

Handelshögskolan i Stockholm
Examensuppsats, 10 p
1100 Företagande, ledning och organisering
Augusti, 2007

”Vi läkare är inte utbytbara!”
- en studie om identitetsskapande
vid fusioner i sjukvården

Författare: Pernilla Mogefors (19885) och Sara Pütsep (19603)
Handledare: Associate Professor Andreas Werr
Framläggning: 30 augusti 2007, kl. 8.15 i Sal Johan
Opponent: Matilda Bergström och Caroline Johansson

TACK!

Stort tack till Vårdbolaget – både ledning och medarbetare – för att ni tagit er tid och delgivit oss av era erfarenheter!

Vi vill också tacka vår handledare Andreas Werr för snabb feedback och värdefulla idéer som fört arbetet framåt.

Slutligen vill vi tacka en rad personer som bidragit till vår förståelse för området och gett såväl erfarenhetsmässiga som teoretiska tips. Tack Niklas Källberg, Annika Schilling, Soki Choi, Karin Fernler och Johan Berglund!

Abstract

During the last 20 years, the Swedish health care system has faced major changes. One of them is the increasing pressure to generate economic profit due to private businesses entering the market. Health care units are forced to make some structural changes in order to become effective and efficient. As a result merger and acquisitions has become a part of the health care sector, and seems to be an increasing phenomenon.

Mergers and acquisitions have mainly been studied in the industry. A frequent explanation to why the potential value of a merger is not realized is culture clashes between the merging organizations. From a social constructionist perspective cultures are not seen as definite structures. Instead social constructionists - having studied the industry - suggest the post merger integration activates a process where organizational identities are formed and defended. From this perspective a dialogue between the merging organizations is a prerequisite for a successful integration.

Health care organizations have less distinct organization identities. Instead the professional identity and managers' identities are categorizing for this type of organization. The purpose of this study is to get a deeper understanding for what happens within the health care organizations from an identity perspective when two units merge. Thus we have investigated: what identity formation is activated when two health care units are merged with purpose to win synergies for better use of resources.

By using a qualitative abductive method we have studied a health care provider, run by an economic management team, which try to get two geographically different radiology units to integrate and cooperate in order to become more efficient. Twelve interviews have been conducted in order to get a picture of the situation the two different units are facing and what the reaction to the integrations is.

The results show that two different processes of identity formation are activated, where the second process is unique for the health care sector. The first one is the need for each unit to enforce their own organizational identity, accentuating the differences making it difficult to cooperate. The second process is the radiologists need to protect their own area of expertise towards the initiatives from the management team who wants to create economic profit. This study suggest that the identity formation around the profession is the essential and that the identity formation around the organization can be seen as an expression of radiologists' need to protect their territory.

Thus the study show more complex processes of identity formation appear in the health care sector than what has been reported from the industry. While – in the industry – researchers have found organization identities need to be confirmed for mergers to succeed, our result indicate a dialogue between management and physicians is central for the success of a merger within the health care sector.

Key words: post merger integration, health care, identity

Innehållsförteckning

<i>Inledning</i>	5
1.1 Problemdiskussion	6
1.2 Syfte och Frågeställning	8
1.2.1 Syfte	8
1.2.2 Frågeställning.....	8
1.3 Avgränsning	8
1.4 Disposition	9
2 Teoretisk utgångspunkt	10
3 Metod	12
3.1 Forskningsdesign	12
3.1.1 Kvalitativ metod	12
3.1.2 Den enkla fallstudien	12
3.2 Datainsamling	13
3.2.1 Val av fallföretag och integrationsprocess.....	13
3.2.2 Val av respondenter	13
3.2.3 Informantintervjuer	14
3.2.4 Genomförande av intervjuerna	15
3.2.5 Frågornas utformning	15
3.3 Teorianvändning	16
3.3.1 Undersökningsstrategi.....	16
3.3.2 Val av teorier	16
3.3.3 Analys och tolkningsarbete	16
3.3.4 Författarnas inverkan på studien	17
3.4 Uppsatsens trovärdighet	17
3.5 Generaliserbarhet av resultat	19
4 Tidigare forskning	20
4.1 Forskning om förvärv och fusioner	20
4.1.1 Olika forskningsdiscipliner.....	20
4.1.2 Integrationsprocessens betydelse.....	20
4.1.3 Funktionalistiskt eller socialkonstruktionistiskt perspektiv	21
4.2 Forskning om förvärv och fusioner i professionella serviceföretag och sjukvården	22
4.2.1 Professionella serviceföretag	22
4.2.2 Forskning kring förvärv och fusioner i vården.....	23
4.3 Positionering av vår studie	24
5 Teoretisk referensram	25
5.1 Identitet och identitetsskapande	25
5.1.1 Forskning om identitetsskapande	25
5.1.2 Individuellt eller socialt identitetsskapande	25
5.1.3 Socialt identitetsskapande.....	26

5.2	Försvar av organisationsidentiteter vid förvärv och fusioner	27
5.2.1	Mötet mellan två organisationer	27
5.2.2	Relationsbyggande	28
5.2.3	Åberopande av högre värden	28
5.3	Sjukvårdsspecifik teori	28
5.3.1	Hybrida identiteter i sjukvården	28
5.3.2	Inneboende konflikter i sjukvården	29
5.3.3	Att värna professionens revir	31
5.4	Bild över vårt teoretiska ramverk.....	32
6	<i>Empiri</i>	34
6.1	Om Vårdbolagets radiologidivision	34
6.1.1	Verksamheten inom radiologidivisionen.....	35
6.2	Den studerade integrationen	36
6.2.1	Syftet med integrationen	36
6.2.2	Integrationen på olika nivåer	36
6.3	Berättelsen om integrationen.....	37
6.3.1	Behovet av att förklara kontexten	37
6.3.2	Fyra samarbetsområden att berätta om.....	38
6.3.3	Mönster i historieberättandet – en sammanfattning	48
7	<i>Analys</i>	50
7.1	Identitetsskapande kring enheterna.....	50
7.1.1	Upplevda kulturkrockar	50
7.1.2	Försvar av organisationsidentiteter.....	52
7.1.3	Ledningens påverkan på organisationsidentitetsskapandet.....	53
7.2	Radiologernas identitetsskapande	54
7.2.1	Inte bara organisationsidentiteten spelar roll.....	54
7.2.2	Professionsidentiteten gör sig påmind	55
7.2.3	Uttryck för den inneboende konflikten i sjukvården	57
7.2.4	Radiologerna försvarar sitt territorium	60
7.3	Organisationsidentitetsskapande aktiveras av hotet mot professionen	63
8	<i>Slutsats</i>	66
9	<i>Uppslag till vidare forskning</i>	69
10	<i>Källförteckning</i>	70
11	<i>Appendix: Intervjumallar</i>	74

1 Inledning

Den svenska sjukvårdssektorn har under de senaste 20 åren präglats av ett ökat ekonomiskt tryck och ett antal privata vinstdrivande aktörer har trätt in på sjukvårdsmarknaden. De privata aktörernas inträde har till stor del skett via förvärv av befintliga verksamheter. Överlämnandet av driften av sjukhus till privata vinstdrivande företag har skapat omfattande debatt om hur hälso- och sjukvården i Sverige skall organiseras och finansieras i framtiden.¹ Debatten resulterade i att den Socialdemokratiska regeringen från och med 1 januari, 2006 infördes den så kallade ”stopplagen”, som innebar att privata vinstdrivande företag inte längre kunde förvärva offentligt ägda klinker och sjukhus.² Eftersom vårdbolag ofta växer genom förvärv innebar stopplagen ett dråpslag mot de privata vinstdrivande vårdbolagens tillväxtmöjligheter i Sverige. Efter den borgerliga regeringens tillträde i oktober 2006 har emellertid det politiska klimatet skiftat. I DN Debatt 17 januari, 2007 skriver socialminister Göran Hägglund:

”Vinst i vården är inget problem. I dag skickar vi ut förslaget om stopplagens avskaffande i sjukvården på remiss och i början av nästa år [2008] lägger regeringen fram en proposition. Därmed slopas kravet på att verksamheten ska drivas utan syfte att ge vinst. Så länge vårdgivarna följer lagen är vinst i vården inget problem. ... En tredje förändring är att landsting måste ha möjlighet att besluta om avknoppning av verksamheten. ... Landstingen ges nu ökad möjlighet att överlåta driften av en viss verksamhet till någon annan.” (DN Debatt 2007-01-17)

I och med upphävandet av stopplagen öppnas dörren för ett ökat antal överlåtelser och möjliga förvärv och fusioner inom sjukvården.³

Det kan finnas en rad olika motiv till förvärv och fusioner inom sjukvården. Liksom i andra branscher kan förvärv av sjukhus eller vårdenheter syfta till att skapa en större portfölj av autonoma bolag ur vilka man kan plocka ut vinst. Mer intressanta är

¹ Exempelvis har så skett i samband med överlåtelsen av S:t Görans sjukhus i Stockholm och sjukhuset i Simrishamn. (Prop. 2004/05:145, s.8)

² Prop. 2004/05:145, s.1.

³ Det är heller inte osannolikt att antalet fusioner inom den offentligt drivna sjukvården kommer att öka, inte minst till följd av Ansvarskommitténs betänkande SOU 2007:10. På det makroekonomiska planet kan sägas att såväl ekonomiska som kunskapsrelaterade synergier torde vara välkomnade. Inte minst blir en effektivisering av vården avgörande för att allt färre unga ska klara att försörja en allt större åldrande befolkning.

emellertid de förvärv och fusioner som syftar till att vinna synergier för ett bättre resursutnyttjande genom en integration av förut autonoma vårdenheter. Dessa ämnar vi studera i denna uppsats.

1.1 Problemdiskussion

Generell forskning om förvärv och fusioner säger att den så kallade integrationsprocessen⁴ är avgörande för att tänkta synergier ska realiseras:

“Integration is the key to making acquisitions work. Not until the two firms come together and begin to work toward the acquisition’s purpose can value be created.”⁵ (Haspeslagh och Jemison, 1991 i Risberg 2006 s. 6)

Enligt det dominerande *funktionalistiska*⁶ synsättet är en förutsättning för en att lyckas med integrationsprocessen att de fusionerande organisationernas kulturer matchar. *Kulturkrockar* förs enligt detta perspektiv fram som den viktigaste förklaringen till varför resultatet av uppköpet inte var tillfredsställande. Kleppesø (1993) som antar ett *socialkonstruktionistiskt perspektiv*⁷ på integrationsprocesser har i sin studie av fusionerande bolag inom industrin funnit att de upplevda kulturkrockarna bör ses som de anställdas behov att värna om sin *organisationsidentitet*.⁸ Han menar att eventuella skillnader i organisationernas kulturer inte spelar den avgörande roll som man tidigare hävdat. Istället förklaras integrationsproblem med att organisationerna inte fått tillräckligt utrymme för en egen identitet utan att ett *identitetsskapande* kring organisationen aktiverats. Kleppesø menar att: ”försök att sudda bort sociala kategorier och identiteter försvårar, snarare än underlättar, integrationen och interaktionen.”⁹ Det är först när organisationsmedlemmarna känner sig trygga – när de får sina självbilder bekräftade – integrationsprocessen kan lyckas och en ny organisationsidentitet kan växa fram.

4 I den engelskspråkiga litteraturen benämnd som ”post merger/acquisition integration”.

5 Haspeslagh och Jemison (1991:105) i Risberg (2006), s 73.

6 Det funktionslistiska perspektivet har enligt Meek (i Kleppesø, 1993) en starkt positivistisk utgångspunkt. För vidare diskussion om positivism och funktionalism se Kap 2: *Teoretisk utgångspunkt*.

7 För en förklaring av det socialkonstruktionistiska se Kap 2: *Teoretisk utgångspunkt*.

8 Kleppesø (1993) använder istället för organisationsidentitet begreppet social identitet, vilket är en mer generell benämning, men eftersom han syftar på organisationers sociala identitet benämner vi det för enkelhets skull organisationsidentitet.

9 Kleppesø, 1993, s.196.

Enligt Levay (1995) har organisationsidentiteten inte samma betydande roll inom sjukvården som i industrin där Kleppestø genomfört sin forskning. Levay skriver:

”Sjukhus är så lika varandra att de knappast har någon distinkt identitet på organisationsnivå”.¹⁰

Alberts och Whetten (1985) kategoriserar sjukvårdsorganisationer som organisationer med *hybrida identiteter*, där läkargruppens *professionsidentitet* samsas med den identitet som bärs av ledare. Till följd av att de olika identiteterna har olika drivkrafter uppstår motstridigheter i denna typ av organisation, vilket bland annat tar sig uttryck i att läkarna frågar sig: ”Är vi ett företag eller en humanitär organisation?”¹¹ Andra forskare (Kragh Jespersen och Sahlin-Andersson i Bentsen 1999) pekar på att det finns en inneboende spänning mellan läkare och ledare i sjukvården, där ledarnas effektivitetstänkande ibland står i konflikt med läkarnas yrkesutövande.

Givet sjukvårdsorganisationers särdrag - organisationsidentitetens mindre betydande roll och de hybrida identiteterna – blir det relevant att studera vad som sker när två sjukvårdenheter integreras utifrån ett identitetsskapandeperspektiv.

Kulturkrockar har som i industrin också rapporterats vid fusioner i sjukvården. Så skedde exempelvis vid den uppmärksammade sammanslagningen mellan Huddinge Universitetssjukhus och Karolinska Universitetssjukhuset:

”Här frontalkrockar två kulturer, en från Huddinge och en från KS, och det måste vi få en lösning på.” (Kurt Norberg, ordförande i den professionella styrelsen för de sammanslagna universitetssjukhusen)¹²

Intressant är emellertid att studera vilken betydelse organisationernas hybrida identitet får i integrationsprocessen. Om integrationsprocesser i industrin aktiverar ett identitetsskapande kring organisationer vad sker då vid integrationsprocesser i sjukvården? Kan det vara så att fusioner i sjukvården aktiverar ett mer komplext identitetsskapande än vad som rapporterats från industrin?

¹⁰ Levay, 1995, s.11.

¹¹ Albert och Whetten, 1985, s.278.

¹² ”Borgerliga vill ha granskning av KS-krisen”, SVD (2005-12-11)

Trots att ämnet tycks vara högst aktuellt har integrationsprocessen till följd av förvärv och fusioner som syftar till att vinna synergier för ett bättre resursutnyttjande inom den privatägda sjukvården inte närmre studerats i den svenska kontexten. Dels kan detta förstås förklaras av att antalet förvärv varit lågt, men inte heller fusioner i den offentliga vården har studerats i särskilt stor utsträckning¹³. Däremot finns en hel del internationell forskning på området, inte minst från den amerikanska kontexten. Denna forskning ansluter sig emellertid främst till den funktionslistiska forskningstraditionen och behandlar sällan sådana komplexa processer som identitetsskapande.

1.2 Syfte och Frågeställning

1.2.1 Syfte

Forskning från industrin visar att om man blundar för organisationsmedlemmarnas behov att få sina organisationsidentiteter bekräftade sjunker möjligheterna att lyckas med fusioner. Sjukvårdsorganisationer med sina hybrida identiteter har inte samma distinkta organisationsidentitet som i industrin. Istället framstår läkarnas och ledningens respektive identiteter som betydelsefulla. För att i framtiden lyckas med ett ökat antal förvärv och fusioner i sjukvården är det viktigt att nå en djupare förståelse för vad som sker vid integrationen av två vårdenheter. Givet sjukvårdens särdrag syftar denna uppsats till att ge ökad förståelse för integrationsprocesser i sjukvården utifrån ett identitetsperspektiv. Detta görs genom att utreda vilket identitetsskapande som aktiveras när två sjukvårdenheter integreras.

1.2.2 Frågeställning

Vilket identitetsskapande aktiveras när två sjukvårdsenheter integreras i syfte att vinna synergier för ett bättre resursutnyttjande?

1.3 Avgränsning

En organisatorisk avgränsning görs till att endast studera hur ledning och radiologer upplevt integrationen. För att få en kompletterande bild har vi också intervjuat sjuksköterskor, men helt valt bort undersköterskor och läkarsekreterare. Att vi valt att

¹³ Ett forskningsprojekt pågår på KI där fusionen mellan Karolinska Universitetssjukhuset och Huddinge Universitetssjukhus studeras, men inga artiklar finns ännu publicerade.

fokusera på läkargruppen beror på att läkarna är den yrkesgrupp som kan förväntas prägla vården mest och traditionellt inneha mest makt i sjukvårdsorganisationer. Genom att intervjua sköterskor har vi fått en djupare förståelse för vårdens inneboende hierarkier. Att inkludera undersköterskors och läkarsekreterares upplevelse av integrationen hade inneburit att en mer heltäckande bild av vad som händer i en sjukvårdorganisation när enheter integreras. Vi bedömer emellertid att ett inkluderande av också dessa professioner inte är görbart inom tidsramen för denna tiopoängsuppsats.

Studien avgränsar sig geografiskt genom att syfta till att belysa de utmaningar som sker vid integration av Vårdbolaget i den svenska kontexten. Studien förväntas därmed inte med nödvändighet vara generaliserbar till fusioner och företagsuppköp i andra länder. Detta mot bakgrunden att vården är starkt präglad av nationella värderingar och normer.

1.4 Disposition

Efter denna inledande introduktion presenterar vi i kapitel 2 vår teoretiska utgångspunkt. Sedan följer i kapitel 3 metodavsnittet, vilket fokuserar på hur studie genomförts. Vi redogör sedan för tidigare forskning (kapitel 4) och positionerar vår studie i forskningsfältet, innan vi i kapitel 5 presenterar vår teoretiska referensram. I kapitel 6 kommer den empiriska berättelsen om integrationsprocessen. Med hjälp av vår teoretiska referensram analyseras sedan empirin i kapitel 7. I kapitel 8 presenteras våra slutsatser och vårt bidrag till befintlig forskning. De uppslag och idéer till fortsatt forskning som dykt upp under arbetets gång skriver vi om i kapitel 9.

2 Teoretisk utgångspunkt

I det här avsnittet presenterar vi vår syn på kunskap, vilket får betydelse för hur vi betraktar världen och angriper vårt ämne. Vår teoretiska utgångspunkt har påverkat såväl vårt sätt att angripa problemet och formulera frågeställning, som att välja teoretisk referensram och tolka vårt material.

Vår teoretiska utgångspunkt grundar sig i ett *socialkonstruktionistiskt* synsätt, vilket står att skilja från den *positivistiska* verklighetssynen. Den positivistiska verklighetssynen ligger till grund för naturvetenskapen och dess syn på världen är att den finns där ute. Det gäller bara att upptäcka den genom objektiv och neutral forskning (Alvesson och Skoldberg, 1994). Inom samhällsvetenskapen är det *funktionslistiska* paradigmet ett uttryck för positivismen (Meek i Kleppesø, 1993). Ur det funktionalistiska perspektivet behandlas sociala fakta som konkreta. Genom att cementera sociala fakta till för givet tagna sanningar blir aspekter av vår verklighet, som "organisation", "kultur" och "individer" till objektiva strukturer. Strukturer får av denna anledning en framskjuten plats i analysen och blir viktigare än processer, vilket vi bland annat ser i de fall kulturkrockar anges som anledning till varför värdet av fusioner och förvärv inte realiseras (Kleppesø, 1993).

Socialkonstruktionismen tar avstånd från positivismens verklighetssyn och funktionalisternas sätt att ta strukturer för givna. Trots att det finns en rad olika socialkonstruktionistiska ansatser förenas alla enligt Sandberg (1999) av detta avståndstagande samt avståndstagandet från en objektivistisk kunskapssyn, individen som kunskapens grund och språket som en representation av verkligheten. Sandberg (1999) pekar på att den sociala konstruktionsimens mest allmänna doktrin är att aspekter av vår verklighet inte är objektiva. "Organisation", "kultur" och "individer" framträder då som något människor konstruerat i det sociala samspelet. Genom en ständigt pågående process reproduceras verkligheten. Men även om man liksom Berger och Luckmann (i Sandberg, 1999) ser att social konstruktion främst består av rekonstruktion av den för givet tagna verkligheten, snarare än konstruktion av nya verkligheter, betyder det inte att människan är en mekanisk robot. Istället kan vi liksom Sandberg (1999) påpeka vara förvissade om att vi i allra högsta grad är aktörer:

"Har människan skapat samhället innebär det att hon också kan omskapa det."¹⁴

¹⁴ Sandberg (1999), s. 55.

Utifrån ett socialkonstruktionistiskt perspektiv blir det därför intressant att studera de processer genom vilka mening skapas, som i vårt fall, identitetsskapande.

3 Metod

Kapitlet syftar till att beskriva och förklara för läsaren vad vi gjort och ge en möjlighet att bedöma våra tolkningar. I metodavsnittet beskriver vår forskningsdesign, hur datainsamlingen gått till, vilka teorier vi valt och varför, samt diskuterar studiens trovärdighet och generaliserbarhet.

