frågorna ofta ledde vidare till andra punkter i guiden.

I de fall där det har varit möjligt har intervjupersonerna innan intervjun försäkrats om sin anonymitet i studien. Detta gäller de tre sjuksköterskorna och har förhoppningsvis tillåtit dem att tala friare om sina uppfattningar kring förändringen. Identiteten hos någon av intervjupersonerna skrivs inte heller ut i uppsatsen, då det relevanta i sammanhanget är deras positioner inom de olika fälten och inte deras högst personliga egenskaper.

Standardiseringen av intervjuerna har i de flesta avseenden varit låg. Med detta avses hur flera omständigheter i intervjuerna har skilt sig åt (Trost 2005:19f). Som redan påpekats finns större variationer i de specifika frågor som ställts, men på grund av praktiska omständigheter har det också förekommit olikheter i plats och längd på intervjuerna. Plats har valts av intervjupersonerna och intervjuerna har genomförts på arbetsplatser, möteslokaler och i ett fall i intervjupersonens hem. Längden på intervjuerna har varierat med hänsyn till hur många ämnen som diskuterats i varje intervju samt i vilken utsträckning intervjupersonerna utvecklat sina svar, och har varierat från cirka 30 minuter till en timme.

3.4 Material och urval

En stor del av materialet har samlats in genom intervjuer med aktörer som på olika sätt deltagit i förändringarna. Urvalet av intervjupersoner har varit strategiskt, där hänsyn har tagits till deras organisatoriska roll samt deras deltagande i de offentliga debatter som omgett fallen. Förhoppningen var att på så sätt kunna välja ut en variation av nyckelpersoner i sammanhanget, som skulle kunna ge en så god insikt i olika befintliga uppfattningar och upplevelser som möjligt, snarare än att kunna ge ett statistiskt generaliserbart resultat (Denscombe 2009:251). Sammantaget har sex personer intervjuats: Tre sjuksköterskor (två från före detta IVA och kardiologen vilka nu arbetar på ÖVA, samt en akutsjuksköterska), en tidigare avdelningschef för akuten, en landstingspolitiker samt en läkare som för närvarande är sjukhusets förvaltningschef. Politikern valdes på grund av att denne uppvisat ett engagemang i båda förändringarna genom ett antal debattartiklar. Försök att intervju andra landstingspolitiker, vilka uppvisat motsatta åsikter i den offentliga debatten, gjordes också.

Dessa var okontaktbara eller inte tillgängliga under den period intervjuerna genomfördes. Det är dock inte mitt syfte att undersöka hur diskurser mellan politiska motståndare ser ut, och jag tror att eventuella relevanta skillnader går att utröna i de artiklar som har analyserats.

De analyserade artiklarna har valts ut efter ett antal kriterier. Inledningsvis gjordes en avgränsning till de två lokaltidningarna, Blekinge Läns Tidning och Sydöstran, då det är där samtliga aktörer har valt att publicera insändare och debattartiklar rörande fallet. Tidsmässigt gjordes ingen särskild begränsning, utan urvalet har skett från det att tidningarna började publicera insändare rörande den första förändringen, fram till det att själva analysarbetet påbörjades. Vidare har enbart debattartiklar och insändare som är skrivna av representanter från de studerade fälten valts ut, vilket innebär att reportage samt insändare och debattartiklar från andra aktörer (till exempel privatpersoner och intressegrupper) valts bort. Att inkludera reportage och nyhetsartiklar hade eventuellt kunnat vara relevant, då aktörer inom de båda fälten ofta citerats genom dessa. De har dock valts bort med anledning av att de i hög grad redigerats av tidningen och därför riskerar citaten ha vinklats eller förlorat sin ursprungliga mening. I flera fall har identiska (med vissa undantag i form av rubriksättning, bildval och andra redaktionella ändringar) insändare och debattartiklar publicerats i de båda tidningarna. I dessa fall har jag valt att notera den först publicerade av dessa. Allt som allt har 36 debattartiklar och insändare legat till grund för analysen.

3.5 Analys av skriftliga texter

Debatterna, i synnerhet den som rör akuten, har varit livliga och ett stort antal aktörer har mer eller mindre frekvent uttalat sig. En ytlig läsning av de publicerade texterna kring fallet användes i viss utsträckning för att avgöra valet av intervjupersoner. I synnerhet gäller detta hur läsningen gett mig en överblick över vilka aktörer som aktivt deltagit i debatten genom artiklar och debattinlägg.

Analysen av texterna har varit *symtomal*, det vill säga har strävat efter att blottlägga underliggande betydelser i texten vilka författaren inte nödvändigtvis är medveten om (Østbye et al. 2003:65). Detta då diskursiva begränsningsmekanismer och fältens strukturer till sin natur är dolda och framstår som naturliga för aktörerna som ingår i och påverkas av dem, vilket påpekats i diskussionen kring socialkonstruktivism. De skriftliga texterna och intervjuerna har i princip analyserats på samma sätt, där det som sägs och skrivs betraktas som uttryck för de diskursiva ramverk och fältstrukturer som förekommer. Det är också värt

att påpeka att ett flertal av artiklarna gav mycket liknande resultat vid analysen och därför refereras inte explicit till alla.

3.6 Metodreflektioner

Nedan bemöter och diskuterar jag möjliga invändningar mot de valda metoderna.

Uppdelningen av intervjupersoner kan tyckas något ojämn, där ett flertal sjuksköterskor intervjuats gentemot en politiker och en landstingschef. Detta är i första hand en konsekvens av vilka som svarade på förfrågan om intervju, där samtliga tillfrågade i sjukhuspersonalen var villiga att ställa upp medan svar över huvud taget inte erhöles från övriga tillfrågade politiker och landstingschefer trots ett antal försök att nå dem. Studiens kvalitativa natur, samt kompletterande information från det skriftliga materialet gör dock urvalet tillräckligt för studiens syfte.

Intervjuerna genomfördes ungefär tre år efter att den första av de två förändringarna drevs igenom. En möjlig invändning kan vara att intervjupersonernas minnen av denna förändring är felaktiga, eller att deras åsikter radikalt förändras över tid och de därmed ger en annorlunda bild av händelserna än vad som hade getts då. Det är dock inte i sammanhanget av vikt att få en insikt i exakta händelseförlopp eller precisa ordval från förändringarna. Intervjuerna har dessutom kompletterats med artiklar skrivna under de perioder då debatterna pågick. Även om det inte är omöjligt att tänka sig att de relevanta maktstrukturer som studeras i uppsatsen förändrat sig något under tre år verkar så inte vara fallet. Stora och för studien relevanta förändringar skulle med största sannolikhet upptäckts vid analysen av de insamlade artiklarna, då större diskrepanser mellan materialen skulle kommit till uttryck.

4. Deltagande på olika villkor

Analysen inleds med en översiktlig presentation av de studerade fälten. Därefter beskrivs de gallringsprocedurer som är i spel i det aktuella fallet.

4.1 Fältöversikt

Nedan gör jag en ansats till att beskriva de professionella fält som är av vikt för analysen, samt belysa de mest relevanta aspekterna av dessa. Fälten ligger sedermera till grund för de följande resonemangen rörande kommunikationen kring förändringarna. Det som följer är inget försök att redogöra för en komplett bild av fälten i spel – det är inte heller möjligt med hänsyn till den empiri som står till mitt förfogande – utan att ge en översiktlig bild över dem, inom vilken det studerade fallet kan placeras.

Jag har valt att, som Emirbayer och Johnson (2008) beskriver, definiera organisationen Landstinget Blekinge som ett eget fält, med vissa egna specifika regler. Aktörerna inom det kan sedermera placeras inom andra, överlappande, fält – i det här fallet är tillhörigheter till de medicinska och politiska fälten i synnerhet tydliga och intressanta. Att studera Landstinget Blekinge som ett avgränsat fält ger, till skillnad från att direkt studera de betydligt mer omfattande och abstrakta medicinska och politiska fälten, en hanterbar och konkret ingång till att reda ut de kapitalarter och positioner som strukturerar relationerna mellan de studerade aktörerna. Vi kan på så sätt också få en mer nyanserad bild av de kapital som kan vara specifika till landstinget och Blekingesjukhuset, utan att varken dra ogrundade eller förhastade slutsatser relaterade till större fält. Det är rimligt att tänka sig att de resurser som det strids om på landstinget skiljer sig från de som står på spel i de mer övergripande medicinska och politiska fälten. Med denna definition kan vi urskilja en tydlig maktkamp mellan de studerade aktörerna, där rätten att definiera vad som är rätt eller fel organisering av sjukvården står på spel. De två studerade förändringarna är uttryck för just denna maktkamp, där aktörerna kämpar för och emot de olika åtgärder som diskuteras kring besluten. De huvudsakliga kapitalen som avgör aktörernas position i fältet är medicinska och politiska.

Att avgöra gränserna för en organisation i egenskap av fält är inte helt enkelt då det inte är möjligt att enbart ta hänsyn till de formella, byråkratiska gränserna, utan vi även måste ta hänsyn till andra, möjligtvis dolda, krav på medlemskap (Emirbayer & Johnson 2008:22).

