

Vurderinger og erfaringer af den sociokulturelle integrationsproces

Et casestudie af integrationsprocessen på Intensiv afsnit Øst



10. semester | Sociologi | Forår 2019 | Vejleder: Janne Seeman | Anslag: 259.933

Nellie Hoffmann Ginnerup | Mads Fløjstrup Jessen

Abstract

In this thesis our main goal is to understand how employees assess and experience sociocultural issues during a postmerger. Being a case study, we take into consideration the doctors at Aarhus Universitetshospital, AUH, who have undergone a thorough and wideranging merger over the past years. What was previously a procedural merger of three hospitals has now become a physical merger at the newly built "Supersygehus" in Skejby. Currently the doctors at the intensive ward have undergone a comprehensive restructuring in both management and numbers of sections in use. Our interest in this group in particular stems from the actual debate of ongoing economical savings in the danish healthsystem. In this, the intensive section Øst, with its highly specialized field of doctors, encounters a restructuring of their in depth knowledge into requirements of a more widespread and general professionalism in parallel to an expansion of numbers of doctors employed in the section. In this line of issues our focus turns to the sociocultural integration of the doctors.

We take an in depth theoretical understanding of the three integration levels as proposed by Shrivastava (1986). With this understanding we acknowledge the interdependent character of these three levels being the physical, the procedural and the sociocultural. Our basis of analysis is the process in which the sociocultural level is fluctuant and of an emergent character as opposed to the procedural and physical integration. As a result, a complex process of integration appears. Nonetheless it is of crucial meaning to address the sociocultural integration in order to succeed the merging of multiple groups. In addition to Shrivastava we draw on Cartwright & Coopers (1992) understanding and perspectives on the human factors during a merger. In this we're interested in achieving both knowledge about the implications and issues emerging in employees at the actual point of the merger and further on as a theoretical understanding of the impact on the employees in the postmerger. Furthermore, we address Borum & Pedersen (2008) and their perspectives on mergers in the context of the Danish healthsystem. They regard mergers in this context as highly managerial complex.

In using these theoretical perspectives, our research attempts to state empirical findings through the use of mixed methods. Firstly, we conduct a survey. The survey is being sent to the doctors who are compliant. Secondly the survey is followed by a focus group interview with doctors from the three previous individual sections that have now been merged into one. The last method used is a research interview with the two middle managers in the section.

The three conducted research methods, once conducted, are subject to three analysis based on each research. Using adaptive theory and orienting concepts as a way to achieve and condone new concepts, we are able to identify patterns and let the empirical data speak on its own. Through the empirical data and hereby the analytical findings we are able to conclude that the importance of awareness in regard to the sociocultural integration from an early stage in the merger is paramount to the success achieved and wellbeing of employees. Furthermore, the issue of customizing a suggested integration program needs to take into consideration the type of employees for which it is addressed, as well as a consideration on time frame willing to be spent.

Forord

Efter måneders stræben efter empirisk merviden om postfusionen på AUH Intensiv afsnit Øst og integrationsprocessen, sætter vi med specialets sidste punktum også punktum for et specialemester med et makkerskab af usædvanlig og nævneværdig karakter. Uden kendskab til hinanden og med interessen for organisationssociologien som eneste fælles udgangspunkt, har vores samarbejde og faglige vilje vist sig at have usædvanlig positiv karakter. En løbende og voksende taknemlighed for hinandens makkerskab har gjort en ellers hård og koncentreret periode uproblematisk og menneskelig. Med en vilje, tillidsfuld og opmuntrende evne til at hive hinanden op når frustrationerne har taget over, står processen med at skrive speciale tilbage som en positiv - omend hård - periode.

Foruden deltagelsen og ikke mindst fleksibiliteten fra lægerne på Intensiv afsnit Øst, Funktionslederne samt Afdelingsledelsen, herunder særligt Ledende Overlæge Hans Skriver, havde specialets materiale ikke haft sin berettigelse. Derfor skal der lyde en stor tak for alle de involveredes deltagelse.

Vores vejleder, Janne Seemann, skal også have en stor tak. Med hendes kreative og ikke mindst horisontudvidende ideer og tanker har vi været på en faglig rejse, der rækker langt ud over vores vildeste fantasi. Vi har mødt bump og graverende forhindringer undervejs, der foruden hendes vejledning og kyndige ord ikke havde været mulige at overkomme... til deadline i hvert fald.

Til sidst skal der lyde en uforbeholden tak til kæreste, mand og børn. Vi glæder os uendeligt til at komme tilbage til jer. Tak for jeres tålmodighed og accept af at blive nedprioriteret til fordel for et umage makkerpar.

Undervejs i processen har vi konstateret dagens, ugens og nogle gange årets ord. Det ord der står øverst på listen, er et lille ord, der betyder meget. I denne sammenhæng opsummerer det ganske vist den samlede oplevelse: Tak!

Aalborg, juni 2019

Nellie Hofmann Ginnerup & Mads Fløjstrup Jessen

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	1
1.1. <i>Fra strukturreform til et nyt Intensiv på AUH</i>	<i>1</i>
1.1.1. Ny afdeling ser dagens lys	2
1.2. <i>Eksisterende forskning</i>	<i>3</i>
1.2.1. "Det professionelle paradigme"	4
1.3. <i>Intensiv afsnit Øst.....</i>	<i>5</i>
2. Problemformulering	8
2.1. <i>Læsevejledning.....</i>	<i>9</i>
3. Forskningsdesign - Casestudiet	11
3.1. <i>Præsentation af casen.....</i>	<i>12</i>
3.2. <i>Reliabilitet og validitet</i>	<i>14</i>
4. Metodologi.....	15
4.1. <i>Den adaptive vej og videnskabsteori</i>	<i>15</i>
4.2. <i>Undersøgelsens videnskabsteoretiske position</i>	<i>17</i>
4.2.1. Hermeneutikken	17
4.2.2. Fænomenologien	18
4.3. <i>Metodetriangulering.....</i>	<i>18</i>
4.4. <i>Specialets kvantitative delundersøgelse</i>	<i>19</i>
4.4.1. Lægerne	22
4.4.2. Metode – Spørgeskemaundersøgelse	22
4.4.3. Opbygning af spørgeskemaet	23
4.4.4. Konstruktion af spørgsmålene	24
4.4.5. Analysestrategi.....	27
4.4.6. Etske overvejelser og hensyn.....	28
4.5. <i>Specialets kvalitative delundersøgelser</i>	<i>29</i>
4.5.1. Fokusgruppeinterview	29
4.5.2. Interview af funktionslederne	32
4.5.3. Transskribering.....	33
4.5.4. Analysestrategi.....	34
4.6. <i>Etske overvejelser og hensyn</i>	<i>35</i>
5. Teoretiske perspektiver	37
5.1. <i>Postmerger integration.....</i>	<i>38</i>
5.2. <i>Integration i det danske sundhedsvæsen.....</i>	<i>39</i>
5.3. <i>The Human Factor.....</i>	<i>42</i>

6. Analyse af lægegruppen - What is going on?	45
6.1. Spørgeskemaundersøgelsen	45
6.1.1. Første tematik: Organisation	45
6.1.2. "Fusionen er økonomisk og ikke fagligt begrundet"	46
6.1.3. Går stordrift og kvalitet hånd-i-hånd?	48
6.1.4. Mangel på strategi og struktur	53
6.1.5. "To ved siden af hinanden eksisterende enheder"	54
6.2. Anden tematik: Ledelse	56
6.2.1. Involvering og forberedelse op til fusionen	56
6.3. Tredje tematik: Kollegaer	58
6.3.1. "Godt kollegialt!"	58
6.3.2. Kageordning: Nej tak	59
6.3.3. "Tydelig opdeling mellem nye- og gamle-østlæger"	60
6.4. Fjerde delanalyse: En overordnet vurdering og erfaring med fusionen	62
6.4.1. "Der bliver brugt meget energi på tanker om fusionen"	62
6.4.2. Fusionen: Styrker og svagheder	66
6.4.3. Lægegruppens oplevelse af fusionens tre største styrker	67
6.4.4. Fusionens største svagheder	68
6.5. Opsamling på What's going on	69
6.6. Fokusgruppeinterview - Resultaterne giver anledning til en kvalitativ uddybning	71
6.7. Integrationsprocessen	72
6.7.1. Ændringer i fusionsbeslutningen	73
6.8. Fusionsudfald	74
6.8.1. Hvad illustrerer billede 1, 3 og 4?	75
6.8.2. "Synkronien er jo alligevel ikke så stor, så man er blevet én enhed"	77
6.9. Grupperinger og usikkerheder på afsnit Øst	78
6.9.1. "Flertallet synes!"	79
6.9.2. Katalysatoren ITA/OVITA	81
6.9.3. "Ser fremad - men fremtiden virker usikker"	82
6.10. Ønsker til lederne	83
6.10.1. Åbenhed om beslutningerne	84
6.10.2. Synlig ledelse	86
6.10.3. Patientsikkerhed	87
6.11. Delkonklusion	89
7. Analyse af funktionslederne - What is going on?	92
7.1. Funktionsledernes rolle i det daglige og i integrationsprocessen	92
7.1.1. "Mega kompetente mennesker"	95
7.1.2. "Det er enormt komplekst"	96
7.2. Funktionsledernes oplevelse af fusionsudfaldet	97

7.2.1. "Måske vi i virkeligheden var kommet til de første skænderier i ægteskabet"	99
7.3. <i>Grupperinger og usikkerheder på afsnit Øst</i>	100
7.3.1. "I en afdeling vil man jo altid kunne sige, at der findes grupperinger"	101
7.3.2. Flertallet bestemmer	102
7.4. <i>Ønskerne til ledelsen</i>	105
7.4.1. "Sådan er verden altså bare ikke"	105
7.4.2. "Buzz-word"	107
7.5. <i>Delkonklusion</i>	109
8. Diskussion	112
9. Konklusion	118
10. Litteraturliste	120
10.1. <i>Webbaseret litteratur:</i>	123
11. Bilag	124
11.1. <i>Bilag 1 – Spørgeskema</i>	124
11.2. <i>Bilag 2 – Spørgeskema med besvarelser og kommentarer</i>	133
11.3. <i>Bilag 3 – Rapport fra SurveyXact</i>	133
11.4. <i>Bilag 4 – Én intensivafdeling på AUH</i>	133
11.5. <i>Bilag 5 – Status på strukturarbejdet i OPI, Dagkirurgi og Sterilcentral. Orienteringsmøde</i>	133
11.6. <i>Bilag 6 – Flere afdelinger fusionerer 1. april</i>	133
11.7. <i>Bilag 7 – Opsamling – møde</i>	133
11.8. <i>Bilag 8 - Introduktion Intensiv</i>	133
11.9. <i>Bilag 9 – Transskribering af Ledende overlæge Hans Skriver Jørgensen</i>	134
10.10. <i>Bilag 10 – Interviewguide til Fokusgruppeinterview</i>	134
10.11. <i>Bilag 11 – Transskribering af Fokusgruppeinterview</i>	135
10.12. <i>Bilag 12 – Interviewguide til Interview med funktionslederne</i>	135
10.13. <i>Bilag 13 – Transskribering af Interview med funktionslederne</i>	136

1. Indledning

Med nedenstående er vores hensigt at indskrive læseren i det felt specialet placerer sig i. Samtidigt ønsker vi at indkredse, operationalisere og beskrive det felt og fokusområde som vores speciale befinder sig i. Nedenstående skal ikke læses som en komplet afdækning af forskning og teoribidrag på området. Det skal snarere læses som vores fremhævelse og beskrivelse af feltet, den viden der ligger bag vores problemformulering og hvorfor vi med vores speciale placerer os i et undersøgelsesfelt, hvor der er behov for nye perspektiver.

1.1. Fra strukturreform til et nyt Intensiv på AUH

Den offentlige sektor har i de senere år i høj grad været omdrejningspunkt for fusioner. I 2007 blev den længe omdiskuteret strukturreform politisk vedtaget. Det medførte store organisatoriske omstruktureringer og forandringer i den offentlige sektor - især i sundhedssektoren. Indførelsen af regioner medførte markante omstruktureringer og sammenlægninger i sygehusvæsenet (oim: 14). For at understøtte kvaliteten og effektivisere patientbehandlingen overgår landets sygehuse til regionalt regi. Det med henblik på at kunne samle og optimere udnyttelsen af specialiseret fagområder såvel som at sætte patienten i centrum for eget forløb (oim: 27).

I forbindelse med de kommunale og regionale ændringer overgik Amtssygehuset (THG), Kommunehospitalet (NBG) og Skejby Universitetshospital i 2011 til at være ét organisatorisk samlet Aarhus Universitetshospital, AUH, under Region Midtjylland (AUH1). Da Det Nye Universitetshospital (DNU) i marts 2018 stod færdigt, indledte AUHs tre geografisk forskelligt placeret sygehuse en større sammenlægning hertil. Samtlige afdelinger, herunder også intensivafdelingerne fra THG og NBG, er gennem det sidste år flyttet til DNU, som er bygget i fysisk forlængelse af det forhenværende Skejby Universitetshospital. Alt efter hvilken afdeling og afsnit medarbejderne tilhørte, vil deres nye arbejdsplads enten være på et afsnit i de nye bygninger, hvor de sammensættes med kollegaer fra de forhenværende sygehuse. Hvis ikke skal medarbejderne fra henholdsvis det forhenværende THG og NBG integreres med kollegaer på de allerede eksisterende afsnit på det forhenværende Skejby Universitetshospital. Sidstnævnte er blandt andet tilfældet med fusioneringen af Intensiv afsnit Øst, hvor lægerne fra Intensivafdelingerne fra THG og NBG er flyttet ind på det allerede eksisterende forhenværende afd. I. på Skejby.

1.1.1. Ny afdeling ser dagens lys

I forbindelse med fusioneringen af de tre sygehuse blev yderligere omstruktureringer besluttet på AUH. På baggrund af afdelingsledernes anbefalinger blev det besluttet, at AUHs daværende Operations & Intensiv (OPI) deles i to afdelinger pr. 1. april 2018. Således er Anæstesi & Operation i dag samlet som én afdeling og Intensiv er én separat afdeling. Argumentet for opdelingen er blandt andet bedre kapacitetsudnyttelse, mere fleksibel udnyttelse af kapacitet og ressourcer, at en samling vil styrke fagligheden, samt at det vil gøre intensivafdelingen til et attraktivt arbejdssted (Bilag 4; Bilag 6). Hertil lyder de nedskrevne visioner og mål for at samle intensivområdet som følger:

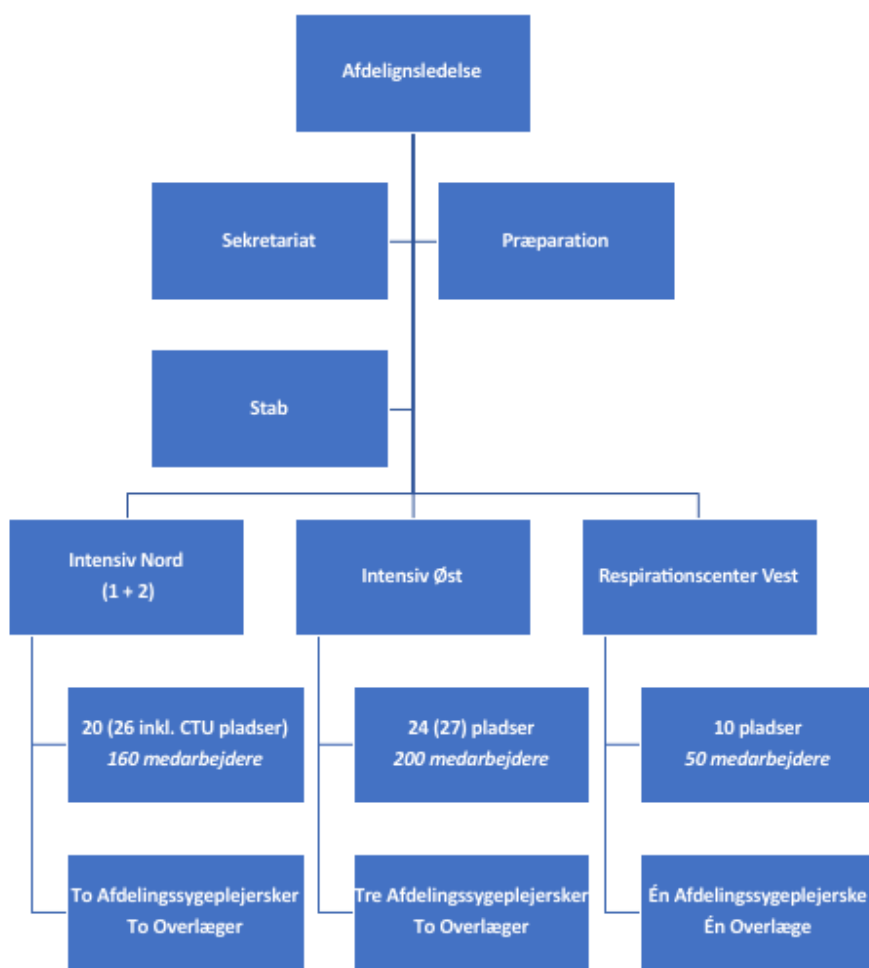
- *Bedre kapacitetsudnyttelse*
- *Kvalitetsforbedringer: Højere målopfyldelse på indikatorer i Dansk Intensiv Database (Færre genindlæggelser, færre udskrivninger i aften-nattetimer, færre kapacitetsbetinget overflytninger til anden intensivafdeling, lavere standardiseret mortalitetsratio (SMR) – 30 dages mortalitet)*
- *Styrket uddannelsesmiljø*
- *Øget forskningsaktivitet*
- *Lavere personaleomsætning*
- *Bedret arbejdsmiljø*

(Bilag 6: 2)

I dag består Intensivafdelingen på AUH af cirka 520 medarbejdere fordelt ud på tre afsnit (Bilag 8: 2). Nedenstående organisationsdiagram illustrerer den nuværende Intensiv Afdelings opbygning.

Organisationsdiagrammet beskriver hvorledes fusionen mellem Intensivafdelingerne fra THG, NBG og Skejby ikke kun omhandler en fusion i form af sammenflytning af de pågældende afdelinger, men tilsvarende har betydet ændring af den samlet afdelings organisationsstruktur. Medarbejderne skal hermed ikke kun forholde sig til nye fysiske rammer og procedurer, men også til ændringer i ledelse og kollegaer. I det næste beskriver vi nogle af de eksisterende forskningsmæssige forbehold, man blandt andet kan betragte fusioner ud fra. I dette har vi et fokus på postfusionen, da denne fase er relevant for specialet i kraft af, at det er den aktuelle fase, som Intensiv afsnit Øst er i på nuværende tidspunkt.

Figur 1. Intensivafdelingen AUH, organisationsdiagram (Bilag 4: 5)



1.2. Eksisterende forskning

Forskningsresultater viser, at to tredjedele af alle fusioner er en fiasko eller ikke lever op til de operationelle, finansielle og strategiske forventninger og målsætninger (Buono 2014; Seo & Hill 2005: 423). Til trods for at succesraten for fusioner er begrænset, fortsætter tendensen med at flere og flere organisationer fusionere. Det skyldes blandt andet, at organisationerne ser et potentiale i at opnå synergier, stordriftsfordele og rationaliseringer (Larson 1998: 31-32). Disse potentielle gevinster og fordele overskygger og fortrænger de dårlige erfaringer og den begrænset succesrate.

Tidligere har der været tendens til at fusioners succes eller fiasko blev målt på finansielle og økonomiske parametre. Men siden 1980'erne er der kommet en øget opmærksomhed på også at indtænke de kulturelle og menneskelige aspekter i forhold til fusioners succes. Fokusset er dermed ændret til, at fusioner ikke blot er noget, der betragtes som værende mellem virksomheder og organisationer. I integrationsprocesser i forbindelse fusioner er man ledelsesmæssigt dermed

begyndt at indtænke menneskene i organisationerne. Der er et øget fokus på de kulturelle og sociale elementer inden for forskningen og forståelsen af fusioner (Shrivastava 1986; Seo & Hill 2005: 423; Cartwright & Cooper 1992). Til trods for dette er faktorerne for, hvorvidt en fusion opnår succes eller ej stadig underbelyst og vanskeligt at forstå (Stahl et al. 2013: 333).

To af de mest fremhævet teorier indenfor fusionsteorien vedrørende fusions- og integrationsprocesser med et fokus på de menneskelige og kulturelle elementer, er Shrivastava (1986) og Nahavandi & Malekzadeh (1988). Shrivastava har fokus på postfusionen, hvori han skelner mellem tre dimensioner af integrationsprocessen: Proceduremæssig, fysisk og sociokulturel integration. Med denne opdeling af postfusionen påpeger han, at der har været en tendens til at fokusere på integrationen af de proceduremæssige og fysiske aspekter. Dette er både i organisationers fokus i fusionsprocesser og i forskningen. Her mener han, sammen med Nahavandi & Malekzadeh, at der i forskningen har været et langt større fokus på de proceduremæssige og fysiske aspekter samt de strategiske og finansielle forhold, hvorimod forskningen af de sociokulturelle aspekter har været relativt udforsket og undersøgt. Begge teoretiske perspektiver argumenterer for, at hvis en fusion skal opnå succes er den sociokulturelle integration et lige så vigtigt aspekt som den proceduremæssige og fysiske integration (Shrivastava 1986: 65; Nahavandi & Malekzadeh 1988: 79). Til trods for dette bliver den sociokulturelle integration overset eller undervurderet - også her 30 år efter Shrivastava og Nahavandi & Malekzadeh påpegede vigtigheden af sociokulturelle integrationsproces og dens betydning for fusionssucces. Årsagen til at de menneskelige og kulturelle aspekter overses skyldes, at disse er vanskelige at måle på og realisere i praksis. De menneskelige og kulturelle aspekter opleves derfor af mange organisationer som mere abstrakte. Det er i modsætning til de økonomiske og tekniske aspekter som eksempelvis stordriftsfordele og rationalisering, der målbart kan effektueres fra dag til dag. Disse er forhold, der tilhører den fysiske og proceduremæssige integrationsproces (Buono & Bowditch 1989: 13).

For at forstå og undersøge postfusionen og den tilhørende integrationsproces, er det nødvendigt at forstå det felt afsnit Øst og dets medarbejdere er en del af, da dette i høj grad har indvirkning på postfusionen.

1.2.1. "Det professionelle paradigme"

Hospitaler, herunder Aarhus Universitetshospital, er som institutioner kendetegnet ved at have det professionelle bureaukrati som organisationsform. Det professionelle bureaukrati kendetegnes ved

professionalisering, hvor medarbejderne er tildelt en stor del beslutningskompetence og handlingsfrihed (Jacobsen & Thorsvik 2014: 90). Læger er et klassisk eksempel på ansatte i det professionelle bureaukrati, hvor lægerne anses for at være bærere af det professionelle paradigme (Lerborg 2013: 73). Ifølge Lerborg er det professionelle bureaukrati kendetegnet ved to kodeord: Autonomi og faglighed. Autonomien henvender sig til, at de professionelle håndterer komplicerede opgaver, der for at kunne løses, kræver en udpræget grad af decentralisering af de faglige beslutninger. Lægen skal have handlingsfrihed og være tildelt beslutningskompetence for at kunne stille den rette diagnose af patienten eller foretage en operation (Lerborg 2013: 74). Autonomien og kravet om selvstyre udvikler lægen gennem sin institutionelle træning og socialisering i faget. Heri opflaskes lægen i at træffe selvstændige beslutninger og altid handle i henhold til patienterne (Bendix et al. 2012: 84).

Baggrunden for autonomien udspringer i lægernes faglighed. Uden fagligheden vil tilegnelsen og kravet om autonomi og beslutningskompetencer ikke legitimeres. Fagligheden kommer til udtryk i lægernes viden og beror på deres kompetencer og videregående uddannelsesmæssig baggrund. Fagligheden er en vigtig faktor i lægernes selvopfattelse, hvilket medvirker til, at udfordres deres faglighed, reagerer de ofte voldsomt (Lerborg 2013: 74-75).

Intensiv afsnit Øst er et felt hvor medarbejderne, lægerne, kendetegnes ved høj grad af autonomi, beslutningskompetence og faglighed. Disse faktorer er væsentlige i forståelsen af fusionen og integrationsprocessen, da lægernes fagidentiteten har en indvirkning på hvordan de oplever og reagerer i fusionsprocessen.

1.3. Intensiv afsnit Øst

Efter dialog med afdelingsledelsen på AUHs Intensivafdeling er vi i samarbejde blevet enige om, at lægerne samt funktionslederne på Intensivafdelingens Intensiv afsnit Øst (herefter kaldet afsnit Øst) udgør enhederne for vores case om den sociokulturelle integrationsproces. Vi har valgt at lave en undersøgelse baseret på lægerne fra afsnit Øst, da lægegruppen består af læger fra de tre forskellige forhenværende afdelinger: Afd. I (Skejby), ITA (NBG) og OVITA (THG), med forskellige forudsætninger for at indgå i integrationsprocessen. Efter ihærdig gennemlæsning af fusionslitteraturen vurderer vi, at dette parameter har en nævneværdig påvirkning på den sociokulturelle integration. Samtidigt inddrager vi funktionslederne som et ekstra perspektiv på den sociokulturelle integration for at få en større og mere nuanceret forståelse af casen. Vi finder det

organisationssociologisk interessant at lave et nedslag i en integrationsproces i et professionelt bureaukrati, hvormed vi kan identificere mønstre på et empirisk grundlag.

Afsnit Øst består af samlet 200 medarbejdere, hvoraf de 19 er fastansatte læger. Specialerne omfatter hjertemedicin, hjertekirurgi, lungekirurgi, mave- & tarmkirurgi og cancerkirurgi (bilag 9). I dag består afsnittet som nævnt af en sammenlægning af tre forhenværende afsnit - herunder en sammenlægning af specialer: ITA (NBG), OVITA (THG) og Afd. I (Skejby). De forhenværende ITA (NBG) og OVITA (THG) vil herefter benævnes: ITA/OVITA, da de, udover at have haft tæt samarbejde i forbindelse med flytningerne til DNU, har den samme historik som afdelinger. Fra ITA/OVITA er de fem læger og fra Afd. I. er de 13 læger.

Tabel 1. Antal læger på Intensiv afsnit Øst

	Afd. I. (Skejby)	ITA (NBG)	OVITA (THG)	I alt på afsnit Øst
Antal læger	13	3	2	18

Geografisk er afsnit Øst placeret det samme sted som det forhenværende afd. I. Det vil sige, at de 13 læger fra den forhenværende afd. I. ikke har oplevet samme fysiske forandringer som lægerne fra ITA/OVITA, da deres arbejdsplads ikke har ændret placering. Desuden har forberedelserne af sammenlægninger og udflytninger ikke haft samme betydning som for ITA/OVITA. Her har man i takt med nedlæggelsen af THG og NBG forberedt sig i tre-fire år på flytningen af deres arbejdsplads til DNU. Oprindeligt var afd. I. ikke omfattet af planerne om at skulle sammenlægges med eller flyttes til andre afsnit. Til gengæld blev afd. I. i 2016 reduceret i speciale og patientkategori, da man valgte at flytte børn med hjerteproblematikker til Rigshospitalet. Ifølge ledende overlæge er denne beslutning til stadighed *“en stor sorg”* for lægerne, da det berørte lægernes identitetsforståelse (Bilag 9).

Oprindeligt skulle lægerne fra ITA/OVITA i oktober 2018 være flyttet til afsnit Syd. Som en del af effektiviserings- og spareplanerne valgte Hospitalsledelsen, i forbindelse med oprettelsen af Intensivafdelingen i april 2018, at gå bort fra at tage afsnit Syd i brug. I stedet valgte man at udnytte den ledige sengekapacitet efter flytningen af 'hjerkebørnene' fra afsnit Øst (Bilag 9). Transformationen for de tre afsnit til ét samlet afsnit Øst forholder sig som følgende:

Tabel 2. Transformationen

Afdeling Intensiv	Forberedelsestid på ændringerne i organisatoriske udformning af afsnittene: ½ år, stigning i antal sengepladser fra 12 til 24, tilføjelse af fem nye kollegaer, nye patientgrupper, ændret arbejdsgange samt ændring i organisatorisk henseende. Her refereres til afsnittets oprindelige organisatoriske definition som Intensiv afdeling på Skejby til intensivafsnit på AUH.
ITA/OVITA	Efter tre-fire års forberedelse/træning til at flytte til afsnit Syd, ændres planerne, og forberedelsestiden til at flytte ind på afsnit Øst bliver ½ år. Lægerne ankommer til et allerede etableret afsnit samt lægekollegie, ændret fysiske rammer og en ny og udvidet patientgruppe.

2. Problemformulering

I beskrivelsen af hvordan Intensivafdelingen på AUH har undergået store forandringer i forbindelse med fusionen ser vi, at disse er både af fysiske og proceduremæssige karakter. Lægerne skal med deres højt autonome og fagligt specialiseret arbejde lære at arbejde på nye måder og for nogle også i nye rammer. Eksisterende forskning tydeliggør hvordan en iagttagelse af den sociokulturelle integrationsproces skal tilføjes en komplet fusion. Dette vil vi undersøge med henblik på at udarbejde et empirisk grundlag for en dybere forståelse af den sociokulturelle integrationsproces i sygehusvæsenet.

Afsnit Øst står midt i en postfusion, hvor integrationen af de tre forhenværende afsnit til ét samlet afsnit er vigtig for at lykkes med fusionen. Integrationsprocessen samt opmærksomheden herpå er en vigtig del for at lykkes med at samle og optimere udnyttelsen af de specialiserede fagområder såvel som at sætte patienten i centrum for eget forløb. Med et nedslag i afsnit Øst ønsker vi at undersøge den sociokulturelle integrationsproces, hvor vi tager udgangspunkt i lægerne samt funktionsledernes vurderinger og erfaringer hertil. Måden hvorpå særligt den sociokulturelle integrationsproces opleves bliver relevant at belyse i en organisations sociologisk kontekst, da det muliggør at undersøge og forstå lægernes vurderinger og erfaringer heraf. Det gør vi ud fra følgende problemformulering:

Gennem hvilke vurderinger og erfaringer kommer den sociokulturelle integrationsproces til udtryk i forbindelse med fusionen på Intensiv afsnit Øst på AUH?

For at opnå et bredt og fyldestgørende empirisk grundlag til besvarelsen af vores problemformulering undersøger vi ud fra et aktørperspektiv både lægerne og afsnittets funktionsledere. I de enkeltstående analyser af disse to grupper tager vi udgangspunkt i følgende arbejdsspørgsmål:

Hvilke vurderinger og erfaringer gør lægegruppen på Intensiv afsnit Øst, AUH, sig i forbindelse med fusionen?

Og

Hvilke vurderinger og erfaringer gør funktionslederne på Intensiv afsnit Øst, AUH, sig i forbindelse med fusionen?

Ved at være et kontekstnært og empirifunderet speciale, tydeliggør vi i en aktuel setting den kompleksitet fusioner består af ud fra et aktørperspektiv. Risberg påpeger, at et udgangspunkt i medarbejderens vurdering og erfaring med fusioner sjældent inddrages i videnskabelige undersøgelser. Undersøgelser af fusioner har som oftest en ledelsesmæssig, organisatorisk eller institutionel tilgang til feltet. Så vi i denne sammenhæng bort fra aktørperspektivet, ville undersøgelsen kræve andre typer forskningsspørgsmål og metodologiske fremgangsmåder (Risberg 2001: 60-61). For at afdække de vurderinger og erfaringer lægegruppen og funktionslederne gør sig, foretager vi en spørgeskemaundersøgelse, et fokusgruppeinterview samt et interview. Hermed går vi både kvantitativt og kvalitativt til værks for at forstå i både bredden og i dybden.

I specialets undersøgelser har vi intention om at koncentrere os om den enkeltes vurdering og erfaring med integrationsprocessen. Gennem mønstre i disse vil det være muligt efterrationaliserende at opskalere en forståelse heraf til både gruppe og organisatorisk niveau. I det skrevne udfolder vi empirien i en subjektiv forståelsesramme og får et dybdegående indblik i oplevelsen af fusionen hos de medarbejdere, der til dagligt skal håndtere og konkretisere beslutningerne truffet i forbindelse med fusionen. Med det står vi tilbage med en solid viden til gavn for fremtidige fusioner.

2.1. Læsevejledning

Forinden igangsættelse af undersøgelsen og analysen har vi gjort os teoretiske og metodologiske overvejelser, hvortil vores valg bedst understøtter vores problemformulering. Til at træffe disse valg udarbejder vi et forskningsdesign præsenteret indledningsvist. Forskningsdesignet illustrerer med sin model hvorledes vi bygger specialet op som et teorifortolkende casestudie, hvis hensigt er at fortolke vores empiriske datamateriale ud fra en teoretisk rammesætning. Således er specialet et empirisk baseret og kontekstnært studie.

I forlængelse af forskningsdesignet gennemgår vi de teoretiske rammer, vi undersøger empirien ud fra. Hensigten med teorien er ikke at teste den, men ved hjælp af den at kunne identificere mønstre og højne forståelsen af empirien. Teoriafsnittet er hermed en præsentation af de tre teoretiske hovedbidrag og de perspektiver og begreber, vi trækker på i analysen til at belyse, nuancere og højne forståelsen af vores fænomen. Vi gør brug af Shrivasta (1986) som rammesætning af vores nedslag i postfusionen. Derudover anvender vi fusionsrelevante perspektiver og begreber fremsat af Cartwright & Cooper (1992) samt Borum & Pedersen (2008).

Med Borum & Pedersen trækker vi blandt andet på deres inddeling af en fusionsproces. Vi bruger denne faseinddeling til at forstå, at der tidsmæssigt ligger faser før integrationsprocessen. Disse har aspekter i sig, som er rammesættende for integrationsprocessen. Her refererer vi til blandt andet beslutninger om sammenlægninger af eksempelvis kontorer, produktion, it-systemer og andet.

Efter en gennemgang af specialets teoretiske valg præsenteres vores metodologiske fremgangsmåde. I kapitlet gennemgår vi vores overordnet adaptivt teoretiske fremgangsmåde efterfulgt af specialets videnskabsteoretiske positioner i hermeneutikken og fænomenologien. Hernæst følger vores metodiske argumenter og metodetrianglerende fremgangsmåde i brugen af først et kvantitativt spørgeskema, dernæst et kvalitativt fokusgruppeinterview og sidstfølgende et forskningsinterview. Herudover indeholder afsnittet gennemgangen af udfærdigelsen af interviewguides, analysestrategier og ikke mindst etiske hensyn og overvejelser.

Til analysen og som empiriindsamling foretager vi tre delundersøgelser: En kvantitativ og to kvalitative. I de to første delundersøgelser fokuserer vi på lægekollegiet. Derefter inddrager vi i den tredje delundersøgelse funktionsledernes vurderinger og erfaringer.

Den første delundersøgelse tager udgangspunkt i en kvantitativ webbaseret spørgeskemaundersøgelse for at opnå en bred forståelse af lægegruppens vurderinger og erfaringer. I anden delundersøgelse foretager vi et fokusgruppeinterview med tre læger fra afsnit Øst. Ved at spejle udvalgte kvantitative resultater og konklusioner fra første delundersøgelse, har vi mulighed for at opnå en kvalitativ dybde i disse. Vi laver en analyse af hver delundersøgelse. Dermed er der to delanalyser af undersøgelserne af lægernes vurderinger og erfaringer. Disse to analyser samles efterfølgende i én konklusion.

I den tredje og sidste delundersøgelse foretager vi et interview med funktionslederne. Delundersøgelsen har til formål at forstå funktionsledernes vurderinger og erfaringer af fusionen og integrationsprocessen. I interviewet med funktionslederne præsenterer vi nogle af resultaterne fra de to første delundersøgelser af lægerne. Den tredje og sidste delundersøgelse analyseres for sig og rundes af med en konklusion.

Afslutningsvist diskuterer vi de to konklusioner imod hinanden. Ved at inddrage funktionslederne har vi mulighed for at nuancere vores empiri og dermed løfte den samlet diskussion af det aktuelle og nærværende billede af integrationsprocessen hos lægerne på afsnit Øst.

3. Forskningsdesign - Casestudiet

På baggrund af vores problemformulering har vi valgt at anvende casestudiet som vores forskningsdesign. Integrationsprocessen på afsnit Øst er vores case. Valget af casestudiet som forskningsdesign er dermed vores anvendte forskningsstrategi, der sætter rammen for undersøgelsen, hvormed det i sidste ende gøres muligt at besvare vores problemformulering (Yin 2003: 7). Vi har valgt casestudiet, da vi ønsker at gå i dybden med vores problemformulering og søger nuancerne i en aktuel integrationsproces. Til dette er vi særligt interesseret i lægegruppen og funktionsledernes vurderinger og erfaringer heraf. Med et fokus på at fremanalysere detaljerne og nuancerne i den valgte integrationsproces, har vi mulighed for at svare på, hvordan aktørerne forstår og oplever integrationsprocessen herunder den sociokulturelle integration. Vi anvender casestudiet til at undersøge et socialt fænomen, hvor vi tager afsæt i vores empiriske fund fra feltet. Derved ønsker vi at opnå en nuanceret, detaljerig og praksisbaseret viden om integrationsprocessen i afsnit Øst (Flyvbjerg 2010: 463).

Vi er opmærksomme på, at vi med et casestudie ikke opnår en holistisk indsigt eller en generel forståelse omkring integrationsprocesser, da det ikke er muligt at afdække alle sider af en case. Vores problemformulering bliver væsentlig, da den skærper forestillingen om, hvad vi ønsker at undersøge og er derved med til at afgrænse vores case (Antoft & Salomonsen 2012: 33). Ydermere fungerer vores valg af teori som en ramme for vores undersøgelse, da den valgte teori er med til at afgrænse casen, strukturere vores empiriske materiale og diskuterer casens generelle karakter. Vores casestudie er et teorifortolkende casestudie, da vi tager afsæt i eksisterende og etablerede teorier inden for fusionsfeltet. Vi har hermed et ønske om at generere ny empirisk viden om vores case (Antoft & Salomonsen 39). Vi tester dermed ikke teorien, men anvender derimod teorien til at højne forståelsen af vores empiriske materiale ved blandt andet at identificere mønstre.

Casestudiet er ikke en metodiske opskrift, hvor kun én type dataindsamlingsmetode anbefales. Derimod kan en kombination af mange forskellige kvantitative og kvalitative tilgange anvendes (Antoft & Salomonsen 2012: 32; De Vaus 2001: 220-221). Vores valg af casestudiet er med til, at vi på baggrund af vores indsamlede empiri via metoder; spørgeskemaundersøgelse, fokusgruppeinterview og forskningsinterview kan rekonstituere og analysere integrationsprocessen på afsnit Øst ud fra et sociologisk standpunkt (Antoft & Salomonsen 2012: 30). Vores valg af datakilder er med til at hjælpe os med at opnå en dybere indsigt i feltet.

Valget af casestudiet er den grundlæggende præmis for specialets udformning, da det hjælper os til at indfange vores analyseenhed i dets kontekst. Forskningsdesignet er med til at sikre specialets struktur og opbygning, hvormed det bidrager til at skabe gennemsigtighed i vores fremgangsmåde og vejen til besvarelsen af vores problemformulering (Antoft & Salomonsen 2012: 54). Vores valg af casestudiet er med til at sikre og synliggøre den røde tråd igennem hele specialets tilgang og opbygning.

Ved at vi anvender casestudiet som vores forskningsdesign er vi opmærksomme på, hvilken type af generalisering vi kan gøre os på baggrund af vores resultater og fund. Der har tidligere været en udpræget diskussion i forskningsverden om, hvorvidt en enkelt case kan generaliseres og i hvilken grad. Det er vigtigt at skelne mellem statistik og analytisk generaliserbarhed, da disse to typer af generaliseringer er forskellige og har hver sine styrker (Flyvbjerg 2010: 473; Antoft & Salomonsen 2012: 49-50). Vi kan, på baggrund af vores casestudie, foretage en analytisk generalisering, der tilbyder en konkret, detaljeret og kontekstbundet viden (Flyvbjerg 2010: 466). Hertil anvender vi vores teoretiske valg som et hjælpeværktøj og som en sammenligning til vores empiriske resultater i casestudiet (Antoft & Salomonsen 2012: 49). Vi kan bruge vores resultater til at trække på som retningslinjer eller formodninger om, hvad kan og vil ske i en anden og lignende situation.

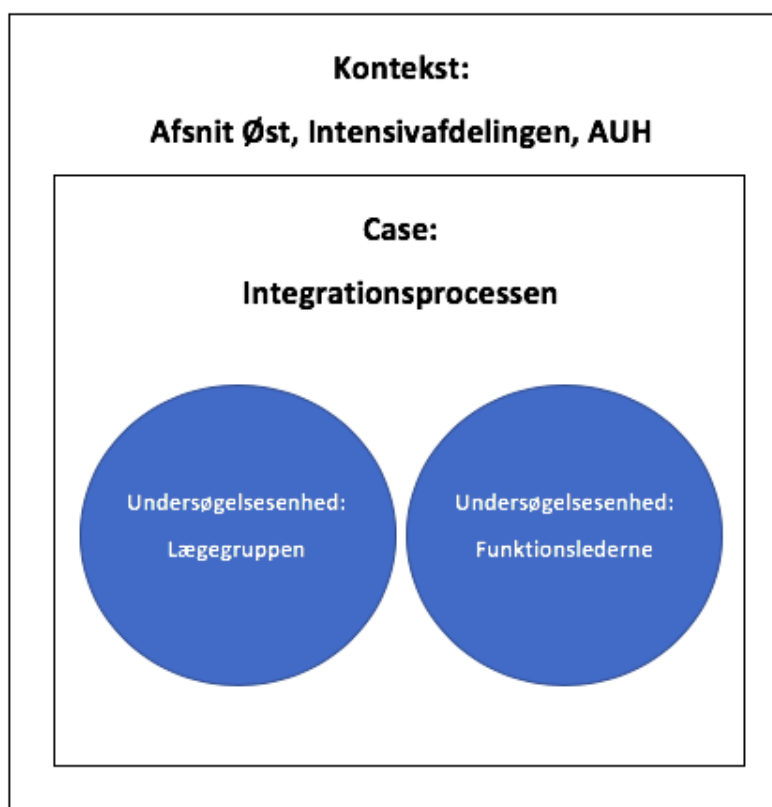
3.1. Præsentation af casen

Vi har jf. det eksisterende forskningsafsnit allerede indskrænket vores undersøgelse, ved at undersøge forskningen af de sociokulturelle forhold i en integrationsproces samt i forståelsen af det professionelle bureaukrati. Hertil har vi indgået et forskningssamarbejde med Intensivafdelingen på AUH i undersøgelsen heraf. Det er i denne henseende relevant at afgøre om undersøgelsen består af en eller flere cases, og om casen består af en eller flere enheder (Yin 2003: 39). Vi har valgt, at undersøgelsen består af et single-casestudie med to undersøgelsesenheder. Casens kontekst er hertil vigtig, da den er afgørende for forståelsen af denne og dennes relationer til konteksten (Flyvbjerg 1988: 9; Antoft & Salomonsen 2012: 32-33). I specialet er casens kontekst afsnit Øst, Intensivafdelingen, AUH.

Selve casen er integrationsprocessen på afsnit Øst, AUH, hvor vores to undersøgelsesenheder består af henholdsvis lægegruppen og funktionslederne på afsnittet. Herved anlægger vi to perspektiver, der anskuer integrationsprocessen fra henholdsvis lægegruppen og funktionsledernes

vinkel. Ved hvert perspektiv har vi fokus på lægerne og funktionsledernes egne vurderinger og erfaringer af integrationsprocessen og den sociokulturelle integration. Vi inddrager disse to undersøgelsesenheder for at højne forståelsen for casen og ikke mindst for at efterstræbe generaliserbarhed af analyseenheden.