3.1 Forskningsdesign

3.1.1 Kvalitativ metod

Inom samhällsvetenskapen finns det två olika metoder för att undersöka ett specifikt fenomen; den kvalitativ eller den kvantitativa metoden. Den kvantitativa metoden tar hjälp av statistik och matematik för att analysera och förstå det studerade området (Andersen, 1998). Den kvalitativa metoden används ofta när djupare förståelse av det studerade området eftersträvas och innebär en studie delvis *inifrån* (Holme & Solvang, 1997). Vid val av metod bör författaren ta i beaktande vad som studeras, vilken typ av frågeställning forskningen syftar till att undersöka och hur den bäst kan analyseras och besvaras. För att förstå sådana processer som identitetsskapande blir den kvantitativa modellen inte tillämplig, eftersom komplexa processer inte gärna låter sig kvantifieras. För att förstå materialet krävs istället att forskarna antar ett tolkande förhållningssätt, vilket enligt Holme och Solvang (1997) är den kvalitativa modellens styrka. Därför blir den kvalitativa, snarare än den kvantitativa metoden lämplig för vår studie.

3.1.2 Den enkla fallstudien

För att nå djupare förståelse för integrationsprocessen har vi valt att genomföra en enkel fallstudie. Enligt Merriam kan en fallstudie definieras som en *"undersökning av en specifik företeelse"* (Merriam, 1998). Styrkan med denna metod är att det finns möjlighet att gå på djupet av det studerade fenomenet, vilket varit viktigt då vi velat fånga upp upplevelser, reaktioner och attityder. Att vi valt att genomföra en enkel snarare än multipel fallstudie har att göra med studiens omfattning. En multipel studie hade gjort slutsatserna mindre kontextbundna till det vårdbolag vi studerar, men givet det begränsade antal intervjuer vi har möjlighet att genomföra hade det försvårat att nå förståelse och djup.

3.2 Datainsamling

3.2.1 Val av fallföretag och integrationsprocess

För att besvara vår frågeställning genomför vi en fallstudie av ett vårdbolag ("Vårdbolaget"). Flera informantintervjuer genomfördes på Vårdbolaget för att diskutera våra första tankar kring syfte och frågeställning. Bolaget är ett lämpligt fallföretag eftersom det är ett företag som vuxit och fortsatt växer genom uppköp. Efter förärv försöker Vårdbolaget realisera synergier genom en integrationsprocess mellan verksamheterna. Initialt skulle vi studera en annan integrationsprocess mellan två enheter inom samma fallföretag. Efter några informantsamtal stod det emellertid klart för oss att den integrationsprocessen som inletts hösten 2006 inte nått den operativa nivån, varför vi gjorde bedömningen att denna studie endast skulle bli en hypotetisk uppsats. Vi valde därför att skifta fokus och studera en integrationsprocess som är mer långtgående. Den integrationsprocess vi valt att studera är en integration mellan två organisatoriska enheter inom Vårdbolagets radiologidivision. Integrationen initierades 2004 och har således pågått i nära tre år. Detta innebär att integrationsprocessen nått en implementeringsfas och fått betydelse också på verksamhetsnivå. Integrationen har både innefattat samarbete kring operativa tjänster och stödtjänster, vilket innebär att vi har att göra med en långtgående integration. Detta innebär att alla inom organisationen på ett eller annat sätt påverkas av integrationen, vilket var viktigt i vårt val av vilken integrationsprocess vi skulle studera.

3.2.2 Val av respondenter

Rubin och Rubin (1995) menar att de respondenter som väljs ut i kvalitativ forskning bör representera olika perspektiv. Vi har genomfört sammanlagt tolv intervjuer. För att få ledningens perspektiv har vi valt att intervjua divisionschefen och HR-chefen för radiologi i Vårdbolaget. På operativ ledningsnivå har områdescheferna i Regionen respektive Huvudstaden intervjuats. För att sedan få ett verksamhetsperspektiv av processen har vi intervjuat två radiologer samt en sjuksköterska på respektive enhet. Som vi nämnt i avgränsningarna har vi i studien avgränsat oss genom att inte inkludera undersköterskor och läkarsekreterare. Vi har valt att intervjua lika många representanter inom de två enheterna för att få en så balanserad bild av situationen som möjligt. Bilden

kompletteras också med en intervju med verksamhetsutvecklare tillika organisationsforskare och en internkonsult inom Vårdbolaget. Både verksamhetsutvecklaren och projektledaren har faciliterat projekt i integrationsprocessen och har kunnat bidra till vår förståelse för hur samarbetet gått och går till samt hur det utvecklats över tid.

Vi har strävat efter ett spektrum av bakgrunder och att intervjua respondenter med olika grad av delaktighet i integrationsprocessen. Av läkarna har en av fyra varit delaktig i ett samarbetsprojekt, medan de andra inte aktivt arbetat med integrationen. När det gäller sköterskorna har en av de intervjuade sköterskorna deltagit i ett samarbetsprojekt. Genom en sådan spridning bland den operativa personalen har vi försökt att skapa oss en förståelse för vilket identitetsskapande som uppträder i *hela* organisationen till följd av fusionen. Vi har således inte enbart intervjuat respondenter som har god kunskap om området och brinner för att berätta om det vilket Rubin och Rubin (1995) föreslår. Detta har medfört att en del av våra respondenter inte kunnat svara på en del frågor och ibland upplever att de inte är tillräckligt insatta i processens arbete. Vi tycker emellertid att det varit viktigt att också belysa dessa upplevelser eftersom de är representativa för organisationen som helhet.

3.2.3 Informantintervjuer

Då det finns begränsat med tidigare forskning på området har vi försökt fånga upp den kunskap som finns men inte än tillgänglig i textformat genom att kontakta olika organisationsforskare. För att få en introduktion till forskningsfältet kring fusioner inom vården var vi i kontakt en doktorand på Karolinska Institutet som studerar fusionen mellan Karolinska Universitetssjukhuset och Huddinge Universitetssjukhus. Detta kompletterade vi med att tala med en organisationsforskare på Handelshögskolan i Stockholm som kunde ge oss en inblick och större förståelse för organisationers och professioners identitetsskapande och dess betydelse vid fusioner och förvärv.

Ytterligare förförståelse som vi har kunnat tillgodoräkna oss i uppsatsens är Saras erfarenhet från sjukvårdsektorn. Hon har tidigare jobbat med frågor som rör vården och

dess förändring, delvis på Vårdbolaget.¹⁵ Detta stärker vår uppsats då vi har kunnat ställa relevanta och mer fokuserade frågor vid intervjutillfällena.

3.2.4 Genomförande av intervjuerna

Intervjuerna genomfördes från februari till april 2007 företrädesvis på respondenternas respektive arbetsplatser. Två intervjuer har av praktiska skäl skett över telefon. Innan intervjuerna har vi berättat om syftet med vår uppsats och framhållit att det är en akademisk uppsats utan uppdragsgivare. Vi har båda deltagit under alla intervjuer, dels för att den ena ska kunna ägna sig helt åt att ställa frågor och dels för att respondenternas perspektiv ska kunna återges på ett så rättvisande sätt som möjligt. Genom bådars deltagande har båda lika stor kännedom om allt material vilket är en styrka vid bearbetning och tolkning av detsamma. Intervjuerna har i regel tagit ca 60 minuter. Intervjuerna har i några fall bandinspelats och därefter transkriberats. I de flesta fall har vi emellertid valt att en ta anteckningar på dator under intervjuens gång och redigerat dem tillsammans i direkt anslutning till intervjun, något som Andersson (1998) rekommenderar. Alla respondenter är anonymiserade, vilket var en förutsättning för att vi skulle få genomföra studien på Vårdbolaget. Då intervjupersonerna refereras till utifrån sin roll (läs: sitt perspektiv) bör anonymiseringen inte påverka uppsatsens tillförlitlighet. Snarare har den medfört att respondenterna kunnat tala mer fritt.

3.2.5 Frågornas utformning

Enligt Merriam (1994) lämpar sig öppna och mindre strukturerade intervjuer när man vill fånga respondenternas syn på en specifik företeelse. Genom att använda en delvis strukturerad, eller semi-strukturerad (se Holme & Solvang, 1997) intervjuteknik har vi försökt få alla respondenter att tala om samarbetets omfattning, dess syfte och utmaningar, men samtidigt undvikit att ordningsföljden och de exakta frågorna bestämts på förhand. På så sätt har vi, liksom Merriam (1994) uttrycker det, kunnat svara an på situationen som den utvecklas, på respondentens bild av världen och på nya idéer som dyker upp. Vi har ställt följdfrågor om något varit otydligt, för att inte missförstånd ska uppstå. Vi har också förberett några mer specifika följdfrågor ifall respondenten inte vetat vad vi syftar på i vår fråga. Frågorna har i stort sett varit lika för alla våra

¹⁵ Saras uppdrag på Vårdbolaget låg utanför det studerade området.

respondenter men då med olika tyngdpunkt på olika områden beroende på vem vi pratat med. För intervjumallar se Kapitel 11: *Appendix*.

3.3 Teorianvändning

3.3.1 Undersökningsstrategi

Kunskap kan produceras på olika sätt, nämligen genom en deduktiv eller en induktiv ansats. Deduktiv ansats försöker bevisa ett påstående medan den induktiva ansatsen är ”upptäckstens väg” (Andersen, 1998). Den undersökningsstrategi som vi valt i vår uppsats blandar dessa två och kallas den *abduktiva* vägen. Under forskningsprocessen har vi valt att alternera mellan tidigare teorier och empiri vilket Alvesson och Skoldberg (1994) menar innebär att denna väg har en fördel gentemot de ”grundare” ansatserna. Genom en successiv process skapas nämligen *förståelse* genom att både empiri och teori omtolkas i skenet av varandra.

3.3.2 Val av teorier

Våra teoretiska glasögon tar sin utgångspunkt i en studie av Kleppstø som behandlar behovet av en social identitet vid fusioner och förvärv inom försvarsindustrin. Vi bygger således vårt teoretiska ramverk utifrån teorier om identitetsskapande. Emellertid kompletteras dessa teorier av teorier som behandlar vårdens logiker samt professioners stävan efter diskretion, för att kunna få en djupare förståelse för fenomenet eftersom de har visat sig ha stor betydelse för integrationsprocessen. Vi har således gjort en ansats att koppla ihop tre teoretiska fält; teorier om identitetsskapande, teorier om logiker och professionsteori till en modell som gör det möjligt att förstå det identitetsskapande som aktiveras vid fusioner i sjukvården.

3.3.3 Analys och tolkningsarbete

Holme och Solvang (1997) menar att den kvalitativa metoden karaktäriseras av att det insamlade materialet inte i förväg går att strukturera och organisera, utan att det måste göras i efterhand. Vi har efter att ha samlat in allt material gått igenom alla intervjuer systematiskt och funnit återkommande teman i berättelsen om integrationsprocessen. I enlighet med vår abduktiva ansats har dessa teman vuxit fram dels genom en teoretisk

förförståelse, men också fristående. I det senare fallet har nya teorier sökts för att försöka tolka och förstå vårt material.

3.3.4 Författarnas inverkan på studien

Den kvalitativa metoden kan kritiseras för att vara subjektiv och låta författarna ha en alltför stor påverkan på materialet. Eftersom vi i denna uppsats ansluter oss till socialkonstruktionismen och anlägger ett tolkande perspektiv är positivistiskt objektivitet en omöjlighet. Som sociala aktörer har vi trätt in i forskarrollen med förförståelse för teorier och praktik och ett bagage av erfarenheter från vår tid som studenter vid Handelshögskolan. Vi som ekonomistudenter kan upplevas tätt sammankopplade med den administrativ-ekonomiska logiken¹⁶, vilket kan ha haft en inverkan på respondenternas svar, både när det gäller ledningen och medicinsk personal. Detta blev för oss påtagligt bland annat då den medicinska personalen känt sig manade att förklara för oss hur det går till i sjukvården. Så vad har vi då gjort för att försöka minska våra influenser över resultatet? Dels har vår ambition varit att försöka förstå och redogöra för de olika yrkesgruppernas perspektiv så som de beskriver det för oss. Detta har vi gjort genom att båda deltagit på samtliga intervjuer och fört noggranna anteckningar. Dessutom har vi under hela arbetets gång varit medvetna om problematiken och försökt att undvika att ställa ledande frågor. I de fall vi önskat testa en idé har vi lagt denna fråga i slutet av intervjun för att inte det ska påverka respondentens tankegångar.

3.4 Uppsatsens trovärdighet

Traditionellt bedöms en vetenskaplig studies kvalitet utifrån begreppen *reliabilitet* och *validitet* (se exempelvis Yin, 2003). Kort handlar reliabilitet om möjligheten att studiens resultat går att upprepa, vilket säkerställs genom att mätningar genomförs så exakt och noggrant som möjligt. Validitet berör frågan om rätt empiri samlats in - om det forskaren avsett att studera verkligen studerats (Andersen, 1998).

¹⁶ För förklaring av den administrativ-ekonomiska logiken se vidare i Kapitel 5: Teoretisk referensram om logiker.

Utifrån ett socialkonstruktionsistiskt perspektiv tappar dessa begrepp delvis sin relevans. När det gäller *reliabilitet* hävdar exempelvis Merriam (1994) att: "*eftersom tillvägagångssättet under en kvalitativ fallstudie utvecklas efterhand och därmed inte kan fastställas i förväg, kan inte heller begreppet reliabilitet tillämpas på något meningsfullt sätt*". Vi tycker att detta är viktigt att belysa eftersom det vi har studerat inte är något statiskt utan en pågående och ständigt föränderlig process. Processen förändras över tid, vilket gör att om man skulle ställa samma frågor vid en annan tidpunkt eller i en annan kontext skulle förmodligen svaren bli delvis annorlunda och bilden delvis en annan.

När det gäller validitet menar Holme & Solvang (1997) att den kvalitativa metoden i regel möjliggör en högre validitet än den kvantitativa, eftersom en större närhet till det som studeras då uppnås. Genom sådana direkta möten som vi haft i samband med intervjuerna tror vi också att vi undvikit möjliga feltolkningar som kunnat bli fallet om informationsinsamlingen exempelvis skett i enkätformat. Vi har upplevt att vi under de två telefonintervjuerna delvis saknat den närhet ett direkt möte innebär, varför vi undvikit denna typ av intervjuer i möjligaste mån.

Emellertid är avsikten med vår studie inte att fastslå någon absolut sanning, utan snarare beskriva ett skeende. Uppsatsen är vår tolkning av våra respondenters berättelser. Istället för att sträva efter de till positivismen anknutna begreppen reliabilitet och validitet har vi strävat efter att göra uppsatsen *trovärdig*. Liksom Rubin och Rubin (1995) föreslår har vi strävat efter transparens, konsistens och kommunicerbarhet. Vad gäller *transparens* har vi försökt göra uppsatsprocessen tillgänglig för läsaren, dels genom att här i metodkapitlet förklara hur vi gått till väga, men också genom att noggrant dokumentera all den information vi tagit del av och bygga empirin kring direktcitat. När det gäller *konsistens* – synliggörande av motsatser – har vi båda två tillgodogjort oss olika gruppers perspektiv och diskuterat det inbördes. Vi försöker också synliggöra nyanserna i berättandet i empirin. Slutligen, gällande *kommunicerbarhet* har vi strävat efter att intervjupersonerna ska kunna känna igen sig i empirin och att läsaren ska känna tilltro till respondenternas olika berättelser och perspektiv.

3.5 Generaliserbarhet av resultat

Så i vilken mån kan då våra resultat tänkas vara *generaliserbara* till förvärvs- och fusionsprocesser också utanför den studerade integrationen? Då vi genomfört en *enkel* fallstudie kan generaliserbarheten ifrågasättas. Eriksson (i Merriam, 1994) menar att generaliserbar kunskap inte kan skapas i en tolkande fallstudie som vår. Emellertid kan man liksom Alvesson och Sköldberg (1994) utvidga begreppet till att inte handla om någon sannolikhetsbaserad generaliserbarhet. Istället kan man tänka sig att de resultat vi kommer fram till i denna uppsats också kunna säga något om andra organisationer som har likheter med Vårdbolaget och genomgår en liknande integrationsprocess. I ett försök att öka generaliserbarheten ger vi därför läsaren en möjlighet att själv bedöma likheter med den situation i vilken han eller hon befinner sig genom att hålla uppsatsen transparent. Detta gör vi genom att sträva efter att ge en detaljerad beskrivning av fallet och kontexten. Därmed hoppas vi att andra forskare och praktiker som intresserar sig för integrationsprocesser både i den offentliga och privata vården kan tillgodogöra sig vår studie och således se den som ett bidrag till deras förståelse för liknande processer. Möjligen kan vissa slutsatser också generaliseras till att gälla också andra organisationer med hybrida identiteter och starka professioner utanför sjukvården. Sådana organisationer kan exempelvis återfinnas inom utbildnings- och kultursektorn.

4 Tidigare forskning

I detta kapitel kommer vi först att ge en inblick i forskningsfältet om fusioner och förvärv och presentera olika sätt på vilka de studerats. Vi ger sedan en överblick över aktuella studier som behandlar integrationsprocesser vid fusioner och förvärv i sjukvården. Kapitlet skall ses som en orientering och positionering av vår uppsats.

4.1 Forskning om förvärv och fusioner

4.1.1 Olika forskningsdiscipliner

Förvärv och fusioner, i den engelsktalande litteraturen refererat till som "*mergers and acquisitions*"¹⁷, är följden av två juridiskt sett avskilda transaktioner. Schweizer (2005) menar att trots de juridiska skillnaderna visar forskning att det finns en rad frågor och problem som delas av förvärv och fusioner, "*inte minst den utmanande integrationsprocessen*"¹⁸. Förvärv och fusioner är vanligt förekommande i vårt samtida samhälle och har studerats inom olika discipliner inom företagsekonomi, såsom finans, strategi, organisationsteori och könsteori (Risberg, 2006). De flesta studierna bygger på en traditionell *funktionalistisk forskningsstradition*, medan ett mindre antal studier antar ett *socialkonstruktivistiskt perspektiv*.

4.1.2 Integrationsprocessens betydelse

Schweizer (2005) menar att det är vanligt att dela in förvärvs- och fusionsprocessen i tre faser: en *pre combination*, en *legal combination* och en *post combination* fas. I denna studie behandlas den tredje fasen (post combination). I forskningen benämns denna fas som *integrationsprocessen*¹⁹. Beroende på syftet med förvärvet eller fusionen menar Kleppestø (1993) att olika grad av integration mellan bolagen eftersträvas. Å ena sidan, när investmentbolag köper upp bolag som del av en investeringsportfölj finns ofta inget uttalat mål om integration. Förvärvet är då enbart av juridisk och/eller finansiell art. Å andra sidan, när ett förvärv eller en fusion görs för att finna synergier i den operativa verksamheten strävar man ofta efter en långt gången integration. Det är främst i de senare fallen integrationsprocessen får betydelse. Många forskare som ägnar sig åt forskning kring förvärv och fusioner (se exempelvis Risberg 2006; Schweizer 2005;

17 Se bland annat Risberg (2006).

18 Schweizer, 2005 s.5.

19 För det svenska uttrycket se Risberg (2006). På engelska "*post-acquisition/merger integration*" (se exempelvis Birkinshaw et al (2000).

Haspeslagh och Jemison i Risberg, 2006) pekar på att integrationen rentav blir avgörande för huruvida det potentiella värdet av förvärvet kan realiseras.

“Integration is the key to making acquisitions work. Not until the two firms come together and begin to work toward the acquisition’s purpose can value be created.” (Haspeslagh och Jemison, i Risberg, 2006 s. 73)

4.1.3 Funktionalistiskt eller socialkonstruktionistiskt perspektiv

Även om de flesta verkar vara överens om att integrationen är av största betydelse för en värderealisering, råder det delade meningar i forskarvärlden (och säkerligen också bland praktiker) gällande hur man når en lyckad integration. Löwstedt et al (2003) och Kleppesø (1993) pekar på två huvudsakliga perspektiv för hur man hanterar de olikheter som finns mellan de i fusionen/förvärvet ingående organisationerna, nämligen (1) strategiperspektivet och (2) processperspektivet. Medan strategiperspektivet kan hänföras till det funktionalistiska paradigmet kan processperspektivet hänföras till den socialkonstruktionistiska forskningstraditionen.

Ur ett *funktionalistiskt perspektiv* på integrationsprocessen fokuserar man på de strategiska val som föranleder förvärv och fusioner och ser dem som nyckeln till en lyckad integration. De strategiska valen handlar dels om hur väl de båda bolagens verksamhet och strategier kompletterar varandra (strategic fit) och dels om hur väl bolagen stämmer överens i administrativa, kulturella och personliga avseenden (organisational fit) (Löwstedt et al, 2003). Löwstedt et al (2003) och Kleppesø (1993) menar emellertid att strategiska analyser som föregår företagsuppköp och fusioner endast kan indikera potentialen av transaktionen. Vad resultatet blir är således svårt att förutse och är beroende av integrationsprocessen och förmågan att hantera de utmaningar som framträder under tiden (Löwstedt et al, 2003). Att anta ett *socialkonstruktionistiskt* perspektiv innebär enligt Kleppesø (1993) att organisationen och dess kultur ses som en produkt av aktörernas kommunikativa handlingar och tolkningar. Organisationer framstår således som ett ständigt pågående organiserade.