Utan att kartlägga hela fältet kan vi konstatera att de studerade aktörerna ingår i och relaterar till varandra i den stabila maktstruktur som det utgör (vi kan dock anta att en del övrig personal, t.ex. lokalvårdare, möjligtvis inte uppfyller medlemskraven, eller har radikalt annorlunda kapitalformer). Att medlemskapet inte är öppet för alla motiverar att landstinget kan definieras som ett avgränsat fält, om än lösare definierat än exempelvis det medicinska. De studerade aktörernas medlemskap i det medicinska och politiska fältet har dock i regel starkast påverkan på deras agerande, i synnerhet med hänsyn till att de i större utsträckning har format deras habitus. Sjukvårdspersonalen och politikerna rör sig till vardags huvudsakligen bland aktörer som likt dem själva tillhör det medicinska respektive politiska fältet, medan relationerna till varandra endast aktualiseras i speciella situationer (med sjukhusledningen som ett möjligt undantag). Det är också värt att nämna att det finns aktörer från andra verksamheter inom landstinget vilka också rimligtvis ingår i fältet, exempelvis anställda inom lokaltrafiken. Detta ligger dock utanför studiens avgränsning och har ingen direkt påverkan på det studerade fallet.

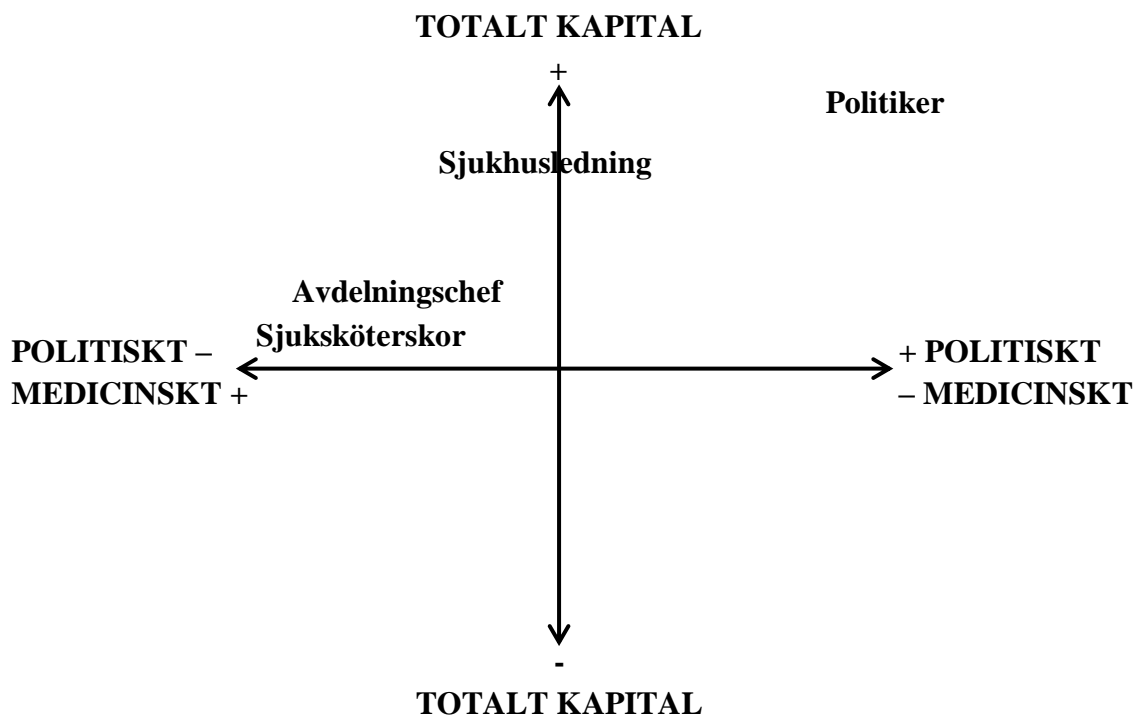
Genom intervjuerna med sjukvårdspersonalen går det att urskilja vissa kvalifikationer som begränsar medlemskap i det större medicinska fältet och indirekt också i det organisatoriska. De huvudsakliga kapitalen tar sig uttryck i form av *utbildning* och *erfarenhet*. I stor utsträckning används dessa kapital för att differentiera de formella positionerna (sjuksköterskor, läkare och undersköterskor har alla olika mängd utbildningskapital), vilket innebär att dessa i grova drag avspeglar den medicinska maktstrukturen väl (om än med inre nyanseringar och möjliga undantag). Detta krav på en viss utbildning för att få inträde i och erhålla en viss position i det medicinska fältet innebär också att aktörerna erhåller ett habitus som till viss del är synonymt med yrket, i form av ”tekniker, referenser och en samling trosföreställningar” (Bourdieu 1991:128). Ett antagande om en tendens till homogenitet i habitus bland denna personal förstärks ytterligare av ”de mekanismer som orienterar individer mot positioner till vilka de redan i förväg är anpassade” (Bourdieu 1993:265). Vi kan också tänka oss att det finns ytterligare inre distinktioner och motsättningar – t.ex. mellan praktiskt orienterade och forskningsorienterade positioner – vilka dock inte är av vikt i det studerade fallet. De studerade aktörerna på Blekingesjukhuset erhåller alla utbildningskapital i egenskap av sjuksköterskor och läkare. Värt att påpeka är att mängden utbildningskapital inte huvudsakligen bestäms av antal studieår, högskolepoäng eller andra kvantifierbara mått, utan främst i hur de olika utbildningarna differentieras från varandra. Det medicinska kapitalet värderas efter individens sammantagna medicinska kvalifikationer. I intervjuerna kommer

denna differentiering till uttryck, där de formella positionerna enligt resonemanget ovan avspeglar en position i fältet. De intervjuade sjuksköterskorna talar alla om hur deras erfarenheter av förändringarna skiljer sig från undersköterskornas och läkarnas:

[För] de som kommer från intensivvården – speciellt undersköterskorna, för vi är ju inte mer än tre sjuksköterskor kvar från intensivvården – så spelar [förändringen] inte så stor roll för dem, för det är inte så stor skillnad på patientklientelet för dem och deras arbetsuppgifter. (Sjuksköterska, f.d. kardiologen)

Läkarna med positioner i sjukhusledningen har också ett visst tillträde till (men inte medlemskap i) det politiska fältet, då de i egenskap av experter eller rådgivare är delaktiga i politiska beslut rörande sjukhuset. Ett visst innehav av politiskt kapital framstår som en positiv egenskap i det organisatoriska fältet, eftersom inflytande på politiska beslut avgör hur sjukhuset ska se ut (vilket inte minst exemplifieras i de studerade förändringarna).

Landstingspolitikerna rör sig också i ett politiskt fält och deras främsta kapital får sägas vara politiskt – ett kapital som är det dominerande i landstinget. Det är även i detta fall rimligt att göra en avgränsning till den maktstruktur som förekommer på ett lokalt plan, i detta fall landstingsstyrelsen. Det kan antas vara något mer heterogent än det medicinska fältet, med hänsyn till avsaknaden av gemensamma utbildningskrav eller dylikt.



Figur 1

I figur 1 görs en ansats att måla upp en ungefärlig bild av hur de studerade aktörernas positioner i landstinget ser ut, med hänsyn till de huvudsakliga kapital som är i spel. Jag gör inte anspråk på att kunna visa upp en definitiv bild av hur det ser ut, men en grov uppskattning av det här slaget illustrerar vissa centrala förhållanden i fältet och underlättar förståelsen för delar av det följande resonemanget.

4.2 Det känslösamma och det förnuftiga

Foucault ansåg att *motsättningen mellan det sanna och det falska* var den viktigaste utestängningsmekanismen. Med detta avses att det i dagens västerländska samhälle finns en allt större strävan efter och vilja att särskilja sanning, vilken i synnerhet tagit sig uttryck i de krav som ställs på legitim vetenskap (Foucault 1971/1993:12f). Historiskt har det också skett ett skifte från att betrakta yttrandet i sin kontext, till att fokus riktats mot själva yttrandet och dess sanningshalt (ibid.). Sanningskravet har vidare satt en press på andra områden – normativa (d.v.s. i någon utsträckning godtyckliga) system söker berättiga sig själva genom rationaliserande teorier. Foucault hävdar därmed att en sanningsdiskurs krävs för att legitimera stora delar av vårt samhälle (Foucault 1971/1993:14). Så är även fallet i den studerade debatten, där sanning blir den starkaste mekanismen som reglerar tillträdet till diskursen. Aktörer hänvisar till fakta, verklighetsförankring och sanningshalter för att presentera åsikter och påståenden som objektiva. Samtidigt påpekar man brister i detta för att förkasta andra åsikter och påståenden som subjektiva.

Jag har även skrivit som avdelningschef ska jag säga, och levererat fakta. För det var då när jag var trött på smutskastningen när de inte visste vad de skrev om i tidningen. Då levererade jag, men det var ren fakta, inga värderingar eller någonting, utan jag talade om precis hur vi jobbade, antal patienter och så vidare. (Tidigare avdelningschef, akuten)

Samtliga aktörer är tvungna att förhålla sig till kravet på sanning för att få tillträde till den aktuella diskursen. Detta räcker dock inte för att sjukhuspersonalen ska kunna delta i diskussionen på samma villkor som ledning och landstingspolitiker, då ytterligare en närliggande utestängningsmekanism är i spel, där kontexten kring yttrandena tas i beaktning. Tätt sammanknutet med kravet på sanning går det att se en annan framträdande motsättning, vilken jag vill likna vid (men inte direkt jämföra med) den utestängningsmekanism som Foucault kallar *motsättningen mellan vansinne och förnuft*. Med detta avses hur individer

utesluts ur en diskurs genom att klassificeras som sinnessjuka (Foucault 1971/1993:8). I sammanhanget kan vi se en liknande princip som aktörerna använder för att stärka eller förkasta vissa åsikter (om än i en långt mildare form än att klassificera andra aktörer som vansinniga). Det rör sig i detta fall om en *motsättning mellan det känslomässiga och det förnuftiga*, där vissa åsikter avskrivs med att de bygger på en känslomässig, ologisk reaktion medan andra stärks som faktamässiga och sakliga. Påståenden argumenteras vara korrekta genom att de anses bygga på information och argumentation som är fristående från en aktörs känslor. Under intervjun med oppositionspolitikern värderades de debattartiklar (oavsett avsändare) som skrivits kring bildandet av ÖVA positivt och negativt efter huruvida de var styrda av fakta respektive känslor.

