

Scores rapportserie 2019:2

Oklarhet som förändringsstrategi: Nya Karolinska Solna och idén om den högspecialiserade vården

Maria Grafström och Catrin Andersson

SCORE

STOCKHOLM CENTRE FOR
ORGANIZATIONAL RESEARCH

Oklarhet som förändringsstrategi: Nya Karolinska Solna och idén om den högspecialiserade vården

Maria Grafström och Catrin Andersson

Maria Grafström
maria.grafstrom@score.su.se

Catrin Andersson
catrin.andersson@score.su.se

Scores rapportserier 2019:2
ISBN 978-91-88833-02-0



Oklarhet som förändringsstrategi: Nya Karolinska Solna och idén om den högspecialiserade vården

Maria Grafström och Catrin Andersson

Sammanfattning

I den här rapporten analyseras beslut om verksamhetsinnehållet vid Nya Karolinska Solna (NKS) och särskilt *den högspecialiserade vården*. Vår analys visar att själva *idén* om högspecialiserad vård (hur den kom att definieras och användas) delvis kan förklara varför verksamhetsinnehållet kunde hållas odefinierat långt in i processen med att planera och bygga det nya sjukhuset. Samtidigt som NKS från ett tidigt skede var planerat att innehålla högspecialiserad vård fanns det ingen tydlig eller given definition av vad sådan vård omfattar. Det var också uttalat i politikernas uppdrag till NKS-förvaltningen att avvakta med att fastställa verksamhetsinnehållet med hänvisning till bland annat den snabba medicintekniska utvecklingen och andra tänkbara krav på en sjukvård som flera år framåt i tiden skulle vara internationellt konkurrenskraftig. Men när ledande politikers och projektledningens syn på NKS som ett högspecialiserat nav för regionens sjukvård – med en fortsatt öppenhet kring verksamhetsinnehållet – mötte berörda professioners och organisationers intressen och ambitioner framträdde konflikter och motstridiga intressen.

Studien visar, att samtidigt som *idén* om den högspecialiserade vården erbjöd projektansvariga en möjlighet att rättfärdiga ett öppet förhållningssätt, och avvakta med beslut om det mer precisa verksamhetsinnehållet, kom denna öppenhet att senare skapa problem för realiseringen av den initiala visionen om det lilla, högspecialiserade sjukhuset. Analysen pekar på tre centrala faktorer som i samverkan med varandra kom att skapa grus i projektmaskineriet: För det första fanns det en inneboende spänning i själva *idén* om den högspecialiserade vården. För det andra blev *idén* om den högspecialiserade vården alltför separerad från etablerade strukturer och arbetssätt. Och för det tredje tappade *idén* kraft när det politiska ledarskapet, som inledningsvis hade varit starkt och drivit den, försvagades. Rapporten har fokus på åren 2008-2012 och baseras på dokumentanalys samt intervjuer med nyckelpersoner.

Förord

Denna studie är en delrapport från ett 3-årigt utredningsuppdrag Stockholms universitet fick från Stockholms Läns Landsting 2017. Uppdraget genomförs som ett forskningsprojekt och finansieras av SLL (numera Region Stockholm). Projektet heter ”Framtidens universitetssjukhus” och drivs i ett samarbete mellan Score och Statsvetenskapliga samt och Kulturgeografiska institutionen vid Stockholms universitet. Projektet leds i sin helhet av Göran Sundström, professor i Statsvetenskap som även är verksam vid Score.

Forskningsprojektets övergripande syfte är att studera de beslutsprocesser som ledde fram till öppnandet av Nya Karolinska sjukhuset i Stockholm. Det handlar om de aktörer som har agerat i dessa processer, om den organisering som kringgärdat processerna och om de idéer som har varit betydelsefulla i beslutsprocesserna. Ambitionen är att öka förståelsen för och kunskapen om den typ av komplexa beslutsprocesser som kringgärdar stora projekt som NKS. Det är viktigt att dra lärdomar från NKS-projektet, så att framtida beslutsprocesser kring stora projekt kan organiseras på ett sätt som möter kraven på såväl demokrati som effektivitet.

Ett antal delrapporter från projektet publiceras i Scores rapportserie under projekttiden och syftar till att sprida information om forskningens framåtskridande. Huvudfokus ligger i dessa på att redogöra för delresultat från projektets delprojekt och att dra tentativa lärdomar utifrån den forskning som genomförts så långt. Tonvikten ligger på empiriska redogörelser även om teoretiska resonemang ligger bakom analyserna. Andra mer akademiskt och teoretisk orienterade texter produceras parallellt med de här rapporterna. Projektet kommer avslutas med en sammanhållen bok som beräknas publiceras ungefär vinter/vår 2021.

Staffan Furusten

Professor i företagsekonomi, särskild organisation, management och samhälle
Föreståndare för Score

Innehållsförteckning

INLEDNING	5
OM BETYDELSEN AV IDÉER OCH OKLARHET SOM STRATEGI I MEGAPROJEKT	6
METOD OCH MATERIAL	9
HÖGSPECIALISERAD VÅRD OCH DE FORMATIVA ÅREN FÖRE NKS-FÖRVALTNINGEN	10
NKS-FÖRVALTNINGENS FÖRSTA ÅR: ATT DEFINIERA HÖGSPECIALISERAD VÅRD	12
IDÉN MÖTER PRAKTIKEN – OKLARHETEN SYNLIIGGÖR OCH FÖRSTÄRKER KONFLIKT	16
NKS SOM IMPORT – INTERNATIONELLA VS SVENSKA FÖRUTSÄTTNINGAR OCH BEHOV	16
NIVÅSTRUKTURERING AV VÅRDEN MED NKS SOM NAV.....	18
INTERORGANISATORISK FRÅGA – ETT ELLER TVÅ SJUKHUS?	21
IDÉN ANVÄNDS FÖR ATT RÄTTFÄRDIGA FORTSATT OTYDLIGHET	23
IDÉN FÖRSVAGAS – OKLARHETEN I KONFLIKT MED KRAV PÅ PLANERING	25
DEN POLITISKA OPPOSITIONEN HAND I HAND MED HSN-FÖRVALTNING	26
DE FACKLIGA ORGANISATIONERNA UPPREPAR SIN KRITIK	27
DET LILLA SJUKHUSET BLIR STÖRRE – EXISTERANDE STRUKTUR BETONAS.....	28
IDÉN TAPPAR SIN KRAFT – DRÖMMARNA SOM GICK I KRAS	30
SLUTSATSER OCH DISKUSSION	33
REFERENSER	35

Inledning

Frågan om hur den högspecialiserade vården bäst organiseras har beskrivits som något som kan leda till ”inbördeskrig” i svensk sjukvård (Dagens Medicin, 2017a) och rubricerades som ”den stora sjukhusstriden” i SVT:s Dokument inifrån våren, 2018. I november, 2017, lade regeringen ett förslag till riksdagen om en ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården (Prop., 2017/18:40). Förslaget grundas på betänkandet ”Träning ger färdighet – koncentrera vården för patientens bästa” (SOU 2015:98); ett betänkande som har debatterats flitigt och även kritiserats skarpt för att innehålla flera brister. Debatten handlar i hög grad om hur den högspecialiserade vården bär med sig krav på att nivåstrukturera och koncentrera vården. Dessa krav har lett till farhågor om att inte få vara med – om att det bara är ett begränsat antal sjukhus som är aktuella för den här typen av sällansjukvård. Idén om den högspecialiserade vården tenderar därför att skapa en konkurrenssituation mellan sjukhus (jfr Dagens Medicin, 2017b), synliggöra delade meningar om dess konsekvenser för patientsäkerhet (t. ex. Läkartidningen, 2018), och väcka frågor om huruvida en ökad koncentration riskerar att leda till en mer ojämlig vård (Dagens Medicin, 2018a). Klart är att en ytterligare nivåstrukturering av svensk sjukvård och synen på, samt organiseringen av, den högspecialiserade vården är känsliga frågor som lätt leder till meningsskiljaktigheter.

Liknelsen vid ”inbördeskrig” kan översättas till den roll som den högspecialiserade vården har spelat i utformningen och genomförandet av megaprojektet Nya Karolinska Solna (NKS). Trots att planerandet av verksamhetsinnehållet var ett av tre uppdrag som gavs NKS-förvaltningen – den särskilda organisation som initialt fick ansvar för att leda projektet – fattades dock inga beslut som preciserade innehållet närmare under dess tid (de två andra uppdragen handlade om upphandlingen av det nya sjukhuset [se Yngfalk och Junker, 2019] och att ansvara för genomförandet av själva byggnationen). I en av de få studier som finns publicerade om NKS-projektet menar Öhrming (2017) att processen kan förstås som att den har genomförts ”baklänges”: I stället för att först besluta om funktionen – för att därefter designa själva sjukhusbyggnaden – har Stockholms läns landsting (SLL, numera Region Stockholm) sjösatt ett projekt med uppgift att bygga ett ”påkostat sjukhus utan att på förhand ordentligt klargöra vårdbehoven i länet och utan att bestämma ett verksamhetsinnehåll annat än i allmänna ordalag” (Öhrming, 2017, sid. 17). Det har riktats kritik mot att ansvariga inte tydligare angav vilken typ av vård som skulle bedrivas i det nya huset. Verksamhetsinnehållet har även beskrivits som särskilt känsligt att fatta beslut om – något som skulle kunna motivera ansvariga att knuffa tuffa beslut på framtiden för att så långt det är möjligt undvika just ett ”inbördeskrig”.

Mot denna bakgrund är syftet med den här undersökningen att förklara hur och varför beslut om det mer precisa verksamhetsinnehållet kunde skjutas på framtiden under den tid NKS-förvaltningen var verksam. Vi visar att själva idén om den högspecialiserade vården åtminstone delvis förklarar varför verksamhetsinnehållet hölls – och kunde hållas – öppet och odefinierat. Därigenom fick idén om den högspecialiserade vården betydelse inte bara för verksamhetsinnehållet i NKS-projektet, utan påverkade också förutsättningarna för planeringen i bredare termer både för det nya sjukhuset och för hela regionens sjukvård. Vår analys fokuserar på åren mellan 2008 och 2012; tiden för den särskilda förvaltningsorganisationen: NKS-förvaltningen (för mer om förvaltningsorganisationen, se Andersson och Grafström, 2019; Öhrming, 2017).

Vi tar avstamp i tidigare forskning som har visat att idéer – i samspel med aktörer, regler och organisation – formar beslutsprocesser i stora, komplexa förändringsprocesser (t. ex. Blomquist och Jacobsson, 2002; Svensson, 2017). Vårt teoretiska ramverk är främst hämtat från organisatorisk institutionell teori som tar utgångspunkt i att idéer både kan skapa och begränsa

handlingsutrymme och därigenom också forma maktstrukturer och relationer. Idéerna själva är inte av naturen givna, utan formas och omformas – ofta i konfliktfyllda processer – genom aktörers handlande. En idé kan ges kraft och skapa både konsensus och möjlighet till inkludering av motstridiga intressen genom oklarhet. Att skapa eller upprätthålla oklarhet kan därför vara en framgångsrik diskursiv strategi i initieringen och förankringen av radikal organisationsförändring (Gioia et al., 2012; Sahlin-Andersson, 1989). Samtidigt kan oklarheten – om den tillåts bestå över tid – skapa problem och sätta käppar i hjulet för genomförandet av samma förändring.