4.1.3.1 Kulturkrockar eller identitetsskapande

Forskare som ansluter sig till det funktionalistiska perspektivet på förvärv och fusioner ser ofta kulturkrockar som orsaken till varför en förvärvs eller fusions värde inte

realiseras.²⁰ Från ett socialkonstruktionistiskt perspektiv har man ifrågasatt hur definitiva sådana kulturkrockar är. Kleppesø (1993) menar att det som ofta upplevs och av många forskare beskrivs som kulturkrockar mellan två eller flera fusionerande företag istället handlar om mänskliga behov att värna om sin organisationsidentitet. Därmed sker enligt hans mening ingen krock mellan två företagskulturer, utan kulturkrockarna ska ses som ett identitetsskapande där två fusionerande grupper försvarar sina identiteter och självbilder.

4.2 Forskning om förvärv och fusioner i professionella serviceföretag och sjukvården

Eftersom Kleppesøs studie gjorts i industrin skiljer sig dess kontext från sjukvården. Det finns inga betydande studier om identitetsskapande vid förvärv och fusioner i vården. Nedan följer en översikt kring den litteratur som finns kring fusioner och förvärv gällande professionella serviceföretag och inom sjukvården, vilka kan ge bidrag till förståelsen för förvärv och fusioner i organisationer där professioner kan förutsättas ha betydelse.

4.2.1 Professionella serviceföretag

Enligt Empson (i Löwstedt et al, 2003) har forskningen länge fokuserat på förvärv och fusioner i industrin. Först på senare år har exempelvis Greenwood et al (1994) och Löwstedt et al (2003) forskat kring integration vid fusioner mellan professionella serviceföretag²¹. Enligt Greenwood et al (1994) uppträder andra utmaningar vid integration av professionella företag än industriföretag, inte minst eftersom de professionellas värderingar måste tas större hänsyn till i serviceföretag.²² Liksom i industrin har emellertid Greenwood et al (1994) funnit att integrationsprocessen medförde att ett identitetsskapande aktiverades kring de fusionerade grupperna.²³

20 Bland andra Cartwright och Cooper (1992) och Buono och Bowditch (1985) pekar på kulturenas betydelse för en lyckad integration.

21 I dessa fall revisionsbolag och konsultbolag.

22 Löwstedt et al (2003) ger ett exempel när de pekar på att fusioner som innebär standardisering upplevs negativt i professionella serviceorganisationer.

23 Greenwood et al (1994) använder inte begreppet identitetsskapande, utan uttrycker det istället som att "vi" och "dom"- känslor aktiverades. Dessa känslor sänkte stödet för integrationen

4.2.2 Forskning kring förvärv och fusioner i vården

Forskning om förvärv och fusioner i den professionella sjukvårdorganisationen har främst utförts i USA. Ett antal av dessa har fokuserat just på integrationsprocessen. En av de mest omfattande är en studie av Kastor som följt tre fusionsprocesser av Universitetssjukhus. Utifrån sina iakttagelser lyfter Kastor (2001)²⁴ fram ett antal faktorer som är viktiga att ta hänsyn till vid fusioner i vården. Bland annat pekar han på att konflikt mellan ekonomiska, medicinska och akademiska logiker försvårade integrationen vid fusioner av universitetssjukhus och menar att dessa måste tas hänsyn till. Kastor fann också att trots att universitetssjukhusen vid första anblicken verkade likna varandra kom olikheter såsom sjukhusens olika förutsättningar, storlek och specialiseringsområden att få betydelse i processen. I en äldre studie av fusioner mellan tre sjukhus konstaterar Rothman et al (1971) att man, för att förstå läkarnas motstånd mot organisationsförändring som följer av en fusion, måste gå utanför den aktuella organisationen och ta hänsyn till professionens betydelse. Studien visar att en fusion synliggör och skakar om makt och status, inte bara inom organisationen, utan också inom läkarkollegiet. Enligt Rothman et al (1971) kommer de som förlorar makt eller status motsätta sig fusionen.

Integration till följd av förvärv och fusioner i den privata vinstdrivande vården är ett hittills outforskat område i den svenska kontexten. Också fusioner av offentligt ägda sjukhus och kliniker är relativt outforskade. Undantaget är ett forskningsprojekt rörande fusionen av Huddinge Universitetssjukhus och Karolinska Universitetssjukhuset som just nu pågår på Karolinska Institutet. Dock finns ännu inga publicerade artiklar från detta projekt enligt Choi²⁵. Det finns också en rapport kring sammanslagningen av Mälarsjukhuset och Kullbergsska sjukhuset, där Karlsson (1998) utvärderat hur kommunikationen av sammanslagningen fungerat. Karlsson pekar på att kritik riktas mot att den interna kommunikationen varit bristfällig.

24 Kastors (2001) bok uppvisar sådana karaktärsdrag som Furusten (1999) menar är typiska för "Popular Management Books".

25 Choi genomför forskningsprojektet på Karolinska Institutet.

4.3 Positionering av vår studie

Eftersom vi antar ett socialkonstruktionistiskt perspektiv på integrationsprocessen och inga sådana studier finns rörande förvärv och fusioner i sjukvården har den teoretiska ingången hämtats från andra sektorer och då huvudsakligen från Kleppstøs (1993) studie av förvärv och fusioner i industrin. I och med att vår studie finns i en annan kontext utformar vi i nästa kapitel: ”Teoretisk referensram” ett teoretiskt ramverk som tar hänsyn till de speciella förutsättningar som finns i sjukvården. Detta teoretiska ramverk som presenteras i nästa kapitel hjälper oss att både avgränsa vår studie och tolka det vi sett.

5 Teoretisk referensram

Här introducerar vi de teorier eller de "glasögon" som utgör vår uppsats teoretiska referensramen. Vår teoretiska referensram har sina rötter i tre olika forskningsfält; om identitet, logiker och professioner; tre fält som vävs samman för att göra det möjligt att tolka och förstå integrationsprocesser i sjukvården.

5.1 Identitet och identitetsskapande

5.1.1 Forskning om identitetsskapande

Forskning om identiteter talar om att identitet är en central del av såväl individers som organisationers meningsskapande. Som Calhoun (i Garsten & Salzer-Mörling 2004, s. 3) skriver är det svårt att tänka sig en aktör utan någon form av identitet:

"We know of no people without names, no language of cultures in which some manner of distinction between self and other, we and they, are not made."

Man kan urskilja två huvudsakliga synsätt på identitet, nämligen ett essentialistiskt²⁶ och ett socialkonstruktionistiskt. Medan essentialisterna ser identiteten som fast och given ser socialkonstruktionisterna den som något som ständigt skapas och formas. I denna uppsats antas ett socialkonstruktionistiskt perspektiv vilket innebär att vår utgångspunkt är att identiteten är en konstruktion snarare än en inneboende essens.

5.1.2 Individuellt eller socialt identitetsskapande

Genom att anta ett socialkonstruktionistiskt perspektiv på identitet kan enligt Garsten & Salzer-Mörling (2004) identitetsskapandet ses som en *pågående positionering*. På det individuella planet innebär detta att individen i ständiga möten med "de andra" definierar sig själv. Det är emellertid inte bara individer som söker och bygger identiteter. Identitet är också ett aktuellt begrepp på kollektiv nivå, vilket är primärt fokus i denna uppsats. Den *sociala identiteten*²⁷ som skapas på kollektiv nivå blir enligt Garsten & Salzer-Mörling (2004) en fråga om hur grupper av individer delar föreställningar om en gemensam social värld och exkluderar det som ligger utanför. Exempel på sociala identiteter som är relevanta i denna uppsats är organisationsidentitet och professionsidentitet.²⁸

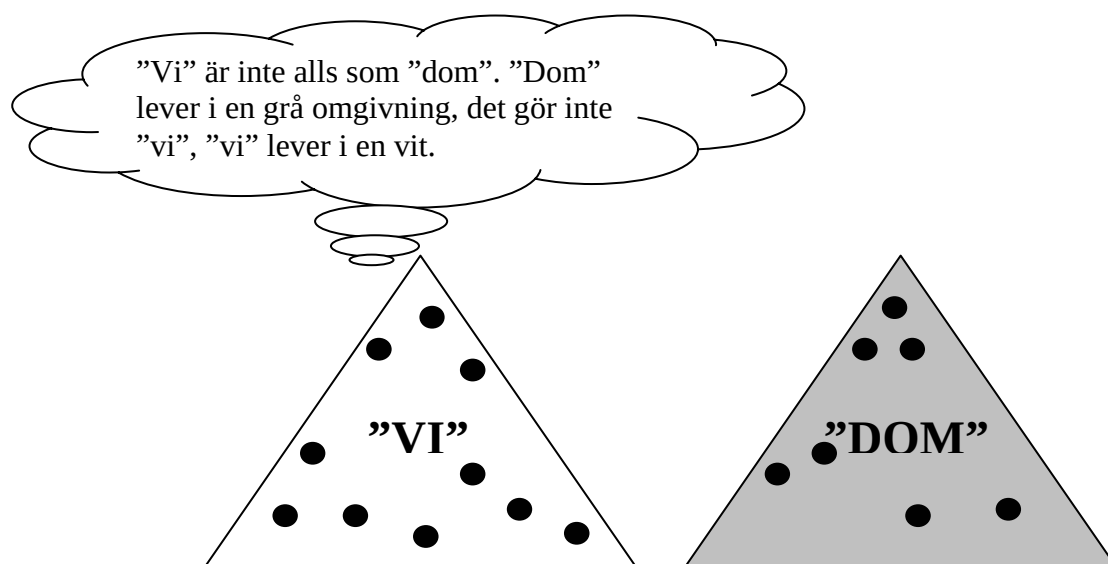
26 Essentialismen grundar sig på idén om att det existerar en bakomliggande, dold struktur, en essens, i sakernas ordning i världen.

27 Levay (1995, s.10) menar att begreppen social identitet och gruppidentitet kan användas synonymt. Detsamma gäller kollektiv identitet, ett begrepp som bland annat används av Garsten & Salzer-Mörling (2004). I denna uppsats används begreppet social identitet.

28 För flera typer av sociala identiteter se Garsten & Salzer-Mörling, 2004, s 3.

5.1.3 Socialt identitetsskapande

För alla grupper gäller att den sociala identiteten skapas i mötet mellan gruppen och omvärlden – ”dom”. Därmed handlar identitet till stor del om att dra gränser mellan den egna gruppen, i fortsättningen benämnd ingruppen²⁹ och grupper i omvärlden - utgrupper. ”Dom” (utgruppen) framstår därför enligt Garsten & Salzer-Mörling (2004) såväl som en fixpunkt och en spegel. För att kunna iscensätta en skillnad behövs en referenspunkt utanför ingruppen och identitetsskapandet sker genom att man definierar vem man *inte* är i förhållande till utgruppen. Se *figur 1* nedan.



Figur 1: Socialt identitetsskapande i ingruppen

Enligt Kleppestø (1993) är en grups sociala identitet kontextuell. Eftersom identiteten kräver särprägel kan de karaktäristika eller teman som framhålls komma att variera efterhand som gruppen stöter på andra grupper. Ingruppen kan inte vara lik andra grupper i dess omedelbara närhet. I så fall skulle den förlora sin identitetsgivande kraft. En viktig del av gruppens existens består därför i att bevaka sin särprägel. (Kleppestø, 1993).

29 Kleppestøs (1993, s.136) direktöversättning från engelskans ingroup och outgroup.

5.2 Försvar av organisationsidentiteter vid förvärv och fusioner

5.2.1 Mötet mellan två organisationer

Kleppestø (1993) har i sin studie av identitetsskapande vid förvärv och fusioner behandlat hur sociala identiteter formas, förmedlas och försvaras vid integrationsprocessen. I denna uppsats benämns den typ av sociala identiteter som Kleppestø (1993) behandlar som *organisationsidentiteter*³⁰. Detta eftersom de fusionerande organisationer han studerat har sociala identiteter som motsvarar Alberts och Whettens (1985) beskrivning av organisationsidentiteter; de (1) anger vad organisationen har för egenart och (2) anger på vilket sätt den skiljer sig från andra organisationer och (3) är någorlunda konstant över tid.

När de båda organisationerna Kleppestø (1993) studerat (AB Bofors och FFV Ordnance) fördes samman synliggjordes upplevda skillnaderna mellan dem. De fusionerande organisationerna började förmedla entydiga bilder om sig själva och den andra organisationen. Det uppstår således en slags "temabildning" i samtal inom och mellan organisationerna. Hur detta sker visas i *figur 1* ovan. Varför temabildningen uppstår förklarar Kleppestø (1993) med att man fick ett behov av att definiera sig själv (ingruppen) mot de andra (utgruppen). Följaktligen blev också kategorierna (Boforsarna och FFV:are) alltmer tvingande och närvarande. Detta leder till en slags stereotypifiering av organisationernas självbild, där varje individ först och främst är representant för den organisation hon eller han tillhör och de egenskaper som organisationerna har gemensamt undertrycks. Kleppestø (1993) menar³¹ att så länge som gruppbeteckningarna upplevs som relevanta kommer de att fyllas med innehåll. Detta är enligt Kleppestø inte ett problem i sig, men om aktörerna hämmas i sitt identitetsskapande eller inte upplever sig få sin identitet bekräftad finns behov av att försvara den egna organisationsidentiteten:

"Försök att sudda bort sociala kategorier och identiteter försvårar, snarare än underlättar, integrationen och interaktionen"³²

30 Notera att det formande, förmedlande och försvarande av identiteter som sker vid integrationsprocessen inte med nödvändighet innebär att alla organisationsidentitetens karaktäristika lyfts fram. Snarare framträder ett derivat av organisationsidentiteten.

31 Med hänvisning till Henri Tajfels socialpsykologiska teorier om social identitet.

32 Kleppestø, 1993, s.196.

5.2.2 Relationsbyggande

Genom kommunikation mellan organisationerna skapas enligt Kleppestø (1993) en relation mellan de fusionerande organisationerna och samtidigt definieras situationen. Kleppestø (1993) pekar på att behovet av att formulera och förmedla organisationsidentiteter vid förvärv och fusioner är stort eftersom tidigare organisationsidentiteter sätts under hot. Därmed blir samtalet mellan fusionerande organisationer avgörande för vilka bilder och motbilder som skapas. Antingen kan kommunikationen komma att bidra till att parterna över tid utvecklar ömsesidigt accepterade identiteter och därmed till en positiv relation, eller också att kommunikationen förhindrar en sådan utveckling. Hur förhållandena såg ut initialt har inte betydelse för resultatet, eller som Kleppestø (1993, s.194) uttrycker det *"Jag argumenterar för att initial likhet eller olikhet inte spelar den roll befintlig forskning påstår"*.

5.2.3 Åberopande av högre värden

Enligt Kleppestø (1993) kommer ingruppen inte bara att påvisa en skillnad gentemot utgruppen, utan också tillmäta skillnaderna ett värde. Skillnaderna måste vara betydelsefulla, vilket de blir genom att de kopplas till högre stående värden. Kopplingen till värden utanför gruppen och kanske utanför situationen (men med klar relevans för den) bidrar till gruppens självhävdelse. Ju närmre ett moraliskt ställningstagande gruppen kan åberopa att deras egenskaper är, desto kraftfullare kan man agera i ingruppen mot utgruppen.

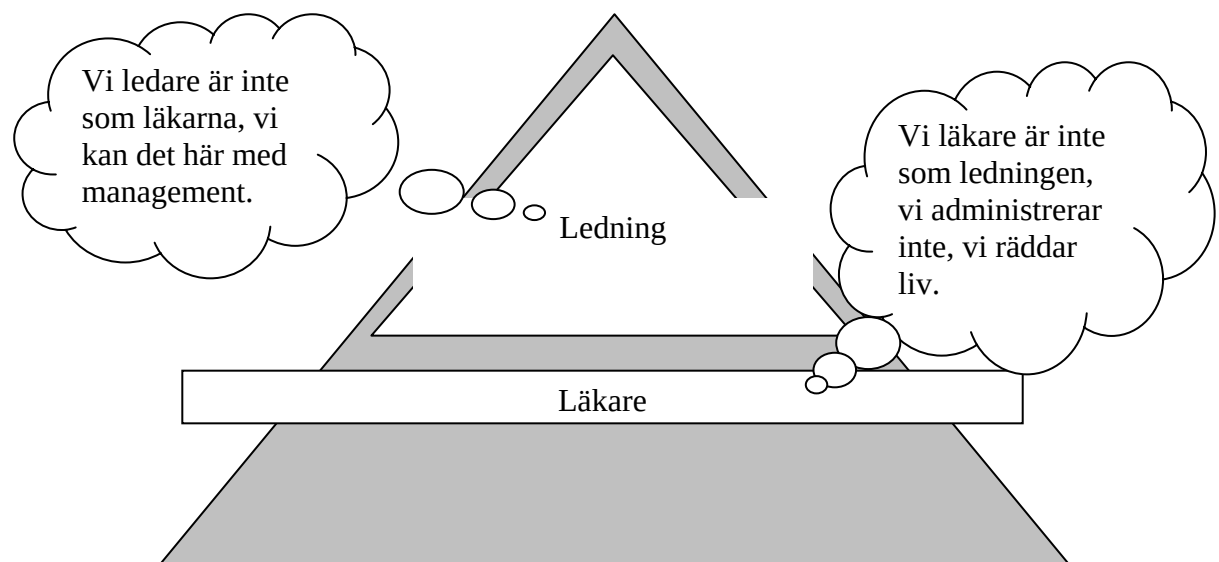
5.3 Sjukvårdsspecifik teori

För att förstå integrationsprocesser i vården räcker det emellertid inte att bara titta på de integrerande organisationernas identitetsskapande. Det gäller också att förstå sjukvårdens speciella villkor, dess hybrida identiteter, logiker och professionens strävan efter att värna om sitt territorium.

5.3.1 Hybrida identiteter i sjukvården

Enligt Alberts och Whetten (1985) är sjukvårdsorganisationer exempel på organisationer med *hybrida identiteter*: Det vill säga organisationer med flera samtidiga sociala identiteter som samexisterar och förstärks i relation till varandra. I sjukvårdsorganisationer ska nämligen läkargruppens *professionsidentitet* samsas med den identitet som bärs av ledare

med managementerfarenhet, vilka anställts för att sköta administrationen. *Professionsidentiteten*³³ är en typ av social identitet. Professionsidentiteten hos läkargruppen grundar sig enligt Levay (2003) i att professionen organiserar sig, formulerar ett distinkt uppdrag och söker formellt erkännande. På så vis utvecklas en gemensam ideologi och identitet. Levay (1995) menar att professionsidentiteten är om möjligt än viktigare inom sjukvården än i andra typer av organisationer, som hon skriver ”sjukhus är så lika varandra att de knappast har någon distinkt identitet på organisationsnivå” (Levay, 1995, s.11).



Figur 2: Hybrid identitetsskapande i en sjukvårdsorganisation

5.3.2 Inneboende konflikter i sjukvården

5.3.2.1 Logiker

Albert och Whetten (1985) pekar på att en utmaning i (sjukvårds)organisationer där hybrida identiteter samexisterar är att det finns en inneboende konflikt mellan olika intressegrupper. Att det finns en spänning mellan intressegrupper i sjukvården, eller närmre bestämt mellan ledare med managementerfarenhet och läkarprofessionen, förklarar Kragh Jespersen (i Bentsen et al 1999) med att ledare och läkare har olika *logiker*.

³³ Levay (1995, s.11) benämner det ”yrkesidentiteter”, vilket kan användas synonymt.

En uppsättning logiker finns enligt Blomgren (i Bentsen et al 1999) i alla fält³⁴ och kan definieras som "*ett institutionellt regelsystem av socialt konstruerade normer och föreställningar*". (Blomgren i Bentsen et al 1999, s.174) Två viktiga exempel på sådana logiker är inom vården den medicinska och den administrativ-ekonomiska logiken³⁵ (se Bentsen et al 1999).

5.3.2.2 Medicinsk och administrativ-ekonomisk logik

Den *medicinska* logiken kan enligt Vrangbæk (i Bentsen et al, 1999) förklaras som en klinisk och professionell logik, där läkaren ser sig som advokat för den enskilde patienten och där kvalitet går före vinsten. Läkarens auktoritet vilar här på föreställningen om vetenskaplig objektivitet och kollegial kontroll samt reglering via professionen. Vrangbæk betonar vikten av läkarnas autonomi i förhållande till de ekonomiska värdena; patienten ska alltid behandlas på bästa sätt, oberoende av personlig vinning och ekonomiska ramar. Kragh Jespersen (i Bentsen et al, 1999) benämner detta som läkarnas "pliktetik" och lyfter fram läkarnas personliga ansvar för behandling av patienten som karaktäriserande för den medicinska logiken.