Figur 2. Casestudiets design efter Yin (2011: 8)



Når målet er at forstå et sammensat og diffust fænomen som den sociokulturelle integration i en integrationsproces i et fagprofessionelt bureaukrati, som afsnit Øst er, kan man ikke reducere fænomenet til opsatte, veldefinerede og isolerede variable. Vi må derimod undersøge det i sin komplekse kontekst (Yin 2003: 2). Ydermere vil vores valg af case sige, at der umiddelbart ikke er tale om en unik eller ekstrem case. Derimod er det en case, som er repræsentativ for, hvordan andre afsnit og afdelinger har håndteret en fusion og deri en integrationsproces. Det på baggrund af strukturreformen og hvordan de har integreret samarbejdet og koordinationen mellem de tidligere eksisterende sociokulturelle forhold. Vores case repræsenterer og relaterer sig dermed til en større sammenhæng og population (Antoft & Salomonsen 2012: 31). Det er en problemstilling, vi har en forventning om findes på langt de fleste afsnit og afdelinger i sygehusvæsenet i landet efter

strukturen. Vi er dog opmærksomme på, at de sociale og kulturelle forskelle mellem læger, lægespecialer og lægegrupper er unikke (Bendix et al. 2012: 83). Der vil således være nogle andre præmisser i forhold til oplevelsen af integrationsprocessen i andre tilfælde, da disse vil være på forskellige grundlag og af forskellige lægegrupper - både i størrelser og i specialer. Til trods for disse vurderer vi, at vores case repræsenterer en større sammenhæng, hvilket hænger sammen med, at vores problemformulering ikke er specifik eller unik for casen, men er derimod genkendelig for de fleste afsnit og afdelinger inden for sygehusvæsenet. Vores case udgør et single casestudie af integrationsprocessen i forbindelse med fusionen af afsnit Øst, AUH.

3.2. Reliabilitet og validitet

I vores valg af at undersøge vores problemstilling som et casestudie er der tilhørende kvalitetskriterier der kræver opmærksomhed. I den henseende har vi undervejs fokus på både de kvantitative såvel som kvalitative udfordringer. Vi er i spørgeskemaet bevidste om spørgsmålenes udformning og bagvedliggende teori. Med det er vi klar over den utydelige karakter nogle af spørgsmålene har, hvorfor vi ikke i alle spørgsmålene kan være sikre på, at vi måler det vi måler. Derfor anvender vi resultaterne til at udfærdige de kvalitative interviewguides. På den måde opnår vi ved hjælp af informanternes uddybende forståelse af resultaterne, en validitet i vores spørgsmål (Kvale & Brinkmann 2015: 323; De Vaus 2001: 28-30). Derudover sikrer vi gennem anvendelsen af den samme interviewguide til lægerne og funktionslederne en reliabilitet i det vi ser mønstre i informanternes svar, der stemmer overens uagtet hvilken funktion de har. Tilsvarende gør guidens udformning det muligt for andre forskere at applicere selv samme til lignende studier (Kvale & Brinkmann 2015: 318).

Specialets videnskabssteoretiske ståsteder har tilsvarende en indvirkning på både gyldigheden og pålideligheden. I det undersøgelserne er teorifortolkende og vi med en søgen efter at forstå lægerne og ledernes vurderinger og erfaringer læner vi os både op ad en analytisk generaliserbarhed og *Barmhjertighedsprincippet*. Princippet anvender informantens rationalitet og fornuft som udgangspunkt for tolkning (Gilje & Grimen 2012: 223).

I de konkrete tilfælde hvor vi er ekstra opmærksomme på reliabilitets og validitetsspørgsmål bemærkes dette.

4. Metodologi

Dette kapitel omhandler vores metodiske valg og overvejelser som grundlag for empiriindsamlingen. Med udgangspunkt i vores ønske om at undersøge lægegruppen og funktionsledernes vurderinger og erfaringer med fusionens integrationsproces herunder særligt den sociokulturelle integration, har vi valgt at gøre brug af adaptiv teori og metodetriangulering. Vi laver i det følgende afsnit en gennemgribende redegørelse af vores valgte metoder i specialet.

4.1. Den adaptive vej og videnskabsteori

Ved at tilgå vores undersøgelse adaptivt teoretisk har vi mulighed for at sammentænke metodologiens kontrastfyldte paradigmer. Den adaptive teoretiske fremgangsmåde skaber, i sin søgen efter viden, plads til brugen af eksisterende teori og datagenerering ud fra en sammentænkning af den ellers distanceret deduktive teoritestende og induktive teorigenererende metodologi. Ophavsmanden for sammentænkningen af teori og empiri, Derek Layder, betragter dette som en måde at nedbryde kløften mellem polariteterne. Adaptiv teori søger at fremhæve og udvide eksisterende teoriers styrker ved på én og samme tid at udbygge og understrege empiriens understøttelse til nye veje (Layder 1998: 1). Efter et sammentænkene princip foreslår Layder en vekslende brug af objektive såvel som subjektive livsverdener. Dette afspejler sig i måden at anvende videnskabsteori på (Layder 1998: 133). Hertil har den adaptive tankegang til hensigt at anvende hele det videnskabsteoretiske kontinuum til at belyse de sociale fænomener fyldestgørende, der fremtræder af både eksisterende teori og datagenererende empiri (Layder 1998: 9, 151-152). Tilgangen skaber hermed mulighed for at vi kan sammentænke såvel som veksle mellem aktør-struktur som epistemologisk afsæt. I dette skinner Layders position indenfor kritisk realisme frem og Layders ontologiske overbevisning om lige vægtning af subjektivitet og objektivitet (Layder 1998: 146-47, 176-177). I specialet anvender vi videnskabsteoretisk den adaptive tilgang mere fleksibelt. Grundet vores søgen efter at belyse de sociokulturelle forhold i integrationen, gennem lægernes vurderinger og erfaringer på Afsnit Øst, positionerer vi os, med brugen af både kvantitativ og kvalitative værktøjer, hermeneutisk og fænomenologisk. Specialets forbehold for den adaptive tilgang skal findes i de ontologiske og epistemologiske forhold.

Ved at tilgå viden hermeneutisk og fænomenologisk fralægger vi os livsverdener indenfor de mere objektive og erfaringsfjernt præget tilgange som eksempelvis positivismen. Med en fleksibel brug af den adaptive teori tillader vi os at reducere vores viden til en subjektiv baseret livsverden

(Layder 1998: 146). En nærmere gennemgang af vores positioneringer præsenteres i et afsnit for sig længere fremme.

Udover de videnskabsteoretiske overvejelser og muligheder ved sammentænkning, præsenterer Layder, analyseredskaber til bearbejdelse af teori og empiri. Indledningsvist påpeger han, at belysning af et givent fænomen pågår fra de indledende tanker og overvejelser og udover den konkluderende fase af en undersøgelse. Med dette ikke-statistiske forhold til viden understreger han, at interessen for fænomener udspringer af både teori og empiri (Layder 1998: 100-02). I undersøgelsen udspringer vores indledende interesse og forforståelse for fusioner af den faglige og teoretiske relevante undervisning vi har modtaget indenfor organisationssociologien samt af vores observationer af den samfundsmæssige udvikling af fusioner. Derudover har vi med de udleveret dokumenter fra Afdelingsledelsen fundet interesse i givne emner. Ud fra dette vækkes vores sociologiske interesse for særligt de sociokulturelle forhold.

Som analyseredskab bearbejder vi teori og data i henhold til adaptiv teori ved at kode efter begreber. Layder påpeger, at i en aktiv søgen i relevant litteratur og aktuelle samfundsdiskurser omhandlende ens undersøgelsesfelt finder man gennem sensitivering, perception og intuition undersøgelsens orienterende begreber (Layder 1998: 106). De *orienterende begreber* tjener som indledende overvejelser, der undervejs danner rammen for frembrud af yderligere begreber og belysning af de sociokulturelle forhold. På den vis anvender vi indledningsvist i spørgeskemaundersøgelsen tematikker, der fungerer som vores orientering i felten. Dette drejer sig om spørgeskemaets inddeling i *Organisationen* herefter *Lederne* dernæst *Kollegaerne* og afslutningsvist *Overordnet vurderinger og erfaringer*. Af spørgeskemaundersøgelsen fremtræder der resultater, som særlig henvender sig til litteraturens begreber om fusionssyndrom, fusionsudfald og integrationsproces. Disse anvender vi til at udfærdige interviewguides med henblik på at sensitivere de yderligere fremsprungne begreber, der undervejs højner forståelsen og nuancerer lægegruppens vurderinger og erfaringer af de sociokulturelle forhold i integrationsprocessen.

I nærværende anvender vi den adaptive teoris muligheder fleksibelt. Vi trækker primært på tilgangens analyseredskaber i henhold til kodning med orienterende begreber. Teorien advokerer som nævnt for sammentænkning af de videnskabsteoretiske positioner. Hertil fralægger vi os delvist den adaptive mulighed, i det vi gennem fænomenologien og hermeneutikken har den subjektive

livsverden som omdrejningspunkt, og udelukkende har fokus på aktøren i fænomenet. Analytisk vil de frembrudte begreber have hermeneutikkens fortolkende karakter og fænomenologiens erfaringsbaseret udgangspunkt (Layder 1998: 81). Dertil skal det påpeges, at vi i den indledende fase af specialet har inddraget viden om de strukturelle og systemiske forhold, der gør sig gældende for aktørerne. Her henviser vi til den viden, vi har indhentet gennem de indledende dialogmøder. En fleksibel brug af den adaptive teori muliggør denne proces og inddragelse af begreber herfra (Layder 1998: 85). Anvendelsen af den adaptive tilgang skal primært findes i vores anvendelse af dens analysestrategiske muligheder for begrebskodning.

4.2. Undersøgelsens videnskabsteoretiske position

Forud for gennemgangen af vores praktiske anvendelse af metoder, præsenterer vi først de videnskabsteoretiske positioner, vi tilgår metoderne med. Vores positionering er af afgørende betydning for vores problemformulering. Særligt da vi har til hensigt at belyse vore empiri gennem en subjektiv forståelsesramme.

4.2.1. Hermeneutikken

Den hermeneutiske retning har ontologisk aktørens subjektive forforståelse, fortolkning og meningsdannelse som hovedpunkter. Som epistemologisk afsæt tilgår informanter og forsker i fællesskab et fænomen med hver deres egen horisont, der gennem samtale søges at sammensmelte (Gilje & Grimen 2012: 166f; Andersen & Koch 2015: 242). I denne horisontsammensmeltning søger vi at meningskondensere mellem parterne for at kunne tilgå data i analyseprocessen med et validt grundlag. Hermed beror hermeneutikken på interdependens (Gilje & Grimen 2012: 179; Andersen & Koch 2015: 232-33).

Specialets hermeneutiske position fremgår blandt andet i de foretagne interviews. I nogle af de spørgsmål vi har stillet informanterne, har vi med en opmærksomhed på den adaptive tilgang en forforståelse for det emne vi refererer til i vores spørgsmål. I opfølgende spørgsmål har vi til hensigt at meningskondensere informanternes forforståelse og fortolkning med vores egne. Et eksempel herpå er i fokusgruppeinterviewet, hvor vi beder om informanternes forståelse af vores analyseresultater fra spørgeskemaet.

4.2.2. Fænomenologien

Ligesom i hermeneutikken tager fænomenologien udgangspunkt i subjektet (Andersen & Koch 2015: 242). Fænomenologien fastholder aktørens livsverden, hvilket er i modsætning til hermeneutikkens subjektive interdependens. Bevidsthed hos aktøren er et bærende punkt for fænomenologer. Aktørens livsverden udgår fra netop en bevidsthed, der beror på erfaringer (Andersen & Koch 2015: 243f). At undersøge lægerne gennem en fænomenologisk tilgang er fordelagtig, da vi søger at afdække deres erfarede livsverden. Begrebet livsverden er essentielt i fænomenologien. Undervejs i tilgangens udvikling har begrebet haft varierende betydning. Vi tager i dette speciale udgangspunkt i, at den sociale virkelighed belyses i antagelsen om den ontologiske præmis, hvor medmennesker og samhandling er en selvfølgelighed. Med dette som forudsætning frisætter vi vores egne fordomme og erfaringer, for at kunne fokusere på aktørens – i vores tilfælde lægerne og funktionsledernes – subjektive erfaringer eller livsverden (Andersen & Koch 2015: 245-46).

I undersøgelsen afspejler den fænomenologiske position sig i vores spørgeskema samt i den valgte interviewform. Med hensigten om at få belyst vores tematikker og orienterende begreber, som de opleves hos lægerne, er det semistruktureret interview velegnet (Kvale & Brinkmann 2015: 49).

4.3. Metodetriangulering

I vores undersøgelse af, hvordan den sociokulturelle integration på afsnit Øst kommer til udtryk gennem lægernes vurderinger og erfaringer, har vi valgt at metodetriangulere. Vi anvender hermed metoder fra både den kvantitative og kvalitative verden. Stahl et al. (2013) beskriver, at der i studier af fusioner er en tendens til at anskue kvantitative og kvalitative metoder dikotomisk. De argumenterer i stedet for, at for at kunne undersøge fusioner og dets kontekst fyldestgørende, er det væsentligt at anvende både kvantitative og kvalitative metoder. Derved kan vi overkomme begge traditioners begrænsninger. Det er i overensstemmelse med den adaptive teoris tilgang til metodisk sammentænkning. Vi ønsker med specialet at undersøge både i bredden og i dybden (Stahl et al. 2013: 346). Samtidigt giver metodetrianguleringen en metodisk kvalitet, der er med til at sikre datavaliditeten. Dette sikrer vi ved at anvende flere undersøgelsesmetoder sammen, der hver har sine styrker og svagheder, og ved at vi løbende holder dem op mod hinanden. Vores tre metodiske tilgange supplerer og belyser på den måde hinanden (Patton 2002: 244-245).

Ved at foretage en spørgeskemaundersøgelse af lægerne forud for det kvalitative fokusgruppeinterview får vi en øjeblikkelig status af lægernes vurderinger og erfaringer af integrationsprocessen på afsnittet, samtidigt med at vi danner os et bredt indblik i feltet. Dette bidrager med interessante informationer og begreber, som vi anvender i interviewene (Enderud 1986: 43-44). Spørgeskemaundersøgelsen giver os et grundlæggende og bredt kendskab til fusionen og den sociokulturelle integrationsproces set fra lægernes perspektiv. Med dette metodevalg opnår vi en bred og generel forståelse (Boolsen 2008: 37).

Ved at vi anvender fokusgruppeinterviewet i forlængelse af vores spørgeskemaundersøgelse, ønsker vi at opnå en dybere forståelse af resultaterne (Bloksgaard & Andersen 2012: 33). Det kvalitative fokusgruppeinterview giver os mulighed for at gå i dybden og give os et mere avanceret billede (Enderud 1986: 31-39).

Som det fremgår af ovenstående, skaber anvendelsen af kvantitative og kvalitative metoder forskellige typer af viden og empiri, der er vigtige, relevante og interessante for at besvare vores problemformulering. Vores valg om at anvende metodetriangulering har dermed det formål, at det giver os en nuanceret, bred og dybdegående forståelse af lægernes vurderinger og erfaringer samtidig med at vi tilegner os en aktuel forståelse for konteksten.

Nedenstående Tabel 3 illustrerer de tre delundersøgelers omfang.

Tabel 3. Metodologi

Spørgeskemaundersøgelse	Fokusgruppeinterview	Semistruktureret interview
<u>Antal spørgsmål:</u> Fire indledende opvarmningsspørgsmål og 13 spørgsmål <u>Svarprocent:</u> 94,5 % <u>Respondenter:</u> Samlet lægegruppe fra afsnit Øst	<u>Tid:</u> 1:09:04 <u>Transskribering:</u> 30 sider <u>Informanter:</u> Tre læger fra lægegruppen på afsnit Øst. Informanterne kommer fra henholdsvis ITA, OVITA og afd. I.	<u>Tid:</u> 1:30:42 <u>Transskribering:</u> 43 sider <u>Informanter:</u> Niels Kim Schønemann, Funktionsledende overlæge Dorte Bülow Keld, Funktionsledende overlæge

4.4. Specialets kvantitative delundersøgelse

Spørgeskemaundersøgelens formål er eksplorativt at belyse, hvad der aktuelt foregår hos lægerne på afsnit Øst, altså; *What is going on?* (De Vaus 2001: 1). I nedenstående gennemgang præsenterer vi de mange metodiske overvejelser og valg truffet undervejs i spørgeskemaets tilblivelse. Vi

undersøger, med inspiration fra fusionslitteraturen, nærmere inden for fire orienterende begreber betragtet som tematikker, der skal anskueliggøre de mest fremtrædende problematikker (Shrivastava 1986; Pablo 1994; Napier 1989). Tematikkerne præsenteres nærmere i afsnittet om *Konstruktionen af spørgeskemaet*. Det væsentlige ved undersøgelsen er, at vi sigter efter at skabe et frembrud af de emner og begreber der fylder hos lægekollegiet.

Udarbejdelsen af spørgeskemaundersøgelsen tager udgangspunkt i fusionslitteraturen, dokumenter omhandlende fusionen af Intensivafsnittene ITA (NBG), OVITA (THG) og afd. I. (Skejby) - disse er rekvireret fra afdelingsledelsen - samt to dialogmøder (Jf. tabel 4). Nedenstående er en kort gennemgang af dialogmøderne såvel som de udleveret dokumenter.

Dokumenterne består af interne AUH-informationer vedrørende fusionen på Intensivafdelingen samt præsentationsmateriale til nye medarbejdere på Intensivafdelingen. Heri fremgår også historikken omkring fusionen (Bilag 4-8). Dokumenterne omhandler blandt andet de organisatoriske og strategiske overvejelser i forbindelse med fusionen af den nye Intensivafdeling samt hvilke overvejelser og valg ledelsen har taget. Dokumenterne bidrager til vores viden og forståelse af fusionen, hvilke organisatoriske og økonomiske begrundelser, der ligger bag, og hvordan AUH og Intensivafdelingen blandt andet har kommunikeret fusionen til medarbejderne.

Vi har afholdt to indledende dialogmøder, hvor det første dialogmøde var med den ledende overlæge, oversygeplejerske og specialkonsulent fra Intensivafdelingen på AUH. Det efterfølgende dialogmøde, der var med den ledende overlæge, blev afholdt efter vores valg om, at lægerne på afsnit Øst skulle udgøre vores analyseenhed. Vi besluttede yderligere at den ledende overlæge fungerer i det samlet speciale som gatekeeper til respondenterne og informanterne. De to dialogmøder afholdes for at blive introduceret til hvordan Intensivafdelingen og afsnit Øst organisatorisk hænger sammen og historikken bag. Yderligere var formålet at få et indblik i fusionen af Intensivafdelingen samt ledelsens perspektiv på fusions- og integrationsprocessen.

Tabel 4. Dokumenter + introducerende dialogmøder

Dokumenter:	Introducerende dialogmøder:
<u>Titel:</u> En Intensivafdeling på AUH <u>Dato:</u> 24 januar 2018	Dialogmøde 1: <u>Deltagere:</u> - Ledende overlæge Hans Skriver Jørgensen

<u>Omhandler:</u> Intern lederdrøftelse af mulig fusion af intensivenhederne <u>Dokumenttype:</u> Slides <u>Antal sider:</u> 11 sider	- Oversygeplejerske Anette Poulsen - Specialkonsulent Marianne Gellert Krogh - Mads Jessen og Nellie Ginnerup <u>Dato:</u> 1 februar 2019 fra kl. 10.00 - 11.30
<u>Titel:</u> Introduktion Intensiv - Nyt Personale <u>Dato:</u> Ukendt <u>Omhandler:</u> Præsentation af Intensiv Afdelingen som organisation samt afdelingens fælles retning og ambitioner. <u>Dokumenttype:</u> PowerPoint præsentation <u>Antal sider:</u> 14 sider	Dialogmøde 2: <u>Deltagere:</u> - Ledende overlæge Hans Skriver Jørgensen - Mads Jessen og Nellie Ginnerup <u>Dato:</u> 12 februar 2019 fra kl. 12.00 - 13.00
<u>Titel:</u> Status på strukturarbejdet i OPI, Dagkirurgi og Sterilcentral <u>Dato:</u> 2. februar 2018 <u>Omhandler:</u> Orienteringsmøde med medarbejderne vedrørende ny organisering pr. 1. april 2018. Etablering af to nye afdelinger: Operation og Intensiv <u>Dokumenttype:</u> PowerPoint slides <u>Antal sider:</u> 4 sider	
<u>Titel:</u> Flere afdelinger fusionerer 1. april <u>Dato:</u> Ukendt <u>Omhandler:</u> Information til medarbejderne vedrørende beslutningen om etableringen af to nye afdelinger: Operation og Intensiv. Herunder visioner og mål for hver ny afdeling. <u>Dokumenttype:</u> Internt informationsbrev <u>Antal sider:</u> 2 sider	
<u>Titel:</u> Opsamling <u>Dato:</u> 15. januar 2018	

Omhandler: Ledermøde vedrørende effektivisering, nye besparelser og dermed genovervejelse af struktur på afdeling: OPI & Dagkirurgi.

Dokumenttype: Opsamlende dagsorden

Antal sider: 5 sider

4.4.1. Lægerne

Vores valg af respondenter er afgrænset til lægegruppen på afsnit Øst. Efter dialog med den ledende overlæge besluttedes det at fravælge én læge, da vedkommende havde første arbejdsdag samme dag som spørgeskemaet blev sendt ud. Yderligere er de læger, der er ved at uddanne sig til speciallæger også fravalgt, da disse ikke er fastansatte. Den samlede population i delundersøgelsen ender med at være 18 respondenter. Fordelingen af lægerne i forhold til hvilket afsnit de var tilknyttet før fusionen pr. oktober 2018 er: 13 læger fra afd. I. (Skejby), 3 læger fra ITA (NBG) og 2 læger fra OVITA (THG). Vi ser i valget af disse respondenter bort fra variable som køn og anciennitet, da disse ikke har relevans for problemstillingens udkom.

4.4.2. Metode – Spørgeskemaundersøgelse

Ved at anvende et spørgeskema er det muligt for os, at sende spørgeskemaet ud til hele lægegruppen. Hermed får de 18 læger mulighed for at afgive deres besvarelser. Derudover er spørgeskemaet velegnet til at indfange målrettet informationer på relativt kort tid sammenlignet med andre empiriske indsamlingsmetoder (De Vaus 2014: 4f).

Spørgeskemaet er udarbejdet i SurveyXact. Det giver os mulighed for forskellige opsætninger af spørgsmålene og svarkategorier, samt at udarbejde et link, der giver lægerne adgang til at besvare spørgeskemaet. Linket til spørgeskemaet er sendt ud til de 18 læger via den ledende overlæge sammen med en beskrivelse af formålet med undersøgelsen, hvem vi er, og at respondenterne og dermed besvarelserne er anonyme. Vi har valgt at sende beskrivelsen af formålet med undersøgelsen, samt det at lægernes besvarelser er anonyme, for at højne svarprocenten (De Vaus 2014: 57). Efter at den ledende overlæge sendte spørgeskemaet rundt til lægerne, fulgte vi kontinuerligt op på svarprocenten. Dette gør, at vi to dage før deadline på indgivelse af besvarelser, beder den ledende overlæge om at sende en påmindelse, med os på Carbon Copy (CC), til lægerne om, at besvare spørgeskemaet via linket. Som resultat heraf ender vi med, at 17 ud af de 18 læger har besvaret spørgeskemaet. Af besvarelserne kan vi se, at fordelingen af respondenterne i forhold

til hvilket afsnit de var tilknyttet før fusionen pr. oktober 2018 er: 11 læger fra afd. I. (Skejby), 3 læger fra ITA (NBG), 2 læger fra OVITA (THG) og 1 'Andet'. Repræsentativiteten i forhold til hvilket afsnit de var tilknyttet før fusionen, er dermed optimal. Herefter lukkede vi for besvarelse. Det skal her bemærkes, at i besvarelsen fra respondenterne, der har svaret 'Andet', fremgår det, at denne var ansat på afd. I. (Skejby) forud for fusionen. På den baggrund indregner vi i analyserne respondenterne som tilhørende afd. I. Efter denne rekodning ser vores respondentgruppe sådan ud:

Tabel 5. Respondentgruppe

	Afd. I. (Skejby)	ITA (NBG)	OVITA (THG)	I alt
Antal respondenter	12	3	2	17

4.4.3. Opbygning af spørgeskemaet

Udarbejdelsen af spørgeskemaundersøgelsen følger i sin grundform en kvantitativ tilgang. Vi læner os samtidigt op ad Andrew Abbotts kritiske stillingtagen til den kvantitative metode, da vi ikke stringent følger tilgangen, men også gør brug af vores sociologiske fantasi og kreativitet i udarbejdelsen og behandlingen af undersøgelsen (Abbott 2004: 3-4).

Med inspiration fra henholdsvis fusionslitteraturen, de erhvervet dokumenter samt vores egne forforståelse og sociologiske fantasi, har vi udarbejdet fire overordnet tematikker til spørgeskemaet med dertilhørende spørgsmål. De valgte tematikker i undersøgelsen har til formål at afdække hvordan lægerne erfarer og vurderer fusionen. Vi har grupperet tematikkerne som følger: *Organisationen; Ledelsen; Kollegaer; og Overordnet vurdering og erfaring med fusionen.*

Tematikken om *organisationen* omhandler, hvordan lægegruppen betragter AUHs håndtering af fusionen organisatorisk. Det *ledelsesmæssige* tema anvender vi i undersøgelsen som det tema, hvor respondenterne retter blikket mod både funktions-, Afdelings- og Hospitalsledelsen. Heri belyses hvorledes de forskellige ledelser, ud fra respondenternes perspektiv, har håndteret fusionen. Med det *kollegiale* tema har vi til hensigt at belyse de interne sociale relationer mellem respondenterne. *Den overordnet vurdering og erfaring med fusionen* omhandler primært fusionssyndromet. Begrebet henvender sig til problemstillinger, der opstår ved samtlige af ovenstående tematikker i forbindelse med fusioner og uddybes senere.

4.4.4. Konstruktion af spørgsmålene

For at sikre klarhed i besvarelsene har vi gjort os metodiske overvejelser i forhold til konstruktionen af spørgsmålene. Det vil sige blandt andet vores valg af spørgsmålstyper, svarkategorier og svarkategoriernes måleniveau. Spørgeskemaet består af fire indledende opvarmningsspørgsmål og 13 spørgsmål med dertilhørende mulighed for, at respondenterne kan kommentere på spørgsmålene og deres svarafgivelse. De fire baggrundsspørgsmål fungerer som opvarmningsspørgsmål. Vi bruger i analyserne aktivt respondenternes oplysning om, hvilket afsnit de var ansat på før fusionen.

4.4.4.1. Spørgsmålstyper

Spørgsmålene stiler efter at indfange lægernes vurderinger og erfaringer af integrationsprocessen på afsnit Øst. Spørgsmålsformuleringerne har betydning for at kunne indfange disse. Afklaringen med hvilke typer af spørgsmål vi stiller, er nødvendig for at sikre, at besvarelsene giver de tilsigtede informationer og data. Overordnet er spørgsmålene konstrueret som generelle holdningsspørgsmål. Eksempelvis spørger vi ind til, hvordan respondenterne vurderer fusionen samt deres vurdering af og erfaring med valgte udsagn i forbindelse med fusionen (Olsen 2006: 16-17).

Udover spørgsmål gør vi brug af projektive billeder. Billederne illustrerer hver især et givent fusionsudfald. Akkulturativt har fusioner udfald af forskellige karakter. Akkulturation er en dualistisk proces mellem de kulturelle og psykologiske forandringer der opstår, når to grupper stilles overfor hinanden (Berry 2005: 698). Kategorisk kan akkulturation som fusionsudfald inddeles med fire mulige udfald: integration, assimilation og separation samt dekulturation. Vi operationaliserer disse gennem en forståelse af Nahavandi & Malekzadehs (1988) beskrivelse af udfaldene samt ved hjælp af projektive billeder. De mulige udfald ser vi som følgende:

1. Et integreret udfald af en fusion betyder, at den gruppe af medarbejdere, som udgør 'den nye' enhed, inkorporeres i den eksisterende enhed i en villighed til at indgå i de strukturelle praksisser. Samtidig med bevarer de deres egen identitetsforståelse og kulturelle uafhængighed.
2. Assimilation som udfald står i kontrast til integrationsudfaldet. I assimilationsprocessen indgår 'de nyankommne' frivilligt i den eksisterende kultur og optager dermed sig selv som nye medlemmer af den anden parts kulturelle vilkår og praksisser.

3. En tredje mulighed for fusionsudfald omhandler separation. Separationsudfaldet udgør, at hver part forsøger at bibeholde hver deres eksisterende og velkendte kulturer og strukturelle praksisser. Resultatet er, at hver part eksisterer side om side uden nogen form for afhængighed af hinanden. Herved bliver en demarkation af medarbejderne tydelig.
4. Til fjerde og sidst kan et fusionsudfald ende i dekolouration. Dekolouration involverer tab af både kulturel og psykologisk kontakt med egen såvel som den anden parts praksisser. Denne form for akkulturation har disintegrerende elementer, hvor individet oplever kollektiv såvel som individuel forvirring (Nahavandi & Malekzadeh 1988: 82-83).

Ved at bruge de mulige fusionsudfald som projektive billeder, får vi en afbildning af respondenternes oplevede virkelighed. Anvendelsen af de projektive billeder er yderligere en datagenererende fremgangsmåde, der synliggør og bidrager til problemdiagnosticering. Med disse beder vi respondenterne om at vælge dét billede ud af fem mulige (Bilag 1), de mener bedst beskriver fusionen (Breidahl & Seemann 2009: 8-9).

Vi tillægger billederne følgende tolkning af fusionsudfald: Billede 1: Integration; Billede 2: Assimilation; Billede 3: Assimilation; Billede 4: Separation, og Billede 5: Dekolouration. Billede 3 har den yderligere dimension i vores tolkning, at assimilation her ikke omhandler, at de overtage indgår frivilligt i de overtagendes kultur og praksisser, men at hver part fralægger sig egne kulturer og praksisser og i fællesskab etablerer ny retning. Billederne er åbne for fortolkning i det vi ikke har påført dem tekst, der målrettet beskriver hvilket bagvedliggende teoretisk fusionsudfald, vi baserer billederne på.

Til at udforme spørgsmålstyperne anvender vi yderligere begreber fra fusionslitteraturen til operationalisering. Vi har valgt særligt at trække på begrebet "*fusionssyndrom*" (Borum & Pedersen 2008; Marks & Mirvis 1986) Fusionssyndromet er i litteraturen en fælles betegnelse for de voldsomme og følelsesmæssige reaktioner, medarbejderne kan risikere at opleve ved en fusion. Fusionssyndromet kan komme til syne, hvis en eller flere af følgende momenter er tilstede. Disse er blandt andet overraskelsesmomentet; usikkerheden om konsekvenserne; når der sættes spørgsmålstegn ved den organisatoriske praksis; det etableret og taget for givne verdensbillede og værdier omkring organisationer, positioner og arbejde (Borum & Pedersen 2008: 58). Marks & Mirvis har yderligere lavet en 12-punkts liste, bestående af forskellige indikatorer på fusionssyndromet (Marks & Mirvis 1986: 150). Hvis en eller flere af disse symptomer er til stede

indikerer det, at der kan være problemer relateret til fusionen (Borum & Pedersen 2008: 58-59). Vi har valgt at inddrage flere af punkterne fra Mark & Mirvis 12-punkts liste i vores spørgeskemaundersøgelse og spurgt direkte ind til om lægerne kan relatere til de udvalgte punkter (bilag 1: 9-10).

4.4.4.2. Skalering og svarkategorier

Spørgsmålstyperne har betydning for konstruktionen af svarkategorier, skalaer og valg af svarkategoriernes måleniveau (De Vaus 2014: 94-95). Ud fra valget af generelle holdningsspørgsmål har vi udarbejdet svarkategorier, der passer til de givne spørgsmål. Vi anvender både interval-, nominal- og ordinalt skalerede svarkategorier. Valget af svarkategoriernes skaleringer er vigtige, da de har betydning for måden vi kan analysere besvarelsenerne på (De Vaus 2014: 100). Da vi er interesseret i respondenternes holdninger og vurderinger, gør vi eksempelvis brug af ordinalt skalerede svarkategorier, hvor respondenterne svarer i forhold til en række udsagn, fra meget enig til meget uenig. Svarkategorierne fordeler sig på: *meget enig, delvis enig, hverken enig eller uenig, delvis uenig og meget uenig*. Ved at anvende disse fem svarkategorier, sikrer vi balance i svarkategorierne. Hermed undgår vi bias ved at give én type holdning mere plads (De Vaus 2014: 101). Den metodiske overvejelse i forhold til balancering af svarkategorier gør sig gældende ved vores udarbejdelse af alle spørgsmål.

Som svarkategori har vi valgt ikke at inddrage en "Ved ikke"-kategori. Hvorvidt "Ved ikke"-kategorien skal medtages som en svarkategori, er der megen metodisk diskussion om. Diskussionen omhandler særligt, om det kan forventes at respondenterne skal have en holdning til et spørgsmål og hvorvidt det er for 'nemt' for respondenterne at svare "Ved ikke" (De Vaus 2014: 105-106; Schaffer & Presser 2003: 79-80). Vi har valgt ikke at benytte os af "Ved ikke"-kategorien af fire årsager: 1) Alle vores respondenter har været en del af fusionen og vi antager, at de har en holdning til denne. 2) Vores svarkategorier er som nævnt balanceret, hvormed vi ved de fleste svarkategorier giver muligheden for "Hverken enig eller uenig" eller lignende svarkategori. Det vurderer vi er en tilstrækkelig svarkategori for de respondenter, der ikke har en holdning eller ikke ønsker at ytre den til det givne spørgsmål. 3) Ved hvert spørgsmål har respondenterne mulighed for at afgive en kommentar til uddybning af svar. 4) Der kræves ikke svar til samtlige spørgsmål, for at kunne gå videre til næste.

Spørgsmålene er alle, på nær de sidste to spørgsmål, lukket spørgsmål. Vi har bestemt de svarmuligheder respondenterne får til spørgsmålene. De sidste to spørgsmål er åbne spørgsmål. Her har vi ladet det være op til respondenterne selv at svare på spørgsmålet med egne ord. Det gør vi for både at sikre pålideligheden og gyldigheden af svarene (De Vaus 2014: 99-100; Boolsen 2008: 68).

4.4.5. Analysestrategi

Spørgeskemaets indledende orienterende begreber opstillet som tematikker er som bekendt: *Organisation; Ledelse; Kollegaer; og Overordnet vurdering og erfaring med fusionen*. Analysestrategisk skal inddelingen i tematikker, udover at danne grund for et bredt indblik i lægernes vurderinger og erfaringer med fusionen, danne overblik og åbne op for at identificere mønstre og tendenser inden for hvert tema.

Vi fremlægger i analysen respondenternes besvarelser i enkle tabeller og forskellige figurer for at give et visuelt overblik over besvarelserne, der er baseret på enten nominel- eller ordinalskaleret spørgsmål. Vi bruger frekvensanalyser til at præsentere svar på en single variabel (De Vaus 2014: 212). Frekvensanalyserne skal anskueliggøre og samle respondenternes svar og give os et indblik i, hvordan svarene kan bruges til nærmere analyse samt en fornemmelse for lægegruppens vurderinger og erfaringer med fusionen. Udover univariate analyser foretager vi bivariate analyser. Disse bidrager til, at se nærmere på, om der umiddelbart er en korrelation med spørgeskemaets baggrundssvariable. Det gør vi for at identificere eventuelle sammenhænge mellem de indledende baggrundsspørgsmål og hovedspørgsmålene (De Vaus 2014: 243). Dernæst anvender vi de eventuelt indkomne kommentarer fra kommentarfelterne til enten at understøtte eller modargumentere den uni- og bivariate analyse samt generelle analytiske fund og resultater.

Da de sidste to spørgsmål i spørgeskemaet - styrker og svagheder ved fusionen - er åbne spørgsmål, har vi valgt at analysere besvarelserne kvalitativt. Efter grundig gennemlæsning fremgår begreber og gentagne emner af kommentarerne. Ved at farvekode begreberne og emnerne, laver vi en systematisk fremgangsmåde til en inddeling af disse. Derudfra kan vi danne os et overblik over, hvilke emner og begreber, der fremgår flest gange, næst flest gange og så fremdeles. Emnerne analyseres derefter ved at se på hvilke er gentagelser fra spørgeskemaets yderligere resultater. De analyserede resultater foranlediger udarbejdelsen af temaer og begreber til vores interviewguide til de følgende kvalitative delundersøgelser.

I vores tolkning og forståelse af respondenternes besvarelser har vi i analysen, udover vores tre hovedperspektiver (jf. teori) samt teorierne vedrørende fusionsudfald og fusionssyndrom, valgt at inddrage teori om informationer og kommunikations betydning i en fusionsproces (Angwin et al. 2014) samt teorien om 'Syndebuksmekanismen' (Eagle & Newton 1981). Disse to supplerende teoretiske perspektiver er til for at højne forståelsen af udvalgte svar og mønstre.

4.4.6. Ethiske overvejelser og hensyn

Et af hovedemnerne indenfor forskning omhandler deltageres fortrolighed med og anonymitet i undersøgelser. Med fortrolighed henviser vi til aftaler med deltagerne om brug af den datagenerering den givne undersøgelse afstedkommer. Herunder er et afgørende punkt anonymitet og muligheden for at kunne spore deltageren ud fra afgivne svar. I spørgeskemaundersøgelser sikres en fortrolighed i den naturlige behandling af data i kraft af at svarafgivelser som oftest bliver beregnet i gennemsnit (Kvale & Brinkmann 2015: 118). I den henseende er vi stødt på en etisk udfordring.

Da respondentgruppen er et begrænset antal (n=18), har vi været særligt opmærksomme på anonymiseringen af respondenterne. Blandt andet skriver vi i indledningen til spørgeskemaet, at: *"Besvarelsene er anonyme hvilket betyder, at det ikke er muligt at afgøre, hvem der har afgivet hvilke svar"* (Bilag 1). Denne anonymisering af besvarelsene, sikrer vi ved at have valgt anonymisering i Surveyxact. Vi har gjort os etiske og anonymiseringsmæssige tilrettelser. Dette skyldes, at vi i forbindelse med vores analyse af besvarelsene gør brug af bivariate analyser. Her har vi set på, om der er en korrelation mellem det enkelte spørgsmål og hvilket afsnit respondenterne var tilknyttet inden fusionen pr. oktober 2018. Det har betydet, at vi er blevet opmærksomme på et brist i anonymiseringen, da respondentgrupperne fra de to forhenværende afsnit er små. Derved er respondenterne let genkendelige. Denne etiske bekymring vendte vi med lægerne, hvorefter vi besluttede at slå de to forhenværende afsnit ITA (NBG) og OVITA (THG) sammen til ITA/OVITA. Dermed består denne respondentgruppe af fem respondenter modsat før henholdsvis to og tre. Det gør at den enkelte respondent er meget mindre genkendelig. Vores argument for, at vi har kunne slå netop disse to forhenværende afsnit sammen, er, at deres situation og forløb med fusionen er meget lig hinanden. Begge afsnit af flyttet fysisk ind på afsnit Øst på AUH. Begge afsnit var oprindeligt planlagt til at flytte sammen på et separat afsnit på AUH. Og begge afsnit består af en lille gruppe respondenter i forhold til lægegruppen fra afd. I.

Til de kvalitative svarafgivelser i spørgeskemaet har vi ikke i SurveyXact mulighed for at se, hvem der har afgivet hvilke svar. Anonymiteten er sikret i en sådan grad, at det kun er hvis kommentaren indeholder en direkte henvisning fra det pågældende afsnit, at det er muligt at gennemskue hvilken gruppe respondenter tilhører. Det viser stadig ikke præcist hvem, der har afgivet kommentaren.

4.5. Specialets kvalitative delundersøgelser

Herunder følger gennemgangen af vores metodologiske fremgangsmåder vedrørende specialets kvalitative anden og tredje delundersøgelser: fokusgruppeinterviewet og forskningsinterviewet.

4.5.1. Fokusgruppeinterview

På baggrund af bearbejdelsen af de indkomne besvarelser fra spørgeskemaet har vi afholdt et fokusgruppeinterview med tre af respondenterne. På vores efterspørgsel videregav den ledende overlæge en mail til alle lægerne fra afsnit Øst. Det gav os tre informanter, der kommer fra hvert deres forhenværende afsnit; ITA (NBG), OVITA (THG) og afd. I. (Skejby). Vores informantgruppe er dermed præget af både homogenitet og heterogenitet, da alle informanterne er nuværende læger på samme afsnit, afsnit Øst, men deres arbejdsmæssige tilknytning til de forhenværende afsnit er forskellige (Bloksgaard & Andersen 2012: 34-35).

Formålet med fokusgruppeinterviewet er, at få uddybende forklaringer og beskrivelser samt en forståelse af hvad der kan ligge bag spørgeskemaets resultater (Bloksgaard & Andersen 2012: 33). Vi er opmærksomme på, at informanterne ikke kan udtale sig på vegne af det samlede lægekollegie. Vi anser ikke data fra fokusgruppeinterviewet som yderligere generaliserende af resultaterne fra spørgeskemaet. Derimod anser vi deres udtalelser som en mulighed for yderligere forståelse og meningskondensering og som en måde at få helheden af vores problemformulering belyst. Til dette er fokusgruppeinterviewet særligt egnet, da metodens styrke netop er at få mange forståelser, holdninger og synspunkter frem i forhold til de temaer, vi ønsker at få belyst (Kvale & Brinkmann 2015: 270). Fokusgruppeinterviewets fordel er ligeledes, at det er velegnet til at producere data om en social gruppes - lægegruppens - fortolkninger og forståelser af et socialt fænomen. Her har vi et særligt fokus på fusionen og dets integrationsproces (Halkier 2002: 15).

I vores fokusgruppeinterview har vi ikke til hensigt, at vores informanter når til enighed omkring de temaer og begreber vi præsenterer dem for gennem interviewguiden. En gennemgang af disse fremgår i næste afsnit om interviewguiden. Hensigten er derimod, at informanterne kommenterer og diskuterer tematikkerne og resultaterne på baggrund af empirien fra

spørgeskemaundersøgelsen, så deres forskellige vurderinger og erfaringer vedrørende integrationsprocessen og den sociokulturelle integrationsproces, kommer dybdegående til udtryk (Kvale & Brinkmann 2015: 170). Med de vurderinger og erfaringer, der kommer til udtryk, vil der fremkomme yderligere begreber til analysen. I henhold til vores hermeneutiske tilgang til viden producerer konteksten i interviewet, og de delelementer vi inddrager i form af resultater fra spørgeskemaundersøgelsen, en nuanceret helhed. En helhed der reciprocalt er kontekstafhængig (Kvale & Brinkmann 2015: 127). Udover spørgsmålene til tematikkerne stiller vi informanterne en opgave. I opgaven beder vi lægerne om at blive enige om at prioritere tre ønsker til ledelsen vedrørende fusionen. At informanterne her skal nå til enighed, er ikke for enighedens skyld, men derimod et oplæg til diskussion og refleksion informanterne imellem. Det understøtter vores hermeneutiske og fænomenologiske tilgang, hvor det refleksive og meningskondenserende har en afgørende betydning. Opgaven er et eksempel på en af vores metoder til at få præsenteret mulige forskelligheder i informanternes anskuelse af fusionen. Disse mulige forskelligheder fremprovokerer flere argumenter og begrundelser for deres valg af ønsker, hvilket gør, at vi får nuanceret og uddybet informanternes vurderinger og erfaringer (Bloksgaard & Andersen 2012: 30).

Til forskel fra individuelle interviews medvirker fokusgruppeinterviewet og den deri boende gruppedynamik, at forskelle og uenigheder konfronteres og uddybes (Bloksgaard & Andersen 2012: 30). Dette var tilfældet ved flere af vores spørgsmål. Blandt andet kom det til udtryk i informanternes forståelser af vores projektive billeder, hvor der var forskellige forståelser af nogle af billederne.

