

# ”Ett spel för gallerierna!”

En attitydundersökning av läkarnas bild av genomförandet av  
fusionen till Skånes universitetssjukhus

# Abstract

It's hard to find any hospital merger that has been a success. In spite of that, the politicians continue to merge hospitals in Sweden and internationally. It seems just like it has become a trend to merge hospitals.

One of the main reasons for unsuccessful hospital mergers is said to be resistance from doctors as a profession.

The purpose of this essay is to find out if the doctors as a profession are against hospital mergers and if so, why?

The questions that are evaluated in this essay are:

- (1) What understanding do doctors have concerning how the merger of Skånes university hospital (SUS) was undertaken?
- (2) What does it mean for the interpretation for the process of the merger to Skånes university hospital (SUS)?

I have interviewed doctors at Kvinnokliniken and I have sent an e-inquiry by email to doctors at Käkkirurggen and at Njurmedicinern.

Used theories are: bottom up/top down, professional bureaucracy organisations, professions, organizational changes and communication.

The results of the questions of this essay are: (1) the doctors do not feel that they have had any influence in the process of the merger and they also feel that the decisions are topdown and radical. Leaders have not been interested in doctor's opinion or their competence. (2) The analysis offers different ways of explaining how the merger to Skånes university hospital (SUS) was undertaken, according to doctors opinion.

*Keywords: hospital mergers, professions, influence, communication.*

Amount of Words: 12325 (inklusive alla källor och sidhänvisningar i löpande text).

# Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Inledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	Bakgrund .....	2
1.2	Fallet SUS .....	3
<b>2</b>	<b>Metod</b> .....	<b>6</b>
2.1	Arbetsgång .....	9
2.2	Intervjuer .....	10
2.3	Enkät.....	11
<b>3</b>	<b>Teoretisk referensram</b> .....	<b>13</b>
3.1	Utgångspunkter .....	13
3.2	Teorier .....	14
3.2.1	Top-down och bottom-up.....	14
3.2.2	Tankar om/ kritik mot teorier om top-down (Webers idealtyp) och bottom-up.....	14
3.2.3	Fusioner .....	15
3.2.4	Organisationsförändringar.....	15
3.2.5	Byråkratisk organisation, sjukhus och professioner.....	16
3.2.6	Tankar om/kritik mot teorier om byråkratiska organisationer, sjukhus och professioner.....	17
3.2.7	Tankar om/kritik mot Choisis teori om att administration och ledning halveras vid sjukhusfusioner.....	17
3.2.8	Kommunikation.....	18
3.2.9	Övrigt .....	18
<b>4</b>	<b>Fusionen enligt läkarna- empiri och analys</b> .....	<b>19</b>
4.1	Wilken bild har läkarna av genomförandet av fusionen till Skånes universitetssjukhus (SUS)? .....	19
4.1.1	Enkät svar .....	19
4.1.2	Intervjusvar.....	25
4.2	Vad innebär det för tolkningen av hur genomförandet av fusionen till Skånes universitetssjukhus (SUS) har gått till? .....	27
<b>5</b>	<b>Sammanfattande diskussion</b> .....	<b>31</b>
<b>6</b>	<b>Bilagor</b> .....	<b>34</b>
6.1	Bilaga 1: Beslutet om fusionen till Skånes universitetssjukhus (SUS).....	34
6.2	Bilaga 2: E-postmeddelande från Claes Arén .....	39

6.3	Bilaga 3: Intervjuguide/frågeformulär .....	40
<b>7</b>	<b>Referenser .....</b>	<b>42</b>
7.1	Litteraturförteckning .....	42
7.2	Artiklar .....	44
7.3	Rapporter .....	45
7.4	Offentliga utredningar .....	45
7.5	Hemsidor .....	45
7.6	Muntliga källor .....	47
7.6.1	Intervjuer med läkare på Kvinnokliniken på SUS .....	47
7.6.2	Intervjuer med sjukhusledningen på SUS .....	48

# 1 Inledning

I näringslivet misslyckas tre av fyra fusioner och i offentlig sektor är det färre än 25 % som lyckas (Sjukhusläkaren, 27/4-2011).

En förändring går inte att genomföra om man inte får med sig seniora läkare med stark informell makt som alla känner till, men som inte syns på papper. Läkare vet sin position och sin makt, men också hur man vill organisera sitt arbete (Läkartidningen, 27/4-2010).

Ovanstående citat illustrerar den allmänna uppfattningen att det är svårt för politiker att styra sjukvården. En vanlig uppfattning är att läkare som profession är emot sjukhusfusioner, och motarbetar de politiska besluten (Choi, 2011:92, 107; Bringselius, 2013:728).

Syftet med denna uppsats är att undersöka om läkarna som profession är emot sjukhusfusioner och i så fall varför. En magisteruppsats ger begränsningar både i tid och i omfång, därför har jag valt två frågor på en lägre abstraktionsnivå. Frågeställningarna för detta arbete är:

- 1) Vilken bild har läkarna av genomförandet av fusionen till Skånes Universitetssjukhus (SUS)?**
- 2) Vad innebär det för tolkningen av hur genomförandet av fusionen till SUS har gått till?**

Under de senaste tjugo åren har det gjorts en rad sjukhusfusioner i Sverige (Sjukhusläkaren, 27/4-2011). Samtidigt finns det väldigt lite forskning på området framför allt i Sverige men också internationellt (ibid.; Bringselius: 2013:726). Den forskning som finns utgår nästan uteslutande från enkelt mätbara variabler som t.ex. kostnad. Undersökningar som har gjorts har i stort bara utgått från politikernas, tjänstemäns och läkare i chefspositioners åsikter. Attitydundersökningar och analyser av sjukhusfusioner i Sverige utifrån läkarnas ("på golvet", frontlinjebyråkraternas) upplevelser är däremot ett i stort utforskat område. Denna uppsats vill bidra med ny forskning och ge kunskap om de upplevelser läkarna har av genomförandet av fusionen till Skånes universitetssjukhus (SUS).

Det är av största vikt att åsikterna bland läkarna ute i verksamheten kommer fram dels för att vi medborgare ska få en insikt om hur det ser ut och om läkarnas upplevelser skiljer sig från den bild som ges av personer på olika chefspositioner inom sjukhuset, av sjukhusledningen och av sjukvårdspolitiker i Region Skåne. Det är också viktigt för att politiker ska veta hur deras beslut genomförts och vilka konsekvenserna är, då denna kunskap ligger till grund för hur politikerna ska agera.

För att analysera frågan har jag valt att göra en attitydundersökning bland läkare på Skånes universitetssjukhus (SUS) genom att intervjua läkare på en utvald klinik, Kvinnokliniken (KK), samt att göra en elektronisk enkät som

distribuerats till två andra kliniker på SUS: Käkkirurgen (Kk) och Njurmedicinen (Njm).

Empirin kommer inte att presenteras i sin helhet. Empiri och analys presenteras i två skilda avsnitt i kapitlet Fusionen enligt läkarna- empiri och analys. Uppdelningen är dels gjord efter uppsatsens två frågeställningar, och dels för att göra det tydligare för läsaren. Så främjas intersubjektiviteten.

## 1.1 Bakgrund

Under de senaste 20 åren har antalet sjukhusfusioner ökat, både internationellt och nationellt (Choi, 2011:7, 26; Fulop et al., 2002). En av orsakerna är accelererande kostnader för sjukvården. I Sverige utgör hälso- och sjukvård en allt större del av BNP (McKinsey & Company, 2007:13). Region Skåne liksom flertalet landsting i resten av Sverige brottas med ekonomiska problem. Om kostnaderna fortsätter att öka i samma takt som hittills, kommer svensk sjukvård 2050 att utgöra 22 % av BNP (McKinsey & Company, 2007:2, 13). Orsakerna till de ökande kostnaderna är bl.a. vetenskapliga och tekniska genombrott, ökat välstånd, stigande medellivslängd, förändrad livsstil och högre krav från vårdkonsumenter. För att möta de ökande kostnaderna måste politiker antingen höja skatter eller finna andra lösningar (ibid.). En uppfattning bland politiker och ledande tjänstemän är att näringslivets organisation och metoder är mer effektiva än den offentliga sektorns sätt att fungera. Från 1980-talets början och framåt genomfördes olika reformer där marknadslösningar introducerades inom offentlig sektor i västvärlden, inte minst i Sverige. Denna trend går under namnet New Public Management (NPM) (Almqvist, 2006:9-12; Choi, 2011:15). Det är också i denna anda som fusioner av offentliga verksamheter, exempelvis av sjukhus, gör sitt intåg. Syftet med införandet av NPM och sjukhusfusioner var att rationalisera, spara pengar och att effektivisera (Läkartidningen, 27/4-2010). Ett annat mål var att förbättra vårdkvaliteten (ibid.).

Politiker i Skåne har under många år diskuterat att slå samman UMAS (Universitetssjukhuset Malmö Allmänna sjukhus) och USiL (Universitetssjukhuset i Lund). Antingen som i dag där båda sjukhusen rent fysiskt finns kvar eller genom att bygga ett nytt gemensamt sjukhus. Varför inte politikerna vid fusionen tog beslut om en fysisk fusion av de båda sjukhusen har ej sagts. Även efter fusionen till SUS har politiker diskuterat att bygga ett nytt gemensamt sjukhus, men diskussionerna har stannat just vid diskussioner.

En orsak till att politiker länge önskat slå samman UMAS och USiL är att sjukhusen geografiskt ligger knappt två mil ifrån varandra med i stort parallell verksamhet.

Utöver de två fusionerade universitetssjukhusen har Skåne för sin yta många sjukhus som ligger relativt tätt. Politiker har under åren diskuterat förändringar av sjukhuslandskapet i Skåne, bl.a. som en del av Skånsk Livskraft genom att bl.a. omfördela sjukvård och koncentrera akutverksamheten till vissa sjukhus (Region

Skånes hemsida, 1). Fusionen till SUS kan också ses som en del i en större förändring av Skånsk sjukvård.

Reformförslag och genomförande av organisationsförändringar, m.m. kan tolkas på skilda sätt beroende på t.ex. vad förslagen förknippas med, vilka motiv förslagsställaren tillskrivs och vilka erfarenheter som satt spår i organisationen (Bergström, 2002:48). Läkarprofessionens upplevelser av genomförandet av fusionen till SUS och läkares förtroende för sjukvårdsledning och sjukvårdspolitiker i Skåne kan således också ha påverkats av tidigare reformer som skett inom sjukvården i Skåne, som t.ex. att mödravården lagts ut på primärvården, införandet av LEAN, en arbetsmodell inspirerad av Toyotamodellen.

Att fusionen genomfördes i en tid av ekonomisk lågkonjunktur i Region Skåne, nationellt och internationellt påverkar själva fusionen men också tiden efteråt. Nedskärningar och besparingar ses lätt som effekter av fusionen men kan istället vara ett resultat av den ekonomiska situationen och något som hade drabbat vården oavsett beslutet att fusionera.

## 1.2 Fallet SUS

Efter årtionden av politiska diskussioner bildades Skånes Universitetssjukhus den 1 januari 2010. Beslutet togs snabbt och var oväntat då både politiker och tjänstemän tidigare tydligt uttalat att det inte skulle bli någon sammanslagning av de båda sjukhusen (Bringselius, 2012:5). Däremot ville politiker och tjänstemän att sjukhusen skulle utse de kliniker som ansågs utgöra deras nyckelverksamheter, kallat ”profilering” (ibid.).

Redan 2004 togs ett beslut inom ramen för Skånsk Livskraft om att alla sjukhusen i Skåne skulle bli kvar men med olika profilområden (Region Skånes hemsida, 2).

Proluma genomfördes i två omgångar under 2009. En del av de kliniker som ingick i Proluma hade kvar verksamhet på båda sjukhusen, medan andra flyttade all verksamhet till ett av sjukhusen (Bringselius, 2012:5). Kritiken var massiv, inte minst då det ansågs att detta beslut genomförts utan någon ordentlig analys samtidigt som en utomstående konsult fick oerhört stort inflytande på projektet (ibid.).

Beslutet om sammanslagning anmäldes då det inte ansågs vara juridiskt korrekt. Ett nytt beslut om fusion togs därför en kort tid efter (ibid.). Genomförandet gick sedan mycket snabbt (ibid.).

I dag är SUS ett av Europas största sjukhus (ibid.). Målet med fusionen var att öka konkurrenskraften ur ett svenskt och internationellt perspektiv, öka utrymmet för klinisk forskning samt öka attraktiviteten som arbetsplats (bilaga 1). Med sammanslagningen skulle också Universitetsmedicinskt Centrum (UMCS) bildas, här skulle sjukhusledningen och ledningen för Lunds Universitets Medicinska fakultet integreras (Region Skånes hemsida, 3). UMCS skall utgöra en plattform för och stimulera forskning i Skåne. Denna forskningsplattform ska möjliggöra

för Skåne att bli mer konkurrenskraftigt inom forskning och sjukvård i norra Europa (ibid.).

Forskning visar att det är få sjukhusfusioner som leder till de uppsatta målen (Läkartidningen, 27/4-2010). Trots det fortsätter politiker att fusionera sjukhus. Förvisso är en stor del av forskningen av fusioner gjord inom den privata sektorn, vilken inte tar hänsyn till de speciella förhållanden som råder inom den offentliga sektorn (ibid.). Likaså är en stor del av studierna av sjukhusfusioner gjorda i USA (Läkartidningen, 26/2-2008), vilket gör det svårt att dra några större slutsatser då sjukvårdspolitiken ser helt annorlunda ut i USA än i Sverige. Att betänka är också att de sjukhus som fusionerats i Sverige i stort bara är universitetssjukhus. Universitetssjukhus är ett sjukhus som förutom sjukvård på alla nivåer (läns -, region - och rikssjukvård) också bedriver medicinsk forskning och utbildning av läkare (SOU 2009:43, slutbetänkande av utredningen av den kliniska forskningen). Sverige har sju universitetssjukhus. Av dessa universitetssjukhus har Sahlgrenska universitetssjukhuset och Karolinska universitetssjukhuset genomgått fusioner. Sahlgrenska universitetssjukhuset fusionerades 1997 (Sahlgrenska sjukhuset, Östra sjukhuset och Mölndals sjukhus) och Karolinska universitetssjukhuset fusionerades 2004 (Huddinge universitetssjukhus och Karolinska sjukhuset) (ibid.). Att länder har väldigt olika sjukvårdssystem gör att det är svårt att göra jämförelser.

I en studie utförd mellan åren 1987 och 1990 i USA finner Sinay signifikanta kostnadsminskningar knutna till fusionen. De studerade sammanslagningarna motsvarade i storlek fusionen till SUS (Sinay, 1998: 94-95). Efter sammanslagningen var antalet sängar i snitt cirka 400. SUS har i dag ca 1750 inneliggande patienter (Region Skånes hemsida 4). Connor et al., (1998:159-180) har också funnit att sjukhus som slagits samman har en långsammare kostnadsökning. Kjekshus och Hagen (2007:230-235) har genomfört en studie på den norska marknaden av sjukhussammanslagningar med omfattande radikala omorganisationsprocesser vilken visar att de inte leder till kostnadsminskningar eller effektivare vård, mer än i undantagsfall. Lundbäck och Söderström (2002:6, 31-47) visar att stora sjukhus inte är mer effektiva än medelstora och små sjukhus, vilket de båda författarna menar att också all tidigare forskning visat. Huruvida fusionerna av universitetssjukhusen i Göteborg (Brorström, 2004:117) och i Stockholm (Sjukhusläkaren, 27/4-2011) blev lyckade råder det delade meningar om. Fusionen i Göteborg har krävt fyra omorganisationer varav en större sedan fusionen 1997 för att nå dit sjukhuset är i dag (Brorström, 2004:109-117). Det indikerar att sjukhussammanslagningar är både tids- och resurskrävande. Sammanslagningen av sjukhusen i Stockholm sägs ha gjort organisationen mer toppstyrd (McKinsey & Company, 2007:47). De tidigare kulturskillnaderna mellan de båda sjukhusen upplevs ha ökat efter fusionen liksom revirtänkandet (McKinsey & Company, 2007:48-49).