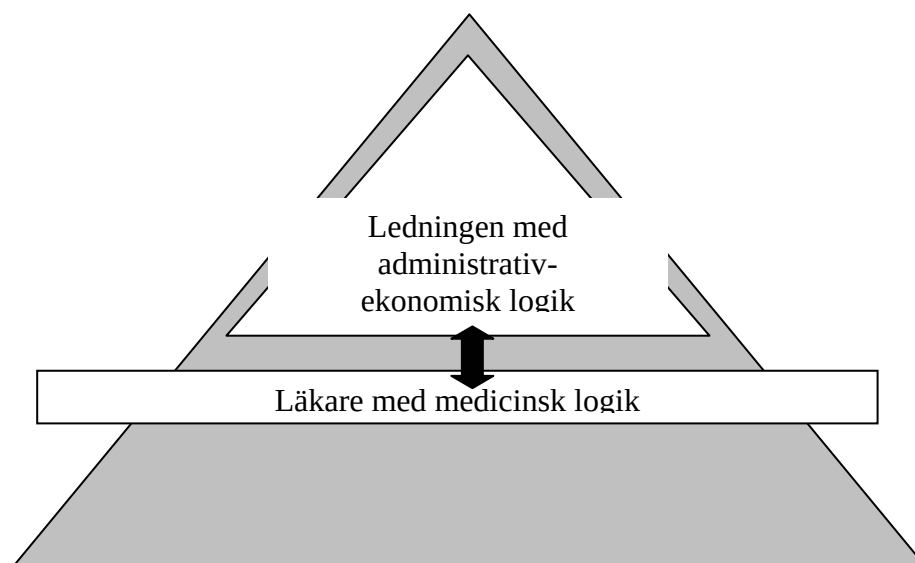
Den *administrativ-ekonomiska* logiken bygger enligt Vrangbæk (i Bentsen et al, 1999) på föreställningen om *homo economicus* och utgår från att aktörer agerar enligt ett rationellt, nyttomaximerande mönster. Blomgren (i Bentsen et al, 1999) beskriver hur den administrativ-ekonomiska logiken skapar tydlighet i den egna organisationen genom kostnads-, intäkts- och resultatenheter och hur den samtidigt skapar tydliga gränser utåt mot omgivningen. De ekonomiska verktygen bygger således barriärer utåt genom fokus på inre styrning och effektivitet. Enligt den administrativ-ekonomiska logiken bör professioners dominans ifrågasättas eftersom sådan monopolisering riskerar att hota den effektivitet som eftersträvas (Vrangbæk i Bentsen et al, 1999).

34 Ett fält liknas av DiMaggio (1983) i Lindkvist och Aidemark (2005) vid en bransch, fast i offentlig sektor.

35 Olika författare benämner fenomenet "logiker" olika. Vrangbæk (i Bentsen et al, 1999) benämner det exempelvis strykningsrationaliteter. Vi ansluter oss till Blomgren (i Bentsen et al, 1999) benämning logiker. Den logik som vi valt att kalla medicinsk kan också kallas professionslogik, medan den vi valt att kalla administrativ-ekonomisk också kan kallas marknadsbaserad.

5.3.2.3 Administrativ-ekonomiska logikens ökade betydelse

De olika logikernas dominans ändras enligt Blomgren (i Bentsen et al 1999) över tid. Hon pekar på hur den administrativ-ekonomiska logiken fått en ökad spridning och acceptans i samhället i stort. Inom vården har man under senare år tagit in allt fler personer med ekonomisk eller administrativ bakgrund, vilket innebär att den administrativ-ekonomiska logiken introducerats i vårdorganisationerna. Enligt Kragh Jespersen (i Bentsen et al 1999) ser personer med administrativ-ekonomisk logik vårdorganisationer som jämförbara med andra organisationer och således används sådana arbetssätt också här. Han pekar på hur konflikter mellan särskilt läkarna, och den nya administrativa professionen uppstått till följd av att det ekonomiska effektivitetstänkandet införts. Sahlin-Andersson (i Bentsen et al 1999, s 305) menar att reformer som genomförts i sjukvården ofta genomförts *”i opposition mot de lokala yrkesutövarna [läkarna] och med en tydlig markering att bryta med det gamla”*.



Figur 3: Motsättning mellan administrativ-ekonomisk och medicinsk logik

5.3.3 Att värna professionens revir

5.3.3.1 Om professionsforskning

Hur läkarprofessionen reagerar på yttre tryck för att försvara professionsidentiteten och den medicinska logiken kan förstås med hjälp av teorier från professionsforskningen.

Den traditionella professionsforskningen är enligt Hellberg (1991) funktionalistisk³⁶ och handlar om att definiera professionella yrkesgrupper och yrkesutövare. Professionen har ur detta perspektiv teknisk kompetens inom ett visst avgränsat område, universalism, utbildning och träning, kompetens genererad genom examina, handlingsetik, samt professionella sammanslutningar (Blomgren, 1999). Om man istället lyfter fokus från den professionella gruppens och yrkesutövarens karaktär och fokuserar på *hur* yrkesutövning monopoliseras finner man vad som enligt Hellberg (1991) kärnan i professionaliseringsprocessen - diskretionsanspråket.

5.3.3.2 Diskretion

Diskretionsbegreppet handlar enligt Hellgren (1991) om att en verksamhet eller arbetsuppgift inte kan rutiniseras eller automatiseras. Den professionella yrkesutövningen har inslag av oregelbundenheter och oförutsägbara komponenter så att ett osäkerhetsmoment alltid är rådande. Professionsutövningen kan därför inte rutiniseras utan risk för allvarliga och felaktiga beslut, inte heller styckas upp så att helhetsbedömningar, där den professionelle gör sin bedömning på de omständigheter som vid varje beslut anses relevanta, förhindras eller omöjliggörs. Enligt Hellgren (1991) är det professionernas kunskapsbas som är grunden för att de professionella ska kunna utöva sitt yrke fritt, utan andras kontroll. Genom att åberopa kunskaper, både vetenskapliga och erfarenhetsmässiga, kan en yrkesgrupp nå frihet och rätt att besluta och handla utan någon annan kontroll än det egna omdömet. Ingen annan kan då (med framgång) göra anspråk på professionens territorium.

Hellgren (1991) menar att kampen för professionens diskretion är fränkopplad särskilda arbetsgivare och enskilda organisationer, eftersom professions kunnande kan tillämpas oberoende av bestämda anställningsförhållanden.

5.4 Bild över vårt teoretiska ramverk

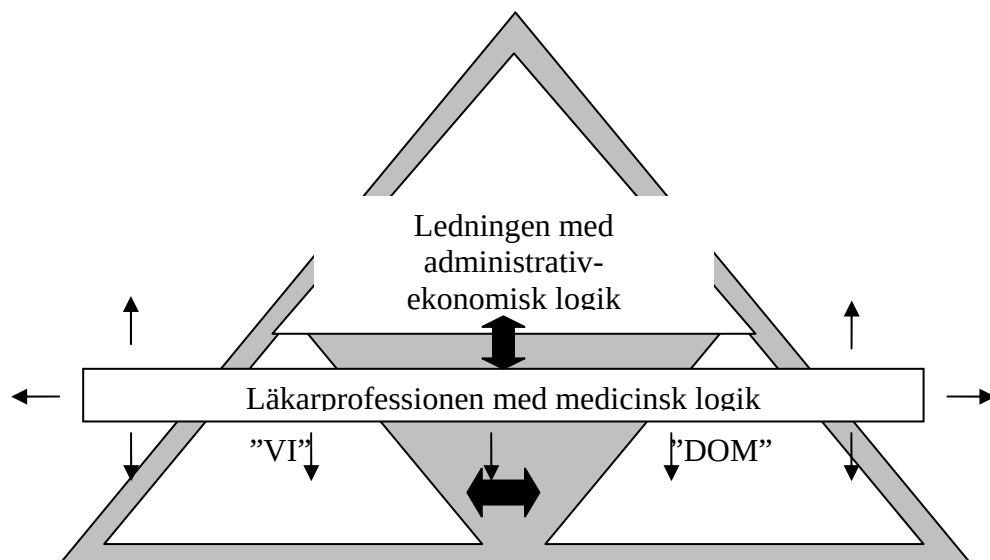
Vi har ovan presenterat de teoretiska forskningsfälten som behandlar identitet, logiker och professioner. I detta stycke visar vi hur vi kopplar samman dessa områden till ett verktyg som vi använder för tolkning och analys av vad som sker när två sjukvårdorganisationer fusioneras för att uppnå synergier för ett bättre resursutnyttjande.

36 Enligt Hellberg (1991, s.11) strukturfunktionalistiskt, men här benämner vi det funktionalistiskt.

Teorier om *identitetsskapande* säger att *ingruppen* formar sin självbild i relation till *utgruppen*. Vid integration mellan förvärvade eller fusionerande organisationer skapas ett ”vi” och ”dom” genom att olika *organisationsidentiteter* formas, förmedlas och försvaras. Detta illustreras i *figur 4* av den *horisontella* spänningen mellan trianglarna ”vi” och ”dom”.

Sjukvårdsorganisationer karaktäriseras av att ha *hybrida identiteter*, där läkarna kan ses som *ingrupp* i förhållande till ledningen (*utgruppen*) och läkarnas *professionsidentitet* utmanas av det ledarskap som trätt in i våden. Den spänning mellan olika intressegrupper som finns inom organisationer med hybrida identiteter beskrivs inom forskningen om *vårdens logiker* som att det finns en inneboende konflikt mellan det *medicinska* och *administrativ-ekonomiska logiken*. I *figur 4* nedan illustreras hur hybrida identiteter samexisterar i sjukvårdorganisationer samt den *vertikala* spänningen mellan läkarprofessionen med den medicinska logiken och ledningen med den administrativ-ekonomiska logiken.

Inom professionsforskningen säger teorin om *diskretion* att en yrkesgrupp genom att åberopa kunskaper, både vetenskapliga och erfarenhetsmässiga, strävar efter att nå frihet och rätt att besluta och handla utan någon annan kontroll än det egna omdömet. Ingen annan kan då (med framgång) göra anspråk på professionens territorium. I *figur 4* nedan illustreras detta genom de pilar som utgår från läkarprofessionen.



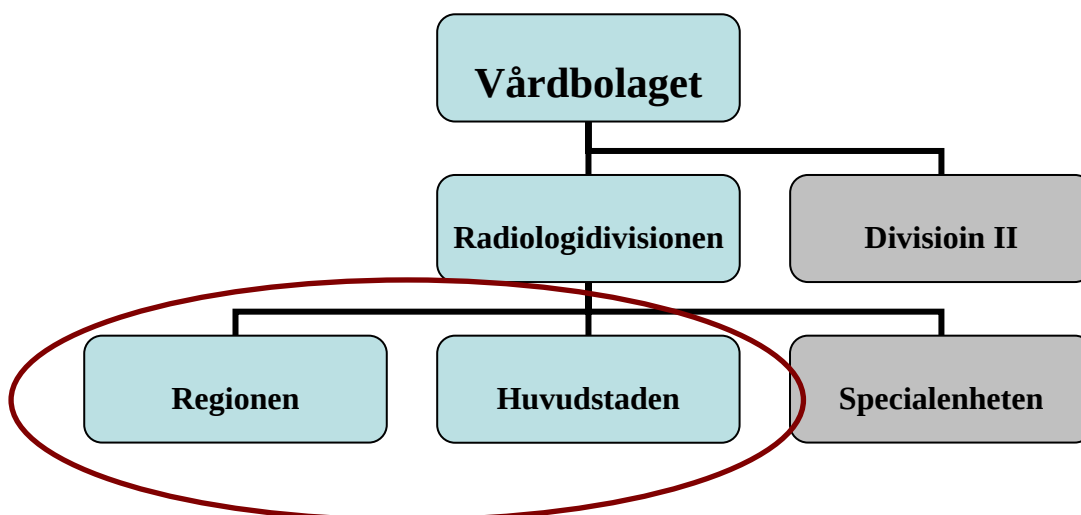
Figur 4: Vår modell och verktyg för analys och tolkning

6 Empiri

I detta kapitel presenterar vi vår insamlade empiri. Först kommer en kort bakgrundsbeskrivning av integrationen mellan två enheter i Vårdbolaget och några korta ord om verksamheten. Därefter låter vi i huvudsak våra respondenter berätta om integrationsprocessen.

6.1 Om Vårdbolagets radiologidivision

Vårdbolaget är ett bolag inom en större privatägd koncern med vinstintresse. Bolaget har en tillväxtambition och växer primärt genom uppköp. Vårdbolaget har två affärsområden, varav den studerade radiologidivisionen är den ena. Under en tioårsperiod har Vårdbolaget köpt upp en rad radiologienheter i de geografiskt åtskilda områdena Regionen och Huvudstaden. År 2004 fattades på ledningens initiativ beslut om att integrera de förut autonoma enheterna Regionen och Huvudstaden till en radiologidivision med gemensam ledningsgrupp på Sverigenivå. 2005 verkställdes beslutet. Denna integration är föremålet för vår studie. Under radiologidivisionen skapades också en specialenhet som utför alla mammografiundersökningar. Integrationen med Specialenheten ligger emellertid utanför omfattningen av denna uppsats.



Figur 5: Organisationsbeskrivning

Enheten *Regionen* består av två röntgenmottagningar med elektiv vård, vilket betyder att man tar emot "självgående" patienter för undersökningar under dagtid. Båda röntgenmottagningarna i Regionen är sedan länge privata öppenvårdmottagningar.

Enheten *Huvudstaden* består av fyra röntgenmottagningar, varav tre utför elektiv vård och en är en akutsjukhusavdelning. Akutsjukhuset drev fram till millennieskiftet i landstingets regi och har sedan dess drivits i privat regi. Vid sammanslagningen av Regionen och Huvudstaden blev före detta chefen för Huvudstadsregionen chef för den nya divisionen. Hon är ekonom och har tidigare arbetat som konsult. Under 2002 tillträdde hon som chef för Huvudstadsenheten för att som hon själv säger "*städa upp*" och genomföra stora effektiviseringar.

6.1.1 Verksamheten inom radiologidivisionen

Radiologi är en specialitet inom diagnostik i sjukvården, som (i stora drag) innefattar traditionell röntgen, ultraljud, datortomografi, magnetröntgen och mammografi. De studerade enheterna utför samtliga undersökningar förutom mammografi som utförs av Specialenheten (se organisationsträdet i *figur 5* ovan). Undersökningsprocessen går till på olika sätt beroende på vilken typ av undersökning som patienten ska genomgå. I regel kommer emellertid patienten med en remiss från en läkare, där det står vad som ska undersökas. Röntgensjuksköterskorna har hand om patientkontakten och tar bilder som sedan radiologen granskar på en dataskärm. Radiologerna är således beroende av att sjuksköterskorna tar bra och tydliga bilder. Vid några typer av undersökningar (datortomografi och ultraljud) måste läkarna utföra själva undersökningen.

Läkarna har ofta med tiden intresserat sig och specialiserat sig inom en viss undersökningstyp, såsom thorax, tarmar etc. På akutsjukhusavdelningen måste läkarna förutom sin specialitet ha en bred kunskapsbas då de kontinuerligt jobbar som jourläkare. Sjukvården i allmänhet och radiologiverksamheten i synnerhet är mycket reglerad med lagar, regler och förordningar. Inom radiologi är apparaturen starkt reglerad eftersom man måste ta hänsyn till strålning. Det medicinska huvudansvaret ligger alltid på en medicinsk chef med läkarkompetens.

6.2 Den studerade integrationen

6.2.1 Syftet med integrationen

Integrationen mellan Regionen och Huvudstaden är del i ledningens strävan att genom större enheter vinna synergier. Områdeschefen i Regionen säger att syftet är effektivisering eller kostnadsbesparingar och samtidigt bättre service till patienterna. En viktig del av samarbetet är enligt områdeschef i Huvudstaden att man genom integration kan finna ”best-practice” mellan enheterna. Genom integrationen skapas en bas eller modell för radiologidivisionens (eventuella) fortsatta expansion. Tanken är då att förvärvade enheter ska ”kopplas på” den radiologienhet som nu skapats.

6.2.2 Integrationen på olika nivåer

Integrationen innebär en enhetlig ledning samt samarbete kring såväl stödfunktioner som den operativa verksamheten. På ledningsnivå finns en styrgrupp som bland annat består av Sverigechefen samt områdescheferna i Regionen och Huvudstaden. Områdescheferna arbetar fram gemensamma policys för rutiner och hur organisationen ska fungera. Man utbyter därigenom erfarenheter:

”Jag får mycket hjälp av områdeschefen i Huvudstaden eftersom hon har samma tjänst som jag, fast i Huvudstaden.” (Områdeschef Regionen)

När det gäller stödfunktioner är de flesta redan gemensamma. Man har idag gemensam personalfunktion, IT-avdelning och genomför gemensamma inköp på Sverigenivå. HR-chefen berättar att detta är en förutsättning för att vinna synergier. Först när strukturen är på plats kan integrationen sätta igång:

”Det är strukturbritarna som är en grundbult för att komma vidare. Både att man knyter ledning och struktur.” (HR-chef)

Integrationen på operativ nivå syftar enligt Huvudstadsenhetens områdeschef till kapacitetsutjämning och kunskapsöverföring. Enligt områdeschef i Huvudstaden jobbar Divisionschefen tillsammans med sin ledningsgrupp fram metoder för integration via diverse projekt. Projekten drivs i projektgrupper med representanter från berörda yrkesgrupper, ledningen och de enheter som berörs och ”faciliteras” ofta av divisionens

verksamhetsutvecklare och/eller internkonsult. Projekten mynnar ofta ut i att försöka kartlägga skillnader och effektivisera.

6.3 Berättelsen om integrationen

6.3.1 Behovet av att förklara kontexten

”Så vad innebär då integrationen?” frågade vi våra respondenter. Innan denna fråga besvarades vill ett flertal respondenter försäkra sig om att vi förstår kontexten. Områdeschefen i Regionen förklarar att vi måste se skillnaderna mellan Regionen och Huvudstaden:

”Först måste ni förstå. Man kan inte jämföra avdelningarna rakt av. De [Huvudstaden] är större än oss, och de har akutvård vilket vi inte har. De har ju jobbat på sitt vis där uppe och de har ju jobbat på sitt vis här nere. Först hade de [Vårdbolaget] tagit över Huvudstadens sjukhus och sedan Regionens sjukhus. Så de hade ju sin kultur här [i Regionen]. Det är först under Vårdbolagets diagnostikben som man har tagit initiativet att samarbeta och integrera de olika enheterna.”(Områdeschef, Regionen)

Det visar sig att när områdeschefen i Huvudstaden tillsattes i början av 2000-talet var samarbetet mellan klinikerna inom Huvudstadsregionen obefintlig och hon berättar att de såg varandra ”*nästan som konkurrenter*” trots att de jobbade inom samma organisation. Idag har Vårdbolaget kommit långt med denna integrationsprocess och var redo att utöka samarbetet till Regionen. Områdeschefen i Regionen berättar:

”Jag tycker det är väldigt bra med samarbete, men här [i Regionen] upplever man att man har storebror, de är större, de har fler professioner, gör fler undersökningar.” (Områdeschef i Regionen)

Sjuksköterskan i Huvudstaden och HR-chefen vill också låta oss förstå vad som skiljer Huvudstaden från Regionen.

”Regionen är mycket mindre. Vi utsätts för mycket tryck eftersom vi är akutsjukhus. Det är inte alls samma sak.” (Sjuksköterska, Huvudstaden)

”Man tycker ju att man är fin här [Huvudstadsregionen], man är verksam vid ett akutsjukhus. I Regionen är det ju elektiv vård. Det är ju inte de intressanta fallen.” (HR-chefen)

Det är inte bara de strukturella skillnaderna som lyfts fram utan även de geografiska. HR-chefen beskriver att ”*öst är öst och väst är väst och aldrig mötas de två*” och detta gäller oavsett

bransch. Det tycks i Huvudstaden finnas en bild av Regionen att de är mer individualister medan man i Huvudstaden jobbar mer som ett kollektiv.

Verksamhetsutvecklaren uttrycker det som:

”De [Regionen] är lite mer individualister” (Verksamhetsutvecklaren)

”Den där gruppen i Regionen... där finns inget kollektiv. De har tidigare bara varit klassiskt jobbat för sig själv, man vill inte alls vara del av ett kollektiv och läkarna i Regionen har mycket olika kontraktsförhållanden. De har varit emot allt, men i takt med att vi förändrat och i takt att de sett att förändringarna fungerar har vi fått med dem på tåget”. (Divisionschefen)

Även HR-chefen är av samma uppfattning:

”I Regionen är de individualister, men i Huvudstaden finns ytterligare en dimension, vi har ju utbildningsläkare och ST-läkare. Här har vi det akuta och oförutsägbara som ställer andra krav.[...] Om man är individualist i Regionen så är man kollektivist i Huvudstaden.” (HR-chefen)

Ibland möttes vi också av att respondenten inleder intervjun med att påpeka att integrationen faktiskt inte kommit så långt i praktiken. En radiolog i Huvudstaden sa exempelvis: *”Alltså, än så länge så är det ju bara på pappret.”* Detta trots att han deltagit i löneprojektet under 2006. HR-chefen är inne lite på samma bana: *”I det vardagliga arbetet har vi ju inte kommit så långt tycker jag.”*

Först när respondenterna försäkrat sig om att vi förstår den kontext i vilken han eller hon befinner sig och - i andra fall – det är klargjort att respondenten inte tycker att integrationen kommit så långt kan vi börja tala om den.

6.3.2 Fyra samarbetsområden att berätta om

Våra respondenter har vid intervjutillfällena berättat delvis olika historier om vad integrationen innebär och hur samarbetet vuxit fram. *Ledningen* berättar om att man aktivt måste jobba med att få Regionen och Huvudstaden att integreras och att detta inte faller sig naturligt. På de respektive *enheterna* målar man upp skillnader mellan Regionen och Huvudstaden som försvårar en integration och *radiologerna* är skeptiska till många av ledningens strävan efter synergier.