Vi är särskilt intresserade av att förstå och förklara vad som händer i mötet mellan idén och praktiken – ett möte som blev konsekvensrikt: När (politikens och) projektledningens syn på NKS som ett högspecialiserat nav för regionens sjukvård mötte de berörda organisationernas intressen och ambitioner framträdde tydliga konfliktlinjer och motstridiga intressen. Otydligheten från projektledningen kritiserades av berörda parter – inte minst från Karolinska universitetssjukhuset (Karolinska) och andra sjukhus i regionen som önskade planera för framtida beläggning, men även av till exempel fackliga organisationer, Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (HSN-förvaltning) och den politiska oppositionen. Vi visar att samtidigt som idén om den högspecialiserade vården erbjöd dåvarande projektledning möjlighet att *rättfärdiga* ett öppet förhållningssätt och att skjuta beslut kring konkretiseringar om innehållet på det nya sjukhuset på framtiden, kom denna öppenhet att senare skapa problem för realiseringen av den initiala visionen om det lilla, högspecialiserade sjukhuset (t.ex. SLL, 2008).

I nästa avsnitt presenterar vi mer i detalj de teoretiska utgångspunkterna för vår studie. Vi visar på betydelsen av idéer för organisering och styrning av megaprojekt som NKS och utvecklar i vilken mån upprätthållandet av oklarhet kan vara en framgångsrik strategi för att initiera och driva på förändringsprocesser. Därefter redogörs för hur vi har genomfört studien: en dokumentanalys och intervjuer med centrala personer verksamma under tiden för NKS-projektet. Vi redogör också för det sammanhang som NKS-projektet är en del av – ett komplext, professionsstyrt och många gånger svårföränderligt sjukvårdssystem, och de värden som formades redan inför beslutet om att bygga ett nytt sjukhus, och som i hög grad blev ingångsvärden vid den formella starten av NKS-förvaltningen i april 2008. Därefter presenterar vi vår analys i fem separata avsnitt. Idén om den högspecialiserade vården följs kronologiskt med start i (1) NKS-förvaltningens första rapport om verksamhetsinnehåll (våren 2009), (2) en remissrunda från centrala, berörda parter (hösten 2009), (3) det tjänsteutlåtande som NKS-förvaltningen presenterade i slutet av 2009, (4) ytterligare remissvar (våren 2010), och (5) NKS-förvaltningens sista förslag till verksamhetsinnehåll (våren 2011) samt beslutet om att lägga ned NKS-förvaltningen för att flytta över ansvaret kring frågorna om innehållet till sjukhusledningen vid Karolinska. I rapportens sista avsnitt redogör vi för varför idén om den högspecialiserade vården försvagades över tid och diskuterar tre centrala faktorer som i samverkan med varandra försvårade arbetet med att omsätta visionen om det nya sjukhuset fullt ut i praktiken.

Om betydelsen av idéer och oklarhet som strategi i megaprojekt

Att beslutsprocesserna är komplexa och svårnavigerade är särskilt tydligt i stora, omfattande projekt som spänner över tid – sådana som vi i det här projektet förstår som megaprojekt och som ibland också har benämnts som ”extraordinära projekt” (se t.ex. Blomquist och Jacobsson, 2002; Jacobsson, 1994; Sahlin-Andersson, 1989; Svensson, 2017). I sådana megaprojekt tenderar beslutsprocesserna att karaktäriseras av många olika intressen, hög osäkerhet och att

projektets utveckling och genomförande är svårt att planera. Det är i hög grad en beslutsprocess som utvecklas över tid genom att förutsättningarna förändras och nya tolkningar görs. I sin studie om verksamhetsinnehållet vid NKS visar Öhrming (2017, sid. 12) att politiker och tjänstepersoner även i detta projekt har ”krånglat sig fram” till beslut.

I den här rapporten visar vi att vilka som har deltagit i – och karaktären på – ”krånglandet” har tagit sig olika uttryck under projektets gång. Precis som organisationer och organisering måste även beslut förstås i sitt sammanhang och utifrån ett historiskt perspektiv. Beslutsprocesser är reglerade, organiserade och idéstyrda samt involverar individer och organisationer med anspråk på ett visst utfall, med önskningar och intressen (Blomquist och Jacobsson, 2002). I stora, komplexa beslutsprocesser – som i megaprojekt – kan antalet involverade aktörer vara stort och många gånger ha olika, motstridiga intressen. Sahlin-Andersson (1989) betonar att problem, eller lösningar i en beslutsprocess inte är givna, utan något som de involverade aktörerna konstruerar över tid. Erfarenheter, intressen och sammanhang påverkar vad som framstår som viktigt, problematiskt och vad som förstås som tänkbara och möjliga lösningar.

”Idé” som begrepp har förståtts på olika sätt i organisationsstudier. Det har till exempel gjorts studier av hur idéer rörande organisationers ledning och styrning – som balanced scorecard, TQM och Lean – sprids och översätts i olika typer av organisationer (Czarniawska och Sevón, 1996; Røvik, 2008; Sahlin-Andersson och Engwall, 2002) och i sjukvårdsorganisationer specifikt (Eriksson, 2005; Fredriksson et al., 2015; Walshe, 2009). I sin studie av de stora infrastrukturprojekten Öresundsbron och Hallandsåsen visar Blomquist och Jacobsson (2002) hur idéer om tillväxt, regioner, sökande efter en europeisk identitet och samhörighet samt miljö samverkade och tillsammans påverkade riktning och utfall i beslutsprocesserna. De visar hur de involverade aktörernas handlande på ett eller annat sätt måste avspegla ”idéer som vid de aktuella tidpunkterna uppfattas som legitima” och att ”aktörernas framgång berodde i hög grad på att de förmådde skapa koalitioner kring för tillfället dominerande idéer” (Blomquist och Jacobsson, 2002, sid. 110). Även ”best practice” och ”världsklass” har identifierats som centrala idéer som påverkar och styr aktörer – inte minst inom hälso- och sjukvårdssektorn (t.ex. Ramirez et al., 2016); idéer som, tillsammans med planering för framtidens sjukvård i regionen och samverkan med forskning och utbildning, har spelat tydlig roll även i NKS-projektets utformning (jfr Johannesson, 2019; Öhrming, 2017).

I megaprojekt som NKS är tidsperspektivet långt. Johannesson och Qvist (2019) visar hur initiativ och ambitioner så långt tillbaka som i slutet av 90-talet lade grunden för, och till viss del också blev ingångsvärden till, NKS-projektet; idéer som sedan kom att förändras över tid. Hur en idé förstås och vilken betydelse den har för involverade och berörda parter ändras ofta under projektets gång och det som var självklara ingångsvärden behöver inte vara det genom hela projektet:

Idéer styr vad som är möjligt att göra. Över tiden förändras också denna föreställning om vad som är möjligt. Den som följer diskussionerna om beslutsprocesser över en lång tid kan se att idéerna om varför en lösning är bra eller ej ofta förändras över tiden (Blomquist och Jacobsson, 2002, sid. 32).

Idéer skapar därmed både aktiviteter och identiteter. Blomquist och Jacobsson beskriver det som att man ofta lär sig både ”vad man vill” och ”vem man är” genom sådana idéer. De visar också att idéer skapar aktörer och exemplifierar med miljöfrågan. Idén om att miljö är viktigt har till exempel lett till att vi i dag har både Naturvårdsverket och kommunala miljöförvaltningar.

I komplexa megaprojekt som har att hantera olika aktörers intressen och viljor visar tidigare studier att en visionär oklarhet (på eng. *ambiguity*), osäkerhet och formbarhet kan vara en framgångsrik strategi (Gioia et al., 2012; Grafström och Tamm Hallström, 2016; Sahlin-Andersson, 1989). Att undvika att konkretisera idéer – och att undvika att fatta beslut – skapar möjlighet till inkludering och att till synes tillmötesgå olika intressenters ibland till och med motstridiga önskemål. Gioia et al. (2012, sid. 368) menar att i stället för att börja en förändringsprocess ”into an illdefined unknown with a constellation of wary and worried constituents, it is safer to frame change in terms that can encompass as many stakeholders’ interests as possible”. Så fort något behöver skrivas fram, tydliggöras och beslutas riskerar det att finnas aktörer som är mindre nöjda med utfallet och det blir tydligt vad som inte får plats, vad som behöver väljas bort och vem som behöver göra uppoffringar. Specifika mål och prioriteringar gör att vissa aktörer automatiskt blir exkluderade. Gioia et al. (2012, sid. 370) argumenterar för att ”visionär oklarhet” är särskilt kritisk i samband med förändringar som syftar till att påverka själva kärnan eller grunden för verksamheten – vilket kan jämföras med de initiala ambitionerna om att NKS skulle transformera sjukvården i regionen, och kanske även i hela landet.

De politiska drömmarna om att skapa ett nytt högspecialiserat sjukhus i världsklass blev genom sådan ”visionär oklarhet” något som alla – oavsett organisatorisk eller professionell tillhörighet och politisk färg – kunde ställa sig bakom. Vi kan förstå det som att en ”abstrakt, diskursiv enighet skapades, trots att det fanns betydande underliggande konflikter” (Blomquist och Jacobsson, 2002, sid. 22). Visioner om att bli bland de tio bästa eller i världsklass inom något område är starka symboler som på en och samma gång ger utrymme både för konsensus och motstridiga intressen (Gioia et al., 2012). De är tillräckligt tydliga för att skapa en känsla av att tillhöra någon form av elit samtidigt som berörda aktörer kan göra sina egna tolkningar – utifrån, och såsom det passar, den egna situationen. Visionen om ett högspecialiserat universitetssjukhus i världsklass var inte heller något som väckte motstånd – utan något som vi kommer att visa att även kritiska röster ställde sig bakom. Sådan ”visionär oklarhet”, menar Gioia et al. (2012, sid. 368), skapar alltså en grund för att få igång omfattande och radikala förändringsprocesser.

Genom att följa idén om den högspecialiserade vården illustrerar vi i den här rapporten hur konsensus – på ett abstrakt, diskursivt plan – skapades trots att det fanns starka intressen som stod i motsats till varandra. Eftersom idén om högspecialiserad vård per definition presenteras som beroende av öppenhet – där detaljerade förteckningar över vårdområden inte ansågs möjliga – kan idén förstås som ett slags diskursiv strategi som NKS-förvaltningen använde sig av. Genom att hänvisa till att högspecialiserad vård ständigt behövde förändras och justeras i relation till den medicinskt tekniska utvecklingen, rättfärdigade idén både otydlighet och att knuffa krav på konkretisering på framtiden.

Idén kan sägas ha varit som starkast under perioden *innan* projektet formellt startade – som en del av det idépaket som utgjorde de politiska drömmarna om ett världsledande sjukhus (Johannesson och Qvist, 2019). Därefter – i takt med att idén tvingades möta den verklighet som berörda parter befann sig i och som en del av Stockholms sjukvårdssystem – har den både utmanats och över tid även försvagats. Gioia et al. (2012) skulle förstå det som att den förändringsprocess som följde efter den initiala fasen – och som kräver att oklarheten, där ”anything goes” översätts till någon form av gemensamma mål och mer konkreta idéer om hur detta ska gå till – misslyckades. När sådan översättning eller konkretisering uteblir visar vår analys att idén om den högspecialiserade vården i stället beskrivs som problematisk och något

som exkluderar centrala aktörer och värden. Otydligheten som initialt fungerade som skydd mot (underliggande) konflikter kom över tid att förstärka och till och med skapa konflikter. När ansvaret för att planera och driftsätta verksamhetsinnehållet flyttades från NKS-förvaltningen vid årsskiftet 2011/2012 till en ny projektledning vid Karolinska försvagades idén ytterligare till förmån för andra värden som i stället blev styrande för arbetet med verksamhetsinnehållet. Den inneboende kraften i idéer är alltså sammanvävd med och i högst grad beroende av organisation och ett legitimt och starkt aktörskap.