Et af vores opmærksomhedspunkter ved fokusgruppeinterviewet er at være opmærksomme på gruppedynamikken. Et fokus er blandt andet om der opstod tendenser til polarisering eller konformitet. En ofte anset svaghed ved fokusgruppeinterviewet er nemlig, at interviewsituationen kan være svær at styre og/eller, at en eller flere informanter kan dominere interviewet med sin taletid, svar og holdninger (Bloksgaard & Andersen 2012: 30-31). Her har vi den fordel, at vi er to interviewere og dermed moderatorer til både at supplere hinanden i refleksioner og tanker, men også i styringen af interviewet. Det har den fordel, at vi er to til at opfange om informanterne forstår vores spørgsmål, eller om de skal omformuleres. Vi bruger hinanden i interviewsituationen således, at den ene af os fører ordet, og den anden styrer tiden, for vidtrækkende afstikkere i emner samt som input til refleksioner.

Et andet påkrævet opmærksomhedspunkt ved et fokusgruppeinterview er, hvorvidt informanterne tilbageholder holdninger og synspunkter fordi informanten sidder sammen med andre (Silverman 2014: 207). Omvendt mener Bloksgaard & Andersen, at et fokusgruppeinterview fordrer mere 'korrekte' og ærlige svar, da informanten i en sådan interviewsituation har svære ved at gemme sig og udtrykke 'socialt korrekte' svar, da de andre informanter netop er til stede og kan validere svaret (Bloksgaard & Andersen 2012: 30). Hertil blev vores roller som moderatorer central. Undervejs i interviewet var vi opmærksomme på de små signaler, der kan vise uenigheder eller andre synspunkter i gruppen. Alle informanterne fik mulighed for at kommentere og tildeles så vidt muligt lige meget svar tid til alle spørgsmålene. Vi spurgte endvidere ind til forskellighederne, hvis de opstod.

4.5.1.1. Interviewguide

Vores interviewguide tager form efter tre orienterende hovedbegreber, der er nedslag i relevante resultater fra bearbejdelsen af vores spørgeskemaundersøgelse. Som det fremgår af interviewguiden, omhandler de tre begreber: *Fusionsudfald; Usikkerhed og ønsker til lederne* (Jf. bilag 10). Herudover er der yderligere en præsentation og en afrunding. Begreberne og de dertilhørende spørgsmåls relevans baserer sig på resultaterne og vores viden fra spørgeskemaundersøgelsen samt den eksisterende viden vi har fra fusionslitteraturen og de rekvirerede dokumenter (Kvale & Brinkmann 2015: 127). Disse tre tematikker danner rammen for uddybningen af vores udvalgte kvantitative resultater.

Interviewguiden er bygget op omkring den semistruktureret tilgang. Vi har samtidigt ladet os inspirere af David L. Morgans opbygning af en interviewguide: "Den blandet tragtmodel" (Bloksgaard & Andersen 2012: 37). Vi lægger for eksempel ud med det helt åbne spørgsmål: "*Hvad synes I om integrationsprocessen?*". Dette spørgsmål giver informanterne mulighed for at trække på deres egne erfaringer og umiddelbare vurderinger af den sociokulturelle integrationsproces samt *what is going on*. Samtidig med at det tillader informanterne at snakke sig varme og skabe en tillidsrelation i rummet (Bloksgaard & Andersen 2012: 37).

Til fokusgruppeinterviewet inddrager vi yderligere stimulerende materiale, hvilket fokusgruppeinterviewet er særligt egnet til (Bloksgaard & Andersen 2012: 41-42). Vi har valgt at inddrage to udvalgte illustrative figurer fra vores bearbejdelse af spørgeskemaet, da vi ønsker de tre lægers kvalitative fortolkninger af disse. Disse er figuren med billeder af fusionsudfald samt

figuren, der illustrerer respondenternes oplevelse af grupperinger på afsnit Øst. Figurerne lægger ydermere op til, at de tre informanter kan diskutere, uddybe og reflektere over egne vurderinger og erfaringer i forhold til de præsenterede empiriske resultater som figurerne opsummerer (Silverman 2014: 206).

4.5.2. Interview af funktionslederne

Til den tredje og sidste delundersøgelse afholder vi et semistruktureret forskningsinterview med afsnit Østs to funktionsledere. Vi er med interviewet interesseret i at tilføje et andet perspektiv på de udvalgte resultater fra både spørgeskemaundersøgelsen og fokusgruppeinterviewet samt funktionsledernes vurderinger og erfaringer af integrationsprocessen og den sociokulturelle integration. Dette gør delundersøgelsen til et supplerende perspektiv af det undersøgte fænomen.

Forskningsinterviewet har, i modsætning til fokusgruppeinterviewet, ikke til hensigt at generere data baseret på de uddybende holdninger, refleksioner og argumenter, som dynamikken i et fokusgruppeinterview skaber. Den hermeneutiske og kontekstbaseret dynamik vores fokusgruppeinterview grundlæggende danner data ud fra, har derfor ikke relevans for de spørgsmål vi stiller (Kvale & Brinkmann 2015: 275). Vi er derimod interesseret i den umiddelbare livsverden og erfaring som informanterne belyser spørgsmålene med. Forskningsinterviewet har med en fænomenologisk tilgang den force, at vi gennem de begreber og temaer, vi præsenterer for funktionslederne, kan sigte efter at forstå og komme tæt på deres egne livsverdener og førstehåndsperspektiv (Tinggaard & Brinkmann 2010: 31). Dermed får funktionsledernes fortællinger ikke en intersubjektiv karakter, som tilfældet i det kontekstafhængige og gruppedynamiske fokusgruppeinterview. De perspektiveringer der fremgår af fortællingerne, fremgår mere deskriptive (Kvale & Brinkmann 2015: 48f).

Interviewformen er baseret på den menneskelige relation, der opstår i rummet for interviewet. Det i modsætning til eksempelvis vores kvantitative spørgeskemaundersøgelse. Vi søger med interviewet en viden, der er produceret gennem en tillidsfuld og konversations baseret relation (Tinggaard & Brinkmann 2010: 33). For at skabe en hensigtsmæssig vidensproducerende relation indleder vi interviewet med funktionslederne, med at bede dem fortælle os deres egentlige funktion som daglige funktionsledere. Herved opnår vi både at informanterne snakker sig varme samt at vores oprigtige interesse for deres arbejde, skaber en positiv stemning. For at bevare styrken ved forskningsinterviewet og i vores hensigt med at forstå funktionsledernes erfaringer og livsverden i

integrationsprocessen, er det semistruktureret interview velegnet. Det tillader os at holde fast i vores anvendte temaer og begreber samtidig med, at strukturformen giver os mulighed for at forfølge eventuelle fortællinger, vi med et lyttende øre kan forstå, at informanterne er optaget af (Tanggaard & Brinkmann 2010: 38).

4.5.2.1. Interviewguide

Vi er interesseret i at undersøge funktionsledernes erfaringer og vurderinger af samme tematikker som lægegruppen, for at disse to perspektiver kan diskuteres og sammenlignes i forhold til en dybere forståelse og nuancering af de sociokulturelle forhold i integrationsprocessen. For at sikre os, at den data vi genererer, har samme udgangspunkt hos funktionslederne, bruger vi den samme interviewguide som fra fokusgruppeinterviewet (Jf. Bilag 12). Som i fokusgruppeinterviewet inddrager vi stimulerende materiale i form af figurerne, der illustrerer henholdsvis fusionsudfald og grupperinger. Derudover har vi foretaget mindre modificeringer. Som nævnt beder vi indledningsvist funktionslederne om at fortælle om deres egentlige funktion i det daglige og i forbindelse med integrationsprocessen, da vi ikke er bekendt med dette. Det gør vi for at få en viden og baggrundsforståelse for deres vurdering og erfaring med fusionen. Derudover præsenterer vi de tre prioriterede ønsker fra lægerne. Disse lægger op til en fortælling om og ikke mindst fortolkning af ønskernes betydning. En fortolkning hvor funktionslederne lægger vægt på deres position som funktionsledere.

I interviewguiden til fokusgruppeinterviewet lagde vi vægt på, hvordan lægerne vurderede vores analytiske fund fra spørgeskemaundersøgelsen vedrørende 'Syndebukmekanismen'. Dette spørgsmål er udeladt i interviewguiden og dermed i interviewet af funktionslederne, da vi har til hensigt at få et andet perspektiv på integrationsprocessen og ikke en fortolkning af vores teoretiske forståelser.

4.5.3. Transskribering

Som et af de sidste praktiske led forud for vores analyse forestår transskribering af først fokusgruppeinterview efterfulgt af interviewet med funktionslederne. Transskriberingerne skal efterfølgende indgå som materiale til kodning i henhold til vores analysestrategi. Den præsenteres nedenfor.

I arbejdet med at transskribere er vi opmærksomme på, at nuancer i det talte ikke kan medtages i sin fulde betydning i det skrevne, uanset hvor ordret og detaljeret vi transskriberer. Sindstilstande,

vejrtrækninger og kropssprog er blandt andre elementer, der påvirker ordlyden og dermed tolkningen i samtaler. Disse er vanskelige at gøre til skrift (Tanggaard & Brinkmann 2010: 43). En mulig løsning er at tilføje observationer af ændringer i disse elementer. Dette er en kompleks opgave, hvortil observationerne i skreven form til brug for analyse stadig vil miste en grad af validitet (Kvale & Brinkmann 2015: 235). Ordsproget "lost in translation" har derfor en legitim pointe.

Vi undersøger med afsæt i hermeneutikken og fænomenologien. Disse øjeblikkelige og kontekstafhængige elementer er vigtige for den fortolkende proces i analysen. Vi transskriberer så ordret som muligt for at få disse fornemmelser med. Vi udvælger ikke enkelt passager eller udtalelser, men transskriberer de fulde interviews. Dermed højner vi vores mulighed i kodningsprocessen for at få relevante og betydningsfulde udsagn med til analyserne. Derudover er vi i fællesskab noget frem til en ensartet måde at tilgå transskriberingsarbejdet på. Vi transskriberer vores to interviews så informanternes udtalelser fremstår korrekte. Derved undgår vi bias i forhold til at være loyale overfor informanterne (Kvale & Brinkmann 2015: 203). På den baggrund indeholder vores transskriberinger ord som "Ikke også?", "Ikke?", "altså" og lignende, da vi ønsker en fuldstændig korrekt gengivelse af informanternes udtalelser. Vi undlader at notere talesprog som *æhh*, *øhh* og *åhh*. Vi har ligeledes ikke tilføjet sindsstemninger som *griner* eller *sagt vredt*.

Af hensyn til informanterne tager vi den påberåbte anonymitet alvorligt. Anonymitet gennemgås i afsnittet om etiske overvejelser og hensyn. I sammenhæng til transskriberingerne er det relevant at notere her, at vi udelader informanternes navne.

4.5.4. Analysestrategi

Vores analysestrategi af fokusgruppeinterviewet og interviewet med funktionslederne håndterer vi efter ens principper, hvorfor gennemgangen heraf præsenteres samlet.

Vi griber det analytiske arbejde med empirien fra fokusgruppeinterviewet og funktionslederinterviewet an gennem en adaptiv teoretisk analysestrategi. Hertil bearbejder vi de transskriberet interviews med farvekodninger. Indledningsvist farvekoder og sorterer vi ud fra de fem tematikker. Det vil sige, at de udtalelser der enten direkte eller via indikerende begreber kan relateres til de orienterende begreber/tematikker samles (Layder 1998: 73). Vi ser i den forbindelse efter nyfremkomne begreber, der kan bruges som kernekodning af materialet. De nyfremkomne begreber bruger vi som overskrifter og dernæst bruger vi disse til at højne forståelsen af det

empiriske materiale i samarbejde med teori. På den vis er vi i stand til at få kernekoder til at frembryde af materialet, hvilket vil vise empiriske mønstre til konklusion (Layder 1998: 58).

På baggrund af kodningen og den efterfølgende analyse af disse inddrager vi, udover vores tre teoretiske hovedperspektiver (jf. teori), teori til at belyse modningsperioden op til sammenlægningen (Angwin et al. 2016), samt forståelsen af det teoretiske begreb 'Syndebuksmekanismen', som vi analyserede frem i analysen af spørgeskemaundersøgelsen. Ydermere inddrager vi teori til at højne forståelsen af de tre ønsker lægerne præsenterer i fokusgruppeinterviewet (Angwin et al. 2016; Marks & Mirvis 1986; Schweiger & DeNisi 1991).

4.6. Etiske overvejelser og hensyn

Kvalitative undersøgelser har i deres natur som forskningsfelt en værdiladet, relationel og dybdegående karakter. Det gør den kvalitative forskning især etisk kompleks. Vi har gjort os grundige etiske overvejelser undervejs i både udformning af interviewguides, under afholdelse af interviews og ikke mindst i det analytiske arbejde. Vi har dermed en etisk opmærksomhed på skellet mellem vores kvantitative spørgeskemaundersøgelse og de kvalitative interviews (Brinkmann 2010: 429). Denne opmærksomhed kommer til udtryk allerede i vores analyse af spørgeskemaundersøgelsen, da vi sammenlægger respondentgrupper. Vi er til afholdelse af fokusgruppeinterviewet opmærksomme på ikke at vægtlægge hvem af informanterne, der kommer fra hvilket forhenværende afsnit. Det gør vi indledningsvist informanterne opmærksomme på. Efter at vi har præsenteret, hvor vi fagligt kommer fra, specialet og vores faglige bevæggrunde for at skulle lave interviewet, informerer vi dem om, at interviewet kun vil blive brugt i specialet samt, at de er anonymiseret. Det er derfor ikke relevant for os at vide hvilket afsnit hver enkelt af dem kommer fra.

I henhold til anonymisering gøres informanterne opmærksomme på, at vi anvender citater i analysen til at belyse vores problemstilling. Vi kan ikke garantere, at givne citater ikke vil afspejle den pågældende informant. Citaterne kan afstedkomme at ordlyd, vendinger og andet fra en informant, kan genkendes hos kollegaer og ledere. Derudover understreger vi, at den ledende overlæge grundet hans hjælp til at finde informanter til os, er bekendt med at det er netop disse tre informanter, vi interviewer. Af denne årsag kan vi ikke sikre dem 100% anonymitet i analysen. Vi oplyser dem om deres ret til at undlade at udtale sig, såfremt de vurderer spørgsmålene for konsekvensfyldte at svare på. Dette skete ikke. I forlængelse heraf oplyser vi informanterne om

deres ret til, til hver en tid at trække sig fra undersøgelsen. Dette være sig både under såvel som efter interviewet. Vi beder dem bide mærke i datoen for aflevering af specialet, hvorefter deltagelse ikke kan trækkes tilbage (King et al 2019: 34). Ingen har på noget tidspunkt valgt at trække sig. Vi spørger informanterne om de er interesseret i at få transskriberingerne af de pågældende interviews til gennemlæsning. Denne mulighed frasiger de sig alle.

I analysearbejdet fortsætter vores opmærksomhed på etiske hensyn. Det vil sige, at udsagn og udtalelser, der udover at belyse vores problemstilling kan have - efter vores vurdering - uhensigtsmæssig kritisk karakter, undlades. Vi er påpasselige, i det vi udviser informanten benefience (Kvale & Brinkmann 2015: 118). Vi har hele tiden i analysen en opmærksomhed på den risiko, konsekvens eller skade på informanten, som anvendelsen af et givent udsagn eventuelt kan have.

5. Teoretiske perspektiver

Følgende afsnit omhandler vores teoretiske valg og perspektiver, der er med til at øge forståelsen og nuancere vores undersøgelse af, hvordan de sociokulturelle forhold i integrationsprocessen i forbindelse med fusionen af Intensiv afsnit Øst på AUH, kommer til udtryk gennem vurderinger og erfaringer. Vi har fundet de teoretiske begreber og perspektiver gennem litteratursøgning via følgende databaser: google.scholar.com, vbn.aau.dk, Sociological Abstracts, ProQuest og aub.aau.dk. Vi har valgt at anvende databaserne, da de har adgang til flest fagligt relevante tidsskrifter. Søgningen er videre filtreret efter peer reviews. Det vil sige, at artiklen eller teksten er godkendt af andre forskere på området, og dermed antageligvis har en vis gyldighed. I søgningen anvendte vi, blandt flere, følgende ord: 'Postmerger', 'Sociocultural', 'Postmerger integration', 'public sector', 'Merger & Acquisition', 'Merger*'. Sidstnævnte med en trunkering for at åbne mulighederne for multiple endelser. Ved at søge på disse ord i sammenhæng og i forskellige kombinationer fremkom en bred vifte af artikler og udgivelser. Yderligere har vi på baggrund af læste artikler og udgivelser søgt via referencer, emneord og forskernavne, der har bidraget til, at vi har fået en bred forståelse af de mest klassiske teoretiske perspektiver og begreber i fusionslitteraturen. Vi har på den baggrund selekteret udvalgte dokumenter på baggrund af vores vurderinger af abstracts, kvalitet og relevans i forhold til vores problemformulering. Af de valgte teorier tæller blandt andre: Angwin et al.'s teoretiske perspektiver på, hvordan kommunikation spiller en rolle i fusioner (2014); Bueno & Bowditch fokus på de menneskelige forhold (1989); Fusionssyndromet fra Marks & Mirvis (1986); Akkulturationsteori og perspektiv på fusioner af Nahavandi & Malekzadeh (1988), Risbjergs teoretiske perspektiver på medarbejderes oplevelser af fusioner (2001); Schweiger & DeNisi studie af medarbejdere i postfusioner (1991); og Stahl et al. og deres teoretiske perspektiver på den sociokulturelle integration (2013).

Ud fra ovenstående litteratursøgning følger her en kort præsentation af de hovedbidrag vi er stoppet ved; Shrivastava (1986), Borum & Pedersen (2008) og Cartwright & Cooper (1992). Disse bruger vi til at rammesætte vores undersøgelse og er dermed med til at afgrænse vores case. Disse tre hovedbidrag bidrager samtidigt til at inspirere og udfolde vores empiriske materiale og den viden, der fremkommer undervejs i analysen. Ydermere supplerer vi med andre teoretiske perspektiver og begreber samt eksisterende forskningen, som er brugt til at bibringe viden, men som bliver udfoldet ad hoc i analysen i henhold til vores analysestrategi, for at højne forståelsen af

vores empiriske materiale. Blandt andre tæller Marks & Mirvis (1986) teoretiske brug af "Fusionssyndromet", som vi også har udformet en række spørgsmål på baggrund af. Samme gør sig gældende med vores brug af Nahavandi & Malekzadeh (1988) og deres teori vedrørende akkulturation, som vi bruger til at belyse de mulige fusionsudfald.

Med Shrivastava som den rammesættende teori af den sociokulturelle integration i postfusionen bruger vi Cartwright & Cooper samt Borum & Pedersen til at højne forståelsen af de vurderinger og erfaringer henholdsvis respondenterne, informanterne og funktionslederne gør af netop denne integrationsproces.

5.1. Postmerger integration

Vi tager udgangspunkt i Poul Shrivastava (1986), der er med til at rammesætte specialets fokus. Vi trækker på Shrivastavas teoretiske perspektiv på integrationen i postfusionen og særligt hans opdelingen af integrationen i tre dele: *Den proceduremæssige integration*, *den fysiske integration* og *den sociokulturelle integration* (Shrivastava 1986: 68f).

Integrationen i en fusion handler overordnet om at koordinere aktiviteter for at nå organisatoriske målsætninger; kontrollere at de enkelte afdelingers aktiviteter er komplementære og sikrer tilfredsstillende outputs; samt løse konflikter mellem uoverensstemmende mål og interesser mellem afdelingerne og medarbejderne (Shrivastava 1986: 67). Dette er en kompleks opgave, hvorfor flere fusioner ender med at mislykkes eller de fusionerede enheder frasælges igen. Udfordringer ved en fusion er, ifølge Shrivastava, at få integreret de fusionerende organisationer til én organisation. Det er i denne forbindelse, at han trækker på de tre ovennævnte integrationsniveauer: Den proceduremæssige, fysiske og sociokulturelle. Han påpeger i denne forbindelse, at det er vigtigt at gøre sig overvejelser om i hvilken grad integration er nødvendigt. I visse fusioner er visse dele af integrationen ikke nødvendig, hvorimod det ved andre er afgørende for at opnå succes (Shrivastava 1986: 65-66).

Som vi har nævnt i problemfeltet, er der en tilbøjelighed til at fokusere mest på den proceduremæssige og fysiske integration. Ifølge Shrivastava skyldes dette, at disse to aspekter umiddelbart er nemmest at håndtere i en fusion. Modsat er den sociokulturelle integration svær at håndtere. Det er samtidigt den mest afgørende integration for at opnå en succesfuld fusion. En adskillelse af de tre integrationsniveauer er ikke muligt. Det er ikke muligt at isolere den sociokulturelle integrationsproces fra de to øvrige processer. Dertil vil der altid være

interdependens mellem de tre. Afhængigt af fusionens karakter vil der være forskel i hvilken grad og kontekst de tre processer skal tages højde for (Shrivastava, 1986; 65).

Den proceduremæssige integration indebærer blandt andet elementer som koordinering af opgaver, økonomi, planlægning og styrings-, kunde- og personalepolitikker. Målet for integrationen af disse er at homogenisere og standardisere arbejdsprocedurerne mellem de fusionerede organisationer. Den fysiske integration følger som oftest den proceduremæssige integration og indebærer blandt andet integrationen af ressourcer, produktlinjer, bygninger, produktionsudstyr- og teknologier. Målet for dette niveau af integration er, at opnå synergi i driften mellem de fusionerende parter, ved for eksempel at kunne dele ressourcer. Det tredje niveau, den sociokulturelle integration, indebærer elementer som ledelsesstil, kultur, normer, organisationsstruktur, værdier og motivation og engagement. Den sociokulturelle integration involverer en sammensmeltning af kulturer og sociale praksisser, der er afgørende for at fungere som en sammenhængende gruppe. Integrationen omhandler i overvejende grad de menneskelige og kulturelle elementer i en fusion (Shrivastava 1986: 67-73).

I ønsket og forventningen om en succesfuld integrationsproces af afsnit Øst på AUH er det med afsæt i ovenstående af afgørende betydning, at der ikke alene fokuseres på integrationen af de procedurale og fysiske aspekter, men at der vises tilsvarende opmærksomhed til den sociokulturelle integration i postfusionen. Vi anvender Shrivastava i specialet til at rammesætte med de tre forskellige niveauer i en integrationsproces. Derudover er en iagttagelse på tværs af de tre niveauer med til at understrege en fusions kompleksitet. Ydermere har vi et særligt fokus på den sociokulturelle integration. Det er vi fordi litteraturen nævneværdigt beskriver, at denne form for integration som oftest overses eller fravælges. Den sociokulturelle integration er central i en fusionsproces som den på afsnit Øst fordi integrationen af de tre forhenværende afsnit til ét samlet afsnit, er nødvendig for at afsnittet kan reagere og agere som én samlet enhed på kravene fra Hospitalsledelsen og endnu vigtigere de krav og forventninger patienterne har.

5.2. Integration i det danske sundhedsvæsen

Det andet hovedbidrag vi er stoppet op ved, er Finn Borum og Anne Reff Pedersen (2008). Deres bidrag og brug af teoretiske perspektiver og forståelser vedrørende fusioner udspiller sig inden for samme felt som vores speciale, nemlig det offentlige danske sundhedsvæsen. Som Borum & Pedersen selv understreger, skal fusionsprocesser forstås i den organisatoriske kontekst, de

udspiller sig i (Borum & Pedersen 2008: 14). Konteksten er hermed afgørende for forståelsen af fusionsprocessen. Dette er vi opmærksomme på i og med, at vi trækker på udvalgte teoretiske begreber og perspektiver, der er baseret på studier fra den private sektor. Disse er valgt ud fra relevansen samt vores vurdering af, at disse indeholder og bidrager med et analytisk blik og forståelse, der øger og nuancerer forståelsen af vores case til trods for at casen udspiller sig i den offentlige sektor.

Ved at tage udgangspunkt i det danske sundhedsvæsen betyder det, at brugen af faseinddeling til at gøre fusionen mere forståelig og analyserbar, ikke indeholder en stabiliserende fase. Borum & Pedersen argumenterer for, at det ved en fusion i det danske sygehusvæsen er urealistisk at forvente, at en fusionsproces vil stabiliseres. Det vil altid være en igangværende proces. Det skyldes, at inden for sygehusvæsenet er der konstant forandringer på grund af forskellige reformtiltag, hvorfor en stabiliserende fase er svært nogensinde at nå (Borum & Pedersen 2008: 45-47). Borum & Pedersen inddeler fusionsprocessen i tre faser, hvor det i den sidste fase overlades til de involverede at afgøre, hvornår der skal sættes parentes om fusionen:

- Pre-merger
- Fusionsbeslutningen
- Integrationsprocessen

(Borum & Pedersen 2008: 47)

Inden for fasen 'fusionsbeslutningen' fremhæver Borum & Pedersen blandt andet de varierende motiver, rationelle valg, der ligger bag en fusion i sygehusvæsenet. De fremhæver særligt *efficiensteorier* og *empiriebygningsteorier* som relevante inden for det danske sygehusvæsen. Førstnævnte drejer sig om, at motivet bag en fusion vil være synergieffekter, øget omkostningseffektivitet og kvalitet. Empiriebygningsteorierne handler derimod om at være størst og bedst. Motivet er her at størrelsen er med til at signalere kvalitet, sikkerhed og muligheder (Borum & Pedersen 2008: 50). Opmærksomheden på hvilke motiver, der ligger bag fusionsbeslutningen er med til at forstå integrationsprocessen og hvilke forventninger der sættes til medarbejderne.

Efter fusionsbeslutningen følger integrationsprocessen i ovenstående faseinddeling af fusionsprocessen. Ifølge Borum & Pedersen er det først i integrationsprocessen og derved efter selve sammenlægningen og de efterfølgende aktiviteter og handlinger, sikringen af de ønskede

fordele ved en fusion kan realiseres. Det er samtidigt umiddelbart efter beslutningen om at fusionere, at der opstår usikkerhed. Ifølge Borum & Pedersen er det væsentligt at i denne fase opmærksomhed for netop at kunne lykkes med at opnå de forventede synergieffekter og fordele, samt gøre noget ved den mulige usikkerhed og stress der kan opleves af medarbejdere (Borum & Pedersen 2008: 58).

Til dette fremhæver Borum & Pedersen forskellige teoretiske perspektiver på hvilke områder og initiativer, der kan hjælpe til en positiv integrationsproces. Overordnet inddeler de integrationsprocessen i *projektstyring* og *kulturstyring* (Borum & Pedersen 2008: 60f). Forskellen på disse to perspektiver på integrationsprocessen er, at der ved projektstyring er fokus på forskellige elementer eller projekter vedrørende fusionen, fx kommunikation, implementeringen af organisationsændringer og opmærksomhed på tillidsrelationer mellem de fusionerende parter. Særligt at bemærke her er, at Borum & Pedersen medgiver store dele af fusionsteorien i, at kommunikation er en nødvendighed i en fusionsproces, men kommunikation er kun et virkemiddel med begrænset effekt. Kommunikation alene er ikke tilstrækkelig til at klare integrationsprocessens udfordringer (Borum & Pedersen 2008: 61).

Integrationsprocessen set som kulturstyring er mere gennemgående i fusionsprocessen. Ved dette perspektiv påpeges kulturelementer som den afgørende variabel i forhold til en vellykket fusion eller ej. Ifølge Borum & Pedersen er kultur kompleks i integrationsprocesser. Selv kulturer med umiddelbare og betydelige lighedstræk vil altid være forskellige (Borum & Pedersen 2008: 67-68). Det bliver afgørende i integrationsprocessen at afdække, om de fusionerende enheders kulturelle særpræg skal bevares eller bearbejdes (Borum & Pedersen 2008: 69).

Vi trækker på Borum & Pedersens teoretiske forståelse og perspektiver på fusioner, da de sætter fusioner i relation til sundhedsvæsenet samt deres opmærksomhed på motiverne bag fusionen og hvilke styringer, der bør vies opmærksomhed på i integrationsprocessen. Vi benytter os blandt andet af forståelsen af motiverne bag fusionen som rationelle valg, til at nuancere forståelsen af fusionsbeslutningen. Hertil undersøger vi, hvorvidt lægegruppen anerkender fusionsbeslutningen på baggrund af rationelle valg eller ej. Ydermere læner vi os blandt andet op af, at positiv og klar kommunikation vedrørende fusionen kan hjælpe til en positiv integrationsproces, men at der samtidigt er andre vigtige forholdsregler. For eksempel hvordan de fusionerende enheders kulturer passer sammen, og hvordan de iboende kulturforskelle håndteres og opleves af medarbejderne.

5.3. The Human Factor

Det tredje hovedbidrag vi trækker på til vores teoretiske forståelser af fusioner, er Sue Cartwright & Gary L. Cooper (1992). Vi trækker på deres teoretiske perspektiver, da de særligt har fokus på de menneskelige og kulturelle aspekter i en fusion. De stiller sig kritiske overfor den traditionelle og klassisk økonomiske rationalitet vedrørende fusioner og dets fokus på de overvejende finansielle og strategiske elementer. Ifølge Cartwright & Cooper er der i dette fokus en tendens til at de menneskelige aspekter overses. Det værende både i fusionsbeslutningen og i integrationsprocessen. Det har en væsentlig betydning for, hvordan en fusion udspiller sig (Cartwright & Cooper 1992: 24-25).

Deres hovedbudskab er dermed, at selvom de sociokulturelle og menneskelige ressourcer er svære at kvantificere, vil en opmærksomhed på disse have en positiv betydning for den økonomiske bundlinje. Det til trods for en tendens til at fokusere på den økonomiske bundlinje og afgøre om en fusion er vellykket på den baggrund (Cartwright & Cooper 1992: 25). Cartwright & Cooper påpeger, at uden en god integration med fastsatte mål og fokusområder vil medarbejdere opleve kultursammenstød, hvilket kan påvirke medarbejderne emotionelt og psykisk i negativ forstand. En fusionsproces vil som oftest medvirke til oplevelsen af usikkerhed, stress og mistvivl for den enkelte medarbejder. Det kan få konsekvenser for organisationen, hvis dette ikke vies opmærksomhed og forsøges løst (Cartwright & Cooper 1992: 26-27). Det klassiske finansielle og strategiske fokus i en fusionsproces er således ikke tilstrækkelig for at forstå, hvordan en fusion har succes, da disse perspektiver overser medarbejder- og human ressourceperspektivet.

På baggrund af deres egne og tidligere studier fremhæver Cartwright & Cooper fem scenarier, som ofte udspiller sig umiddelbart efter fusionsbeslutningen. De kalder disse fem scenarier for de fem absolutte sandheder (Cartwright & Cooper 1992: 35). Vi præsenterer herunder kort disse fem teoretiske perspektiver:

1. *Fusioner er følelsesmæssige begivenheder, der påvirker alle:* For medarbejdere vil en fusion som oftest opleves som en meget følelsesladet og stresset begivenhed, der kan sammenlignes med både et ægteskab eller et dødsfald blandt en nær relation. Begge eksempler er umiddelbart langt fra hinanden og svært sammenlignelige, men måden Cartwright & Cooper benytter forståelsen bag disse to eksempler, er de emotionelle faser man i eksemplerne gennemlever. Deres pointe med eksemplerne er, at en fusion har en

kraftig indvirkning på den enkelte medarbejder. Gennem en længere periode gennemlever medarbejderen forskellige faser, hvor første fase kan være frygt, benægtelse og manglen på kontrol. Målet er at medarbejderen bliver hjulpet igennem oplevelsen og accepterer og anerkender fusionen som en god beslutning (Cartwright & Cooper 1992: 35-38).

2. *Fusioner skaber forventninger om forandring og øger organisatorisk sammenhængskraft*: En typisk refleksreaktion fra medarbejdere i en fusion er, at der opstår en forventning om, at der sker forandringer. Dette kan medvirke til at medarbejdere oplever en følelse af tab, da forandringerne forventes at ændre i den kendte arbejdspraksis. Følelsen af tab kan føre til en skabelse af sammenhængskraft for at vedholde sin identitet og værdier. Oplevelsen og skabelsen af sammenhængskraft kan være med til at øge oplevelsen af "Os & Dem"-tilstande, da der vil opstå kampe mellem de forskellige enheder, der hver især forsøger at beskytte sig mod forandringer og frygten for at miste (Cartwright & Cooper 1992: 38-39).
3. *Ledelsen bag fusionen har en overdreven tiltro til, hvor hurtigt og nemt der kan opnås integration*: Ledelsen har en tendens til at bruge al sin tid og kræfter på de finansielle og organisatoriske elementer, hvilket betyder, at integrationen af medarbejder- og sociokulturelle elementer undervurderes eller nedprioriteres. Det undervurderes altså, hvor lang tid integrationen af en 'ny' kultur tager. Samtidigt påpeger Cartwright & Cooper, at der i en fusion, hvor der er en overtagende og overtaget enhed, er en uopmærksomhed på de overtagne kultur. Man har derimod en "overdreven" tiltro som den overtagende part til, at egen kultur er den rigtige, hvorfor det forventes af den overtagne enhed, afgiver sin kultur. Denne opfattelse deles ikke altid af den overtagne enhed. Hermed er kimen til uenigheder, stridigheder og kulturkampe mellem den overtagende og overtagne lagt (Cartwright & Cooper 1992: 39-40).
4. *Fusioner resulterer i ikke planlagte opsigelser*: I forbindelse med fusioner foretages der ofte afskedigelser, da der i visse fusioner vil ske en dublering af visse medarbejdergrupper i forhold til arbejdsopgaver, der skal varetages. Men der følger ofte også mange frivillige opsigelser i en fusion. Det kan blandt andet skyldes, at en af de involverede enheder geografisk skal flyttes, da den fusionerende enhed er placeret et andet sted. Men det kan også skyldes, at medarbejdere i en længere periode oplever usikkerhed i forbindelse med fusionen, hvorfor medarbejdere søger andet steds hen (Cartwright & Cooper 1992: 41-44).

5. *Fusioner er stressende*: Cartwright & Cooper forklarer, at oveni at medarbejdere kan være påvirket af en følelse af at miste sin velkendte arbejdspraksis, vil usikkerheden vedrørende de organisatoriske ændringer ofte medføre, at medarbejdere oplever fusionen som stressende. Denne oplevelse kan relateres til blandt andre identitetstab, jobusikkerhed, choktilstand, en besættelse af at overleve fusionen og komme så upåvirket igennem den som muligt, frustrationer over afskedigelser og opsigelser samt pres på work life balance. Dette sætter fokus på håndteringen af integrationsprocessen, da det i værste fald ellers kan betyde øget sygefravær og lavere produktivitet blandt medarbejderne (Cartwright & Cooper 1992: 44-48).

Cartwright & Cooper bidrager til vores teoretiske forståelse af hvilke indvirkninger og opmærksomhedspunkter, der forbindes til de menneskelige elementer i en fusionsproces. Vi trækker særligt på deres fem absolutte sandheder, da de hjælper til at øge vores analytiske forståelse og nuancering af lægegruppens vurderinger og erfaringer af fusionen.

6. Analyse af lægegruppen - What is going on?

Gennem vores første delanalyse ønsker vi at forstå hvilke vurderinger og erfaringer lægegruppen på afsnit Øst, AUH, gør sig i forbindelse med fusionen. Dette skal hjælpe os til at besvare problemformuleringen om, hvordan de sociokulturelle forhold i integrationsprocessen kommer til udtryk gennem vurderinger og erfaringer. For at forstå dette analyserer vi vores indsamlede empiri, der består af en spørgeskemaundersøgelse sendt ud til en udvalgt lægegruppe på afsnit Øst, rekvireret dokumenter omhandlende fusionen, samt et fokusgruppeinterview med tre læger fra lægegruppen. Analysen heraf består af to delundersøgelser, hvor vi i den første delundersøgelse analyserer det empiriske materiale fra spørgeskemaundersøgelsen og i den anden delundersøgelse analyserer empirien fra fokusgruppeinterviewet.

Først præsenterer vi resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen, hvor vi til sidste i denne delundersøgelse laver en opsamling på lægegruppens vurderinger og erfaringer af fusionen. Opsamlingen er en kort og sammenfattet præsentation af resultaterne, hvor vi herudfra udvælger de relevante resultater vi har valgt at gå videre med i vores undersøgelse. Disse resultater giver os anledning til at få sat kvalitative lægevurderinger på for eksempel billederne med fusionsudfald fra spørgeskemaet, og få reduceret den åbne fortolkning af disse. Vi analyserer efter opsamlingen på spørgeskemaundersøgelsen, perspektiver og udsagn fra fokusgruppeinterviewet vedrørende udvalgte resultater fra spørgeskemaet. Til sidst konkluderer vi på de to delundersøgelser.

6.1. Spørgeskemaundersøgelsen

Som tidligere skrevet har vi modtaget i alt 17 besvarelser på spørgeskemaet. Besvarelserne er både af kvantitativ og kvalitativ karakter, da svarmulighederne både indeholder opsatte svarkategorier samt muligheden for åbent at kommenterer på hvert spørgsmål. Analysen af besvarelserne er inddelt i fire tematikker; *Organisation*; *ledelse*; *kollegaer*; og *overordnet vurdering og erfaring med fusionen*. Med disse fire tematikker ønsker vi at få en bred og overordnet forståelse af lægegruppens vurderinger og erfaringer af fusionen, og derved få et øjebliksbillede af *what is going on* på afsnit Øst efter fusionen i oktober 2018.

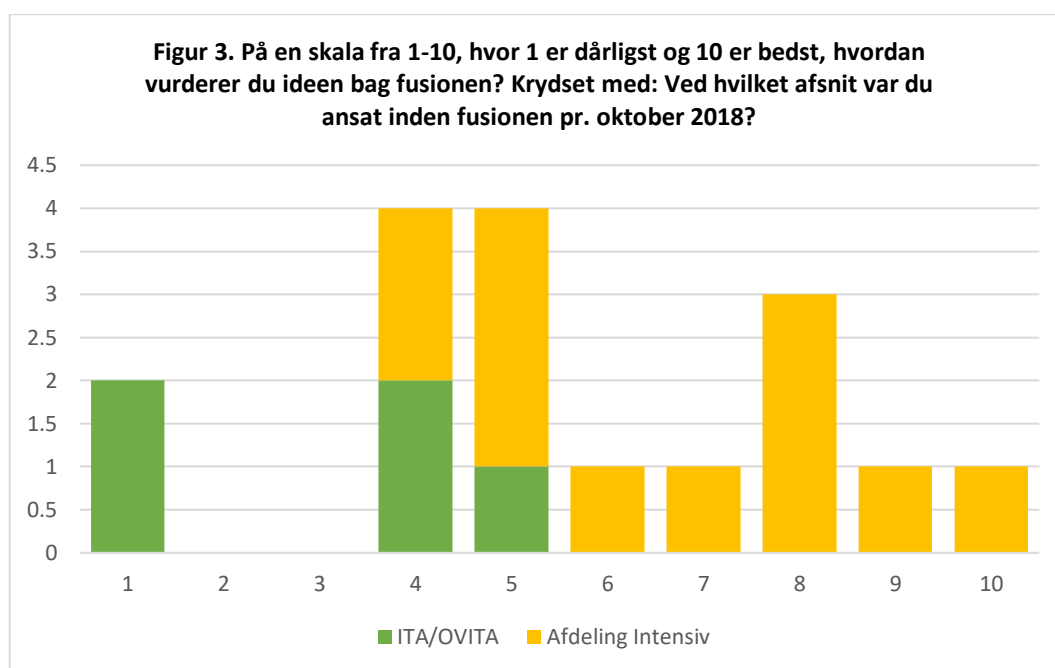
6.1.1. Første tematik: Organisation

Spørgsmålene til tematikken sigter efter at belyse hvordan det for lægerne er at være en del af fusionen. Vi har til denne tematik stillet lægegruppen fem spørgsmål, hvor nogle har tilhørende

udsagn, som respondenterne skal vurdere ud fra. De fem spørgsmål er inddelt i fire underafsnit herunder.

6.1.2. "Fusionen er økonomisk og ikke fagligt begrundet"

De to indledende spørgsmål omhandler ideen bag fusionen og gennemførelsen af fusionen. I besvarelsen rangerer respondenterne deres vurdering af spørgsmålene på en skala fra 1-10, hvor 1 er dårligst og 10 er bedst. For at tydeliggøre tendenserne bag besvarelsene vælger vi at analysere svarene således, at svarene mellem 1-5 peger i retning mod en dårlig vurdering, og besvarelser mellem 6-10 peger mod en god vurdering. Vi er opmærksomme på, at svarene fordelt på 4-6 kan være et udtryk for, at respondentens vurdering er neutral.

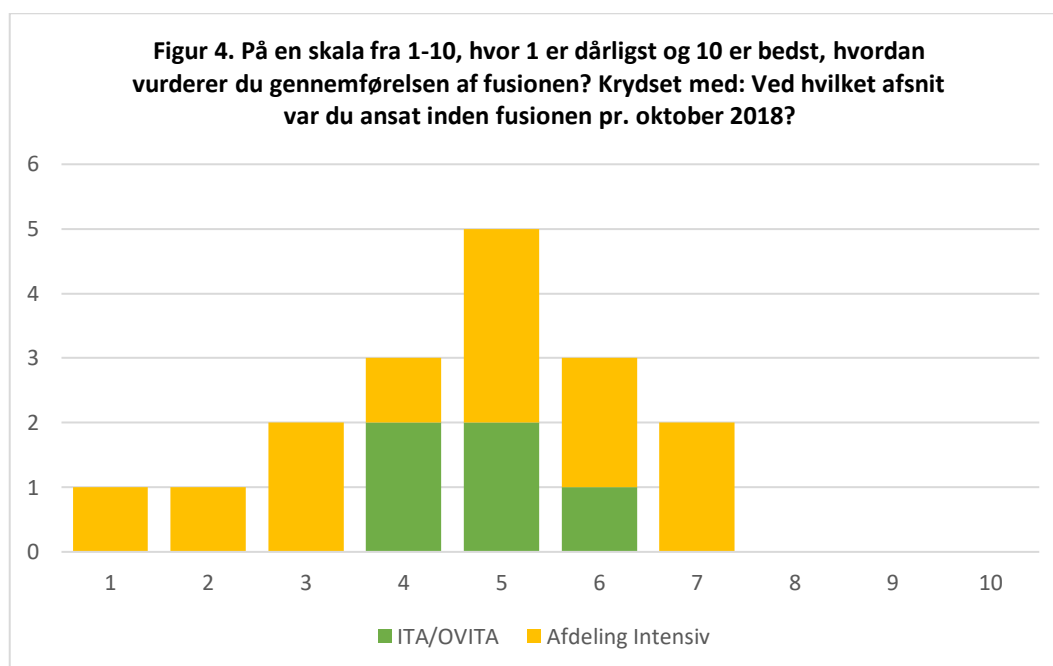


Til spørgsmålet om hvordan lægegruppen vurderer idéen bag fusionen, fremgår det i figur 3, at der er stor spredning i besvarelsene. Respondenternes besvarelser viser, at der i lægegruppen ikke er udbredt enighed om, hvorvidt fusionen er en god eller dårlig idé. Til trods for spredningen i besvarelsene viser svarfordelingen, at næsten halvdelen af respondenterne, i alt otte, har svaret 4 og 5 på skalaen. Det indikerer, at denne gruppe vurderer ideen bag som hverken god eller dårlig. Ti af besvarelsene fordeler sig mellem 1-5 på skalaen. Ud fra svarfordelingen er der en lille overvægt, der mener, at ideen bag fusionen er en mindre god idé.