Enligt Bringselius krävs det att ledningen har personalen med sig vid stora organisationsförändringar, då personalen utgör en stor kraft i organisationen (Bringselius, 2008:5). Vid sammanslagningen i Stockholm upplevde personalen att bristen på kommunikation och möjlighet att påverka i uppbyggnaden vara stora problem (McKinsey & Company, 2007:50). Bringselius forskning om fusioner visar bl.a. att en fungerande kommunikation mellan personal och ledning under fusionsprocessen är av stor betydelse för en lyckad sammanslagning (Bringselius,



2008:46). Viktigt för en lyckad fusion är också att personalen i ett tidigt skede aktivt involveras i fusionsarbetet (Choi, 2011:250). Forskning visar att sammanslagningar har en negativ inverkan på de anställdas karriärer och att det är vanligt att anställda slutar i samband med fusioner (Bringselius, 2008:49, 48-52). Både i Göteborg, Stockholm och på SUS har en del avhopp skett i samband med sammanslagningen. Många gånger handlar det om spetskompetens som kan vara svår att ersätta (Choi, 2011:250).

Forskning visar att det är avgörande för fusionsresultaten att målen med fusionen är tydliga för de anställda (Alarik, 1982:17).

Bringselius enkätundersökning av 12 stycken kliniker (7 klinikchefer svarade) på SUS visar att 83 % (5 av 6) av klinikcheferna anser att fusionen överlag har fungerat bra. En beskrivning som också sjukhusledningen har gett stöd för i medier (Bringselius, 2012:10). En majoritet av klinikcheferna upplevde att de fått möjlighet att påverka viktiga beslut gällande deras kliniker i samband med integrationen av verksamhet vid f.d. UMAS och f.d. USiL och att det har varit en rättvis fördelning av inflytande på deras kliniker mellan Malmö och Lund i samband med fusionen, liksom på SUS i stort (Bringselius, 2012:5). Likaså upplever en majoritet av cheferna att det har varit en rättvis fördelning av inflytande mellan ledning och medarbetare på deras klinik vid fusionen, en uppfattning som bara delades av 50 % av de svarande gällande SUS i stort. En majoritet av klinikcheferna upplevde också att både de och andra personer blivit bemötta på ett etiskt försvarbart vis av cheferna i samband med fusionen. Likaså upplevde en majoritet av klinikcheferna att genomförandet av fusionen *inte* vittnat om en hög kompetens bland tjänstemän och politiker (Bringselius, 2012:6).

Bringselius enkätundersökning till 663 läkare på SUS (355 läkare svarade, 54 %) (Bringselius, 2013:726) visar att endast 1,7 % (6 stycken) av läkarna upplever att det råder en förtroendefull och fungerande dialog mellan läkare och politiker, samtidigt som endast 4,5 % (16 stycken) av läkarna anser att där är en fungerande och förtroende full dialog mellan läkare och sjukhusledning (Bringselius, 2013:727). Endast 16 % (57 stycken) av läkarna kände att de vågar vara öppet kritiska utan risk för sanktioner från sjukhusledningen (ibid.).

## 2 Metod

Här följer en presentation av arbetsgången för uppsatsen och av gjorda metod- och metodologiska val för uppsatsarbetet.

Föreliggande uppsats är en empirisk attitydundersökning där målet är att ta reda på läkarnas bild, upplevelser av genomförandet av fusionen till SUS och att genom analysen med olika teorier ta reda på vad det innebär för tolkningen av hur genomförandet av fusionen till SUS har gått till. För att ta reda på vilken bild läkarna har av genomförandet av fusionen till SUS är det läkarnas upplevelser som är i fokus. Det är också begreppet upplevelser som kommer att användas i uppsatsen. För att göra frågeställningen än tydligare för läsaren används begreppet bild i själva frågeställningen. I uppsatsen talas det om läkarnas upplevelser, d.v.s. verkligheten så aktören (här läkaren) uppfattar den, med de medvetna motiven och verklighetsuppfattningarna (Lundquist, 1993:108-113). Men egentligen är det inte läkarnas upplevelser som vi kommer åt i denna uppsats, utan deras utsagor. Utsagorna är verkligheten så aktören (här läkaren) beskriver den, med aktörens motiveringar och verklighetsbeskrivningar (ibid.). Om de utsagor läkarna ger är de samma som deras verkliga upplevelser, kan vi inte veta, det är inte något som denna uppsats ger svar på. I denna uppsats används begreppet upplevelser med innebörden att det egentligen är deras utsagor och utifrån att vi inte vet om utsagorna är de samma som läkarnas upplevelser. Viktigt att betänka är att det inte är den absoluta sanningen som är i fokus utan läkarnas individuella eller kollektiva upplevelser.

Mitt mål är att med relevant teori analysera min empiri för att kunna dra slutsatser, vilket är ett deduktivt arbetssätt (Patel och Davidsson, 2003:23).

I denna uppsats är det läkarnas attityder till just själva genomförandet av fusionen till SUS som behandlas. Anledningen till denna avgränsning är dels att forskning om organisationsförändringar vanligen fokuserar på skillnaden mellan före och efter, medan mindre intresse ägnas åt vad som händer under själva genomförandeprocessen (Alvesson och Sveningsson, 2008:13-14). Dels för att forskning bl.a. Choi (Sjukhusläkaren, 20/6-2011) och Kleppstö (1993:89) visar att själva genomförandet av en fusion har stor betydelse för hur lyckad en fusion blir. Då forskning visar att en fungerande kommunikation (bl.a. Bringselius, 2008:46; Marks och Mirvis, 1997:26-27) och att läkare tidigt får en viktig roll i fusionsprocessen (bl.a. Choi, 2011:250) har stor betydelse för hur lyckad fusionen blir, kommer analysen av läkarnas attityder till genomförandet av fusionen till SUS att analyseras utifrån parametrarna: kommunikation, möjlighet till delaktighet, inflytande och påverkan.

Attitydundersökningen genomförs dels genom semistrukturerade intervjuer och dels genom en elektronisk enkät. För att öka resultatens giltighet och relevans används mer än en datakälla och mer än en metod, s.k. Triangulering (Bryman, 2002:474).

Det är ett måste att en undersökning verkligen undersöker det som är tänkt att undersökas. Att det man avser att mäta verkligen är det som mäts, d.v.s. att validiteten är hög (Patel och Davidsson, 2003: 102-106). Genom att operationaliseringen tydligt redovisas, att syfte, frågeställning väl framgår och motiveras och att metod och teorier väljs utifrån valt syfte och vald frågeställning ökar validiteten. Vald metod och teori måste verkligen komma åt att mäta det som är målet med undersökningen. Att det finns en röd tråd genom undersökningens olika moment, att momenten hänger ihop är av yttersta vikt. Jag ville komma åt läkarnas upplevelser av fusionen till SUS och då ansåg jag att det var lämpligt att komma åt dessa åsikter genom att fråga läkarna vad de tyckte, dels genom intervjuer och dels genom en enkät. Då genomförandet utifrån insyn, delaktighet, m.m. var fokus, valdes teorier (se nedan) som jag ansåg kunde komma åt, nå dessa företeelser.

Likaså är det av yttersta vikt att ett mått på ett begrepp är stabilt och pålitligt, ju mer stabilt och pålitligt måttet är på det begrepp som man avser att mäta, desto högre är reliabiliteten (ibid.). För att få en bra bild av läkarnas attityder och för att öka undersökningens pålitlighet har inte bara intervjuer använts utan också en elektronisk enkät. I intervjuerna har läkarna möjlighet att ge långa och utvecklande svar, samt att tala fritt, medan enkäten ger korta svar med färdiga svarsalternativ (här hade dock läkarna också möjlighet att skriva egna kommentarer och då utveckla sina tankar). Med både intervjuer och en elektronisk enkät får jag också tillgång till både muntliga och skriftliga svar. Så har jag försökt öka reliabiliteten i denna undersökning. Utvärderingen är en fallstudie.

För att tolka hur läkarna upplevt genomförandet av fusionen till SUS är fallstudien en lämplig metod då metoden används om man vill studera en situation på djupet (Bryman, 2002:64-66; Lundahl och Skärvad, 1999:187) och finna svar på frågor som hur och varför då man bara har överblick över en liten del av det skeende som studeras och då inriktningen är på aktuella skeende i ett konkret socialt sammanhang (Yin, 2003:1. Läst i Choi, 2011:47).

Uppsatsen är en beskrivande fallstudie då målet är att berätta vad som hände, utifrån läkarnas upplevelser, och hur läkare på SUS uppfattade genomförandet av fusionen till SUS, samt att med valda teorier, valt material och metodologiska val erbjuda olika möjligheter att se vad det innebär för tolkningen av hur genomförandet av fusionen till SUS har gått till.

Skillnaden mellan den kvalitativt utförda fallstudien som vill berätta och vanlig journalistik utgörs av valet av strategi och av fallstudie. Flyvbjerg (2004:395-398) skiljer på slumpmässiga urval och urval grundade på förkunskap. I den senare kategorin ingår bl.a. det utforskade fallet (Bryman, 2002:67-68), vilket innebär att forskaren har möjlighet att analysera och observera skeenden som tidigare varit otillgängliga för vetenskapliga studier (Yin, 1984:44. Läst i Bryman, 2002:68).

Enligt ovan är forskning om sjukhusfusioner i Sverige med fokus på läkarnas upplevelser ett i stort utforskat område och utgör således ett exempel på ett utforskat fall.

Vid utforskade fallstudier kan det vara komplicerat med val av fall då det saknas en standard att förhålla sig till- det då målet är att bryta ny mark och forma en ny standard. SUS valdes därför det är en nyligen genomförd fusion, massiv

kritik från läkare har framkommit i medier och det var också rent praktiskt möjligt att göra intervjuer p.g.a. geografisk närhet.

Kritiken mot fallstudier gäller den externa validiteten och generaliserbarheten: det går inte att hitta typfall som kan utnyttjas till att representera en viss klass av objekt (Bryman, 2002:67). Utifrån fallstudien kan det istället göras en analytisk generalisering, vilket innebär att de empiriska resultaten kan ge en bild av olika mönster och jämföras mot teorier som referenspunkt (Lundahl och Skärvad, 1999:195).

Därför är det extra viktigt att förhålla sig till validitet, reliabilitet och intersubjektivitet. Av den anledningen har empiriskt material hämtats från tre olika kliniker, både intervjuer och enkät har använts för insamling av empiri, intervjuer har transkriberats och den svarande har getts möjlighet att läsa igenom transkriberingen och arbetsgången av uppsatsen har väldigt noga presenterats. Olika teorier har valts för att kunna belysa frågorna från olika perspektiv.

Även om en studie inte syftar till att bidra med generell kunskap och till att utveckla eller pröva teorier, är det fullt möjligt att studera en viss händelse just därför att den är viktig i sig (Badersten och Gustavsson, 2010:112).

Primärt material har främst utgjorts av intervjuerna och den elektroniska enkäten. För att bygga upp den teoretiska referensramen och för att ge ökade kunskaper om ämnet har sekundärt material använts. Det sekundära materialet har utgjorts av teoretisk litteratur, avhandlingar, uppsatser och artiklar. Främst har det sekundära materialet handlat om fusioner och sjukhusfusioner, men även om sjukvård i stort. Bringselius:s och Chois forskning om fusioner och sjukhusfusioner har fått stort utrymme då materialet är relativt nytt och rör fusioner och sjukhusfusioner i Sverige.

Efter att frågeställningar, material och metod valts för att genomföra analysen återstod val av teorier. Målet med teorierna var att utgöra verktyg för att kunna analysera frågeställningarna och finna olika sätt att tolka vad läkarnas bild av genomförandet av fusionen till SUS innebär för hur genomförandet av fusionen har gått till.

Många forskare inom statsvetenskapen har intresserat sig för organisationsförändringar. Initialt valdes statsvetenskapliga teorier från Bergström (2002) och Alvesson och Sveningsson (2008). För att få verktyg som mer specifikt handlar om organisationsförändringar inom sjukvården, av sjukhus och av starka professioner (t.ex. läkare), valdes istället teorier om byråkratiskorganisation, sjukhus och professioner. Teorier om bottom-up/top-down har valts för att kunna analysera om läkarna haft möjlighet till delaktighet, påverkan och inflytande vid beslut och genomförande av beslut. Teorier om organisationsförändringar utgör verktyg för att se vilken typ av förändring fusionen var. Teorierna om kommunikation ger ett annat och kompletterande verktyg för att se på delaktighet, inflytande och påverkan. Dessa teorier är vanligt förekommande vid forskning om sjukhusfusioner, bl.a. hos Bringselius och Choi, vilket gör att analys och resultat från denna uppsats lättare kan jämföras med och relateras till tidigare forskning om sjukhusfusioner. Kultur och kulturskillnader anges ofta vara en faktor av stor betydelse vid sjukhusfusioner. Teorier och frågor rörande kultur och identitet var initialt med i arbetet. Då kultur – och identitetsfrågor inte kom upp i intervju- och enkätsvaren rörande hur genomförandet gått till utifrån valda parametrar (möjlighet till delaktighet,

påverkan, inflytande och kommunikation) har inte dessa teorier använts vidare i analysen. Viktigt att betänka är att bottom-up och top - down inte är teorier utan metodologiska angreppssätt. Bottom-up och top-down används dock ofta i forskning om bl.a. sjukhusfusioner och fusioner mer som teorier. Bland annat använder Bringselius och Choi bottom-up och top-down för att analysera om läkare vid sjukhusfusioner har haft möjlighet till delaktighet, inflytande, påverkan och kommunikation under fusionsprocessen. Top-down får då betydelsen och innehållet att handla om beslutet kommer ovanifrån, från politiker och/eller tjänstemän och där läkarna inte getts möjlighet till delaktighet, inflytande, påverkan och kommunikation. Bottom-up får då betydelsen och innehållet att handla om politiker och/eller tjänstemän involverat läkarna i genomförandet av fusionen, om läkarna getts möjlighet till delaktighet, inflytande, påverkan och kommunikation. Om läkarna har haft möjlighet till att påverka och vara delaktiga inför beslut och vid genomförande av förändringen. För att kunna relatera denna uppsats analys och resultat till tidigare forskning om sjukhusfusioner, då inte minst till Bringselius och Choi, så kommer också bottom – up och top- down i denna uppsats att användas som teorier och tillskrivas samma innebörd som bl.a. Bringselius och Choi och enligt ovanstående beskrivning.

## 2.1 Arbetsgång

Initialt ville jag ta del av synpunkterna från en klinik som hade kvar verksamhet både i Malmö och i Lund och en som hade flyttat rent fysiskt antingen till Malmö respektive till Lund. För att få en förteckning över hur kliniker och verksamheter har blivit förflyttade mailades administrationen på SUS. Där hänvisades jag till att kontakta dåvarande biträdande sjukhuschefen, Claes Arén, vilket jag också gjorde via mail. Efterfrågad förteckning fick jag aldrig. Istället för önskad information fick jag ett mail från Arén (se bilaga 2).

Slutligen valde jag att göra intervjuerna på Kvinnokliniken (KK) och att maila enkäten till Käkkirurgen (Kk) och Njurmedicinen (Njm).

Enkät- och intervjusvar kommer inte att bifogas i sin helhet. Min första tanke var att ha enkäten och intervjuerna i sin helhet som bilagor. I svaren framkommer dock uppgifter, namn, m.m. som lätt kan avslöja den svarandes identitet. Dessutom nämns också vissa personer vid namn, m.m. Då de svarande är lovade anonymitet har jag valt att, med respekt för de svarande, inte bifoga svaren i sin helhet. Dessutom är detta ett mycket omfattande material, både i omfång och gällande innehåll. Bara enkätsvaren är på över 100 sidor. Detta material ligger också till grund för annat författande vilket är en annan anledning till att svaren inte bifogas i sin helhet. En tanke var att skriva en sammanfattning av respektive intervjusvar och av enkätsvaren. Men även detta hade inneburit en bearbetning av materialet. Därför valde jag att göra på detta vis. Om någon uppgift behöver kontrolleras finns materialet att tillgå hos författaren av denna uppsats.

Kvinnokliniken är en stor klinik med 90 läkare, varav 46 i Malmö och 44 i Lund vilket ökade min möjlighet att få fler att delta och möjligheten att få ett material av hög kvalitet. KK har rent fysiskt kvar sina tidigare kliniker men är organisatoriskt en klinik. KK har också brottats med stora ekonomiska problem, byte av chefer och brist på vissa personalkategorier, som t.ex. sjuksköterskor.

Tolv läkare tackade ja till att intervjuas, vilket är en väldigt liten del av läkarna på kliniken. Ett annat problem är att det är dubbelt så många läkare från Malmö som sagt ja jämfört med Lund. Efter inbjudan och en påminnelse var det endast två läkare från Lund som svarat ja. Därför skickades ännu ett mail till läkarna på KK i Lund med en förklaring om bristen på läkare från Lund som vill intervjuas och att där var en klar dominans av läkare från Malmö bland de intervjuade. Därefter svarade ytterligare två personer ja till att intervjuas. Även om det är önskvärt med fler svarande och en jämnare fördelning av svarande mellan Lund och Malmö ansåg jag att det inte var rimligt att skicka fler förfrågningar till läkarna. Av de svarande var fem stycken kvinnor och sju stycken män och flertalet låg i åldersintervallet 50 till 67 år.