Metod och material

För att analysera och förstå hur en idé ges kraft att styra och organisera en förändringsprocess behöver vi följa den över tid. Vi har därför studerat idén om den högspecialiserade vården utifrån ett processperspektiv med särskilt fokus på åren från Landstingsfullmäktiges beslut att bygga ett nytt sjukhus (år 2008) – och i samband med detta inrätta den särskilda förvaltningsorganisationen, NKS-förvaltningen – till dess att denna förvaltning lades ned (årsskiftet 2011/2012). Eftersom idén om högspecialiserad vård fanns med som en central ingrediens redan i de tidiga utredningarna som låg till grund för beslutet om att bygga NKS blickar vi även – då det är relevant – bakåt i tiden, främst med hjälp av den tidigare genomförda studien inom ramen för projektet (se Johannesson och Qvist, 2019).

Processperspektivet gör det möjligt att fånga hur olika fenomen och frågor rörande projektet inte bara förändrades över tid utan varför och hur detta gjordes. Tidsperspektivet är centralt då aktörer inte bara kan ha fler än ett syfte med att engagera sig i ett projekt, utan dessa syften också utvecklas och förändras efterhand, ”bland annat som ett resultat av de aktiviteter och relationer som utvecklas i och kring processen” (Sahlin-Andersson, 1989, sid. 25). NKS-projektet kan förstås som en arena – ett gränsländ mellan olika organisationer – där etablerade grupperingar, professioner och relationer möts och formas. Hur, när och varför beslut fattas handlar om hur dessa aktörer sam- och motspelar på projektarenan (jfr Sahlin-Andersson, 1989).

Vår analys bygger på två empiriska källor: dokument och intervjuer. Dokumentanalysen har skett i två steg där vi i en första fas har samlat in och översiktligt studerat en stor mängd dokument. Som grund för denna genomgång hade vi en sammanställning (i Excel) över alla dokument med anknytning till projektet från landstingets NKS-arkiv. Utifrån denna sammanställning har vi sedan identifierat centrala dokument som specifikt rör processen kring verksamhetsinnehållet. I en andra fas har vi sedan närstuderat sådana dokument som vi har bedömt vara särskilt relevanta för vår studie. Dessa dokument utgörs främst av NKS-förvaltningens rapporter om verksamhetsinnehållet samt de remissvar på förslaget om nytt verksamhetsinnehåll som skrevs i två olika vändor. Genom att fokusera på berörda parter remissvar kan vi skapa förståelse för hur dessa upplevde att de själva påverkades av NKS-förvaltningens existens och arbete med särskilt fokus på hur idén om den högspecialiserade vården påverkade verksamhetsinnehållet i det planerade sjukhuset samt organiseringen av sjukvård i regionen. En närstudie av remissvaren ger oss också en möjlighet att följa och förstå hur intressen och statuspositioner skapades över tid – i remissvaren formulerade olika aktörer ”vem jag är” i relation till andra i det större systemet, det vill säga till regionens sjukvård och de skrev fram sin position och sina intressen. Vi förstår därför remissvaren som uttryck för hur intressen och aktörer formas genom att förslag presenteras och måste bemötas.

Via dokumentanalysen har vi identifierat centrala aktörer i NKS-projektets tidiga fas. Vi har strävat efter en spridning i positioner, organisationer och professioner bland intervjupersonerna.

Med tanke på att processen spänner över lång tid och har tenderat att vara konfliktfylld (något som ytterligare har förstärkts med de senare årens intensiva mediebevakning) har det varit av stor vikt för studien att samla en mångfald av röster och perspektiv. Viktigt att betona är att intervjupersonernas utsagor endast ger en bild – bland flera möjliga – av vad som har inträffat och hur något har upplevts eller hanterats. Det är en bild som är ett ”resultat av ett samtal på en viss plats och vid ett visst tillfälle, där det som sägs – även om det är med ärliga avsikter – kan ha andra syften än vad intervjuaren tänkt sig eller förstår” (Eriksson-Zetterquist och Ahrne, 2015, sid. 54). Frågorna i den här studien rör också händelser som ligger flera år bakåt i tiden och minnesbilderna av vad som har hänt behöver därför hanteras med försiktighet. Totalt har vi genomfört 23 intervjuer med framför allt tjänstepersoner i de involverade organisationerna. Inom ramen för projektet som helhet har ytterligare intervjuer genomförts av projektkollegor, varav vi som en del av vår analys i den här rapporten har tagit del av tio (främst intervjuer som genomfördes inom ramen för det första delprojektet med fokus på planeringsfasen av NKS-projektet, se Johannesson och Qvist, 2019). Bland dessa intervjuer finns både tjänstepersoner och politiker representerade. Samtliga intervjupersoner har anonymiserats i texten.

Högspecialiserad vård och de formativa åren före NKS-förvaltningen

Som vi har visat redan i inledningen tenderar idén om den högspecialiserade vården att vara mer eller mindre ständigt närvarande i diskussioner om hur vården bäst utvecklas. Frågor om kostnadskontroll och effektiviseringar står allt som oftast i fokus (se t.ex. Berlin och Kastberg, 2011; Blomqvist, 2007). Den högspecialiserade vården är dyr, och nivåstrukturering och koncentration motiveras därför inte bara med ökad patientsäkerhet – för att säkerställa att läkare får tillräckligt med tillfällen att praktisera sin specialistkompetens – utan också genom kostnadseffektivitet. Det finns alltså, precis som Johannesson och Qvist (2019, sid. 15) konstaterar, ”starka ekonomiska motiv till att försöka styra den vård som inte kräver högspecialiserad behandling från universitetssjukhusen till andra delar av sjukvårdssystemet”.

Den situation av konflikt och kamp som målas upp på debattsidor om den högspecialiserade vården är ingenting nytt och inte särpräglad just för den typen av vård; det är en situation som, för att använda Anells (2007, sid. 85) ord, illustrerar ”en ständigt pågående kamp om vem som skall ha rätten att utföra visst arbete” inom hälso- och sjukvårdens många olika professioner och organisationer. En tänkbar baksida med att specialisera vård är därför just att det kan skapa revirtänkande, problem med samverkan och en fragmentisering av vården (t.ex. Anell, 2007; Berlin och Kastberg, 2011). Den medicinska professionen präglas av en hierarki där hög status först och främst handlar om att vara akademiskt verksam och någon typ av specialist. Skillnader i status får ofta konsekvenser för hur mycket handlingsfrihet de verksamma har att avgränsa och definiera sitt eget arbete. Enligt Anell (2007) har verksamma inom till exempel högspecialiserad och organinriktad vård goda möjligheter att själva avgränsa och definiera sina uppdrag – där kan läkarkåren enklare konstatera att ”det här är vi bäst på, övrig sjukvård får andra ta hand om” (Anell, 2007, sid. 89). Det här betyder i sin tur, menar Anell, att hierarki i status hänger ihop med arbetsmiljön – där till exempel primärvården och allmänläkare, som troligen har sämst förutsättningar att själva avgränsa och definiera sina uppdrag, också uppfattar sin arbetsmiljö som (mer) bristfällig. Den högspecialiserade vården bör dock inte bara förstås utifrån ett professionsperspektiv utan väcker också frågor om var – på vilka universitetssjukhus – den ska bedrivas (jfr Dagens Medicin, 2017b). Spänningar kan därför uppstå både inom professionen och mellan olika sjukhus/vårdorganisationer.

Johannesson och Qvist (2019) visar att visionen om ett ”mindre universitetssjukhus med inriktning mot högspecialiserad vård” fanns med redan från den första utredningen om att

bygga ett nytt sjukhus och att denna idé på flera sätt passade dåtidens problem och de politiska förutsättningarna. Det fanns alltså goda förutsättningar för att skapa ”visionär otydlighet” som kunde förena motstridiga intressen och inkludera en mångfald av aktörer (jfr Gioia et al., 2012). Ambitionen om att skapa ett sjukhus som skulle kunna flytta fram Sveriges positioner internationellt genom att utveckla medicinsk forskning i framkant ansågs kräva ett helt nytt sätt att tänka och nya sätt att organisera vården. En förändring av den högspecialiserade vården får alltid konsekvenser för annan typ av vård eftersom dessa påverkar och är beroende av varandra. Planerna på ett nytt universitetssjukhus med fokus på högspecialiserad vård handlade redan i detta tidiga utredningsskede, i början av 2000-talet, om att förändra organisering och styrning av sjukvården i ett bredare perspektiv. Ett högspecialiserat sjukhus skulle kräva ett större upptagningsområde, vilket öppnade upp för ett nytt sätt att tänka kring regionalpolitiska frågor och landstingets organisation (Johannesson och Qvist, 2019, sid. 19).

Den ”visionära otydligheten” tillät därmed ett slags konsensus på ett abstrakt, diskursivt plan, trots att det redan under denna tidiga fas fanns kritik mot förslaget. Ledningen vid dåvarande Karolinska ställde sig till exempel kritisk till de idéer som fördes fram i planerna inför beslutet att bygga ett nytt sjukhus. Karolinska valde till och med att göra en alternativutredning som presenterades i oktober 2002 där förslag om förändring i organiseringen av den dåvarande vården presenterades (Johannesson och Qvist, 2019; Karolinska, 2002). I Karolinskas alternativutredning föreslogs en ombyggnation av befintliga lokaler istället för att bygga ett helt nytt sjukhus. En del av förslaget handlade om att stora delar av bassjukvården skulle behållas inom väggarna även på ett nytt Karolinska med argumentet att ”kunna bedriva forskning och utbildning på basis av den” (Johannesson och Qvist, 2019, sid. 20). I motsats till tanken om det mindre högspecialiserade sjukhuset, med färre vårdplatser än det dåvarande Karolinska, argumenterade utredningen för att antalet vårdplatser snarare skulle kunna – eller behöva – bli fler. I utredningen betonades också att renoveringen skulle ske stegvis och att förändringarna i verksamhetsinnehållet skulle genomföras successivt med möjlighet att göra justeringar efter hand och samtidigt också värna om den kompetens och kultur som var etablerad på sjukhuset. Alternativutredningen fick inget gehör från politiskt håll – Johannesson och Qvist (2019, sid. 22) beskriver det som att ”alternativet vare sig kunde eller hade ambitionen att vara ett förändringsprojekt av det slag som efterfrågades av politiker och ledande tjänstemän inom SLL”. Alternativutredningen är ändå betydelsefull eftersom den ger en bakgrund till den roll som Karolinska senare kom att spela i relation till hur arbetet med att ta fram koncept för verksamhetsinnehåll utvecklades.