Jag kunde konstatera att det var ibland upprörda artiklar byggda på missuppfattningar. En del artiklar var väldigt sakliga och pekade på rätt saker, kan man säga. Så det var en salig blandning av känslor och fakta. Som vanligt, kan man säga, i en sådan debatt. (Oppositionspolitikern)

[Den offentliga debatten] gick ju från en faktadiskussion, till en rent känslomässig diskussion. Och det är ju inte så konstigt. Det blev väldigt upprörda känslor, därför att man byggde sina slutsatser på en blandning av sant och falskt.

(Oppositionspolitikern)

Det råder en diskrepans mellan hur aktörer på olika positioner hanterar denna dikotomi, även om den är erkänd av samtliga. Aktörer inom det politiska fältet och på högre positioner inom sjukhuset använder den för att rationalisera personalens motstånd till förändringarna. Vid intervjun med förvaltningschefen förklarar denne att sjukhuspersonalens ovilja att acceptera förändringarna bygger på en känslomässig och reflexmässig reaktion att försvara sitt arbete och sin arbetsplats. På frågan om varför personalen på akutmottagningen inte kommit till samma insikt om att förändringen var nödvändig svarar förvaltningschefen:

Jag har inget riktigt bra svar på det. Jag tror att det här handlar väldigt mycket om...

Ja, att man värnar väldigt mycket om sin arbetsplats och sitt sjukhus och vill se alla möjligheter att bevara det som det varit. (Förvaltningschef, Blekingesjukhuset)

Här används känslomässighet som en förklaring till varför personalen trots att de blir presenterade med fakta som styrker förändringen väljer att bortse från denna. Deras känslor för sin arbetsplats anses vara starkare än den logiska slutsatsen att akuten måste stängas

nattetid som sjukhusledningen kommit fram till. Personalen är medveten om risken att betraktas som känslösamma och förhåller sig till detta genom att lägga än större fokus på att deras argument i själva verket bygger på sakligheter och fakta.

Känslan jag har fått ganska mycket, det är att [politikerna] tycker att vi överdriver. Att man inte kan tänka på allt som eventuellt kan hända eller att vi är rädda om våra jobb. Att det är därför vi tjabbar om detta. (Sjuksköterska, tidigare kardiologen)

Ja, det är ju genom att jag har haft mycket statistik att visa på. [...] Men, man har ju inte lyssnat riktigt på det. Så jag har plockat fram massor med statistik och levererat, men jag tycker inte att man har tagit tillräckligt mycket hänsyn till det. (Tidigare avdelningschef, akuten)

Sjukvårdspersonalen hamnar i ett försvarsläge, där de konstant försäkrar att de åsikter som presenteras är grundade i fakta. På så sätt blir denna utestängningsmekanism ett tydligt uttryck för de effektiva maktförhållanden som råder inom både det egna organisatoriska och mer övergripande sociala fältet. När sjukvårdspersonalen i sin tur försöker argumentera för sina åsikter genom att grunda dem i fakta möts dessa argument med att det i själva verket är känslomässiga reaktioner som står bakom deras skepsis. I en insändare med titeln *Visa effekterna av besparingen* (Personal på övervakningsavdelningen Karlshamn, 2009) kritiserar personalen på då nybildade övervakningsavdelningen avsaknaden av underlag som styrker förändringens fördelar och kräver att två majoritetspolitiker försvarar sitt beslut med noggranna redogörelser.

Någon spontan rapport eller annan form av återkoppling angående de mätbara tidiga effekterna av dessa förändringar har inte givits, vare sig till berörd personal eller till befolkningen i länet. [...] Har man kunnat visa att patientsäkerheten upprätthålls? Har arbetsmiljön för medarbetarna kunnat bibehållas? Fick det avsedd effekt, det vill säga har Landstinget Blekinge de facto sparat pengar på detta? (Personal på övervakningsavdelningen Karlshamn, 2009)

Beslutets effekter ifrågasätts alltså utifrån att inga kvantifierbara effekter har presenterats och hårda fakta efterfrågas. De två landstingspolitiker, vilka insändaren riktar sig till, skriver senare ett svar i samma forum. Deras artikel svarar inte direkt på någon av de ställda frågorna, utan syftar till att förklara varför personalen är missnöjd.

Tyvärr måste vi som politiskt ansvariga konstatera att starten av den nya avdelningen inte varit helt oproblematisk. Det kan bero på otydlighet i genomförandet av beslutet, bristande stöd till chefer i organisationen men också på att alla anställda inte helt accepterat nyordningen. Det är klart att ett så här omfattande förändringsarbete frestar på, både för patienter och personal. (Sandström och Sällström, 2009).

I stället för att inkludera och diskutera personalens åsikter i diskursen kring förändringen stänger man dem ute genom att peka ut den påfrestning förändringen inneburit som ursprunget till allt missnöje. Även detta tillstånd presenteras vidare som någonting objektivt och allmängiltigt. Att personalens kritik skulle peka på några brister i förändringen är inte öppet för diskussion, utan den anses till fullo ha sitt ursprung i personalens stressiga situation. Deras känslomässiga reaktion åsidosätter i sammanhanget deras tillförlitlighet. I dessa aspekter av diskursen är det tydligt att ståndpunkter legitimeras och förkastas med hjälp av olika former av rationalisering. Förkastandet av personalens ståndpunkter sker genom det Van Leeuwen kallar *förklaring* (*explanation*), vilket är en undergrupp till *teoretisk rationalisering* och avser hur en handling förklaras med att det är ett naturligt beteende hos aktören (Van Leeuwen 2007:104). Detta gäller alltså inte att påvisa huruvida ett enskilt uttalande är sant eller falskt. Genom att hänvisa till personalens känslomässiga situation kan samtliga yttranden denna grupp gör förkastas som irrationella.

Personalens känslor används också i argumentationen som återfinns hos de politiker vilka står i opposition till de genomförda förändringarna. I dessa fall påpekas att denna känslomässighet beror på brister i förändringarna eller hur de har genomförts. Personalen inkluderas dock inte heller här i diskursen – deras reaktioner betraktas inte som inlägg i debatten utan snarare som symtom på fel i förändringarna eller hur de genomförts. Nedan skriver en oppositionspolitiker om brister i verksamheten efter skapandet av ÖVA.

Signalerna om uppgivenhet och bedrövelse över arbetssituationen kan inte längre ignoreras. Till detta kan man lägga att delar av personalen med nyckelfunktioner väljer det drastiska steget att säga upp sin tjänst, rycka upp sina familjer och flytta till annan tjänst och ort. Ett agerande som inte kan avfärdas när samma personer alldeles uppenbarligen känt mycket starkt för sina uppdrag och patienter. Det finns följaktligen anledning att ställa sig frågan om vi [politikerna] fattade rätt beslut på rätt underlag och om underlaget verkligen hade personalens stöd eller åtminstone [sic] deras acceptans. (Wendt, 2010)

Vi rör oss här fortfarande inom samma diskursiva ram som vid argumentationen för förändringen, där personalens känslor och inte dess åsikter är i fokus. Det förekommer däremot ett visst skifte i tyngdpunkt. En annan legitimeringsteknik används, där förändringen till stor del förkastas med hjälp av en *moralisk utvärdering*. Detta innebär att vissa koncept som innehar ett moraliskt värde lyfts fram för att motivera varför någonting är fel (Van Leeuwen, 2007:97f). I sammanhanget beskrivs personalens känslor med ord som innehar en stark negativ laddning och personalens trivsel lyfts fram som ett viktigt mål. Argumentationen förankras vidare med en *medelorienterad instrumentell rationalisering*, vilket avser hur en handling motiveras med att den uppnår ett önskvärt tillstånd eller medel, som i sin tur kan uppnå ett visst mål (Van Leeuwen 2007:103). Det gäller här hur nyckelpersoner anses lämna sjukhuset på grund av känslorna, vilket ger organisationen sämre möjligheter att erbjuda vård. Att personalen hålls utanför diskursen kommer till uttryck i betoningen på politikernas roll att vinna personalens acceptans och motverka de negativa känslorna som hindrar vården.

Vi kan här se tydliga exempel på de begränsningar och möjligheter som finns i den befintliga diskursiva ramen. Utrymme för motsatta åsikter finns, men dessa måste uttryckas med hänsyn till samma regler och omständigheter. Ovan har jag demonstrerat de främsta utestängningsprinciper – det vill säga de principer som verkar för att hålla aktörer ute från den aktuella diskursen – vilka är i spel i det aktuella fallet. I avsnittet nedan kommer jag vidare diskutera de principer som verkar för att begränsa vad som kan sägas inom diskursen kring förändringarna.

4.3 Kommunikation inom vissa ramar

De tidigare diskuterade utestängningsmekanismerna begränsar effektivt sjukvårdspersonalens tillgång till diskursen som omger besluten kring förändringarna. Sjukhusledningen och politikerna uttrycker en bild av personalen som ett hinder vilket måste övervinnas efter att själva beslutet är framtaget och inte som innehavare av konstruktiva synpunkter och åsikter.