Det har visat sig att det finns fyra samarbetsområden som de flesta respondenterna förknippar med integrationen och på något sätt berörs av eller förhåller sig till. Dessa områden benämner vi som (1) *incitamentsresorna*, (2) *kompetensnätverken*, (3) *distansgranskningen* och (4) *metodböckerna*. I styckena nedan låter vi våra respondenter berätta om dessa samarbetsområden utifrån sina skilda och ibland motsatta perspektiv. Vi har emellertid valt att strukturera varje stycke genom att först presentera (a) syftet med samarbetsområdet, därefter (b) vilken reaktion det väcker på de olika enheterna och slutligen (c) hur radiologerna förhåller sig till det av ledningen initierade samarbetsområdet.

6.3.2.1 Incitamentsresorna

6.3.2.1.1 Stärker radiologidivisionens sammanhållning

Incitamentsresorna har haft som syfte att stärka företagets sammanhållning och inneburit att hela radiologidivisionen åkt bort tillsammans några dagar. Vid varje resa har man jobbat med ett för resan specifikt tema. Temat för 2006 var exempelvis företagets långsiktiga vision, då man suttit i diskussionsgrupper som bestått av personal från både Huvudstaden och Regionen.

6.3.2.1.2 Från protester till gemytliga sammankomster

Områdeschefen i Regionen berättar att incitamentsresorna för många inneburit det första mötet med den andra enheten:

”Den första starten för samarbetet [mellan Huvudstaden och Regionen] var när vi var på incitamentsresa till Dublin. Då var det jättemycket protester här [i Regionen]. Man förstod inte varför man var tvungen att jobba med Huvudstaden. Det var inte impopulärt, men man frågade sig vad det var bra för. I höstas var vi i Lissabon och då började det bli bra.” (Områdeschefen, Regionen)

Den operativa personalen beskriver i de flesta fall incitamentsresorna som trevliga sammankomster där man fått möjlighet att utbyta erfarenheter och dessutom fått ett ansikte på varandra, vilket upplevts som positivt:

”Det är bra att få ett ansikte på namn så att man vet vem man pratar med i Huvudstaden.” (Sjuksköterska, Regionen)

Alla resor har emellertid inte erbjudit denna möjlighet till möten mellan enheterna:

”Första incitamentsresan då jag var med, då blev det väldigt, väldigt olyckligt för då bodde alla från Regionen på ett hotell och alla från Huvudstaden på ett annat. Och det var en planeringsmiss helt enkelt. Det var ju helt korkat. Så det märkte vi ju väldigt, väldigt snabbt. [...] Och det var väldigt tydligt att det skapades två läger. [...] Det är mycket så att man måste jobba aktivt med de här frågorna, att man blandar och att det finns något att samlar runtomkring också, så att man inte tror att folk ska börja prata med varandra bara för att de är på samma ställe.” (Verksamhetsutvecklaren)

Efter denna erfarenhet har ledningen aktivt sträva efter att sammanföra grupperna vid följande incitamentsresor.

I vissa fall har resorna upplevts som den enda kontakten med den andra enheten, men att det inte genererat någon större sammanhållning:

”Regionen har vi väl bara träffat när vi var i Lissabon för några år sedan. Och det var ju intressant att höra hur det har det. [...] Men man upplever ju inte att man har så mycket gemensamt med dem.” (Radiolog 2, Huvudstaden)

6.3.2.1.3 Ett forum att ventilerar missnöje mot ledningen

En radiolog i Huvudstaden berättar om att mötet med den andra enheten under en incitamentsresa haft en negativ inverkan på stämningen i gruppen från Huvudstaden, eftersom Regionen då nyligen drabbats av uppsägningar:

”När vi åkt på dom där incitamentsresorna då har vi blivit beordrade att åka med Regionen. [...] Ja, det var inget fel på dom. Dom var väldigt negativa så det var ju lite sorgligt [...] ett gäng från Regionen som var så negativa till Vårdbolaget att dom liksom förpestade hela dagarna där. [...] Dom var så negativa mot detta för att det avskedats så mycket folk. Så det ledde inte till något bättre. [...] Det här med Regionen det blev inte bra...då blev det dåligt att dom var med oss.” (Radiolog 1, Huvudstaden)

Att mötet mellan enheterna inneburit att frustration i organisationen ventilerats är också något som verksamhetsutvecklaren noterat. Han berättar att kritik mot ledningen blivit ett samtalsämne på incitamentsresorna:

”Man jobbade i grupper, främst med sin egen enhet, men sedan blandat, där man tittade på vad har ni sagt och vad har vi sagt. Och i vissa grupper så är man som medarbetare emot ledningen och då börjar man prata om det.” (Verksamhetsutvecklaren)

6.3.2.2 Kompetensnätverk

6.3.2.2.1 Drar nytta av intern kompetens

Verksamhetsutvecklaren berättar att eftersom Vårdbolaget är starkt beroende av specialister och *”eftersom det blir mer och mer så och det är svårt att ha dem [specialisterna] på varje ställe”* så finns en ökande nytta av att samarbeta mellan olika enheter. Genom att bygga ett starkt internt ”kompetensnätverk” kan man enligt divisionschefen utnyttja kompetens och resurser från olika geografiska platser inom bolaget. Även om man idag inte sköter kompetensutvecklingen internt så har arbetet med kompetensnätverken startat i och med att man håller så kallade ”medical meetings”. Enligt divisionschefen är med syftet med dessa möten att skapa personliga kontakter och synliggöra värdet av Vårdbolagets interna resurser.

6.3.2.2.2 Radiologerna bollar fall mellan enheterna

För radiologernas del betyder detta att andra radiologers kompetens synliggörs. Bland annat talar man i Huvudstaden om att det i Regionen finns en kompetent MR-läkare som man skulle kunna ”bolla något MR-fall mot” på grund av dennes specialkompetens. Detta trots att man i Huvudstaden har stor kompetens inom den egna enheten och Regionen är en öppenvårdsmottagning där man traditionellt inte väntar finna specialister.

6.3.2.2.3 Professionens nätverk viktigare än det interna

Den praktiska betydelsen av detta kompetensutbyte tonas emellertid ned av läkarna, liksom betydelsen av ”medical meetings”:

”Ja, vi har ju haft såna här ”medical meetings” en gång om året och då har ju röntgenläkarna fått samlas [...] men det är ju inte så rysligt välbesökt”. (Radiolog 1, Regionen)

Radiologerna från akutsjukhuset i Huvudstaden betonar istället den egna klinikens betydelse i kompetensutvecklingen:

”Vi lär oss väldigt väldigt mycket av varandra. Om någon hör någonting, om en får reda på något så sprider man till alla andra med vår interna ronder. Man håller inte på sin kunskap utan man bjussar på den till alla internt [på akutsjukhuset i Huvudstaden] i samband med falldiskussioner.” (Radiolog 1, Huvudstaden)

Utanför kliniken betonas kurser, kongresser och möten med andra radiologer oavsett arbetsgivare för kompetensutveckling och även internationellt:

”Alla muslimer ska till Mecka, alla radiologer ska till RSNA [Världens största radiologimässa i USA].” (Radiolog 2, Huvudstaden)

Någon enstaka gång vänder man sig utanför den egna kliniken för att få hjälp med en specifik diagnos, men då inte i första hand till en annan radiolog i Vårdbolaget utan till vilken radiolog som helst:

”Det har alltid varit öppet mellan olika sjukhus och man kan ringa vem som helst. Så har vi alltid haft det. Vi har egentligen inte haft några företagshemligheter så där väldigt mycket. Man bjussar även på hur man ska göra en viss undersökning. Det börjar kanske bli lite mer konkurrens, men det har inte blivit någon riktigt än utan fortfarande är det så att man kan åka iväg till ett sjukhus som egentligen är vår konkurrent och fråga *”Hur gör ni den här CT-undersökningen”*³⁷ och få reda på det.” (Radiolog 1, Huvudstaden)

Samma radiolog i Huvudstaden berättar att hon och hennes kollegor inte i första hand ser sig själv som medarbetare inom Vårdbolaget, utan att det viktiga är kollegiet både inom den egna kliniken och utanför Vårdbolaget:

”Vi jobbar här, doktorerna jobbar här för det goda samarbetet, kollegialiteten, och det lagom stora sjukhuset. Även för samarbetet med kollegor utanför [sin egna organisation] och inte kanske för att det är Vårdbolagets unika sätt att jobba eller vara. Så har de inte lyckats införa det ännu. Kanske kan det finnas några saker som dom då gör, som incitamentsresor... det svetsar samman. [...] Men det är väldigt mycket det kollegiala samarbetet på läkarsidan.” (Radiolog 1, Huvudstaden)

Medan ledningen vill skapa kompetensnätverk inom Vårdbolaget talar läkarna om betydelsen av att kunna attrahera duktiga radiologer till den egna kliniken och sedan få dem att stanna. Hon ser det som en förutsättning för att skapa kompetens och för att kunna bedriva verksamhet och hålla hög kvalitet, men upplever att ledningen är av annan uppfattning:

”Divisionschefen tycker inte att det spelar någon roll om någon säger upp sig, det är bara att rekrytera en annan. Men så är det inte. [...] Jag säger ibland att jag är bekymrad när någon säger upp sig... Divisionschefen säger *”Äsch det spelar ingen roll, vi brukar säga upp oss och byta jobba varje år”*. Jag jobbat här i 35 år eller nåt sånt där, och många kollegor här alltså...man flyttar inte runt, en del flyttar lite men oftast är man kvar.” (Radiolog 1, Huvudstaden)

Radiologen förklarar problemet genom att förklara att radiologer inte är utbytbara på samma sätt som exempelvis ekonomer:

37 CT-undersökning är datortomografisk undersökning.

”Jag vet inte vad det är det här... ja, för det första, ibland så känner jag att vi inte är utbytbara tycker jag på samma sätt [som ekonomer]... man hittar inte så lätt en annan ersättare.” (Radiolog 1, Huvudstaden)

Divisionschefen talar å sin sida om hur radiologerna i samband med sammanslagningen bygger barriärer, som ofta just handlar om att man inte är utbytbar:

”Det är det klassiska, vi är ju så himla unika. [...] Det handlar ju om ens anseende utåt. Det handlar om att man vill bevara och skapa barriärer och det är ju så man som läkargrupp alltid reagerat.” (Divisionschefen)

6.3.2.3 Distansgranskning

6.3.2.3.1 Effektiviserar radiologiverksamheten

Syftet med distansgranskningen är enligt Verksamhetsutvecklaren kapacitetsutjämning, vilket är mycket värdefullt inom radiologi:

”Just för att det är sådana skillnader under året, både vad gäller toppar och undersökningar. Men också i hur personalen är ledig och inte.” (Verksamhetsutvecklaren)

Med hjälp av den tekniska utvecklingen är det nämligen idag möjligt att skicka röntgenbilder digitalt mellan olika röntgenenheter. Patienten genomgår undersökningen på en av Vårdbolagets enheter och bilderna lagras i det digitala datasystemet. Därefter kan radiologer, oavsett enhet, få upp bilderna på en dataskärm och granska dessa.

6.3.2.3.2 Frustration när Huvudstaden tar över Regionens fall

Under våren 2006 initierades distansgranskningen inom Vårdbolaget då radiologer i Huvudstaden började granska bilder tagna i Regionen. Detta har möjliggjort senare öppettider i Regionen. Då Regionens radiologer gått hem för dagen, kan sköterskorna ringa till Huvudstadens läkare och be att de tittar och granska bilderna åt dem och ger ett utlåtande om patienten. Emellertid har man i Regionen uppfattat det som att man besvärat radiologerna i Huvudstaden när man utnyttjat möjligheten till distansgranskning:

”Om det är någon som behöver svar så ringer sjuksköterskorna till Huvudstaden och då blir någon läkare där förbannad för att han måste lämna det han håller på med.” (Läkare 1, Regionen)

6.3.2.3.3 Snabba instruktioner - bristfällig teknik

Införandet av distansgranskning har av alla inblandade upplevts som mycket plötsligt. Divisionschefen förklarar hur det gick till och hur personalen upplevde de nya arbetsuppgifterna:

”Vi började bara. Cheferna hade inte kommunicerat det till organisationen. Den dag det kom [distansgranskningen infördes] så visste inte läkarna om det i Huvudstaden och det är så klart att det inte gillade det i och med att de inte kände till vad som hände”. (Divisionschefen)

Det visade sig ganska snart att de tekniska möjligheterna för distansgranskning inte var de bästa. De snabba instruktionerna och dåliga tekniken innebar en stor frustration:

”...på torsdag kommer chefen och berättar att på måndag ska vi skriva på Regionens fall [...] Och då sitter vi [läkarna i Huvudstaden] där och ska försöka utföra saker med icke fungerande IT-support, och det har lett till enorma frustrationer” (Läkare 1, Huvudstaden)

Det visar sig också att de läkare som ska granska i Huvudstaden inte riktigt ser syftet med distansgranskningen och upplever att det inte finns tydliga riktlinjer kring vad som gäller:

”Integreringen med Regionen, jag känner inte att vi varit delaktig i det här. Det har känts nästan som [...] att skriva på Regionfallen var...det har varit riktigt pest och bara skit. Bara dom här två fall varje eftermiddag har upplevts...åhhh Regionen... hopplöst. [...] Det är inte frågan om en riktig integrering, jag vet inte vad det är frågan om”. (Radiolog 1 i Huvudstaden)

Radiologerna förklarar själva motståndet mot distansgranskningen med att det varit krångligt och tagit mycket tid:

”Och så sitter vi där och så ringer någon och säger att vi har en patient som vi har röntgat kan ni skriva svar? Och så tar det oss en halvtimme att få fram en fotled som vi här gör på 4 minuter” (Radiolog 1, Huvudstaden)

Radiologerna i Huvudstaden menar att om införandet av distansgranskningen skett under andra förutsättningar, hade frustrationen varit mindre. Hade det funnits ett fungerande tekniskt system och Regionens fall kom upp på samma dataskärm som radiologen sitter och jobbar vid är det ”inga bekymmer” då det inte tar någon extra tid, och oftast är Regionens fall lättare skador och därmed går snabbare att granska.

6.3.2.3.4 Radiologernas yrkesutövning hotad

Även om den distansgranskning som idag sker i Vårdbolaget inte är särskilt utbredd så verkar den ge en indikation av vad den kan ge i framtiden. Därför tvingas alla i organisationen förhålla sig till denna nya utveckling, som enligt verksamhetsutvecklaren alla i branschen är införstådda i.

”Alla vet att det finns ett distansgranskningscenter (utomlands) som har haft verksamhet i flera år och som granskar åt ett antal röntgenavdelningar.” (Verksamhetsutvecklaren)

Ledingens vision för framtiden är att genom digitaliseringen skapa kunskapscentrum, med distansgranskning som erbjuder både ett högt tempo och god kvalitet.

Radiologerna förhåller sig till den här omvälvningen på olika sätt. Vissa tycker det är en naturlig utveckling medan andra ställer sig mer frågande.

”I framtiden kan man nästan tänka sig en slags spot-marknad. [...] Tekniskt är det möjligt det spelar ingen roll avståndet, men man måste ha bra teknik” (Radiolog 2, Huvudstaden)

De som anser att detta är en naturlig utveckling betonar att det inte ligger inom ramen för deras arbetsuppgifter, utan i så fall ska ersättas ekonomiskt:

”Ja, vi sa så här, för de som vill så erbjuder man det som ”extraknäck”, vilket kanske låter vulgärt men. Då kan man tänka sig att vederbörande sätter sig en kväll eller helg och tar undersökningar i Regionen. Men att lägga in en ostrukturerad mängd undersökningar, det klarar vi inte av nu. [...] Tekniskt är det möjligt att hänga på linor men inte mänskligt.” (Radiolog 2, Huvudstaden)

Dom som ställer sig frågande till utvecklingen betonar bristen på kontroll som uppstår till följd av distansgranskningen. En fråga som dyker upp är vad man som radiolog kommer att förväntas göra:

”Man kommer inte kunna styra sin dag. Det är inget fritt akademiskt yrke.” (Radiolog 1, Huvudstaden)

”Hur mkt ska en röntgenläkare göra? [...] Vad är mitt jobb? [...] Vi försöker hålla upp en viss standard, det måste vi ju. Det är olika åsikt om det, men snabb och slarvigt tycker jag inte om.” (Radiolog 1, Huvudstaden)

Det verkas således som att radiologerna känner att man via distansgranskningen riskerar att åsidosätta det kollegiala samarbetet och den kunskapsöverföring som sker då. Samma

radiolog ifrågasätter senare hur distansgranskningen initierades utan hänsynstagande till andra än ekonomiska värden:

”Då har han [f.d. läkarchefen Huvudstaden] fått order nånstans ifrån, och den sortens hantering går inte doktorer på. [...] Det är precis så här det går till, det bestäms av ekonomen högst upp att det här verkar vara en bra samordning. [...] Så bestämmer man ett datum när det startar [...] det är det här ekonomtänkandet... man hittar på att det här är en bra samordningsvinst.”
(Radiolog 1, Huvudstaden)

En radiolog ser i förlängningen att distansgranskningen skulle medföra att hela yrkesutövningen skulle bli en annan genom att man helt skulle kopplas bort från patienterna:

”Risken är väl att man sitter med en dator i knäet därhemma och man är bortkopplad från allt vad sjukvård heter.” (Läkare 1, Regionen)

Även internkonsulten konstaterar att det idag är tekniskt möjligt att utföra distansgranskningen var som helst i världen:

”Det är klart att det både är för och nackdelar man kan ju sitta i Kuala Lumpur och göra en granskning.”

6.3.2.4 Metodboken

6.3.2.4.1 Typiskt fall för standardisering

När undersökningar genomförs och bilder tas använder man sig inom radiologisk verksamhet av olika ”metoder” som sammanställs i vad som i Vårdbolaget benämns som ”metodböcker”. Traditionellt använder sig olika enheter och ibland också olika radiologer av olika metoder för inställningar, projektioner och för hur bilderna ”hängs”³⁸.

Inom Vårdbolaget har det sedan digitaliseringen varit så och så med metodböckerna:

”Jag har ju framförallt sett delar av metodböckerna i Huvudstaden och det är inte alltid att det är en sammanhängande bok, utan det är lite ... det kommer ett mail här och där... och det gör ju att man kan göra lite olika.[...] ”Framförallt i Huvudstaden har det ju varit så att när man införde systemet [digitaliseringen av journaler och bilder] har man inte funnit någon genomtänkt idé hur man ska utforma en metodbok, utan det har mycket växt fram under tiden. [...] Så kvalitetsansvarige har ett jättejobb nu att försöka ta fram de här metodböckerna.”
(Verksamhetsutvecklaren)

38 Uttrycket ”hängs” beskriver hur bilden visas på skärmen och/eller hur läkarna tittar på bilderna.

I samband med att Vårdbolaget nu ska ackreditera sina metoder tar man nu fram en gemensam metodbok för Huvudstaden och Regionen. För divisionschefen ter sig detta naturligt, eftersom *"detta område [metoder och metodböcker] är ett sådant område som kan standardiseras"*. Hon nämner hur kompetens kan överföras:

"Det visade sig att på den där öppenvårdslådan [Regionen] där fanns det väldigt kompetent personal, det ser man i deras metodböcker och då skapar man en press [på Huvudstaden]." (Divisionschefen)

Enligt verksamhetsutvecklaren är en standardisering av hur man exempelvis hänger bilder också en förutsättning för vidare distansgranskning.