I den andra större utredningen som ligger till grund för beslutet om att bygga ett nytt universitetssjukhus – 3S-utredningen – sattes fokus på vad detta skulle kunna ge för konsekvenser för regionen. I en sammanfattning av 3S-utredningens slutsatser, presenterat i ett tjänsteutlåtande om förslag till beslut om ny hälso- och sjukvårdsstruktur för SLL samt uppförande av ett nytt universitetssjukhus (SLL, 2004), beskrivs det högspecialiserade sjukhuset som ett ”omvälvande” förslag som behöver gå hand i hand med ”verksamhetsförändringar även inom övriga akutsjukhus och inom närsjukvården” (SLL, 2004, sid. 5).

De förändringar som föreslogs för akutsjukvården benämndes också i samma sammanfattning som mer ”dramatiska”, åtminstone i relation till vad som planerades för närsjukvården. 3S-utredningen föreslår att den framtida akutsjukvården ska struktureras så att högspecialiserad vård koncentreras till Karolinska och att detta bland annat innebär utflyttning av specialiserad vård från det planerade nya sjukhuset till Danderyds sjukhus, Södersjukhuset och S:t Görans sjukhus. Den akutsjukvård som inte kräver sjukhusens resurser ska överföras till närsjukvården.

Det föreslås också att ”Södertälje sjukhus och Norrtälje sjukhus akutsjukvårdsuppdrag utvecklas i samverkan med Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge och Danderyds sjukhus och tillsammans med respektive närsjukvårdsområden” (SLL, 2004, sid. 13). Därefter listas en rad andra förändringar som behöver genomföras för att framtidens akutsjukvård ska få den struktur som planeras – med utgångspunkt i en centralisering av den högspecialiserade vården. Det är tydligt att de olika sjukvårdsområdena måste förstås som högst sammanvävda och att en koncentration av en viss typ av vård skapar rörelse i nätverket och påverkar alla inblandade parter i större eller mindre omfattning.

3S-utredningen betonar också att ”högspecialiserad vård är ett dynamiskt begrepp som förändras hela tiden” (SLL, 2004, s. 19) samt att en ökad koncentration behövs och skapar positiva effekter. Johannesson och Qvist (2019) konstaterar – utifrån intervjuer med centrala personer som deltog redan under denna förberedande fas för NKS-projektet – att det fanns en förväntan och förståelse om att det inte var självklart att en centrerings av den högspecialiserade vården skulle få acceptans från den medicinska professionen. Det innebar som sagt att mer basvård skulle flyttas från Karolinska och förläggas till andra sjukhus i regionen. Dessa sjukhus skulle då i sin tur tappa en del av sin specialisering och få mer av det som utgör bassjukvården. I senare hänvisningar till och refererat från SNUS och 3S är frågan om och behovet av en koncentrerings av högspecialiserad vård återkommande.

Inspiration till hur den högspecialiserade vården ska utvecklas och organiseras – och hur detta skulle kunna realiseras med hjälp av megaprojektet NKS – har hämtats från internationella exempel. I samband med utredningarna som lade grunden för sjukhusbygget, och även senare under NKS-förvaltningens tid, gjordes en rad studieresor till framgångsrika högspecialiserade sjukhus runtom i världen. Cleveland Clinic, Mayo Clinic, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center och New York Presbyterian var några av de amerikanska framstående sjukhus som förvaltningen besökte. Från dessa sjukhus kom tankar om ”patienten i centrum”, att ”se till hela vårdkedjan” och att organisera utifrån teman snarare än kliniker. På ett översiktligt plan var det dock inte så mycket som var särskilt nytt i de här idéerna (t. ex. Eriksson, 2005; IP29). Vårdpersonal har i alla tider haft patienten i centrum och vissa sjukdomsområden hade också redan organiserats utifrån teman snarare än från den klassiska klinikstrukturen, men i många av de underlag som togs fram och som ligger till grund för NKS-projektet presenterades dessa aspekter som nydanande och moderna – och som möjligheter för svensk sjukvård att nå nya höjder (Johannesson och Qvist, 2019; Öhrming, 2017).

NKS-förvaltningens första år: Att definiera högspecialiserad vård

Megaprojektet NKS kan förstås som både ett uttryck för ett upplevt behov av ytterligare specialisering – och alltså koncentration av högspecialiserad vård – och en pådrivare av densamma. Den särskilda förvaltningsorganisation som fick ansvaret att planera och genomföra bygget av det nya sjukhuset, NKS-förvaltningen, gavs en relativt detaljerad uppdragsbeskrivning (SLL, 2008); en uppdragsbeskrivning som kan sägas vara resultatet av det mångåriga arbete som föranledde det formella beslutet om att bygga NKS och som vi presenterat ovan (se Johannesson och Qvist, 2019). NKS-förvaltningen hade alltså redan från start med sig en rad ingångsvärden. Det kanske mest centrala av dessa ingångsvärden var att det nya sjukhuset skulle fyllas med högspecialiserad vård – och att detta var ett dynamiskt begrepp som inte fick låsas fast i rådande förståelse av vad som är högspecialiserat, utan måste förändras i takt med den medicintekniska utvecklingen och andra framtida tänkbara krav på en sjukvård i ”världsklass” (SLL, 2008): ”Detta [att fastställa NKS uppdrag avseende vård, forskning och utbildning] bör ske så sent som möjligt i förhållande till driftstarten för det nya

universitetssjukhuset” (SLL, 2008, sid. 17). I NKS-förvaltningens projektramar från år 2008 förklarades också – med hänvisning till beslutet – varför detaljer kring verksamhetsinnehållet inte kunde fastställas:

Ett av de viktigaste motiven till att avvakta med att fastställa verksamhetsinnehåll är den snabba medicinska och tekniska utvecklingen. Så är t ex högspecialiserad vård ett över tiden föränderligt begrepp vilket medför att det som är högspecialiserad vård idag inte nödvändigtvis är det när NKS tas i drift 2015. (NKS-förvaltning, 2008, sid. 5)

Andra skäl som nämndes var dels frågetecken kring eventuella sammanslagningar av landsting till färre regioner, förändringar i SLLs sjukvårdsstruktur samt ”det pågående arbetet med profileringen av verksamheter inom dagens Karolinska universitetssjukhuset mellan Solna och Huddinge” (NKS-förvaltning, 2008, sid. 5, se även SLL, 2008). I den bilaga med projektbeskrivning som bifogades beslutet om att bygga ett nytt universitetssjukhus i april 2008 specificerades också att förslag om ”vilket verksamhetsinnehåll/uppdrag NKS ska ha liksom de olika verksamheternas ungefärliga dimensionering” skulle lämnas senast den 31 december 2010. I bilagan slogs också fast att ”förutom universitetssjukhusets verksamhetsinnehåll ska då även eventuella förändringar för övriga delar av sjukvårdsorganisationen i länet tas upp liksom den principiella uppgiftsfördelningen mellan NKS och Karolinska Huddinge” (SLL, 2008, sid. 17).

I våra intervjuer framkommer att det inte fanns någon självklar erfarenhet eller kunskap att utgå från för att forma ett sjukhus med fokus på högspecialiserad vård. NKS-förvaltningen brottades med många frågor och i våra intervjuer framträder en bild av att arbetet i hög grad fick börja från början: Vad innehåller ett sådant sjukhus? Hur ska det organiseras? Hur förhåller det sig till andra vårdorganisationer? Andra högspecialiserade universitetssjukhus har ofta vuxit fram och utvecklats över tid – ”organiskt” som en person uttrycker det (IP22) – men här var tanken att projektledningen skulle skapa detta sjukhus från grunden. En av de första frågorna som rörde verksamhetsinnehållet handlade därför om att förstå och få klarhet i vad som kan tänkas rymmas i den högspecialiserade vården. Att definiera begreppet blev en central uppgift i planerandet för det framtida verksamhetsinnehållet – något som beskrivs som komplicerat och tog tid eftersom det inte fanns någon vedertagen definition (IP10; IP16; IP21). I arbetet med att analysera och ta fram planer för det framtida verksamhetsinnehållet anställdes ett antal läkare från Karolinska på 20 procent – som också kom att kallas för 20-procentarna. En person som var verksam under den här tiden menar att samtidigt som NKS-förvaltningen rekryterade yngre läkare, i början av sina karriärer, med en idé om att de inte skulle bära med sig alltför mycket av den tradition och de arbetssätt som fanns på Karolinska, skapade detta en bräcklig förvaltning (IP11; se även Andersson och Grafström, 2019). Under NKS-förvaltningens första tid beskriver också flera av de intervjuade personerna att merparten av tiden gick åt till att förbereda inför upphandlingen av OPS och att ta fram ritningar för byggnaden (t. ex. IP11; IP16). Att utveckla koncept för verksamhetsinnehåll beskrivs därför som något som i början av förvaltningens existens blev ett slags ”snabbspår” (IP11).

I det arbetet ingick också att göra beräkningar över antal vårdplatser – både på ett framtida nytt sjukhus och hur detta i sin tur skulle påverka andra sjukhus i regionen (t. ex. NKS-förvaltningen, 2009a). Ambition med att koncentrera högspecialiserad vård till det nya sjukhuset hängde ihop med, såsom några projektledare (20-procentarna) för verksamhetsinnehållet vid NKS uttryckte det i en replik i Läkartidningen (2009, sid. 871), att ”de svårast sjuka invånarna [ska få] den vård de behöver vid det högspecialiserade sjukhuset,

att de mest komplicerade operationerna utförs av kirurger som får möjlighet att få en volym i sådana ingrepp, och att NKS blir ett ledande universitetssjukhus i Sverige och Europa.” Det betyder också omvänt, fortsätter de i sin replik, att den vård som inte är högspecialiserad ska ske i andra delar av nätverket ”där vården inte kostar lika mycket” (Läkartidningen, 2009, sid. 871).

Det var i slutet av maj år 2009, ungefär ett år efter det att NKS-förvaltningen formellt hade inlett sitt arbete, som det första förslaget till verksamhetsinnehåll presenterades: ”Förslag Koncept Verksamhetsinnehåll Nya Karolinska Solna Universitetssjukhus” (NKS-förvaltning, 2009a). Där poängteras att detta är ett första, översiktligt förslag, och att det finns en ambition att bestämma verksamhetsinnehållet mer konkret senast den 1 juli, 2011. Detta för att ”projektering och byggnation av sjukhuset [ska ske] liksom upphandling och installation av tyngre utrustning” (NKS-förvaltning 2009a, sid. 5). I förslaget betonas också att eftersom byggnaden kommer att vara generell och flexibel kan verksamhetsinnehållet tillåtas variera mycket: ”Det definitiva verksamhetsinnehållet kan därför fastställas sent i byggprocessen och styrs tidsmässigt huvudsakligen av tidpunkten för beslut om utrustningsinvesteringar och vissa byggnadsåtgärder” (NKS-förvaltning, 2009a, sid. 5).

Nya arbetsmetoder och -sätt lyfts fram som centralt för det framtida verksamhetsinnehållet på det nya sjukhuset. Det slås också fast att detta är beroende av hur NKS kommer att samverka med andra aktörer i det regionala sjukvårdsnätverket. Det framgår också att:

Sjukhuset ska inrymma 600 slutenvårdspalters varav 400 vårdplatser i enkelrum, 125 platser för intensiv/intermediärvård och 75 platser för pre/postoperativ vård. Till detta kommer 100 dagvårdspatser och 100 platser vid patienthotell. Sjukhuset ska ha en operationsresurs med 35–40 operationssalar. (NKS-förvaltning, 2009a, sid. 7)

En central del i rapporten utgörs av en översikt av ”internationella referensobjekt”. Här presenteras lärdomar från de internationella och världsledande sjukhus som har studerats (varav åtta har besökts). I genomgången av dessa referensobjekt fokuseras särskilt på en del av de återkommande aspekterna som var centrala i projektet: nära samverkan mellan forskning och sjukvård samt samarbete i nätverk där de ledande universitetssjukhusen presenteras som ”kunskapsnav”. Det är också härifrån som idéerna om ”multidisciplinära teman”, ett processorienterat perspektiv och patientsäkerhet med ”patienten först” hämtats (NKS-förvaltning, 2009a, sid. 19-23). Samtliga är aspekter som också känns igen från den tidiga planeringsprocessen (Johannesson och Qvist, 2019).