Kigger vi på sammenhængen mellem lægegruppens vurderinger af ideen bag fusionen, og hvilket afsnit de var ansat på forud for fusionen, viser figur 3 yderligere, at det særligt er lægerne

fra ITA/OVITA, der vurderer ideen bag fusionen overvejende negativt. Særligt at bemærke er, at det kun er lægerne fra ITA/OVITA, der har givet besvarelsen 1 på skalaen. Modsat vurderer lægerne, der var ansat på afd. I. forud for fusionen, ideen bag fusionen mere forskelligt. Som det ses af figur 3, er der ingen af lægerne fra afd. I. der har svaret under 4 på skalaen. Svarfordelingen viser, at det særligt er lægerne fra det forhenværende ITA/OVITA, der vurderer ideen bag fusionen negativt, hvorimod der er større spredning i afd. I. lægernes vurderinger.

Af kommentarerne til spørgsmålet uddybes de negative vurderinger ved, at en af respondenterne kommenterer: *“Med kort varsel”. “Fusionen er økonomisk og ikke fagligt begrundet. Det er et dårligt udgangspunkt”*, skriver en anden. Der kommenteres også: *“Primær årsag for fusionen var mulighed for besparelser”* (Bilag 2: 2). Ifølge kommentarerne er der en oplevelse af, at motivet bag fusionen først og fremmest er af økonomiske overvejelser, hvilket strider mod lægernes professionalisme, hvor forandringer altid bør være fagligt funderet (Lerborg 2013: 77). At en større del af lægegruppen vurderer ideen bag fusionen negativt, indikeres i kommentarerne, at der er en oplevelse af at fusionsbeslutningen hviler tungest på finansielle og strategiske overvejelser og motiver, hvilket opleves som et negativt udgangspunkt. Derudover påpeges den korte forberedelsestid fra at beslutningen om at fusionerer ITA/OVITA og afd. I. til at sammenlægningen fandt sted som et negativt element i vurderingen af ideen bag fusionen.

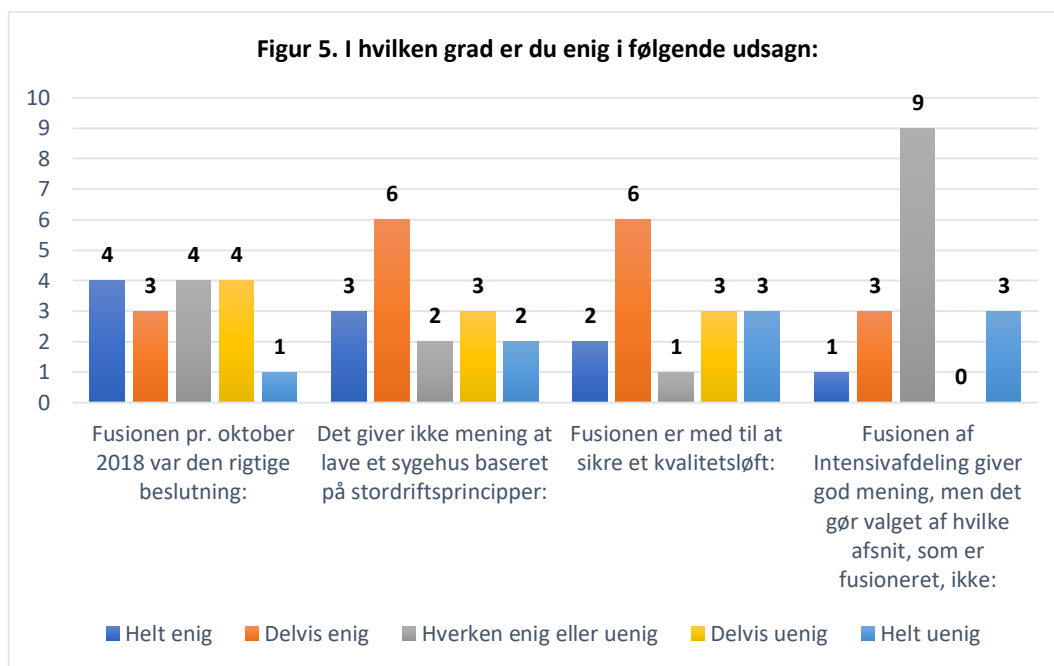


Efterfølgende har respondenterne afgivet svar i forhold til, hvordan de vurderer gennemførelsen af fusionen på en skala fra 1-10. Figur 4 viser, at 12 af de 17 respondenter har afgivet et svar mellem 1-5 på skalaen. Til sammenligning er der kun fem respondenter, der har afgivet svar mellem 6-10. Heraf har ingen svaret 8, 9 eller 10. Fordelingen af besvarelserne viser dermed, at store dele af lægegruppen overordnet vurderer gennemførelsen af fusionen dårligt. Ydermere illustrerer figur 4, at de fire respondenter, der vurderer gennemførelsen dårligst, med et svar mellem 1-3 kommer fra afd. I. De resterende respondenter fra afd. I. og respondenterne fra ITA/OVITA vurderer gennemførelsen overvejende som hverken god eller dårlig.

Af kommentarerne har en af respondenterne skrevet: *"Ikke klare ledelsesmål og udmeldinger har gjort det svært"* (Bilag 2: 3). En anden kommenterer: *"Udvandring af subspecialisering. Kritik fra tidligere samarbejdspartnere. MEGET forskellige dagsordener"* (Bilag 2: 3). Ifølge kommentarerne oplever nogle af lægerne, at kommunikationen fra ledelsen ikke har været tydelig. Dette kan være medvirkende til, at gennemførelsen af fusionen har været vanskelig. Ifølge Angwin et al. er en konstant information og åben kommunikation om fusionsprocessens fremskred med til at minimere medarbejdernes frustrationer over den ukendte fremtid og maximere oplevelsen af tillid og tryghed ved processen (Angwin et al. 2014: 2373). Evnen til at balancere mellem tydelig kommunikation og rettidig omhu er en svær proces. Processen kan møde 'gamle' kulturelle overbevisninger og barriere, der udfordrer processen yderligere (Angwin et al. 2014: 2373). Kommentarerne viser en oplevelse af en manglende forståelse af meningen og målet med fusionen, hvilket for nogle af lægerne har gjort gennemførelsen af fusionen svært.

6.1.3. Går stordrift og kvalitet hånd-i-hånd?

Ved næste spørgsmål under temaet *Organisation* tilkendegiver respondenterne, hvorvidt de er *Helt enig*, *Delvis enig*, *Hverken enig eller uenig*, *Delvis uenig* eller *Helt uenig* i fire udsagn. Udsagnene hertil er udformet på baggrund af Hospitalsledelsens argumenter for fusioneringen af Intensivafdelingen. Motivet bag fusionen er ifølge denne synergieffekter, stordriftsfordele samt øget omkostningseffektivitet og kvalitet (Bilag 4; Bilag 6). Besvarelserne hertil giver et billede af, hvordan lægegruppen vurderer og erfarer fusionsbeslutningen samt motiverne bag. Svarfordelingen af de fire udsagn fremgår af figur 5 herunder.



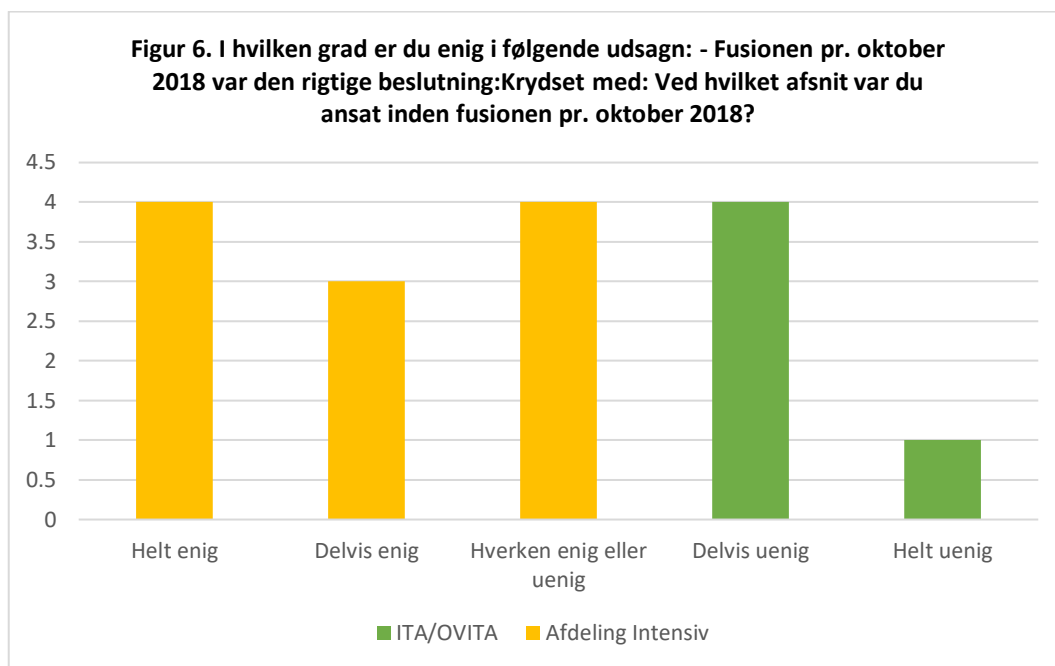
Første udsagn omhandler, hvorvidt fusionen pr. oktober 2018 var den rigtige beslutning. Hertil er der kun én respondent, der er meget uenig. Derimod er der i alt syv respondenter, der er *meget enige* og *enige* i, at fusionen var den rigtige beslutning. Svarfordelingen er inkonsistent, hvilket indikerer at respondenterne har forskellige oplevelser af, hvorvidt fusionen var den rigtige beslutning eller ej.

Til udsagnet: *”Det giver ikke mening at lave et sygehus baseret på stordriftsprincipper”* angiver ni ud af de 16 respondenter, at de enten er *helt enige* eller *delvis enige*. Der er med dette ikke enighed i lægegruppen om hvorvidt, det giver mening eller ej. Vi ser en lille overvægt blandt respondenterne, der vurderer, at det ikke giver mening at basere et sygehus på stordriftsprincipper.

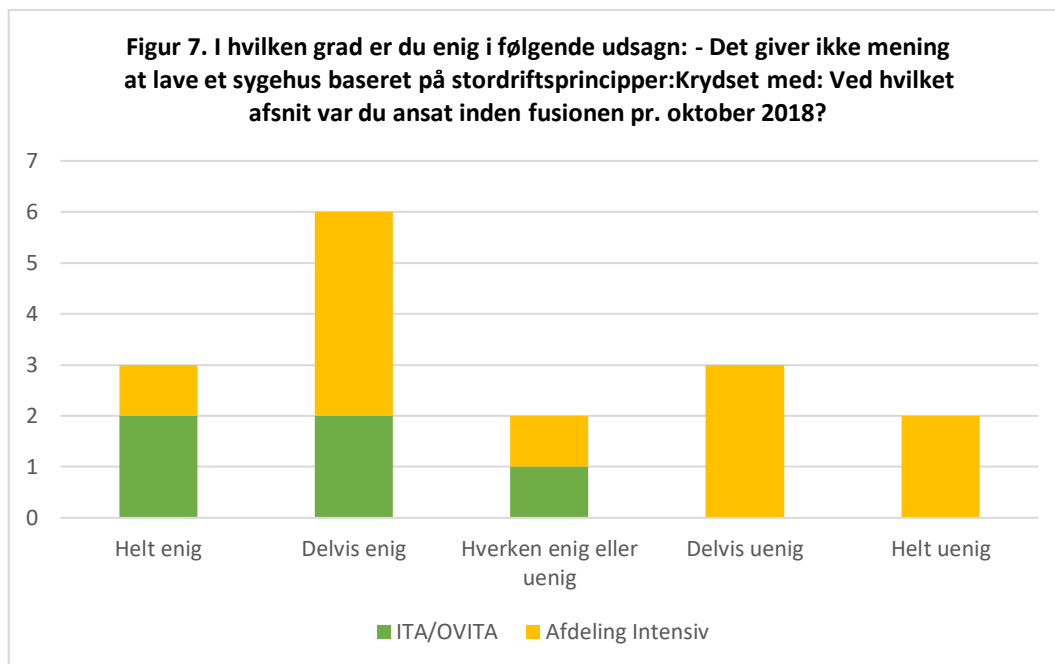
Ved næste udsagn er respondenterne bedt om at svare på, om fusionen er med til at sikre et kvalitetsløft. Her svarer otte af de 15 respondenter, at de enten er *meget enige* eller *enige* i udsagnet. Til gengæld er seks ud af de 15 respondenter *uenige* eller *meget uenige*. Der er også her forskellige vurderinger blandt respondenterne om vurderingen og erfaringen med, at fusionen er med til at sikre et kvalitetsløft.

Det sidste udsagn i rækken lyder: *”Fusionen af intensivafdeling giver god mening, men det gør valget af hvilke afsnit, som er fusioneret, ikke”*. Lige over halvdelen af de afgivne svar er *Hverken enig eller uenig*. Derudover fordeler der sig fire respondenter på henholdsvis den side, der er *delvis* eller *helt enig* med udsagnet og tre på den anden side, der er *helt uenige*.

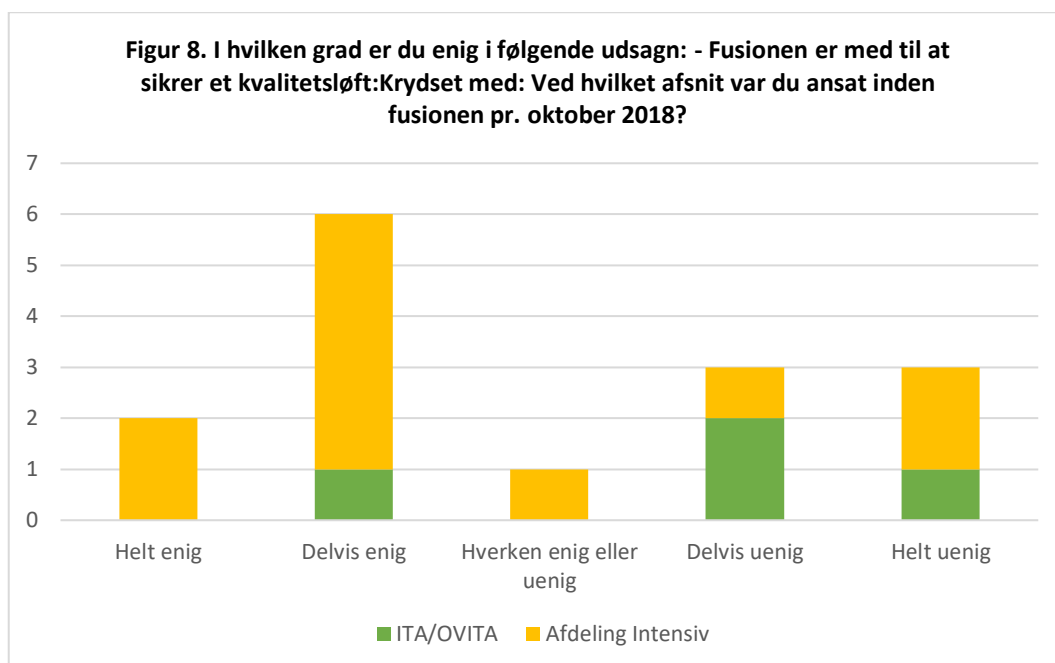
Lægegruppens svarfordeling af de fire udsagn i figur 5 viser, at der i lægegruppen er forskellige vurderinger og erfaringer af motiverne og argumenterne bag fusionsbeslutningen. Der indikeres, at ledelsen ikke har den fulde opbakning fra lægegruppen om fusionsbeslutningen, da der er varieret vurderinger af de fire udsagn. Dette er med til at sætte rammebetingelserne for den nuværende integrationsproces, da der hermed er forskellige holdninger i lægegruppen om, hvorvidt beslutningen om og motiverne bag fusionen er positiv eller negativ.



Ved at lave bivariate analyser på de fire udsagn ser vi et mere nuanceret mønster af hvilke respondenter, der er enige og uenige i de forskellige udsagn, set i forhold til hvilket afsnit de var ansat ved inden fusionen. Ved første udsagn om hvorvidt fusionen var den rigtige beslutning, ser vi i figur 6, at alle respondenterne fra ITA/OVITA svarer, at de er *delvis* eller *helt uenige* i udsagnet. I modsætning hertil svarer alle fra afd. I., at de er *hverken enige eller uenige*, *delvis enige* samt *helt enige*. Svarfordelingen er i overensstemmelse med ovenstående analyse af det første spørgsmål i spørgeskemaet, hvor samtlige respondenter fra ITA/OVITA vurderer fusionen som værende en dårlig ide.

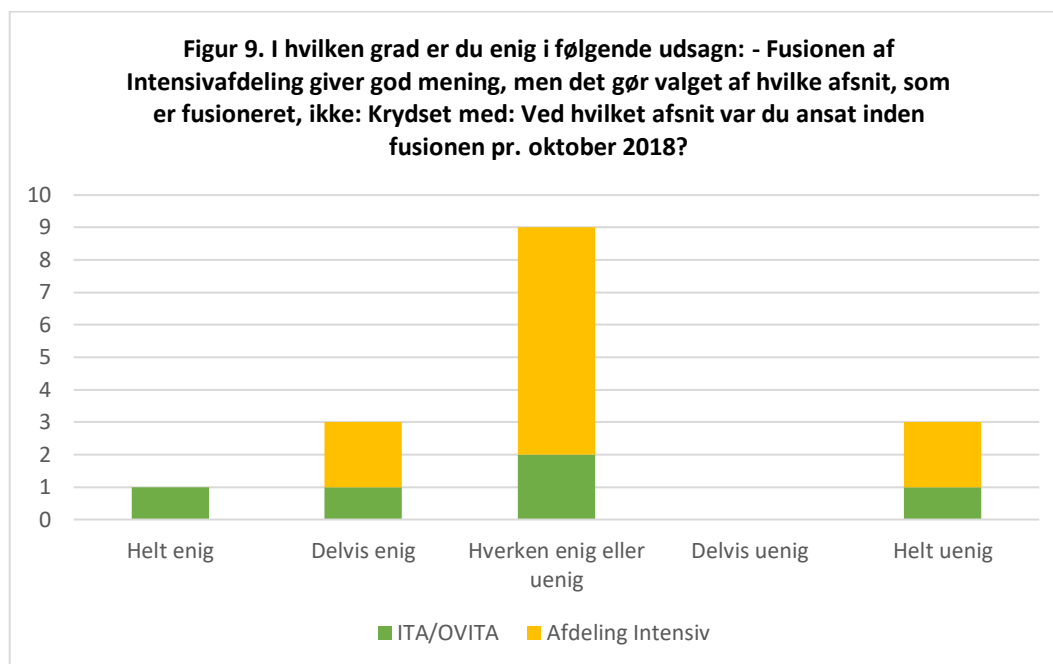


Af figur 7 fremgår et lignende mønster. Det gør sig igen gældende, at størstedelen fra ITA/OVITA i en eller anden grad er enige i udsagnet om, at det ikke giver mening at basere et sygehus på stordriftsprincipper. Respondenterne fra det forhenværende afd. I. er mere spredte i deres vurderinger af udsagnet.



Vi har i forlængelse heraf, bedt respondenterne om at svare på, i hvilken grad de ser, at fusionen er med til at sikre et kvalitetsløft. Svarfordelingen understøtter tendensen ved svarafgivelse fordelt på forhenværende afsnit. Som vist i figur 8 er det endnu engang respondenterne fra ITA/OVITA, der er

delvis uenige og *helt uenige*. Fordelingen af svarene fra respondenterne fra afd. I. fordeler sig bredt men med en overvægt af læger, der er *helt enige* eller *delvis enige*. Syv ud 12 respondenter fra afd. I. mener, at fusionen sikrer et kvalitetsløft. Et kvalitetsløft kan dække over mange emner. Det være sig eksempelvis kvaliteten overfor patienterne, kvaliteten i udvikling og vækst, kvaliteten i (videre)uddannelse og forskning. Dette har vi ikke været specifikke omkring i selve spørgsmålet, hvorfor vi ikke kan tildele spørgsmålet særlig høj reliabilitet.

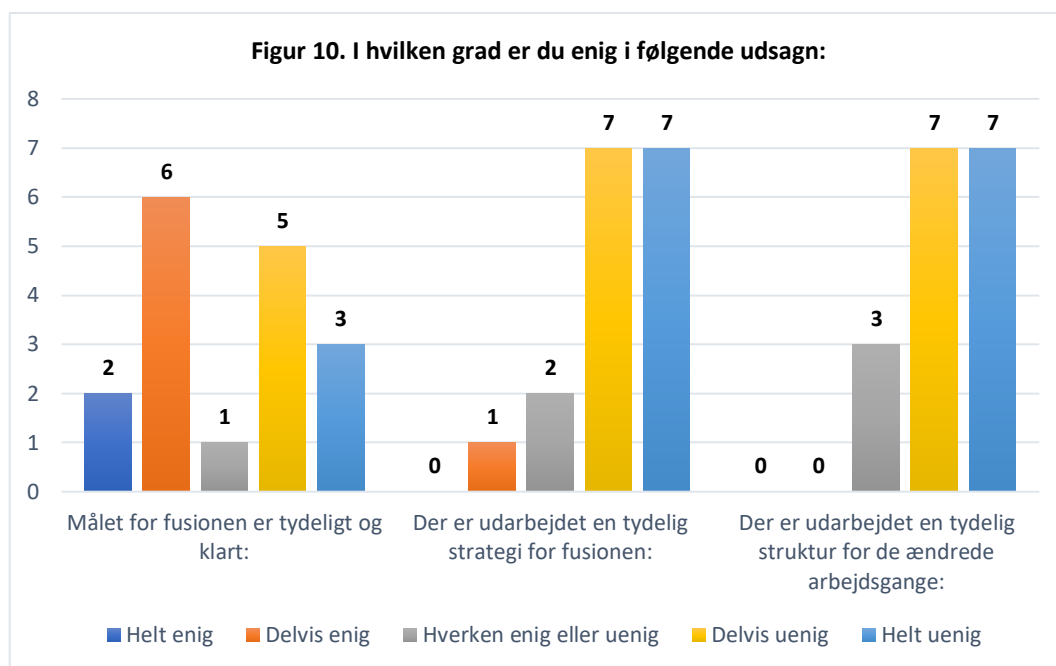


Den bivariate analyse af det sidste udsagn og hvilket afsnit respondenterne var tilknyttet inden fusionen fremgår af figur 9 herover. Den viser, at de respondenter, der er enige i udsagnet, både er fra det forhenværende ITA/OVITA og afd. I. Der er til udsagnet kommenteret, at *”Det sidste udsagn er svært at forstå”* (Bilag 2: 4). Ligesom med forrige spørgsmål er der her risiko for, at respondenterne ikke læser spørgsmålet som tiltænkt.

På baggrund af de bivariate analyser af de fire udsagn fremkommer et mere nuanceret billede af, hvordan lægegruppen vurderer og erfarer beslutningsprocessen og motiverne bag. Ovenstående bivariate analyser viser først og fremmest, at det særligt er lægerne fra ITA/OVITA, der vurderer de fire udsagn mest negativt. Modsat spreder lægerne fra afd. I. sig i højere grad, med en generel tendens til at vurderer udsagnene positivt. Respondenternes besvarelser indikerer to forskellige rammebetingelser i integrationsfasen, hvor ITA/OVITA ikke anerkender de rationelle valg, hvorimod afd. I. anerkender de rationelle valg.

6.1.4. Mangel på strategi og struktur

Næste spørgsmål under temaet *Organisation* omhandler respondenternes svarafgivelse på tre forskellige udsagn vedrørende fusionens mål, strategi og struktur. Respondenterne har ved hvert udsagn tilkendegivet, hvorvidt de er enige eller uenige i udsagnene. Spørgsmålene sigter efter at give en forståelse af lægegruppens vurderinger og erfaringer vedrørende kommunikationen af mål, strategi og struktur i fusionen. Besvarelsesne på de tre udsagn fremgår af figur 10 herunder.



Ved første udsagn er respondenterne bedt om at tilkendegive hvor enige de er i udsagnet: *”Målet for fusionen er tydeligt og klart”*. Svarene fordeler sig jævnt fra *enig* til *uenig*. Otte respondenter er *delvis* eller *helt enige* og otte respondenter er *delvis* eller *helt uenige* i udsagnet. Besvarelsesne viser, at lægegruppen er opdelt i forhold til om de er enige eller uenige i, at målet for fusionen er tydeligt og klart.

Respondenterne svarer herefter på deres enighed i, at der er udarbejdet en tydelig strategi for fusionen. Af svarfordelingen fremgår en klar overvægt af respondenter, der er uenige i udsagnet. I alt har 14 ud af 17 respondenter svaret, at de er enten *delvis* eller *helt uenige*.

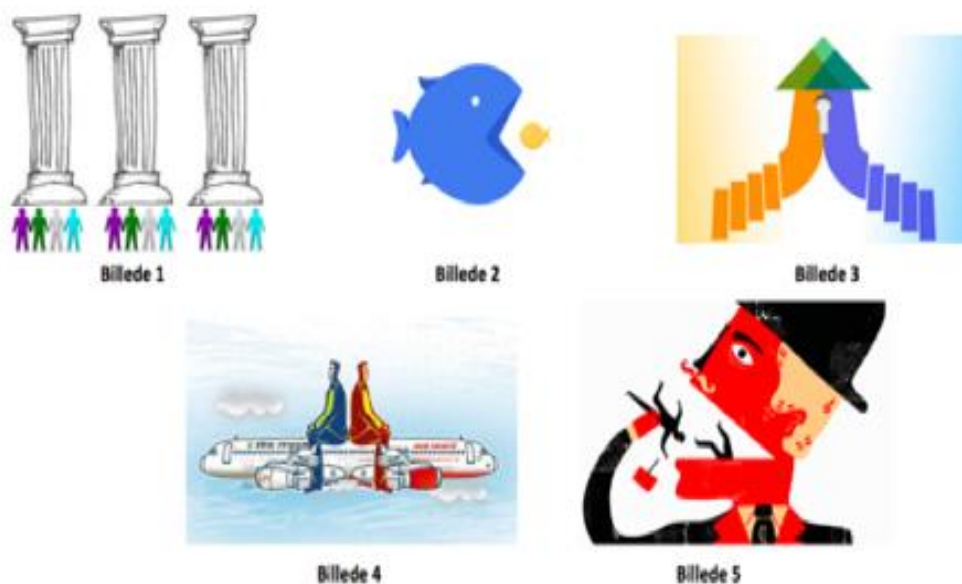
I tråd med foregående udsagn har lægerne givet til kende, hvorvidt de er enige i, at der er udarbejdet en tydelig struktur for de ændrede arbejdsgange. Til udsagnet fordeler svarene sig næsten identisk med det seneste udsagn. Ingen af respondenterne svarer, at de *helt* eller *delvis enige*. Det fremgår derimod, at i alt 14 af respondenterne er *helt* eller *delvis uenige* i udsagnet. Kun tre respondenter er *hverken enige eller uenige*.

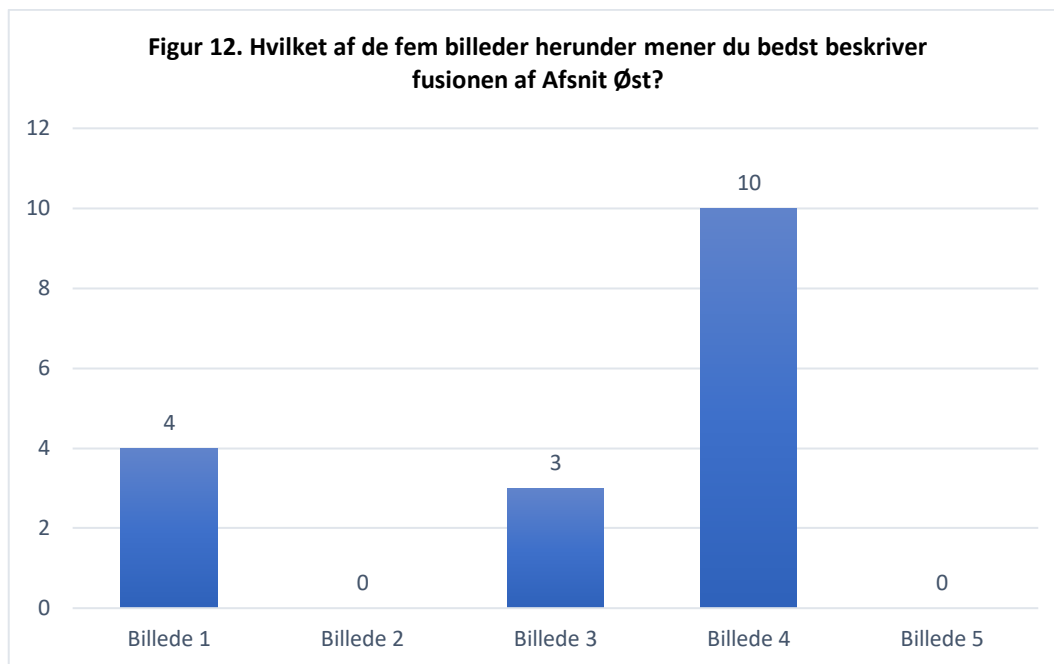
Besvarelserne af ovenstående udsagn indikerer, at den samlet lægegruppe på afsnit Øst er enige om, at de *ikke* vurderer, at der er en tydelig strategi og struktur for fusionen og de nye arbejdsgange fusionen har medført. En respondent har afgivet denne opsummerende kommentar: *"Mange af de "ikke klarlagte konflikter/problemer" der ikke er adresseret inden sammenlægningen har givet konflikter efter sammenlægningen"* (Bilag 2: 5). Det tyder på, at lægegruppen har en oplevelse af, at kommunikationen fra ledelsen omkring mål, strategi og struktur enten ikke har været tydelig nok, videreformidlet korrekt, eller at der har været en mangel på inddragelse i beslutningsprocessen.

6.1.5. "To ved siden af hinanden eksisterende enheder"

Under temaet *organisation* har vi ydermere bedt respondenterne om at forholde sig til og vælge imellem fem forskellige projektive billeder. De fem billeder illustrerer forskellige måder, hvorpå respondenterne kan erfare den organisatoriske virkelighed, de er en del af. Billederne relaterer sig til, hvordan lægerne erfarer virkeligheden på afsnittet, og dermed hvor udfaldet af fusionen aktuelt placerer sig. Billederne er åbne for fortolkning hvilket betyder, at vi kun kan antage, hvilken forståelse respondenterne tillægger billederne på baggrund af vores analyse. I vores valg af billeder, som skal illustrere forskellige fusionsudfald, læner vi os op af teori i vores forståelse af billederne. De fem billeder respondenterne kunne vælge mellem fremgår herunder:

Figur 11





Som det ses i figur 12 herover, fordeler svarene sig sådan, at 10 af lægerne har svaret billede 4. Billedet refererer til et separationsudfald, og illustrerer hvordan medarbejdere forsøger at bibeholde hver deres eksisterende og velkendte kulturer samt strukturelle praksisser. I et separationsudfald vil medarbejderen opleve, at hver part eksisterer side om side uden nogen form for afhængighed af hinanden (Nahavandi & Malekzadeh 1988: 82).

Fire læger har svaret billede 1. Billedet illustrerer et integrationsudfald, hvor de nytilkomne inkorporeres i den eksisterende enhed med en velvillighed til at indgå i de strukturelle praksisser. De nytilkomne bevarer deres egen identitetsforståelse og kulturelle uafhængighed. En respondent har til billede 1 kommenteret: *"Søjleopdelt i de gamle afd."* (Bilag 2: 6). Forskellen på disse to fusionsudfald, separations- og integrationsudfald er teoretisk, hvorvidt de fusionerende parter vedholder hver deres strukturelle praksisser eller ej. De to udfald illustrerer begge, at der er en kulturel uafhængighed af hinanden. Begge fusionsudfald illustrerer altså en fredelig sameksistens (Nahavandi & Malekzadeh 1988: 82-83). 14 ud af de 17 respondenter oplever afsnittet som opdelt i henhold til de forhenværende afsnit. Dog på to forskellige måder. Hvor de ti af lægerne oplever, at både kulturelle og strukturelle praksisser holdes adskilt, erfarer fire af respondenterne, at det kun er kulturelt de holdes adskilt.

De resterende tre respondenter har svaret billede 3. Dette billede henviser til det klassiske rationale bag en fusion; synergieffekter, rationalisering og øget kvalitet. De tre læger, der har valgt

dette billede, oplever fusionsudfaldet, hvor lægegruppen har fundet en fælles retning og vil blive én samlet gruppe.

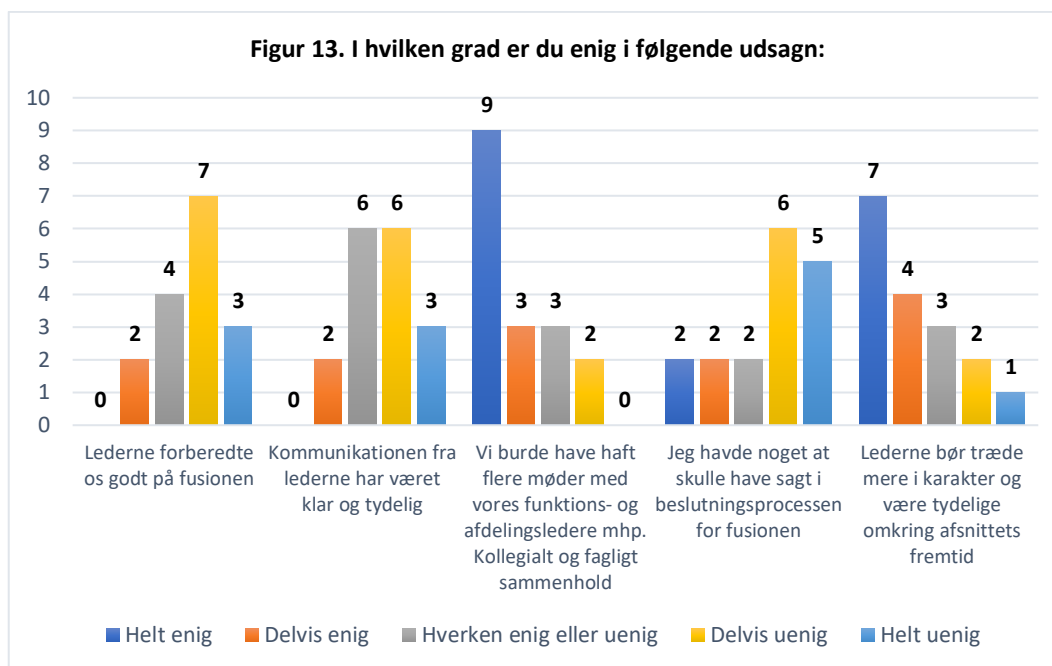
Respondenternes valg af hvilket billede de mener bedst beskriver fusionen tegner et mønster af, at størstedelen af lægegruppen ikke oplever sig som en fælles gruppe med én fælles retning. Mønstret ser vi i lyset af svarfordelingerne på de tidligere spørgsmål og udsagn, hvor respondenterne besvarelser indikerer to forskellige opfattelser af fusionsbeslutning: Henholdsvis en god beslutning og ide, hvor de rationelle valg bag fusionen anerkendes, og en oplevelse af at fusionen ikke er en god beslutning og ide, hvortil de rationelle valg bag fusionen samtidigt ikke anerkendes. Dermed er der allerede i vurderingerne og erfaringerne af fusionsbeslutningen forskellige oplevelser mellem lægerne fra ITA/OVITA og afd. I. Yderligere viser de tidligere besvarelser, at størstedelen af den samlet lægegruppe er enige om, at de ikke oplever en tydelig strategi for fusionen og en tydelig struktur for de ændrede arbejdsgange. Respondenternes kommentarer nuancerer yderligere tendensen. En skriver: *"Disse kulturer og arbejdsgange er meget svære at forene. Det giver ingen mening med 3 afd. SYPL., 2 funktionsledere og dagligt 2 sypl. Koordinatorer. 2 forskellige nyhedsbreve!!!!!"* (Bilag 2: 6). En anden skriver: *"På nuværende tidspunkt ligner tilstanden 2 ved siden af hinanden eksisterende enheder, som måske ikke går i modsatte retninger, men er langt fra at være integreret"* (Bilag 2: 6).

6.2. Anden tematik: Ledelse

Denne del af analysen omhandler temaet ledelse og hvordan lægegruppen vurderer og erfarer ledelsen i forbindelse med fusionen. Som nævnt i teorien er der mange ledelsesmæssige udfordringer og vanskelige faser at forholde sig til i en fusionsproces. I kombination hertil viser studier, at kulturer er svære og tager tid at fusionere og forandre. Det kræver ekstra opmærksomhed og energi fra lederne at lede sammenlagte personalegrupper mod en fælles og ny kultur.

6.2.1. Involvering og forberedelse op til fusionen

For at få et indblik i hvordan lægerne vurderer ledelsen i fusions- og integrationsprocessen, er de blevet stillet fem udsagn i et spørgsmålsbatteri. Svarkategorierne udgør: *Helt enig, Delvis enig, Hverken enig eller uenig, Delvis uenig og Helt uenig*. Som det fremgår af figur 13 herunder, er der generelt stor spredning i respondenternes besvarelser. Denne spredning tyder på, at lægegruppen vurderer og erfarer ledelsens rolle og ageren i fusionen meget forskelligt.



De fire første udsagn omhandler respondenternes erfaringer vedrørende forberedelsen og fasen inden selve sammenlægningen. Af besvarelserne af disse fire udsagn tegner der sig et billede af, at nogle af respondenterne i en eller anden grad har savnet mere inklusion i perioden op til sammenlægningen i oktober 2018. Dette både være sig i forberedelsen, i kommunikationen, i deltagelse i møder og i selve beslutningsprocessen. Denne oplevelse blandt lægerne kan pege tilbage på, at fusionsplanerne blev lavet om kun et halvt år forinden fusionen fandt sted. Som nævnt i casebeskrivelsen blev det i april 2018 besluttet, at ITA/OVITA skulle fusionere med afd. I. i stedet for at flytte til afsnit Syd. Grundet ændringen i fusionsplanerne kan fusionen opleves som en omvæltende forandring hos nogle af lægerne. Afhængigt af den oplevet forandring vil den enkelte læge også opleve en grad af usikkerhed og stress i forbindelse med fusionen. Hvilket kun er med til at forstærke ønsket om inklusion og kommunikation.

Sidste spørgsmål i spørgsmålsbatteriet omfatter respondenternes vurdering af, hvordan ledelsen skal agere, efter sammenlægningen har fundet sted. Her bliver lægerne spurgt om de er enige i, at lederne bør træde mere i karakter og være tydelige omkring afsnittets fremtid. Som det fremgår af figur 13, har 11 svaret, at de er *delvis* eller *helt enige* i spørgsmålet. Sat op imod at kun tre respondenter svarer, at de er *delvis* eller *helt uenige*, indikerer det, at lægerne oplever en vis usikkerhed i forbindelse med afsnittets fremtid og mål. En mindselse af oplevelsen af usikkerhed kan forekomme ved tydelig kommunikation af visioner og mening med fusionen. Det kræver en opmærksomhed på integrationsfasen, da denne fase og de dertilhørende aktiviteter og handlinger,

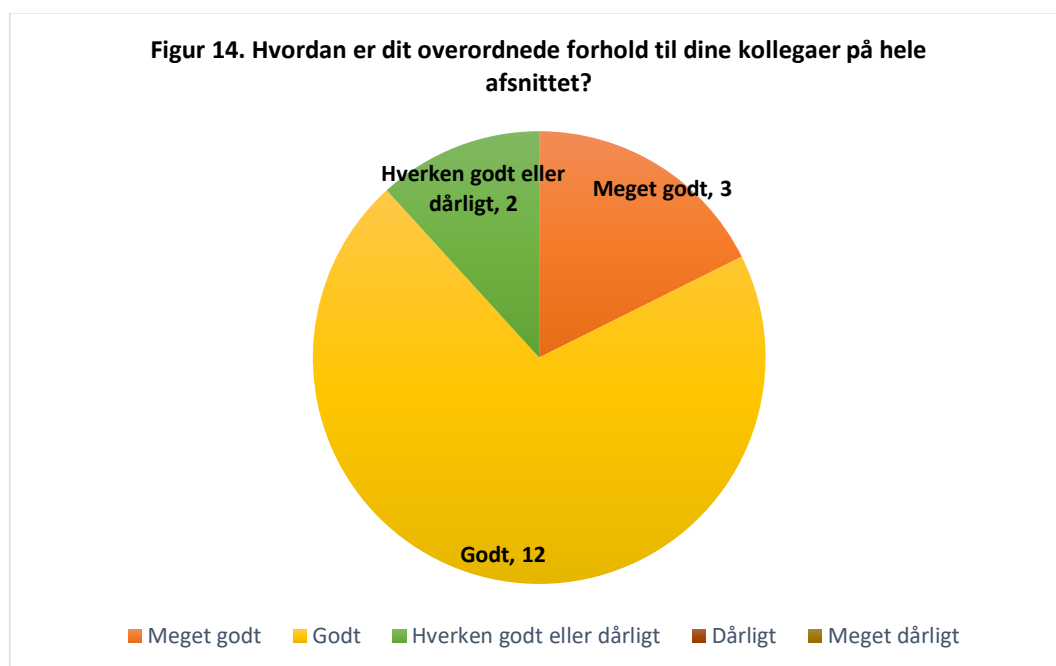
er med til kunne lykkes med de forventede fordele ved fusionen. Herudover kan det mindske den førnævnte mulige usikkerhed og stress, som kan opleves af nogle af lægerne. Respondenternes besvarelser indikerer, at store dele af lægegruppen savner en tryghed omkring afsnittets fremtid.

6.3. Tredje tematik: Kollegaer

Tredje tematik har fokus på lægernes vurderinger og erfaringer af det kollegiale forhold på afsnit Øst. For at få et indblik i lægernes forhold til deres kollegaer spørger vi om deres overordnede forhold til kollegaerne på hele afsnittet. Vi spørger hvor enige de er i udvalgte udsagn vedrørende det kollegiale sammenhold, samt om de oplever grupperinger på afsnittet. Tematikken er med til at give et indblik i lægernes oplevelser af den sociokulturelle integration i forhold til at få de tre forhenværende afsnit til at smelte sammen til ét afsnit.

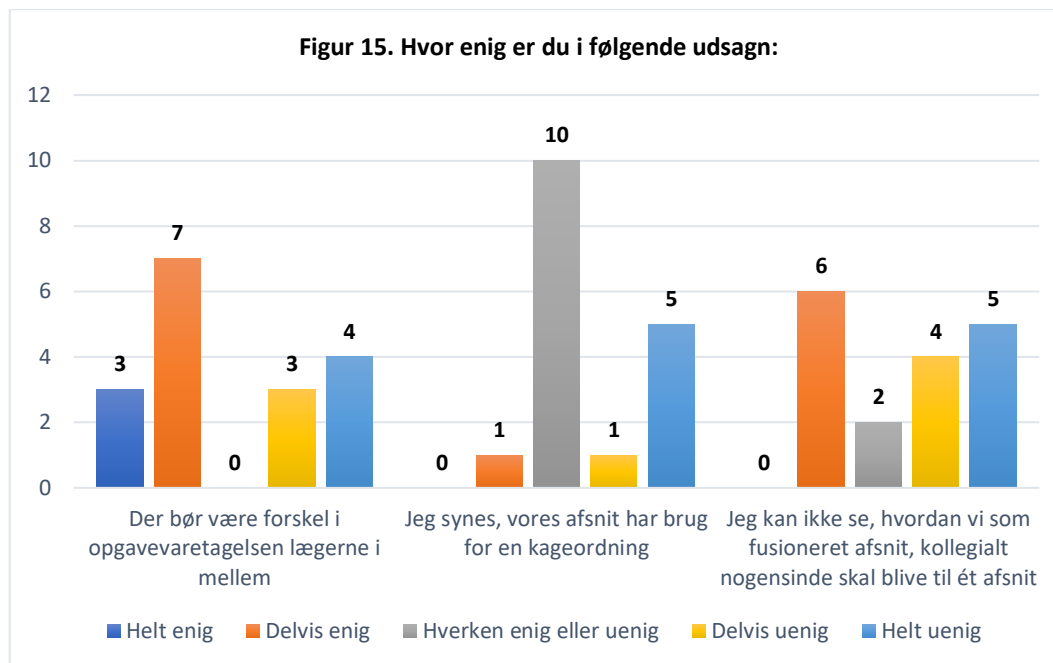
6.3.1. "Godt kollegialt!"