Vi visste från början att det skulle bli nästan ett omöjligt uppdrag att förankra på ett sådant sätt att vi skulle få full förståelse och att alla skulle vara positiva till detta. Det visste vi från början, att det här inte skulle bli en lätt match. (Förvaltningschef, Blekingesjukhuset)

Detta tar sig vidare uttryck i de inre mekanismer som inte verkar för att begränsa aktörers tillgång till diskursen, utan begränsar vem som får tala och vad som får sägas inom den. De sätter därmed tydliga ramar kring kommunikationen, och skapar specifika förutsättningar för varje yttrande.

Kommentaren är en viktig procedur som begränsar hur de olika aktörerna tillåts uttrycka sig kring besluten. En kommentar är en upprepning av det som redan existerar i diskursen – det finns utrymme att i den elaborera och lägga till saker utöver det som explicit står i ursprungstexten, men den måste bygga på det redan uttryckta (Foucault 1971/1993:18). Med detta avses att en aktör som uttrycker sig kring något inom en diskurs är tvingad att förhålla sig till och grunda sitt uttryck i det som redan har sagts. I sammanhanget vill jag påstå att begreppet belyser ett tydligt maktuttryck mellan positionerna i landstinget. Då politikerna och (i detta fall framför allt) sjukhusledningen har monopol på att presentera och forma de olika förslagen till beslut blir diskursen kring de aktuella förändringarna direkt formad av detta. Varje svar från sjukhuspersonalen blir en kommentar som måste förhålla sig till det ursprungliga förslaget, vilket innebär att debatten redan från start fått en prägel av de åsikter som ursprungligen framförts. Det bör betonas att de ursprungliga förslagen enligt diskursens regler i sin tur är en kommentar, formad av diskursen som den sett ut vid dessa tillfällen. Ett tydligt exempel på detta är inflytandet som Socialstyrelsens rapport hade på förslaget om akuten. Trots detta finns det en tydlig diskrepans i möjligheterna att forma villkoren för debatten. Denna diskrepans har sin grund i hur det politiska kapitalet är fördelat, där sjukhusledningen och politikerna besitter avsevärt större förmåga att sätta villkor för hur förändringarna kan diskuteras.

Den analyserade kommunikationen har vidare skett inom ramarna för den begränsande princip Foucault kallar *ritualen* (Foucault 1971/1993:28). Principen avser att de olika sammanhang i vilka yttranden sker innehåller vissa diskursivt styrda regler. Detta rör sig om att aktörer tilldelas olika roller och förhåller sig till regler om hur de i situationen ska bete sig, vem som får tala vid ett givet ögonblick och vad som får sägas. Det framträder ett stort antal viktiga ritualer som omgett förändringarna. Tydliga sådana är i form av möten och demonstrationer, men även att de omständigheter som omger skrivandet av debattartiklar bör betraktas som en ritual, eftersom formatet för med sig vissa krav på utformning och innehåll.

Definitiva slutsatser baserade på hur dessa ritualer faktiskt sett ut och rent praktiskt gått till kommer inte att presenteras, då detta hade krävt material insamlat genom observationer och

deltagande. Det går dock att dra vissa slutsatser om dessa ritualer baserat på hur de beskrivs av aktörerna som deltagit i dem. Nedan diskuteras främst möten i egenskap av ritualer. Under båda förändringarna har den direkta interaktionen mellan personalen på de berörda avdelningarna och sjukhusledningen samt politikerna skett under specifikt ritualiserade omständigheter.

Sjukhusledningen har deltagit i flera möten med personalen angående de båda förändringarna, vilket beskrivs som ett sätt att involvera personalen i förändringen såväl som att informera dem om denna. Det råder dock en något paradoxal uppfattning kring dessa möten hos personalen. De talar om det som någonting positivt, där de upplever att de fått vara delaktiga och involverats i förändringarna. Samtidigt påpekas frekvent att de åsikter de uttryckt och den information de kommit med inte har tagits hänsyn till vid besluten.

[Cheferna] var villiga att prata, men sen så kunde de inte göra någonting ju. Det är ju en annan sak. (Sjuksköterska, f.d. IVA)

[Förvaltningschefen] kom och personalen hade möjlighet att ställa frågor och tala om vad de tyckte och tänkte. Så att, där måste jag säga att han gjorde ett väldigt bra jobb. Han var tillgänglig och lyssnade på personalen. Även om beslutet redan var fattat så hade de en möjlighet att framföra åsikter och fråga. (Avdelningschef, akuten)

Möten av den här typen tilldelar huvudsakligen personalen en roll som *åhörare*, vilka tar del av den information sjukhusledningen delar med sig av. Det uppstår ett tydligt maktförhållande, där personalen sätts i position att ställa frågor till sjukhusledningen om förändringen. Ledningen förväntas besitta samtlig information om förändringen och har makt att delge avdelningspersonalen denna. När personalen ges möjlighet att uttrycka åsikter blir detta i form av en fråga, där ledningen inte tar till sig utan besvarar denna. Dessa möten ges också en viss terapeutisk funktion och beskrivs i termer av att personalen får tala av sig och uttrycka sina känslor. Syftet är inte att kontakta personalen för att de ska kunna tillföra beslutet något, utan att bemöta det problem som personalens motstånd utgör.

Vid besluten kring ÖVA kallade personalen på dåvarande ÖVA och IVA in landstingspolitiker och verksamhetschefer till möten för att diskutera beslutet. Bilden av dessa möten skiljer sig starkt mellan hur en sjuksköterska och en politiker beskriver dem.

Vi anordnade möten och bjöd in politiker. [...] Vi informerade dem om verksamheten på avdelningen. Och de var ju imponerade och så, man trodde ju att, 'Nej, de kan säkert inte stänga det här'. (Sjuksköterska, f.d. kardiologen)

[Avdelningspersonalen] framförde sina farhågor. Sin ängslan: "Hur ska det gå, hur ska detta bli, det här kommer inte bli bra", och sådär. (Oppositionspolitiker)

Avdelningspersonalen betraktade sin roll i dessa möten som en möjlighet att aktivt bidra till beslutets utformning, medan politikerna såg dem som ytterligare sätt att bemöta oro och känslor hos personalen. Som beskrivs ovan finns det olika uppfattningar om olika möten hos vårdpersonalen, trots att alla möten har fyllt en liknande funktion för sjukhusledningen och de politiker som deltagit. Detta beror på de olika förväntningar de har haft på mötenas syfte. I de fall där det har funnits ett antagande att syftet med mötet varit att bli informerade eller få sin oro bemött uppvisar personalen en viss nöjsamhet med, eller åtminstone acceptans för, dess utgång. Vid vissa andra möten, där det istället har funnits ett antagande om att deras roll på mötet inneburit att de aktivt bidragit till beslutets utformning, uppvisas istället en besvikelse.

[Diskussionen om akuten] hade ju förts bland... Ja, ursprunget är ju av patientsäkerhetsskäl inom patientsäkerhetsavdelningen av chefläkarna. Sedan har det diskuterats tillsammans med verksamhetscheferna och sen har det ju varit en politisk diskussion förstås. Och när vi väl kommit så långt att vi såg att det här var den enda vägen att gå så var det ju en diskussion med berörd personal förstås.

(Förvaltningschef, Blekingesjukhuset)

Som citatet ovan visar valde sjukhusledningen att föra en diskussion med personalen på akuten först efter att de kommit fram till att beslutet måste fattas. Personalens involvering blir en fråga om formaliteter och att övertyga personalen om det redan fattade beslutet. Detta är en del av de övergripande diskursiva begränsningar som nekar avdelningspersonalen ett aktivt deltagande i beslutsprocessen. Till stor del styrs interaktionen mellan ledning och personal av den tidigare uppfattningen om personalens känslomässighet, vilket inte minst uppfattningen om mötenas terapeutiska funktion visar. Mötena konstrueras som ritualer med syfte att bemöta oro och minska rädsla, någonting som är separat från att fatta och diskutera beslutet. Diskrepansen i förståelsen av mötena indikerar att det är sjukhusledningen och politikerna som har monopol på att definiera syftet med dem, oavsett vem som kallat till mötet. Det är ett uttryck för deras förmåga att utöva legitimt symboliskt våld.

4.4 Expertis och personlig auktoritet

Bemyndigande är en form av legitimering som refererar till någons eller någontings inneboende auktoritet, där vidare argument än så är överflödiga (Van Leeuwen 2007:94). Det förekommer flera undergrupper till bemyndigande, varav huvudsakligen två är relevanta till diskussionen nedan. *Personlig auktoritet* (*personal authority*) avser legitimering som utgår ifrån en viss personlig status, som en individ tilldelats genom sin position i en institution (ibid.). *Expertauktoritet* (*expert authority*) syftar på legitimering genom den expertis en individ eller institution besitter (Van Leeuwen 2007:94f). Detta skiljer sig från personlig auktoritet i och med att det inte grundar sig på individens status, utan en övertygelse om att denne innehar stora kunskaper inom ett specifikt område. Med expertauktoritet följer också att experten utfärdar rekommendationer och försäkran om hur läget ser ut (Van Leeuwen 2007:95).

Begreppen placeras här in i Bourdieus teorier genom att betrakta denna auktoritet som ett uttryck för maktstrukturer bestämda av de kapitaltillgångar en individ har i sin position. De två olika varianterna tolkas här som uttryck för två olika aspekter av resurser inom fälten. Personlig auktoritet är huvudsakligen beroende av hur stark en aktörs totala kapitalmängd är i ett visst fält, medan expertauktoritet vilar på att aktören har en stor mängd av ett specifikt kapital som är viktigt i ett visst sammanhang.