Kvalitativa djupintervjuer ger möjlighet att ta del av hur andra upplever och ser på sin verklighet, i det här fallet fusionen till SUS, (Bryman, 2002:123). Jag hade några på förhand bestämda områden och frågor som ställdes till alla svarande. Samtidigt ville jag ha friheten att låta de intervjuade tala fritt men möjligheten att kunna ställa följdfrågor och att kunna ställa vissa frågor bara till vissa respondenter (Lundahl och Skärvad, 1999:115-116). Därför valdes semistrukturerade intervjuer som innebär en kombination av struktur, frihet och flexibilitet (ibid.). För att hålla en viss struktur användes en intervjuguide (se bilaga 3).

Genom att lova de intervjuade anonymitet hoppades jag att få fler att delta och att de vågade ge en så ärlig och ingående bild av sina upplevelser (Patel och Davidsson, 2003:69-70). Då anonymitet har lovats de intervjuade har empirin/citaten i kapitlet Fusionen enligt läkarna- empiri och analys på vissa ställen omformulerats för att inte avslöja den svarandes identitet, t.ex. om det förekommit en språkbrytning som skulle kunna riskera att avslöja den svarande. Vissa omformuleringar har också gjorts för att språket ska flyta bättre och för att texten ska bli mer lättläst.

Många intervjuade var inte bara noga med, utan direkt rädda för, att deras identitet skulle kunna röjas och vad det skulle innebära om chefer fick vetskap om deras åsikter. En del kände en stor oro inför att ha kontakt via sin jobbmail då deras chefer kan läsa denna mail. Dessa personer valde att använda sin privata mail, vilken cheferna inte kan läsa. De svarande fick ge sitt samtycke till att intervjuerna spelades in. Alla utom en svarande gav sitt samtycke. Intervjuerna tog i snitt 1-2 timmar. Transkriberingen tog nästan tre gånger så lång tid då allt skrevs av ordagrant. Efter att intervjuerna transkriberats mailades de ut till de svarande för möjlighet till korrigering av ev. fel i materialet.

Då fokus var att fånga hur ”läkarna på golvet” upplever genomförandet av fusionen var utgångspunkten att endast göra intervjuer med ”läkare på golvet”,

d.v.s. inte med läkare som är mellanchefer, med personer från sjukhusledningen eller med sjukvårdspolitiker i Skåne. I intervjuerna framkom genomgående en hård kritik mot chefer på olika positioner på SUS. Därför kändes det under arbetets gång värdefullt att också få ta del av deras upplevelser och låta dem komma till tals. Klinik- och divisionschefen på KK och Sjukhusledningen inbjöds till intervjuer. Av de åtta i sjukhusledningen var det fyra stycken som sa ja till att intervjuas. Både klinik- och divisionschefen på KK tackade jag till att intervjuas. Klinik- och divisionschefen på KK har sedan intervjuerna genomfördes avgått och nya personer har efterträtt respektive chef. Då diskussioner och svar under intervjuerna med klinik- och divisionschefen på KK inte kom att handla om fusionen utifrån genomförande och valda parametrar, är deras svar inte med i analysen. Att jag ändå väljer att nämna dem här är för att jag tycker att det är viktigt att det kommer fram att de ställde upp på intervjuer och var villiga att delge sina upplevelser. Jag tyckte att det var viktigt då de båda fick hård kritik i intervjumaterialet. Då inte deras intervjuer används i analysen är klinik- och divisionschefen på KK inte heller med i referenslistan under muntliga källor.

## 2.3 Enkät

Den elektroniska enkäten mailades ut till Käkkirurgen (Kk) och Njurmedicinen (Njm). Att Käkkirurgen och Njurmedicinen valdes beror på att jag inte kunde finna att de tidigare studerats ang. fusionen till SUS. Käkkirurgen är i motsats till KK en liten klinik. Kliniken fusionerades redan under 1:a Prolumafasen (Medicinska fakulteten, Lunds universitet, hemsida, 30/10-2009). Njurmedicinen fusionerades under 2:a Prolumafasen medan Kvinnokliniken inte var med i Proluma (ibid.). Njurmedicinen har i Nationella Patient Enkäten (NPE) (Sveriges Kommuner och Landsting, hemsida, 2012) fått bra betyg. En del kliniker har figurerat mycket i media rörande fusionen, men inte Käkkirurgen och Njurmedicinen.

En nackdel med elektroniska enkäter och med att maila ut en enkät är att de svarande kan känna en rädsla för att det ska finnas en risk att vem som helst ska kunna gå in och se vem som har svarat vad. Det kan leda till en lägre svarsfrekvens samt till att de svarande anpassar sina svar till vad som är ”politiskt korrekt” (Bringselius, 2012:2-3). Då det skulle medföra en kostnad att skicka enkäten med vanlig post till läkarna så var det inte ett möjligt alternativ, varför en elektronisk enkät valdes.

Utöver att användandet av olika metoder ökar tillförlitligheten av empirin var ett annat mål att nå fler läkare utöver de intervjuade. Enkäten hade färdiga svarsalternativ men gav också plats för att fritt kommentera varje påstående samt att fritt tycka till om fusionen i stort. Enkäten skickades ut till 49 läkare. Av dessa är 35 läkare från Njurmedicinen (17 läkare i Malmö, 18 läkare i Lund) och 14 läkare är från Käkkirurgen (2 läkare i Malmö, 12 läkare i Lund). Totalt svarade 22 läkare på enkäten varav 16 var läkare från Njurmedicinen och 6 läkare var från

Käkkirurgen. Anonymitet är lovat de svarande av samma anledning som vid intervjuerna (se kap. 2.2 Intervjuer, sid., 10-11).

En fördel med enkäter är att den svarande har tid att i lugn och ro svara utan att påverkas av den intervjuade eller ”stämningen” som råder vid intervjutillfället (Bryman, 2002:146-147). Vid intervjuer finns alltid en risk att respondenten påverkas av plats, miljö och av intervjuaren. En risk kan vara att den svarande ger de svar som ”förväntas” eller är rädd att identiteten kan avslöjas beroende på de svar som ges. Enkäterna kan reducera dessa problem. Då inte den som gjort enkäten är närvarande när enkäten besvaras, finns här en risk att den svarande kan misstolka eller missförstå påstående/frågor (Bryman, 2002:147, ff.). Med färdiga svarsalternativ och möjligheten att fritt skriva kommentarer till varje påståande samt om fusionen i stort kan denna risk minskas. Den svarande hade också möjlighet att på olika sätt kontakta författaren vid frågor eller för diskussion.

En risk med både intervjuerna och enkäten är att de som väljer att delta är de som antingen är väldigt positiva eller väldigt negativa till fusionen, d.v.s. att det uppstår ett skevt urval (Bringselius, 2012:4; Bryman, 2002:102). Möjligen kan de två ytterligheterna ta ut varandra (Bringselius, 2012:4). Då antalet svarande både gällande enkäten och intervjuerna inte är stort får också deras svar stort genomslag och ibland kanske oproportionellt stort genomslag. Det finns i stort alltid en risk med att använda intervjuer och enkäter då en skevhet av urvalet kan förekomma. Det viktiga är att vara medveten om denna risk för skevhet av urvalet.



## 3 Teoretisk referensram

För att kunna sätta in valda teorier i ett sammanhang inleds kapitlet med en diskussion om teoretiska utgångspunkter. Därefter följer en presentation av de valda teorierna.

### 3.1 Utgångspunkter

Ur ett statsvetenskapligt perspektiv är det relevant att analysera hur politiska beslut implementeras och hur den politiska styrningen genomförs, och inte minst hur tjänstemän i olika positioner förhåller sig till besluten då det bidrar till att öka vår förståelse av policyprocessen och det ibland invecklade och komplicerade förhållandet mellan politiker och tjänstemän i olika positioner. Enligt Webers idealtyp (Lundquist, 1992:87, 133-134, 151, 261, 267-268) fattar politiker beslut medan tjänstemän implementerar besluten i enlighet med beslutsfattarnas intentioner. Samtidigt måste tjänstemän i kontakten med medborgarna ha en viss frihet och flexibilitet för att anpassa besluten efter just deras verklighet och individerna i fråga. Det öppnar upp för ett komplicerat förhållande mellan politiker och tjänstemän, och i slutändan för demokratin och oss medborgare. Styrkan hos professionella tjänstemän som t.ex. hos läkare betraktas som ett problem när politiker och tjänstemän på högre nivå försöker genomföra förändringar inom hälso- och sjukvården, men läkarkårens kompetens och yrkesetik kan också vara en tillgång i förändringsprocessen (Bringselius, 2012:3). Genom New Public Management (NPM) och dess betoning på professionella byråkrater har den klassiska konflikten mellan byråkrati och professionalism blivit större (Bringselius, 2013: 726). Med NPM har offentlig verksamhet blivit allt mer byråkratiserad (Hall, 2012:21-22). Offentliga verksamheter betraktas som enskilda företag som ska redovisa vinst och framgång till chefer och politiker. Makt och bestämmande har delegerats ut från politiker till byråkrater inom det offentliga (Hall, föredrag på Malmö högskolas hemsida, 12/12-2012). Det skapar invecklade strukturer för politisk styrning av offentliga verksamheter och frågan är om och i vilken grad politiker egentligen kan styra det offentliga när byråkratiseringen blir mer omfattande (ibid.). Det skapar ett demokratiproblem, för politiker väljs och ställs till svars vid allmänna val, men byråkrater är inte ansvariga inför medborgarna. Liksom bland olika professioner, som t.ex. läkare, kan byråkrater ha en egen agenda. Exempelvis kan en klinikchef känna press att förmedla en mer positiv bild av klinikens verksamhet till dennes chefer för att inte framstå i dålig dager. Om en god verksamhet kännetecknas av t.ex. minskade kostnader kanske chefer ute i verksamheterna prioriterar detta medan mindre tid

ägnas åt kvaliteten av producerad vård (Hall, föredrag på Malmö högskolas hemsida, 12/12-2012).

## 3.2 Teorier

### 3.2.1 Top-down och bottom-up

Den klassiska top-down teorin, den weberianska byråkratin, inom implementerings forskningen fokuserar på professionellt policyskapande och utgår från att organisationer är effektiva, välfinansierade och agerar intelligent och automatiskt levererar den slutprodukt som policyskaparna avser (Hudson och Lowe, 2009:244-248). Människor är i stort som kuggar i ett maskineri (Hudson och Lowe, 2009:249). Politiker beslutar och styr och tjänstemän ska lyda order och implementera beslut helt enligt beslutsfattarnas intentioner (Lundquist, 1992: 87, 133-134, 151, 261, 267-268).

Bottom-up perspektivet har fokus på vad som faktiskt sker när medborgare i rollen som t.ex. patienter får ta del av den offentliga sektorns tjänster - vad som sker på t.ex. sjukhuset, osv. Här har enskilda aktörer, t.ex. läkare, i verkligheten stort inflytande på hur policyn implementeras, hur effektiv den är och om den implementeras så beslutsfattarna tänkt (Hudson och Lowe, 2009:249). Policyn handlar om vad som händer i leveransmomentet och det är i den fas som policyn definieras (ibid.). Istället för att relationen mellan aktörer är auktoritär ses den som en motsättning mellan centralisering och autonomi (Hudson och Lowe, 2009: 244-251, 256)

Chois (Sjukhusläkaren, 24/10-2011) studie fann ett exempel på en klinik som lyckades med sammanslagningen. Här fångade chefen upp ursprungstanken med fusionen, den kliniska excellensen och framför allt, arbetade bottom-up istället för top-down. När sjukhusfusioner inte gått bra har top-down tillämpats (ibid.).

Flera studier visar att eftersom professionen utövar makt och kräver autonomi, är en planerad top-down approach mindre framgångsrik (Choi, 2011:106). Top-downförändringar gör att professionen, läkarna, med värdefull kunskap och erfarenhet lämnar organisationen, vilket i sin tur eroderar potentiella synergieffekter (Choi, 2011:250).

### 3.2.2 Tankar om/ kritik mot teorier om top-down (Webers idealtyp) och bottom-up

Top-down beslut, Webers idealtyp, har kritiserats för att vara naiv och svår att omsätta i verkligheten. Professioner, som t.ex. läkare, har stor påverkan på slutprodukten oavsett intentionerna med beslutet och implementeringen (Lipsky, 2010. Läst i Hudson och Lowe, 2009:244).

Tankar om/kritik mot bottom-up perspektivet är att även om chefer vill genomföra beslut i samarbete med tjänstemännen som omsätter policyn, kanske dessa motarbetar politikerna, chefer och förslaget. Chefer och läkare kan ha en egen agenda. Beslut kanske därför aldrig blir verklighet om de tas underifrån. Tjänstemän ute i verksamheten kanske inte heller har en helhetsbild, tillräcklig överblick och kompetens för att se vad som är bäst i det stora hela. Läkarna kanske inte heller är intresserade av att ta ansvar för annat än det som berör dem själva och deras verksamhet.

### 3.2.3 Fusioner

En fusion innebär att två eller fler organisationer/enheter slåss samman till en organisation/enhet (Alarik, 1982:24). Fusioner kan vara horisontella eller vertikala. En horisontell fusion innebär att enheter/organisationer på samma produktions- servicenivå slåss samman. En vertikal fusion innebär att organisationer/enheter som är vertikalt relaterade till varandra i produktionen slåss samman (ibid.). Fusionen till SUS är en horisontell fusion då det är kliniker/sjukhus på samma produktionsnivå som slås samman.

### 3.2.4 Organisationsförändringar

Organisationsförändringar kan vara evolutionära eller revolutionära (Jacobsen et al., 2002:440-441; Alvesson och Sveningsson, 2008:29). Evolutionära förändringar innebär att förändringarna görs successivt i små steg under en lång tidsperiod (ibid.). Revolutionära förändringar innebär att en organisation genomgår radikala förändringar under en kort tidsperiod (ibid.). Vid radikala förändringar av organisationer karaktäriseras personalens reaktioner ofta av misstänksamhet, stress, otrygghet, oror för framtiden och för läkarnas positioner och kan leda till motsättningar mellan ledning och professionen ((Jacobsen et al., 2002:440-441). När radikala förändringar sker i en organisation och möts med motstånd och oro från professionen är det extra viktigt att ledningen förklarar vad och varför man gör ändringen (Nupponen, 1995:55-56). Framgångsrika förändringar genomförs i små steg, över tid och utvecklas av befintliga strukturer (Sjukhusläkaren, 24/10-2011). Det var endast en av klinikerna i Choisis studie som genomfört fusionen i små steg, över tid och låtit sammanslagningen utvecklas i befintliga strukturer- och det var bara den kliniken som lyckats med sammanslagningen (Sjukhusläkaren, 24/10-2011).

När en organisation blir större, mätt i antalet anställda, som t.ex. vid en sjukhusfusion, ökar komplexiteten i organisationsstrukturen och den blir svårare att administrera (Mintzberg, 1983). Sjukhus utgör ett exempel på en speciell sorts byråkratisk organisation kallad professionell byråkrati. En sådan organisation karakteriseras av att den är svårförändrad p.g.a. att de anställda utgörs av professioner som är högt utbildade och har ett övertag över politiker och ledning p.g.a. sin expertkompetens (Brorström, 2004:41-43).

Läkare har ofta standardlösningar beroende på situationen och så länge läkaren håller sig inom accepterade ramar kan inte ledningen påverka utförandet av deras arbetsuppgifter (Mintzberg, 1983:192, 195, 205-206). Läkare har ofta svårt att acceptera förändringar som inte kommer från läkare samtidigt som de har svårt att acceptera chefer som inte är läkare (Brorström, 2004:41-43). Läkarna skyddar sin verksamhet genom att med sin expertkunskap bygga upp en mur som dessa reformer har svårt att tränga igenom (Brorström, 2004:42). Läkarna upplever att förändringar genomförs centralt och är kritiskt inställda till hur förändringar introduceras och genomförs i svensk sjukvård. Vid en jämförelse av kriterier för hur en bra implementering ska genomföras framstår implementeringen på sjukhus ofta vara bristfällig (Brorström, 2004:43).

Aktören påverkas genom styrning som denne väljer att agera efter (Lundquist, 1992:75-76). Grunden för val av agerande är styrningen och annan information och de tre egenskaperna: förstår, kan och vill (ibid.).