6.3.2.4.2 Olika förutsättningar kräver olika metod

Bland den operativa personalen pratar man emellertid om att det är svårt att ta fram en gemensam metodbok för ackreditering, eftersom de båda enheterna har olika tradition:

"Nu när det blir ackrediteringssnack och då ska det göras i samarbete, en sköterska från Regionen är med i den här ackrediteringsgruppen. Hon suckade sist: *"Åh, gud hur ska det här gå ihop alltså, vi har ju så olika traditioner!"* Och det kan man ju säga att det vet ju alla som kommer till ett ställe att det finns en tradition hur man ska göra och visst går det att göra på olika sätt." (Områdeschef, Regionen)

Förutom olika traditioner på de olika enheterna pekar radiologerna också på att de olika verksamhetsinriktningarna i Huvudstaden och Regionen försvårar en gemensam metodbok:

"Det ska göra som ett samarbetsprojekt, vilket blir svårt eftersom att dom säger där nerifrån [Regionen] att *"bilderna ska tas på ett sånt här sätt"* och så säger doktorerna att bilderna ska tas på ett annat sätt. Och att vi säger att vår bild ska tas på ett visst sätt kan bero på att våra ortopediker kräver att dom tas på det här sättet för dom opererar här. [...] Det är inte bara frågan om tradition... det är frågan om vilka frågeställningar ska vi besvara och vilka bilder behövs då." (Radiolog 1, Huvudstaden)

Verksamhetsutvecklaren har också uppfattningen att man från de olika enheternas håll försöker betona verksamheternas olikhet när man samarbetar kring metodböckerna:

"Det är det här vanliga när man försöker samordna... att [de säger att] vi gör så speciellt hos oss. [De säger att] vi har sådana förutsättningar att det går inte att samordna. Så det är det man tycker och tänker." (Verksamhetsutvecklaren)

Emellertid är det inte bara den operativa personalen som pekar på olikheterna som hinder för gemensamma metoder. Det visar sig också att områdeschefen i Regionen

tycker att olikheterna är påfallande, vilket man löser genom att ha olika innehåll i metodböckerna:

”Radiologerna här [i Regionen] har i regel sin utbildning från Universitetssjukhus A, i Huvudstaden från Universitetssjukhus B. Man har kanske lite olika vägar för att komma fram till samma diagnos. Nu när vi ska skriva ihop metodboken skriver vi ned vårt och de skriver ned sitt. Metoderna är nog ändå rätt så lika. Framsidan på metodboken ska ha samma logotyp. Den ska se lika ut, men innehållet kan variera något.” (Områdeschef, Regionen)

6.3.2.4.3 Ett professionellt metodval garanterar kvalitet

Det är inte bara skillnaderna mellan enheterna som gör att radiologerna vänder sig mot en standardiserad metodbok. Man vänder sig också mot standardiseringen som sådan, då varje radiolog med sin kunskap och erfarenhet bör göra sin professionella bedömning i fråga om metod. Radiolog 1 i Regionen pekar på en risk i kvaliteten av vården om denna rätt tas ifrån radiologen. Samma läkare betonar vikten av att man ska ta hänsyn till individuella preferenser i bildtagning:

”Vi är ju vana att arbeta på vårt sätt. Vi är inte för fullständig likriktning. Man måste få bilder som man är van att titta på.” (Radiolog 1, Regionen)

En annan radiolog är inte medveten om hur långt arbetet med metodboken kommit. Han tycker inte att det borde vara så komplicerat att ta fram den. Emellertid tycker han att det är viktigt att ”dom” [som arbetar med metodboken] kontaktar radiologerna när metodböckerna ska skrivas ihop *”så vi får det som vi vill ha det”*.

6.3.3 Mönster i historieberättandet – en sammanfattning

Det har visat sig att i berättelserna om integrationsprocessen och de fyra samarbetsområdena (1) *incitamentsresorna*, (2) *kompetensnätverken*, (3) *distansgranskningen* och (4) *metodböckerna* finns ett återkommande mönster i berättandet. Ledningen talar om strategiska möjligheter och – i de flesta fall - tydliga ekonomiska drivkrafter till integrationen. Ledningens strategiska perspektiv kontrasteras av de respondenter som finns på operativ nivå. Här berättas om svårigheter med att integrera de båda enheterna eftersom de är så olika, men *framförallt* om svårigheter med att genomföra de av ledningen initierade projekten och samarbetsområdena. Radiologernas berättelser vittnar om att ledningens strävan att vinna synergier genom integration mellan Regionen och

Huvudstaden innebär ett hot mot deras yrkesutövande - ett hot man måste försvara sig gentemot.

7 Analys

I analysen används den teoretiska referensramen för att på ett djupare plan förstå vad som skett till följd av integrationen mellan Regionen och Huvudstaden. I den första delen (1) analyseras empirin med hjälp av Kleppstos teorier om identitetsskapande vid fusioner och förvärv. I den andra delen (2) utforskas det för vården specifika identitetsskapandet djupare och slutligen (3) utreds hur olika processer av identitetsskapande hänger samman.

7.1 Identitetsskapande kring enheterna

7.1.1 Upplevda kulturkrockar

Liksom Kleppstø (1993) förutspår har man i Vårdbolaget upplevt att det uppstått en kulturkrock mellan Huvudstaden och Regionen till följd av integrationsprocessen. Såväl strategisk ledning (divisionschef, HR-chef och verksamhetsutvecklare) och operativ ledning (områdescheferna) som personalen (radiologer och sjuksköterskor) berättar om hur olika de båda enheterna är och hur detta utgör ett hinder för integration. Detta visas inte minst av Områdeschefen i Regionens behov av att i inledningen av intervjun förklara för oss som ”forskare” att vi ”måste förstå” att man ”kan inte jämföra enheterna rakt av”. De skillnader hon menar har betydelse för integrationsprocessen har visat sig vara mer eller mindre entydiga bilder av Regionen och Huvudstaden som delas av hela organisationen.

De mest återkommande bilderna rör (1) *storlek på enheterna*, (2) *inriktning på vården*, (3) *sättet på vilket man arbetar* och (4) *den geografiska tillhörigheten*. När det gäller (1) *storleken på enheterna* pratar man om att Huvudstaden är större, har fler professioner och gör fler undersökningar. Detta innebär en kulturskillnad och enligt Områdeschefen i Regionen uppfattas Huvudstaden som en ”storebror” i Regionen. Också i Huvudstaden pratar man om storleksskillnaderna och ser enligt Sjuksköterskan i Huvudstaden Regionen som ”mycket mindre”. Detta hänger också ihop med nästa bild som förmedlas, nämligen (2) *inriktningen på vården*. Att den stora Huvudstadsenheten rymmer ett akutsjukhus och lilla Regionen bara har elektiv vård visar sig mycket viktigt för våra respondenter. Akutsjukvård och elektiv vård framställs som vitt skilda saker, eller åtminstone inte ”allsamma sak”. Detta tycks också innebära att det liksom HR-chefen säger finns en bild av att man tycker sig vara ”fin” i Huvudstaden, just eftersom man är verksam vid ett

akutsjukhus. När man som i Regionen istället sysselsätter sig med elektiv vård får man inte se de ”intressanta fallen”. Därtill uppfattas läkarna i Regionen och Huvudstaden ha (3) *olika arbetsätt*. Medan läkarna i Regionen beskrivs vara mer individualister säger man sig i Huvudstaden jobba som ett kollektiv. På grund av detta särskiljer man sig i Huvudstaden enligt Radiolog 1 i Huvudstaden, som pekar på att man måste jobba kollektivt när man har utbildningsläkare och ST-läkare. Att agera individuellt skulle enligt våra respondenter i Huvudstaden inte alls fungera i deras miljö. I Regionen däremot uppfattar de att detta är fullt möjligt. Slutligen förmedlas motbilder gällande den (4) *geografiska tillhörigheten*. Det har visat sig att också denna upplevs spela roll för integrationsprocessen, där Internkonsulten pekar på att man i Regionen är mycket skeptisk mot Huvudstaden. HR-chefen ger själv en förklaring till de geografiska motsättningarna när hon säger: ”öst är öst och väst är väst och aldrig mötas de två”.

Som vi sett ovan förmedlas dessa bilder i *motsatspar* där (1) Huvudstaden är stor medan Regionen är liten, (2) Huvudstaden har fin akutvård medan Regionen bara har elektiv vård, (3) Huvudstadens radiologer jobbar kollektivt medan Regionens som individualister och slutligen (4) Huvudstaden står som representant för en geografisk enhet och Regionen för en annan.

Utifrån *strategiperspektivet* på integrationsprocesser som följer den *funktionalistiska vetenskapssynen*³⁹ skulle dessa motsatspar just ses som uttryck för en kulturkrock. Att det stora, ”fina” akutsjukvårdsenheten med en kollektiv kultur i Huvudstaden inte finner några likheter med den lilla ”öppenvårdslådan” i Regionen där läkarna agerar individuellt skulle ur detta perspektiv ses som ett reellt hinder för integration mellan de båda enheterna. Eftersom vi i denna uppsats ansluter oss till det *socialkonstruktionistiska perspektivet* ifrågasätter vi det funktionalistiska sättet att se på de upplevda kulturkrockarna och tittar liksom Kleppstø (1993) närmre på hur de kan förstås som skapandet och upprätthållandet *organisationsidentiteter*.

³⁹ För en förklaring av den funktionalistiska vetenskapssynen se Kap 2: *Teoretisk utgångspunkt*.

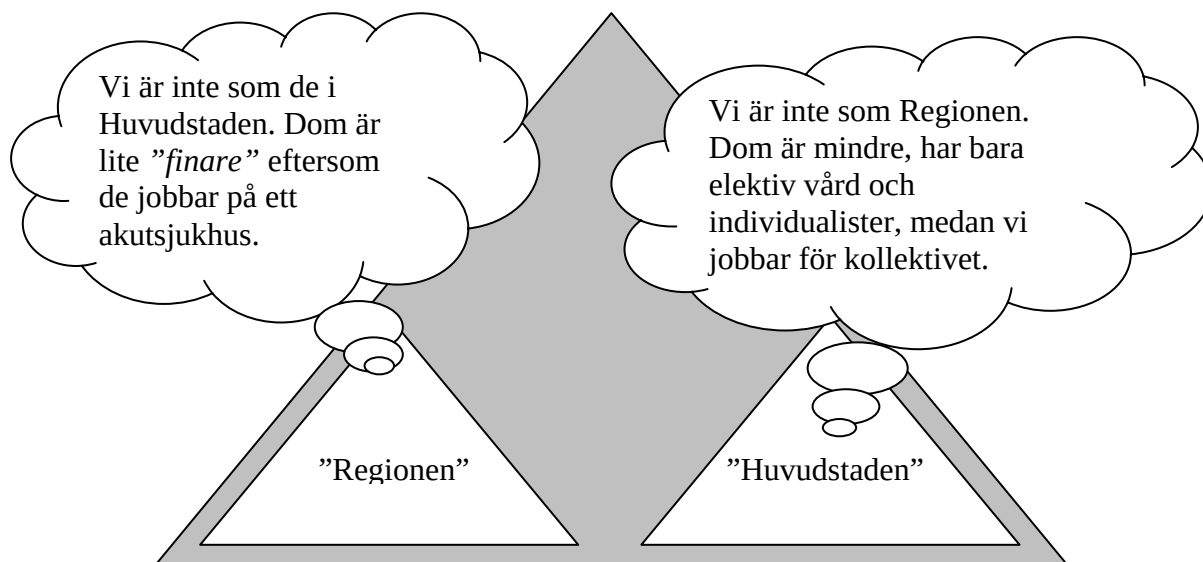
7.1.2 Försvar av organisationsidentiteter

Att man vid intervjuerna lyfter fram sådana karaktärsdrag för respektive enhet som utgör en kontrast till den andra enheten kan förstås som att integrationsprocessen aktiverat en process där enheterna försöker forma, förmedla och försvara sina självbilder. Det visar sig att inga fullständiga *organisationsidentiteter* förmedlas till följd av integrationsprocessen. En organisationsidentitet anger enligt Alberts och Whetten (1985) såväl (1) vad organisationen har för egenart och (2) på vilket sätt den skiljer sig från andra organisationer. Den är också (3) någorlunda konstant över tid. Empirin visar att det vid integrationen mellan Huvudstaden och Regionen främst är (2) på vilket sätt organisationen skiljer sig från andra som kommuniceras. Detta förstår vi som att de upplevda kulturkrockarna ska förstås som ett behov av att förmedla ett derivat av eller uttryck för Huvudstadens och Regionens *organisationsidentiteter* snarare än ett behov av att betona hela organisationsidentiteterna.

Genom att applicera begreppen *ingrupp* och *utgrupp* kan vi förklara varför det är just motbilderna aktiverats vid integrationsprocessen. Till att börja med ser vi Huvudstaden som vad Kleppstø (1993) kallar ingrupp och Regionen som utgrupp och finner då en förklaring till att man i Huvudstaden betonar storlek, typ av vård och arbetssätt. Detta eftersom ingruppen skapar sin identitet just i mötet med ”de andra” och ser dem som en fixpunkt eller spegel. Som Kleppstø säger lyfter man i ingruppen fram vad man *inte* är i förhållande till utgruppen, vilket sker i integrationsprocessen mellan Huvudstaden och Regionen. Till skillnad från utgruppen (Regionen) är ingruppen större, ett akutsjukhus och har ett kollektivt arbetssätt.

Om vi istället antar Regionens perspektiv och ser den enheten som ingrupp och Huvudstaden som utgrupp ser vi hur man på samma sätt talar om vad man *inte* är i jämförelse med dem. Tydligast är Områdeschefen i Regionens uttalande när hon ombeds berätta om integrationen och då inleder med att förklara att Huvudstaden är större än Regionen och att ”de har akutvård, vilket vi inte har” istället för att prata om integrationen. Genom att fokusera på skillnader skapas i respektive enhet ett kollektivt ”vi” och ”dom” till följd av integrationsprocessen och de gemensamma föreställningarna växer fram till en slags temabildning. I *figur 6* nedan illustreras hur de respektive

enheterna Huvudstaden och Regionen genom att prata om skillnader formar, förmedlar och försvarar uttryck för sina organisationsidentiteter vid integrationsprocessen.



Figur 6: Genom "prat" upprätthåller enheterna sin organisationsidentitet

7.1.3 Ledningens påverkan på organisationsidentitetsskapandet

Våra respondenter berättar om att man initialt upplevde den andra enheten som ett större hot än vad man gör idag. Områdeschefen för Huvudstaden berättar exempelvis som att man initialt såg varandra "nästan som konkurrenter" och att man idag istället är beredd att samarbeta. Vi menar att detta kan förstås med hjälp av Tajfels teori (i Kleppesø, 1993) som pekar på att när hotet mot den egna gruppbeteckningen minskar har man mindre behov av att fylla motbilderna gentemot den andra enheten med mening. Utifrån detta perspektiv skulle man kunna säga att det idag (antingen) inte finns ett påtagligt hot mot organisationsidentiteterna, eller så har man lyckat skapa en organisationsidentitet på en övergripande nivå. För att förstå hur identitetsskapandet förändrats över tid tittar vi på hur ledningens agerande påverkat Regionens och Huvudstadens sociala identitetsskapande och den temabildning som uppstått i Vårdbolaget till följd av integrationsprocessen.

Återkommande vid våra intervjuer beskriver våra respondenter hur man initialt misslyckades med att skapa kommunikation mellan Regionen och Huvudstaden vid den

första incitamentsresan, då verksamhetsutvecklaren beskriver att det skapades ”två läger”. Att man fick bo på olika hotell och inte blandades trots att man var på en och samma resa upplevdes av ledningen som negativt för sammanhållningen, eftersom det inneburit en förstärkning av in- och utgrupperna och pratet om att man är ”olika” i Regionen och Huvudstaden. Detta eftersom man inte lyckades med ett gemensamt socialt identitetsskapande inom Vårdbolagets Radiologidivision. Ledningen visar en medvetenhet kring hur olycklig en segregation mellan enheterna var för att kunna integrera dem. Divisionschefen pekar på att man måste ”tvinga” fram samarbete om det inte ter sig ”naturligt”. Efter den första incitamentsresan har man också jobbat aktivt för att skapa forum där enheterna blandas. Detta har skett både vid andra incitamentsresor och vid de projekt som verksamhetsutvecklaren och internkonsulten varit med och drivit. Detta kan förstås som att man skapat forum för vad Kleppstø (1993) kallar *”samtal mellan fusionerande organisationer”*. Samtal som är avgörande för vilka bilder och eventuella motbilder som skapas. Från ledningens håll upplever man att man nått resultat genom att aktivt sammanföra Huvudstaden och Regionen. Också operativ personal talar om positiva effekter av detta. En sjuksköterska talar exempelvis att det är bra för arbetet med distansgranskning att få ansikte på ett namn och Radiolog 2 i Huvudstaden tycker att han fått kontakt med läkare i Regionen via ett gemensamt projekt. Detta innebär att fokus lyfts från att måla upp motbilder - skillnader mellan Regionen och Huvudstaden – till att skapa delvis andra bilder. Att gemensamma bilder som exempelvis gemensamma visioner formats skulle kunna ses som ett embryo till en övergripande organisationsidentitet för Vårdbolagets radiologidivision.

7.2 Radiologernas identitetsskapande

7.2.1 Inte bara organisationsidentiteten spelar roll

Som vi sett visar empirin att fallet Vårdbolaget uppvisar många likheter med det Kleppstø (1993) funnit i sin doktorsavhandling. Emellertid finns också två betydande skillnader. Till skillnad från Kleppstø har vi inte i fallet Vårdbolaget funnit att varje individ, till följd av en stereotypifiering av organisationernas självbilder, först och främst ser sig som representanter för respektive enhet och därmed undertrycker gemensamma drag med individer i den andra enheten. Istället har vi mötts av att radiologerna i

Vårdbolaget berättar om hur de som yrkesutövande läkare påverkas av det som sker. Man har behov av att tala om radiologerna som yrkesgrupp och om hur integrationsprocessen och dess delprojekt påverkar möjligheten att utföra det arbete man är ämnad att utföra. Istället för att representera en enhet finner vi alltså att våra respondenter står som representanter för kategorin radiologer.

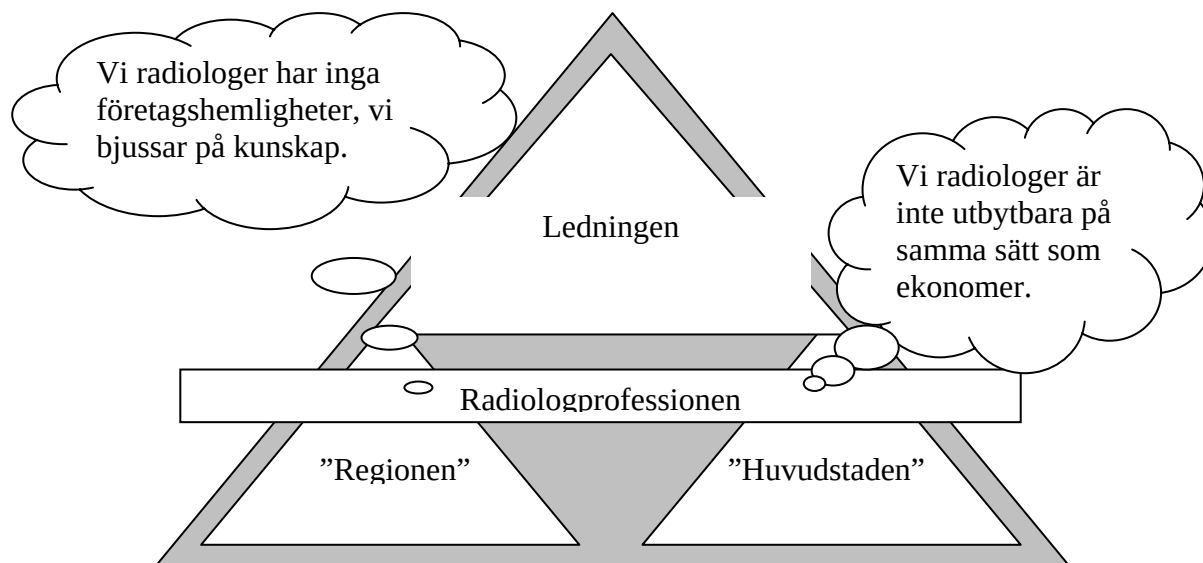
Vi har heller inte i fallet Vårdbolaget sett att enheterna kopplat moraliska ställningstaganden till de skillnader man målar upp mellan enheterna, vilket Kleppesø (1993) menar sker vid fusion mellan två organisationer. Vi har visserligen sett hur de båda enheterna lyfter fram skillnader och hur respektive organisationsidentiteter formas, förmedlas och försvaras i integrationsprocessen. Emellertid har vi inte sett att man på ett så starkt sätt som Kleppesø (1993) förutspår kopplar skillnaderna mellan enheterna (Regionen och Huvudstaden) till högre stående värden. De temabildningar gällande storlek, inriktning på vården, arbetssätt och geografisk tillhörighet som förmedlas av respektive ingrupp håller sig snarare på en allmängiltig nivå. Trots att inga högre stående värden har kopplats till den *horisontella* integrationen mellan de två enheterna framträder emellertid *andra* moraliska ställningstaganden vid intervjuerna, nämligen sådana som särskiljer radiologernas värderingar från ledningens. Man skulle kunna säga att det är i den *vertikala* dimensionen mellan ledning och operativ personal som högre värden åberopas i denna integrationsprocess. För att förstå *varför* integrationsprocessen mellan Huvudstaden och Regionen visar upp delvis annan karaktär än den Kleppesø studerat vänder vi oss nu till teorier som behandlar vården specifikt.

7.2.2 Professionsidentiteten gör sig påmind

Att radiologerna berättar historien om integrationen som (i första hand) radiolog och inte representant för Regionen eller Huvudstaden kan vi förstå genom att belysa betydelsen av *hybrida identiteter* i sjukvårdsorganisationer, vilket Albert och Whetten (1985) talar om. I Kleppesø (1993) fall kommer en individ som tillhör en organisation (ingruppen) vid en fusion försvara sin organisationsidentitet genom att undertrycka likheter som kan finnas med den organisation som närmar sig (utgruppen). Eftersom Vårdbolaget är ett exempel på en organisation med hybrida identiteter aktiveras ett mer komplext identitetsskapande. Vi har i fallet Vårdbolaget inte bara att göra med socialt identitetsskapande på ett plan,

utan flera. Förutom ett identitetsskapande kring vilken enhet man tillhör (här Huvudstaden eller Regionen) framträder ett socialt identitetsskapande kring radiologiprofessionen. Detta illustreras genom att radiologerna, när de säger "vi" eller "man" ofta referera till "vi radiologer" eller "man som radiolog". I fråga om kompetensnätverk säger exempelvis Radiolog 1 i Huvudstaden att: *"Det har alltid varit öppet mellan olika sjukhus [...] Så har **vi** alltid haft det."* Ett annat exempel är när samma radiolog säger att: *"**Vi** är inte utbytbara tycker jag på samma sätt [som ekonomer]"* När det gäller distansgranskningens möjliga konsekvenser talar Radiolog 1 i Regionen för hela sin yrkeskår när hon säger att: *"Risken är väl att **man** sitter med en dator i knäet därhemma..."*. Ett slutligt exempel är när Radiolog 2 i Regionen säger att "dom" [som arbetar med metodböckerna] måste kontakta läkarna *"så att **vi** får det som **vi** vill ha det"*.