Denna form av legitimering kan vidare betraktas som en form av den begränsande mekanism Foucault benämner *författarfunktionen*, och innebär att vetenskapen om vem som står bakom ett visst yttrande låter oss fylla yttrandet med betydelser som är beroende av de egenskaper och upplevelser som vi kopplar samman med avsändaren (Foucault 1971/1993:20f). Principen går dock inte att direkt jämföra med bemyndigande som legitimering, utan omfattar också personens habitus i och med att ytterst personliga erfarenheter och egenskaper kan vara i fokus. Vidare syftar författarfunktionen på de implicita värderingar som diskursivt tillskrivs en text, medan de bemyndigandeprinciper som diskuteras nedan huvudsakligen berör direkta hänvisningar till egen och andras auktoritet. Det sätt dessa principer begränsar diskursen, det vill säga författarens påverkan på hur texten uppfattas av mottagaren, är dock mycket snarlika. Bemyndigande kan betraktas som ett slags synliggörande av författarfunktionen, där dessa underliggande uppfattningar blir direkt hänvisade till.

Politiker motiverar sina beslut med att de har erhållit auktoritet genom att bli valda, och därmed kan tala för sina väljare. På så sätt översätter man allmänhetens eller väljarnas tilltro till en personlig auktoritet som är knuten till en position inom det politiska fältet.

Vi tolkade våra väljares vilja rätt. Redan innan de kunde säga något.
(Oppositionspolitiker)

Jag menar tvärtom att jag som politiker inom hälso- och sjukvården måste fatta de beslut som bäst gagnar Blekingebornas hälsa utifrån de förutsättningar vi har. Det är det jag har lovat mina väljare att arbeta för. (Pettersson 2012b)

Genom att sätta likhetstecken mellan det som uppges vara politikerns uppgift och det som politiker gör ges här sken av att dessa politiska handlingar i princip alltid är korrekt grundade i en auktoritet som vilar på att man talar för folket eller väljarna.

Sjukvårdspersonalen hänvisas enbart till i egenskap av experter (vilket framstår som något paradoxalt med tanke på att de samtidigt är utpekade som opålitliga och känslomässigt styrda). Det är inte minst viktigt när det kommer till att lyfta fram den egna kompetensen. Expertauktoriteten framstår särskilt tydligt i uppfattningarna kring den egna rollen på möten som diskuteras ovan, men genomsyrar hela argumentationen kring förändringarna. Sjukhusledningen axlar däremot växelvis båda dessa auktoriteter. Inom det medicinska fältet har de en stark personlig auktoritet genom den dominant position cheferna erhåller. Utanför detta fält agerar de däremot i egenskap av experter. Den medicinska expertisen hos sjukhusledningen och personalen på avdelningarna används också av politiker för att stödja den egna åsikten.

I vår landstingsgrupp har vi en ordinarie ledamot här ifrån Karlshamn, en kvinna som jobbade på IVA. Hon var vår sakkunnige i den här frågan, kan man säga. En bättre sakkunnig än så kan man ju inte hitta. Så mycket av det resonemang som vi byggde vårt ställningstagande på fick vi ifrån [henne]. (Oppositionspolitiker)

I exemplet kan vi också betrakta sjuksköterskans användande av sitt medicinska kapital i en politisk kontext som en möjlig konverteringsstrategi, där hon anpassar sitt medicinska kapital till det politiska fältet och skaffar sig en bättre position. Detta exemplifierar i så fall en ”individuell bana”, där en aktör skaffar sig en ny position i det sociala rummet oberoende av sitt tidigare sociala sammanhang (Bourdieu 1993:265f)

Värt att notera är att politiker i det studerade materialet enbart gör direkta hänvisningar till enskilda aktörer med medicinsk expertis som också har ett visst politiskt kapital. Undantag är abstrakta och svepande termer om uppfattningar hos avdelningen eller personalen som helhet. Hänvisningarna görs också med vaga referenser till vad det faktiska expertutlåtandet innebär, utöver att det stöder den egna åsikten. På så sätt kombineras referensen med ett närmast blint antagande för kompetensen hos experten i fråga. Det som är av vikt i expertrollen är hur stort aktörens kapital är och vilka symboliska värderingar som knutits an till detta. Medicinskt kapital är i stor utsträckning mycket abstrakt utanför det medicinska fältet, men är samtidigt ett starkt symboliskt kapital genom de oerhört positiva konnotationer som medföljer det.

[Det är] sjukhusledningen som har tagit beslut om vad som ska sparas in på och hur man ska göra organisationsförändringar. För jag menar politikerna har ju inte kännedom om hur det är in i minsta detalj. Det är ju så att de lyssnar ju på sjukhusledningen, och de gör ju som de säger. Om de föreslår en sak så väger det medicinska väldigt högt där. Kommer läkarna och säger en sak så lyssnar de jättemycket på dem, och kommer sjuksköterskor och undersköterskor och säger en sak så känner man inte att de lyssnar lika mycket på oss. (Sjuksköterska f.d. IVA)

Citatet ovan fångar träffsäkert in hur det medicinska kapitalet fungerar utanför det medicinska fältet. Det överensstämmer också mycket väl med Bourdieus teori, där aktörer med en större kapitalmängd i det egna fältet har större chans att påverka maktens fält (Bourdieu 1995a). Skillnaden i kapitalmängd mellan sjuksköterskor och läkare (vars yrkestitlar är ett uttryck för hur kapitalet är objektiverat) spelar stor roll i det större sammanhanget.

De två auktoritetstyperna är mycket talande för det kapitalinnehav som står att finna hos de olika aktörerna och positionerna. Att personlig auktoritet framgångsrikt kan användas för att hävda en åsikt tyder på att aktören innehar en sammantaget stor mängd erkänt kapital inom det aktuella fältet, vilket har gett denne en hög position med inneboende makt. Auktoritet genom expertis grundar sig däremot inte i en på förhand given auktoritet, utan lyfter aktivt fram aktörens kapitalinnehav som någonting viktigt och gör en ansats till att stärka dettas värde i processen. Detta säger därför inte lika mycket om positionen i fältet som innehavet av ett specifikt kapital (även om det inte utesluter en god position). Genom att ha studerat hur dessa former av bemyndigande används av olika aktörer i frågan kan vi få ytterligare inblick i hur maktkampen och kapitalfördelningen på de studerade fälten ser ut.

Den politiska auktoriteten är institutionellt befäst i de positioner som politiker har erhållit. Sjukhusledningens roll är ett mellanting, där de både figurerar som innehavare av en personlig auktoritet såväl som en expertauktoritet. I egenskap av sin position inom organisationen har de en stark personlig auktoritet att bestämma och avgöra i frågor, en auktoritet som är förankrad i det politiska kapital de innehar (ett kapital som är nödvändigt för att kunna agera inom denna position). Samtidigt erhåller de en expertroll i och med det starka medicinska kapital de har som utbildade läkare. Den övriga sjukvårdspersonalen, och då i störst utsträckning sjuksköterskorna, hänvisar till sin expertis och kunskap i frågan. Detta är ett sätt att belysa det egna kapitalet som viktigt, och omfördela kapitalfördelningen i fältet för att gynna det medicinska kapitalet. På så sätt är det en försvarsmekanism som resultat av, eller motreaktion mot, deras position som dominerade inom såväl landstinget som maktens fält.

4.5 Insikt och översikt – två olika verkligheter

Som tidigare diskuterats råder en utbredd föreställning bland samtliga aktörer att de skillnader i åsikt som förekommer är ett resultat av okunskap eller bristande fakta hos den andra parten. Samtliga aktörer hävdar därför att deras kommunikation syftar till att skapa *förståelse* hos mottagaren. Då aktörer anser att de själva sitter inne med den sanna och korrekta informationen krävs bara att mottagaren förstår denna för att de ska hålla med. De åsikter som är motsatta den egna påpekas ofta bygga på missuppfattningar och brist på relevant kunskap.

Denna uppfattning är en del av den diskursiva motsättning mellan det sanna och det falska som kontrollerar diskursen. Det framkommer dock även en annan intressant aspekt av diskussionen när vi börjar granska vad de olika aktörerna framhåller som sann information vilken styrker deras åsikt. Skillnaden i hur aktörer värderar information har sin grund i att de fokuserar på en av två olika aspekter av verksamheten – insikt i arbetet på avdelningarna och översikt över landstinget och sjukhuset i stort. Här förekommer en tydlig skillnad mellan de olika positionerna, där sjuksköterskorna betonar vikten av insikt medan politikerna och sjukhusledningen talar om verksamheten ur ett bredare perspektiv. Personalens inställning till möten som diskuteras ovan ger tydligt uttryck för denna uppfattning.

Vi hade en gedigen genomgång av vad avdelningen sysslade med, för vi tänkte att '[Politikerna] vet inte detta och de förstår inte det'. Det visste de nog inte heller. Så vi gick igenom både slutenvården och öppenvården och resultaten man hade genom nationell statistik och så. [...] De är för dåligt insatta i verksamheten, det känns så. De

sitter och bestämmer. De är inte ute och ser konsekvenserna av det sen, för patienternas del (Sjuksköterska, f.d. kardiologen)

Det fanns redan innan mötet ett antagande om att landstingspolitikerna inte visste om hur verksamheten på avdelningen sköttes, vilket pekats ut som anledningen till att de hade föreslagit en förändring från första början. Besluten påstås vara frikopplade från objektivt rådande förhållanden på sjukhuset då beslutsfattare inte förstår eller ser konsekvenserna av förändringarna. Möten betraktades som sätt att presentera den här informationen, vilket förväntades ändra politikernas åsikt kring beslutet. En liknande uppfattning råder också kring sjukhusledningen.