- Förstår: om och hur aktören förstår och uppfattar styrningen.
- Kan: aktörens förmåga att verkställa styrningen, t.ex. har aktören tillräckliga kunskaper, inflytande och handlingsförmåga.
- Vill: om aktören vill verkställa styrningen

(ibid.).

Optimal storlek för ett sjukhus anses vara ca 400 – 600 vårdplatser (Sjukhusläkaren, 20/6-2011). När sjukhuset växer minskar transparensen. Dessutom halveras administration och ledning vid fusioner. Två sjukhuskroppar som chefer och kanske läkare ska pendla mellan kan leda till att styrförmågan snarare minskar än ökar efter fusionen (ibid.).

Sjukhus i länder med en offentlig sjukvård är inte bara en professionell och en byråkratisk organisation utan också en politisk organisation (Kouzes och Mico, 1979:454-466). Offentlig sjukvård anses bestå av fyra olika logiker: den administrativa, politiska, akademiska och den kliniska logiken (Sjukhusläkaren, 20/6-2011). De olika logikerna kan sägas vara olika system som drivs och styrs av bl.a. olika principer, normer, värden och av kontrasterande strukturer. Logikerna har olika sätt att t.ex. mäta framgång på. Till exempel mäter administrationen framgång i bl.a. effektivitet, medan professionen, här läkarna, mäter framgång i kvaliteten av den vård som produceras. Administrationen styrs av affärsetik, medan läkarna drivs av sin läkaretik. Logikernas olikheter leder till låsningar och konflikter och motverkar samarbete (Kouzes och Mico, 1979:454-466). Traditionellt präglas fusionsprocessen inom sjukvården av att två av logikerna går samman och konkurrerar med de andra två logikerna: på den ena sidan politik och

administration (managerialism) och på den andra sidan den akademiska och den kliniska logiken (professionalism) (Sjukhusläkaren, 20/6-2011). Logikerna professionalism och managerialism kommer lätt i konflikt med varandra med dysfunktionella lösningar och effekter som påverkar hela systemet negativt. Lösningen är att få de olika logikerna att samarbeta och att få dem att inse att de alla är lika viktiga och beroende av varandra. Politikerna som är ansvariga måste redan i inledningen av sjukhusfusioner bjuda in till samarbete så att logikerna tillsammans tar fram gemensamma lösningar (ibid.).

### 3.2.6 Tankar om/kritik mot teorier om byråkratiska organisationer, sjukhus och professioner

I teorierna om byråkratiska organisationer, sjukhus och professioner beskrivs läkarnas agerande väldigt kategoriskt. Att läkare är emot alla reformer som kommer från politiker och ledning kan ifrågasättas. Möjligen är läkarna inte emot reformer som t.ex. skulle höja deras lön, underlätta forskning eller höja statusen för deras yrke. Eventuellt motstånd mot sjukhusreformer från läkarna skulle kunna förklaras av att reformer har varit dåligt underbyggda och utgjort en risk för vårdkvalitet och patienter, att läkare bara står upp för sin läkaretik, för vårdkvaliteten och inte minst för patienterna. Kanske har inte reformer varit medicinskt motiverade. Inom sjukhus finns ofta många subbgrupperingar mellan läkare, och läkare på ett sjukhus behöver inte vara en enhetlig enhet.

Läkare framställs som om de bara värnar vad som är bäst för dem själva och deras verksamhet. Det antas att det sker i en ständig konflikt med mellanchefer, sjukhusledning och sjukvårdspolitiker. Men det kan ju vara så att det som är bäst för en klinik, en division och/eller ett sjukhus också kan vara bäst för den enskilde läkaren och dennes verksamhet.

### 3.2.7 Tankar om/kritik mot Chois teori om att administration och ledning halveras vid sjukhusfusioner

Teorin bygger på att två parallella sjukhus med likartad verksamhet och organisation har dubbla uppsättningar av administration och chefer, som t.ex. divisions- och klinikchefer. Vid en fusion utgår teorin från att sjukhuset bara har en uppsättning av administrationen och av chefer, av t.ex. klinik- och divisionschefer. Det finns dock en risk att det istället tillsätts fler mellanchefer eller annan personal så att det istället för ett minskat antal chefer blir fler, eller oförändrat antal chefer, efter fusionen. Likaså kanske administrationen blir mer omständlig och komplex med ett än större sjukhus som dessutom är uppdelat på två sjukhuskroppar, vilket kan leda till att administrationen inte blir mindre utan den samma eller större, efter fusionen.

### 3.2.8 Kommunikation

Kommunikationsproblem är vanligt vid fusioner (Choi, 2011:38). En god kommunikation från ledning ner genom sjukhusorganisationen till läkarna på golvet under fusionen har stor betydelse för en lyckad fusion (Bringselius, 2008:46; Marks och Mirvis, 1997:26-27). Ofta upphör kommunikationen från ledningen ned genom organisationen efter fusionsbeslutet och fusionen när läkarna behöver det som mest (Bringselius, 2008:46-47). Kommunikationen från ledningen är ofta en envägskommunikation men det som behövs är en tvåvägskommunikation där läkarna kan komma till tals, komma med feedback och förslag (Bringselius, 2008: 46-48; Choi, 2011:244; Marks och Mirvis, 1997:26-27). Kommunikation spelar en avgörande roll då det hjälper personalen att förstå orsakerna och målen med fusionen och minskar osäkerheten bland läkarna (Nupponen, 1995:55-56). Politiker och tjänstemän kan medvetet undvika att lyssna till läkares åsikter för att slippa ansvar (Bringselius, 2013:724, 729). Om politiker och tjänstemän inte har vetskap om läkares åsikter och om t.ex. problem i verksamheten, kan de inte heller göras ansvariga och förväntas vidta åtgärder, s.k. Blame-avoidance genom Information-avoidance (ibid.). Vid Blame-avoidance är det vanliga att politiker och tjänstemän skyller på varandra när det gäller ansvar (ibid.). Att läkarprofessionen anses vara emot förändringar och svår att styra p.g.a. läkarnas autonomi och expertkunskap kan användas av politiker och chefer inom sjukhuset för att legitimera att de ignorerar läkarnas åsikter och kompetens vid genomförande av reformer, beslut, m.m. (Bringselius, 2013:728). Politiker och tjänstemän kan anse att de inte har tid att ta till sig information om hur verksamheten fungerar och av forskning, s.k. Coping strategy (Bringselius, 2013:729). Med top-down management inom organisationer anses tjänstemännens kunskap vara tillräcklig vid beslutsfattande, varför läkarnas åsikter kan ignoreras (Bringselius, 2013:728-729).

### 3.2.9 Övrigt

Läkarna måste på ett tidigt stadium aktivt involveras i fusionsarbetet (Choi, 2011:250). Där chefer har lyckats anpassa förändringsarbetet till rådande verklighet och till läkarna på respektive klinik och på sjukhuset i stort, har fusioner varit lyckade (Sjukhusläkaren, 27/4-2011). I Chojs studie (2011) var det endast en klinik som lyckades med sammanslagningen. Här började chefer med att förankra och sedan delegera både små och stora beslut ned till läkare men också till undersköterskenivå. Förhållningssättet präglades av lyhördhet, man lyssnade och stannade kontinuerligt upp för att se att alla var med (Sjukhusläkaren, 27/4-2011).

Kleppestö (1993:89) anser att det viktiga för hur lyckad en fusion blir är vad som görs och hur det görs i integrationsfasen.

Det kan finnas skilda kulturer vertikalt, d.v.s. mellan olika ledningsnivåer och mellan olika ledningsnivåer och läkaren på golvet, vilket gör att det uppstår spänningar (Sjukhusläkaren, 20/6-2011).

# 4 Fusionen enligt läkarna- empiri och analys

Kapitlet är uppdelat på två avsnitt. I det första avsnittet redovisas ett urval av empirin, d.v.s. av läkarnas bild, upplevelser, av genomförandet av fusionen till SUS. I det andra avsnittet genomförs en analys med hjälp av valda teorier för att ta reda på vad det innebär för tolkningen av hur genomförandet har gått till.

## 4.1 Vilken bild har läkarna av genomförandet av fusionen till Skånes universitetssjukhus (SUS)?

Här redovisas ett urval av läkarnas upplevelser av fusionen till SUS. Först presenteras enkätsvar och därefter intervjusvar. Även ett urval av sjukhusledningens upplevelser redovisas här.

### 4.1.1 Enkätsvar

En minoritet av läkarna på K.k och Njm upplever att de fått möjlighet att påverka viktiga beslut rörande deras klinik, i samband med integrationen av verksamheterna vid f.d. UMAS och f.d. USiL (diagram 1). En läkare på njurkliniken säger:

Kliniken tog själv initiativ för att utveckla en plan för gemensam klinik för att kunna förhindra liknande katastrof som skedde vid t.ex. ögonkliniken (E.Njm, 2012:32)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Tolkning av kodningen av respondenterna.

Exempel: I enkäten står det t.ex. (E.Njm, 2012:32) (E) anger att svaret är från enkäten. Njm anger kliniken, här Njurmedicinen (hade det stått Kk hade det varit Käkkirurgen). 2012:32 anger året då enkäten gjordes och sidan i enkäten.

När det gäller intervjuerna: (I.KK.L.K, 20/8-2012)= första bokstaven (I) anger att svaret är från intervjuerna. Hade första bokstaven varit ett (E) hade det, enligt ovan, varit en respondent från enkäten. (KK) anger att det är Kvinnokliniken. Hade det stått (Kk) hade det varit Käkkirurgen och hade det stått (Njm) hade det varit Njurmedicinen. (L) står för att respondenten arbetar på SUS Lund. Hade det stått (M) hade personen arbetat på SUS Malmö. Gällande respondenter från enkäten anges det inte. Sista bokstaven, här (K), anger att den svarande är en kvinna. Hade sista bokstaven varit ett (M) hade den svarande varit en man. Därefter följer datumet för när intervjun gjordes, i detta exempel den 20/8-2012.

Intervjuer med sjukhusledningen förkortas med SL, t.ex. (I.SL. M.M, 24/8-2012). Anger att det är en (I) intervju, SL att den svarande är från sjukhusledningen, (M) anger SUS Malmö och det sista m:et (M) anger att det är en man.

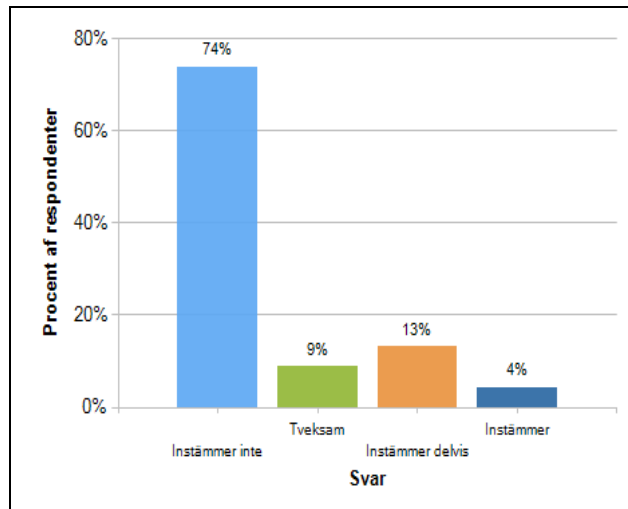


Diagram 1 visar hur läkarna svarade på påståendet: Jag upplever att jag har fått möjlighet att påverka viktiga beslut gällande min klinik, i samband med integrationen av verksamheten vid f.d. UMAS och f.d. USiL (E.2012:30).

Svaren visar också att en minoritet av läkarna på K.k och Njm upplevt att inflytande mellan ledning och medarbetare på respektive klinik, i samband med fusionen har varit rättvis (diagram 2), bl.a. säger en läkare från Njm att:

Det produceras massvis med papper och kallas till möten t.ex. samverkansmöten som inte fungerar som forum för deltagande och delaktighet. Beslut fattas oberoende av vad medarbetarna tycker eller har för synpunkter. Ekonomin är det enda som styr. Allt annat prioriteras inte (E.Njm, 2012:39).

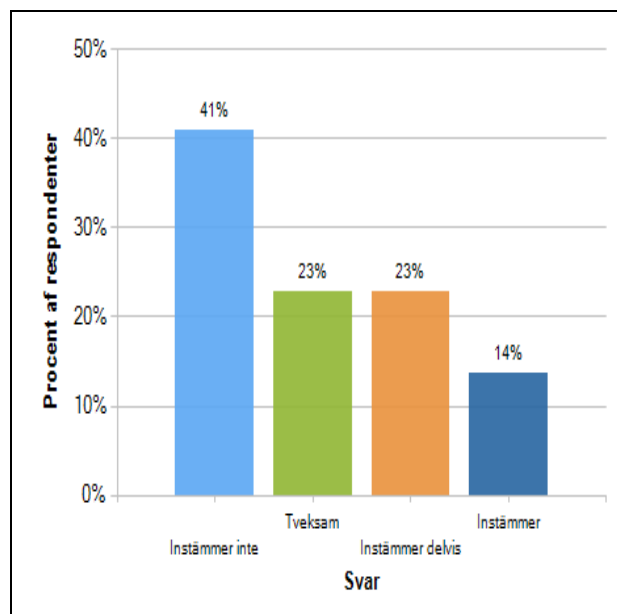


Diagram 2 visar hur läkarna svarade på påståendet: Jag upplever att inflytande mellan ledning och medarbetare på min klinik, i samband med fusionen, har varit rättvis (E.2012:38).



Likaså upplever en minoritet av läkarna att det har varit en rättvis fördelning av inflytande mellan ledning och medarbetare på SUS i stort i samband med fusionen (diagram 3). En läkare visar en förståelse för denna fördelning av inflytande och säger:

Tja, man vill ju gärna ha inflytande- å andra sidan är man arbetstagare ska man göra som man blir tillsagd. Gillar man inte instruktionerna, får man ta konsekvenserna och söka annat arbete (E.Njm, 2012:41).

En annan läkare säger:

Om det skulle ha varit rättvist så skulle man låtit medarbetarna styra samarbete och fusion (E.Njm, 2012:41).

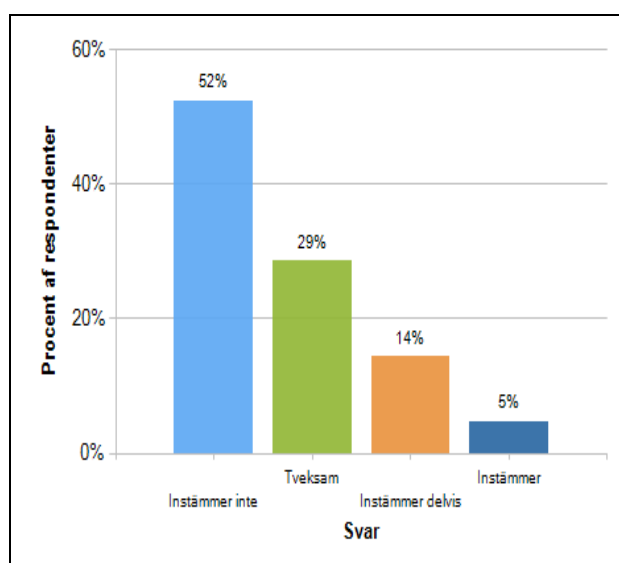


Diagram 3 visar hur läkarna svarade på påståendet: Jag upplever att inflytande mellan ledning och medarbetare på SUS, i samband med fusionen, har varit rättvis (E.2012:40).

Endast en minoritet av läkarna upplever att chefers bemötande av andra personer, i samband med fusionen har varit etiskt försvarbart (diagram 4), något som en läkare från Njm uttrycker:

Divisionsledningen vid spec. medicin agerade aggressivt, diktatoriskt och maktfullkomligt. På sjukhus med sådan ledning kommer man bara jobba så länge som nödvändigt (E. Njm, 2012:43).

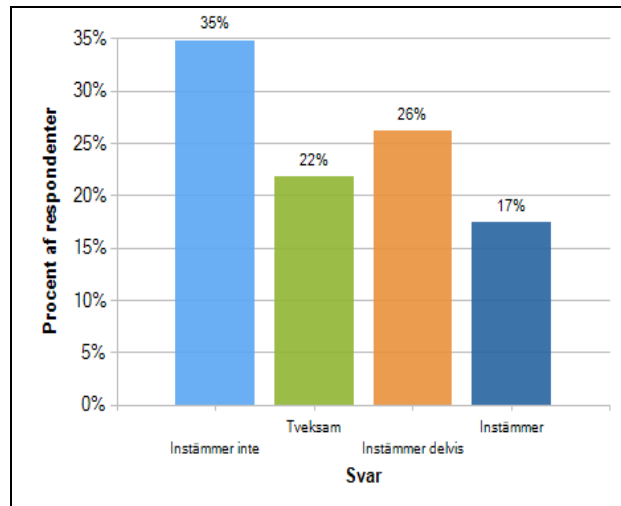


Diagram 4 visar hur läkarna svarade på påståendet: Jag upplever att chefers bemötande av andra personer, i samband med fusionen, har varit etiskt försvarbart (E.2012:42).