Som det fremgår af figur 14 herunder, er respondenternes besvarelser af spørgsmålet om, hvordan deres overordnede forhold er til deres kollegaer på afsnit Øst, overordnet positivt. 15 af respondenterne vurderer deres forhold til deres kollegaer som værende *Godt* og *Meget godt*. De to resterende respondenter mener, at deres forhold til deres kollegaer er *Hverken godt eller dårligt*. Det viser, at der i lægegruppen er en generel positiv oplevelse af det kollegiale forhold på afsnit Øst. Dette understreger en af respondenterne ved at kommentere på spørgsmålet: "*Godt kollegialt!*" (Bilag 2: 8).



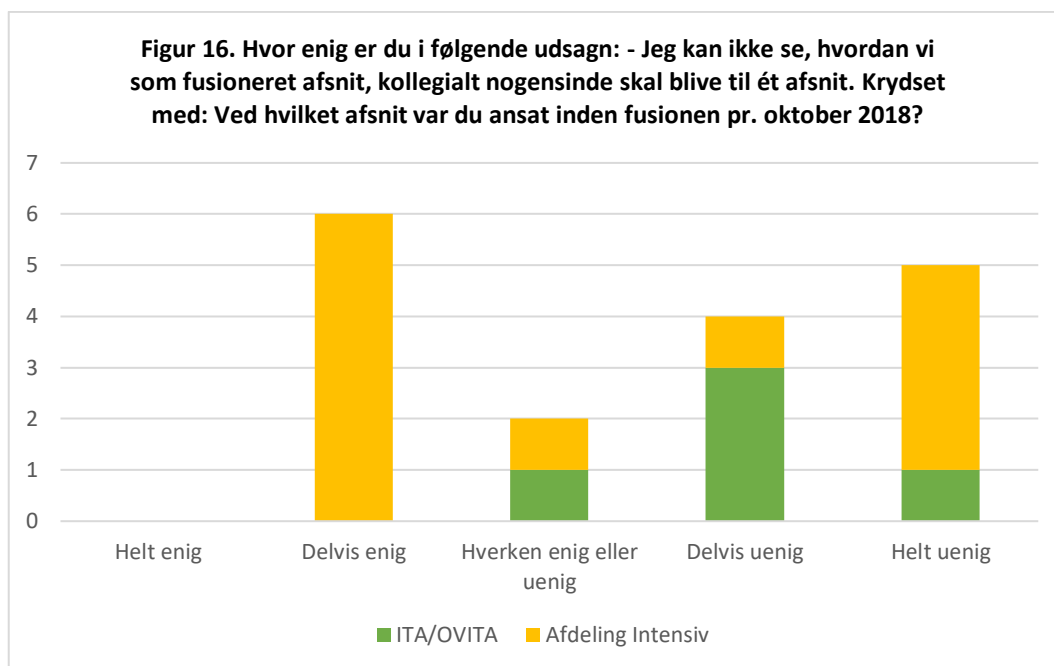
6.3.2. Kageordning: Nej tak

Respondenterne er efterfølgende blevet bedt om at graduere, hvor enige de er i tre givne udsagn. Svarfordelingen hertil fremgår af nedenstående figur.



Det første lægerne er blevet bedt om at forholde sig til, er om de mener der burde være forskel i opgavevaretagelsen lægerne i mellem. Svarene fordeler sig således, at 10 ud af de 17 respondenter i en eller anden grad er enige. Lægerne bliver derefter spurgt til deres enighed i, at afsnittet har brug for en kageordning. Hertil svarer 10 respondenter, at de er *Hverken enig eller uenig*. Yderligere svarer fem *Helt uenig*. Om dette er et udtryk for, at læger ikke spiser kage, eller om det ikke er de sociale sammenhænge, hvor kage kan være med til at fordre den hyggelige stemning og dermed fremme det sociale og gode kollegiale forhold, kan vi ikke konstatere ud fra svarene.

Sidste udsagn omhandler respondenternes enighed i, at de ikke kan se hvordan de som fusioneret afsnit nogensinde skal blive til ét afsnit kollegialt. Af besvarelserne fremgår det, at lægegruppen ikke oplever dette ens. Seks af respondenterne har svaret *delvis enig*. Hvorimod ni har svaret *delvis* eller *helt uenig*. Det bemærkelsesværdige er, som den bivariate analyse i figur 16 herunder viser, er de seks respondenter, der har svaret *delvis enig* er fra det forhenværende afd. I. Trods de forskellige oplevelser blandt lægerne har over halvdelen svaret, at de i en eller anden grad er uenige udsagnet.

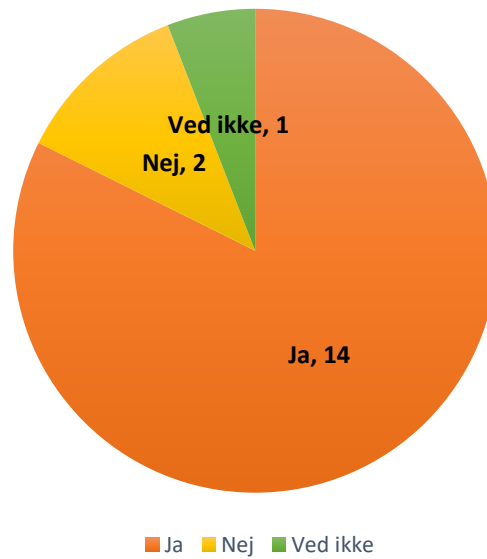


Ifølge besvarelsene tyder det på, at store dele af den samlede lægegruppe ikke har en oplevelse af, at integration er lykket. Derimod viser besvarelsene, at flere af lægerne vurderer, at der bør være forskel i opgavevaretagelsen lægerne imellem. Yderligere viser besvarelsene, at der er spredte vurderinger i lægegruppen om, hvorvidt de overhovedet nogensinde kollegialt vil blive ét afsnit. Her viser den bivariate analyse, at det særligt er nogle af lægerne fra det forhenværende afd. I., der er skeptiske i forhold hertil. Besvarelsene indikerer en opdelt modvilje mod integrationen af afsnit Øst, hvori de tre forhenværende afsnit smeltes sammen til ét fælles afsnit. En del af lægegruppen er optimistiske i forhold til dette. Hvilket afspejles i besvarelsene fra lægerne fra det forhenværende ITA/OVITA. Dertil kan vi rette blikket mod den længere forberedelsestid på tre-fire år som ITA/OVITA har haft, modsat afd. I. Vi påpeger, at der netop med den længere forberedelsestid for ITA/OVITA har været tid til at opnå en rationel forståelse og dermed accept af fusionen.

6.3.3. "Tydelig opdeling mellem nye- og gamle-Østlæger"

Det sidste spørgsmål respondenterne har svaret på i temaet om kollegaer er, om de oplever grupperinger i lægegruppen. Her viser svarfordelingen på figur 17, at 14 ud af de 17 respondenter har svaret *Ja* til spørgsmålet.

Figur 17. Oplever du en gruppering i lægegruppen?



Ved at svare *Ja* i spørgeskemaet ledes respondenterne automatisk videre til spørgsmålet: "*Hvis 'Ja' hvordan?*". Her har respondenterne mulighed for at uddybe deres svarafgivelse. Dette gjorde 13 af respondenterne. Herunder er et udpluk af nogle af de i alt 13 afgivne kommentarer:

"Der er en opsplitting mellem "nye" læger og gamle "afd. I" læger. Delvist kulturelt betinget, der har været højere til loftet, mere flad struktur, og langt bedre vilje til ad hoc løsning af problemer i "gamle I" end blandt i hvert fald nogle af de "gamle ITA/ovita" hvor strukturen synes at have været mere topstyret af overlægerne og fleksibilitet mht. arbejdstid/opgaver synes mindre"

(Bilag 2: 9)

"Tydelig opdeling i mellem ny- og gammel-østlæger. Desværre også mere hierarkisk struktur bragt ind i afd fra ny øst-læger"

(Bilag 2: 9)

"Det er på flere niveauer: overlæger generelt, samt læger fra ita-ovita, som vil fortsætte med at arbejde på den tidlige manér i stedet for at finde nye måder, som vil passe til alle"

(Bilag 2: 10)

"Overlæger vs. afdelingslæger og tidl. I (red. Afd. I.) vs. OVITA/ITA"

(Bilag 2: 10)

Af respondenternes kommentarer tegner der sig et mere nuanceret billede af afsnit Øst. Overordnet giver respondenterne udtryk for, at der er en klar gruppering mellem de forhenværende afsnit. Heraf fremgår det af kommentarerne også, at grupperingerne skyldes forskel i fagligheden samt forskellige arbejdskulturer- og strukturer. Vi så i ovenstående analyse, at der er et positivt kollegialt forhold. Det tyder på, at det særligt er på det faglige og kulturelle område, at grupperingerne opretholdes. Det fremgår tilmed i de øvrige kommentarer, at der er en skelnen mellem grupperingerne i henholdsvis et *"A hold og B hold"* og *"Gamle øst vs. nye østlæger"* (Bilag 2: 9-10).

Ser vi samlet på spørgsmålene der henvender sig til respondenternes vurdering af grupperinger, kollegiale forhold og afsnittets fremtid som ét samlet, tegner der sig et billede af, at lægernes sociokulturelle integrationsproces er præget af en opdeling i de forhenværende afsnit. Indenfor disse grupperinger er det kollegiale forhold positive. Lægerne ser ikke, at disse forhold kommer til at ændre sig. Med kommentarerne tyder det på, at det er forskellighederne i fagligheden og kulturen, som opretholder grupperingerne.

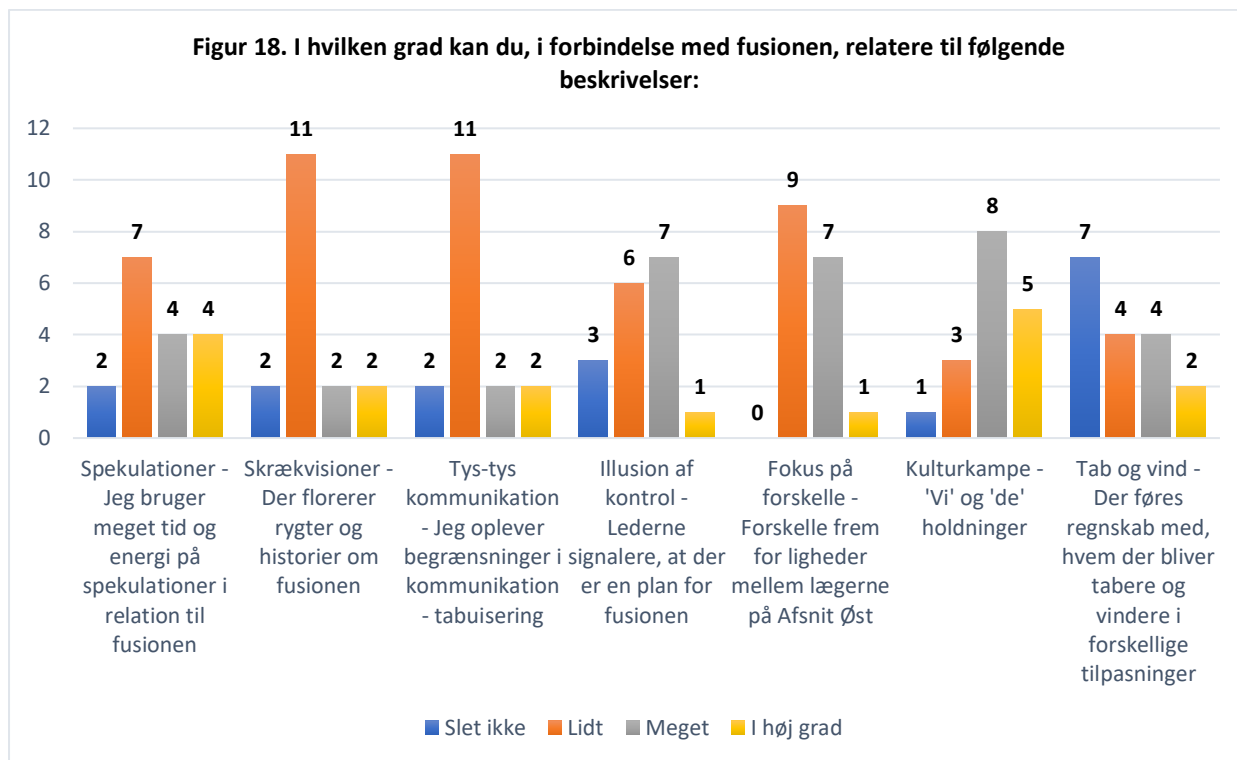
6.4. Fjerde delanalyse: En overordnet vurdering og erfaring med fusionen

I denne fjerde delanalyse tager vi udgangspunkt i det sidste tema fra spørgeskemaet. Det sigter efter at forstå lægegruppens overordnede vurderinger og erfaringer af fusionen. Hertil bliver respondenterne præsenteret for syv udsagn til graduering. Disse udsagn tager i udgangspunktet afsæt i *"Fusionssyndromet"* (jf. metodologi). Vi beder lægegruppen om at graduere syv udvalgte indikatorer. Det gør vi for at få en forståelse af lægegruppens vurdering og erfaring af disse, da det vil nuancere lægegruppens oplevelse af fusions- og integrationsprocessen.

Afslutningsvist er respondenterne herefter blevet bedt om at skrive deres egne vurderinger af, hvad de mener er fusionens tre største styrker og svagheder.

6.4.1. "Der bliver brugt meget energi på tanker om fusionen"

Første spørgsmål går, som nævnt, på en graduering af syv udvalgte tegn på fusionssyndromet. Ud fra vores univariate frekvensanalyse af de syv udvalgte indikatorer, fremgår svarfordelingen på figur 18 herunder.



Da fusioner altid i et eller andet omfang vil påvirke den involveret, sigter de to første symptomer efter at give et indblik i hvilken grad sammenlægningen har indvirkning på lægernes dagligdag samt deres oplevelse af usikkerheder og frustrationer (Marks & Mirvis 1986: 151). Som figur 18 viser, har knapt halvdelen af respondenterne svaret, at de enten i *meget* eller i *høj grad* kan relatere til, at de bruger meget tid og energi på spekulationer i relation til fusionen. Af de 17 respondenter har de 15 i større eller mindre grad spekulationer omkring fusionen. En respondent har endda kommenteret, at: *"Der bliver brugt meget energi på tanker om fusionen"* (Bilag 2: 12). Anden indikator relaterer sig til de mulige skrækvisioner eller forestillinger, som kan florere i forbindelse med en fusion. Til dette svarer 11 respondenter, at de *lidt* kan relatere til problemstillingen. To svarer *Slet ikke*. Modsat besvarelserne på første indikator er der her en overvægt af respondenter, som ikke lægger væsentligt vægt på, at der florerer skrækvisioner. Noget tyder på, at de spekulationer respondenterne har, forbliver hos dem selv og ikke bliver omdannet til skrækvisioner til oplysning i sociale sammenhænge.

De to efterfølgende indikatorer inddeles i emnet kommunikation, og særligt i respondenternes oplevelse af kommunikationen fra lederne side. Den første af disse spørger ind til, i hvilken grad respondenterne oplever, at der er begrænsninger og tabuisering i kommunikationen. Spørgsmålet stilles da kommunikationen fra lederne til medarbejdere, ifølge Marks & Mirvis, kan opleves

hemmeliggørende (Marks & Mirvis 1986: 151). Fordelingen af besvarelserne viser, at 13 ud af de 17 respondenter *ikke* eller *lidt* oplever denne form for kommunikation fra ledelsen. Besvarelserne tyder dermed på, at der ikke er en oplevelse af begrænsninger i kommunikationen. Ovenstående tema vedrørende oplevelsen af ledelsen viste, at store dele af lægegruppen ikke oplever kommunikationen fra ledelsen som værende tydelig nok. Resultatet viser af besvarelserne her, at kommunikation ikke indeholder oplevelsen af hemmeliggørende kommunikation. Noget peger på, at lægegruppen har tillid til ledelsen i relation til, at denne ikke skjuler eller holder nogle informationer hen. Ydermere har respondenterne svaret på, om de vurderer at lederne signalerer, at de har kontrol over og har en plan for fusionen. Syv af respondenterne mener, at de kan relatere *meget* til dette. I alt svarer 14 af de 17 respondenter, at de i en eller en grad kan relatere til denne indikator. Respondenterne har en oplevelse af, at lederne har en plan for fusionen. Hvorvidt de synes planen er den rigtige eller overhovedet god, kan vi ikke sige noget om på baggrund af disse besvarelser. De tidligere delanalyser indikerer, at nogle af lægerne ikke er overvejende positive omkring beslutningen om selve sammenlægningen og motiverne bag fusionen om stordriftsfordele og kvalitetsløft.

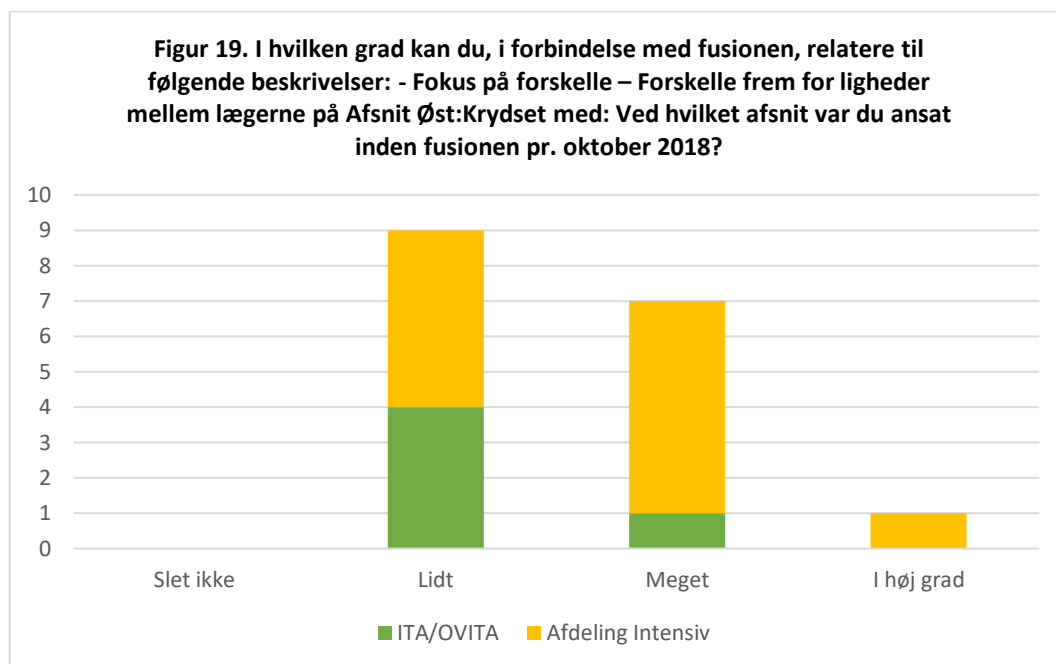
De sidste tre indikatorer respondenterne besvarer, omhandler deres vurdering og oplevelse af 'Os & Dem'-tilstande på afsnittet. Ved indikatoren om respondenterne kan relatere til en oplevelse af fokus på forskellene frem for lighederne mellem lægerne, er der ingen, der har svaret *Slet ikke*. Derimod har knap halvdelen svaret *Lidt*. Otte af respondenterne oplever, at de kan relatere *meget* og *i høj grad* til udsagnet. Der er stor tilslutning i lægegruppen til, at de oplever en grad af fokus på forskellene frem for lighederne lægerne i mellem. I analysen af lægegruppens oplevelser og vurderinger af grupperinger så vi, at der er en udpræget tendens i lægegruppen til vurdering af grupperinger. Grupperinger der særligt omhandler forskellene i fagligheden og patientgrupperne samt forskellige sociokulturelle rammer og forventninger.

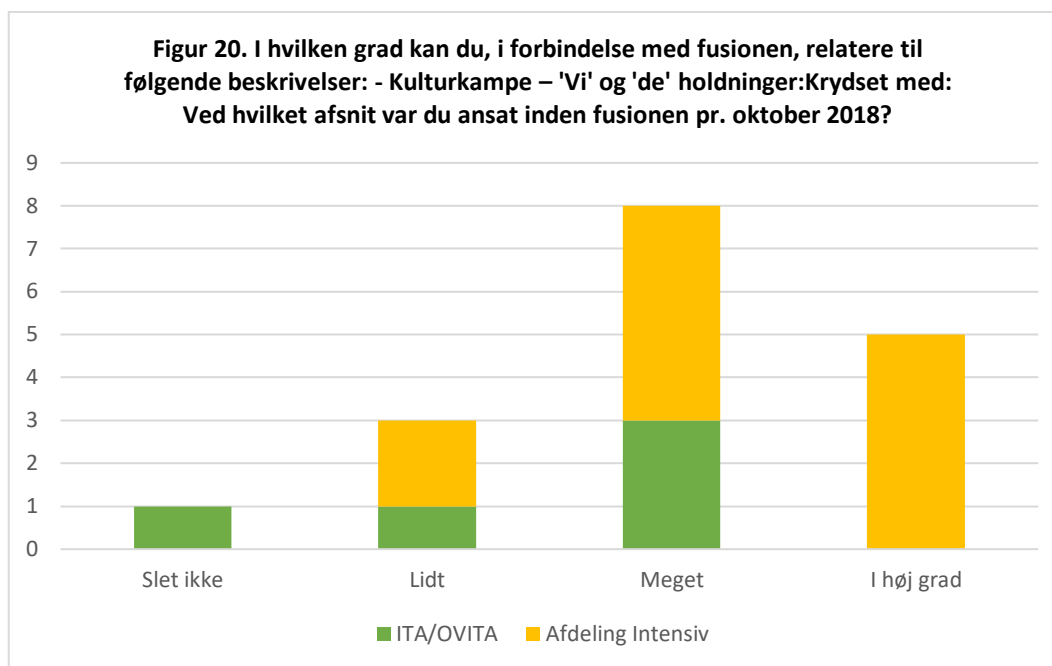
Lægegruppens oplevelse af fokus på forskelle på afsnit Øst understøttes yderligere af respondenternes besvarelser i forhold til, om de kan relatere til oplevelsen af kulturkampe og 'Os' & 'Dem'-holdninger på afsnittet. 12 af respondenterne svarer, at de i *meget* eller *i høj grad* kan relatere til denne indikator. Den høje tilslutning til at lægerne kan relatere til både en 'Os & Dem'-kultur og at de oplever et fokus på forskellene lægerne imellem, kan være et udtryk for oplevelsen af, at den ene parts arbejdsstrukturer, normer og kultur vægtes højere end den anden parts, hvorfor

disse vælges som måden at gøre tingene på afsnittet (Marks & Mirvis 1986: 152). At nogle af lægerne oplever 'Os & Dem'-tilstande kan være en yderligere indikation på en oplevelse af opdeling mellem de fusionerede afsnit. I fusionsprocessen kan lægerne have en bekymring for at miste deres arbejdsformer, måder at gøre tingene på og deres arbejdskultur, hvis de lader sig indgå i det andet afsnits kultur og praksisser. Ved at værne og beskytte egne praksisser og processer styrkes sammenhængskraften internt hos de enkelte enheder.

Den sidste indikator respondenterne skal graduere, er rettet mod deres opfattelse af, hvem der bliver 'vindere' og 'tabere' på afsnit Øst. Her tilkendegiver syv respondenter, at de *slet ikke* kan relatere til denne mentalitet. Ydermere svarer fire respondenter *Lidt*. Til trods for at besvarelserne vedrørende 'Os & Dem'-tilstandene på afsnit Øst viste, at lægerne oplever dette i udpræget grad, tyder respondenternes svar her på, at der ikke er en generel oplevelse af en konkurrencekultur blandt lægerne. Besvarelserne viser, at lægerne ikke oplever, at der mellem lægerne eller de forhenværende afsnit holdes regnskab med hvem der vinder og hvem der taber.

Efter denne univariate analyse har vi foretaget en bivariat analyse, hvor vi har krydset de syv indikatorer på fusionssyndromet med, hvor respondenterne var ansat inden fusionen (Bilag 3). I analysen ser vi nærmere på svarfordelingen på indikatorerne "*Fokus på forskelle*" og "*Kulturkampe*", og ved hvilket afsnit respondenterne tidligere var ansat.





Som det fremgår af de to indikatorer *“Fokus på forskelle”* (Figur 19) og *“Kulturkampe”* (Figur 20) indikerer svarfordelingen, at respondenterne fra afd. I. i højere grad end ITA/OVITA kan relatere til disse to indikatorer. Der er stadig forholdsvis stor spredning i de to lægegruppers besvarelser.

Syv af de otte respondenter, der har svaret *Meget* eller *I høj grad* til indikatoren *“Fokus på forskelle”*, er fra afd. I. Samme mønster gør sig gældende ved indikatoren *“Kulturkampe”*. Her har 10 af de 12 respondenter fra afd. I. endda svaret *Meget* eller *I høj grad*. Begge lægegrupper oplever dermed i en eller anden grad en ‘Os & Dem’-tilstand på afsnittet. Denne tilstand opleves særligt og i høj grad blandt store dele af lægerne fra afd. I. At lægerne fra afd. I. i høj grad vurderer og erfarer ‘Os & Dem’-tilstande på afsnit Øst, kan indikere en oplevelse af et kultursammenstød mellem dem og lægerne fra ITA/OVITA. Vi så i ovenstående tillige en tendens til, at de forhenværende afsnit bevarer deres sociokulturelle forhold herefter. Dertil kan svarene her understøtte den tendens. I kultursammenstød vil der af de involverede parter, som nævnt, kunne opleves et pres og en frygt for at må give afkald på sine allerede eksisterende arbejdsprocesser- og kultur. At lægerne fra afd. I. hermed vurderer at afsnit Øst er præget af ‘Os & Dem’-tilstande indikerer, at der er en oplevelse af, at de forhenværende afsnit netop er præget af en stærk sammenhængskraft. Lægegruppens svarafgivelser peger på, at der ikke er en oplevelse af én fælles lægegruppe på afsnit Øst.

6.4.2. Fusionen: Styrker og svagheder

I dette afsnit gennemgår vi kommentarerne afgivet til spørgsmålet om, hvad respondenterne vurderer som fusionens tre største styrker og tre største svagheder. I spørgeskemaet er der afgivet

44 kommentarer til styrker og 48 kommentarer til svagheder. I bearbejdelsen af kommentarerne har vi indledningsvist farvekodet dem. Det betyder, at de kommentarer der indeholder samme svar eller betydning, hører under samme farvekode, som vi tildeler et fælles emne.

På baggrund af respondenternes kommentarer danner der sig et overordnet mønster af, at lægegruppen i visse henseender vurderer og erfarer de samme styrker ved fusionen. Som styrker fremtræder især disse tre emner: *Større faglighed og vidensdeling*; *Fleksibilitet el.lign.* samt *Økonomi og stordriftsfordele*. Under svagheder fremtræder der et knapt så tydeligt mønster. Det vil sige, at kommentarerne ikke direkte eller ordret henviser til eksempelvis *faglighed*. Derimod bærer nogle af kommentarerne præg af implicite forståelser. Dette er for eksempel kommentarer i form af enkeltord som: *tab*, *skuffelse* og *ulighed*. Vi har alligevel valgt de tre emner under svagheder, der går igen blandt besvarelsene: *Ledelse*; *Fysisk størrelse på afsnittet/afdelingen/AUH*; og *Faglighed*. Disse tre emner er et udtryk for, hvilke svagheder dele af lægegruppen vurderer og erfarer i forbindelse med fusionen.

Vi præsenterer først emnerne, der fremtræder som værende fusionens styrker. Herefter gennemgår vi respondenternes kommentarer til fusionens største svagheder.

6.4.3. Lægegruppens oplevelse af fusionens tre største styrker

Det emne flest respondenter har svaret på som en styrke, retter sig mod muligheden for større faglighed og vidensdeling. Svaret går igen i 19 af besvarelsene. Respondenterne skriver blandt andet: *"Bredere og styrket faglighed i lægekollegiet"*, *"Bredt læringsmiljø"* og *"Vidensdeling til hele personalet og bedre service fra Stamafdelinger"* (Bilag 2: 12-13). En af kommentarerne lyder: *"Faglighed kan styrkes hvis der samarbejdes"* (Bilag 2: 12). Kommentaren tyder på, at respondenterne ser muligheden for styrkelse af fagligheden, hvis der samarbejdes bedre på tværs af lægegruppen. Kommentaren hentyder implicit, at der er samarbejdsvanskeligheder lægerne imellem. Et resultat vi tilsvarende så tidligere i analysen.

Det emne, der er gentaget næst flest gange, vedrører muligheden for større fleksibilitet både i form af flere kollegaer og overfor patienten. Svar i relation til emnet er afgivet 11 gange. Hertil lyder nogle af kommentarerne blandt andet: *"Flere kollegaer i vagten"*, *"Patienten ses hurtigere af læge fra relevant speciale"* og *"Mulighed for stor fleksibel afdeling"* (Bilag 2: 12-13). Kommentarerne peger på, at lægerne ser et potentiale i at være en lægegruppe med stor lægefaglig diversitet. At afsnittet er udvidet i patientgruppe betyder, at lægegruppen er vokset. Dette oplever lægegruppen

som en mulighed for, at der vil være flere læger på gangene. På den måde kan patienten få det bedst mulige forløb, og lægerne kan aflastes nemmere i travle perioder.

Til næste emne gentages kommentarerne tilsvarende 11 gange. Disse omhandler de styrker respondenterne ser i forhold til de økonomiske- og stordriftsfordele der kan være i en fusion. Nogle af kommentarerne hertil lyder blandt andet: *"Rationalisering/Økonomisering"*, *"Bedre overblik over AUHs Intensiv ressourcer"*, *"Økonomiske besparelser på sigt"* og *"Optimale brug af pladser"* (Bilag 2: 12-13). Dele af lægegruppen ser hermed fordele i at blive en større lægestab og afsnit, da det derved vil give mulighed for effektivisering og besparelser. Denne vurdering blandt dele af lægegruppen stemmer overens med ledelsens målsætninger og bevæggrunde for netop at fusionerer (Bilag 6).

6.4.4. Fusionens største svagheder

I kommentarerne til hvilke svagheder respondenterne ser som de tre største, er det emnet om *Ledelse*, der fremtræder flest gange. De 17 besvarelserne hertil efterspørger tydeligere og mere kommunikation samt synlig ledelse. Efterfulgt af de 17 kommentarer i relation til ledelse er der afgivet 14 kommentarer, som omhandler størrelsen af AUH og opbygningen af afsnit Øst. Disse lyder blandt andet: *"Størrelsen på afsnittet er svær at håndtere"* og *"Enhedens størrelse bidrager til, at det bliver svært at beholde overblik"*, *"Ueffektivitet pga størrelsen"* samt *"Kæmpe uoverskuelig afdeling"* (Bilag 2: 13-14). Netop afsnittets størrelse og fleksibilitet blev af andre respondenter fremhævet som en styrke ved fusionen. Besvarelserne her peger dermed på, at der ved emnet ikke er overensstemmelse i lægegruppens vurderinger af styrker og svagheder ved fusioneringen.

Yderligere besvarelser om svagheder ved fusionen henvender sig til fagligheden. Her er det blot syv ud af de 48 kommentarer, der retter sig mod dette. Sat op imod de 19 kommentarer der ser netop fagligheden som den største styrkelse ved fusionen, er antallet af kommentarer relativt lille. Nogle af kommentarerne kan endog relateres til emnet om stordrift. Som eksempel kommenterer en respondent, at: *"meget specialiserede behandlinger lægges på flere hænder – mister erfaring/kompetencer på superspecialiseret niveau"*. En anden respondent skriver: *"Svært at være faglig dygtig på alle områder"* (Bilag 2: 13). Disse besvarelser tyder på, at et fåtal af lægerne frygter for at fagligheden bliver sat på kompromis i forhold til stordrift og størrelse. Det peger igen på, at lægegruppen gerne vil forbedre kvaliteten. De er ikke villige til at levere samme kvalitet til færre

penge, da de derved frygter det vil gå ud over patienten (Lerborg 2013: 74). Ydermere ser vi her, at fagligheden spiller en rolle i den eventuelle usikkerhed, som en fusion kan afstedkomme.

6.5. Opsamling på *What's going on*

Vi har i ovenstående anvendt fire overordnet tematikker til at afdække og belyse "*What is going on*" på afsnit Øst, set fra lægegruppens perspektiv. På baggrund af lægegruppens besvarelser af spørgeskemaet og disse fire tematikker tegner der sig et billede af lægegruppens vurderinger og erfaringer af fusionen. Billedet viser, at der på forskellige områder er forskel i lægegruppens besvarelser afhængigt af, hvilket afsnit lægerne var tilknyttet inden fusionen. På andre punkter tyder det på, at lægegruppen har overvejende samme vurderinger og erfaringer med fusionen. På helt tredje punkter har den samlede lægegruppe forskellige vurderinger og erfaringer af fusionen uden at der er nogen tydelig sammenhæng mellem, hvilket afsnit lægerne kommer fra. Resultaterne er ikke entydige, men er med til at nuancere lægegruppens vurderinger og erfaringer af fusionen, og er samlet med til at vise at en fusions- og integrationsproces opleves individuelt og forskelligt. Dette understreger kun, at der i en fusion ikke findes én best practice. Vi vil herunder samle op på disse resultater.

Som vist i ovenstående analyse er det særligt lægerne fra ITA/OVITA, der vurderer og erfarer fusionen mellem de tre forhenværende afsnit, som værende overvejende en dårlig ide og beslutning. Lægerne fra ITA/OVITA vurderer, at gennemførelsen har været til en vis grad positiv. Modsatte billede tegner der sig af lægerne fra afd. I. og deres vurderinger og erfaringer. De vurderer ideen og beslutningen om fusionen overvejende positivt, hvorimod de til gengæld vurderer gennemførelsen af fusion som værende dårlig. Besvarelserne indikerer, at der er uenighed mellem de forhenværende afsnit om, hvorvidt fusionsbeslutningen anerkendes. Dette viser sig både i lægernes vurderinger af ideen bag og beslutningen om at fusionere samt oplevelsen af motiverne bag fusionen.

I respondenternes valg af hvilket billede de mener bedst beskriver afsnit Øst, viser besvarelserne lægernes umiddelbare oplevelse af tre forskellige fusionsudfald. Heraf indikerer besvarelserne, at størstedelen af lægegruppen oplever fusionen som, at de lever i fredelig sameksistens. Her lever de forhenværende afsnit fredeligt side om side på afsnit Øst.

I ovenstående analyse ser vi, at den samlede lægegruppe er delt i oplevelsen af hvorvidt målet, strategien og strukturen vedrørende fusionen, er tydelig. Størstedelen af lægegruppen oplever, at

der ikke er en klar og tydelig strategi, mål eller struktur i forbindelse med fusionen. Ifølge besvarelsene er der en udpræget oplevelse i lægegruppen af, at der i forbindelse med fusionen ikke har været en tydelig og klar kommunikation, videreformidling eller inddragelse angående mål, strategi og struktur. Denne type af kommunikation er et vigtigt virkemiddel i integrationsprocessen for at opnå en vellykket fusion. Dette skyldes at en tydelig kommunikation netop vil mindske lægernes usikkerhed omkring mål, strategi og struktur. Kommunikation kan ikke alene løse dette, men er en væsentlig del af det. Besvarelsene viser delte vurderinger af, hvorvidt kommunikationen har været tilstrækkelig. Det er med til at understrege hvor forskelligt og individuelt en fusion opleves. Besvarelsene indikerer, at nogle af lægerne har et større behov og ønske om ledelse modsat andre af deres kollegaer. Vi ser i analysen, at der er stor spredning i lægernes svarafgivelser vedrørende deres vurderinger og erfaringer af ledelsen i forbindelse med fusionen. Der er en tendens til at lægerne efterlyser mere kommunikation og ønsket om en bedre forberedelsesperiode op til fusionen.

Ydermere viste resultaterne fra spørgeskemaet, at der er en udpræget grad af tilfredshed og positivitet i lægegruppen vedrørende de kollegiale forhold på afsnit Øst. Til trods for dette giver lægegruppen via deres kommentarer i spørgeskemaet udtryk for, at der er en klar opdeling i forhold til "gamle Øst" (afd. I.) og de "nye" læger (ITA/OVITA). Grupperingerne skyldes særligt forskel i fagligheden samt forskellige kulturelle rammer og forventninger. Yderligere hentydes det implicit i lægernes kommentarer vedrørende grupperinger, at de "nye" læger er dem der peges på i lægegruppen. Som årsag på grund af en modvilje i fusionen til at afsnit Øst ikke har fundet en fælles retning på alle parametre (Bilag 2: 9-10). Ingen af kommentarerne berører den samme konstateret uvilje målrettet det forhenværende afd. I. At de "gamle" læger fra afd. I. påpeger modvilje og modarbejdelse fra de "nye" læger fra ITA/OVITA, kan ifølge fusionsteorien tyde på Syndebukmekanismen. Ifølge litteraturen bliver syndebukmekanismen ofte taget i brug som håndteringsstrategi mod det nye og uvisse. Håndteringsstrategien bruges i situationer, hvor en gruppe udpeger en syndebuk på baggrund af afvigende adfærd, og bevarer denne opfattelse for egen hævde og identitetsdefinition (Eagle & Newton 1981: 284).

I besvarelsene af det sidste tema om overordnet vurderinger og erfaringer, ser vi i spørgsmålsbatteriet med de syv indikatorer fra teorien om *fusionssyndromet*, at det især er emnet om kulturforskelle og 'Os og Dem'-tilstande samt den individuelle oplevelse af at bruge meget tid

og energi på spekulationer over fusionen, der er fremtrædende. At lægegruppen oplever 'Os & Dem'-tilstande på afsnit Øst, er en indikation på oplevelsen af et skel i de fusionerede afsnit. Skellet kan være en indikation på, at lægerne frygter at miste deres arbejdsformer, måder at gøre tingene på og deres arbejdskultur. Ud fra det står de sammen for at forsøge at bibeholde deres identitet og kendte praksis.

Af lægegruppens vurderinger af fusionens tre største styrker og tre største svagheder viser kommentarerne, at store dele af lægegruppen godt kan se de organisatoriske, strategiske og økonomiske styrker ved sammenlægningen af de tre afsnit. Men de ser samtidig, at besparelserne og størrelsen vil gå ud over patienterne samt lægernes egne faglige specialiseringer.

Opsamlingen på resultaterne fra spørgeskemaet giver os, som nævnt ovenfor, anledning til at foretage fokusgruppeinterviewet. Med analysen af fokusgruppeinterviewet kan vi til sidst præsentere en delkonklusion af de to analyser.

6.6. Fokusgruppeinterview - Resultaterne giver anledning til en kvalitativ uddybning

Ud fra ovenstående præsentation af resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen, har vi valgt at lave tre nedslag i resultaterne. Disse tre nedslag, har givet os anledning til at få uddybet disse med perspektiver og udsagn i et fokusgruppeinterview med tre læger fra afsnit Øst. De tre resultater vi har valgt er:

- Fusionsudfald
- Usikkerhed
- Ønsker til lederne

Disse tre resultater præsenterer vi for tre informanter. Vi beder informanterne om at uddybe og beskrive deres forståelse af resultaterne for os. Med det efterlyser vi eksempelvis deres perspektiv på vores brug af det teoretiske begreb "Syndebuksmekanismen". Det gør vi for at forstå, om den analyse er at strække den for langt. Formålet med informanternes perspektiver, forståelser og udsagn er, at de hjælper os med at få nuanceret resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen. Vi udvælger disse resultater, da vi vurderer at en uddybning, afklaring og reducere, vil gavne analysen i den åbne fortolkning af billederen. Formålet med fokusgruppeinterviewet er, at få uddybende forklaringer og beskrivelser samt en forståelse af, hvad der ligger bag spørgeskemaresultaterne.

Informanternes svar og fortællinger er ikke mere gyldige end besvarelsene fra spørgeskemaet, men er med til at nuancere og højne forståelsen af vurderingerne og erfaringerne af særligt den sociokulturelle integrationsproces.

Analysen af besvarelsene er inddelt i fire tematikker på baggrund af interviewguiden: *integrationsprocessen; Fusionsudfald; Grupperinger og usikkerheder på afsnit Øst; samt tre ønsker til ledelsen.*

6.7. Integrationsprocessen

Som nævnt i casebeskrivelsen, blev det i april 2018 besluttet at ITA/OVITA skulle fusionere med afd. I. i stedet for at flytte til afsnit Syd. Allerede seks måneder senere fandt sammenflytningen sted. Her flyttede ITA og OVITA ind på afd. I., hvormed det nye afsnit, afsnit Øst, blev en realitet. Beslutningen om ændringerne i fusioneringen og den pludselige inddragelse af afd. I. har, ifølge informanterne, medvirket til at postfusionen opleves som turbulent. Informanterne beskriver det endda som *“Underlig”* og *“Uskønt”* (Bilag 11: 1, 4). En af informanterne fortæller om sin oplevelse og erfaring med fusionen og den pludselige ændring i planerne:

“Ja, processen den var meget meget underlig, fordi vi (red. ITA/OVITA) har jo forberedt os rigtigt grundigt og rigtigt længe i tre-fire år for at få det her til at fungere. Og så får vi at vide, fire måneder før vi skal fusionere, at det er noget helt andet vi skal, vi skal giftes med nogle helt andre og med nogle helt andre faglige udfordringer. Med en afdeling der kommer til at se meget anderledes ud i både størrelse og patientindtægt” (Bilag 10: 1)

I det at ITA/OVITA har forberedt sig i tre-fire år på at skulle flytte ind på afsnit Syd, betyder ændringerne, at ITA/OVITA i stedet skal forene sig med nogle andre forhold som for eksempel nye kollegaer, afsnittets størrelse og en større og mere varieret patientgruppe.

Oveni den pludselige inddragelse af afd. I. i fusionsplanerne fortæller informanterne, at de har en oplevelse af at nogle af lægerne fra afd. I. stadig var påvirket af efterskælvne efter den seneste organisatoriske ændringer, hvor *“hjertebørnene”* blev fjernet fra afd. I. Fusionen har ikke været den eneste organisatoriske ændring lægerne fra afd. I. har forholdt sig til i perioden op til fusionen. Dette forklarer en af informanterne som en mulig årsag til, at lægerne fra afd. I. ikke var tilstrækkeligt forberedt på fusionen, hvilket også har haft betydning for gennemførelsen:

“(...) det er faktisk her i øst, at I har haft nogle helt andre udfordringer i det halve år. Nemlig at børneområdet forsvinder. Det var jo en revolution. (...) I skulle simpelthen til at opfinde jer på ny igen. Og vi havde det indtryk, at denne her fusionsproces egentligt ikke fyldte ret meget hos jer og at det først er det der halve år, indtil vi står foran døren og siger: “hej nu er vi her”” (Bilag 11: 13)

Informanten giver her udtryk for, at lægerne fra afd. I. først rigtigt mærkede fusionen, da ITA/OVITA faktisk flyttede ind.

Ifølge informanterne oplever de, at de forhenværende afsnits modningsperiode og forberedelsestid op til selve fusionen, var turbulent og påvirket af forskellige forhold. Blandt andet påpeger informanterne, at ændringerne i fusionsplanerne samt efterskælvne efter den seneste omorganisering på afd. I. har betydet at både lægerne fra ITA/OVITA og afd. I. har haft en utilstrækkelig modningsperiode op til selve sammenlægningen (Angwin et al. 2014: 2372). Dette har, ifølge informanterne, haft betydning for oplevelsen af integrationsprocessen herefter.