Ja, det är det här hierarkiska som är i landstinget. Att man inte lyssnar mycket på sina medarbetare. Utan man sitter där uppe och tar sina beslut och lyssnar på varandra i linjeorganisationen. (Sjuksköterska, f.d. IVA)

Ja, jag hade ju verkligheten och verksamheten som jag kunde på mina fem fingrar då. Så jag tycker att [sjukhusledningen] kunde lyssnat lite mer på det. Ja, lyssnade gjorde de väl, men åtgärderna var ju en annan sak. (Avdelningschef, akuten)

Även här antyds att besluten är ett resultat av att sjukhusledningen inte ser konsekvenserna av dem, eller lyssnar på de som berörs. Argumentationen är i princip identisk med den som berör beslutsfattarna. Även om den andra parten har tagit del av informationen upplevs det som att de inte haft förmåga att förstå den, eller aktivt bortsett ifrån den. Avdelningschefens påpekande om att denne ser ”verkligheten” medan sjukhusledningen inte gör det är mycket talande för skillnaderna i hur information värderas. Det som här upplevs som en verklighet är snarare resultatet av en specifik synvinkel. Om vi betraktar politikernas argumentation har den sin grund i ett mycket annorlunda och övergripande perspektiv.

Landstinget Blekinge har hamnat i en besvärlig situation. [...] En rad olika åtgärder har därför beslutats. Var och en av dessa är inte så stor, men tillsammans blir det betydande summor som gör att vi kan få bort underskottet och i fortsättningen fokusera på att utveckla sjukvården i stället för att ständigt tvingas jaga kostnader. (Sandström & Sällström 2009).

Här placeras fokus på hela landstingets övergripande situation och nedskärningen som resulterade i bildandet av ÖVA placeras i sammanhang som enbart en av ett antal förändringar som varit nödvändiga. De båda förändringarna placeras också frekvent in under

det långsiktiga målet att dela upp planerad och akut verksamhet mellan Karlshamn och Karlskrona. Detta är punkter och resonemang som ofta återkommer i politikernas yttranden (jämför till exempel Engellsson 2012c, Gillberg 2012, Mattsson & Svensson 2012).

Tätt knutet till denna motsättning finns en uppfattning om en slags rivalitet mellan verksamheten i Karlskrona och Karlshamn. Sjukvårdspersonalen på Karlshams lasarett talar ofta om att ”Karlskrona” – som i sammanhanget figurerar som en metonym för sjukhusledningen och landstingspolitikerna – aktivt försöker nedmontera Karlshamns sjukhus. De studerade förändringarna placeras därmed in som logiskt sammankopplade i en kedja av nedskärningar.

Ja, det var som jag sade innan, att jag tror de vill ha bort alla resurser till Karlskrona, att det är de som gäller. Karlshamn är liksom lillebror. De får ta det som inte Karlskrona vill ha helt enkelt, så är det. (Sjuksköterska, f.d. kardiologen)

Man känner ju många gånger att det är Karlskrona som bestämmer över Karlshamn och... Och där borta sitter både politikerna och ledningen. (Sjuksköterska, f.d. kardiologen)

Uppfattningen ovan är utbredd bland sjukhuspersonalen, som känner sig maktlös inför de olika beslut som fattas. Den hänger också ihop med tankar om att de båda förändringarna är logiskt sammankopplade eller delar i en större kedja av nedskärningar.

Hade vi haft en IVA hade vi kunnat lägga upp de här patienterna som blev så dåliga. Men då kan de säga att ’nu har vi ingen IVA i Karlshamn, och då kan vi stänga’. Vilket var deras fel från början, att de lade ned IVA. (Sjuksköterska, akuten)

Även om uppfattningen inte delas av andra aktörer är den så pass starkt förankrad att även politikerna och sjukhusledningen är tvungna att ta den i beaktning vid sin argumentation om förändringen, om än för att påpeka att den är felaktig. Detta är ytterligare ett exempel på hur kommentaren som utestängningsmekanism formar en diskurs.

Notera att jag skriver Blekingeborna. Det gör jag just därför att jag tycker det är fel att dela upp länet i två delar. Den uppdelningen hämmar vårt läns utveckling. (Pettersson 2012b).

Citatet ovan är ett typiskt exempel på hur uppfattningen hanteras. Dels motbevisas idén om att politikerna sätter Karlskrona framför Karlshamn, dels poängteras att det är en översiktlig bild

av länet som appliceras och är viktig för att fatta beslut. Liknande resonemang, med betoning på gemenskap, sammanhållning och helhetsbilder återfinns frekvent i politikernas argumentation (Jämför Högelius 2012, Sandström & Sällström 2010). Vidare förklaras uppfattningen även i detta sammanhang med personalens instinktiva och känslomässiga reflex att skydda sin arbetsplats.

Man värnar ju medvetet eller omedvetet om sitt eget revir, vilket naturligtvis gjorde personalen och allmänheten [i västra Blekinge] rätt misstänksamma. De betraktar alla förändringar som negativt för Karlshamn. (Oppositionspolitiker)

Insikten vänds till något negativt, där personalen inte porträtteras som besittande viktig kunskap, utan snarare som närsynta och alltför känslomässigt bundna för att göra en rimlig bedömning av läget. Resonemanget från politikernas sida som hittills beskrivits förs också av sjukhusledningen, där betoningen ligger på en översiktlig bild av sjukhusets verksamhet.

Det är ju en diskussion som vi har just nu också med politiken om hur den framtida sjukvården ska se ut inom Blekinge. Där är ju det uttryckliga uppdraget att hitta delar av vården som vi ska ha i Karlskrona och andra delar som vi ska ha i Karlshamn. (Förvaltningschef)

Citatet ovan berör personalens uppfattning om att Karlshamn monteras ned, vilken förklaras som ett missförstånd av diskussionen som förs kring hur sjukvården ska organiseras på ett övergripande plan. Ett annat tydligt uttryck för detta fokus på en övergripande förståelse står att finna i en debattartikel skriven inför bildandet av ÖVA, där sjukhusledningen anger den dåvarande lågkonjunkturen som främsta orsaken till nedskärningarna (Johansson et al. 2009).

Uppfattningen om en motsättning mellan Karlshamn och Karlskrona knyter an till samtliga utestängningsmekanismer som diskuterats i tidigare avsnitt. Det är också ett av de tydligaste uttrycken för det maktförhållande som råder mellan de studerade aktörerna. Då uppfattningen om en aktiv nedmontering av Karlshamn styrks eller förkastas av de olika aktörerna framstår motsättningen mellan insikt och översikt väldigt klart. Sjukhuspersonalen beskriver ledningen och politikerna som fränkopplade verksamheten, och menar att denna påstådda nedmontering är ett resultat av att de styrande inte ser hur verksamheten sköts eller varför den behövs. När politikerna och sjukhusledningen försöker motbevisa påståendet pekars det istället på att det är resultatet av att personalen saknar förmåga att se hur nedskärningarna i själva verket är separata beslut som grundar sig på en helhetsbild av landstingets verksamhet.

Den beskrivna motsättningen mellan insikt och översikt har inte huvudsakligen sitt ursprung i spelreglerna för landstinget som fält, även om den som demonstrerat spelar en viktig roll i det. Den är snarare ett uttryck för värden som står att finna i de två fält som överlappar landstinget, det medicinska och politiska. Citatet nedan är ett tydligt exempel på hur en medlem i det medicinska fältet värderar politiska och medicinska kunskaper olika.

Chefer vi har nu har ju varit läkare, så de kanske kan se det. Men våra politiker ser det definitivt inte. (Sjuksköterska, akuten)

Kunskap i form av insikt om avdelningen och de medicinska processer som pågår där väger tungt i det medicinska fältet och har därmed ett stort värde för dess medlemmar. Medicinskt kapital i denna form är dock inte erkänt bland övriga aktörer i landstinget, och erhåller där ett relativt lågt värde. Översiktlig kunskap värderas däremot högt i det politiska fältet, där beslut om frågor inom vitt skilda områden måste tas och helhet prioriteras framför detaljer. Inom fälten förekommer två skilda diskursiva system där information värderas på mycket olika grund. Ur ett diskursivt perspektiv är detta mycket snarlikt vad Foucault kallar *disciplinens princip*. Trots att Foucault i sammanhanget talade om akademiska områden är detta applicerbart på fält i Bourdieus bemärkelse. Begreppet avser den samling av regler och metoder som finns inom ett specifikt fält, vilka utgör ett ”anonymt system” inom vilket vi kan konstruera nya yttranden så länge vi håller oss till reglerna (Foucault 1971/1993:22). Discipliner får på så sätt en slags uppsättning egna krav för att definiera sant och falskt, eftersom vi inom dessa är begränsade av de tidigare yttrandena, och vad som anses vara en rimlig ”teoretisk horisont” (Foucault 1971/1993:3ff). Aktörernas habitus har präglats av systemen i deras huvudsakliga fält, och de har därmed tagit med sig de värderingssystem som är aktiva i dem. Dessa dispositioner spelar en avgörande roll för de möjliga handlingar och ställningstaganden en individ upplever som rimliga i en viss situation, vilket i sammanhanget har gett upphov till två perspektiv som upplevs som oförenliga och för varandra oförståeliga. Det som aktörerna upplever som okunskap eller ignorans hos varandra är i själva verket olika uppfattningar om vilka aspekter av frågan som upplevs vara viktigast.