Däremot anser en majoritet av läkarna att de personligen har blivit bemötta på ett etiskt försvarbart vis (diagram 5).

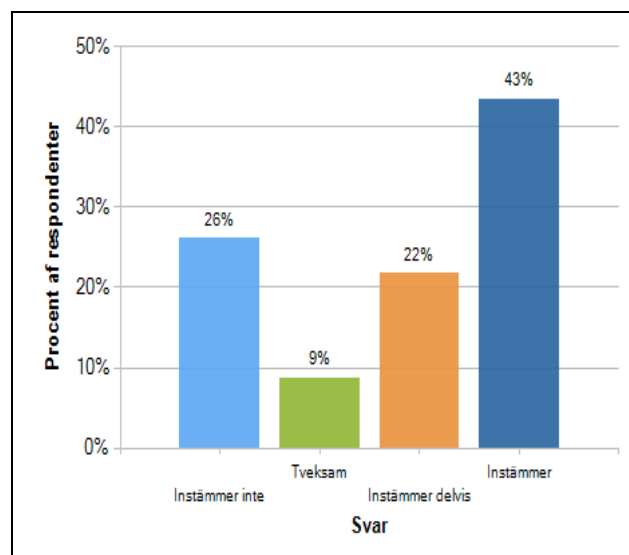


Diagram 5 visar hur läkarna svarat på påståendet: Jag upplever att chefers bemötande av mig personligen, i samband med fusionen, har varit etiskt försvarbart (E.2012:44).

När det gäller om sjukhusledningen under fusionsprocessen betraktat medarbetarnas invändningar som grundade på rationella övervägande, och inte på emotionella faktorer anser endast en minoritet av läkarna att det stämmer (diagram 6). En läkare säger:

Man samlade in information och producerade pappersdokument eftersom det skulle se ut som att medarbetarna fick vara delaktiga, kändes dock rätt så tydligt som ett spel för galleriet (E. Njm, 2012:49).

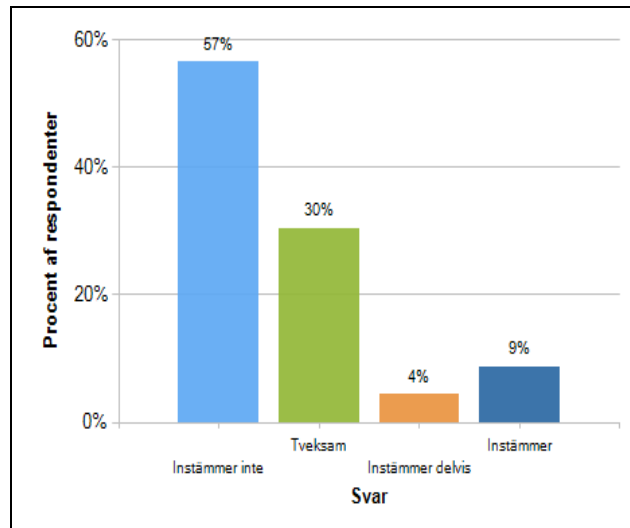


Diagram 6 visar hur läkarna svarade på påståendet: Jag upplever att sjukhusledningen under fusionsprocessen har betraktat medarbetarnas invändningar som grundade på rationella överväganden, och inte på emotionella (känslobaserade) faktorer (E.2012:48).

Samtidigt upplever en majoritet av läkarna att medarbetarnas invändningar faktiskt har varit grundade på rationella övervägande och inte på emotionella faktorer (diagram 7). En läkare säger att:

I de flesta fall! Sedan har tyvärr vissa argument varit helt känslomässiga, och dessa personer har fått (alltför) stor uppmärksamhet i pressen (E. Njm, 2012:50).

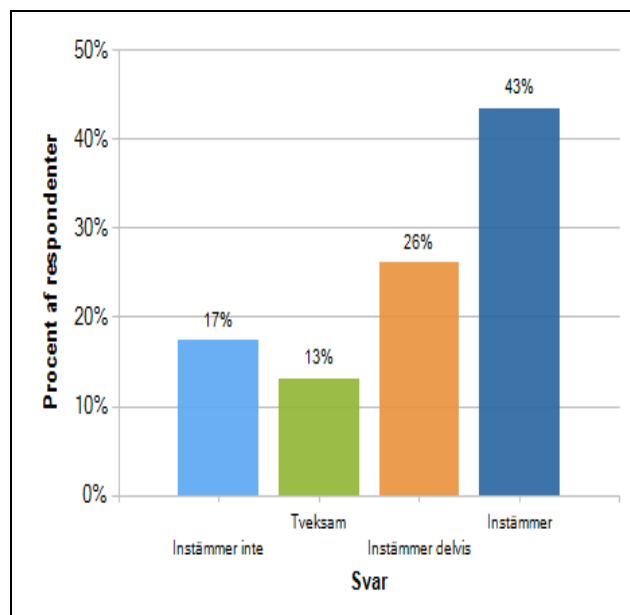


Diagram 7 visar hur läkarna svarade på påståendet: Jag upplever att medarbetarnas invändningar under fusionsprocessen faktiskt har varit grundade på rationella överväganden, och inte på emotionella (känslobaserade) faktorer (E.2012:52).

En majoritet av läkarna upplevde att fusionen av f.d. UMAS och f.d. USiL har genomförts på ett sätt som *inte* vittnar om hög kompetens bland tjänstemän och politiker (diagram 8), vilket nedanstående citat får ge röst åt:

Varför missade man t.ex. att MBL förhandla två gånger vilket alla chefer känner till (E. K.k, 2012:47).

Nej, sjukvården är för komplex och annorlunda jmf med företag och andra sektorer, att icke-vårdutbildade och- erfarna inte borde få bestämma något alls. Många av de klinikfusioner och omflyttningar som gjorts har varit hisnande okloka (E. Njm, 2012:47).

Oegentligheter som mörkning av USiL:s budget och falska siffror ang. USiL:s produktion som led i exklusion av potentiellt ledarämne från USiL förekom bland mycket annat oetiskt (E.Njm, 2012:47).

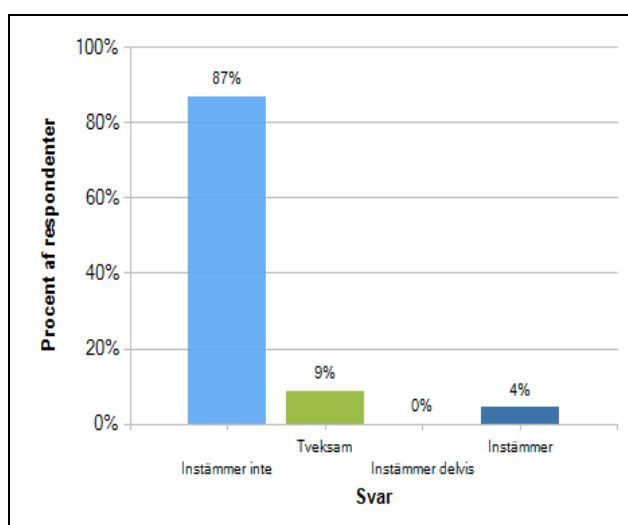


Diagram 8 visar hur läkarna svarade på påståendet: Jag upplever att fusionen av f.d. UMAS och f.d. USiL till SUS har genomförts på ett sätt som vittnar om hög kompetens bland tjänstemän och politiker (E.2012:46).

Den åsikt som framkom där läkarna hade möjlighet att fritt kommentera genomförandet av fusionen av sjukhusen i Malmö och i Lund var:

Våra kliniker [Njm] gjorde en mycket noggrann utredning inför fusionen, med hög grad av medarbetardeltagande. Detta dokument har dock fullständigt ignorerats efter fusionen. Upplevs enbart som ett spel för gallerierna av ansvarig divisionschef (E. Njm, 2012:51).

## 4.1.2

### Intervjusvar

När det gäller beslutet om att fusionera sjukhusen i Malmö och i Lund upplevde läkarna att beslutet gick snabbt, kom ovanifrån och inte gav läkarna möjlighet till påverkan och delaktighet vilket två läkare uttrycker:

... då dunkade man igenom SUS på ett regionfullmäktige som ett slags hemlig punkt. Fick ärendet på bordet någon timme innan mötet så att ingen skulle hinna reagera (I.KK.L.K. 20/8-2012).

Det var ett beslut ovanifrån som bara skulle bli av så det var bara att gilla läget eller att flytta på sig (I.KK.L.M, 18/6-2012).

Denna åsikt fanns också inom delar av sjukhusledningen, vilket nedanstående citat visar:

Fusionsbeslutet togs mellan regiondirektören (Sören Olofsson) och politikerna i Region Skåne. Det var ett helt diktatoriskt beslut: det fanns ingen dialog eller diskussion med läkare ute i verksamheten innan beslutet togs (I.SL.M.M, 29/8-2012).

För SUS var det ett problem att beslutet fattades innan folket uppfattade sig delaktiga. Det fattades över huvudet. Det gick så snabbt. (I.SL.M.K. 16/8-2012).

Endast en läkare uttryckte förståelse för att chefer enligt läkarens upplevelse, genomfört beslutet snabbt och utan möjlighet för läkarna att påverka, och förklarade att:

Där sitter en del mycket starka doktorer som sätter sig på tunga positioner och vägrar att samarbeta. Då förstår jag att man som chef måste vara stark, hård och tuff och att man måste ta i med full kraft (I.KK.L.K, 7/6-2012).

Det var inte bara själva beslutet om fusionen till SUS som läkarna upplevde som ett beslut ovanifrån där de inte hade möjlighet till påverkan, delaktighet och inflytande, utan det gällde också besluten i övrigt gällande genomförandet av fusionen. En del läkare förklarade att de förvisso fått föra fram åsikter och att chefer lyssnat, men att de inte bryr sig. Läkarna upplevde att de fick delta i samverkansgrupper, m.m. men att det inte handlade om reellt inflytande. Bland annat sa läkarna att:

Regelsystemet är sådant att verksamhetschefen har rätt att bestämma allt. Vederbörande kan inhämta synpunkter men behöver överhuvudtaget inte bry sig om de synpunkterna. Och gör det överhuvudtaget inte i heller. Vi upplever att allting har varit förutbestämt från början om hur det ska bli. Sedan kan man ha sådant här spel för gallerierna att man sitter i möten och att man sitter i sådana här samverkansgrupper. Men det är verksamhetschefen som bestämmer. Det är nästan så jag börjar gråta, det är hemskt! (I.KK.M.K, 18/6-2012).

Fick föra fram våra åsikter, man var intresserad av att lyssna. Men togs på allvar- nej! Agendan var färdig från början. Känns som ens kompetens inte tas på allvar (I.KK.L.M, 17/8-2012).

Framförs missnöje eller ett argument; 'ja, men du är bara missnöjd, men vi lyssnar'. Det är som man lyssnar på ett barn som ropar efter glass. 'Jag hör vad du säger, vi tar upp det på nästa möte.' Typiskt svenskt. Betyder att man inte är intresserad (I.KK.M.M, 11/6-2013).

Vi har aldrig fått någon feedback på de ställda frågorna, att de försökt komma tillbaka till oss och berätta vad det är i verkligheten man vill åstadkomma (I.KK.M.M, 4/6-2012).

En läkare hade en avvikande åsikt och menade att det är just chefen som ska bestämma, vilket läkaren uttryckte:

I andra länder där cheferna bestämmer måste alla köra på det. Svårt att hitta en balans som alla gillar. Också farligt med långvariga diskussioner där man aldrig uppnår mål. Verksamhetschefen bestämmer. I svensk kultur tänker man ibland för mycket demokrati och därför blir man arg när chefen bestämmer (I.KK.M.M, 28/6-2012).

En händelse som en läkare lyfte fram och som (enligt honom) upprört läkarna på KK-Malmö gällde genomförandet av en konsekvensanalys inför kliniksammanslagningen, läkaren sa:

Klinikcheferna i Malmö och i Lund fick tre veckor på sig fram till den 13 december att prestera ett aktstycke där de skulle presentera vilka positiva fördelar det skulle ha att slå samman kvinnoklinikerna. Detta är exakt dagens sanning! Inte fråga om en konsekvensanalys [med för- och nackdelar], utan man skulle tala om vad som var bra med att slå samman klinikerna (I.KK.M.M, 5/6-2012).

Sjukhusledningen förklarade att läkarna på KK Malmö missförstått direktiven, och sa:

Det skulle det vara [en konsekvensanalys med för- och nackdelar]. Då har de [läkarna på KK Malmö] missuppfattat det eller fått felaktig information. Vi har gått ut och sagt att man måste göra ordentliga riskanalyser ur ett patientperspektiv. Det är svårt att analysera vad som ligger i det. Det är intressant att de [läkarna på KK Malmö] upplevde att det bara skulle vara positiva. Ur ett sjukhusledningsperspektiv är det inte sant. Det är kanske på en klinikledningsnivå, för jag vet att vissa klinikchefer har styrt det här mot det positiva för att skynda på processen. Många vill vara duktiga och lyckas (I.SL.M.M, 24/8-2012).

Från sjukhusledningen påtalades att det kan vara svårt att nå läkarna med information, vilket följande citat visar:

Den tidigare sjukhuschefen som deltog i fusionen hade flera aulamöten upprepade gånger för att trumma ut budskapet. Det kom väldigt få läkare till de mötena. Det handlar också om att ta till sig och söka information, det gör dem inte. Av olika anledningar, inte aktivt, det kan ju bl.a. bero på tidsbrist (I.SL.M.K, 24/8-2012).

Kritiken mot chefer som inte är medicinskt utbildade framkom vilket en läkare uttryckte:

Det är helt uppenbart varför det är så [att politiker upplever att det är svårt att styra läkare och göra reformer inom sjukvården]. Det är läkaren som är den medicinska expertisen. Därför anser jag att det var näst intill omöjligt att ha någon annan än en läkare som chef på ett sådant här ställe. Man kan tänka sig att man delar upp medicinsk chef och chef för organisation och pengar, och det har ju varit här. Men det medicinska ansvaret är mycket starkt förknippat med det organisatoriska och det tycker jag har framkommit här (I.KK.M.M, 4/6-2012).

## 4.2 Vad innebär det för tolkningen av hur genomförandet av fusionen till Skånes universitetssjukhus (SUS) har gått till?

Citaten visar att många av läkarna upplever att beslutet om att fusionera SUS var ett top-downbeslut och att fusionen genomfördes som en snabb, radikal förändring. Denna uppfattning finns också inom delar av sjukhusledningen.

Top-down beslut och snabba radikala förändringar varnar Choi för då det leder till misslyckade fusioner och visar i sin forskning att på de ställen fusioner lyckats har besluten kommit underifrån, s.k. bottom-up beslut, samtidigt som förändringarna skett över tid och i små steg (Sjukhusläkaren, 24/10-2011).

Även om det bara var hos en respondent så fanns det en förståelse för att ledningen fattat ett snabbt top-downbeslut för att överhuvudtaget få med sig läkarna. Också inom sjukhusledningen fanns åsikten att politiker och tjänstemän tidigare har försökt genomföra beslutet den långsamma vägen genom diskussioner med läkarna, men att det aldrig har gått.

Åsikterna överensstämmer med teorier om att läkare som profession är svårstyrda och att de har svårt att acceptera beslut rörande deras arbetsförhållande tagna av andra än läkare och att läkare har svårt att acceptera chefer som inte är läkare (Brorström, 2004:41-43).

Utöver att läkarna uppfattade att beslutet om fusionen till SUS var ett top-downbeslut som gick mycket snabbt, visar uttalandena också att en majoritet av läkarna (diagram 1) upplever att de inte fått möjlighet att påverka viktiga beslut rörande deras egen klinik i samband med genomförandet av integrationen av sjukhusen i Malmö och i Lund. I flera av citaten framkommer bilden av att läkarna upplever att de har blivit överkörda, att politiker och chefer på olika positioner inom sjukhuset inte tagit deras åsikter och kompetens på allvar, att de deltagit i samverkansmöten men att det bara är ett spel för gallerierna, en skendemokrati. Njurkliniken försökte undvika det öde de upplevde att andra redan fusionerade kliniker mött genom att själv agera.