6.7.1. Ændringer i fusionsbeslutningen

Ifølge informanterne har ændringerne i fusionsplanerne betydet usikkerhed om, hvorvidt der overhovedet var lyst til at flytte med over på afsnit Øst:

“Hvor den ledelsesmæssige beslutning, der blev taget meget sent, det gjorde bare at det blev et uskønt forløb. Og uskønt forløb, både på sygepleje siden og også på lægesiden, der har usikkerheden været om man GAD herover (red. til afsnit Øst). Altså der har der da været tanker. Det er betragteligt nemmere at blive i egen andedam end at træde herover i usikker vande” (Bilag 11: 4)

Informanten herover erfarer at grundet den sene beslutning om at fusionere afd. I. og ITA/OVITA, har det skabt en vurdering blandt sygeplejerskerne og lægerne om at afsnit Øst forekom usikkert. Som informanten fortæller, fristede det at blive i sin egen andedam, hvor arbejdsprocesserne- og kulturen er velkendte.

Selv om der gives udtryk for fusionsprocessen som pludselig, uskøn og underlig, vurderer og erfarer informanterne, at det ikke har været på bekostning af fagligheden og manglende kompetencer:

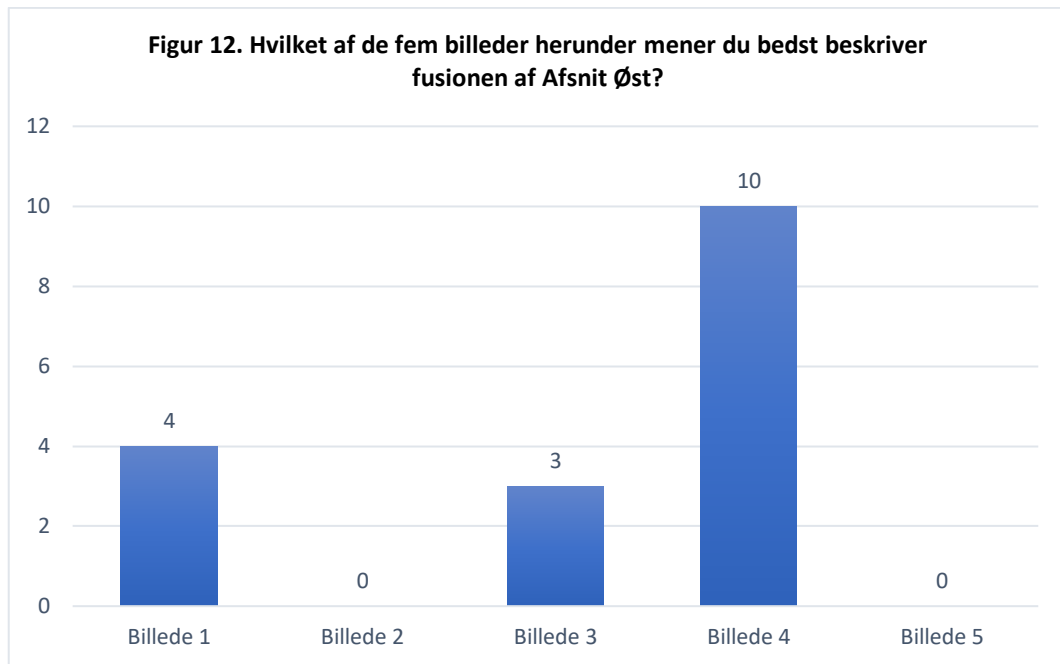
“Og hvis man ser sådan fagligt, så er vi kommet forbavsende langt. Vi har løst de opgaver vi skal. Vi har passet de patienter, vi skal. Der er ikke nogen patienter døde pga manglende kompetencer og jeg tror heller ikke der er nogen, som har følt sig sådan utryg. Så det er vel så meget som man kan forvente på det her tidspunkt” (Bilag 10: 2)

Til trods for oplevelsen af en turbulent fusion og hermed postfusion, har lægegruppen på afsnit Øst formået at vedholde den nødvendige og tilstrækkelige faglighed, der kræves af lægegruppen for at kunne behandle patientgruppen på afsnit Øst. Trods fusioneringen af tre intensiv afsnit med forskellige subspecialiseringer, vurderer informanten endda, at de er nået forbavsende langt.

Ifølge informanterne er det dermed først og fremmest det proceduremæssige og fysiske integrationsområde, som har været hovedfokus for afsnit Øst. I det handler det om at sikre koordineringen af opgaverne, fagligheden og dermed behandlingen af patienterne på afsnittet. Det vil sige, at trods en oplevelse af fusionsbeslutningen og den efterfølgende postfusion som turbulent, har den primære opgave været at få koordineret patientbehandlingen og fagligheden på afsnittet, hvilke de på afsnittet, ifølge informanterne, er nået langt med.

6.8. Fusionsudfald

I fokusgruppeinterviewet præsenterede vi informanterne for billederne og resultaterne vedrørende respondenternes valg af, hvilket billede de mener bedst beskriver fusionen på afsnit Øst. Resultatet af spørgeskemaundersøgelsen gav os anledning til at få kvalitativt uddybet vurderinger af billederne og de illustreret fusionsudfald. Hermed kan vi få reduceret noget af den åbne fortolkning billederne er præget af. Svarfordelingen samt de fem projektive billeder respondenterne kunne vælge imellem i spørgeskemaet, fremgår herunder:



Figur 11



Respondenterne valgte billede 1, 3 og 4 i spørgeskemaet. Vi præsenterer herunder informanternes beskrivelser af disse tre billeder.

6.8.1. Hvad illustrerer billede 1, 3 og 4?

Der var enighed blandt informanterne om, at billede 1 illustrer den søjleopdelte organisation. En af informanterne beskriver billede 1 med: *“Jamen den der (red. Billede 1), det er jo klart, det er søjlerne. Hvis man bare står skulder ved skulder, så skal man nok holde på skidtet.”* (Bilag 11: 14). Ifølge informanterne illustrer billede 1, hvordan der fagligt og strukturelt er en accept af hinanden,

men at der til trods for denne stadig arbejdes i grupper ved siden af hinanden, fremfor én samlet gruppe. Ifølge informanterne illustrerer billedet en fredelig sameksistens på afsnit Øst mellem de forhenværende afsnit. Som det fremgår af citatet, er denne oplevelse af fusionsudfaldet tilstrækkeligt i forhold til at kunne *“holde på skidtet”* (Bilag 11: 14).

Ifølge informanterne illustrerer billede 3 et fusionsudfald, hvor de fusionerende parter indgår i én fælles gruppe, som går i én fælles retning:

Informant A: *“Når nej, men sådan at vi når over på billede 3, hvor man flytter sig tættere på hinanden og på et højere niveau, og på et eller andet tidspunkt så bliver det en fælles linje derudaf.”*

Informant C: *“Jeg så den her meget som en lynlås. At man kommer fra hver sin side og så bliver man lynet og så kommer man efterhånden til at hænge sammen. Forstår i hvad jeg mener?”*

Interviewer 2: *“Ja, det er sådan”*

Informant C: *“Ja, så får man sådan ligesom lukket hullerne og så kører det opad.”*

Interviewer 1: *“Så bliver I én fælles?”*

Informant C: *“Ja.”*

(Bilag 11: 15)

Billede 3 illustrerer ifølge informanterne en frivillig integration af alle parter, hvor de bliver et fælles tredje, der samtidigt styrker dem og gør hinanden bedre ved at lukke de huller, der kan opstå eller eksisterer.

Informanternes beskrivelse af billede 4 står i modsætning til billede 3. Billede 4 illustrerer hos informanterne et fusionsudfald, hvor der ikke er samling og enighed om en fælles retning:

Informant C: *“Jamen det er jo... Jeg tænker at der mødes man her og så render man hver sin vej.”*

Informant A: *“Ja, det gælder i hvert fald om at have den største motor.”*

Interviewer 1: *“Så der ikke noget samling på noget her?”*

Informant A: *“Nej, det er der ikke.”*

(Bilag 11: 15-16)

Billede fire beskrives af informanterne som modsætningen på billede 3. Hvor billede 3 i høj grad handler om *“en fælles linje derudad”*, illustrerer billede 4 modsatrettet veje (Bilag 11: 15). Fusionsudfaldet efter informanternes beskrivelse illustrerer en oplevelse af, at ITA/OVITA og afd. I. eksisterer side om side uden nogen form for afhængighed af hinanden. Tilsvarende påpeger den ene informant, at i billede 4 forsøger de to sider at trække i hver sin retning, hvor *“den med den største motor”* vinder (Bilag 11: 16).

6.8.2. “Synkronien er jo alligevel ikke så stor, så man er blevet én enhed”

I fokusgruppeinterviewet forklarer informanterne, at de har en oplevelse af, at der på mange områder er en tilbøjelighed til at lægegruppen ikke er én fælles eller assimileret gruppe, hvor alle går i samme retning. Denne oplevelse som informanterne beskriver af fusionsudfaldet, kan skyldes at informanterne savner en mere tydelig kommunikation om strategi og retning fra ledelsen. Informanterne fortæller blandt andet, hvordan lægegruppen stadig opleves og i visse praksisser agerer som to lægegrupper, ITA/OVITA og Afd. I.:

Informant C: *“Altså der er, der er jo dublering i øjeblikket. (...) Synkronien er jo alligevel ikke så stor, så man er blevet én enhed. Man har holdt to enheder i ét rum herovre.”*

Interviewer 1: *“Så du mener, at rent ledelsesmæssigt der bevarer man, at I går det samme sted, men I er opdelt i afsnit stadigvæk?”*

Informant C: *“På nogle punkter, på nogle punkter.”*

(Bilag 11: 5)

Ifølge informanten, opleves afsnit Øst som en fusion, hvor den fysiske og proceduremæssige integration er sket, hvormed de er samlet under samme tag og under samme afsnit. Derimod er den sociokulturelle integration, hvor der dannes en fælles identitet og kultur mellem enhederne, og de sammensmeltes til en gruppering, er ikke lykket, da oplevelsen er, at de stadig er to enheder i samme rum.

Informanterne påpeger, at erfaringen af at afsnit Øst er opdelt i forskellige grupperinger også skyldes interne forståelser og oplevelser i lægegruppen på afsnit Øst. Blandt andet påpeger en af

informanterne at grundet den pludselige ændring i planerne, hvor ITA/OVITA flytter ind til afd. I., skal lægerne finde ud af hvilke arbejdspraksisser og udstyr, der skal anvendes og hvordan:

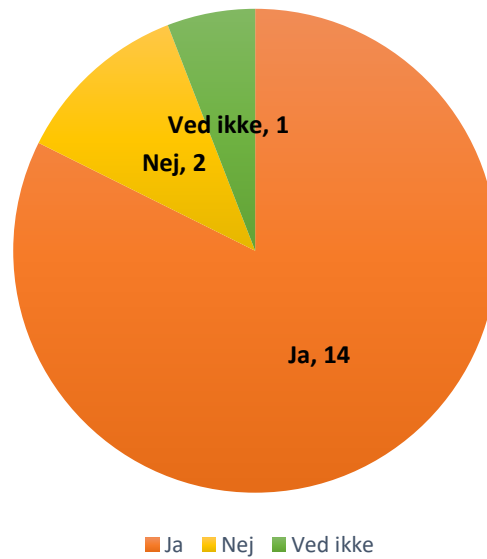
“Jeg synes heller ikke, at det gamle Øst var så omstillingsparate, som vi har været. Fordi vi skulle flytte herud og vi skulle flytte sammen. Og Øst skulle sådan set bare måske have lidt andre patienter, men det skulle være sig selv. Så derfor så nogle af de ting som vi baksede meget med da vi skulle lægges sammen OVITA og ITA med ens retning, den skulle vi til at sparke i gang igen her. Og der har aldrig været den drift, at det var nødvendigt, for der var jo ingen grund til at skifte blodtryksmålingssæt, fordi det gjorde jo ikke noget at vi kørte med to forskellige, fordi vi skulle ikke være sammen. Nu skulle vi pludseligt skifte sådan nogle ting og gøre det ensrettet og det, hvad skal man sige, det har vi andre brugt rigtig lang tid på at blive enige om” (Bilag 11: 3-4)

Informanten mener her, at den pludselige inddragelse af afd. I. i fusionsprocessen har resulteret i, at afd. I. ikke har været tilsvarende omstillingsparate, da de netop ikke forventede, at de skulle involveres i fusionen og omstruktureringerne på Intensivafdelingen. Det har resulteret i, at der ikke har været en tilstrækkelig forberedelsestid, hvori de tre afsnit på forhånd kunne blive enige om integrationen af fælles arbejdspraksisser og brug af fælles udstyr. Som informanten nævner, brugte ITA og OVITA alene lang tid på at blive enige om deres kommende og nye fælles arbejdspraksisser.

6.9. Grupperinger og usikkerheder på afsnit Øst

I analysen af spørgeskemaundersøgelsen fremgår en stor tilslutning i lægegruppen til oplevelsen af grupperinger på afsnit Øst. Ydermere viser svarfordelingerne og nogle af respondenternes kommentarer forskellige tegn på, at lægegruppen oplever en vis grad af usikkerhed i fusionsprocessen. Med det som anledning spørger vi lægerne i fokusgruppeinterviewet om deres vurderinger og erfaringer med grupperinger og usikkerheder. Til spørgsmålet præsenterer vi dem for nedenstående figur af resultatet:

Figur 17. Oplever du en gruppering i lægegruppen?



I analysen af respondenternes kommentarer til spørgsmålet om grupperinger inddrog vi syndebukmekanismen, hvor den ene part peger på den anden som en syndebuk som en håndteringsstrategi mod det nye og uvisse (Eagle & Newton 1981: 284). Vi spørger lægerne i fokusgruppeinterviewet, om de kan nikke genkendende til syndebukmekanismen, eller om det er at strække den for langt analytisk. Hertil svarer informanterne, at det er at strække den for langt (Bilag 11: 9). Derimod har de i større grad fokus på deres vurderinger og erfaringer af grupperingerne og hvordan de oplever disse på afsnit Øst efter fusionen.

6.9.1. "Flertallet synes!"

Patienten er første prioritet uanset hvad. Den konstatering kommer prompte fra informanterne i forbindelse med deres vurderinger og erfaringer af usikkerheden blandt lægerne på afsnit Øst. Hvis man som læge er usikker, skal man først tænke på patienten og ikke sig selv, forklarer en af informanterne:

"Som læge, altså det er utroligt nemt, hvis man er usikker på hvor man skal gå hen, så skal man tænke patienten. Hvad vil fru Jensen forvente, at vi leverer – det skal vi levere. Præcist det. Organisationsenheder eller følelser eller hvad ved jeg, det er fru Jensen som i sidste ende bestemmer om det er ordentligt" (Bilag 11: 2).

Til trods for denne forholdsvis simple regel om altid at spørge sig selv, hvad patienten ønsker,

fortæller informanterne om interne usikkerheder i forbindelse med strukturelle og kulturelle praksisser. En af informanterne vurderer, at usikkerhederne vedrørende fusionen er med til at forstærke skellet mellem de forhenværende afsnit:

“Jeg tænker lidt, at hvis man er usikker, og hvis man ovenikøbet er lidt usikker på sig selv og noget af det man står i, så gør man det at man søger hen til nogle af dem man kender og som man ved: “Vi er da enige – vi kender hinanden fra før, så du synes da det samme som mig”-lidt.” (Bilag 11:

10)

Informanten beskriver her sin erfaring med, at der i lægegruppen opstår en forstærkning af sammenhængskraften internt i de forhenværende afsnit på baggrund af lægernes usikkerhed omkring integrationen af de tre afsnit. Dette kan samtidigt være et udtryk for, at lægerne forsøger at fastholde og værne om deres kendte arbejdspraksis, da de frygter for at de mulige forandringer vil resultere i ændringer eller at de mister deres arbejdspraksis i sammenlægningen med de tre forhenværende afsnit skal samarbejde om nye arbejdspraksisser. Det erfarer en af informanterne, men peger samtidigt på at det er med til at sætte kulturen og ambitionen om et fælles tredje under pres, da det skaber fastlåste grupper. Informanten fortæller, at netop på grund af demokratiet på afsnit Øst betyder det, at i og med at grupperne er fastlåste, vil den lille gruppe (ITA/OVITA) altid være i undertal i diskussioner og ved beslutninger. Nedenstående dialog fra fokusgruppeinterviewet viser, hvordan informanten på den baggrund, er bekymret for kulturen på afsnittet:

Informant A: *“(…) hvis man sidder omkring et bord og siger det her det er et demokrati, så bliver det jo nemt: “Lad os stemme om det”. Og så har flertallet jo ret. Så bliver kulturen jo altid taberen, hvis vi kommer med den.”*

Interviewer 1: *“Altså tænker du, at I (red. ITA/OVITA) vil være i undertal?”*

Informant A: *“Vi vil altid være i undertal. “Flertallet synes!”, ikke også?”*

Informant C: *“Ja jeg kan faktisk godt se, hvad det er du siger der.”*

Informant A: *“Så på en eller måde så kan man synes, hvis der ikke er en eller anden form for opmærksomhed på mindretallet, der er jo mindretalsbeskyttelse i et demokrati, på den måde, der er den diskussion – den er vi nødt til at holde ved lige. For det er som om at*

kulturdiskussionen den er eller var ved at dø en lille bitte smule, det følte jeg i hvert fald personligt. Så derfor var vi nødt til at tage den op der. Nu håber vi den lever lidt mere.”

(Bilag 11: 8-9)

Informantens beskrivelse af hvordan flertallet, lægerne fra afd. I., bestemmer over minoriteten, lægerne fra ITA/OVITA, indikerer en gruppering, der minder om en oplevelse af henholdsvis de overtagende og overtagne. Informanten erfarer, at lægerne fra afd. I. grundet deres størrelse, har en forventning om, at ITA/OVITA afgiver sine arbejdspraksisser og -kultur til fordel for afd. I. allerede eksisterende. Hvis ikke der rettes ind efter disse praksisser, kan lægegruppen, som informanten fortæller det, bare stemme om det (Bilag 11: 9).

6.9.2. Katalysatoren ITA/OVITA

Som præsenteret ovenfor giver informanterne udtryk for en tendens til, at det er afd. I.'s eksisterende arbejdspraksisser og kultur, som vinder præcedens. Det på baggrund af at de som majoriteten har bestemmelsesretten. En af informanterne fortæller:

“Altså uanset hvordan man så end vil vende og dreje det. Det er ikke fordi man ikke må lave noget og præstere noget og vise noget. Men der er en rangorden. Og det er helt uafhængigt af, om der er kommet nogle andre ind” (Bilag 10: 9)

Som informanten her fortæller, gør det ingen forskel, at de fem læger fra ITA/OVITA er flyttet ind. Det ændrer ikke på, at arbejdspraksisserne og kulturen fortsætter som den altid har gjort på afd. I. Informanterne påpeger, at afd. I.'s forventning om at fortsætte med deres eksisterende arbejdspraksisser og kultur på afsnit Øst bliver udfordret, da lægerne fra ITA/OVITA stiller spørgsmålstejn ved, om disse er praksisser de som afsnit Øst skal og bør fortsætte med. Lægerne fra ITA/OVITA kommer på en måde til at blive en katalysator for en refleksion over de arbejdspraksisser afd. I. har været vant til:

“Så alt andet lige så vil det pille ved nogle ting. Det vil røre ved nogle ting. Det kan også være at der er nye folk som sidder omkring bordet som bare tænker: “Hvorfor gør de det?”, og som stiller nogle spørgsmål ind til det, altså bare sådan for at forstå synergien i det her. På bundlinjen

kommer det til at pille ved nogle ting. Og det er måske i grunden meget sundt og meget godt”

(Bilag 11: 10)

Ifølge informanten er det at der stilles spørgsmålstegn ved afd. I.' arbejdspraksisser- og kultur, i bund og grund nok en god ting, da det dermed er med til at ryste op i de kendte og eksisterende praksisser og procedure. Det er samtidigt med til at bløde opdelingen op mellem parterne. At der stilles spørgsmålstegn, er med til, at der bliver pillet ved noget og derved kommer ITA/OVITA og afd. I. tættere på hinanden i forhold til at finde nogle fælles arbejdspraksisser- og kultur på afsnit Øst.

Ifølge informanterne oplever de en umiddelbar fastlåst arbejds måde på afsnit Øst, der vedholdes af afd. I. og deres eksisterende arbejdsgange. At ITA/OVITA stiller spørgsmålstegn ved disse opleves i grunden positivt blandt informanterne. Dette kan have modsatte effekt, hvilket en informant er inde på; afd. I.'s arbejdspraksisser og kultur ændres ikke bare fordi der kommer nogle nye ind. Tværtimod kan frygten for at miste være med til at styrke sammenhængskraften, hvorved der forsøges at bibeholde de kendte værdier og procedure.

Vi ser ikke desto mindre, at informanterne overvejende oplever det som positivt og som et friskt pust, at der bliver stillet spørgsmål til praksisser og kultur. Det vil åbne op for at finde en fælles retning, og for at afsnit Øst som en samlet lægegruppe bliver enige om fælles praksisser.

6.9.3. “Ser fremad - men fremtiden virker usikker”

Til trods for at informanterne vurderer og erfarer grupperinger, og der er uenigheder om, hvilken retning afsnit Øst skal følge, giver informanterne nuancerende udtryk for en vis grad af optimisme omkring fusionen og for fremtiden på afsnit Øst:

“Men vi arbejder på sagen og jeg har egentlig indtryk af at vi ser forskelligt på tingene og vi har forskellige vinkler. Men så er mit indtryk også at vi måske ikke er så langt væk fra hinanden. Vi har hver vores forskellige fokus. Men altså jeg er fortrøstningsfuld med at arbejde med det, men det som fremtiden jo skal vise, er om vi hver især er i stand til at være faglige. At vi hver især kan dække over de mange specialer, som vi hver især har.” (Bilag 11: 2).

Som informanterne i interviewet beskriver det, så er de stadig på en rejse og integrationsprocessen er langt fra færdig endnu. Det stemmer overens med vores forståelse af fusioner, hvor vi ikke

anskuer integrationsprocessen ud fra et stabiliserende synspunkt. Trods informanternes udpræget optimisme fortæller de, at de ikke er sikre på, hvad fremtiden helt nøjagtigt bringer: De stiller blandt andet spørgsmålstejn ved, om konstellationen og størrelsen af afsnittet er den rigtige, eller om den skal justeres:

“Og det er et spørgsmål om hvordan det vil se ud om lang tid. Hvordan laver vi den faglighed som er et krav på et universitetshospital – den er spændende. Og jeg har ikke det klare svar. Og det er så nemt for det er der ingen der har. Men jeg har det indtryk, at vi var flere, der synes vi er på vej og nu skal vi se. Men det kan også være at man på et eller andet tidspunkt vil indse at afdelingen er for stor og det kan man ikke yde i den størrelse. Eller noget helt andet.”

(Bilag 11: 3)

Som det ses i citatet, stiller informanten blandt andet spørgsmålstejn ved, om konstellationen og størrelsen af afsnittet er den rigtige, eller om den skal justeres. Usikkerheden omkring afsnittets størrelse indikerer, at informanterne sætter tvivl ved motiverne bag fusionsbeslutningen og fordelene ved at basere afsnittet på stordriftsfordele. Ifølge informanten skyldes tvivlen vedrørende fusionsbeslutningen også, at der er en oplevelse af mangelfuld kommunikation omkring fremtiden og meningen med fusionen. Denne uvished er med til at forstærke usikkerheden vedrørende afsnittets fremtid. Informanten giver udtryk for en optimisme vedrørende afsnit Østs fremtid og den retning afsnittet er på vej i.

6.10. Ønsker til lederne

I fokusgruppeinterviewet stiller vi informanterne opgaven: *Skriv tre ønsker til lederne*. Vi stiller informanterne denne opgave, da mange af besvarelserne fra spørgeskemaundersøgelsen indikerer at dele af lægegruppen, efterspørger en tydeligere ledelsesmæssige håndtering af den sociokulturelle integration. Dette ønsker vi at få nuanceret yderligere ved at høre informanterne om, hvad de kunne ønske sig mere af fra ledelsen vedrørende fusionen.

Til opgaven fik hver informant en blok med post-its. Her skulle de først individuelt skrive hver deres ønsker, hvorefter de i plenum skulle fortælle om deres ønsker. Opgaven er hernæst for informanterne at blive enige om henholdsvis tre fælles ønsker og prioriteringen af dem. Det gør vi for at kunne give ønskerne mere generaliserbarhed. Informanternes tre fælles ønsker er disse:

1: Åbenhed om beslutningerne

2: Synlig ledelse

3: Patientsikkerhed

6.10.1. Åbenhed om beslutningerne

Informanterne valgte "Åbenhed om beslutningerne" som deres første ønske til lederne. Det kommer til udtryk, at ønsket relaterer sig til både ledelsen og lægekollegiet. En af informanterne beskriver:

"Åbenhed om beslutninger. Det er jo på alle planer. Det er jo også helt hernede, at det der, ikke kammerateri, men grupperinger. Man skal være enige før man går ud og udtaler sig."

(Bilag 11: 27)

Citatet kan føres tilbage til det foregående tema om grupperinger og usikkerhed. Det ser vi ved, at informantens vurdering af at den manglende åbenhed i beslutninger både kan relateres til ledelsesniveau og på det kollegiale plan. Det bliver i fællesskab besluttet mellem informanterne, at åbenhed om beslutninger skal være første prioriteret ønske, da alle informanterne har dette eller lignende på som deres egne ønsker. Forinden informanternes diskussion og dermed valg af ønsker, beskriver den ene informant sine ønsker:

"Åbenhed om beslutninger". Fordi så er vi ude over bagholdsangreb. At man skal ikke lave beslutninger bag lukkede døre, for så at gå ud og præsenterer dem som helt nye og nyopfundet.

Og så har jeg skrevet: "Enighed om aftaler og at de holdes". Og så har jeg skrevet: "Minus klikedannelse". De hænger lidt sammen med hinanden, men det er bare lidt, at hvis vi besluttede, at vi gør det på den og den måde, at det så lidt er det der bliver fulgt. Og så der ikke er personlige agendaer inde over det." (Bilag 11: 24)

Der fremtræder i citaterne en forhåbning om, at åbenhed om beslutninger kan bidrage til en eventuel mindskelse af grupperinger og hermed sikkerheden i at der er bred enig om, uanset hvilket forhenværende afsnit man var tilknyttet, de beslutninger der tages. På den måde bliver størrelsen ikke afgørende for de trufne beslutninger, men derimod enigheden på tværs af den samlet

lægegruppe. Hertil argumenterer en anden informant for, at der må skelnes mellem forventningen om at alle skal være enige før en beslutning træffes, og det at lede:

“Men vi kommer ikke udenom, at en ledelse skal jo tage nogle beslutninger i en afdeling, og det skal de også på bundlinjen og det skal de også udadtil. Og så er det bare vejen derhen til, hvordan de kommer der. Det er vejen. Om de går ud og ligesom tager folkemængden med og høre hvad det er der foregår eller om de piller en eller to ud og tænker, at hvis den og den har sagt, så kører vi, for så skal de andre nok rette ind.” (Bilag 11: 28)

Åbenhed om beslutninger betragtes her ud fra flere vinkler. Ifølge informanterne omhandler åbenhed om beslutninger både om åbenhed omkring de driftsmæssige beslutninger og i lige så høj grad om, at lederne tager hånd om og leder beslutningsprocesserne lægerne imellem.

Udeblivelsen af åbenhed vedrørende beslutninger fra ledelser - dette værende både økonomiske og proceduremæssige - i forbindelse med en fusionsproces, er ikke usædvanligt. Oplevelsen af den manglende åbenhed er som oftest et resultat af den tilsvarende udeblivende synlighed af ledelsen (Angwin et al. 2014; Marks & Mirvis 1986). Konsekvensen af udeblivende åbenhed om hvilke, og på baggrund af hvad, beslutninger bliver truffet, kan relateres til fusionssyndromet. I henhold til Marks & Mirvis kan denne form for hemmeliggørende eller begrænset form for åben kommunikation resultere i en grad af usikkerhed (Marks & Mirvis 1986: 150). Dertil kommer næste citat, hvis fokus er på lægerne som kollegaer:

“(...) for at ligge lidt i halen på det du siger med åbenhed. Kom nu frem og sid ved bordet og sig, hvad det er for nogle ting man mener og synes, i stedet for at lave, at putte sig og gruppere sig. Og i stedet for at, den der mail, gå hen til personen og sig de ting, der er. Det er simpelthen en ondartet fremgangsmåde, der er i den her afdeling, på nogle punkter.” (Bilag 11: 26)

Det sidste citat leder os i interviewet videre til informanternes andet prioriteret ønske om synlig ledelse.

6.10.2. Synlig ledelse

Det andet ønske til lederne informanterne valgte, omhandler synlig ledelse. Dette skal, ifølge en af informanterne, forstås helt konkret:

"Når jeg siger synlig ledelse, så er det sådan et brugt ord, men jeg mener faktisk også fysisk synlig ledelse. Og jeg snakker ikke om afdelingsleders. Jeg snakker om, at hvis du vil være leder for den her afdeling, så mød op og vis dit ansigt. (...) lad os tage tingene nogle gange når vi sidder der. Ellers så er det den der ondskabsfulde kultur den kommer frem, og du får det hele på anden og tredje hånd"

(Bilag 11: 24-25)

En af lægerne stemmer i med denne betragtning:

"Ja. Jeg mangler at se, hvem der er min leder. Jeg har været steder, hvor selv sygehusdirektøren har siddet og spist frokost nede i kantinen. Og der var rigtig mange ting, der faktisk blev taget på den måde" (Bilag 11: 25)

Ifølge informanterne er der en oplevelse af, at der mangler synlig ledelse, hvormed det vil kunne løse nogle af de problematikker der har været i forbindelse med integrationsprocessen af de forhenværende afdelinger samt i de daglige arbejdsopgaver.

Informanterne relaterer dette ønske til det første ønske, åbenhed om beslutninger, da der ved synlig ledelse også vil være mulighed for at løse nogle problematikker i opløbet og i situationen. Dette vil, ifølge informanterne, være med til at beslutningsprocesserne lægger imellem foregår på en åben og fair måde. Ifølge teorien fra Schweiger & DeNisi er synlighed og vilje til kommunikation fra ledere i alle lag, afgørende for reduktionen af de følelsesmæssige reaktioner, der kan have modarbejdende effekt. En modarbejdende effekt, som kan påvirke integrationsprocessen. Med dette understreger de blandt andet, at selv ledernes italesættelse af det de *ikke* ved noget om eller tydeliggørelse af det de selv er i tvivl om, vil fremme oplevelsen af sikkerhed og øge trygheden hos medarbejderne (Schweiger & DeNisi 1991:199). En informant beskriver denne oplevelse kort og præcist: *"De er bare snart nødt til at fortælle os, hvad det er vi IKKE skal lave"* (Bilag 11: 6).

6.10.3. Patientsikkerhed

Det tredje ønske informanterne bliver enige om, er ønsket om et genetableret fokus på patientsikkerheden. I forlængelse af omstruktureringerne på AUH, etableringen af én Intensivafdeling og dermed ikke mindst ændringerne i arbejdspraksisser på afdelingen - her refererer vi til de medførte ændringer for lægerne ved ikke at tage afsnit Syd i brug - ytrer informanterne en fortvivlelse over, at patientsikkerheden er blevet nedprioriteret:

”Og så var der så pludseligt for et års tids siden, da vi hørte om at planerne bliver lidt anderledes. Der var pludseligt i rigtig, rigtig lang tid, at der var der ingen, der snakkede om patienter, forløb og patientsikkerhed. Det var pludseligt blevet nogle helt andre ting. Og det er jo også i disse sparetider, hvor vi har et fokus på noget helt andet. Og det er sgu det; at lege sygehus der drejer det sig om patienterne” (Bilag 11: 23)

I takt med omstruktureringerne af afdelingen følger en forventning om mere bredde i lægernes viden og kompetencer til at kunne varetage flere forskellige patientgrupper (Bilag 4, 8 & 9). Det skyldes, at der i forbindelse med sammenlægningen af afsnit Øst udvides i patientgruppen på afsnittet, da afsnittet skal varetage de tre forhenværende afsnits patientgrupper.

Ifølge informanten er der en oplevelse af, at motivet bag fusionsbeslutningen har været af finansielle grunde, hvormed patienten opleves som overset. Informanten savner en større opmærksomhed omkring patienten i fusionsprocessen og at denne ikke må glemmes, da det er hospitalets eksistensberettigelse.

Vi har tidligere i analysen set, at informanterne oplever den fysiske og proceduremæssige integrationsproces så langt, som den kunne forventes. Der ikke er nogle patienter, der er døde på grund af fusionen (Bilag 11: 2). Informanternes ønske samt deres begrundelse for ønsket, peger dog på, at de ikke er i mål med den fysiske og proceduremæssige integration. Ifølge informanterne er forventningen om bredden i den enkelte læges faglighed og særligt muligheden for at udvikle fagligheden, ikke optimal i en fusionsproces hvor besparelser er i centrum:

”Når man ikke ved, hvordan man i det daglige skal kigge efter patienterne, så er det ikke (red. et spørgsmål om) ressourcer, så har vi ikke overskud til at videreudvikle tanker og ideer. Så er det overlevelse for patienterne.” (Bilag 11: 23)

Ifølge informanten, resulterer de manglende ressourcer til faglig udvikling og bredde i kompetencerne i frustration over netop manglende kompetencer til, at kunne kigge efter patienterne. Patientsikkerhed er, ifølge informanten, en frustration over de faglige forventninger der påkræves, samtidigt med at der ikke er ressourcer til at løfte opgaven.

Vi har tidligere beskrevet, hvordan den nye struktur på afsnittet med den bredere patientkategori i sig selv er en udfordring for lægerne at inkorporere i deres ændret arbejdsdag. Næste citat beskriver dog forståelsen for, at det er en kompleks sag at lede et hospital som organisation og særligt et professionelt bureaukrati, hvor menneskers liv står på spil:

“Som læge, altså det er utroligt nemt, hvis man er usikker på hvor man skal gå hen, så skal man tænke patienten. Hvad vil fru Jensen forvente, at vi leverer – det skal vi levere. Præcist det.

Organisationsenheder eller følelser eller hvad ved jeg, det er fru Jensen som i sidste ende bestemmer om det er ordentligt. Det er ligesom DSB. Hvis toget kommer til tiden, og det var en ordentlig og komfortabel tur, og toget ankommer i København kl. 12.00, så var det en fin tur. Hos os kan man ikke så godt måle det, men altså fru Jensen hun kan godt se det. Hvis hun er blevet ordentligt behandlet, så er det okay. Og det er et spørgsmål om hvordan det vil se ud om lang tid. Hvordan laver vi den faglighed som er et krav på et universitetshospital – den er spændende. Og jeg har ikke det klare svar. Og det er så nemt, for det er der ingen der har.” (Bilag 11: 2)

Informanten beskriver herover, hvordan patienten bør være første prioritet. Informanten er opmærksom på, at det kan være svært at måle. Med lægernes fremsatte ønsker ser vi overordnet en overensstemmelse mellem disse og de øvrige resultater fra både første og her anden delanalyse. Ønskerne peger både frem og tilbage i fusionsprocessen. Ydermere peger ønskerne mod ledelsen generelt i det der er en vis usikkerhed omkring struktur, praksis og fremtiden på afsnit øst. Erfaringen med integrationen peger i dette yderligere på usikkerhed i egen faglig og frustration over en oplevelse af, at patienten ikke vies den ønsket opmærksomhed. Ifølge informanterne skyldes det, både det at være midt i en fusion, og at fusionen i mange henseender er baseret på besparelser.

Med udgangspunkt i delanalyserne af både spørgeskemaundersøgelsen og fokusgruppeinterviewet, vil vi i det næste fremskrive delkonklusionen på disse to undersøgelser.

6.11. Delkonklusion

Vi har i delanalyserne undersøgt, hvordan lægegruppen vurderer og erfarer fusionen og særligt den sociokulturelle integration på afsnit Øst. Gennem vores anvendelse af en spørgeskemaundersøgelse samt et fokusgruppeinterview har vi indsamlet empirisk materiale, der er afgørende for besvarelsen af vores første arbejdsspørgsmål:

Hvilke vurderinger og erfaringer gør lægegruppen på Intensiv Afsnit Øst, AUH, sig i forbindelse med fusionen?

På baggrund af vores delanalyser omhandlede den samlet lægegruppe, kan vi konkludere at integrationsprocessen vurderes og erfares forskelligt lægerne imellem. Særligt viser det sig, at de forhenværende afsnit, ITA/OVITA og afd. I., ikke oplever sig som én fælles integreret lægegruppe. Dette afspejler sig i informanternes forklaringer af, hvordan forventningerne til fusionen og gennemførelsen af fusionen opleves forskelligt mellem de forhenværende afsnit. Her vurderer særligt ITA/OVITA fusionsbeslutningen negativt, hvorimod afd. I. vurderer den overvejende positivt. Yderligere illustrerer lægernes valg og beskrivelser af hvilket billede, der bedst beskriver afsnit Øst, at store dele af lægegruppen oplever at afsnit Øst ikke fremstår som ét samlet afsnit men derimod stadig er inddelt i de forhenværende afsnit. Vi argumenterer for, at dette viser, at der i lægegruppen er en fredelig sameksistens, men at lægerne holder sig i grupperinger på baggrund af deres forhenværende afsnit. Vi ser at lægerne holder sig til deres tidligere og kendte arbejdspraksisser.

Kommentarerne fra spørgeskemaundersøgelsen samt respondenterne valg af billeder indikerer yderligere, at størstedelen af lægegruppen oplever at akkulturationsprocessen mellem de tre sammenlagte afsnit, har resulteret i et separationsudfald. Shrivastava påpeger, at hvis postfusionen skal have succes med integrationen, skal der være fortsat tydelig kommunikation fra ledelsens side vedrørende status på processen og dens fortsatte strategi (Shrivastava 1986: 74). Med det udgangspunkt påpeger vi en mulig sammenhæng mellem lægegruppens vurderinger af mangel på klar og tydelig strategi og struktur, og lægegruppens valg af billede 4, der indikerer separation som fusionsudfald. Vi argumenterer for, at lægegruppen i en manglende forståelse for det samlet organisatoriske mål og strategi, resulterer i dannelsen af separeret akkulturation, da det fælles mål

ikke er tydeligt hvilket gør, at lægerne forbliver i deres forhenværende grupperinger af forhenværende afsnit. Heraf fremgår det af kommentarerne fra spørgeskemaundersøgelsen, at grupperingerne skyldes forskel i fagligheden. Derudover hænger de forhenværende afsnits tidligere arbejdskulturer og -strukturer stadig ved.

Vi argumenterer for at den stadige interne organisering mellem ITA/OVITA og afd. I. skyldes, at der først og fremmest har været fokus på den umiddelbare proceduremæssige og fysiske integration. Dette er ifølge lægegruppen prioriteret, da integrationen af disse sikrer koordineringen af opgaverne og patienterne, hvormed den rette behandling af patienterne sikres. Derimod er den sociokulturelle integrations ikke lykkes endnu, da vi ser at der er samarbejdsvanskeligheder og skel mellem lægerne. Ifølge lægernes besvarelser og udtalelser konkluderer vi, at lægerne ikke oplever, at en sammensmeltning af kulturer og sociale praksisser har fundet sted. De agerer ikke som én sammenhængende lægegruppe, hvilket besvarelserne til udsagnene *“Fokus på forskelle”* og *“Kulturkampe”* i spørgeskemaundersøgelsen tilsvarende indikerer. Her er tilslutningen til oplevelsen af ‘Os & Dem’-tilstande på afsnit Øst stor.

Vi ser yderligere, at den sociokulturelle integrationsproces grundet den korte forberedelsestid på seks måneder, har været sat i baggrunden. Årsagen hertil skyldes blandt andet lægernes profession og fagområde. I kraft af at intensivlægerne står med patienters liv i hænderne, har den fysiske og proceduremæssige integration naturligt en højere prioritet. Hvis ikke disse to integrationsområder fungerer, kan det i sidste instans koste liv. Det synes hos lægerne som om, at de vurderer netop disse to integrationsforløb for så langt som de kunne forventes på nuværende tidspunkt. Vi mener endvidere, at årsagen til at den sociokulturelle integrationsproces har været sat i baggrunden skyldes, at lægerne har en oplevelse af at forberedelsestiden og dermed integrationsprocessen har været turbulent. Dette peger lægerne på særligt skyldes den sene ændring i fusionsplanerne, hvor afd. I. uforudset inddrages. Dermed går lægerne fra ITA/OVITA fra at have forberedt sig på at flytte til det nye afsnit Syd, til i stedet at skulle flytte ind hos afd. I. Afd. I. har i samme henseende ikke viet forberedelsestiden op til selve sammenlægningen særlig stor opmærksomhed. Dette argumenterer vi for, på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen og udtalelserne fra fokusgruppeinterviewet, skyldes at afd. I. anser sig som den overtagende enhed, hvorimod ITA/OVITA er den overtagne. Som vi ser i ovenstående analyser, kommer det frem af både spørgeskemaundersøgelsen og fokusgruppeinterviewet, at nogle af lægerne fra afd. I. har haft en

tro på at ITA/OVITA ville opgive sin kultur og arbejdspraksis til fordel for afd. I.'s allerede eksisterende. Det ser vi dog, at ITA/OVITA ikke medgiver, hvilket resulterer i kulturkampe mellem de forhenværende afsnit. Dynamikken er her baseret på antallet af læger fra det forhenværende afd. I. hvor lægerne i dag erfarer, at der er en kultur på afsnittet, hvor flertallet bestemmer. Den sociokulturelle integration er præget af, at ITA/OVITA er i undertal i henseender, hvor de som lægekollegie i fællesskab skal finde et fælles tredje. Dette understøtter svarene på billedopgaven med fusionsudfald, hvor det fremgår, at lægekollegiet lever side om side i proceduremæssig og fysisk sameksistens.

I de to delanalyser fremgår der gennemgående et ønske om tydeligere kommunikation og ledelse, der giver vished om fremtiden og meningen med fusionen. Informanternes to ønsker i fokusgruppeinterviewet er "Åbenhed om beslutningerne" og "Synlig ledelse". Ønsket og efterspørgslen på tydeligere kommunikation og ledelse viser, at der trods den umiddelbare proceduremæssige og fysiske integration stadig mangler opmærksomhed på den sociokulturelle integration. Det opleves i lægegruppen generelt ikke, at der er en klarhed omkring én fælles retning for afsnittet eller at afsnittet fungerer som ét sammenhængende afsnit, hvor der er bred enighed om arbejdskultur- og praksisser. Vi kan konkludere at lægegruppen erfarer en vis usikkerhed vedrørende meningen og fremtiden med afsnit Øst. Erfaringer, vi ser i spørgeskemabesvarelsenerne og udtalelserne fra fokusgruppeinterviewet, kan mindskes ved en mere tydelig og klar kommunikation og ledelse vedrørende mål, strategi og struktur for afsnittet.

I det følgende gennemgår vi delanalysen af forskningsinterviewet med funktionslederne. Tilsvarende analyserne af lægekollegiet efterfølges delanalysen af en delkonklusion. De to delkonklusioner danner efterfølgende grundlag for specialets diskussion og afsluttende samlet konklusion.

7. Analyse af funktionslederne - What is going on?

Efter vi har foretaget både en kvantitativ og kvalitativ undersøgelse af lægerne med fokus på deres vurderinger og erfaringer af fusionen og den sociokulturelle integration, præsenterer vi udvalgte relevante resultater for funktionslederne på afsnit Øst. Vi beder funktionslederne undervejs i interviewet om at forholde sig til de samme resultater, som vi præsenterede for lægerne i fokusgruppeinterviewet. Vi præsenterer billedopgaven fra spørgeskemaet for funktionslederne, der belyser fusionsudfaldet på afsnittet. Efter endt snak om funktionsledernes forståelse af lægernes svar viser vi dem den pie-chart fra spørgeskemaet, der illustrerer, hvordan 14 ud af 17 respondenter vurderer grupperinger på afsnittet. Det sidste resultat vi beder funktionsledernes reaktion på, er den prioritering af ønsker som lægerne i fokusgruppeinterviewet fik til opgave at løse.