Att radiologerna berättar om integrationsprocessen främst som radiologer är dels ett uttryck av att professionsidentiteten är stark inom sjukvården (Levay, 1995) men visar också att professionsidentiteten hotas i och med integrationsprocessen – inte (bara) organisationsidentiteten. Analogt med hur Regionen kan ses som ingrupp i förhållande till utgruppen Huvudstaden kan radiologerna då ses som ingrupp i förhållande till utgruppen ledningen. Den av ledningen initierade integrationsprocessen gör att radiologerna börjar forma, förmedla och försvara sin professionsidentitet och positionerar sig således i förhållande till ledningen, vilket visas i *figur 7* nedan.



Figur 7: Radiologernas försvarande av professionsidentiteten

7.2.3 Uttryck för den inneboende konflikten i sjukvården

Att en spänning i det vertikala planet uppstår när ledningen initierar integrationsprocessen är inte förvånande om man tänker på vad Albert och Whettens (1985) talar om som en inneboende konflikt mellan intressegrupperna i vården; här ledningen och radiologerna. Det är tydligt att främst den ena gruppen - radiologerna - i sitt berättande ger uttryck för att forma, förmedla och försvara sin professionsidentitet i förhållande till ledningen. Man definierar sig som annorlunda i förhållande till dem. Vi har funnit att det tema på vilket man skapar mening i identitetsskapandeprocessen till stor del tangerar de olika logiker som Kragh Jespersen (i Bentsen et al 1999) presenterar: den medicinska och den administrativ-ekonomiska logiken. Empirin visar att radiologerna i fallet Vårdbolaget formulerar argument i linje med den medicinska logiken, medan ledningen följer den administrativ-ekonomiska logiken. De olika logikerna framträder i berättelsen samtliga delprojekt.

När det gäller *incitamentsresorna* har ledningen ett tydligt mål för att bygga sammanhållning inom Vårdbolaget och jobba med för resan specifika teman som visioner. Man skulle kunna se det som att ledningen ger prov på den administrativ-ekonomiska logiken i sin strävan att skapa tydlighet i den egna organisationen och samtidigt bygga barriärer utåt. Till skillnad från ledningen som vi förstår tillmäter resorna ett symboliskt värde i fråga om kulturbärare tillmäter radiologerna inte *incitamentsresorna* samma värde. Man

beskriver dem i bästa fall som trevliga sammankomster och verkar hellre åka till radiologernas Mecka – konferensen i RSNA – för att fortbilda sig än att prata om visioner. Att hellre hylla vetenskapen än den ekonomisk vinst kan ses om ett uttryck för den medicinska logiken

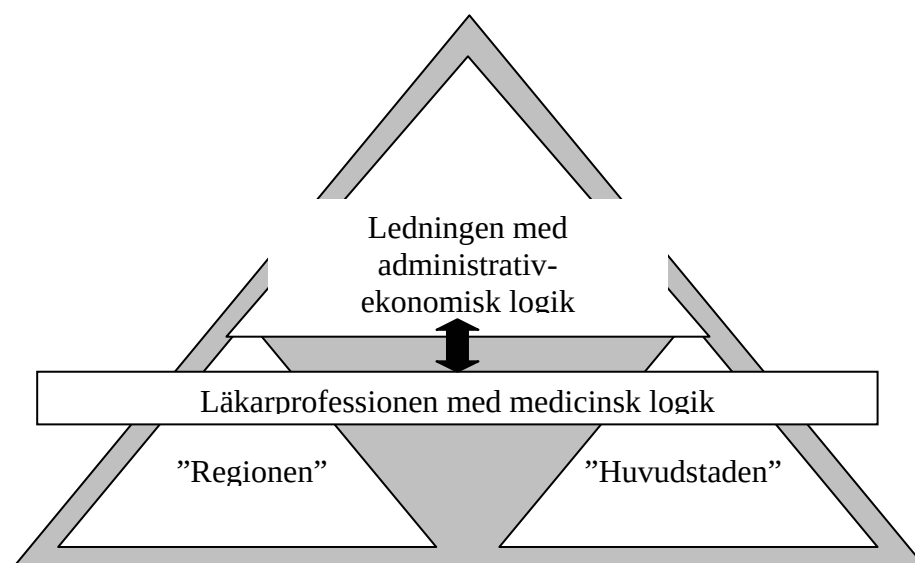
I fråga om *kompetensnätverk* ser vi hur ledningen har ambitionen att skapa ett kunskapscentrum inom Vårdbolagets radiologdivision, ett forum för kunskapsöverföring och arbetar aktivt med att utveckla sina radiologer. Även om man idag inte sköter kompetensutvecklingen internt så har arbetet med kompetensnätverken startat i och med att man håller så kallade ”medical meetings”. För radiologernas del betyder detta att andra radiologers kompetens synliggörs inom Vårdbolaget. En läkare i Huvudstaden berättar exempelvis hur han tack vare intern kontakt kan kontakta MR-läkaren i Regionen då han behöver ”*bolla fall*” med honom, eftersom MR-läkaren är specialist inom detta område. Ledningens initiativ till ett internt kompetensnätverk kan tolkas som att ledningen i enlighet med den administrativ-ekonomiska logiken försöker skapa inre effektivitet i organisationen och således också bygga barriärer mot den omvärld som ligger utanför bolaget. I förlängningen kan det också ses som att ledningen försöker påverka radiologernas professionsidentitetsskapande, eftersom man strävar efter att Vårdbolagets radiologer blir en specialistgrupp, känner samhörighet och skapar en gemensam social identitet. Om Vårdbolagets radiologer skulle komma att identifiera sig med varandra (bli vad Kleppestø, 1993 kallar en ingrupp) betyder det att andra radiologer skulle ses som olika Vårdbolagets radiologer (utgrupper). Praktiskt skulle detta betyda att radiologer inte längre skulle vara benägna att ”*bjussa*” på organisationsspecifik information och kunskap som de enligt Läkare 1 i Huvudstaden gör idag. På så sätt skulle företagshemligheter kunna skapas. Läkaren i Huvudstaden har märkt att det finns tendenser till att information inte är lika öppet mellan olika sjukhus som tidigare, men betonar ändå att man fortfarande kan gå till en ”*konkurrent*” och fråga hur man till exempel gör en specifik CT-undersökning. Samtidigt tillskriver en Radiolog i Regionen de interna *medical meetings* som ordnas en marginell betydelse. Radiologerna har inget emot att dra nytta av intern kompetens i Vårdbolaget när detta sker på grund av att en annan radiolog är specialist och kan respekteras för detta. Men att gå till en annan läkare inom Vårdbolaget istället för någon utanför organisationen är inte självklart. Vår tolkning är att

dra nytta av kompetenta kollegor ligger i linje med vad som är brukligt inom professionen, men några murar mellan Vårdbolagets radiologer och andra vill man inte bygga. På sådana förslag svarar men med att forma, förmedla och försvara den ingrupp som är relevant för Vårdbolagets radiologer idag, nämligen kollegorna inom radiologprofessionen oavsett arbetsgivare. Istället för att i linje med den administrativ-ekonomiska logiken anamma ledningens ambition om ökad samhörighet mellan radiologer *inom* Vårdbolaget framhävs i alltså linje med den medicinska logiken betydelsen av det kollegiala utbytet med samtidliga radiologer.

Det delprojekt som mest accentuerar skillnaderna i logik mellan ledningen och radiologerna är *distansgranskningen*. Distansgranskningen är ett led i att effektivisera verksamheten och skapa en möjlighet till kapacitetsutjämning. I förlängningen kan ledningen tänka sig ett kunskapscentrum där granskning av bilder sker både i högt tempo och med bra kvalitet. Det finns således stora ekonomiska vinster med projektet, vilket ligger i linje med den ekonomiska logiken. Empirin visar att radiologerna uppfattat att ledningen mer eller mindre plöjt fram med ekonomisk logik när distansgranskningen initierades. Detta eftersom man påbörjade distansgranskningen utan att de tekniska förutsättningarna fanns på plats. Man skulle kunna säga att ledningens agerande stämmer väl överens med det Sahlin-Andersson (i Bentsen et al, 1999) observerat, att förändringar i sjukvården ofta genomförs i "*opposition mot de lokala yrkesutövarna*". Intervjuerna visar emellertid inte bara på att radiologerna reagerar på att ledningen bortsett från tekniska hinder vid genomförande av distansgranskningen. Vissa radiologer ger också uttryck för att den medicinska logiken hotas om ledningens vision skulle implementeras. Vi återkommer till denna diskussion i stycket nedan om diskretion.

Respondenternas berättelser om *metodboksprojektet* visar också de hur ledningen far fram med den administrativ-ekonomiska logiken, medan identitetsskapandet kring radiologiprofessionen stärks av den medicinska logiken. Divisionschefen ser metodböckerna som ett område som går att standardisera och ger därmed uttryck för ett rationellt, nyttomaximerande mönster. Man kan emellertid fråga sig om begreppet standardisering överhuvudtaget kan rymmas i den medicinska logikens vokabulär. Vi återkommer till detta i diskussionen nedan om radiologiprofessionens *diskretion*.

Vi har således sett att integrationsprocessen inte bara aktiverat ett identitetsskapande kring radiologiprofessionen, utan att ledningen och radiologerna har vitt skilda sätt att berätta om integrationsprocessen. Ledningen och då främst divisionschefen, motiverar som *figur 8* visar integrationsprocessen och dess delprojekt med den för henne för givet tagna administrativ-ekonomiska logiken, medan radiologerna berättar om integrationen med den medicinska logiken för ögonen. Man skulle kunna säga att de respektive logikerna (den medicinska och den administrativ-ekonomiska) representerar sådana ”högre stående värden” som Kleppestø (1993) menar ingrupper åberopar för att kraftfullt kunna agera mot utgruppen vid i integrationsprocesser. Här framträder de emellertid i det vertikala planet, snarare än i det horisontella.



Figur 8: Radiologerna åberopar den medicinska logiken för att agera mot ledningen

7.2.4 Radiologerna försvarar sitt territorium

Eftersom det är ledningen som implementerar och motiverar med ekonomiska argument slår radiologerna ofta bakut och förkastar argumenten. Att så är fallet är naturligt enligt Kragh Jespersen (i Bentsen et al 1999) som säger att konflikter är vanligt förekommande när det ekonomiska effektivitetstänkandet införs i vården. Den process med vilken läkarna hävdar sig och då inte minst åberopar den medicinska logiken kan förstås som

det Hellgren (1991) kallar *diskretion*. Diskretionsbegreppet handlar enligt Hellgren om att en yrkesgrupps verksamhet eller arbetsuppgifter inte kan rutiniseras eller automatiseras, eftersom man i yrkesutövningen möter oförutsägbara situationer. Genom att åberopa kunskaper – vetenskapliga och erfarenhetsmässiga – kommer professionen att söka utöva yrket fritt. Man skulle kunna säga att aktiveringen av radiologernas professionsidentitet i fallet Vårdbolaget åtföljs av, eller direkt innebär, att en diskretionsprocess kommer igång. Det uppstår en dold kamp mellan ledning och radiologer, där ledningen gör intrång på och radiologerna skyddar sitt territorium.

Tydligt är att *motiven* till integrationsprocessen; effektivisering, kostnadsbesparingar och best practice (i linje med den administrativ-ekonomiska logiken) utgör en strävan efter nyttomaximering. Den administrativ-ekonomiska logiken säger att man inte bara *kan* utan *bör* ifrågasätta professioners monopolisering för att nå dessa nyttomaximerande mål. Detta innebär att integrationsprocessen, eftersom den är driven av administrativ-ekonomisk logik, i grund och botten är driven av ett ifrågasättande av det territorium som radiologerna gjort till sitt. Hur ledningen motiverar varje delprojekt med administrativ-ekonomiska argument och hur radiologerna svarar genom medicinska argument har vi sett ovan i diskussionen om logiker. Man skulle kunna säga att det till stor del är så kampen om territoriet manifesteras. Emellertid kan diskretionsprocessen ytterligare belysas genom att påvisa hur ett diskretionstema framträder i berättelsen om integrationen. Ett diskretionstema där radiologerna åberopar sin kunskapsbas och sina kvalitetskrav för att protestera mot ledningens administrativ-ekonomiskt drivna initiativ.

Diskretionstemat framträder främst i berättandet om *distansgranskningen* och *metodboken*. Gällande *distansgranskningen*, som ledningen motiverar med kapacitetsutjämning och i förlängningen ser som en möjlighet till att bygga kompetenscentrum där man arbetar i högre tempo, förhåller sig radiologerna på olika sätt. Radiolog 2 i Huvudstaden avfärdar inte helt idén om att ge sig in på en "*spot-marknad*" där ett så stort antal bilder ska granskas på snabbast möjliga tid. Han pekar emellertid på att detta borde erbjudas som "*extraknäck*" till radiologerna, så att dessa om de vill kan jobba extra med den typen av undersökningar. Att det skulle vara en del av alla radiologers vardag tänker han sig alltså inte, den rutiniserade delen av jobbet skulle genomföras på radiologens egna villkor vilket

ligger i linje med diskretionsanspråket. Detta kan tolkas som att man som radiolog fortfarande skulle ha kontroll över situationen. Andra radiologer visar ett än tydligare avståndstagande från detta initiativ. Man talar om att distansgranskningen i förlängningen skulle leda till att man inte kan styra sin dag och att läkaryrket då inte längre skulle vara ett *"fritt akademiskt yrke"*. Radiolog 1 i Huvudstaden ställer sig frågande till vilken mätbarhet som skulle användas och målar upp ett mardrömsscenario där man inte längre visste vad en röntgenläkare ska göra; *"Vad är mitt jobb?"*. Samma radiolog pekar på att *"den sortens hantering går inte läkare på"* och ger då uttryck för en kamp om sitt territorium där strävan efter fri yrkesutövning utan andra gruppers kontroll är överordnad.

Processen kring att sammanställa en standardiserad och gemensam *metodbok* för att på så sätt hitta best practice är ytterligare ett projekt initierat av ledningen som kan få stor påverkan på radiologernas yrkesutövning. Mottagandet av initiativet har varierat i organisationen, men de flesta ställer sig tveksamma till utvecklingen. Utifrån Hellgrens (1991) analys av professioners strävan efter diskretion kan vi också förstå hur läkarna reagerar på integrationsprocessen genom att skapa och försöka skapa ett territorium där de äger tolkningsföreträde eller monopol. Radiolog 2 i Regionen ger uttryck för detta när han säger att det är möjligt att skapa en gemensam metod så länge varje enskild radiologs synpunkter tas till vara och *"vi [radiologer] får det som vi vill ha det"*. En gemensam metodbok skulle emellertid innebära att man fråntar radiologerna möjligheten att göra enskild övervägande och bedömningar och skulle istället hänvisa till en standardiserad process, vilket kan tolkas som att radiologernas territorium krymper. De radiologer som insett de mer långtgående konsekvenser av arbetet intar som teorin om diskretion förutsäger en försvarsposition gentemot ledningens inskränkande av deras territorium. Radiolog 1 i Regionen menar till exempel att radiologer inte tycker att *"fullständig likriktning"* är eftersträvansvärt utan att *"man måste få bilder som man är van att titta på"*. Huvudargumentet är här att man vill kunna garantera en hög kvalitet, vilket måste ses som typiskt vid professioners diskretion.

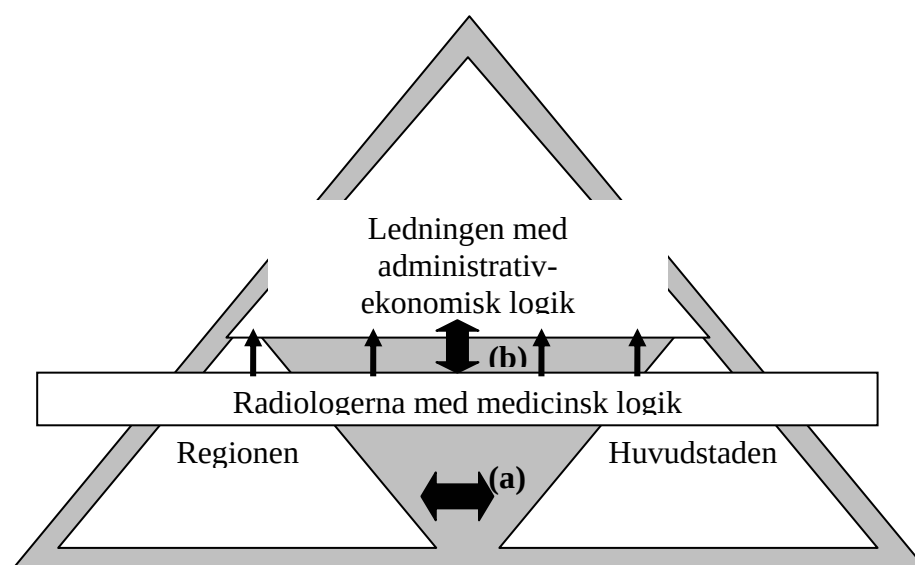
Man skulle kunna se diskretionsprocessen som en process med tre steg. Först (1) kommer ledningen med ett initiativ som följer den administrativ-ekonomiska logiken. Då (2) aktiveras en diskretionsprocess hos radiologerna som åberopar sin kunskapsbas och

sina kvalitetskrav enligt den medicinska logiken. Slutligen (3) hanteras detta anspråk av ledningen. Vi ser emellertid att *ledningen* och den *operativa ledningen* har delvis olika sätt att förhålla sig till det tredje steget. *Ledningen* visar en tydlig medvetenhet om läkarnas diskretionsanspråk och avfärdar dem genom att liksom divisionschefen påpeka att "*man [radiologerna] vill bevara och skapa barriärer och det är ju så som man som läkargrupp alltid reagerat*". Den *operativa ledningen* däremot avfärdar inte på samma övertygande sätt läkarnas diskretionsanspråk. Områdeschefen i Regionen, som är utbildad sjuksköterska tonar exempelvis ned behovet på att metoderna ska vara desamma i Huvudstaden och Regionen. Hon säger att metoderna "*är nog ändå rätt så lika*" och menar att "*man har kanske lite olika vägar för att komma fram till samma diagnos*". Denna inställning kan förstås som att den operativa ledningen respekterar läkarnas diskretionsanspråk, vilket inte är förvånande eftersom Områdeschefen i Regionen är inskolad i en miljö som helgar den medicinska logiken, snarare än den administrativ-ekonomiska. Med denna inställning kan man vänta sig att läkarna inte känner sig lika hotade som i fall konflikten synliggjordes. Emellertid kan man heller inte förvänta sig, att i enlighet med ledningens ambition, bryta ned läkarnas barriärer.

7.3 Organisationsidentitetsskapande aktiveras av hotet mot professionen

Vi har alltså sett hur integrationsprocessen aktiverat två samtidiga komplexa identitetsskapandeprocesser – en horisontell och en vertikal (se *figur 9* nedan). De upplevda kulturkrockarna mellan Regionen och Huvudstaden kan ses som ett horisontellt identitetsskapande, där enheternas respektive organisationsidentiteter formas, förmedlas och försvaras. Detta illustreras i *figur 9* nedan av pil (a). Emellertid avviker det horisontella identitetsskapandet på två betydande sätt från vad Kleppestø sett i sin avhandling. För det första (1) undantrycks inte likheter mellan individer i de båda enheterna som Kleppestø föreslår, utan radiologerna förenas istället över organisationsgränserna av sin professionsidentitet. För det andra (2) åberopas inte högre stående värden i den process av organisationsidentitetsskapande som de upplevda kulturkrockarna mellan Regionen och Huvudstaden innebär. Dessa avvikelser från Kleppestø's teorier kan förklaras genom att se till sjukvårdens speciella förutsättningar. Inom Vårdbolagets radiologidivision finns nämligen det Alberts och Whetten (1985)

kallar hybrida identiteter; läkarnas och ledningens. Ledningen initierar (som uttryck för den administrativ-ekonomiska logiken) att integrera Regionen och Huvudstaden genom diverse projekt aktiverar det vertikala identitetsskapandet, där radiologerna formar, förmedlar och försvarar sin professionsidentitet. Detta illustreras av pil (b) i *figur 9* nedan. Radiologerna förenas av sin profession till en ingrupp som genom att återropa den medicinska logiken och sina kunskaper försöker att upprätthålla sin särställning och skydda sitt territorium som hotas av ledningens logik. Detta illustreras av pilarna riktade uppåt i *figur 9* nedan.



Figur 9: Två identitetsskapandeprocesser – en horisontell och en vertikal – aktiveras vid integrationsprocessen när Regionen och Huvudstaden integreras för att vinna synergier för ett bättre resursutnyttjande.