Studieresor gjordes främst till sjukhus i England, Holland, Frankrike och USA. En av tjänstepersonerna, som deltog vid några studiebesök, förklarar att de letade bland sjukhus som ansågs vara ”topp bästa i världen” med fokus på temabaserad verksamhet, hög integrering av vård, forskning och utbildning och med ett tydligt högspecialiserat uppdrag (IP15; se även Läkartidningen, 2009). Intervjupersonen menar också att, redan när själva urvalet gjordes fanns funderingar kring vad som var högspecialiserad vård och huruvida det ens är möjligt att ha ett renodlat högspecialiserat sjukhus. Samma person resonerar kring att de flesta av de världsledande sjukhus som besöktes endera var specialiserade, som till exempel det renodlade cancersjukhuset Stone Cathrine i New York, eller hade ett begränsat antal teman, vilket inte riktigt var fallet med NKS där det fanns ett behov av att anpassa antalet teman efter patientstrukturen i regionen.

I rapporten presenteras översiktligt resultat från de intervjuer NKS-förvaltningen hade genomfört med ”ett femtiotal beslutsfattare och nyckelpersoner inom och utanför landstingets organisation” (NKS-förvaltning, 2009a, sid. 29). De flesta i intervjustudien är överens om att NKS är, som det uttrycks i rapporten, ”en möjlighet att utveckla nya arbetssätt, t.ex. genom att delvis överge klinikstrukturen och övergå till en mer processtyrd organisation” (NKS-förvaltning, 2009a, sid. 30). Intervjuerna har också handlat om synen på vilken roll NKS ska spela i det framtida sjukvårdssystemet och där framträder flera frågetecken:

Det råder en stor enighet om att NKS inte kan betraktas isolerat, utan måste ses som en del i hela sjukvårdssystemet. Samtidigt råder oenighet om vilken roll NKS bör spela i sjukvårdssystemet i relation till Karolinska Huddinge och övriga vårdgivare (NKS-förvaltning 2009a, sid. 29).

Det framgår dock inte vem som är oenig eller vad oenigheten mer specifikt handlar om. Det är dock troligt att frågan handlade om huruvida Huddinge fortsättningsvis skulle vara en del av Karolinska eller om fusionen mellan Huddinge och Solna var tänkt att upphöra. Den här frågan skulle redan i remissrundan efter denna första rapport om verksamhetsinnehållet bli en central konfliktpunkt (se nedan).

Av rapportens 35 sidor handlar endast de fyra sista om NKS-förvaltningens egna förslag. Förvaltningen presenterar här vad som kallas för ”Koncept NKS” som avser både övergripande verksamhetsinnehåll och förslag på organisation av patientvården (teman) samt ”de arbetssätt som kommer att präglade verksamheten så att de möjligheter den nya anläggningen och dess infrastruktur skapar utnyttjas till fullo” (NKS-förvaltning, 2009a, sid. 31). Den korta översikten är till stora delar en sammanfattning av vad som presenterats redan tidigare i rapporten – i samband med genomgången av de internationella referensobjekten. Det handlar om att vården ska organiseras som en process med ”patienten först” och att NKS ska vara navet i det *akademiska* sjukvårdssystemet vilket kräver nära samverkan mellan universitet och sjukvård.

Rapporten hänvisar till nulägesanalyser och menar att ”all högspecialiserad vård i landstinget [skulle] kunna inrymmas vid NKS och den skulle då uppta högst ½ av sjukhusets kapacitet” (NKS-förvaltning, 2009a, sid. 33). Resterande skulle kompletteras med specialiserad vård. NKS-förvaltningen föreslår följande huvudteman för det nya sjukhuset: barn, cancer, hjärta/kärl, neuro, inflammation samt reparativ medicin (inkl. trauma). Gemensamma stödfunktioner/-teman föreslogs vara imaging, immunologi, proteomik/genomik och laboratorier.

Att slå fast vad högspecialiserad vård är lät sig alltså inte göras så enkelt – något som vi menar inte nödvändigtvis var ett problem i början av NKS-projektet. Otydligheten i verksamhetsinnehållet med inriktningen mot högspecialiserad vård möjliggjorde att många involverade aktörer på en retorisk, diskursiv nivå var ense och positiva till NKS – åtminstone initialt. Så snart någon form av konkretisering försökte göras – eller snarare att det fanns en förväntan om konkretisering som uteblev – blev konfliktlinjer och meningsskiljaktigheter tydliga. Det som framstod som självklara och givna ingångsvärden i NKS-projektet kom därigenom att bli centrum för kamp och konflikt. Öhrming (2017, sid. 53) skriver också att verksamhetsinnehållet var en ”extremt känslig fråga” – något som också blir tydligt i vår analys nedan av remissvar från berörda instanser.

Idén möter praktiken – oklarheten synliggör och förstärker konflikt

NKS-förvaltningens första rapport ”Förslag Koncept Verksamhetsinnehåll” (NKS-förvaltning, 2009a) gick år 2009 på remiss, och i svaren blir det tydligt att oklarheten leder till problem för de berörda parterna. De flesta är fortsatt positiva till satsningen som sådan – att det ska byggas ett nytt, modernt sjukhus som kommer att kunna förbättra vårdutbudet i regionen. Men oklarheterna väcker frågor och kritiken låter inte vänta på sig. I en artikel i Dagens Medicin (2009) beskrivs det föreslagna verksamhetsinnehållet som ”tunt” och som ett ”skämt”. Dåvarande ordförande i Stockholms läkarförening, Thomas Flodin, uttrycker sitt missnöje i artikeln och säger bland annat att:

Det här är rena skämtet. Bygget är igång och huset ska rymma 600 slutenvårdsplatser, men hur verksamheten ska se ut finns det inga utvecklade tankar om. (Dagens Medicin, 2009)

Redan innan rapporten publicerades hade kritik från sjukhus i regionen vädrats i en ”Kunskaps- och attitydmätning av Nya Karolinska Solna” (NKS-förvaltning, 2009c). Representanter – läkare och andra verksamma – vid samtliga stora sjukhus i regionen fick svara på ett antal frågor om deras syn på projektet. En tydlig kritik, som var särskilt stark vid Karolinska och bland läkare, var tanken om att låta beslut om verksamhetsinnehållet vänta till efter det att sjukhuset har byggts. Enkätsvaren visar också på en oro bland respondenterna:

Den svåra frågan om verksamhetsinnehåll tycks vara en faktor, som gör att man har svårt att känna sig positivt inställd till projektet. Flera uttrycker också oro för ifall den egna verksamheten kommer att ingå i NKS eller ej. Några tar upp att det inte tas någon vidare hänsyn till den vård som produceras på Karolinska idag. (NKS-förvaltning, 2009c, sid. 2)

Kritiken förstås i rapporten som en ”utvecklingsmöjlighet för kommunikationen av projektet”: Fördelarna med strategin att uppföra byggnaden innan verksamhetsinnehållet bestäms behöver tydliggöras för målgrupperna. Detta blir särskilt viktigt då det bidrar till osäkerhet eftersom det kan leda till okända förändringar för den egna verksamheten. Det konstateras därför att ”även här behövde satsningar göras för att skapa mening kring varför det är viktigt att inte ha alltför bråttom med att bestämma verksamhetsinnehållet” (NKS-förvaltning, 2009c, sid. 5). Kritiken förstås med andra ord som ett kommunikationsproblem – och som något som kan åtgärdas med bättre kommunikation med den berörda målgruppen (se vidare i Andersson och Grafström, 2019).

Kritiken i remissvaren kan lite grovt kategoriseras i tre teman – som alla knyter an till idén om högspecialiserad vård: (a) internationella exempel missar svenska förhållanden och NKS roll som del av och ansvar i ett större sjukvårdssystem; (b) tanken om NKS som ”nav” och hur detta påverkar andra sjukhus; och (c) interorganisatoriska frågor – vad betyder NKS för den del av Karolinska som ligger i Huddinge? I det följande presenterar vi mer utförligt vår analys av remissvaren utifrån dessa teman.

NKS som import – internationella vs svenska förutsättningar och behov

De röster som hörs, både de som mer tydligt argumenterar för NKS men också de som ställer sig mer kritiska till vissa aspekter av planeringen av det nya sjukhuset, är eniga om att det är viktigt att SLL utvecklar en internationellt konkurrenskraftig position inom det högspecialiserade vårdområdet (t. ex. Danderyds Sjukhus, 2009; Karolinska, 2009). På en sådan abstrakt, diskursiv nivå råder det ett slags konsensus kring att svensk sjukvård – och den

vård som bedrivs i Stockholm – ska utvecklas till att bli mer konkurrenskraftig internationellt och att den högspecialiserade vården är central i det arbetet. Enligt vår tidigare diskussion kan vi förstå detta som en ”visionär oklarhet” som förenar parter, även de med i övrigt motstridiga intressen. Sjukhusdirektör, Birgir Jakobsson, framför i Karolinskas remissvar över NKS-förvaltningens förslag att det:

Såväl i en generalplan som i planerna för det framtida NKS bör stor vikt läggas på att skapa förutsättningar som kan stödja den högspecialiserade vården som en exportsektor. Redan idag väljer svenska patienter vård utomlands och det ökar kraftigt och kommer sannolikt att avsevärt påverka den offentliga hälsobudgeten framöver. (Karolinska, 2009, sid. 2)

Kritiken i remissvaren handlar i stället om *hur* denna konkurrenskraft ska skapas. Det är en kritik som ska förstås i ljuset av den *import* av idéer som formade de svenska politikernas (Johannesson och Qvist, 2019) och NKS-förvaltningens förståelse av den högspecialiserade vården. Både innan och under förvaltningens tid gjordes många studieresor. Samtidigt som det pågick förändringsarbete av den svenska sjukvårdens organisation – både i Stockholmsregionen och i övriga landet (se t. ex. Eriksson, 2005) – blickade alltså projektledningen längre bort i letandet efter inspiration. Tanken om att organisera vården i teman med ett tydligare processperspektiv kring patienten var långt ifrån nya tankar i ett svenskt sammanhang (t. ex. SOU, 2016:2). NKS-förvaltningen importerade dock dessa idéer i hög utsträckning från internationella exempel. Ofta handlade de utländska exemplen om spjutspetsjukhus som verkade i privatiserade sjukvårdssystem. I dessa system fanns mindre krav och förväntningar på individuella sjukhus att fungera som ”noder” i nätverk – med ansvar bortanför de egna sjukhusväggarna. Thomas Flodin, ordförande för Stockholms läkarförening, kommenterar detta i den tidigare nämnda intervjun i Dagens Medicin (2009) och menar att tankarna om temavård är ”ogrundade och luddiga” och att det är ett problem att man har hämtat tankarna om detta från USA och övriga Europa – man har glömt bort ”det utvecklingsarbete som redan pågår på närmare håll.”