Läkarna upplever inte heller att det har varit en rättvis fördelning av inflytande mellan medarbetare och ledning i samband med fusionen vare sig på respektive klinik (diagram 2) eller på SUS i stort (diagram 3).

Även om det endast är hos ett fåtal så finns det stöd för den weberianska synen på relationen mellan politiker/chefer och tjänstemän, att det är politikernas och ledningens sak att besluta och att det är läkarnas uppgift, i egenskap av att vara tjänstemän, att just lyda (Lundquist, 1992:87133-134, 151, 261, 267-268; Hudson och Lowe, 2009:244-248).

Flertalet läkare ger uttryck för att de upplevt att de inte har haft möjlighet till inflytande, påverkan och delaktighet i samband med genomförandet av fusionen. De anser också att det mest har handlat om en skendemokrati där de fått föra fram

åsikter och ledningen har lyssnat men inte tagit läkarnas åsikter och kompetens på allvar.

Det kan ha sin grund i att beslut, enligt läkarnas upplevelser, just är top-downbeslut och att genomförandet gick snabbt. Choi visar att fusioner som lyckats gjort det när chefer lyckats anpassa förändringsarbetet till rådande verklighet och till läkarna på respektive klinik och på sjukhuset i stort (Sjukhusläkaren, 24/10-2011), och där läkarnas kompetens och synpunkter tidigt tagits med i fusionsprocessen (Choi, 2011:250) - ett arbetssätt som är motsatsen till läkarnas upplevelser av genomförandet av fusionen till SUS. Misstänksamhet, stress, otrygghet, oro för framtiden och för läkarnas positioner är också vanligt vid radikala förändringar inom organisationer (Jacobsen et al., 2002:440-441) och kan också vara ett sätt att tolka läkarnas upplevelser av att inte bli tagna på allvar och av att inte ha möjlighet till påverkan och delaktighet. När läkare just upplever dessa negativa aspekter med det radikala genomförandet av fusionen till SUS är det än viktigare att chefer verkligen har en god dialog med de anställda och förklarar varför man gör det man gör (Nupponen, 1995:55-56), att läkarnas feedback tas på allvar (Bringselius, 2008: 46-48; Choi, 2011:244; Marks och Mirvis, 1997:26-27). Enligt svaren upplever inte läkarna att ledningen agerat enligt dessa råd.

Att läkarna upplever att beslut fattats över huvudet på dem och att deras kompetens och deras åsikter inte tas på allvar kan också vara ett uttryck av att kommunikationen inom SUS inte fungerat tillfredsställande. En fungerande kommunikation före och under fusionen har stor betydelse för hur lyckad fusionen blir (Bringselius, 2008:46; Marks och Mirvis, 1997:26-27). Att ledningen, enligt läkarna, inte återkommer med svar på frågor eller förklarar varför man gör vad kan vara ett tecken på att kommunikationen från ledningen brustit eller upphört efter själva fusionsbeslutet och inte fortsatt under genomförandet av fusionen. Forskning visar att det är viktigt att kommunikationen från ledningen till läkarna fortsätter efter fusionsbeslutet och fusionen eftersom läkarna då behöver det som mest (Bringselius, 2008:46-47). En god kommunikation genom hela fusionsprocessen är också viktigt för att läkarna ska tro på och förstå målen med fusionen, känna sig delaktiga, känna förtroende till ledning och organisation och känna att deras kompetens och åsikter tas på allvar (Nupponen, 1995:55-56). Lika viktigt som en fortgående, god kommunikation från ledning till läkare är en fungerande kommunikation från läkare till ledning, vilket, enligt läkarnas upplevelser, inte fungerat tillfredsställande då läkarna upplever att ledningen inte gett feedback på läkarnas frågor och förslag. Läkarna upplever att ledningen lyssnat på deras åsikter och att de fått ge feedback, men att ledningen inte tagit deras åsikter på allvar. (Bringselius, 2008:46-48; Choi, 2011:244; Marks och Mirvis, 1997:26-27).

Upplevelsen från en läkare på KK i Malmö att klinikerna skulle ta fram ett aktstycke som bara redovisar fördelar med att slå samman kvinnoklinikerna i Malmö och i Lund, och sjukhusledningens förklaring av att det skulle vara en konsekvensanalys med både för- och nackdelar kan också vara ett uttryck av att kommunikationen inte fungerat tillfredsställande. Det kan också vara ett sätt att tolka läkarnas upplevelser av att inte ha inflytande och delaktighet och av att ledningen gör som den vill.



Läkarnas upplevelser av att politiker och chefer på olika positioner inom sjukhuset inte lyssnar på deras åsikter kan också tolkas som att politiker och tjänstemän inte vill ta till sig av läkarnas åsikter för att på så vis undvika ansvar, s.k. Blame-avoidance genom s.k. Information-avoidance (Bringselius, 2013:724, 729). Om ledningen inte har vetskap om olika förhållande på sjukhuset, kan de inte heller förväntas vidta åtgärder (ibid.). Genom att undvika information kan ledningen också undvika ansvarsdebatten (Bringselius, 2013:724). Det vanliga vid Blame-avoidance är att politiker och tjänstemän skyller på varandra om vem som bär ansvar (ibid.). Här ger läkarnas upplevelser en bild av att politiker och tjänstemän istället samarbetar mot läkarna, för att undvika ansvar. Den allmänna uppfattningen att läkare som profession anses vara svårstyrda och emot sjukhusreformer kan också användas av politiker och tjänstemän för att legitimera att de ignorerar läkarnas åsikter (Bringselius, 2013:728). När top-down management dominerar är det vanligt att tjänstemännens kompetens anses tillräcklig, varför det inte finns anledning för politiker att ta till sig av läkarnas åsikter och kompetens vid beslutsfattande (Bringselius, 2013:728-729). Att läkarnas åsikter, enligt läkarnas upplevelser, inte tas på allvar kan också tolkas som ett uttryck för s.k. Coping strategy från politiker och tjänstemän: de har inte tid att ta till sig läkarnas åsikter och kompetens (Bringselius, 2013:729).

Om kommunikationen inte fungerat behöver inte enbart tolkas som en ovilja från ledningen. Ju större en organisation blir desto mer komplex blir den (Mintzberg, 1983). Enligt Choi halveras administration och ledning vid fusioner (Sjukhusläkaren, 20/6-2011). Om administration och ledning rent faktiskt har halverats efter fusionen till SUS, kan inte denna uppsats ge svar på. Förvisso finns det efter fusionen bara en sjukhusledning istället för två innan fusionen. Likaså hade UMAS respektive USiL t.ex. en egen uppsättning av divisions-, klinik-, verksamhetschefer innan fusionen. Nu finns det bara en av respektive chef för SUS. Men om det däremot har tillsatts andra mellanchefer, som t.ex. processcheferna på KK, och det gör att administration och chefer på mellannivå inte minskat, utan eventuellt har ökat, ger inte denna uppsats svar på.

SUS har också två fysiska kroppar, vilket försvårar styrning (ibid.). Med 1750 inneliggande patienter (Region Skånes hemsida, 4) överskrider SUS antalet sängplatser för att ett sjukhus ska anses ha optimal storlek, d.v.s. ca 400 – 600 vårdplatser, och vara effektivt (Sjukhusläkaren, 20/6-2011). Ett vanligt problem när optimal sjukhusstorlek överskrids är minskad transparens (ibid.). Även om politiker eller sjukhusledning kommunicerar ut ett budskap, finns risken att budskapet inte når ned till läkarna, vilket skulle kunna vara fallet med t.ex. konsekvensanalysen på KK. Om budskap stannar hos chefer på mellannivå och inte når läkarna på golvet eller att budskap/beslut som når läkarna inte har exakt den utformning som sjukhusledningen bestämt kan ha olika förklaringar. En kan vara att mellanchefer inte förstår innebörden i styrningen (kommunikationen är inte tillfredsställande, målen med beslut har inte förklarats tillräckligt, etc.). En annan att chefer inte kan genomföra åtgärden, kanske saknas resurser, eller så har inte mellancheferna tillräckligt inflytande på läkarna. Det kan också handla om att cheferna inte vill och rent medvetet obstruerar mot politikerns eller sjukhusledningens beslut. Chefer kan också ha en egen agenda (Lundquist, 1992:75-76). En annan tolkning kan vara att det är svårt att nå läkarna med information. En uppfattning inom sjukhusledningen är att även om ledningen

informerar, är läkarna många gånger dåliga på och ibland ointresserade av att ta till sig information. Från sjukhusledningen anses det dels kunna bero på ointresse och ovana hos läkarna att få informationen via mail och dels p.g.a. tidsbrist.

Om politiker och chefer tar till sig av läkarnas åsikter kan också bero på om de uppfattar läkarnas åsikter som sakliga. Endast en minoritet av läkarna på Kk och Njm upplevde att sjukhusledningen under fusionsprocessen betraktat deras åsikter som sakliga (diagram 6). Det samtidigt som en majoritet av läkarna på Kk och Njm upplevde att medarbetarnas invändningar under fusionsprocessen faktiskt har varit sakliga och inte baserade på känslor (diagram 7). Ett annat sätt att tolka det är att det råder skilda kulturer vertikalt, d.v.s. mellan olika ledningsnivåer och mellan olika ledningsnivåer och läkaren på golvet, vilket gör att det uppstår spänningar (Sjukhusläkaren, 20/6-2011).

Ett annat sätt att tolka läkarnas missnöje med chefer som inte tar deras åsikter och kompetens på allvar är utifrån Brorströms teorier om att läkare har svårt att acceptera chefer som inte är läkare (Brorström, 2004:41-43).

Läkarnas kritik mot hur politiker och ledning genomfört fusionen till SUS och mot chefer som inte är medicinskt kunniga kan också förklaras utifrån Brorströms teorier om att genomförandet av implementering på sjukhus ofta är bristande i jämförelse med kriterier för implementering i övrigt (Brorström, 2004:43). Teorin kan ses som ett försvar av läkarnas motstånd mot reformer inom sjukvården från andra än läkare och mot bristen på respekt för chefer som inte är läkare.

Läkarnas kritik mot politikernas och chefers agerande vid genomförandet av fusionen kan också tolkas utifrån Chois teori om konflikten mellan de fyra logikerna som ryms inom sjukhuset; på ena sidan politiker och tjänstemän (management) och på andra sidan läkare och akademien (professionalism) (Sjukhusläkaren, 20/6-2011). Enligt Choi är lösningen att aktörerna inom de olika logikerna kan samarbeta och samtala och att de förstår att de alla är lika viktiga delar (ibid.). Läkarnas upplevelser visar att de inte upplevt sig bli behandlade som jämlikar. Inget i läkarnas utsagor tyder på att de upplever att politikerna tagit initiativ till gemensamma möten där läkarna fått möjlighet till reellt inflytande med de övriga aktörerna redan från början av fusionen till SUS, vilket Choi anser vara lösningen för att överbrygga konflikterna mellan professionalism och management vilket i sin tur är en av förutsättningarna för en lyckad fusion (ibid.).

Intressant är att trots ovanstående kritik mot chefers bemötande upplevde en majoritet av läkarna från Kk och Njm att de själva blivit bemötta på ett etiskt försvarbart sätt av chefer i samband med fusionen (diagram 5). Däremot upplevde en knapp majoritet att andra personer inte blivit bemötta på ett etiskt försvarbart vis av chefer (diagram 4). En njurläkare förklarar att divisionsledningen vid spec. medicin agerade aggressivt, diktatoriskt och maktfullkomligt och att man på sjukhus med sådan ledning bara jobbar så länge som nödvändigt (E. Njm. 2012:43). Uttalandet överensstämmer också med Chois teorier om att top-down förändringar gör att läkare med värdefull kunskap och erfarenhet riskerar att lämna organisationen, vilket i sin tur kan erodera potentiella synergieffekter (Choi, 2011:250).

Endast 4 % av läkarna vid Kk och Njm upplevde att fusionen av sjukhusen i Malmö och i Lund genomförts på ett sätt som vittnar om hög kompetens bland tjänstemän och politiker (diagram 8).

## 5 Sammanfattande diskussion

I detta kapitel presenteras slutsatser, analysen sammanfattas och resultaten diskuteras.

*Syftet* med denna uppsats var att undersöka om läkarna som profession är emot sjukhusfusioner och i så fall varför.

*Frågeställningarna* i denna uppsats är:

- (1) Vilken bild har läkarna av genomförandet av fusionen till Skånes universitetssjukhus (SUS)?
- (2) Vad innebär det för tolkningen av hur genomförandet av fusionen till SUS har gått till?

Svaren på frågeställning (1) sammanfattas här i slutsats (1) och (2). Svaren på frågeställning (2) sammanfattas och diskuteras i slutsats (3).

*Slutsats 1:* Läkarna upplever att beslutet om fusionen av sjukhusen i Malmö och i Lund fattades snabbt och utan möjlighet till påverkan, och att beslutet kom ovanifrån.

*Slutsats 2:* Majoriteten av läkarna på SUS upplever att de inte haft möjlighet till inflytande, påverkan och delaktighet i samband med genomförandet av fusionen. Enligt läkarna har chefer förvisso lyssnat och läkarna har fått föra fram sina åsikter, men läkarna upplever inte att chefer tagit deras åsikter och deras kompetens på allvar. Läkarna känner inte att de fått feedback på förslag eller svar på ställda frågor. Många av läkarna talar om skendemokrati, att olika möten, diskussioner och framtagande av arbetsmaterial, m.m. inför och under genomförandet av fusionen bara var ett spel för gallerierna. Enligt läkarna var allt redan bestämt på förhand både vad gäller beslutet om fusionen till SUS och vad gäller själva genomförandet av fusionen.

*Slutsats 3- Vad innebär det för tolkningen av hur genomförandet av fusionen till SUS har gått till:* I analysen har läkarnas upplevelser diskuterats med hjälp av valda teorier. Analysen visar att ledningen, enligt läkarnas upplevelser, inte lärt av tidigare forskning om fusioner utan har, enligt läkarnas upplevelser, agerat stick i stäv med dessa rön. Choi varnar just för snabba, radikala förändringar som kommer ovanifrån och menar att SUS hade möjlighet att undvika fallgropar genom att lära från fusionen i Stockholm (Sjukhusläkaren, 24/10-2011). Likaså visar Choi att det är avgörande för en lyckad fusion att läkarna initialt aktivt involveras och görs delaktiga i fusionsprocessen, och att deras kompetens tas tillvara (Choi, 2011:250). Bringselius visar att en god kommunikation under genomförandet av fusionen är av stor betydelse för en lyckad fusion (Bringselius, 2008:46) och för att läkarna ska förstå vad målen med olika reformer är och varför man gör dem (Nupponen, 1995:55-56). Det skapar inte bara tilltro till chefer, till fusionen utan minskar också läkares oro i samband med förändringarna (ibid.). Att fusionen till SUS, enligt läkarnas upplevelser, genomförts stick i stäv med dessa forskningsrön kan vara ett sätt att tolka att läkarna upplevt att de har varit utan inflytande, delaktighet och möjlighet till påverkan.

Ett annat sätt att tolka läkarnas upplevelser av att deras åsikter och kompetens inte tas tillvara är att politiker och tjänstemän inte vill veta vad läkarna tycker, om de inte har vetskap om förhållanden kan de inte heller göras ansvariga (Bringselius, 2013:724, 729). Läkarprofessionens rykte att vara emot förändringar kan också användas av politiker och tjänstemän för att legitimera att de inte behöver lyssna till läkarnas åsikter (Bringselius, 2013:728). Tidsbrist kan också göra att ledningen inte hinner ta till sig av läkarnas åsikter och kunskap (Bringselius, 2013:729). Tjänstemännen kan också anses ha tillräckliga kunskaper, varför inte läkarnas åsikter blir viktiga (Bringselius, 2013: 728-729).

Även om kommunikationen har fungerat och läkarna har haft möjlighet till delaktighet kan stora organisationer som sjukhus ha svårigheter med att nå ut med budskapet (Sjukhusläkaren, 20/6-2011). SUS är Malmös största arbetsplats med mer än 12000 anställda (antalet anställda totalt på SUS, inte bara läkarprofessionen) (Region Skånes hemsida 4, 8/12-2013) som ska nås av budskapet. Informationen ska också passera genom olika led av chefer innan det når läkaren på golvet. Mellanchefer kan ha en egen agenda och väljer kanske om, vad och hur beslut och budskap ska föras vidare (Lundquist, 1992:75-76). Det kan också göra att läkarna kan uppleva att de inte har haft inflytande, delaktighet och att kommunikationen inte fungerat, trots att ledning och politiker kan ha försökt att informera och bereda möjlighet till en högre grad av delaktighet.