Eftersom det snarare är till det *vertikala* (b) än till det *horisontella* (a) identitetsskapandet moraliska ställningstagandena kopplas måste det förra – det vertikala identitetsskapandet – ses som det mest betydande i fallet Vårdbolaget. Man skulle kunna säga att det horisontella identitetsskapandet, där det växer fram en temabildning om skillnader mellan Regionen och Huvudstaden, är *ett* av flera sätt för radiologerna i respektive enhet att uttrycka motstånd mot ledningens initiativ. Genom att motbilder skapas gentemot den andra enheten kan radiologerna vägra den administrativ-ekonomiska logiken. Ett konkret exempel på hur detta uttrycks är när radiologer återoppar olikhet mellan de två enheterna

för att göra motstånd mot metodprojektet. Radiolog 1 i Huvudstaden berättar om hur komplicerat det är att skapa en standardiserad metodbok då de olika enheterna har olika typer av uppdrag. Hon pekar på att man i Huvudstaden har i uppgift att serva akutsjukhuset och producera bilder som läkarna på sjukhuset kräver och menar att det inte är samma sak som de mer enkla fall och bilder som Regionen producerar. Genom att peka på skillnader mellan den egna enheten och den andra gör radiologerna således motstånd mot projekten som sådana och därigenom ledningen. Ett annat konkret fall handlar om hur man vid distansgranskningen är så missnöjd med ledningens pådrivande att man i Huvudstaden ska börja *"skriva på"* *"Regionfallen"* att man tycker att det är *"pest och bara skit"* ställer sig frågan vad integrationen handlar om egentligen: *"Det är inte frågan om en riktig integrering, jag vet inte vad det är frågan om"*. Att samarbetet med den andra enheten ifrågasätts blir således representativt för ett ifrågasättande av ledningens administrativ-ekonomiska logik

Sagt på ett annat sätt kan temabildningen och organisationsidentitetsskapandet kring Regionen och Huvudstaden i fallet Vårdbolaget sägas ha aktiverats av det vertikala identitetsskapandet kring Vårdbolagets hybrida identiteter – ledningens och läkarnas. När ledningen med den administrativ-ekonomiska logiken initierar projekt där Regionen och Huvudstaden ska sammanföras, är det inte – sett på detta sätt - så mycket organisationsidentiteten som till varje pris måste skyddas, utan professionsidentiteten. När professionsidentiteten hotas tar man till alla möjliga medel för att försvara den. Om man argumenterar som organisationsmedlem eller professionsmedlem är inte det viktiga. Vilket identitetsskapande som vid ett givet tillfälle aktiveras – sett på detta sätt – beror istället på vilka argument som kan väntas passa bäst för att upprätthålla radiologernas territorium.

8 Slutsats

Vårt syfte med uppsatsen var att – givet sjukvårdens särdrag – få en ökad förståelse för integrationsprocesser till följd av fusioner och förvärv i sjukvården utifrån ett identitetsperspektiv. I detta avslutande kapitel summerar vi uppsatsen genom att besvara vår frågeställning och diskutera dess möjliga konsekvenser.

Utgångspunkten till uppsatsen är att vi tack vare upphävandet av den så kallade ”stopplagen” kan komma att vänta ett ökat antal överlåtelser av sjukhus och vårdenheter till privata vårdbolag. Därmed kommer antalet fusioner och förvärv i sjukvården i syfte att vinna ekonomiska synergier öka. För att lyckas realisera sådana synergier har forskning förlagd i industrin visat att det är avgörande att medarbetarna får sina organisationsidentiteter bekräftade vid förvärv och fusioner. Givet sjukvårdens särdrag - organisationsidentitetens mindre betydande roll och de hybrida identiteterna – har denna uppsats skrivits i syfte att ge ökad förståelse för integrationsprocesser i sjukvården och vilka sociala identiteter som här måste beaktas. Detta har gjorts genom att utreda *vilket identitetsskapande som aktiveras när två sjukvårdenheter fusioneras i syfte att vinna synergier för ett bättre resursutnyttjande*.

Vi har studerat Vårdbolaget som under några år arbetat med att integrera två sjukvårdenheter (Regionen och Huvudstaden) till följd av tillväxtstrategin att växa genom förvärv och fusioner. Studien visar att när man i fallet Vårdbolaget söker synergier genom integration av sjukvårdenheter upplever man (liksom i industrin) kulturkrockar mellan Regionen och Huvudstaden. Dessa upplevda kulturkrockar förstås här som ett formande, förmedlande och försvarande av uttryck för de respektive enheternas organisationsidentiteter. Detta *horisontella* identitetsskapande avviker emellertid från vad från vad tidigare forskare observerat vid fusioner i andra sektorer. Det visar sig att i fallet Vårdbolaget undantrycks inte likheter mellan individer i de båda enheterna, utan radiologerna förenas istället över organisationsgränserna av sin professionsidentitet. I fallet Vårdbolaget åberopas heller inte högre stående värden i det horisontella identitetsskapandet. Detta görs istället i det *vertikala* planet, där sjukvårdens *hybrida identiteter* får betydelse. Integrationsprocessen blir ett uttryck för ledningens *administrativ-ekonomiska* logik och innebär att läkarnas profession och *medicinska* logik hotas. Ett formande, förmedlande och försvarande av radiologernas *professionsidentitet* aktiveras och

professionen kämpar genom *diskretion* för att kunna bibehålla kontrollen över sitt yrkesutövande och territorium.

Eftersom högre stående värden åberopas i vertikala snarare än det horisontella identitetsskapandet måste det föras ses som det mest betydelsefulla i denna integrationsprocess. När ledningen med den administrativ-ekonomiska logiken initierar projekt där Regionen och Huvudstaden ska sammanföras, är det inte – sett på detta sätt – så mycket organisationsidentiteten som till varje pris måste skyddas, utan professionsidentiteten. I förlängningen kan aktiverandet av de olika organisationsidentiteterna paradoxalt nog ses som ett uttryck för radiologernas diskretion. Genom att åberopa skillnader gentemot den andra enheten kan radiologerna skydda sig mot den administrativ-ekonomiska logiken.

Det har således visat sig att ett mer komplext identitetsskapande aktiveras vid fusioner och förvärv i fallet Vårdbolaget än vad som rapporteras från industrin. Inom industrin måste organisationsmedlemmarna få sina självbilder i form av organisationsidentiteter bekräftade för att integrationsprocessen ska lyckas. I sjukvården pekar våra resultat på att ett identitetsskapande kring läkarprofessionen aktiveras som reaktion på ledningens initiativ.

Vilka *möjliga implikationer* får då våra resultat? I princip kan vi föra ett analogt resonemang med Klepppestøs (från industrin) om att samtalet mellan de fusionerande organisationerna är avgörande för vilka bilder och motbilder som skapas – och vilket resultat integrationsprocessen får. Klepppestø menar att organisationsmedlemmarna i industrin måste få sina självbilder i form av organisationsidentiteter bekräftade för att integrationsprocessen ska lyckas. Genom att se läkarna och ledarna som de mest relevanta sociala kategorierna i fallet Vårdbolaget kommer emellertid samtalet mellan ledning och läkare att stå i fokus vid integrationsprocesser till följd av förvärv och fusioner i sjukvården. Om ledarna som initierar förvärvet eller fusioner lyckas med att bekräfta läkarnas självbilder och inkludera läkarna i integrationsprocessen kommer integrationsprocessen att ha stor möjlighet att lyckas. Om läkarnas självbilder istället inte bekräftas kommer motbilder förmedlas och integrationsprocessen försvåras. Genom att

se integrationsprocessen som - just en process - förstår vi således att det inte handlar om att överkomma någon förutbestämd konflikt mellan ledare och läkare (som nog så ofta åberopas). Istället gäller det att komma fram till gemensamma bilder och visioner för att undvika att motbilder skapas eller samtala om de olika ståndpunkterna och förhoppningsvis hitta en gemensam lösning.

Till skillnad från tidigare forskning har vi i denna uppsats valt att studera fusioner och förvärv i sjukvården utifrån ett socialkonstruktionistiskt perspektiv. Detta får till följd att vi inte nöjer oss med att kartlägga objektiva hinder, utan ser integrationsprocessen och dess upplevda hinder som påverkbara processer. Medan exempelvis Kastor (2001) menar att de medicinska och de administrativ-ekonomiska logikerna försvårar integrationsprocessen⁴⁰, pekar vi således på hur dessa logiker visserligen används i identitetsskapandet, men också kan mötas om man kommer fram till gemensamma bilder och visioner. Därmed kan vår studie ses som en strävan att utvecklande tidigare funktionalistisk forskning genom att anlägga ett socialkonstruktionistiskt perspektiv.

40 Kastor (2001) talade också om den akademiska logiken, vilket vi bortser från här.

9 Uppslag till vidare forskning

Vår studie av fusioner och förvärv i sjukvården har väckt en mängd funderingar. Nedan presenterar vi två områden som vi har tyckt varit särskilt intressanta, men som legat utanför vår frågeställning. Förhoppningsvis kan detta väcka tankar och idéer och inspirera till fortsatt forskning på området.

Vi har i denna studie fokuserat på vilket identitetsskapande som aktiveras vid integration av två sjukvårdsenheter i syfte att vinna synergier för ett bättre resursutnyttjande. En intressant tanke som vi inte haft möjlighet att diskutera vidare inom ramen för denna uppsats är huruvida hotet mot läkarprofessionen hade varit mindre om initiativen haft en annan bakomliggande drivkraft. Om ledningen istället för att åberopa ekonomiska argument exempelvis hävdade kvalitet och bättre sjukvård som drivkraft till integrationen, vad hade då skett? Medan de ekonomiska argumenten ligger i linje med den administrativ-ekonomiska logiken kan kvalitet kan inhysas inom ramen för läkarnas medicinska logik. Vilka konsekvenser skulle det få? Skulle läkarna då reagerat annorlunda på ledningens initiativ och – som vi misstänker - varit mindre benägna att förmedla motbilder gentemot ledningen? Vilka identitetsskapandeprocesser skulle i detta fall aktiveras?

Ett annat intressant forskningsområde vore att titta på vad som sker på sikt med identitetsskapandet när två organisationer med hybrida identiteter fusioneras. Vad händer med de olika gruppernas anknytning till varandra och kan en övergripande identitet växa fram som inhyser alla organisationsmedlemmar? På en mer handlingsorienterad nivå kan man fråga sig om det finns något sätt att sammansmälta hybrida identiteter i sjukvården för att få alla att arbeta åt samma håll. Eller ska man istället sträva efter att ha en så lös övergripande identitet så att de hybrida identiteterna också forstsatt kan samexistera?

10 Källförteckning

Litteratur

Albert, S. och Whetten, D.A. (1985), *Organizational identity*, Research in Organizational Behavior; Vol. 7; s. 263-295.

Alvesson, M. och Sköldberg, K. (1994), *Tolkning och reflektion*, Lund: Studentlitteratur.

Andersen, I. (1998), *Den uppenbara verkligheten : val av samhällsvetenskaplig metod*, Lund: Studentlitteratur.

Birkinshaw, J. Bresman, H. och Håkanson, L. (2000), *Managing the post-acquisition integration process: how the human integration and task integration processes interact to foster value creation*, Journal of Management Studies, 37(3): 395-425.

Blomgren, M. (1999), *Resultatansvarets betydelse för sjuksköterskornas professionalisering*, i Zeuthen Bentsen, E. Borum, F. Erlingsdottir, G. Sahlin-Andersson, K. (red.), "När styringsambitioner möder praksis – den svære omstilling af sygehus – og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige". København, Danmark: Handelshøjskolens Forlag.

Blomgren, M. (1999), *Pengarna eller livet? Sjukvårdande professioner och yrkesgrupper i mötet med en ny ekonomistyrning*, Doktorsavhandling nr. 78, Uppsala: Företagsekonomiska institutionen.

Buono, A.F. Bowditch, J.L. och Lewis, J.W. (1985), *When cultures collide: The anatomy of a merger*, Human Relations. 38 (5): 477-500.

Cartwright, S. och Cooper, C.L. (1992), *Mergers and acquisitions: The human factor*, Oxford, UK: Butterworth-Heinemann.

Eneroth, B. (1984), *Hur mäter man "vackert"? : grundbok i kvalitativ metod*, Stockholm: Akademilitteratur.

Furusten, S. (1999), *Popular Management Books: how they are made and what they mean for organizations*, Cambridge, UK: Routledge.

Garsten, C. och Salzer-Mörling, M. (2004), *Jakten på identiteter*, Nordiske Organisationsstudier, 6 (2): s. 3-12, Fagbokforlaget.

Greenwood, R. Hinings, C. R. och Brown, J. (1994), *Merging professional service firms*, Organization Science, 5(2): 239-257.

Haspeslagh, P.C. och Jemison, D.B. (1991), i Risberg, A. (2006), *Mergers and acquisitions – a critical reader*. Cornwall: Routledge.

- Hellberg, I.** (1991), *Professionalisering och modernisering*, Falköping: Arbetslivscentrum.
- Holme, I.M. och Solvang, B.K.** (1997), *Forskningsmetodik – om kvalitativa och kvantitativa metoder*, 2:a upplagen, Lund: Studentlitteratur.
- Karlsson, O.** (1998), *Trå tu sen ett*, Institutionen för Samhälls- och Beteendevetenskap (ISB), Mälardalens högskola.
- Kastor, J.A.** (2001), *Mergers of Teaching Hospitals in Boston, New York and Northern California*, Michigan: The University of Michigan Press.
- Kleppestø, S.** (1993), *Kultur och identitet vid företagsuppköp och fusioner*, Göteborg: N&S Förlag AB.
- Kragh Jepsersen, P.** (1999), *New Public Management reforms betydning for den administrative og lægefaglige profession i sygehusorganisationen*, i Zeuthen Bentsen, E. Borum, F. Erlingsdottir, G. Sahlin-Andersson, K. (red.), "Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus – og sundhedsvæsendet i Danmark og Sverige". København, Danmark: Handelshøjskolens Forlag.
- Levay, C.** (1995), *Att väcka den som sover: Om identitet och ledarskap på en anestesi- och intensivvårdsklinik*, Working paper 95/1, Uppsala universitet: Företagsekonomiska institutionen.
- Levay, C.** (2003), *Medicinsk specialisering och läkares ledarskap - En longitudinell studie i professionell kollegialitet och konkurrens*, Doktorsavhandling nr. 101, Uppsala universitet: Företagsekonomiska institutionen.
- Lindkvist, L. och Aidemark, L.G.** (2005), *Sjukhus som bolag: om legitimitet och identitet*, Stockholm: SNS Förlag.
- Löwstedt, J. Werr, A. Schilling, A. och Tomicic, M.** (2003), *Managing differences in post-merger integration: The case of a professional service firm*, Nordiske Organisationsstudier, 5(1): 11-36.
- Merriam, S.B.** (1994), *Fallstudien som forskningsmetod*, Lund: Studentlitteratur.
- Risberg, A.** (2006), *"Mergers and acquisitions – a critical reader"*. Cornwall: Routledge.
- Rothman, R.A. Schwartzbaum, A.M. och McGrath, J.H.** (1971), *Physicians and Hospital Merger: Patterns of Resistance to Organizational Change*, Journal of Health and Social Behaviour. Vol. 12, No 1 (March) pp 46-56.
- Rubin D.H.J. och Rubin, I.S.** (1995), *Qualitative Interviewing – The Art of Hearing Data*. Thousand Oaks, US: Sage Publications.
- Sahlin-Andersson, K.** (1999), *I mötet mellan reform och praktik*, i Zeuthen Bentsen, E. Borum, F. Erlingsdottir, G. Sahlin-Andersson, K. (red.), "Når styringsambitioner møder

praksis – den svære omstilling af sygehus – og sundhedsvæsendet i Danmark og Sverige”. København, Danmark: Handelshøjskolens Forlag.

Sandberg, J. (1999), *Konstruktion av social konstruktionism*, i Sjöstrand, S.E. Sandberg, J. och Tyrstup, M. (red.) ”Osynlig företagsledning”. Lund, Sverige: Studentlitteratur.

Schweizer, R. (2005), *An arranged marriage under institutional duality : the local integration process between two globally merging MNCs' subsidiaries*, Göteborg : BAS Publishing, School of Business, Economics and Law, Göteborg University.

Vrangbæk, K. (1999), *New Public Management i sygehusfeltet – udformning og konsekvenser*, i Zeuthen Bentsen, Borum, Erlingsdottir, Sahlin-Andersson, (red.), ”Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus – og sundhedsvæsendet i Danmark og Sverige”. København, Danmark: Handelshøjskolens Forlag.

Yin, R.K. (2003), *Case study research : design and methods*, 3:e upplagen, Thousand Oaks: Sage Publications

Zeuthen Bentsen, E. (1999), i Zeuthen Bentsen, E. Borum, F. Erlingsdottir, G. Sahlin-Andersson, K. (red.), ”Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus – og sundhedsvæsendet i Danmark og Sverige”. København, Danmark: Handelshøjskolens Forlag.

Övrigt källmaterial **Proposition 2004/05:145**

DN Debatt (2007-01-17), ”*Vi avskaffar stopplagen i hälso- och sjukvården*”, Göran Hägglund.
<http://www.dn.se/DNet/jsp/polopoly.jsp?d=572&a=594138&previousRenderType=2>.
Tillgänglig 2007-06-18.

Mellgren, F. (2005-12-11), ”*Borgerliga vill ha granskning av KS-krisen*”
http://www.svd.se/dynamiskt/inrikes/did_11274532.asp. Tillgänglig: 2007-06-08.

Muntliga källor

Divisionschef, intervju på Vårdbolaget, 19 mars 2007.

HR-chef, intervju på Vårdbolaget, 13 mars 2007.

Verksamhetsutvecklare, intervju på Vårdbolaget, 19 januari och 29 mars 2007.

Internkonsult, intervju på Vårdbolaget, 13 februari 2007.

Områdeschef Regionen, intervju på Vårdbolaget, 8 mars 2007.

Radiolog 1, Regionen, intervju på Vårdbolaget, 8 mars 2007.

Radiolog 2, Regionen, telefonintervju, 30 mars 2007.

Sjuksköterska, Regionen, telefonintervju, 28 mars 2007.

Områdeschef Huvudstaden, intervju på Vårdbolaget, 12 februari 2007.

Radiolog 1, Huvudstaden, intervju på Vårdbolaget, 2 april 2007.

Radiolog 2, Huvudstaden, intervju på Vårdbolaget, 2 april 2007.

Sjuksköterska, Huvudstaden, intervju på Vårdbolaget, 21 mars 2007.

Informantintervjuer

Annika Schilling PMO Handelshögskolan, 8 februari 2007.

Soki Choi, Karolinska institutet, 15 februari 2007.

11 Appendix: Intervjumallar

Här nedan presenteras de frågeformulär som använts – med viss variation – vid intervjuerna. Först presenterar frågeformuläret vi använt vid intervju med ledningspersoner, därefter den intervjumall vi använt vid intervju med operativ personal.

Intervjumall ledning

Bakgrund

Vilken är din roll?

Vad är din bakgrund och hur länge har du arbetat för Vårdbolaget?

Faktisk integration

Vad innebär samarbetet mellan Huvudstaden och Regionen?

Vilka är fördelarna respektive nackdelarna med samarbetet?/ Varför?

Processen

Kan du beskriva den process som lett fram till detta samarbete?

Vad är syftet med integrationen?

När initierades det?

Av dem?

Hur gick det till när samarbetet initierades på operativ nivå?

Vilka problem fanns? Vad hade man kunnat göra annorlunda?

Upplevelsen

Hur har den operativa personalen reagerat på initiativet?

Varför tror du att de reagerade så?

Hur upplever du att olika yrkesgrupper reagerat på samarbetet?

Några skillnader i ledning, läkare, sjuksköterskor?

Har inställningen till samarbetet förändrats över tid?

I så fall varför?

Hur reagerar radiologer på den initierade distansgranskningen?

Varför?

Hur har radiologerna i Huvudstaden reagerat på att ta över distansgranskningen för Regionen?

Hur har radiologerna reagerat på att införa en gemensam metodbok?

Intervjumall operativ personal

Bakgrund

Vilken är din roll?

Vad är din bakgrund och hur länge har du arbetat för Vårdbolaget?

Faktiska integrationen och processen

Kan du beskriva samarbetet inom radiologi i Huvudstaden och Regionen?

Vad innebär samarbetet?

Hur har samarbetet förändrat ditt vardagliga arbete?

Tar du hjälp av kollegor från den andra enheten?

Om ja, mer så nu än tidigare?

Vilka är fördelarna respektive nackdelarna med samarbetet mellan enheterna? /varför?

Processen

Kan du beskriva den process som lett fram till detta samarbete?

När initierades det?

Av vem?

Hur gick det till när samarbetet initierades på operativ nivå?

Kände du och dina kollegor er delaktiga i processen?

Vad gjorde ledningen för att involvera medarbetarna?

Vilka problem fanns? Vad hade man kunnat göra annorlunda?

Upplevelsen

Var det lätt att börja samarbeta med den andra enheten?

Varför var det lätt/svårt?

Hur reagerade dina kollegor här på din enhet på samarbetet?

Varför tror du att de reagerade så?

Hur upplever du att olika yrkesgrupper reagerat på samarbetet?

Några skillnader i ledning, läkare, sjuksköterskor?

Har inställningen till samarbetet förändrats över tid?

Varför?