I Karolinskas remissvar skriver också sjukhusdirektör Jakobsson att de spetsområden som just Stockholms sjukvårdssystem ska satsa på – med ambition om att också bli konkurrenskraftiga utanför Sverige – är något som behöver definieras utifrån en förståelse för och analys av hela regionens sjukvårdsområde – där alltså NKS är en del av ett system:

Vidare bör en generalplan definiera de ”spetsområden” som Stockholms sjukvårdssystem skall satsa på för att behålla och utveckla konkurrenskraft inom Sverige och Europa. Detta gäller såväl verksamhetsinnehåll i sjukvården som forskning och utveckling inom hela sjukvårdssystemet, NKS, innovationscentra och andra vårdproducenter, inte minst för att framstå som attraktiva samarbetspartners inför globala industriella spelare och forskningscentra vilket inte i sig är en självklarhet. (Karolinska, 2009, sid. 2)

Sammantaget kan det konstateras att NKS-förvaltningens idé om den högspecialiserade vården var inspirerad av internationella exempel som förvaltningen hade importerat till Sverige via ett antal studieresor till framgångsrika, högspecialiserade sjukhus utomlands. I remissvaren riktas kritik mot att det svenska sammanhanget – Stockholmsregionen och det svenska sjukvårdssystemet – glöms bort i en sådan internationellt färgad förståelse av vad högspecialiserad vård är och hur den bäst organiseras. Det visar också på svårigheterna med att

hämta idéer från ett sammanhang till ett annat; en sådan överföring kräver någon form av översättning till den lokala kontexten (jfr t. ex. Czarniawska och Sevón, 1996).

Nivåstrukturering av vården med NKS som nav

Redan vid projektets formella start presenterades det nya sjukhuset som ett ”nav” i ett nätverk och var därmed ett av de ingångsvärden som NKS-förvaltningen hade med sig från tidigare utredningar och det formella beslutet att bygga ett nytt sjukhus. Vad detta nav innebar för det nya sjukhuset och för Stockholms sjukvårdsstruktur i stort var dock långtifrån självklart och kom, som vi visar längre fram i rapporten, därmed att vara i grunden omtvistat. Öhrming (2017) menar att idén om NKS som ett nav i Stockholms sjukvård snarast kan beskrivas i termer av att utgöra en ”politisk garnityr”.

I 3S-utredningen illustrerades den framtida sjukvårdsstrukturen som en pyramid med högspecialiserad vård högst upp och egenvård längst ned (se t. ex. Johannesson och Qvist, 2019, sid. 29; IP20). Samtidigt som NKS skulle vara ett litet sjukhus, och erbjuda en högst begränsad typ av vård, skulle det också fungera som navet i samma sjukvårdssystem. Det ska dock inte ses som självklart att högst upp i pyramiden är synonymt med rollen som nav – kanske är det till och med rimligare att förstå pyramiden precis tvärtom. Ju längre ned i pyramidens hierarki vi kommer, desto mer vård utförs och fler kontaktytor finns med patienten. Primärvården skulle till exempel utifrån ett sådant resonemang förstås som ett nav i sjukvårdssystemet. En av intervjupersonerna förklarar att tanken om en pyramid med en typ av vård – och i det här fallet ett sjukhus – var problematisk: ”alla vill ju befinna sig där på toppen” (IP20). Samma person förklarar att en alternativ bild är att sätta patienten i centrum och sedan rita upp ett nät runtomkring med noder. Varje nod är vårdgivare och en av dessa skulle då vara NKS (ett sådant synsätt kom senare att inspirera arbetet med att ta fram den så kallade Framtidsplanen, som inbegrep planeringen för hela hälso- och sjukvårdssystemet i Stockholm).

NKS-förvaltningens egen intervjustudie (med ett femtiotal beslutsfattare och nyckelpersoner inom och utanför landstingets organisation) om synen på NKS och vilken roll det nya sjukhuset förväntades spela i det framtida sjukvårdssystemet visade på delade åsikter. Oklarheterna kring NKS roll som nav med ett högspecialiserat uppdrag samt hur detta skulle kunna tänkas påverka andra sjukhus i regionen blev en av huvudfrågorna för kritiken i den första rundan med remissvar i början av hösten 2009.

Karolinska och sjukhusdirektören Jakobsson ställer sig i sitt remissvar frågande till vad som menas med ”ett sjukvårdssystem inom landstinget”. Karolinska, tillsammans med flera andra (t. ex. Danderyds Sjukhus, 2009; HSN-förvaltningen, 2009; Södersjukhuset, 2009), efterlyser en ”generalplan” som beaktar ”alla landstingets sjukvårdsproducenters uppgifter och inbördes samverkan i närtid och [som] inkludera[r] NKS från 2015”. Det är just avsaknaden av en sådan plan som kan vara förklaringen till ”de motstridiga direktiv och uppdrag som Karolinska och NKS-projektet arbetar efter” (Karolinska, 2009, sid. 2). Remissvaret fortsätter:

Om NKS väljer att organisera sig i temata, hur skall då övrig sjukvård organiseras? Möjligen ett temakoncept som går tvärs igenom hela det framtida sjukvårdssystemet i landstinget och t.ex. en cancerchef som leder och ansvarar för SLL-övergripande vårdprogram inom cancerområdet (Karolinska, 2009, sid. 3).

Även i andra remissvar lyfts frågor om vilka konsekvenser NKS roll som nav får. Här framhåller kritikerna att valet av organisering för NKS innebär att också övriga sjukhus i

nätverket behöver anpassa sig till denna. Capio S:t Görans sjukhus skriver till exempel att en eventuell flödesorientering i så fall måste införas även på andra sjukhus. De konstaterar att:

Om NKS ska fungera som nav i ett flödesorienterat nätverk bör väl övriga nätverssjukhus:

- också vara flödesorienterade
 - också vara organiserade i teman
 - arbeta med synkroniserade vårdprogram
 - arbeta med synkroniserade materialval (typ stentar och protesmaterial)
- (Capio S:t Görans sjukhus, 2009, sid. 3)

Om idén om NKS som ett nav i ett regionalt sjukvårdssystem skulle tas på allvar behövde övriga vårdproducenter i nätverket genomföra genomgripande omorganiseringar och anpassningar till NKS organisation.

Danderyds Sjukhus betonar vidare att det finns flera aktörer i sjukvårdssystemet i Stockholm som är avgörande för den medicinska forskningen, och att samtidigt som ”NKS kommer att vara ledande vad gäller kompetens inom många områden” kommer det inte att vara det inom alla (Danderyds Sjukhus, 2009, sid. 2). För vissa områden kommer tyngdpunkten vad gäller forskning att finnas på något av de andra sjukhusen. Remissvaret illustrerar tydligt att idén om den högspecialiserade vården och dess koncentration till NKS inte bara skapade spänningar inom professionen utan också mellan centrala organisationer.

HSN-förvaltningen (förvaltningen under fullmäktiges Hälso- och sjukvårdsnämnd), med uppdrag att beställa och planera vården i regionen, uttrycker på liknande sätt missnöje i sitt remissvar, men med fokus på att verksamhetsinnehållet inte preciseras bättre. Den skriver:

Eftersom verksamhetsinnehållet i NKS påverkar hela hälso- och sjukvården i länet vill vi poängtera vikten av att verksamhetsinnehållet i NKS beslutas så tidigt som möjligt i den fortsatta processen. Detta för att nuvarande verksamhet och övriga delar av hälso- och sjukvården ska få rimliga förutsättningar att hantera eventuella omställningar. (HSN-förvaltning, 2009, sid. 1)

HSN-förvaltningen ger också en längre kommentar som handlar om NKS roll att möta befolkningens behov av hälso- och sjukvård. Den efterlyser en mer utvecklad analys av effektivitetsvinster och en ”känslighetsanalys”, eftersom NKS planerade för färre antal vårdplatser, men med likvärdig eller till och med något större kapacitet jämfört med existerande Karolinska i Solna (på grund av effektivitetsökningar till följd av bland annat nya arbetssätt och kortare vårdtider).

NKS roll som nav behöver alltså klargöras, menar flera aktörer, men i remissvaren ges det också uttryck för skepsis mot att tillskriva ett specifikt sjukhus den mest centrala platsen i nätverket. Danderyds sjukhus skriver till exempel att det är viktigt att utveckla ett nätverk med ökad rörlighet vad gäller tjänstgöring på högt specialiserad nivå mellan sjukhusen inom SLL, men att beskrivningen av NKS bör modifieras för att ”ge plats åt ett mer jämlikt nätverkstänkande som leder till större flexibilitet och effektivitet” (Danderyds Sjukhus, 2009, sid. 1). Sjukhuset menar vidare att det namn som Forskningsstrategiska kommittéen (FSK) föreslagit – Karolinska Medical Center (KMC) – borde tas i bruk för att skapa en tydlighet och samhörighet bland alla aktörer inom ”Stockholms akademiska sjukvårdssystem”:

Det namnet skulle markera att hela SLL samarbetar och samverkar vad gäller sjukvård, forskning och undervisning och det skulle underlätta flödet av patienter, personal, studenter och kunskap mellan enheterna i SLL. Effektivare vårdkedjor kan etableras. I detta KMC behövs alla aktörer men vi har olika *roller*. Vi måste göra allt för att undvika retoriken om vem eller vilka enheter som är viktigare eller finare än andra. Det leder bara till ineffektivitet och frustration. Dessa våra olika roller behöver förtydligas i generalplanen. (Danderyds Sjukhus, 2009, sid. 2)

Södersjukhuset uttrycker skepsis både vad gäller avsaknad av klinisk forskning som ledstjärna för NKS-förvaltningens arbete med verksamhetsinnehållet, och att det, som de uttrycker det, ”utslitna” uttrycket ”patienten först” används. Södersjukhuset utvecklar också ett resonemang om behovet av att stärka samverkan inom SLL för att skapa just ett fungerande sjukvårdssystem: ”NKS uppgift ska inte vara att leda, fördela eller administrera NKS-extern vårdverksamhet. NKS ska i stället få fokusera på sina viktiga medicinska och FoUU-uppgifter” (Södersjukhuset, 2009, sid. 2). I remissvaret betonar Södersjukhuset vikten av att låta detta växa fram organiskt – snarare än genom strukturella grepp – och menar vidare att ”man måste behålla och skärpa lokala ansvar för patienter, personal, ekonomi och FoUU och samtidigt utforma incitament som stöder samverkan i nätverk” (Södersjukhuset, 2009, sid. 2). Det är alltså tydligt att förslaget skapade spänningar mellan berörda organisationer och då särskilt de stora sjukhusen i regionen.

En central del i denna första vända remissvar över NKS-förvaltningens förslag om verksamhetsinnehåll handlar om primärvårdens roll inom universitetssjukvården. I ett remissvar från CeFAM (numera Akademiskt primärvårdscentrum) skrivs till exempel följande:

Vi vill särskilt framhålla att genomförandet av denna vision [att utbildning och forskning ska ha en tydlig koppling till vården på alla nivåer och att tiden för överföring av vetenskapliga rön till klinisk praxis väsentligt ska kortas] förutsätter att ett tydligare samband etableras mellan högspecialiserad vård och allmänmedicinsk praktik. Primärvården är inte endast basen i sjukvården utan bör även ingå i en sammanhängande akademisk vårdkedja med såväl vård- som kunskapsproduktion i sitt uppdrag. (CeFAM, 2009).