Skilda kulturer mellan chefer och läkare kan också vara ett sätt att tolka läkarnas upplevelser, då det uppstår spänningar (Sjukhusläkaren, 20/6-2011).

Choi understryker att ett måste är att politiker, administration, forskare och läkare inser att de alla är lika viktiga för en fungerande sjukvård och att de kan och vill samarbeta. Ett samarbete som politiker har ansvar för (ibid.). Inget i läkarnas uttalande tyder på att de upplever att ett sådant samarbete ägt rum och inte heller att politikerna har tagit detta ansvar. Om politiker och de övriga aktörerna, enligt läkarnas upplevelser, inte följt detta råd har ännu en erfarenhet från fusionen i Stockholm nonchalerats. Det är ett annat sätt att tolka läkarnas upplevelser.

Analysen erbjuder också en helt annan tolkning och det är utifrån teorier om professionella byråkratiska organisationer som sjukhus och att de är svårförändrade och består av starka professioner. Läkare accepterar inte beslut som kommer från politiker och ledning, och accepterar inte chefer som inte är läkare (Brorström, 2004:41-43). Det är ett annat sätt att tolka läkarnas upplevelser av att deras kompetens inte har tagits på allvar, att de inte gjorts delaktiga, att kommunikationen inte har fungerat.

Att betänka är att undersökningen inte gjordes under själva genomförandefasen av fusionen utan först efter att fusionen var avklarad, vilket eventuellt kan ha påverkat svaren. Svaren kan ha färgats – medvetet eller omedvetet – av läkarnas attityder till hur de i dag upplever själva utfallet av fusionen. Den läkare som är positiv till utfallet av fusionen i dag kanske upplever genomförandet mer (eller mindre) positivt än den läkare som i dag är negativ till utfallet av fusionen. Läkarnas upplevelser av genomförande av tidigare reformer och beslut, av politiker och chefer inom sjukhuset och av sjukvården i stort, kan också medvetet eller omedvetet påverka läkarnas bild av genomförandet av fusionen till SUS.

Intressant är att läkarnas upplevelser, med undantag från två aspekter, helt skiljer sig från den bild som framkom i Bringselius enkätundersökning av 12 stycken (7 stycken svarade) klinikchefer på SUS. Bland klinikcheferna upplevde 83 % (5 av 6) att fusionen överlag fungerat bra (Bringselius, 2012:10).

Likaså upplevde en majoritet av klinikcheferna att de fått möjlighet till påverkan av viktiga beslut på deras klinik och på SUS i stort i samband med integrationen av verksamhet vid f.d. UMAS och f.d. USiL, och att det har varit en rättvis fördelning av inflytande på deras klinik mellan Malmö och Lund (Bringselius, 2012:5). En majoritet av klinikcheferna upplevde också att fördelningen av inflytande mellan ledning och medarbetare har varit rättvis på deras kliniker vid fusionen, medan bara 50 % ansåg det för SUS i stort. En majoritet upplevde också att medarbetare bemötts på ett etiskt försvarbart sätt under fusionsprocessen (Bringselius, 2012:6).

Läkarna i denna uppsats har en helt annan bild av genomförandet av fusionen till SUS än klinikcheferna i Bringselius undersökning (2012). Vad och varför dessa totalt skilda upplevelser finns och vad som ligger bakom är en oerhört viktig vetenskap för politikerna och allmänheten, och ett ämne för vidare forskning.

Läkarna och klinikcheferna ansåg dock båda att de själva blivit bemötta på ett etiskt försvarbart sätt av chefer i samband med fusionen. En klar majoritet bland både läkare och klinikchefer ansåg *inte* att fusionen genomförts på ett sätt som vittnar om en hög kompetens bland politiker och tjänstemän.

Bringselius enkätundersökning till 663 läkare på SUS (355 svarade, 54 %) (Bringselius, 2013:726) visar att en majoritet av läkarna inte upplever att det råder en förtroendefull och fungerande dialog mellan läkare och politiker eller mellan läkare och sjukhusledning, samtidigt som en majoritet av läkarna känner att de inte vågar vara öppet kritiska utan att riskera sanktioner från sjukhusledningen (Bringselius, 2013:727). Även om denna undersökning handlar om situationen på SUS i dag (2013) och inte om hur kommunikationen fungerat under själva genomförandet av fusionen, överensstämmer resultaten med resultaten i denna uppsats.

Svar har nu getts på uppsatsens två frågeställningar. Genom frågeställningarna, material, teorier och tillvägagångssätt har också syftet fullgjorts.

## 6 Bilagor

### 6.1 Bilaga 1: Beslutet om fusionen till Skånes universitetssjukhus (SUS).

Se nedan (sidan 36-39). På grund av tekniska problem och möjligheter att skriva in rubrik och nummer på bilagan för beslutet om fusionen till SUS var det dessvärre inte möjligt att göra på annat sätt än att ha rubriken för kapitlet bilagor och underrubriken för bilaga 1 på en egen sida skild från bilaga 1, första bilagan i kapitlet bilagor.

Sjukhusledningen, Claes Arén, Thomas Ekström

## Uppdrag

### Skånes universitetssjukhus fusionsprocess

**Uppdragsgivare:** Sjukhuschef Bent Christensen

**Uppdragstagare:** Divisionschef .....

#### **Bakgrund**

Den omvärld som vi lever och arbetar i förändras i allt snabbare takt genom den lavinartade ökningen av globalt tillgänglig information via framför allt Internet med sina snabba sökmotorer och olika sociala medier. Kunskapsmonopolet har slagits sönder och är inte längre samma maktfaktor som tidigare. Det innebär att våra patienter och andra kunder får allt större makt och att kraven på transparens ökar. Samtidigt ser vi en snabb medicinteknisk utveckling men också att risken för kompetenstapp riskerar öka genom stora pensionsavgångar de närmaste åren.

Som universitetssjukhus är det därför angeläget att vi, för att kunna vara framgångsrika i den ökande såväl nationella som internationella konkurrensen, anpassar oss till denna omvärld. Det handlar om att vara en attraktiv arbetsplats så vi kan behålla, utveckla och rekrytera de bästa kompetenserna. Dessutom måste vi utveckla vår verksamhet genom profilering och strategiska satsningar så att vi får tillräcklig kritisk massa för såväl klinisk verksamhet som forsknings- och kompetensutveckling. Detta förutsätter att vi kontinuerligt utvecklar vårt arbetssätt så att vi höjer kvaliteten, blir mer kostnadseffektiva och engagerar medarbetarna fullt ut i detta utvecklingsarbete. Dessutom är det nödvändigt att vi som en del i det globala kommunikationsutbytet utvecklar vår kommunikativa förmåga och signalerar vad vi är bra på.

Proluma (Profilering Lund-Malmö) var ett första steg i arbetet mot att skapa en framtida konkurrenskraftig universitetssjukvård i Region Skåne och Södra sjukvårdsregionen. Erfarenheterna från Proluma gjorde att Region Skånes politiska ledning valde att slå samman de två universitetssjukhusen i Lund och Malmö till Skånes universitetssjukhus (SUS) 2010-01-01.

Skånes universitetssjukhus mission, vision och värdegrund utgör ledstjärnorna för det fortsatta fusionsarbetet:

**Mission:** Att vara universitetssjukhus

**Vision:** Alltid bland de bästa

**Värdegrund:** Respekt för människan

---

**Postadress:** Skånes universitetssjukhus, 205 02 Malmö

**Besöksadress:** Malmö: Södra Förstadsgatan 101. **Besöksadress Lund:** Getingevägen 4

**Telefon (växel):** Malmö: 040-33 10 00, Lund 046-17 10 00

**Webb:** [www.skane.se/sus](http://www.skane.se/sus)

### **SUS fusionsarbete**

För att vi ska bli framgångsrika i det fortsatta fusionsarbetet inom SUS måste detta ske på ett systematiskt och strukturerat sätt. Det innebär att arbetet inom divisioner och kliniker måste ske i samklang med den helhet som SUS innebär. Allt kan inte göras samtidigt och vi är dessutom till mycket stor del beroende av varandra när det gäller olika typer av förändringar. Vid profilering av en verksamhet innebär det som regel också att andra verksamheter påverkas, inte minst inom olika diagnostiska specialiteter. Dessutom kan profileringen innebära behov av förändrad infrastruktur i form av lokaler och utrustning liksom förändrade medarbetarkompetenser, vilket måste ske och prioriteras utifrån ett sjukhusövergripande perspektiv. Det är viktigt att detta förändringsarbete i så stor utsträckning som möjligt är baserat på fakta och att vi noga överväger om den planerade förändringen stödjer ett patientsäkert arbetssätt och verkligen leder till de uppsatta målen. Det är också viktigt att vi efter förändringens genomförande utvärderar om vi nått de mål vi satt upp, d.v.s. skapar ett kontinuerligt lärande.

### **Fasta förutsättningar som inte kan ändras under uppdragsperioden**

#### **Ekonomi**

Uppdraget ska genomföras inom tilldelat budgetutrymme för 2010.

#### **Engagemang av alla medarbetarkategorier**

Vår främsta resurs är våra medarbetare och deras kompetens. Det är därför nödvändigt med hänsyn till helhetsperspektivet för vår verksamhet att samtliga medarbetarkategorier engageras fullt ut i förändringsarbetet.

#### **Fackligt deltagande**

Arbetet med uppdraget ska *redan från början* ske med deltagande av berörda fackliga organisationer, deras skyddsombud och genom arbetsplatsträffar. Riskanalyser ska genomföras av arbetsmiljön. Konsekvensbeskrivningar och handlingsplaner för att minimera riskerna ska tas fram. Samverkan ska ske inom den normala samverkansorganisationen.

### **Överenskommelsen våren 2010 mellan sjukhuschefen och divisions-/klinik- och stabschefer**

Under våren 2010 fastställdes följande spelregler som gäller för den fortsatta fusionsprocessen:

- Sjukhusledning och divisionschefer tar tillsammans fram en lista över de organisatoriska förändringar som vi planerar påbörja innan 2010-05-30.
- Sjukhusledningen ansvarar för koordineringen av samtliga delprojekt (inkl. ombyggnationer)
- Medarbetarna måste involveras i samtliga delar av processen
- Särskilt fokus på avtal om skyddsombudens deltagande
- Arbetsplatsträffar prioriteras upp
- Samtliga förändringar risk- och konsekvensbedöms enligt avtalad procedur
- Förändringar samverkas på lägsta möjliga nivå
- Sammanslagning och/eller flyttning av verksamhet diskuteras med samtliga berörda chefer och ska godkännas av sjukhusledningen innan verkställighet sker
- Fram till 2010-06-01 rekryterar inga chefer medarbetare från andra delar av SUS utan att samtliga berörda chefer och medarbetare är överens om detta
- Antalet medarbetare måste anpassas till budgetramen
- Innan 2010-06-01 ska samtliga kliniker ha introducerat minimum ett Lean-projekt



## **Mål för uppdraget**

### **Huvudmål**

- Utnyttja Skånes universitetssjukhus samlade resurser för sjukvård, utbildning och klinisk forskning på bästa möjliga sätt för dagens och morgondagens patienter och därigenom bli konkurrenskraftiga i ett nationellt och internationellt perspektiv

### **Delmål**

- Öka vår attraktivitet som arbetsplats
- Skapa utrymme för klinisk forskning
- Genom profilering skapa tillräcklig kritisk massa för såväl klinisk verksamhet som forsknings- och kompetensutveckling.

### **Arbetssätt**

Arbetet med fusionen indelas i tre faser: Analysfas, lösningsfas och genomförandefas. I samband med uppdraget att bilda Skånes universitetssjukhus har vi också fått i uppdrag att tillsammans med medicinska fakulteten vid Lunds Universitet påbörja genomförandet av en strategisk integration som ska leda till bildandet av Universitetsmedicinskt centrum Skåne (UMCS). Den formella starten av UMCS kommer att ske så snart politiskt beslut fattats. En framtida samverkan mellan våra organisationer kommer att baseras på ett förpliktigande avtal. Den strategiska integrationen har startats genom att våra båda organisationer på olika ledningsnivåer har utsett representanter i respektive ledningsorgan. Vi eftersträvar transparens mellan organisationerna. Därför är det angeläget att arbetet i samtliga tre faser sker tillsammans med de akademiska representanterna på respektive nivå.

### **Tidplan**

Alla kliniker ska ha inlett sitt analysarbete senast 2010-04-01. Det gäller även de kliniker som genomfört profilering under PROLUMA, för att ta ställning till sin framtida utveckling. Analys- och lösningsfaserna ska vara avslutade senast 2010-10-31. Delrapport av status på arbetet ska lämnas senast 2010-05-31 till Claes Arén och Thomas Ekström.

### **Analysfas**

Under analysfasen ska en nulägesbeskrivning göras som en SWOT-analys (styrkor, svagheter, möjligheter respektive hot) för berörda kliniker/enheter. Så långt möjligt ska påståendena i SWOT-analysen baseras på dataunderlag.

### **Lösningsfas**

I lösningsfasen ska beskrivas hur kliniken/enheten, baserat på SWOT-analysen i analysfasen, gör för att ta vara på möjligheterna (5-årsperspektiv eller längre) och minimera hoten genom att utnyttja sina styrkor och minska sina svagheter.

Dessutom ska redovisas effekterna som lösningsförslagen får på:

- Egna verksamheten avseende förändringar i Lund respektive Malmö
  - patientsäkerheten
  - förändrad volym av producerade tjänster
  - nya tjänster som kommer att produceras
  - personal inklusive speciella kompetensbehov
  - forskning och utbildning
  - lokaler
  - utrustning
  - stödsystem
  
- Samarbetspartners utanför egen verksamhet
  - patientsäkerheten
  - förändrad volym av producerade tjänster
  - nya tjänster som kommer att produceras
  - personal inklusive speciella kompetensbehov
  - forskning och utbildning
  - lokaler
  - utrustning
  - stödsystem

### **Genomförandefas**

En plan för genomförandefasen, baserad på lösningsfasen, ska presenteras för och godkännas av sjukhusledningen innan verkställande sker. Denna ska innehålla:

- beskrivning av nödvändiga förutsättningar för förslagens genomförande
- kritiska framgångsfaktorer
- förslag till tidplan för genomförandet

*Tidplanen för genomförandefasen fastställs efter dialog med sjukhusledningen.*

### **Evaluering**

Det är viktigt att detta förändringsarbete i så stor utsträckning som möjligt är baserat på fakta så att vi efter förändringens genomförande kan utvärdera om vi nått de mål vi satt upp.

- Har det blivit bättre för patienterna?
- Har vi blivit en attraktivare arbetsplats?
- Har vi ökat utbildning och kompetensutveckling?
- Har det blivit mer utrymme för forskning?
- Har vi blivit mer kostnadseffektiva?

Lund och Malmö som ovan



Bent Christensen  
Sjukhuschef  
Skånes Universitetssjukhus

## 6.2 Bilaga 2: E-postmeddelande från Claes Arén

(April 2012)

Hej Eva!

Tack för ditt mail och din förfrågan!

Jag förstår att du är angelägen att få skriva din magisteruppsats om ett ämne som du finner intressant. Tyvärr är det så att vi inte har möjlighet att prioritera ditt arbete utan vi måste prioritera vår kärnverksamhet att bedriva sjukvård, forska, undervisa och utveckla verksamheten vid SUS.

Det innebär inte att vi är ointresserade av forskning och studier av vårt sätt att leda och styra sjukhuset, tvärtom. Vi vill då att det ska vara väl planerade och genomförda studier så att vi kan använda resultaten i lärande syfte för att utveckla oss. Sådana studier pågår t.ex. inom Regionalt cancercentrum syd, där forskare från Ekonomihögskolan (A. Anell och G. Paulsson) är involverade.

När det gäller fusionsarbetet vid SUS har vi tyvärr erfarenhet av att s.k. oberoende forskare gjort studier där man inte tagit reda på grundläggande förhållanden. Det gäller t.ex. vad den tidigare profileringen av Universitetssjukhuset i Lund och Universitetssjukhuset MAS, det så kallade Proluma-projektet, respektive fusionen av dessa två sjukhus till SUS innefattar utan man har blandat ihop dessa. Sådana studier blir då tyvärr inte användbara för vårt utvecklingsarbete. De riskerar också, om de kommuniceras vidare i olika former, att ge en inkorrekt bild under forskningens täckmantel.