5. Diskussion

Studien demonstrerar hur Foucaults teori om diskursiva gallringsprocedurer fruktbart kan kombineras med Bourdieus fältteori. Fältens inneboende spelregler kan med dessa teorier studeras utifrån hur de diskursivt särskiljer och begränsar aktörer på olika positioner. Gallringsprocedurerna garanterar att aktörerna i ett givet fält förhåller sig till de spelregler som präglar detta. Vidare kan vi också få en bild av hur diskursiva mekanismer begränsar utomståendes tillträde till fältet. Gallringsprocedurerna som beskrivs i studien är en form av *symboliskt våld* som utövas mot de dominerade i ett fält. De dominerande får genom de diskursiva mekanismerna företräde att uttrycka sig och tolka situationer efter sina egna dispositioner. De studerade förändringarna präglas starkt av dessa mekanismer, och det finns tydliga krav på aktörerna att förhålla sig till de regler som formar de befintliga diskurserna. Sjukvårdspersonalen stängs därmed i stor utsträckning ute från diskursen och har kraftigt begränsade möjligheter att handla inom den, samtidigt som politikerna och sjukhusledningen i egenskap av dominerande ges företräde att tolka situationer och mer obehindrat uttrycka sig.

Uppsatsen har inte lagt särskilt stor vikt vid den ideologiskt betonade debatt som sker inom det politiska fältet. Detta har legat utanför uppsatsens syfte och materialet har inte heller varit lämpligt för en sådan analys. Däremot vill jag poängtera att detta inte innebär att studien har blundat för olikheter inom det politiska fältet. Jag menar däremot att dessa olikheter enhetligt kan placeras inom den diskursiva ram vilken råder inom landstinget. Även om olika åsikter råder bland de folkvalda så är deras argumentation formad av samma regler.

Aktörernas positioner i landstinget har varit av stor vikt för resultaten som framkommit. Landstinget är något mer komplext än de andra två fälten, och det finns vissa aspekter som talar mot att betrakta det som ett fält. Detta gäller framförallt att de olika aktörernas habitus är väldigt heterogena, då dessa starkt har formats av deras lojalitet till de andra fälten. Aktörernas positioner gentemot varandra präglas dock starkt av den fältlogik som Bourdieu beskriver och begreppet har därför varit användbart i uppsatsen. Sättet landstinget fungerar på i egenskap av fält har stora likheter med det universitetsfält som beskrivs i Bourdieus *Homo Academicus* (Bourdieu 1996). Inom universitetsfältet placerar sig individer efter sin tillhörighet till andra sociala sammanhang, det vill säga de olika fakulteterna. Universitetsfältet fungerar som ett eget socialt rum, vilket dock påverkas av och reproducerar det övergripande sociala rummet och de maktförhållanden som står att finna där (Bourdieu

1996:75f). Därmed har inte bara intellektuella kapital, utan också ekonomiska och politiska kapital en stor betydelse i fältet (ibid.). Vi kan göra en liknande iakttagelse på fältet landstinget. De positioner som aktörerna erhåller inom detta fält liknar deras position i det sociala rummet eller maktens fält, där ett politiskt kapital är viktigare än ett medicinskt. Sjukhusledningen har, liksom aktörer i Bourdieus universitetsfält, anammat det starkare kapitalet och därmed ökat sin position i de båda rummen.

Mot denna bakgrund kan vi också få en viss insikt i hur aktörer tillsammans försöker utöva makt över fältet. Betraktar vi figur 1 kan vi se hur de olika positionerna ligger i relation till varandra. Sjuksköterskorna och avdelningschefen ligger nära varandra, varför de är benägna att slå sig samman för att utöva makt och distanserar sig själva från sjukhusledningen och i synnerhet från politikerna. Sjukhusledningen och politikerna närmar sig varandra men står inte i direkt närhet, vilket avspeglar sig i hur deras samarbete har sett ut. De har inkluderat varandra i processerna i långt större utsträckning än sjukvårdspersonalen, men betraktar sig som separata enheter (till skillnad från sjukvårdspersonalen som ofta har pratat om hela personalen på Karlshamns lasarett som ett "vi").

Avståndet mellan personalen och sjukhusledningen i det sociala rummet spelar också in i den skillnad i förståelse och värdering av information som demonstrerats. Som diskuterats är skillnaden till stor del ett resultat av att aktörernas dispositioner huvudsakligen formats i olika fält. Sjukhusledningen uttrycker dock ungefär samma värdering för översiktlig information som politikerna, om än med inslag av medicinsk information på ett mer generellt plan. Detta är något som är befäst i deras position, i vilken de är tvungna att anpassa sig till det politiska fältet då de närmar sig detta. Positionen kommer med ett krav på en helt annorlunda uppsättning praktiker än vad personalen på avdelningarna har. Detta är ett uttryck för hur yttre maktrelationer påverkar de inre logikerna hos fält, och hur även det medicinska fältet i viss utsträckning styrs av politiskt kapital.

På ett liknande sätt kan även medicinskt kapital sägas ha en påverkan på det politiska fältet. Aktörer inom det politiska fältet är i frågor som dessa beroende av ett visst medicinskt kapital för att förmå legitimeras sina ståndpunkter. Som demonstrerats sköts detta genom att inkludera och hänvisa till medicinska aktörer vilka har ett visst politiskt kapital (och som därmed står dem närmre i fältet) i diskussionerna. Trots att ett medicinskt kapital är nödvändigt för att kunna argumentera för ett beslut väger det politiska tyngre i beslutsprocessen. Detta beror till stor del på att det medicinska kapitalet inte erhåller samma betydelse i det sociala rummet och

det politiska fältet som det gör inom det medicinska. Inom det medicinska fältet finns en större hänsyn till de kvalifikationer som utgör kapitalet. Aktörer utanför det medicinska fältet har dock inte den insikt i fältet som krävs för att kunna göra samma nyanserade distinktioner som dess medlemmar, vilket innebär att aktörer med stor kapitalmängd och en hög position i fältet får företräde i samtliga frågor. Det medicinska kapitalet värderas kanske på ett mer direkt sätt utanför det egna fältet, där den upplevda legitimitet och trovärdighet som följer med en yrkestitel som t.ex. läkare är direkt knutna till en viss handlingskraft i maktens fält.

Det är också möjligt att spekulera i orsaken till personalens reaktioner mot förändringen. Vi kan betrakta förändringarna som något vilket går emot de preferenser som har sin grund i deras habitus. De intervjuade menar att förändrade arbetsuppgifter och kunskapskrav är en mycket negativ aspekt av de nya förhållandena. Det påpekas att sjuksköterskor har slutat på grund av förändringen, då de upplevde att förändringarna inte lät dem utöva sitt yrke.

IVA-personalen, många av dem har ju flyttat till Karlskrona eftersom vi inte har något IVA här. De vill behålla sin profession så att säga. De har flyttat på eget bevåg. (Sjuksköterska, f.d. kardiologen)

Detta poängteras vidare av att de som anställts på ÖVA efter förändringen upplevs vara långt mer positiva till hur verksamheten sköts. Detta kan ses som ett resultat av att deras habitus inte har formats av tidigare erfarenhet på avdelningarna.

Sen är det ju ganska många nya sjuksköterskor som inte ens har en historia på varken den ena eller andra avdelningen. Det är ju jättestor skillnad på dem, de är ju mycket mer positiva. (Sjuksköterska, f.d. IVA)

Avslutningsvis vill jag kort diskutera hur de tankar som framförts i uppsatsen kan byggas vidare på. Det vore intressant att med samma teoretiska ramverk studera andra delar av landstingsförvaltningen, såväl som liknande händelser i andra miljöer. I sådana fall skulle i synnerhet kompletterande observationer av den direkta interaktionen mellan de dominerande och dominerade aktörerna vara av intresse för att kunna dra mer långtgående slutsatser. Kombinationen av Foucaults och Bourdieus teorier kan vidare utvecklas långt mer än vad som gjorts i denna uppsats, som enbart gör en försiktig ansats att påvisa hur de kan komplettera varandra. Genom att ta in diskursiva utestängningsmekanismer i fler fältteoretiska arbeten är det möjligt att vidare utforska de möjligheter till ökad förståelse som denna kombination erbjuder.

Referenser

- Alvesson, M. (2000). *Kommunikation, makt och organisation. Kritiska tolkningar av ett informationsmöte i ett företag*. Stockholm: Norstedts Juridik AB.
- Andersson, M. (2011). Karlshamns akutvård strypps. *Sydöstran*, 8 november.
- Barlebo Wenneberg, S. (2010). *Socialkonstruktivism – positioner, problem och perspektiv*. Malmö: Liber
- Berger, P. & Luckmann, T. (1991). *The Social Construction of Reality – A Treatise in the Sociology of Knowledge* London: Penguin Books
- Bourdieu, P. (1991). *Kultur och kritik – anföranden av Pierre Bourdieu* Göteborg: Bokförlaget Daidalos
- Bourdieu, P. (1993). *Kultursociologiska texter*. Stockholm: Brutus Östlings förlag. Symposion
- Bourdieu, P. (1995a). *Praktiskt förnuft: Bidrag till en handlingsteori*. Göteborg: Daidalos
- Bourdieu, P. (1995b). *The Rules of Art: Genesis and Structure of the Literary Field*. Stanford: Stanford University Press.
- Bourdieu, P. (1996). *Homo Academicus*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings förlag. Symposion
- Broady, D. (1988). Kulturens fält – om Pierre Bourdieus Sociologi. *NORDICOM-Nytt/Sverige*, Nr 1-2, ss. 59-88.
- Broady, D. (1998) Inledning: en verktygslåda för studier av fält. I Broady, D. (red.) *Kulturens Fält – en antologi*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos
- Denscombe, M. (2009). *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur
- Emirbayer, M. & Johnsson, V. (2008) Bourdieu and organizational analysis. *Theory and Society*, vol. 37.

Fealy, G. (2007). A discourse analysis of debates surrounding the entry of nursing into higher education in Ireland. *International Journal of Nursing Studies*, vol 22, ss. 1187-1195.