Overordnet ønsker vi med interviewet med de to funktionsledere, at få deres vurderinger og erfaringer af fusionen samt deres perspektiv på de relevante resultater fra den foregående analyse af lægegruppens vurderinger og erfaringer af fusionen.

7.1. Funktionsledernes rolle i det daglige og i integrationsprocessen

Vi indledte interviewet med funktionslederne ved at spørge dem til deres daglige funktion som ledere efterfulgt af spørgsmålet om deres rolle i integrationsprocessen af lægekollegiet. Til det beskriver den ene af funktionslederne deres rolle:

"Helt lavpraktisk så kan man sige, at AUH har givet Hans (red. den ledende overlæge) nogle ressourcer og han har givet dem videre til os. Og der har vi nogle rammer. Der har vi noget personale og noget økonomi osv. Og der er Hans således, at hvis han ikke høre noget, så er der ro på. Så piller han ikke ved det. Så inden for de rammer, der kan vi faktisk gøre hvad vi vil. Så længe vi løfter opgaven og personalet er tilfreds (...). Hvis man tager personaledelen. Det er jo en af de ting vi overlever på, det er at der er noget spirit til at være fleksible. Hvis alle sammen sætter sig ned på deres flade røv og siger: "37 timer og jeg har mit rul", så kan vi ikke få det til at fungere."

(bilag 13: 4)

Det fremgår af citatet, hvordan funktionsledernes ledelsesmæssige rolle omhandler særligt to områder:

1) Deres opgave i at effektivisere de overordnede planer inden for de rammer, der er sat af afdelings- og hospitalsledelsen. Herunder synes der at være stor ledelsesmæssig frihed forstået sådan, at de som mellemledere er forventet at levere god drift og produkt. Hvordan og under hvilke personalemæssige praksisser er ikke af interesse for den øvre ledelse.

2) Udover at skulle levere indenfor de udstukket rammer, har de personaleledelse. Personaleledelsen er i det omfang, at de skal have medarbejderne til at trives under eksempelvis de massive besparelser som de udstukket rammer blandt andet indebærer (bilag: 7).

Udover denne ledelsesmæssige rolle med dertilhørende opgaver, beskriver funktionslederne deres funktion i det daglige som værende en hybrid mellem at være læge og leder. Den ene af funktionslederne beskriver:

”For man kan sige, at i virkeligheden er vi en hybrid, ikke? For vi er i virkeligheden halv leder og halv medarbejder. Et eller andet sted imellem (...) Vi er jo ikke en Hans (red. den ledende overlæge). Det er jo ikke det puzzlespil som han sidder med, vel, som leder. Så vi er jo egentligt mere en hybrid (...) Faktisk så er det lidt svært for vi har egentligt den organisatoriske ledelse og på den måde kan man jo sige, at det sociokulturelle kommer ind under det. Vi har ikke nødvendigvis HR-ledelsen. Altså dét i forhold til den enkelte medarbejder. Men det er rigtigt nok, at vi får nogle rammer og så skal vi få dem til at fungere med de læger vi har. Og den der translation, det er os der står for den.” (Bilag 13: 3-4)

I snakken om den hybride form som funktionsledelsen har, pointerer begge informanter en vægtning som 1/3 leder og 2/3 kollegaer (Bilag 13: 13). Her pointerer funktionslederen, at de har en ledelsesmæssig opgave i at sikre den sociokulturelle integration af afsnit Øst.

Rollen som hybridleder oplever funktionslederne som værende svær og til tider lidt besværlig, da balancen mellem at være læge og leder kan være svær i forskellige situationer:

Funktionsleder 1: *”Indimellem er det svært at balancere. Det synes jeg.”*

Funktionsleder 2: *“Ja. For at sidde til et lægemøde, hvor lægegruppen tænder fuldstændigt af på den der åndssvage afdelingsledelse vi har uden at gå udenfor og sige: “Nu er jeg inhabil. Det kan jeg ikke høre på”. Det skal man jo også kunne være i.”*

(Bilag 13: 13)

Hertil hører et krydspres, hvor det som leder kan være en fordel at stille konkrete og tydelige retninger til lægekollegiet. I forlængelse af funktionsledernes oplevelse af at se sig som en hybrid, vil vi gerne forstå, hvordan de betragter sig selv i dette eventuelle krydspres.

“Det er faktisk svært, ikke. For nogle gange så skal vi også sidde og argumentere for noget hver af os (red. som funktionsledere). Enten fordi det er besluttet af Afdelingsledelsen eller fordi det er noget, hvad kan man sige, vi ikke er helt enige, men hvor det faktisk er vigtigt. Hvis vi skal prøve at sælge noget, så nytter det ikke noget at vi står og er uenige. Og der kan man sige, at det kan være svært, ikke. Men jeg synes også at det er farligt, hvis man distancerer sig for langt væk fra de øvrige kollegaer for så høre du ikke, hvad der foregår på vandrørene. Så det er altså en lidt svær rolle nogle gange” (Bilag 13: 12)

Det førømtalte krydspres fremgår her flerdimensionelt. Citatet viser, hvordan det er funktionsledelsen, der har hånd i hanke med integrationen og de krav og forventninger der sættes til dem af Afdelingsledelsen. Samtidig skal de have en opmærksomhed på lægekollegaernes oplevelser og trivsel.

Som en konstatering om funktionsledernes rolle i integrationsprocessen beskriver de: *“Det vi har haft meget fokus på, det var i virkeligheden at sikre fagligheden”* (bilag 13: 10). Udover at have en position hvor de skal veksle mellem at være lægekollega og leder, forstærkes krydspreset på de organisatoriske målsætninger. Her henviser vi til AUHs vision om at tilhøre eliten af universitetshospitaler samt at motivet bag fusionen blandt andet er at sikre en øget kvalitet og faglighed (AUH2; Bilag 4; Bilag 6). Ydermere illustrerer beskrivelsen fra funktionslederen, at det vigtigste at få styr på i fusionen, har været fagligheden. En faglighed der umiddelbart kommer i et samspil af den fysiske og proceduremæssige integration.

7.1.1. "Mega kompetente mennesker"

Læger anses for at være fagprofessionelle med en høj grad af autonomi (Lerborg 2013: 74-75). Lægernes beslutningskompetencer og grad af autonomi gør, at de hver især har en individuel og aktiv andel i at integrationsprocessen bliver en succes. Integrationsprocessen fremstår for funktionslederne på afsnit Øst da også som kompleks. Eksempelvis påpeger funktionslederne i en dialog, at:

Funktionsleder 2: *"Så har vi jo prøvet at have rum til eksperimenter. Nu prøver vi en konferencestruktur og så er det jo vidunderligt anarkistisk system for hvis folk ikke synes det er en god ide..."*

Funktionsleder 1: *"Så laver de det om".*

Funktionsleder 2: *"Så smuldrer det bare".*

Funktionsleder 1: *"De kan simpelthen modarbejde på en fuldstændig passiv måde, uden at man næsten opdager noget".*

(bilag 13: 11)

Om det at modarbejde tiltag til nye arbejdspraksisser på er ekstraordinært hos fagprofessionelle med høj autonomi, er ikke nødvendigvis tilfældet. Men det giver funktionslederne en udfordring i deres ledelsesposition. Udfordringen består blandt andet i, at det lægelige hverv på en intensiv afdeling er: 1) højt specialiseret arbejde, 2) præget af skiftende arbejdstider og 3) indebærer et ledelsesansvar overfor eksempelvis sygeplejerskerne og det øvrige personale i vagter udenfor tidsrummet 08-16. Det har den betydning, at lægerne i samme grad som funktionslederne, besidder en ledelsesmæssig funktion i praksis. Den ene siger:

"Hvis vi nu skal være ærlige og se på de kollegaer vi har, så er det nogle mega kompetente mennesker. Altså man kan sige, at i den her lederfunktion vi har, det kan godt være, det er vi nødt til at tro på, at vi har nogle lidt særlige egenskaber eller lidt særlige interesser, der gør at lige præcis vi er de mest kvalificerede. Men principielt er der rigtigt mange kollegaer, som rent faktisk vil kunne varetage den her rolle også. De har i hvert fald kompetencerne, de har indsigten, de har den faglige viden, de har den organisatoriske viden osv. osv. Så det er jo medspillere altså. Det er jo kvalificerede medspillere vi har" (bilag 13: 14)

Af citaterne fremgår det, at funktionsledernes rolle i integrationsprocessen har haft en jævnbyrdig karakter betragtet ud fra lægernes position i et professionelt bureaukrati. I den forbindelse understreges i det næste nogle af de udfordringer, der har været i processen efter funktionsledernes vurdering.

7.1.2. "Det er enormt komplekst"

Funktionsledelsen består af en overlæge fra det forhenværende afd. I. og en fra det daværende ITA/OVITA. Det betyder, at de to funktionsledere har hver deres perspektiv på oplevelsen af selve tiden for sammenlægningen. I tråd med dette pointerer den anden funktionsleder:

"Der er så mange lag i det altså. Fordi det at afdelingen lige pludseligt er blevet så mega stor som den er, det betyder at en række overlæger, som tidligere har haft nogle privilegerede ansættelser med at de havde boligvagter osv. Jamen de blev så inddraget fra de overlæger, der var her. Og det synes de sgu ikke var ret sjovt. Det er så multifaktorielt det der. Og man kan ligesom sige, at da vi landede herude, der opdagede man det selvfølgelig, men på det tidspunkt var der bål og brand for vi havde lukket børnesektionen. Så det var faktisk det der fyldte mest herude, ikke også. Så det er enormt komplekst, ikke også. Så vi er ikke i land, men der er faktisk mange ting, der er, synes jeg, som er lykkes rigtig godt, ikke. Vi har kunne fastholde personalet, vi er faktisk pisse gode til at rekruttere, får gode ansøgninger til lægestillingerne, og vi har stort set ikke haft nogle klagesager i den her fuldstændige kaotiske proces." (bilag 13: 9)

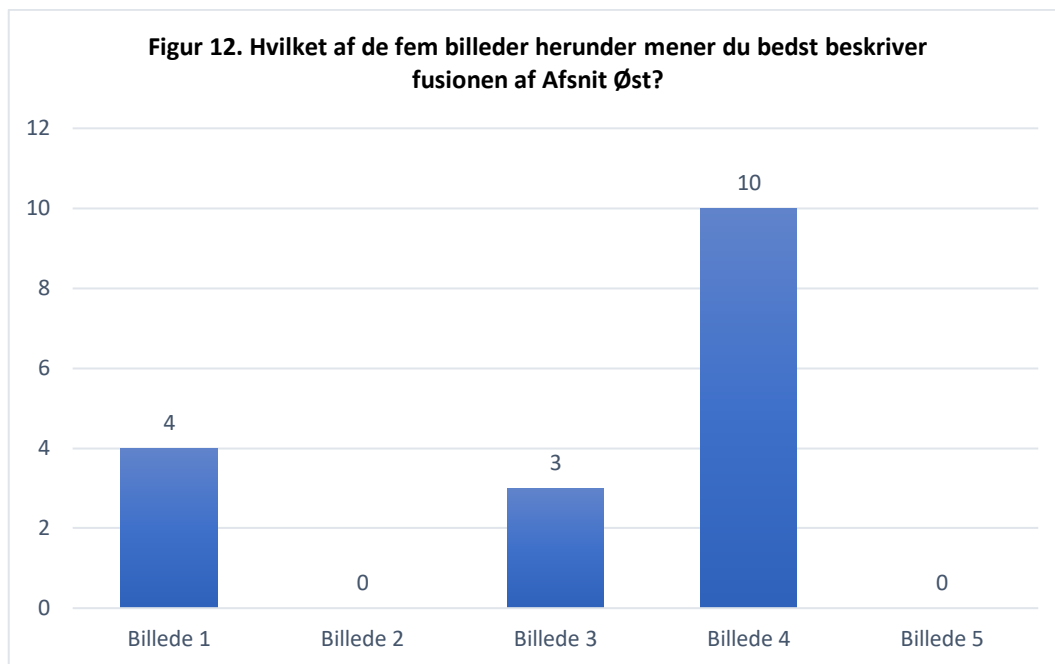
I citatet giver funktionslederen udtryk for, at nogle af de målsætninger som afdelingen har i forbindelse med fusionen, er de på afsnit Øst kommet rigtig fint på vej med. Det påpeges, at områder som rekruttering, fastholdelse og klagesager er områder, der er indfriet. Det til trods for den komplekse karakter som integrationsprocessen er. Funktionslederen vurderer processen som fuldstændig kaotisk, hvilket eksempelvis understøtter, at fusioner på visse parametre kan kvantificeres, men de menneskelige og sociokulturelle hensyn er svære at arbejde med og kan resultere i stress. Vi ser her, at et af fem scenarier som Cartwright & Cooper beskriver som absolutte i fusioner, ikke er tilfældet. Således beskriver funktionslederen, at fastholdelse og dermed undvigelse af ikke planlagte opsigelser, er lykkes. Den anden funktionsleder tilføjer:

“Og vi har faktisk heller ikke rigtigt haft nogle af de der sager, hvor man kan sige, at der var clinch mellem lægerne, hvor vi har været nødt til at gå ind over. Selvfølgelig har der været uenigheder, og det er der stadigvæk. Og dem skal vi selvfølgelig kunne håndtere. Men vi har faktisk... På den måde er vi godt på vej.” (Bilag 13: 9)

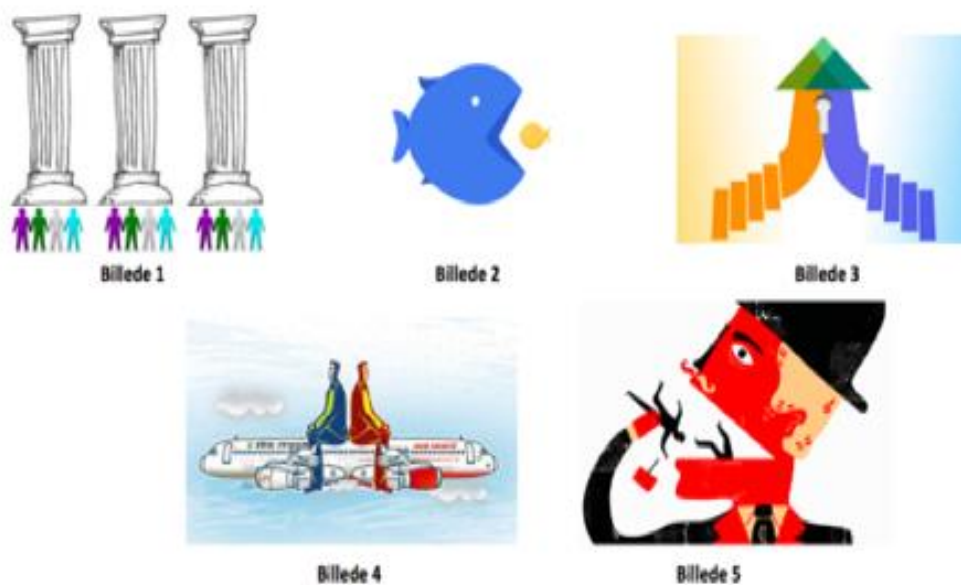
I ovenstående beskriver funktionslederne hvordan fusionen har været præget af flere forskellige faktorer. Der er blandt andet ændret i nogle af lægernes privilegier. Derudover skulle der som både medarbejder og ledelse findes nye måder at gribe et stort afsnit an, som afsnit Øst er endt med at blive. Oveni det forklarer den ene funktionsleder, at den daværende omorganisering af hjertebørnene stadig fyldte meget på afsnittet. På grund af dette opleves det af funktionslederne, at fusionen først reelt blev noget, der blev taget stilling til, da ITA/OVITA faktisk flyttede ind. Til trods for den turbulente periode, medgiver begge funktionsledere, at det er gået bedre end man kunne have frygtet. De er lykkedes som afsnit med rigtigt mange ting på særligt det organisatoriske område. Det værende blandt andet rekruttering og fastholdelse.

7.2. Funktionsledernes oplevelse af fusionsudfaldet

Vi præsenterer, ligesom vi gjorde for lægerne i fokusgruppeinterviewet, resultaterne af spørgeskemaets billedopgave med fusionsudfald. Til kort genopfriskning valgte fire læger billede 1, der illustrerer et søjleopdelt afsnit. Tre læger valgte billede 3 med sammensmeltende kultur. Og 10 læger valgte billede 4, der bærer præg af at de forhenværende afsnit er adskilt i kultur og arbejdspraksisser. Billederne og respondenternes valg af hvilket billede de synes bedst beskriver fusionen af afsnit Øst, fremgår af figur 12 og 11 herunder:



Figur 11



Ved præsentationen af billederne og svarfordelingen blev funktionslederne overrasket over respondenternes valg, og særligt at 10 af respondenterne har valgt billede 4:

Funktionsleder 2: *“Altså jeg vil sige, at jeg er overrasket over at der er 10, der siger sådan.”*

Interviewer 2: *“Hvorfor?”*

Funktionsleder 2: *“Det billede har jeg slet ikke af afdelingen. Det har jeg godt nok ikke. Lidt derhenad. Så hvis vi nu skulle sige det sådan i fase, så har det været derfra (Billede 2) til dertil (Billede 1) og så derover imod (Billede 3), ja.”*

(Bilag 13: 24)

Funktionslederne vurderer og erfarer ikke fusionsudfaldet som de 10 respondenter i spørgeskemaet. Det kommer derfor bag på dem at størstedelen af lægegruppen mener, at det billede bedst beskriver afsnit Øst. Funktionslederen vurderer derimod at hele fusionsprocessen er gået i tre trin: 1) Fra en assimilering, hvor den ene part indgår i den anden parts struktur og kultur, til; 2) integration, hvor lægerne er fælles om de strukturelle praksisser, men bevarer hver deres identitetsforståelse og kulturelle uafhængighed, til; 3) at lægegruppen har fundet en fælles retning og blevet én samlet lægegruppe (Nahavandi & Malekzadeh 1988: 82-83; Shrivastava 1986). Funktionslederen vurderer og erfarer den nuværende situation af fusionen på afsnit Øst som billede 3.

7.2.1. “Måske vi i virkeligheden var kommet til de første skænderier i ægteskabet”

Den ene funktionsleder uddyber og forklarer, at der muligvis kan være en sammenhæng mellem lægernes valg af billede og så tidspunktet spørgeskemaet blev sendt ud på. Funktionslederne argumenterer for, at årsagen til at 10 af respondenterne svarede billede 4, må skyldes at der i den periode, hvor spørgeskemaet blev sendt ud, var en periode med spidsbelastning:

“Jamen jeg tænker, at på det tidspunkt, hvor I sendte det her spørgeskema ud det var lige præcis på det tidspunkt, hvor vi havde allermest konflikt omkring den her gennemgående læge som faktisk splittede rigtigt meget. Jeg ved ikke. Det kunne være interessant at lave det i dag (red. spørgeskemaundersøgelsen).” (Bilag 13: 23)

Funktionslederne bruger argumentet til at forsøge at forstå lægernes vurderinger og erfaringer af fusionsudfaldet på afsnit Øst. Her referer funktionslederen til den “gennemgående læge”, der var et initiativ de præsenterede for lægegruppen, som omhandlede nye arbejdsstrukturer. Til dette beskriver funktionslederne, at initiativet ikke blev taget lige positivt imod på tværs af den samlet lægegruppe:

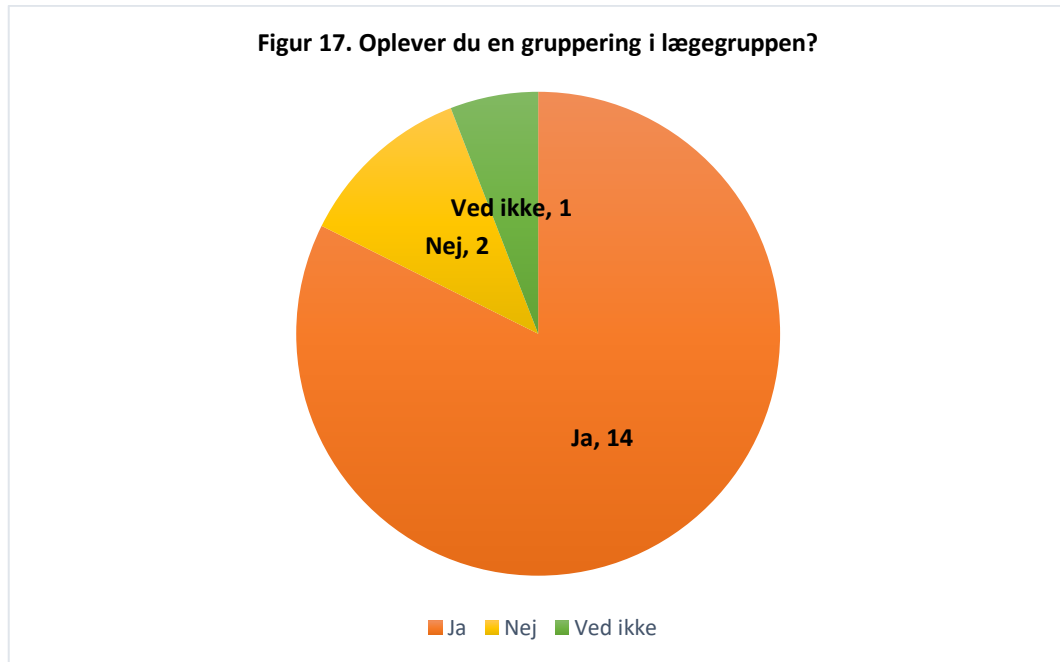
”Altså man kan sige, at da vi havde det der møde i februar, hvor vi prøvede at foreslå det her med den gennemgående læge. Man kan sige rigtig meget om det møde, men svesken kom på disken. Og det er nok første gang i denne her fusion, at folk de turde at sige hinanden imod højtlydt. Fordi det har været sådan, at vi har skullet være søde og rare ved hinanden og vi har skullet have det her til at køre og man skulle møde hinanden positivt og sådan noget. Og det har vi sådan set også, men det bliver på en eller anden måde af høflighed. Det bliver sådan et eller andet sted et fornuftsægteskab. Og det kan ikke nytte noget. Vi skal flytte os til et andet sted. Og måske vi i virkeligheden var kommet til de første skænderier i ægteskabet på det tidspunkt der. Hvor I så laver den der (red. spørgeskemaundersøgelse). Hvor vi så nu måske har fundet en eller anden måde at være gift på” (Bilag: 13: 37)

Mødet om “den gennemgående læge”, der blev afviklet i den spidsbelastet periode, oplever funktionslederen som et positivt tegn, da mødet trods modstanden mod initiativet løsnede op for de grundlæggende antagelser lægekollegiet har om hinanden. Funktionslederen beskriver, hvordan mødet efter en forudgående periode med formel høflighed har den påvirkning, at *“at svesken kom på disken”*. Der blev med andre ord sat ord på de frustrationer og bekymringer, der har ligget i luften og ulmet. Der blev prikket hul på den ‘byld’, funktionslederne vurderer har stået i vejen for akkulturationsprocessen mellem lægerne. Perioden med spidsbelastning på grund af travlhed har dermed haft den paradoksale og gavnlige effekt, at lægekollegiet er blevet tvunget til at skulle forholde sig til en fremtidig fælles vej at arbejde. Dette erfarer og vurderer de to funktionsledere som et skridt i den rigtige retning i fusionsprocessen.

7.3. Grupperinger og usikkerheder på afsnit Øst

I forlængelse af lederens formodning om, at lægekollegiet nu har fundet en anden måde *“at være gift på”*, viser vi funktionslederne resultatet fra spørgeskemaet, der viste, at 14 ud af 17 respondenter erfarede, at der er grupperinger på afsnittet:

Figur 17. Oplever du en gruppering i lægegruppen?



Vores begrundelse for at inddrage respondenternes vurderinger og erfaringer af grupperinger på afsnit Øst, som en del af beskrivelsen på integrationsprocessen, skyldes vores teoretiske forståelse af usikkerhed som en del af fusionssyndromet. Den usikkerhed og ukendte fremtid fusioneret medarbejdere oplever vil typisk komme til udtryk gennem grupperinger og et forsøg på fastholdelse af gamle procedurer og praksisser (Marks & Mirvis 1986: 152).

Vi ønsker både at få funktionsledernes vurdering og reaktion på, at 14 ud af 17 læger har svaret, at de oplever grupperinger, samt deres oplevelse af grupperinger på afsnit Øst. Som vi har nævnt, i den tidligere delanalyse, tolker vi ikke nødvendigvis grupperinger som værende noget negativt. Vi anser derimod grupperinger som en naturlig del af det sociale liv og dets sammenhængskraft.

7.3.1. "I en afdeling vil man jo altid kunne sige, at der findes grupperinger"

Emnet og resultatet om grupperinger er ikke på samme måde overraskende for funktionslederne som resultatet af fusionsudfaldet var det. En af funktionslederne konstaterer: *"Men det er jo også rigtigt"* (bilag 13: 24).

Vi spørger om funktionslederne oplever grupperingerne som en negativ effekt på fusionen og om det eventuelt er et problem. Dertil lyder svaret: *"Nej"* (bilag 13: 25). Efter lidt refleksion over emnet svarer en af funktionslederne:

"Ja og nej. Ja fordi der har været rigtig meget fokus på, at vi skal fungere som én afdeling. Og man kan sige at selvom - og i en afdeling vil man jo altid kunne sige at der findes grupperinger. Og nogle

af dem kan man jo have besluttet selv, at der skal være. Det jeg tror, der er problemet – og som har været problemet – det er, at de grupperinger har taget udgangspunkt i, ikke hvad der var hensigtsmæssigt og hvad der var blevet besluttet, men hvor man kom fra. Og det har fastholdt nogle ting som måske først her de sidste par måneder er ved at løsne op” (Bilag 13: 25)

Ifølge funktionslederens erfaringer vil grupperinger altid findes i en afdeling. Hvorvidt disse grupperinger er positive eller negative, om grupperingerne selv er blevet besluttet eller om de opstår på baggrund af tidligere og velkendte arbejdsgrupper, det er straks sværere at styre. Særligt i en fusionsproces. Hertil erfarer funktionslederen, at der på afsnit Øst er en tendens til at grupperingerne findes i forhold til de tre forhenværende afsnit. Dette er en typisk reaktion fra medarbejdere i en fusionsproces, hvorved lægerne søger sammen i deres allerede eksisterende grupperinger for at holde fast i det kendte og allerede eksisterende i frygten for at miste den kendte arbejdspraksis i forandringerne, fusionen medfører. Dette oplever funktionslederen som modarbejdende for ambitionen om nye fælles arbejdspraksisser og -kulturer. Funktionslederen oplever, at grupperingerne er ved at løsne op. Det peger tilbage på det funktionslederne tidligere forklarer, hvor lægegruppen er gået fra et *“fornuftsægteskab”* til at have haft deres første skænderier i ægteskabet. Dette har medvirket til at grupperingernes værn om egne eksisterende og kendte praksisser og sociale dagsordener, er løst op. Hermed har de fundet en anden og mere produktiv måde at være gift på (Bilag 13: 37).

Funktionsledernes vurderinger af hvordan tiden arbejder med kulturen viser, hvordan integrationen af sociokulturelle forhold kan være vanskelige. De sociokulturelle forhold er særligt svære at forandre, da det ikke er forhold der kan ændres med synlig effekt fra dag til anden. At effektuere en ny procedure eller arbejdsgang og ændre i fysiske rammer kan ses (og måles) øjeblikkeligt. Hvorimod de sociokulturelle forhold er i konstant forandring og komplekse at ændre.

7.3.2. Flertallet bestemmer

Trods ovenstående præsentation af funktionsledernes vurderinger og erfaringer af grupperingerne på afsnit Øst, og at disse grupperinger så småt er ved at løsne op, erfarer og erkender funktionslederne også, at der har været spændinger i integrationen af lægerne fra ITA/OVITA og afd. I. til én fælles lægegruppe med en fælles retning. Integrationsprocessen erfares og vurderes dermed af funktionslederne som kompliceret.

Ifølge funktionslederne har antallet og fordelingen af lægerne fra de forskellige afsnit i gruppen haft en påvirkning på processen: *"Hvad var det det blev kaldt? Flertalsdiktatur eller hvordan var det at det var? Der var i hvert fald nogle der mente at det ikke var demokrati"* (Bilag 13: 18). Funktionslederne oplever, at der blandt lægerne har været en oplevelse og utilfredshed over at flertallet bestemmer. En af funktionslederne uddyber yderligere sin oplevelse af dette:

"Jamen jeg tror, at der er nogle, der føler det her med, at der er en stor gruppe som sætter dagsordenen. Også den kulturelle. Og har meget nemt ved at køre videre med 'sådan som vi plejede'. Det gamle Øst. Og så er der jo en lille gruppe, som synes, jeg tænker da at der er nok nogle der tænker: "Det kan sgu nok være lige meget". (...) der er også nogle, som føler sig marginaliseret på den måde. De føler ikke, at de på nogen måde bliver hørt og de føler, at det er det der flertals-diktatur, ikke. Og har jo en pointe. Man kan sige, ja, har en pointe i at de bliver i hvert fald påduttet noget som flertallet mener og som måske ikke er det rigtige" (bilag 13: 18)

Funktionslederen erfarer at der særligt fra lægerne fra afd. I. var en forventning om en assimilationsproces, hvor ITA/OVITA frivilligt ville indgå i afd. I.'s kulturelle vilkår og praksisser (Nahavandi & Malekzadeh 1988: 82). Dette blev, ifølge funktionslederen, bare ikke tilfældet. ITA/OVITA er derimod blevet påduttet nogle af afd. I.'s kulturelle vilkår og praksisser.

Ifølge funktionslederne, kan denne manglende vilje til ændringer af arbejdspraksisser- og kultur blandt lægerne fra afd. I. pege tilbage på en manglende modningsperiode fra afd. I. lægernes side (Angwin et al. 2014: 2372). Den ene funktionsleder erkender, at forventningen til fusionen fra lægerne på det forhenværende afd. I., ikke bar præg af en opmærksomhed på at afsnittet ville ændre sig hverken i arbejds gange eller sociokulturelt:

"Vi brugte rigtigt meget tid på at løse små praktiske problemer. Det var jo også nødvendigt, ikke. Altså sådan noget med hvordan lokalerne er indrettet og hvordan ser maskinerne ud og sådan nogle ting, ikke. Og så kan man sige, at hvis jeg sådan skal se bagud på det vi gjorde, så brugte vi selvfølgelig noget tid, men der hvor man kan sige, at jeg tror, at jeg ikke var opmærksom nok, det er måske det der har vist sig. Det er det her med, at de kollegaer der var herude (red. på afd. I.) tænkte, at nu går vi bare fra at være en stor til at blive en større afdeling. Og ellers skulle alting ellers køre videre som det plejede. Og dén tror jeg faktisk ikke, at jeg var opmærksom nok på at

måske konfrontere dem med tidligt nok. Fordi da de så ligesom kom herud (...) og der pludseligt blev nogle ting, der skulle gøres anderledes. Eller hvor der var nogle, der havde meninger om, at ting kunne gøres anderledes, så viste det sig ved, at der var en relativ stor modvilje mod at ville ændre noget som helst blandt mine gamle kollegaer”(bilag 13: 10)

I ovenstående beskriver funktionslederen, hvordan sammenlægningen af lægekollegiet blev undervurderet. Der kan nu ses tegn på, at modviljen opstår i at lægerne ikke følte sig forberedte og gjort opmærksomme nok på, at det ikke kun er arbejdsgange og generelle praksisser de skal samarbejde om, men at det også er menneskene bag med relationer til hinanden og betydning for hinandens arbejdsglæde. Igen lægger vi med det reflektive og ærlige citat vægt på den kompleksitet integrationsprocesser består af.

Til trods for de nuværende grupperinger og at starten på integrationsprocessen vurderes og erfares som turbulent af funktionslederne, er de bestemt positive over den retning afsnit Øst går:

”Altså der er en enorm fleksibilitet med hensyn til at ville løse tingene. Grupperinger det kan man jo også se når folk de sætter sig, hvem de snakker med til konferencer og sådan noget. Og der oplever jeg simpelthen ikke grupperinger. Det gør jeg altså ikke. Men vi er jo flyttet herud i september og så har I lavet det der i februar (red. spørgeskemaundersøgelsen). Og der har været en relativ fredelig periode nu. Og det har vi ikke prøvet før. Folk har haft lidt bedre tid til at sidde og snakke. Frirum. Tag en kop kaffe i kaffestuen. Det var der altså ikke ret meget tid til i den periode. Så det sociale rum har været lidt større og givet mulighed for lidt mere.”

(bilag 13: 27)

Til trods for en periode med spidsbelastning og ”flertaltdiktatur” beskriver funktionslederne her, hvordan der gennem skænderier og italesatte uenigheder nu er en anden kollegial dagsorden på afsnittet. Således har tiden her en påvirkning forstået på den måde, at der nu er tid til at tage de små snakke og lære hinanden at kende på tværs af forhenværende afsnit, hvilket vil have en positiv smittende effekt på den sociokulturelle integration.

7.4. Ønskerne til ledelsen

Hensigten med at få lægerne fra fokusgruppeinterviewet til at stille tre ønsker til lederne generelt var, at få uddybet tendensen til, at den ledelsesmæssige håndtering af den sociokulturelle integration under fusionen, overvejende har båret præg af utydelig kommunikation omkring mål, strategi og struktur fra ledelsen. Dertil vil vi gerne have funktionsledernes reaktion.

De ønsker som lægerne i fokusgruppeinterviewet i fællesskab prioriterede var:

1: **Åbenhed om beslutningerne**

2: **Synlig ledelse**

3: **Patientsikkerhed**

I snakken om ønskerne til lederne slår funktionslederne de to første ønsker over en kam. Det som et resultat af, at de i kraft af deres funktion som udøvende læger og en lige del af vagtplanen, ikke ser sig selv som andet end synlige. De stiller spørgsmålstejn ved, om: *”Altså når man siger åbenhed om beslutninger, ligger der dér noget med medindflydelse? Og det er bare ikke altid at man har det”* (bilag 13: 31). For at give funktionslederne en afklaring beskrev vi for dem, hvordan lægerne i fokusgruppeinterviewet havde efterlyst, at de får at vide, hvad det er de skal og *ikke* skal lave. Og hvordan der viste sig et behov for at få at vide hvilke retninger, de som afsnit skal gå. Samtidigt forklarede vi funktionslederne, at lægernes ønsker var møntet på ledelsen generelt. Derfor skulle lægernes ønsker ikke nødvendigvis direkte relateres til funktionslederne, Afdelingsledelsen eller Hospitalsledelsen.

7.4.1. “Sådan er verden altså bare ikke”

Funktionslederne ser umiddelbart ikke noget usædvanligt i ønskerne fra lægerne. De kan godt forstå at lægerne efterspørger mere information og ledelse under en fusionsproces som den der har foregået på afsnit Øst. Funktionslederne genkender, at de har oplevet og erfaret samme oplevelse undervejs i fusionen (Bilag 13: 30). Funktionslederne erkender dog samtidigt, at åbenhed om beslutninger er en ledelsesmæssig præmis, som de er indforstået med:

”Vi har nogle ting, vi har en indflydelse på og vi kan gå i dialog og diskutere. Det er meget sådan det organisatoriske. Men der er også nogle præmisser som man bare må leve med. Når det bliver besluttet, at vi skal lukke to intensivpladser om en måned, så kan vi da godt tage en diskussion om

det, men sådan er verden bare. Og vi kan have lige pludselig, at så skal vi skifte fire præparater ud, og det kan vi da godt have lidt åbenhed omkring, men sådan er det bare. Det er sådan lidt, de ting vi kan lave åbenhed omkring, og det er så meget de der organisatoriske ting, der kan vi prøve at inddrage. Men der er altså også nogle ting der bare er sådan her. Og det ved folk altså også godt”

(bilag 13: 30)

Funktionslederne forstår godt lægernes ønske om mere åbenhed omkring beslutninger, men forklarer samtidigt, at det ikke er muligt at have åbenhed omkring alle beslutninger. Nogle gange skal beslutninger bare tages. Også beslutninger som funktionslederne ikke engang nødvendigvis selv er positive omkring. Funktionsledernes vurderinger og erfaringer af åbenheden om beslutningerne anser de ikke som en begrænsende kommunikation eller som et stort problem. De anser snarere det at alle beslutninger ikke kan tages i plenum, som en præmis og som en rolle ledelsen skal kunne varetage.

At lægerne ønsker både åbenhed og synlig ledelse oplever funktionslederne til tider som et paradoks, da de i kraft af deres funktion både er læge og leder og ikke altid kan varetage begge roller på samme tid. Funktionslederne erfarer dog, at sådanne ønsker opstår og at det netop i de situationer, at de oplever et krydspres:

”Jamen jeg tænker, at den der hybridledelsesform som vi har med part-time manager og part-time læge. På det tidspunkt hvor himmel og hav stod i ét der er det bare super vigtigt, at vi er ude i arbejdet. Vi skal ikke begrave os i møder og til administrationsdage og kontordage. Så er det rigtigt, at jeg har nogle gange måttet sige til medarbejderne: ”Prøv lige at hør her, jeg forstår heller ikke det her, og der kommer jeg til at repræsentere jer helt vildt dårligt, for jeg kommer ikke til de funktionsledermøder eller møder med afdelingsledelsen, fordi jeg står med nogle patienter, fordi himmel og jord står i ét”. Så der bliver besluttet nogle ting som jeg ikke har indflydelse på. Og så ser de alle sammen på mig og siger: ”Hvorfor fanden blev det besluttet, at vi skulle det?”. ”Jeg bliver nødt til at sige, at lige nu der kan jeg ikke repræsentere jer ret godt, fordi lige nu der står jeg sammen med jer her på afdelingen”” (bilag 13: 31)

Ønsket om synlig ledelse kan som ovenstående viser, have en paradoksal dimension. For synlig ledelse kan betyde både fysisk synlighed, men i lige så høj grad strategisk synlighed. Næste citat lægger vægt på denne flerdimensionelle synlighed:

”Synlig ledelse kan jo også være et udtryk for: ”Hallo leder – hvor er vi på vej hen?” Og det er jo så et rigtig godt spørgsmål. Hvor jeg i hvert fald mener – og det tror jeg sådan set vi er enige om – at første prioritet det var i hvert fald at få driften til at fungere. Og når man sådan tænker over det, så hold kæft hvor det lykkes godt. Og det skal man jo ligesom også huske at sige til dem. For det er jo dem der har været med til det (...).” (bilag 13: 32)

Det bliver pointeret, at den fysiske synlighed af funktionslederne kan have den konsekvens at netop åbenheden om beslutninger ikke kan opfyldes. Det af den simple grund at funktionslederen i visse situationer udfylder sin rolle som læge og ikke som leder. Det kommer frem hvordan funktionslederne vurderer, at ønskerne i og for sig ikke kan isoleres, da det kræver synlighed, hvis der skal være åbenhed om beslutninger.

I det sidste citat reflekteres der videre over, at den manglende synlige ledelse har været prisen for at få driften til at fungere - altså de proceduremæssige og fysiske forhold. Det understøtter endnu engang hvorledes fusioner i fasen for operationel sammenlægning ofte er forbundet med nogle tab (Seo & Hill 2005: 436; Marks & Mirvis 1986: 152). Det er med citatet nævneværdigt at hæfte sig ved funktionslederens udtalelse om, at driften har været første prioritet - og at de er lykket rigtig godt med den.

7.4.2. “Buzz-word”

Det tredje ønske lægerne prioriterede var ‘patientsikkerhed’. Af fokusgruppeinterviewet fremgår det tydeligt, at patientsikkerhed som emne i det hele taget er vigtigt og en del af deres faglige stolthed. Da vi spørger funktionslederne, hvad de tænker om ønsket, lyder svaret:

”Jeg tænker, at patientsikkerhed både mellem sygeplejersker og mellem læger er sådan et buzzword man slynger frem, når man i virkeligheden er bange for fagligheden. Altså det kan både være ens egen. Men også det man præsterer i forhold til en faglighed. Altså hvad er det for nogle

patienter vi sender afsted her. Hvad har vi gjort for dem her? Og der er patientsikkerhed sådan en, at så kan man altid få folk til at stoppe op og tage det alvorligt.” (bilag 13: 34)

Som det fremgår af funktionslederens beskrivelse af patientsikkerhed, vurderer og erfarer funktionslederen begrebet ud fra en faglighed usikkerhed. Dermed mener funktionslederen, at lægernes ønske om mere opmærksomhed på patientsikkerheden må være et udtryk for en personlig usikkerhed vedrørende egen faglighed. Funktionslederen påpeger en forståelse af patientsikkerhed som en usikkerhed, som fusionen har bragt med sig på det faglige felt. Grundet fusionens store samling af flere og komplekse patientkategorier står lægerne overfor den udfordring, at skulle mestre flere og bredere patientkategorier samtidig med, at den høje specialisering og dybdegående kendskab til ét bestemt fagligt område skal bevares. Til det konstateres der, at:

”Usikkerheden om at bevare egen faglighed. Ja. Fordi vi er alle sammen kommet fra nogle afdelinger, hvor vi er super eksperter i de patientkategorier man ligesom har. Nu er vi én stor afdeling, der ligesom skal kunne tage ansvaret for dem alle sammen, samtidig med at vi levere den her super specialiseret hyper ”Danmarks bedste hospitalsbehandling (...). Om de leverer den bedste kvalitet” (bilag 13: 34-35)

I forlængelse af spørgsmålet om patientsikkerhed lægges der vægt på, at patienterne er sikre på afsnittet:

”Patienterne er sikre her på afdelingen. Og det er derfor jeg i virkeligheden siger faglighed. Men den er lidt sjov. Den havde jeg aldrig selv turdet gætte på.” (bilag 13: 35)

Ønsket om patientsikkerhed oversætter funktionslederne til usikkerheden i, at ens egen faglighed bliver sat på spil set i lyset af den omorganisering, der har været af afsnit Øst. Her henviser funktionslederne til den størrelse afsnittet har fået efter det forhenværende ITA/OVITA blev flyttet til Øst og ikke Syd, og ikke desto mindre udvidelsen af patientkategorierne. Afsnittets læger - nyankommne som gamle - er alle sat overfor at skulle tænke deres faglighed anderledes i det de nu skal kunne varetage andres specialer og patientgrupper. Funktionsledernes forståelse og vurdering

af lægernes ønske om øget patientsikkerhed forstår de i virkeligheden som et dække for lægernes egne faglige usikkerheder. Disse usikkerheder erfarer funktionslederne i forbindelse med fusionen, da der forventes en ændret type faglighed af lægerne - dybde og bredde faglighed.

7.5. Delkonklusion

Vi vil herunder samle op på resultaterne fra den ovenstående analyse af funktionsledernes perspektiv og herved svare på vores andet arbejdsspørgsmål:

Hvilke vurderinger og erfaringer gør funktionsledelsen på Intensiv Afsnit Øst, AUH, sig i forbindelse med fusionen?

Ifølge funktionslederne er der enighed omkring oplevelsen af, at de på afsnit Øst er nået langt med fusionen vedrørende den proceduremæssige og fysiske integration i forhold til at lægegruppen er landet på afsnit Øst. Her peger funktionslederne særligt på, at de er lykkedes med at fastholde medarbejderne, at de kan se på ansøgninger til stillingsopslag, at de får mange og kvalificerede ansøgninger, hvilket ifølge funktionslederne, afspejler et positivt billede af afsnit Øst, og at der har været et minimalt antal klagesager.