Stockholms Medicinska Råd (SMR, ett nätverk för samverkan inom hälso- och sjukvården i länet) efterlyser också en bredare syn på nätverket – bortanför Karolinska i Solna och SLL – ”det är hög tid att strukturera arbetet beträffande möjliga konsekvenser i övriga landstinget och utarbeta en åtgärdsplan för genomförande” (Stockholms Medicinska Råd, 2009, sid. 1).

Som vi har varit inne på tidigare karaktäriseras den högspecialiserade vården av en ständigt pågående kamp kring var, och av vem, den ska bedrivas. En intervjuperson kommenterar att det idag är Nämnden för nationell högspecialiserad vård som bestämmer var denna typ av vård ska bedrivas, men att det historiskt tenderar att ha varit något som olika sjukhus mer eller mindre har kämpat om. Att till exempel barnhjärtkirurgin flyttade från Karolinska till Göteborg respektive Lund har enligt samma intervjuperson varit ”traumatiskt för KS” (IP29; [se även Bygdeman et al., (u.å.)]). En annan intervjuperson menar att Stockholm inte hade erfarenhet att tänka hela sjukvårdssystem då regionen har en annorlunda vårdkedja jämfört med resten av landet (IP24). När patienter ute i landet har fått vård på ett universitetssjukhus åker de vidare någon annanstans för fortsatt vård. Att patienter inte skulle slutvårdas på NKS var därför ett nytt sätt att tänka på i Stockholm, enligt personen: ”När man inte har behov av den högspecialiserade vården längre då tar någon annan vid” (IP24).

I våra intervjuer framträder också en bild av att det vid tiden för den första rapporten och den första omgången remissvar – det vill säga under år 2009 – inte fanns någon som hade tydligt mandat att utreda och ansvara för hela Stockholmsregionens sjukvård. En intervjuperson menar att ”man inte hade gjort hemläxan innan man skred till verket med NKS” (IP20). Situationen blev extra problematisk av att, som personen beskriver det, NKS var så ”aggressivt” planerat i bemärkelsen att det skulle vara ett så pass mycket mindre sjukhus jämfört med det dåvarande Karolinska; en förändring som ger stora implikationer för hela systemet – det ger ”ringar på vattnet i hela systemet” (IP20).

Sammantaget visar vår genomgång att sjukhusen i regionen ställde sig kritiska till presentationen av NKS som ett högspecialiserat nav i Stockholmsområdet. En hel del av kritiken rörde oklarheter kring hur vården på det nya sjukhuset skulle organiseras och vad den skulle innehålla. Samtidigt som idén om NKS som nav per automatik målade upp bilden av ett nätverk – där de olika aktörerna påverkar varandra – fanns det alltså i denna fas en avsaknad av analys och förslag kring hur detta nav skulle påverka resterande noder i nätverket. Vi kan också notera en irritation över att beskrivningen av det nya sjukhuset just som nav – som toppen på en pyramid; ett perspektiv som ansågs förstärka hierarki- och statuspositionering (jfr Anell, 2007).

Interorganisatorisk fråga – ett eller två sjukhus?

Ytterligare en grund för olika och motstridiga förväntningar om NKS roll och utvecklingen av högspecialiserad vård i Stockholm fanns i relationen mellan Solna och Huddinge – det som ibland benämns ”norr/söderladdningen”. Vid tiden för NKS-projektets start hade det sammanslagna Karolinska existerat endast i ungefär fyra år. När beslutet om att slå samman sjukhusen i Solna och i Huddinge togs år 2003 ansågs denna vara både kontroversiell och komplex (Choi, 2011). Sammanslagningen krävde ett omfattande och intensivt arbete för att skapa *ett* universitetssjukhus. Det är därför knappast förvånande att det tidigt i NKS-projektets historia hördes röster som uttryckte oro över att det nya sjukhuset blev geografiskt stationerat i Solna och planerna på att därmed också koncentrera den högspecialiserade vården till det nya sjukhuset. Genom skapandet av NKS riskerade ambitionen om ett gemensamt sjukhus att raderas – något som alltså precis hade genomförts och fortfarande befann sig i en etableringsfas.

Genom fusionen av dessa två sjukhus hade omorganiseringen av regionens sjukvård och skapandet av ett nätverk redan inletts i Stockholm med utflyttning av bassjukvård till andra sjukhus i regionen. Det hade också varit ett stort arbete att reda ut vilken högspecialiserad vård som skulle bedrivas på vilket sjukhus – i Huddinge respektive Solna. En intervjuperson med erfarenhet från tiden för sammanslagningen beskriver det som att det uttrycktes en önskan om att bedriva högspecialiserad vård vid båda sjukhusen men att inget av dem skulle vara renodlat högspecialiserat utan att de också skulle rymma ”vanliga vardagssjukdomar” (IP27).

Det fanns alltså enligt intervjupersonen en poäng med att ha *både* högspecialiserad och annan typ av vård på ett universitetssjukhus. Diskussionen om Huddinges roll i ett framtida universitetssjukhus aktualiserade därmed frågor om hur patientunderlag och behov inom vård, forskning och utbildning relaterade till den högspecialiserade vården. På ett universitetssjukhus finns en viss motsättning i form av att forskarvärlden tenderar att främst önska högspecialiserad vård och att andra, till exempel kirurger, genom koncentration av högspecialiserad vård inte kan göra ingrepp tillräckligt ofta: ”Kirurgi är ett hantverk. Det behövs övning i vardagen på enklare saker också”, som en person förklarar (IP29). Ett alltför snävt tänk kring ett högspecialiserat uppdrag skulle alltså kunna leda till för få patienter. ”Superduktiga doktorer”,

som en annan person uttrycker det, kanske då inte kan fylla sin arbetsdag (IP20). Därför kräver också läkarutbildningen tillgång till ”vardagspatienter” medan representanter för forskningen tenderar att vilja ta bort ”bruset av vardagsvård” för att kunna skapa en ”spektakulär verksamhet för att få poäng och högre ranking i vetenskapliga tidskrifter” (IP29). Det innebar att det fanns en inneboende konflikt mellan idén om att koncentrera den högspecialiserade vården till NKS och att skapa lämpliga patientunderlag för vård och utbildning. Vissa ansåg dessutom att denna inneboende konflikt var närvarande i relation till forskning – eftersom forskning måste bedrivas inte bara på den högspecialiserade vården utan också på de breda folksjukdomarna (IP26; Läkartidningen, 2017). Det bör samtidigt noteras att NKS uppdrag vad gäller verksamhetsinnehållet var att ha fokus på högspecialiserad vård och ”forskningsintensiv” vård (t. ex. NKS-förvaltning, 2009b, sid. 7) – även om vad denna vård mer exakt skulle inkludera alltså var oklart.

I remissvaren på NKS-förvaltningens första rapport om verksamhetsinnehåll (2009a) är det tydligt att rapportens fokus på Solna – och exkludering av Huddinge – väcker frågor. De kritiska rösterna är flera, varav Stockholm Läkarförening/Centrala SACO-rådet SLL hör till de tydligaste. De börjar med att konstatera att NKS-förvaltningen felaktigt skriver att fackliga företrädare kontinuerligt har informerats och fortsätter sedan med kritik mot upplägget:

Dokumentet kännetecknas av en påtaglig brist på beskrivning av hela Karolinska Universitetssjukhuset. Huddingedelens roll och integration i det nya sjukhuset saknas. Detta gör att dokumentets användbarhet som beslutsunderlag kan ifrågasättas. Om Karolinska Universitetssjukhuset åter skall delas borde detta framgå. Ett intryck ges i rapporten av två sjukhus med skilda arbetssätt och uppdrag. (Stockholms Läkarförening/SACO, 2009, sid. 1)

Kommunal Stockholms Län efterlyser också en diskussion om Huddinges roll i förslaget och ställer frågorna: ”Hur har den [sjukhuset i Huddinge] en naturlig koppling till navet? Eller finns det något annat tänk runt Huddingesidan?” (Kommunal Stockholms Län, 2009, sid. 2).

I Karolinska Institutets (KI) remissyttrande betonas också att Karolinska i Huddinge måste inkluderas tydligare i planerna vad gäller verksamhetsinnehållet. KI skriver bland annat att:

NKS bör således, enligt Karolinska Institutets uppfattning, bli en del i ett framtida universitetssjukhus, med verksamhet och erforderlig infrastruktur i både Solna och Huddinge, med en sammanhållen organisation och en ledning. Det är detta som bör utgöra navet i ett nationellt och internationellt konkurrenskraftigt sjukvårdssystem. (Karolinska Institutet, 2009, sid. 2)

Sjukhusdirektör Jakobsson på Karolinska påpekar i sitt remissvar att uppdraget till NKS om att vara navet i ett universitetssjukhusystem är ett annat uppdrag än den inriktning som sjukhuset har idag. Jakobsson beskriver kort det pågående integrations- och profileringsarbetet mellan Huddinge och Solna som syftar till att skapa enhetliga patientflöden inom Karolinska – oavsett organisation och kliniktillhörighet. Detta är ett arbete som kommer att skapa ett allt större beroende mellan de båda sjukhusen och som delvis motsäger den utveckling som NKS-förvaltningen beskriver i sin rapport: ”Den profilering som idag bedrivs med infektionssjukvård, immunologin och transplantation samt den tunga gastroenterologin i Huddinge går delvis stick i stäv med de intentioner som rapporten uttrycker” (Karolinska, 2009, sid. 2). Även remissyttranden från till exempel Danderyds Sjukhus påtalar detta problem, och påpekar att sättet att beskriva NKS som ett nav i det akademiska sjukvårdssystemet är

problematiskt och förvirrande med tanke på Karolinskas ”interna profileringsarbete mellan Huddinge och Solna” (Danderyds Sjukhus, 2009, sid. 2).

Ett ytterligare exempel på detta, menar Jakobsson vid Karolinska, är den medicinsktekniska utvecklingen – som sker i samarbete mellan industri och akademi – som enligt NKS-förvaltningens rapport planeras till Solna. I enlighet med ägardirektiv och uppdrag planerar ledningen vid Karolinska att genomföra en sådan utveckling – men i Huddinge. Dessa oklarheter skapar problem, enligt Jakobsson:

Det är uppenbart att dessa dubbla budskap skapar problem med trovärdigheten i det förändringsarbete som Karolinska bedriver. Ett regionalt utvecklingsperspektiv kräver givetvis en gemensam helhetssyn och skall vara i överensstämmelse med mål som bl a uttryckts i SLL:s budgetdirektiv 2010 där både Nord och Syd lyfts fram som viktiga utvecklingsområden. Öppna frågor som återstår att hantera är framtida samverkan mellan de två innovationsplatserna, liksom omfattande investeringsbehovs i Stockholms sjukvårdssystem under tiden fram till NKS är på plats. (Karolinska, 2009, sid. 2)

I en artikel i Dagens Medicin (2009, sid. 8), som skrevs med anledning av att remissvaren hade offentliggjorts, säger en anonym läkare till tidningen att ingen längre vill till Huddinge: ”Nu gäller det att hålla sig så nära byggkranarna som möjligt och hålla rumpan framme så att man har en stol att sitta på i det nya sjukhuset.” I våra intervjuer bekräftas bilden av att Huddinge initialt i hög grad uteslöts från planerna om det nya sjukhuset. En person beskriver frågan som kontroversiell och frågan om fusionen skulle splittras upp ”låg som ett spöke hela tiden” (IP11).