Det du vill studera sker i en komplex verksamhet vilket innebär att det krävs ett förberedande arbete för att förstå i vilken kontext förändringsarbetet sker och det är därför inte bara att begära ut listor på olika kliniker. Detta förberedelsearbete liksom engagemang i själva studien av medarbetare vid sjukhuset innebär, om det sker under arbetstid, att det tar tid från vår kärnverksamhet. Hur ser finansieringen av detta ut från den institution som din magisteruppsats utgår från?

Avslutningsvis vill jag ännu en gång poängtera att vi är mycket intresserade av att vårt sätt att styra, leda och utveckla verksamheten vid SUS beforskas i väl planerade studier.

Claes Arén

Biträdande sjukhuschef

Skånes universitetssjukhus

Cc: Forskningschef Karl Obrant

Tf. sjukhuschef Barbro Halén Sjöberg

## 6.3 Intervjuguide/frågeformulär

## Bilaga 3:

De frågor som har ställts har varit av öppen natur, och har därför varierat med svaren under de intervjuer som har genomförts. De två första frågorna ställdes till alla. Oftast kom svar på övriga frågor upp i det läkarna sa i anslutning till dessa två frågor. Om de övriga frågorna här nedan inte blev besvarade av det läkaren fritt berättade, ställdes också dessa frågor.

Intervjusvaren kommer inte att redovisas i sin helhet i uppsatsen, utöver det som redovisas i det empiriska avsnittet. Anledningen är att materialet är mycket omfattande både i omfång och i innehåll. Det innehåller också uppgifter som lätt kan röja de svarandes identitet, samtidigt som det också anges namn på andra personer inom sjukhuset. Då de svarande är garanterade anonymitet kommer inte materialet från intervjuerna att bifogas i sin helhet. Dessutom ligger detta material till grund för annat författande och lämnas därför inte ut även av den anledningen.

- Hur upplever Du att genomförandet av beslutet om fusionen av UMAS och USiL gick till (t.ex. hur var informationen, delaktighet, insyn, m.m.)?
- Hur upplever Du genomförandet av fusionen till SUS?
- Upplever Du att Du och Dina läkarkolleger getts möjlighet till insyn, delaktighet och påverkan vid genomförandet av fusionen till SUS?
- Hur upplever Du att informationen från sjukvårdspolitikerna, sjukhusledningen och övriga chefer på SUS till Dig och Dina läkarkolleger fungerat under genomförandet av fusionen till SUS?
- Upplever Du att det funnits ett fungerande samarbete mellan läkare, forskare, byråkrater och politiker, där ni tillsammans arbetar fram förslag, m.m. för genomförandet av fusionen och själva fusionen?
- Upplever Du att det känns som ni läkare tillsammans med forskare, byråkrater och politiker sågs som jämbördiga parter där alla betraktades som lika viktiga för fusionen och där allas kompetens och erfarenhet värderades lika?
- Upplever Du att ni läkare blivit lyssnade till från ledningen och att ledningen har tagit era åsikter, oro, förslag, m.m. på allvar?
- Upplever Du att genomförandet av fusionen inneburit en rättvis fördelning av inflytande på SUS mellan Malmö och Lund, dels på Din klinik och dels på SUS i stort?
- Upplever Du att inflytandet mellan ledningen och medarbetare på Din klinik och på SUS i stort vid genomförandet av fusionen har varit rättvist?

- Upplever Du att chefers bemötande av Dig och Dina läkarkolleger i samband med genomförandet av fusionen, dels på Din klinik och dels på SUS i stort, har varit etiskt försvarbart
- Upplever Du att fusionen av f.d. UMAS och f.d. USiL till SUS har genomförts på ett sätt som vittnar om hög kompetens bland tjänstemän och politiker
- Upplever Du att sjukhusledning och andra chefer under genomförandet av fusionen betraktat Dina och Dina läkarkollegers invändningar som grundade på rationella övervägande, och inte på emotionella (känslobaserade) faktorer?

# 7 Referenser

## 7.1 Litteraturförteckning

- Alarik, Björn, 1982. *Fusioner: drivkrafter, beslut, samordning= [Mergers]:[forces, decisions and integration]*. Diss. Göteborg : Göteborgs universitet.
- Almqvist, Roland, 2006. *New public management: NPM: om konkurrensutsättning, kontrakt och kontroll*. 1. uppl. Malmö: Liber.
- Alvesson, Mats., & Sveningsson, Stefan, 2008. *Förändringsarbete i organisationer: om att utveckla företagskulturer*. 1. uppl. Malmö: Liber.
- Badersten, Björn & Gustavsson, Jakob, 2010. *Vad är statsvetenskap?: om undran inför politiken*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Bergström, Tomas, 2002. *Organisationskultur och kommunal förnyelse?: förändringar i gamla hjulspår*. 1 uppl. Malmö: Liber ekonomi.
- Bringselius, Louise, 2008. *Personnel resistance in public professional service mergers: the merging of two national audit organizations*. Diss. Lund : Lunds universitet, 2008.
- Brorström, Björn, 2004. *Den stora vändningen?: ett universitetssjukhus i förändring*. Lund: Studentlitteratur.
- Bryman, Alan, 2002. *Samhällsvetenskapliga metoder*. 1. uppl. Malmö: Liber ekonomi.
- Choi, Soki, 2011. *Radical Change in Healthcare: competing logics in hospital mergers*. ([Ny utg.]). Stockholm: Volante.
- Flyvbjerg, Bent, 2004. *Five Misunderstandings about Case – Study research*. I Seale, Clive., Gobo, Giampietro., Gubrium, Jaber. F., & Silverman, David., (red). *Qualitative Research Practise*. London and Thousand Oaks, California: Sage. Sid 390-404 hela Flyvbjergsartikel.

- Hall, Patrik, 2012. *Managementbyråkrati: organisationspolitisk makt i svensk offentlig förvaltning*. 1. uppl. Malmö: Liber.
- Hudson, John., & Lowe, Stuart, 2009. *Understanding the policy process: analysing the welfare policy and practice*. 2 uppl. Bristol, UK: Policy/Social Policy Association
- Jacobsen, Dag Ingvar & Thorsvik, Jan (2002). *Hur moderna organisationer fungerar*. 2., [rev. uppl.] Lund: Studentlitteratur.
- Kleppestö, Stein, 1993. *Kultur och identitet vid företagsuppköp och fusioner*. Nerenius & Santérus Förlag. Diss. Lund: Stockholms universitet, 1993.
- Lundahl, Ulf., Skärvad, Per-Hugo, 1999. *Utredningsmetodik för samhällsvetare och ekonomer*. 3 uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Lipsky, Michael, 2010. *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. (30th anniversary expanded ed.) New York: Russell Sage Foundation. Läst i Hudson, John., & Lowe, Stuart, 2009. *Understanding the policy process: analysing the welfare policy and practice*. 2 uppl. Bristol, UK: Policy/Social Policy Association
- Lundquist, Lennart, 1992. *Förvaltning, stat och samhälle*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundquist, Lennart, 1993. *Det vetenskapliga studiet av politik*. Lund: Studentlitteratur.
- Mintzberg, Henry, (1983). *Structure in fives: designing effective organizations*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Nupponen, Pertti, (1995). *Post-acquisition performance: combination, management, and performance measurement in horizontal integration*. Helsinki: Helsinki School of Economics and Business Administration.
- Patel, Runa. & Davidsson, Bo, 2003. *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. 3 uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Söderström, Lars., & Lundbäck, Mattias, 2002. *Stor och liten: om värdeeffektiva sjukhus*. Stockholm: Reforminstitutet.

Yin, Robert K, 1984. *Case study research: design and methods*. Berverly Hills, California: Sage. Läst i Bryman, Alan, 2002. *Samhällsvetenskapliga metoder*. 1. uppl. Malmö: Liber ekonomi.

Yin, Robert K, 2003. *Case study research: design and methods*. 3 uppl.. Thousand Oaks: Sage Publications. Läst i Choi, Soki, 2011. *Radical Change in Healthcare: competing logics in hospital mergers*. ([Ny utg.]). Stockholm: Volante.

## 7.2 Artiklar

Bringselius, Louise, 2013. *The voice of Professionals-Lost in Evaluation?* International Journal of Public Administration, vol. 36, nr 10, s 723-731.

Conner, Robert., Feldman, Roger. & Dowd, Bryan, 1998. *The Effects of Market Concentration and Hospital Mergers on Hospital Costs and Prices*. International Journal of the Economics of Business vol. 5, issue 2, s. 159-180.

Fulop, Naomi., Protopsaltis, Gerasimos., Hutchings, Andrew., King, Annette., Allen, Pauline., Normand, Charles., & Walters, Rhiannon, 2002. *Process and impact of mergers of NHS trusts: multicentre case study and management cost analysis*. British Medical Journal (BMJ) vol. 325, Sid 246-253.

Kjekshus, L. & Hagen, T, 2007. *Do hospital mergers increase hospital efficiency? Evidence from a National Health Service country*. Journal of health services research & policy, vol. 12, nr 4, s. 230-235.

Kouzes, J. & Mico, P, (1979). *Domain Theory: An introduction of organizational behaviour in human service organisation*. The Journal of Applied Behavioral of Science, vol. 15, nr 4, s. 449 – 469.

Marks, Mitchell Lee., & Mirvis, H. Philip, (1997). *Revisiting the merger syndrome: dealing with stress*. Mergers and Acquisition, vol. 31, nr 6, s. 21 – 27.



Sinay, Ugur. Tony, 1998. *Pre- and post-merger investigation of hospital mergers*. Eastern Economic Journal, vol. 24, nr 1 (vinter 1998), s. 83-97.

## 7.3 Rapporter

McKinsey & Company, (2007). *En genomlysning av verksamheten vid Karolinska universitetssjukhuset*. 19 oktober 2007.

## 7.4 Offentliga utredningar

SOU 2009:43, slutbetänkande av utredningen av den kliniska forskningen.

## 7.5 Hemsidor

Bringselius, Louise, 2012. *The policy process in hospital mergers: The physicians' perspective*. The physicians' perspective. Konferensartikel presenterad på IRSPM-konferensen i Rom, april 2012.

<http://www.bringselius.se/documents/2012-04PaperBringselius-Final.pdf>

Hämtat: 18/12-2013.

Bringselius, Louise, 2012. *Resultat från forskningsenkät vid Skånes universitetssjukhus. En rapport till respondenter och övriga intressenter*.

<http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordOId=2437126&fileOId=2437128> Hämtat: 18/12-2013.

Hall, Patrik, 2012. *Managementbyråkrati inom offentlig förvaltning*.

Malmö högskola, föreläsning akademisk kvart (12/12-2012).

Tillgänglig: <http://www.mah.se/Nyheter/Malmo-hogskola-Play/Forelasningar-och-seminarier/En-akademisk-kvart/Patrik-Hall-Managementbyrakrati-inom-offentlig-forvaltning/> Hämtat: 10/12-2013.

Läkartidningen, 26/2-2008, nr 9.

*Storleken ger inte större effektivitet visar forskning.*

Tillgänglig: <http://www.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=8920>

Hämtat: 17/5-2012

Läkartidningen 27/4-2010 nummer 17

*Det går inte att styra hälso- och sjukvård endast utifrån en näringslivslogik.*

Tillgänglig: <http://www.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=14283>

Hämtat: 11/11-2013

Nationella patientenkäten (NPE), 2012.

Sveriges Kommuner och Landsting.

Tillgänglig: <http://npe.skl.se/Oversikt.aspx?ActiveView=0>

Hämtat: 11/11-2013.

(OBS! För att se resultaten för Njm Malmö och Lund får läsaren här välja öppen/slutenvård, Skåne, Skånes universitetssjukhus och sedan Kliniken för Njurmedicin och transplantation Malmö/ Njurmedicinska kliniken Lund).

Proluma, 2009. *Brev från dekanus.*

Medicinska fakulteten, Lunds universitet, 30/10-2009.

Tillgänglig:

[http://www.med.lu.se/medarbetare/internkommunikation/brev\\_fraan\\_dekanus/arkiv/brev\\_fraan\\_dekanus\\_2009\\_10\\_30](http://www.med.lu.se/medarbetare/internkommunikation/brev_fraan_dekanus/arkiv/brev_fraan_dekanus_2009_10_30) Hämtat: 14/12-2013.

Region Skånes hemsida, 1, 24/8-2005.

*Skånsk sjukvård omfördelas.* Ur Nyhetsbrev Nr 2 - Skånsk Livskraft. 24/8-2005.

Tillgänglig: <http://www.skane.se/sv/Webbplatser/SUS/Skanes-universitetssjukhus-Lund/Nyheter/Nyheter/Arkiv/2004/Februari/Skansksjukvard-omfordelas/> Hämtat: 26/12-2013.

Region Skånes hemsida 2, 1/7-2004.

*Skånsk livskraft – vård och hälsa, genomförs.*

Tillgänglighet: <http://www.skane.se/sv/Webbplatser/SUS/Skanes-universitetssjukhus-Lund/Nyheter/Nyheter/Arkiv/2004/Juli/Skansklivskraft--vard-och-halsa-genomfors/> Hämtat: 26/12-2013.

Region Skånes hemsida, 3 (kunde ej finna datum).

*UMCS - Universitetsmedicinskt centrum Skåne.*

Tillgänglig: <http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Om-Skanes-universitetssjukhus/Forskning/UMCS---Universitetsmedicinskt-centrum-Skane/> Hämtat: 8/12-2013.

Region Skånes hemsida, 4, 1/7.2011.

*Skånes universitetssjukhus. Avancerad sjukvård - utbildning – Framstående forskning.*

Tillgänglig:

[http://www.skane.se/Public/SUS\\_extern/Dokument/Om%20SUS/SUS\\_broschyr\\_20110701\\_webb.pdf](http://www.skane.se/Public/SUS_extern/Dokument/Om%20SUS/SUS_broschyr_20110701_webb.pdf) Hämtat: 8/12-2013.

Sjukhusläkaren, 27/4-2011.

*Tre av fyra sjukhusfusioner misslyckas.*

Tillgänglig: <http://www.sjukhuslakaren.se/2011/04/27/%E2%80%9Dtre-av-fyra-sjukhusfusioner-misslyckas%E2%80%9D/> Hämtat: 11/11.2013

Sjukhusläkaren, 20/6-2011

*Politikerna förlitar sig på omodern fusionsforskning från privat industri.*

Tillgänglig: <http://www.sjukhuslakaren.se/2011/06/20/%e2%80%9dpolitikerna-forlitar-sig-pa-omodern-fusionsforskning-fran-privat-industri%e2%80%9d/>

Hämtat: 11/11-2013

Sjukhusläkaren, 24/10-2011

*Fusioner bäst för den administrativa makten.*

Tillgänglig: <http://www.sjukhuslakaren.se/2011/10/24/%e2%80%9dfusioner-bast-for-den-administrativa-makten%e2%80%9d/> Hämtat: 11/11-2013

## 7.6 Muntliga källor

### 7.6.1 Intervjuer med läkare på Kvinnokliniken på SUS

I.KK.M.M. 4/6-2012: Intervju, Kvinnokliniken, SUS Malmö, man.

I.KK.M.M. 5/6-2012: Intervju, Kvinnokliniken, SUS Malmö, man.

I.KK.L.K. 7/6-2012: Intervju, Kvinnokliniken, SUS Lund, kvinna.

I.KK.M.M. 11/6-2012: Intervju, Kvinnokliniken, SUS Malmö, man.

I.KK.M.K. 27/6-2012: Intervju, Kvinnokliniken, SUS Malmö, kvinna.

I.KK.M.M. 28/6-2012: Intervju, Kvinnokliniken, SUS Malmö, man.

I.KK.M.K. 18/6-2012: Intervju, Kvinnokliniken, SUS Malmö, kvinna.

I.KK.L.M. 18/6-2012: Intervju, Kvinnokliniken, SUS Lund, man.

I.KK.M.M. 25/6-2012: Intervju, Kvinnokliniken, SUS Malmö, man.

I.KK.M.K. 12/7-2012: Intervju, Kvinnokliniken, SUS Malmö, kvinna.

I.KK.L.M. 17/8-2012: Intervju, Kvinnokliniken, SUS Lund, man.

I.KK.L.K. 20/8-2012: Intervju, Kvinnokliniken, SUS Lund, kvinna.

## 7.6.2 Intervjuer med sjukhusledningen på SUS

I.SL.M.K. 16/8-2012: Intervju, sjukhusledningen, SUS Malmö, kvinna.

I.SL.M.K. + I.SL.M.M. 24/8-2012: Intervju, sjukhusledningen, SUS Malmö, kvinna + Intervju, sjukhusledningen, SUS Malmö, man (de båda personerna intervjuades samtidigt på egen begäran).

I.SL.M.M. 29/8-2012: Intervju, sjukhusledningen, SUS Malmö, man