De påpeger, at der har været vanskeligheder angående den sociokulturelle integration og med at sammensmelte de forhenværende afsnit til ét samlet afsnit. Særligt da sammenlægningen blev en realitet. Her påpeger den ene funktionsleder, at der nok har været en uopmærksomhed på, at der skulle findes en fælles enighed omkring retningen på afsnit Øst. Dette har været medvirkende til, at der har været nogle kampe mellem de forhenværende afsnit - særligt starten af integrationsprocessen. Ifølge funktionslederne er de dog på rette vej i dag, hvor der blandt andet er blevet taget hul på 'bylden' i forbindelse med en forhenværende spidsbelastning på afsnittet. Her opleves diskussionerne i perioden med spidsbelastning, at disse har foranlediget at luften er blevet rensset og en mere samlet forståelse af lægekollegiet er begyndt at spire. Lægerne er blevet presset ud i at blive enige om et fungerende samarbejde og en bedre koordinering af opgaverne og patienterne på tværs af specialer og forhenværende afsnit. Ud fra dette er høfligheden blevet erstattet med svesken på disken. Vi konkluderer herudfra, at akkulturationsprocessen på afsnittet i højere grad er foranlediget af afsnittets periodiske variation i arbejdsbelastning, end af en decideret opmærksomhed og tiltag målrettet den sociokulturelle integration. Hertil bemærker en af

funktionslederne at der for tiden, hvor der er lidt stille på afsnittet, er fundet tid til det uformelle samarbejde og snakke, hvilket forstærker funktionslederens oplevelse af, at de er på rette vej - også i forhold til den sociokulturelle integration.

Hvad angår funktionsledernes erfaringer af fusionen oplever de et krydspres i deres position som funktionsledere på afsnittet. Rollen har signifikant betydning for deres vurderinger og erfaringer af fusionen, da de står med ét ben i hver lejr. Som det fremgår i analysen, er deres rolle som hybridledere svær at balancere. Det i at det forventes af dem, at de som ledere skal gå forrest i integrationsprocessen samtidigt med, at de selv skal være en del af lægegruppen, og varetage de lægefaglige opgaver der er. At de ser sig som både en del af lægegruppen og en del af ledelsen, argumenterer vi for, er en af grundene til at de bliver overrasket over, at lægerne ikke ser sig som et mere samlet afsnit, baseret på hvilket billede, som blev valgt i spørgeskemaundersøgelsen. I forhold til deres positive oplevelse af, at de er nået et godt stykke med den proceduremæssige- og fysiske integration, er det ud fra det organisatoriske perspektiv lykkes at integrere lægegruppen, hvormed de nu er på vej i fælles retning. Deres individuelle vurdering af afsnittets status viser sig at være på det tredje billede. Dette billede illustrerer sammensmeltning til én gruppe og fælles etablering af en ny retning.

Ifølge Cartwright & Cooper er der en tendens til fra lederes side at have en overdreven tiltro til hvor hurtigt og nemt en integration opnås. I dette ligger en implicit undervurdering af betydningen af opmærksomhed på den sociokulturelle integrationsproces. Dette teoretiske perspektiv hjælper os til at forstå funktionsledernes opfattelser af fusionen. En af funktionslederne erkender, at der har været manglende opmærksomhed på den sociokulturelle integrationsproces. Hermed har det vanskeliggjort de forhenværende afsnit at finde en fælles retning i enighed. Vi argumenterer for, at uden det sociokulturelle fokus i den tidlige integrationsproces, har et nyt samlet lægekollegie ikke haft mulighed for at finde sine ben tidligere i postfusionen. Funktionslederne erkender dog, at der har været andre drifts- og patientmæssige opgaver, der påkrævet løst først. Disse er i første omgang blevet viet opmærksomhed. Vi konkluderer ikke, at funktionsledernes vurderinger af fusionen har båret præg af en overdreven tiltro til integrationen, men derimod en, ifølge funktionslederne, nødvendig prioritering mellem hvilke punkter, der først skulle integreres. Det har medvirket til en uopmærksomhed på, at afd. I. ikke var omstillingsparate til at ændre på arbejdspraksisser og kultur for at sammensmeltes med ITA/OVITA og derved opnå ét fælles tredje.

Da vi præsenterer ønskerne for funktionslederne, bliver det ledelsesmæssige krydspres tydeligt. Funktionslederne beskriver, hvordan de selv har erfaret at have et ønske om en mere synlig ledelse. Samtidig er de i deres rolle som ledere helt opmærksomme på, at det i nogle sammenhænge ikke kan lade sig gøre med eksempelvis åbenhed om beslutningers. Funktionsledernes reaktioner på de to første ønsker understøtter vores konklusion af det krydspres, som funktionslederne befinder sig i. Det tredje og sidste ønske om patientsikkerhed kommer, modsat de to første ønsker, mere bag på funktionsledelsen. Overraskelsen over dette kan have sin begrundelse i funktionslederens indledende beskrivelse af, hvordan de vurderer, at afsnittet er kommet langt i både den fysiske og proceduremæssige integration. Disse to integrationsforhold kan grundet deres indhold af blandt andet arbejdspraksisser og teknisk udstyr, for funktionslederne være betragtet som en vigtig og afgørende del af patientsikkerheden. Den ene funktionsleder konstaterer, at ønsket i virkeligheden må være et udtryk for usikkerhed i egen faglighed. Usikkerhed i fagligheden argumenterer vi for, er et resultat af den strukturelle omlægning af afdelingen, der gør, at afsnittet nu har en langt bredere patientkategori og dermed kravet om at lægerne kan favne i bredden på lige fod med dybden i fagligheden. Som konsekvens for en fagprofessionel kan det forekomme som en voldsom ændring i den ellers specialiseret faglighed, de som læger lægger en stor dyd i at besidde.

8. Diskussion

På baggrund af ovenstående analyser af lægegruppen og funktionsledernes vurderinger og erfaringer af fusionen på afsnit Øst, har vi vist, at dette ikke kan besvares simpelt og med et enkelt svar. Vi har vist, at der internt i lægegruppen i visse henseender er forskellige oplevelser af fusionen og integrationsprocessen. I andre henseender er der bred enighed. Samtidigt ser vi i analyserne, at funktionslederne i nogle henseender ikke oplever fusionen og integrationsprocessen på samme måde som lægegruppen. Dette ser vi er til de emner, hvor de udtaler sig som ledere. I visse sammenhænge udtaler de sig lægekollegaer. Her er funktionsledernes udtalelser i overensstemmelse med lægernes vurderinger og erfaringer. Vi kan altså konkludere, at en fusions- og integrationsproces er kompleks. Der vurderes og erfares forskelligt fra individ til individ, og fra læge til læge. Ydermere viser analyserne fra lægerne og funktionslederne, at vurdering og erfaringer gjort variere afhængigt af den stilling eller position man som ansat har.

Vi har i analysen set indikationer på, hvordan afsnit Øst opleves som et opdelt afsnit, med intern organisering mellem ITA/OVITA og afd. I. De to grupperinger har i mange af vores analyser vist sig som en faktor for, hvordan den enkelte læge erfarer integrationsprocessen. Blandt andet ser vi, hvordan ITA/OVITA i overvejende grad er enige om at ideen og beslutningen bag fusionen var dårlig. Samme gjorde sig gældende i forhold til anerkendelsen af, hvorvidt de var enige i at motiverne bag fusionen. Omvendte billede tegnede sig i overvejende grad ved lægerne fra afd. I. Her var der en mere positiv indstilling til disse områder.

Vi ser en bred enighed blandt lægerne og funktionslederne om oplevelsen af afsnit Øst som opdelt. Opdelingen ser vi særligt mellem de forhenværende afsnit. Det giver en indikation af, at integrationen af lægerne ikke har nået et fælles tredje. Det argumenterer vi for skyldes vurderingen og erfaringen af, at der i visse henseender opstår kulturkampe mellem de forhenværende afsnit. Her er der særligt en tilbøjelighed til at lægerne fra afd. I. gør brug af deres flertal som gruppe. "Flertalsdiktaturet" benyttes både overfor det øvrige lægekollegie såvel som overfor ledelsesmæssige tiltag.

I henhold til Cartwright & Coopers teoretiske perspektiv om overtagende og overtagne ser vi oplevelsen af, at afd. I. agerer som de overtagende og ITA/OVITA bliver de overtagne. Det argumenterer vi blandt andet for i det, at afd. I. formentligt har haft en stiltiende forventning om, at deres allerede eksisterende arbejdsgange skulle fortsætte. Hermed skulle lægerne fra ITA/OVITA

afgive sine praksisser til fordel for afd. I. lægernes. Denne pointe træder ligeledes frem hos funktionslederne i beskrivelsen af, hvordan der har været en manglende opmærksomhed på påvirkningen af ITA/OVITA lægernes indflytning. Det erfares således at der ikke har været en tydelig opmærksomhed på, at afsnittet herudfra skulle finde et tredje fælles ben at stå på. I stedet vurderede afd. I., at de var en stor afdeling, der blot blev større. I tråd med denne erfaring om starten på integrationsprocessen beskriver en af lægerne fra fokusgruppeinterviewet, at det for det forhenværende ITA/OVITA opleves som om, at det først var da de stod og "bankede på" til afd. I., at det gik op for lægerne fra afd. I, at de skulle integreres med nye kollegaer. En reaktion der med den følelsesmæssigt præget erfaring en fusion kan være, kan forekomme som et chok. Det til trods for en rationel viden om det kommende forløb, som afd. I. var blevet præsenteret for. Ud fra dette ser vi, at afd. I. indledningsvist har betragtet sammenlægningen af afsnittene ud fra dynamikken med dem som overtagende over ITA/OVITA. Dette, påpeger vi, er med til at integrationsprocessen opleves blandet og af nogle som negativt på tværs af lægegruppen og særligt blandt lægerne fra ITA/OVITA.

Vi påviste i analysen yderligere en række faktorer, som vi argumenterer for, har haft en indvirkning på at afsnittet opleves opdelt. En af faktorerne er særligt forberedelsestiden og perioden op til selve sammenlægningen. Denne opleves af lægegruppen som turbulent grundet den forholdsvis korte periode fra at beslutningen blev truffet til at sammenlægningen fandt sted. Dette foranledigede en prioritering vedrørende integrationen. Som vi har vist i analyserne, tyder det på, at der på afsnit Øst først og fremmest har været et fokus på at prioritere den fysiske og proceduremæssige integration. Det skyldes, at der har været et fokus og en forventning om at komme på plads på afsnittet og derved sikre driften og behandlingen af patienterne. Hertil er lægerne og funktionslederne enige om at vurdere, at den fysiske og proceduremæssige integration har nået et forventet niveau i forhold til tiden, der er gået og ikke mindst de forudsætninger, afsnittet har haft. På baggrund af denne prioritering argumenterer vi for, at opmærksomheden vedrørende den sociokulturelle integration har været delvis sat i baggrunden i forberedelsesperioden.

Den manglende opmærksomhed i og på forberedelsen af den sociokulturelle integration påpeger funktionslederne også. En af funktionslederne forklarer, at der set i bakspejlet, ikke har været en tilstrækkelig opmærksomhed på at gøre lægerne fra det forhenværende afd. I.

opmærksomme på, at der ville ske forandringer i deres kendte praksisser i takt med ITA/OVITA lægernes indflytning. Den manglende forberedelse har i analysen vist sig at være medvirkende til, at der til trods af den fredelige sameksistens, er opstået kulturkampe i integrationsprocessen. Det kommer til udtryk i de forskellige holdninger og oplevelser af hvordan integrationen skulle forløbe. På trods af den delvis manglende opmærksomhed på den sociokulturelle integration, påpeger vi, at dette ikke har stået i vejen for den fysiske og proceduremæssige integration. Hvilket foranlediger os til at antage at trods vigtigheden af den sociokulturelle integration i den samlet integrationsproces, er disse kulturkampe ikke så graverende at de hæmmer den øvrige integrationsproces. Desuden er kampene ikke så fastgroet eller præget af demarkation, at de er en hindring for etablering af et fælles tredje.

Ifølge både lægerne og funktionslederne er det forsøgt at igangsætte den sociokulturelle integration. Begge påpeger, at de oplever, at der blandt andet har været forsøgt at sætte forskellige initiativer i gang samt afholdelse af møder, hvor der har været mulighed for at diskutere hvilke arbejdspraksisser og kultur, der bør efterleves på afsnit Øst. Derved er det forsøgt at lave tiltag for at fremme den sociokulturelle integration, hvor der kan integreres et samarbejde og en bedre koordinering af opgaverne og patienterne. Til trods for at disse tiltag opleves blandet af både lægegruppen og funktionslederne, har vi i analyserne vist indikationer på, at lægerne herigennem er på vej i den sociokulturelle integration, da de har fået taget hul på 'bylden' og er begyndt at italesætte og etablerer mere samarbejde og integration.

I analyserne viste det sig i opgaven med ønskerne til lederne, at usikkerhed ligger til grund for de to første ønsker lægerne formulerede i fokusgruppeinterviewet. Dette konkluderede vi relaterer sig til den uklarhed, der er blandt lægerne i forhold til klarhed om hvilken retning og form afsnittet skal tage. Hertil ser vi, at funktionslederne også er i tvivl om, hvilken retning afsnittet skal tage. Vi antager, at der er en generel usikkerhed, som resulterer i opretholdelsen af de grupperinger spørgeskemaundersøgelsen og de videre analyser viser og nuancerer. Med funktionsledernes udmelding om samme tvivl, hvad angår afsnittets fremtidige retning, formoder vi at usikkerheden blandt lægekollegiet forstærkes. I dette kan vi se en sammenhæng mellem grupperinger i lægekollegiet opdelt i forhenværende afsnit og de ønsker, som tilkendegives fra lægerne i fokusgruppeinterviewet.

Det interessante at bide mærke i, i forhold til lægernes ønsker, er at vi så to forskellige vurderinger af det tredje ønske; 'Patientsikkerhed'. Dette ønske oplever funktionslederne som en dybereliggende usikkerhed, end hvad informanterne i fokusgruppeinterviewet umiddelbart gav udtryk for. Hos lægerne henvendte ønsket sig til en opfattelse af, at der fra AUHs side har været en tendens til at glemme hvad 'produktet' for organisationen er; nemlig patienten og dennes sikkerhed i en korrekt behandling. Der bliver sået en kritik og tvivl om fusionens konsekvenser. Denne forståelse og vurdering af ønsket delte funktionslederne ikke. I interviewet med funktionslederne kom det i stedet frem, at funktionslederne ser ønsket bunde i usikkerhed om lægernes egen faglighed. Funktionslederne mener, at det at påkalde en situation patientsikkerhed, i deres optik, er mere et spørgsmål om usikkerhed. De betegner i stedet patientsikkerhed som et "buzzword", der til hver en tid vil få modtageren op ad stolen. Funktionsledernes argumentation bunder særligt i, at de påpeger og understreger, at patienterne ER sikre på afsnittet.

Disse to forskellige tolkninger af patientsikkerhed og særligt funktionsledernes opfattelse af, hvad der ligger til grund for lægernes ønske om patientsikkerhed, er bemærkelsesværdigt. Vi kan af gode grunde ikke afgøre, om der er nogen der har ret og om der overhovedet er nogen der har mere ret end den anden part. Dette er heller ikke vores ønske. Da vi er interesseret i at undersøge lægerne og funktionsledernes vurderinger og erfaringer, mener vi, at begge har ret, da det er deres individuelle oplevelse. Men forskellen mellem funktionslederne og lægernes forståelse af ønsket 'Patientsikkerhed', foranlediger os til at se nærmere på antagelsen om usikkerhed i egen faglighed. Afsnit Øst stiller i sin nye struktur og sammensætning af specialer og patientkategorier højere faglige krav til lægekollegiet. Dertil ser vi i resultaterne fra spørgeskemaet en blandet både skepsis og optimisme fra lægekollegiet over denne nye konstellation. Fagligheden blev her påpeget som både en styrke OG en svaghed ved fusionen. Dertil medgiver at vi at konstellationen, hvor fagligheden påkræves i både dybde og bredde, kan være en udfordring for højtspecialiserede professionelle læger. Vi påpeger ikke desto mindre den mulighed, at den fysiske integration (koordinering af fx arbejdsopgaver) kan afstedkomme den sociokulturelle integration i den henseende, at lægerne i dette kan begynde at trækker på hinandens ressourcer og viden. Det uformelle samarbejde mellem lægerne hvor de rådspørger hinanden angående den forskellige viden og faglig relevans om patientgrupper, kan også bidrage til den sociokulturelle integration.

Ovenstående faktorer vedrørende forståelsen af afsnit Øst som opdelt samt lægegruppen og funktionsledernes kommentarer og udtalelser, gør at vi argumenterer for, at fusionsudfaldet på afsnit Øst er lignende separation. Der er en oplevelse blandt lægerne, at afsnit Øst er præget af en opdeling, hvori to enheder er samlet under samme tag. ITA/OVITA lever i fredelig sameksistens, men med hver deres kultur og identitetsforståelse. Vi er opmærksomme på, at dette billede af afsnit Øst er et øjebliksbillede, og vi ser i vores empiriske materiale, at der også er en positiv velvilje mod at se fusionen som på vej mod at blive et sammensmeltet afsnit med en fælles retning. Funktionslederne fremhæver, at i perioden hvor lægegruppen besvarede vores spørgeskema, var midt i en spidsbelastning hvor stemningen, ifølge funktionslederne, på afsnit Øst i høj grad var præget af kulturkampe og stridigheder mellem de forhenværende afsnit. Ifølge funktionslederne vil vi få nogle andre resultater, hvis vi sendte spørgeskemaundersøgelsen ud igen i dag. At tiden spiller ind i forhold til integrationsprocessen, er vi opmærksomme på. Ifølge Cartwright & Cooper fungerer de fusionerede enheder ofte som separate og uafhængige enheder i mange måneder og helt op til et år, før en reel fysisk og kulturel integration kan spores (Cartwright & Cooper 1992: 35). I og med at vores nedslag på afsnit Øst fandt sted kun et halvt år efter sammenlægningen af de tre forhenværende afsnit, betegner vi stadig integrationsprocessen for værende ung. Lægegruppens vurderinger og erfaringer af fusionen og den sociokulturelle integrationsproces kan ændres i løbet af den næste tid. Det særligt efter afsnit Øst ikke kun har fået styr på den fysiske og proceduremæssige integration, men også har fået taget ordentligt hul på 'bylden' i forhold til den sociokulturelle integration.

Afslutningsvis ønsker vi at gøre opmærksom på, at vi undervejs i specialet har haft opmærksomhed på lægekollegiet som fagfolk i et professionelt bureaukrati. Med dette er vi opmærksomme på det krydspres funktionslederne befinder sig i, i kraft af deres position som både lægekollegaer og ledere. Funktionslederne konstaterer, at det er yderst kompetente kollegaer afsnittet består af. I den sammenhæng er det relevant at vende blikket mod, hvorvidt det professionelle bureaukrati spiller en rolle i forhold til den sociokulturelle integrationsproces. Vi argumenterer i ovenstående for, at både lægerne og funktionslederne fandt den fysiske og proceduremæssige integration rigtig godt på vej. Vi så gennem ønskerne og grupperingerne et udtryk for, at der er en usikkerhed i fagligheden. Dette konkluderer vi blandt andet er på baggrund af den grundlæggende ændring i lægernes faglige tilgang, der nu betyder, at de skal forholde sig til nye patientgrupper og vænne sig til at arbejde med

bredden og ikke kun dybden. I den betragtning ser vi igen en mulig usikkerhed i lægerne som professionelle. Her har vi en særlig opmærksomhed på den autonomi og beslutningsret lægerne har i deres arbejde. Med den ændret struktur på kravene til det faglige indhold, er den sociokulturelle integrationsproces vigtig for etableringen af et tillidsbaseret rum, hvor der kan videndeles. Vi ser det som et vigtigt element i en fusion at have i betragtning, hvilken gruppe af medarbejdere man som leder har med at gøre. Her tænker vi særligt på sammensætning og fagprofessionalitet.

Ved at se på den proceduremæssige og fysiske rammesætning af en integrationsproces, betragtes de mere fastlåst og rationelt. Hvorimod de sociokulturelle dimensioner i en fusion må ses ud fra et procesperspektiv, hvis der skal være mulighed for at tage højde for fluktuerende dynamikker og de konstante emergerende forandringer. Casen har i sig selv vist sig at være en mere kompleks case end som så. Der er langt flere forhold, der gør sig gældende for den sociokulturelle integrationsproces, end vi vil kunne inddrage og tage højde for. Eksempelvis viste det sig at det faktum, at hjertebørnene forsvandt i 2016, har haft en påvirkning på afd. I. En påvirkning, der muligvis kan have haft den konsekvens, at lægerne fra afd. I. har været i en slags choktilstand, der har gjort dem mindre omstillingsparate, da denne omorganisering stadig ikke er overkommet blandt alle lægerne. Et andet påvirkende element for analysen kan være de uendelige besparelser, der forstyrre eller ændrer for eventuelle tiltag, som eventuelt kan have en positiv virkning på den sociokulturelle integrationsproces. Her refererer vi især til besparelser, der påvirker den personalemæssige resourcedel. Den nye organisationsstruktur på Intensivafdelingen har vi heller vist megen fokus. Dertil kan dog siges, at vi har undersøgt en organisation i en organisation. De spørgsmål og opmærksomhedspunkter vi har haft, er gået på tværs af disse markeringer med det formål at skabe den brede og holistiske kontekst for det empiriske grundlag.

9. Konklusion

På baggrund af ovenstående analyser af vores empiriske materiale, har vi undersøgt hvordan den sociokulturelle integrationsproces på afsnit Øst vurderes og erfares af lægegruppen og funktionslederne. Herunder samler vi op på resultaterne af analyserne og besvarer på den baggrund vores problemformulering:

Gennem hvilke vurderinger og erfaringer kommer den sociokulturelle integrationsproces til udtryk i forbindelse med fusionen på Intensiv afsnit Øst på AUH?

Vores undersøgelse af vurderingerne og erfaringerne af integrationsprocessen og herunder særligt den sociokulturelle integrationsproces som en case viser, hvordan lægegruppen overordnet oplever disse forskellige internt og i forhold til de motiver, der ligger bag beslutningen om fusionen.

Vi har som udgangspunkt præsenteret og analyseret lægegruppen og funktionsledernes vurderinger og erfaringer og kan på den baggrund konkludere at en fusion og integrationsprocessen herunder er kompliceret og mange-facetteret. Vi kan blandt andet konkludere, at den sociokulturelle integration ikke kan anskues isoleret, men er nødvendig at se i sammenhæng med den fysiske og proceduremæssige integration. Vi har derfor også haft en opmærksomhed på forberedelsestiden op til sammenlægningen samt vurderingerne og erfaringerne af selve fusionsbeslutningen.

Vi konkluderer, at den sociokulturelle integrationsproces vurderes og erfares som et opmærksomhedspunkt, der blev sat i baggrunden for den fysiske og proceduremæssige integration. Lægegruppen og funktionslederne oplever hermed ikke afsnit Øst som ét samlet afsnit. Dette har vi vist skyldes forskellige faktorer. Først og fremmest vurderes forberedelsestiden forskelligt og turbulent afhængigt af, hvilket forhenværende afsnit den enkelte læge var tilknyttet inden fusionen. Der er overordnet en fælles indstilling til, at patienten skulle sikres og vies den absolutte opmærksomhed. Det betyder, at der i forberedelsestiden og starten af integrationsprocessen var en prioritering af den fysiske og proceduremæssige integration. Samtidigt var der på tidspunktet for indflytningen af lægerne fra ITA/OVITA en misforstået forventning blandt lægerne fra afd. I. af, at den sociokulturelle integration ville etablere sig selv efter sammenlægningen. Dette skyldes blandt andet, at der ikke har været en opmærksomhed på at de tre forhenværende afsnit sammen skal

finde en ny fælles tredje vej. De forskellige forventninger til den sociokulturelle integration og integrationen generelt har betydet, at integrationsprocessen erfares negativt blandt lægegruppen.

På grund af de forskellige forventninger til fusionen og integrationsprocessen er der i øjeblikket en usikkerhed og frustration over dagsordenen på afsnittet. Dette resulterer blandt andet i, at nogle af lægerne efterlyser mere synlig og tydelig ledelse og kommunikation vedrørende integrationsprocessen.

Vi hæfter os ikke desto mindre ved, at der er en udpræget optimisme blandt lægerne og funktionslederne. Der er en vurdering af, at lægegruppen er begyndt at bevæge sig i den rigtige retning. Der opleves således tegn på, at de forhenværende afsnit nærmer sig hinanden og en sammensmeltning. Vi bemærker også, at vores resultater skal ses som et øjebliksbillede.

Vores betragtninger om lægegruppens og funktionsledernes vurderinger og erfaringer beror på vores empiriske materiale og teoretiske perspektiver, samt ønsket om analytisk generalisering, hvormed vores resultater, viden og fund kan appliceres og anvendes i lignende tilfælde og situationer. Dialogen mellem teori og empiri har været med til at løfte vores analytiske fund. Vi har aldrig haft det mål, at vores viden skulle kunne omformes til forudsigende teorier, men derimod har vi ønsket at lave en undersøgelse, der indfanger en konkret og kontekstnær viden omkring integrationsprocessen og særligt den sociokulturelle integration på afsnit Øst, AUH. Vores viden og resultater vil kunne anvendes i lignende tilfælde, særligt inden for sygehusvæsenet. Det er således relevant og interessant i anden sammenhæng, at foretage et komparativt casestudie af afsnit Øst og et andet afsnit eller afdeling indenfor det danske sygehusvæsen, der har undergået en fusion. Hermed vil resultaterne kunne sammenlignes og undersøges i forhold til en bredere generalisering eller om vores resultater og fund er et enkelt tilfælde blandt lægerne på afsnit Øst.

10. Litteraturliste

Abbott, Andrew (2004): *"Methods of Discovery: Heuristics for the Social Sciences"*. University of Chicago

Andersen, Heine & Lene Koch (2015): "Hermeneutik & fænomenologi" i Hviid, Michael Jacobsen, Kasper Lippert-Rasmussen & Peter Nedergaard (red.): *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*. Hans Reitzels Forlag: Finland

Angwin, Duncan N., Kamel Mellahi, Emanuel Gomes & Emmanuel Peter (2014): "How communication approaches impact mergers and acquisitions outcomes". *The International Journal of Human Resource Management*, Vol. 27(20) 2016 p. 2370-2397

Antoft, Rasmus & Heidi H. Salomonsen (2012): "Det kvalitative casestudium" i Antoft, Rasmus, Michael Hviid Jacobsen, Anja Jørgensen & Søren Kristiansen (red.): *Håndværk og Horisonter. Tradition og nytænkning i kvalitativ metode*. Syddansk Universitetsforlag: Viborg

Bendix, Henrik W, Annemette Digmann, Per Jørgensen & Kjeld Møller Pedersen (2012): *"Hospitalsledelse - Organisatorisk fænomen og faglig disciplin"*. Letland: Gyldendal

Berry, John W. (2005): "Acculturation: Living Successfully in two Cultures". *International Journal of Intercultural Relations*. No.29, 2005 p. 697-712

Bloksgaard, Lotte & Pernille Tanggard Andersen (2012): "Fokusgruppeinterviews: Når gruppedynamikken er redskabet" i Jacobsen, Michael Hviid og Sune Qvotrup Jensen (red.): *"Kvalitative udfordringer"*. København K: Hans Reitzels Forlag

Boolsen, Merete Watt (2008): *"Spørgeskemaundersøgelser – fra konstruktion af spørgsmål til analyse af svarene"*. Hans Reitzels Forlag

Borum, Finn & Anne Reff Pedersen (2008): *"Fusioner, ledelse og fortællinger – integration og polyfoni i det danske sundhedsvæsen"*. Gylling: Handelshøjskolens Forlag.

- Breidahl, Karen & Janne Seemann (2009): "Jobcentret som flerarmet julenisse - tegneøvelser som dynamo og diagnostisk værktøj i organisationsanalyser". *Tidsskrift for arbejdsliv*, 11. årg., Nr. 4, 2009: 8-23.
- Brinkmann, Svend (2010): "Etik i en kvalitativ verden" i Brinkmann, Svend & Lene Tanggaard (red.): *"Kvalitative metoder"*. Hans Reitzels Forlag: Viborg
- Buono, A. F., & Bowditch, J. L. (1989). *The human side of mergers and acquisitions. Managing collisions between people, cultures, and organizations*. Washington DC: Beardbooks
- Cartwright, Sue & Cary L. Cooper (1992): *"Mergers and Acquisitions: The Human Factor"*. Oxford: Butterworth-Heinemann Ltd
- De Vaus, David A. (2001): *"Research Design in Social Research"*. Croydon: Sage Publications
- De Vaus, David A. (2014): *"Surveys in Social Research"*. Kina: Routledge
- Enderud, Harald (1986): *"Hvad er organisations-sociologisk metode? Den 3die Bølge i metodelæren"*. Gylling: Narayana Press
- Flyvbjerg, Bent (1988): *"Case studiet som forskningsmetode"*. Aalborg: Institut for Samfundsudvikling og Planlægning, Aalborg Universitetscenter
- Flyvbjerg, Bent (2010): "22. Fem misforståelser om casestudiet", i Brinkmann, Svend & Lene Tanggaard (red.): *Kvalitative metoder - en grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag
- Gillje, Nils & Harald Grimen (2002): *"Samfundsvidenskabernes Forudsætninger"*. Hans Reitzels: Vejle
- King, Nigel, Christine Horrocks & Joanna Brooks (2019): *"Interviews in Qualitative Research"*. 2nd. Edition. SAGE: UK
- Lerborg, Leon (2013): *"Styringsparadigmer i den offentlige sektor"*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag

- Eagle, Jeffrey & Peter M. Newton (1981): "Scapegoating in Small Groups: An Organizational Approach". *Human Relations*. Vol. 34, no. 4, 1981, pp.283-301
- Halkier, Bente (2002): "Fokusgrupper". Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag. *Journal of Language and Communication in Business*". vol.16 (31), s.215
- Jacobsen, Dag I. & Jan Thorsvik (2014): "*Hvordan organisationer fungerer - en indføring i organisation og ledelse*". Letland: Hans Reitzels Forlag
- Kvale, Steinar & Svend Brinkmann (2015): "*Interview - Introduktion til et håndværk*". København K: Hans Reitzels Forlag
- Larsson, Rikard (1998): "Strategisk ledelse af virksomhedsopkøb og fusioner – hvornår, hvor og hvordan" i Pedersen, Jesper Strandgaard (red.): "*Fusioner på tværs - fra plan til praksis*". København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag
- Layder, Derek (1998): "*Sociological Practice. Linking Theory and Social Research*". Sage: Surrey
- Marks, Mitchell Lee & Philip Harold Mirvis (1986): "The Merger Syndrome" i Risberg, Annette (red.) (2006): *Mergers and Acquisitions. A Critical Reader*. London: Routledge
- Nahavandi, Afsaneh & Ali R. Malekzadeh (1988): "Acculturation in Mergers and Acquisitions". *The Academy of Management Review*, Vol. 13, No. 1 (1988), p. 79-90
- Napier, Nancy K. (1989) 'Mergers and acquisitions, human resource issues and outcomes: a review and suggested typology'. *Journal of Management Studies*, 26(3): 271–89.
- Olsen, Henning (2006): "*Guide til gode spørgeskemaer*". Socialforskningsinstituttet
- Pablo, Amy L. (1994): "Determinants of Acquisition Integration Level: A decision-making perspective". *The Academy of Management Journal*, 37(4), 1994: 803–836
- Patton, Michael Quinn (2002): "*Qualitative research & evaluation methods*". Californien: Sage
- Risberg, Anette (2001): "Employee experiences of acquisition processes". *Journal of World Business*, 36(1): 58–84

Schweiger, David M. & Angelo S. DeNisi (1991): "Employees Following a Merger: A Longitudinal Field Experiment" i Risberg, Anette (red.) (2006): *Mergers and Acquisitions. A Critical Reader*. Eastbourne: Routledge

Seo, Myeong-Gu & N. Sharon Hill (2005): "Understanding the Human Side of Merger and Acquisition - An Integrative Framework". *The Journal of Applied Behavioral Science*, No. 4, 2005: 422-443

Shrivastava, Paul (1986): "Postmerger integration", *Journal of Business Strategy*. Vol.7(1) p. 65–76

Silverman, David (2014): "*Interpreting qualitative data*". Californien: Sage

Stahl et al. (2013): "Sociocultural Integration in Mergers and Acquisitions: Unresolved Paradoxes and Directions for Future Research". *Thunderbird International Business Review*, vol. 55 (4) p. 333-356

Tanggaard, Lene & Svend Brinkmann (2010): "Interviewet som forskningsmetode" i Brinkmann, Svend & Lene Tanggaard (red.): "*Kvalitative metoder*". Viborg: Hans Reitzels Forlag

Yin, Robert K. (2003): "*Case Study Research - Design and Methods*". United States of America: Sage

Yin, Robert K. (2011): "*Applications of case study research*". Sage Publications

10.1. Webbaseret litteratur:

AUH1: <http://www.auh.dk/om-auh/fakta-om-hospitalet/auhs-historie/> Fundet d.25.02.2019

AUH2: <http://www.auh.dk/om-auh/virksomhedsgrundlag/vision---mission---vardier/> Fundet d.20.03.2019

Buono, Anthony (2014):

https://ledelse.borsen.dk/article/view/710/strategieksekvering/artikel/fusioner_og_integrationsprocesser.html Fundet d. 09.04.2019

Oim: <https://oim.dk/media/15719/kommunalreformen-kort-fortalt.pdf> Fundet d.22.02.2019

11. Bilag

11.1. Bilag 1 – Spørgeskema

Dette spørgeskema omhandler fusionen af Intensivafdeling på Aarhus Universitetshospital.

Forskning viser, at fusioner ofte er følelsesladede og påvirker alle involverede. Det kan bl.a. skyldes usikkerhed og nye arbejdsforhold, kultursammenstød og nye kollegaer (Shrivastava 1986; Borum & Pedersen 2008; Mark & Mirvis 1998; Bouno & Bowditch 1989). Empiriske studier viser ligeledes, at næsten halvdelen af alle fusioner ikke opnår de organisatoriske målsætninger (Seo & Hill 2005).

Motivationen bag vores speciale er, at få en bedre forståelse for hvordan fusioner i det danske sundhedsvæsen gennemføres samt hvilke faktorer, der er afgørende i processen.

Mere præcist er vi interesseret i at analysere fusions- og integrationsprocesserne på Afsnit Øst i forbindelse med vores kandidatspeciale i Sociologi på Aalborg Universitet.

Udgangspunktet for undersøgelsen er lægernes vurderinger og erfaringer med fusionen mellem ITA (NBG), OVITA (THG) og Intensiv Øst.

Vi har brug for dine erfaringer og vurderinger af fusionen pr. oktober 2018. Dine besvarelser er derfor en stor hjælp for os. Spørgeskemaet taget 10-12 minutter at besvare. Vi håber, at du vil besvare alle spørgsmålene og uddybe i de tilhørende kommentarfelder.

Besvarelsenerne er anonyme, hvilket betyder, at det ikke er muligt at afgøre, hvem der har afgivet hvilke svar.

På forhånd tak.

/Nellie Ginnerup & Mads Jessen
Sociologi, Aalborg Universitet

Indledende spørgsmål

Køn

(1) ☐ Mand

(2) ☐ Kvinde

(3) ☐ Andet _____

Alder (angiv svar i år)

Hvor længe har du været ansat på AUH? (Angiv svar i år)

Ved hvilket afsnit var du ansat inden fusionen pr. oktober 2018?

(1) ☐ ITA (NBG)

(2) ☐ OVITA (THG)

(3) ☐ Intensiv Øst

(4) ☐ Andet _____

Følgende spørgsmål omhandler din vurdering af fusionen af ITA (NBG), OVITA (THG) og Intensiv Øst pr. oktober 2018

På en skala fra 1-10, hvor 1 er dårligst og 10 er bedst, hvordan vurderer du ideen bag fusionen?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐	(8) ☐	(9) ☐	(10) ☐

Kommentar:

På en skala fra 1-10, hvor 1 er dårligst og 10 er bedst, hvordan vurderer du gennemførelsen af fusionen?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐	(8) ☐	(9) ☐	(10) ☐

Kommentar:

I hvilken grad er du enig i følgende udsagn:

	Helt enig	Delvis enig	Hverken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig
Fusionen pr. oktober 2018 var den rigtige beslutning:	(1) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Det giver ikke mening at lave et sygehus baseret på stordriftsprincipper:	(1) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Fusionen er med til at sikrer et kvalitetsløft:	(1) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Fusionen af Intensivafdeling giver god mening, men det gør valget af hvilke afsnit, som er fusioneret, ikke:	(1) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Kommentar:

I hvilken grad er du enig i følgende udsagn:

	Helt enig	Delvis enig	Hverken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig
Målet for fusionen er tydeligt og klart:	(1) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Der er udarbejdet en tydelig strategi for fusionen:	(1) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Helt enig Delvis enig Hverken enig
eller uenig Delvis uenig Helt uenig

Der er udarbejdet en tydelig

struktur for de ændrede

(1) ☐

(3) ☐

(4) ☐

(5) ☐

(6) ☐

arbejdsgange:

Kommentar

Hvilket af de fem billeder herunder mener du bedst beskriver fusionen af Afsnit Øst?



Billede 1



Billede 2



Billede 3



Billede 4



Billede 5

(1) ☐ Billede 1

(2) ☐ Billede 2

(3) ☐ Billede 3

(4) ☐ Billede 4

(5) ☐ Billede 5

Kommentar:

Følgende spørgsmål omhandler din vurdering af og erfaring med lederne i sammenlægningen pr. oktober 2018

I hvilken grad er du enig i følgende udsagn

	Helt enig	Delvis enig	Hverken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig
Lederne forberedte os godt på fusionen:	(1) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Kommunikationen fra lederne har været klar og tydelig:	(1) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Vi burde have haft flere møder med vores funktions- og afdelingsledere mhp. kollegialt og fagligt sammenhold:	(1) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Jeg havde noget at skulle have sagt i beslutningsprocessen for fusionen:	(1) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Lederne bør træde mere i karakter og være tydelige omkring afsnittets fremtid:	(1) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Kommentar:

Følgende spørgsmål omhandler din nuværende oplevelse af dine kollegaer

Hvordan er dit overordnede forhold til dine kollegaer på hele afsnittet?

(1) ☐ Meget godt

- (2) ☐ Godt
- (3) ☐ Hverken godt eller dårligt
- (4) ☐ Dårligt
- (5) ☐ Meget dårligt

Kommentar:

Hvor enig er du i følgende udsagn:

	Helt enig	Delvis enig	Hverken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig
Der bør være forskel i opgavevaretagelsen lægerne i mellem	(1) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Jeg synes, vores afsnit har brug for en kageordning	(1) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Jeg kan ikke se, hvordan vi som fusioneret afsnit, kollegialt nogensinde skal blive til ét afsnit	(1) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Kommentar:

Oplever du en gruppering i lægegruppen?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej

(3) ☐ Ved ikke

Hvis 'ja' hvordan?

De sidste spørgsmål omhandler din overordnet vurdering og erfaring med fusionen pr. oktober 2018

I hvilken grad kan du, i forbindelse med fusionen, relatere til følgende beskrivelser:

	Slet ikke	Lidt	Meget	I høj grad
Spekulationer – Jeg bruger meget tid og energi på spekulationer i relation til fusionen:	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Skrækvisioner – Der flourer rygter og historier om fusionen:	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Tys-tys kommunikation – Jeg oplever begrænsninger i kommunikation - tabuisering:	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Illusionen af kontrol – Lederne signalerer, at der er en plan for fusionen:	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Fokus på forskelle – Forskelle frem for ligheder mellem lægerne på Afsnit Øst:	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐

	Slet ikke	Lidt	Meget	I høj grad
Kulturkampe – 'Vi' og 'de' holdninger:	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐

Tab og vind – Der føres regnskab med, hvem der bliver tabere og vindere i forskellige tilpasninger:	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
---	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

Kommentar:

Hvad ser du som fusionens tre største styrker? Brug gerne eksempler

1

2

3

Kommentar:

Hvad ser du som fusionens tre største svagheder? Brug gerne eksempler

1

2

3

Kommentar:

Tusind tak for hjælpen!

Husk at trykke "Afslut".

11.2. Bilag 2 – Spørgeskema med besvarelser og kommentarer

Vedlagt som elektronisk bilag

11.3. Bilag 3 – Rapport fra SurveyXact

Vedlagt som elektronisk bilag

11.4. Bilag 4 – Én intensivafdeling på AUH

Vedlagt som elektronisk bilag

11.5. Bilag 5 – Status på strukturarbejdet i OPI, Dagkirurgi og Sterilcentral. Orienteringsmøde

Vedlagt som elektronisk bilag

11.6. Bilag 6 – Flere afdelinger fusionerer 1. april

Vedlagt som elektronisk bilag

11.7. Bilag 7 – Opsamling – møde

Vedlagt som elektronisk bilag

11.8. Bilag 8 - Introduktion Intensiv

Vedlagt som elektronisk bilag

11.9. Bilag 9 – Transskribering af Ledende overlæge Hans Skriver Jørgensen

Vedlagt som elektronisk bilag

10.10. Bilag 10 – Interviewguide til Fokusgruppeinterview

Indledning - præsentation	Hvad synes I om integrationsprocessen?
Fusionsudfald	- Som I måske husker, så bad vi jer om i spørgeskemaet at vælge ét billede ud af fem, der beskriver fusionen bedst. Vi er meget interesseret i at vide, hvilken betydning I har tillagt billederne. Derfor gennemgår vi hvert af de 5 billeder nu og så skal I bare forklare, hvilken mening I tillægger dem: PRÆSENTATION AF BILLEDER - Kan I huske hvilket billede I valgte i spørgeskemaundersøgelsen? Hvis ikke, hvilket af de fem billeder vil du/I så vælge? - Hvorfor valgte I det billede?
Grupperinger og usikkerheder på afsnit Øst	- Undersøgelsen viste, at 15 ud af 17 af jer synes der er grupperinger. Hvad tænker I om det? VIS PIE-CHART - I vores analyse har vi brugt et teoretisk begreb - syndebukmekanismen – der viser at 'de gamle' peger på 'de nye' som årsag til grupperingerne. - Er det at strække den lige lovligt eller hvad tænker I?
Ønsker til lederne	3 ønsker - post-it Resultatet af undersøgelsen viste påfaldende meget kritik af lederne. Skriv de tre største ønsker I har til ledelsen.

Afrunding	• Hvem har det største ansvar for at lægegruppen bliver integreret? • Har I nogle afsluttende bemærkninger eller kommentarer? Noget I gerne vil supplere ift. det I tidligere har fortalt? • Nogle spørgsmål til os?
------------------	--

10.11. Bilag 11 – Transskribering af Fokusgruppeinterview

Vedlagt som elektronisk bilag

10.12. Bilag 12 – Interviewguide til Interview med funktionslederne

Indledning - præsentation	• Vil I kort fortælle om jeres daglige funktion som ledere? • Hvad har jeres rolle i integrationsprocessen af lægekollegiet været? • Hvad synes I om integrationsprocessen?
Fusionsudfald	• Billederne illustrerer forskellige medarbejderudfald ved en fusion. • Hvad tænker I om lægernes besvarelser?
Grupperinger og usikkerheder på afsnit Øst	• Undersøgelsen viste, at 15 ud af 17 af jer synes der er grupperinger i lægegruppen. Hvad tænker I om det?
Ønsker til lederne 1. Åbenhed om beslutningerne 2. Synlig ledelse 3. Patientsikkerhed	3 ønsker - post-it • Hvad tænker I om lægernes ønsker?

Afrunding	• Hvem har det største ansvar for at lægegruppen bliver integreret? • Har I nogle afsluttende bemærkninger eller kommentarer? Noget I gerne vil supplere ift. det I tidligere har fortalt? • Nogle spørgsmål til os?
------------------	--

10.13. Bilag 13 – Transskribering af Interview med funktionslederne

Vedlagt som elektronisk bilag