Foucault, M. (1971/1993). *Diskursens ordning*. Stockholm: Brutus Östlings förlag. Symposion

Foucault, M. (1974/1993). *Övervakning och straff: Fängelsets födelse*. Lund: Arkiv förlag

Landstinget Blekinge. (2011). *Blekingesjukhuset*. [Hemsida] Tillgänglig:

<http://www.ltblekinge.se/halsaochvard/blekingesjukhuset.4.44822472110876093828000271.html>

[2012-12-07]

Trost, J. (2005). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur

Van Leeuwen, T. (2007). Legitimation in discourse and communication. *Discourse & Communication*, vol. 1, ss. 91-112.

Østbye, H. & Knapskog, K. & Helland, K. & Larsen, L. O. (2003). *Metodbok för medievetenskap*. Malmö: Liber ekonomi

Analyserade artiklar

Ahlstrand-Mårlind, I., Gärdebring, M. & Paulsson, M. ”Hörs inte ett knyst om akuten” (2012). [Elektronisk] *Blekinge Läns Tidning*, 10 mars. Tillgänglig: Retriever [2012-12-19]

Englesson, A. ”Min beundran förbyttes till motsatsen” (2012a). [Elektronisk] *Blekinge Läns Tidning*, 17 april. Tillgänglig: Retriever [2012-12-19]

Englesson, A. ”Därför måste akuten stängas” (2012b). [Elektronisk] *Blekinge Läns Tidning*, 24 april. Tillgänglig: Retriever [2012-12-19]

Englesson, A. ”Hur vill M rädda akutens öppettider?” (2012c). [Elektronisk] *Blekinge Läns Tidning*, 6 september. Tillgänglig: Retriever [2012-12-19]

Englesson, A. ”M har inget att komma med” (2012d). [Elektronisk] *Blekinge Läns Tidning*, 13 september. Tillgänglig: Retriever [2012-12-19]

Ericsson, B. ”Fakta angående akutmottagningen i Karlshamn” (2012). [Elektronisk] *Blekinge Läns Tidning*, 11 april. Tillgänglig: Retriever [2012-12-19]

Gillberg, A. "Vad är det som är på gång i västra Blekinge?" (2012). [Elektronisk] *Sydöstran*, 7 februari. Tillgänglig: Retriever [2012-12-19]

Högelius, S. "Personalen på landstinget Blekinge gör att vi kan känna oss trygga" (2012). [Elektronisk] *Sydöstran*, 18 februari. Tillgänglig: Retriever [2012-12-19]

Ivarsson, G. & Karlsson, L. "Vi i Centerpartiet är väldigt intresserade av deras alternativ" (2012). [Elektronisk] *Blekinge Läns Tidning*, 14 mars. Tillgänglig: Retriever [2012-12-19]

Jansson, C. "Socialstyrelsens krav går inte att uppfylla" (2012a). [Elektronisk] *Blekinge Läns Tidning*, 27 mars. Tillgänglig: Retriever [2012-12-19]

Jansson, C. "Miljöpartiet: akuta problem i Karlshamn" (2012b). [Elektronisk] *Sydöstran*, 31 mars. Tillgänglig: Retriever [2012-12-19]

Johansson, G., Larsson, I., Pripp, C., Svanell, J. & Troëng, T. "En god hjärtsjukvård till alla Blekingar" (2009). [Elektronisk] *Sydöstran*, 4 april. Tillgänglig: Retriever [2013-01-19]

Johnson, B., Sandström, K. & Sällström, M. "Påfrestande utmaning väntar" (2009). *Blekinge Läns Tidning*. 25 mars.

Mattsson, P. "Fakta saknades vid torgmötet om akutmottagningen" (2012). [Elektronisk] *Blekinge Läns Tidning*, 30 mars. Tillgänglig: Retriever [2012-12-19]

Mattsson, P. & Svensson, S. "Vill M verkligen flytta akuten?" (2012). [Elektronisk] *Blekinge Läns Tidning*, 13 mars. Tillgänglig: Retriever [2012-12-19]

Andréasson-Sjödin, J., Mattsson, P. & Sandström, K. "Så kan akutsjukvården förändras" (2012). [Elektronisk] *Blekinge Läns Tidning*, 23 mars. Tillgänglig: Retriever [2012-12-19]

Personal på övervakningsavdelningen BLS Karlshamn. "Visa effekterna av besparingen" (2009). [Elektronisk] *Blekinge Läns Tidning*, 12 december. Tillgänglig: Retriever [2012-12-19]

Personal ÖVA Karlshamn. "Frågor kvar om vård i Karlshamn" (2009). [Elektronisk] *Blekinge Läns Tidning*, 22 december. Tillgänglig: Retriever [2012-12-19]

Personalen, avd C. "Patientsäkerheten hotad" (2009). *Blekinge Läns Tidning*, 1 april.

- Personalen Akutmottagningen Karlshamn. ”Varför inte fördela resurserna lika?” (2011). [Elektronisk] *Blekinge Läns Tidning*, 22 november. Tillgänglig: Retriever [2012-12-19]
- Personalen Cardiologen Karlshamn. ”Vad är det för ’räddning?’” (2009). [Elektronisk] *Sydöstran*, 25 april. Tillgänglig: Retriever [2012-12-19]
- Petersson, P. ”Ge oss chans till synpunkter” (2010). [Elektronisk] *Blekinge Läns Tidning*, 26 januari. Tillgänglig: Retriever [2012-12-19]
- Petersson, P. ”Vad vill Moderaterna med akuten?” (2012a). [Elektronisk] *Blekinge Läns Tidning*, 24 mars. Tillgänglig: Retriever [2012-12-19]
- Petersson, P. ”Petronella Petersson svarar Kjell-Åke Björklund direkt” (2012b). [Elektronisk] *Sydöstran*, 23 oktober. Tillgänglig: Retriever [2012-12-19]
- Prenzlau Johansson, K. ”Enligt förslaget ska patienter med trombolyslarm tas emot dygnet runt” (2012). [Elektronisk] *Blekinge Läns Tidning*, 28 mars. Tillgänglig: Retriever [2012-12-19]
- Sandström, K. & Sällström, M. ”Påfrestande förändring” (2009). [Elektronisk] *Blekinge Läns Tidning*, 5 december. Tillgänglig: Retriever [2012-12-19]
- Sandström, K. & Sällström, M. ”Obefogad oro om sjukhuset i Karlshamn” (2010). [Elektronisk] *Sydöstran*, 23 januari. Tillgänglig: Retriever [2012-12-19]
- Skörsemo, J. ”Ökat behov av sjukvård med alliansens politik” (2012). [Elektronisk] *Blekinge Läns Tidning*, 05 april. Tillgänglig: Retriever [2012-12-19]
- Wendt, A. ”Wendt om sjukvården: Signalerna kan inte längre ignoreras” (2010). [Elektronisk] *Blekinge Läns Tidning*, 26 januari. Tillgänglig: Retriever [2012-12-19]
- Wendt, A. ”Har S glömt bort sina vallöften?” (2012a). [Elektronisk] *Blekinge Läns Tidning*, 15 mars. Tillgänglig: Retriever [2012-12-19]
- Wendt, A. ”Moderaterna hyllar principen om dialog” (2012b). [Elektronisk] *Blekinge Läns Tidning*, 17 mars. Tillgänglig: Retriever [2012-12-19]
- Wendt, A. ”Ja till nattöppet i Karlshamn” (2012c). [Elektronisk] *Blekinge Läns Tidning*, 30 mars. Tillgänglig: Retriever [2012-12-19]

Wendt, A. ”Vi vill att mottagningen ska vara öppen dygnet runt” (2012d). [Elektronisk] *Blekinge Läns Tidning*, 12 april. Tillgänglig: Retriever [2012-12-19]

Wendt, A. ”Majoriteten säger nej av ideologiska skäl” (2012e). [Elektronisk] *Blekinge Läns Tidning*, 26 april. Tillgänglig: Retriever [2012-12-19]

Wendt, A. ”M:s alternativ redan presenterat” (2012f). [Elektronisk] *Blekinge Läns Tidning*, 11 september. Tillgänglig: Retriever [2012-12-19]

Wendt, A. ”Det är bara väljarna som bestämmer över vår politik” (2012g). [Elektronisk] *Blekinge Läns Tidning*, 13 oktober. Tillgänglig: Mediarkivet [2012-12-19]

Bilaga

Nedan är en av de intervjuguider som användes. Guiden är utformad för personalen på sjukhusavdelningarna och variationer på guiden har gjorts med hänsyn till intervjupersonens professionella bakgrund samt den roll denna spelat vid förändringen. Samtalsämnena har varit desamma för samtliga intervjuer.

Intervjuguide

Introduktion

- Kan du berätta lite om dig själv?
- Hur länge har du jobbat på sjukhuset?
- Vad har du för arbetsuppgifter?

Förändringen

- Kan du beskriva förändringen?
- Varför tror du att förändringen genomfördes?
- Hur såg förändringsförloppet ut?
- Kan du berätta om vad förändringen innebar?
 - För dig? För andra?
- Vad tycker du om förändringen?
- Vad tror du att dina arbetskamrater/allmänheten/beslutsfattarna tycker om förändringen?

Kommunikation

- Hur och när fick du reda på att förändringen skulle genomföras?
 - Vem? Kommunikationskedja? Möten?
- Hur har du gjort för att föra fram dina åsikter?

- Med vilka har du kunnat diskutera förändringen?
 - Personal? Chefer? Beslutsfattare? Andra? Hur har detta gått till?
- Hur har du haft möjlighet att påverka förändringsprocessen?
- Hur tycker du att olika berörda parter har fått komma till tals?
- Hur har det gått till när ni skrivit debattartiklar?
- Vad tycker du om andra debattartiklar om förändringen?