Sammantaget är det tydligt att planeringen av det nya universitetssjukhuset initialt inte tog hänsyn till att det existerande Karolinska bestod av två sammanslagna enheter – Solna och Huddinge. I skapandet av en stark och slagkraftig vision om just *ett* sjukhus i världsklass, där den nya sjukhusbyggnaden var katalysator och möjliggörare, blev Huddinges roll problematisk. Hur förena *två* sjukhus i de politiska drömmarna om *ett* sjukhus i världsklass? Situationen illustrerar ytterligare hur ”visionär oklarhet” skapade en slags ytlig konsensus där ingen var emot en satsning mot högspecialiserad vård i världsklass *per se*, men där remissvaren, och delvis våra intervjuer, vittnar om att nästan alla berörda parter var kritiska till hur stora delar av projektet planerades att genomföras.

Idén används för att rättfärdiga fortsatt otydlighet

Senare samma år, i december 2009, skrev NKS-förvaltningen, på basis av rapporten ”Koncept NKS” och remissvaren, ett tjänsteutlåtande avseende det övergripande verksamhetsinnehållet vid NKS. I utlåtandet slogs fortsatt fast att ”sjukvården förändras och det går inte att exakt förutsäga hur sjukvården och behoven på ett universitetssjukhus ska se ut om 10 år eller att en gång för alla definiera vad som i framtiden kommer att vara högspecialiserad vård” (NKS-förvaltning, 2009b sid. 7). På grund av detta framhölls därför fortsatt – trots den rätt tunga kritik och den oro som framkommit genom remissvaren – att det var viktigt att ”uttrycka sjukhusets verksamhetsinnehåll i så generella termer som möjligt så att man inte låser fast ett detaljerat innehåll som riskerar att vara omodernt då sjukhuset öppnar eller att sjukhuset inte har beredskap att möta den medicinska och tekniska utvecklingen” (NKS-förvaltning, 2009b, sid. 7). Det betonades även att ett mer detaljerat förslag på verksamhetsinnehåll skulle redovisas under 2011, och att det nuvarande därför skulle ses som ett slags utgångspunkt för fortsatt arbete: ”Föreliggande tjänsteutlåtande anger endast en övergripande inriktning av det nya

universitetssjukhusets verksamhetsinnehåll som utgångspunkt för det fortsatta planeringsarbetet av den nya sjukhusbyggnaden” (NKS-förvaltning, 2009b, sid. 11).

Den bestående oklarheten och öppenheten vad gällde verksamhetsinnehållet var under NKS-förvaltningens första tid inte bara sanktionerad av styrande politiker, utan kan förstås som önskad och driven av politikerna (t. ex. SLL, 2008; IP28). Det handlade inte enbart om att det kan tänkas ta tid att formulera och sjösätta de högt flygande ambitionerna om en ny vårdstruktur, nytt innehåll och nya arbetsmetoder – ett arbete som dessutom skulle göras samtidigt som NKS-förvaltningen skulle ansvara för upphandling av OPS-avtal och påbörja själva byggandet av det nya sjukhuset – utan motiverades kanske främst genom att det var vad som ansågs krävas för att realisera de högtflygande drömmarna. Samtidigt som detaljer och avtal kring både finansiering och byggnation var tvungna att beslutas om, ansågs preciseringar om verksamhetsinnehållet behöva skjutas på framtiden. Det missnöje som riktades mot denna ottydlighet – från Karolinska, HSN-förvaltningen, andra sjukhus, fackliga organisationer och så småningom också från den politiska oppositionen – förklarades med att kritikerna inte riktigt hade förstått dynamiken i konceptet. En av de personer som varit med från början motiverade det öppna förhållningssättet just genom att ”ett modernt universitetssjukhus” i sig måste förstås som något dynamiskt – som något som ”förändras hela tiden” – vilket gör att det inte går att definitivt säga vad för typ av innehåll som behövs längre fram i tiden (IP29). I liknande ordalag förklarar en intervjuad politiker det omöjliga i att precisera verksamhetsinnehållet så tidigt i förändringsprocessen och menar att ”det var helt nödvändigt” att skjuta upp mer specifika beslut om innehåll därför att man inte kan ”veta 2010 om hur världen ser ut 2017, därför att vi har nya behandlingsmetoder – det som var en jättesvår sjukdom då kanske inte är det idag” (IP28).

Vi menar att detta kan förstås som att idén om den högspecialiserade vården användes för att *rättfärdiga* fortsatt ottydlighet och brist på konkretisering. I en fas då den ”visionära oklarheten” hade fullgjort sitt syfte – att skapa konsensus och kraft att initiera en förändringsprocess (beslutet att bygga ett nytt sjukhus i april 2008) – och projektansvariga nu förväntades skapa mer klarhet och konkretisera mål samt tydliggöra steg i genomförandeprocessen (jfr Gioia et al., 2012) hänvisade NKS-förvaltningen i stället – återigen – till den högspecialiserade vårdens karaktär av att inte kunna definieras.

Flera intervjupersoner (t. ex. IP26; IP28) betonar också att förändring tenderar att göra människor nervösa och rädda då de inte vet vad resultatet kan komma att betyda för egen del. Kanske kommer vissa personers arbetsområden att flytta ut från sjukhuset (jfr t. ex. NKS-förvaltningen, 2009c; Dagens Medicin, 2009). En intervjuperson påpekar just att det kan uppstå problem med att vara för detaljerad – att slå fast vissa saker i relation till vad högspecialiserad vård är och ska vara gör att man öppnar upp för strider (IP16). I debattartikeln ”Tankarna bakom Nya Karolinska Solna: Vi måste våga förändra invanda traditioner och kulturer” skriver två projektledare/chefläkare vid NKS-förvaltningen (tidigare 20-procentare) att ”förändring kräver mod, och därför måste alla som arbetar i vården ta ansvar för att våga tänka nytt” (Läkartidningen, 2010). De betonar att goda exempel redan finns ”i dagens högspecialiserade sjukvård”, och nämner bland annat Karolinska, men menar samtidigt att mer behöver göras. Artikeln avslutas med att slå fast att för att säkerställa att NKS ska bli ett världsledande sjukhuset krävs en insats av alla inblandade:

Vi måste dock lägga en del av gamla arbetsätt och gränsdragningar åt sidan och våga förändra invanda traditioner och kulturer. Gör vi det har vi möjlighet att skapa en sjukvård i absolut världsklass för nästa generation unga och gamla patienter. Här kan vi åstadkomma en verkligt patientsäker, effektiv och forskningsstark sjukvård.

Vi har en unik möjlighet, och vi måste alla ta vårt ansvar för att bygga upp det nya universitetssjukhuset från grunden och anpassa det till framtida generationers sjukvård. (Läkartidningen, 2010, sid. 2941).

Som tidigare studier av megaprojekt har visat kan också uppskjutande av beslut förstås i strategiska termer (jfr t. ex. Sahlin-Andersson, 1989). Så länge innehållet inte definierades mer konkret behövde det inte bli ”inbördeskrig”, för att använda uttrycket i inledningen på nytt. De personer som riskerar att bli nervösa och rädda behöver inte oroas – eller åtminstone kan ”oroandet” skjutas på framtiden.

NKS-förvaltningens idéer om vårdkedjor, tematisk organisation och processtänk kring patienten var dock beroende av nära samverkan med andra vårdorganisationer i sjukvårdssystemet. NKS-förvaltningens återkommande hänvisningar till det nya sjukhusets roll som nav i ett större, regionalt nätverk, förstärkte ytterligare kravet på – som också blev tydligt redan i första rundan remissvar – mer konkreta besked om hur NKS närvaro skulle påverka behov och efterfrågan i regionen. I det här skedet av processen, vid slutet av år 2009, befann sig NKS-förvaltningen i en situation där otydlighet inte längre kunde användas för att undvika strider – dessa fanns i förvaltningens närhet och var uttalade både i medierapportering och remissvar. Däremot innebar NKS-förvaltningens fortsatta oklarhet om verksamhetsinnehållet att kritiken förmodligen tog sig ett särskilt eller annat fokus för stunden. Såsom striderna i nuläget kom till uttryck handlade dessa om en gemensam kritik från andra organisationer, vårdhavare, mot NKS-förvaltningens förslag. Ett mer konkret förslag om verksamhetsinnehåll hade möjligen lett till andra strider och öppnat upp för till exempel konflikter mellan professioner och specialiteter.

Idén försvagas – oklarheten i konflikt med krav på planering

Efter det tjänsteutlåtande som NKS-förvaltningen hade tagit fram på basis av sin tidiga rapport om koncept för verksamhetsinnehåll och de många remissvar som inkommit (NKS-förvaltning, 2009b) inkom ytterligare kommentarer och synpunkter, denna gången från såväl oppositionen, i form av Socialdemokraterna och Vänsterpartiet (reservation i FoUU-utskottet, se SLL, 2009), som HSN-förvaltning (se utlåtande, HSN-förvaltning, 2010) och Produktionsutskottet (ett politiskt sammansatt organ under Landstingsstyrelsen, se Produktionsutskottet 2010). Även arbetsgivar- och fackliga organisationer fick uttala sig på nytt. I dessa två omgångar med yttranden blir det tydligt att idén om den högspecialiserade vården på allvar hotas. Situationen påminner om att idéer bara kan ges kraft genom aktörskap och handling. De kan inte bäras – eller flyga! – av sig själva. De problem som kom med otydligheten visade sig nu än tydligare och det fördes fram fortsatta krav på konkretiseringar.

Fortfarande i slutet av 2009 och i början av 2010 finns en enighet bland berörda parter om behovet av det nya sjukhuset. Socialdemokraterna och Vänsterpartiet skriver till exempel i sin gemensamma reservation i FoUU-utskottet med anledning av ”Inriktningsbeslut avseende övergripande verksamhetsinnehåll vid Nya Karolinska sjukhuset” (SLL, 2009, sid. 1) att: ”Vi är mycket positiva till bygget av Nya Karolinska Solna och vi vill precis som många andra understryka betydelsen av att det framförallt är ett verksamhetsprojekt och inte ett byggprojekt.”

Den inneboende spänningen i idén om högspecialiserad vård tar sig dock tydligt uttryck i remissvaren och flera kritiska frågor känns igen från den tidigare remissomgången och återupprepas nu. Den återkommande frågan handlar om hur berörda parter ska kunna planera

för förändringar i sjukvårdssystemets organisering, hur noderna i nätverket hänger ihop, och i termer av innehåll, utbildningsuppdrag och personalförsörjning, detta trots att NKS-förvaltningen vidhåller att det ännu är för tidigt att konkretisera vad som ska rymmas i det nya sjukhuset. Det är en kraftig krock mellan att hålla alla dörrar öppna – för att vara flexibel i relation till den snabba medicintekniska och kunskapsmässiga utvecklingen – och att synka den högspecialiserade vården med sjukvårdssystemet i stort.

Den politiska oppositionen hand i hand med HSN-förvaltning

Oppositionen (Socialdemokraterna och Vänsterpartiet) menar i sin reservation i FoUU-utskottet att underlaget från NKS-förvaltningen väcker fler frågor än svar (SLL, 2009), och HSN-förvaltningen inleder sitt utlåtande med att slå fast att den inte definitivt kan ta ställning till förslaget givet att det är presenterat på en sådan övergripande nivå (HSN-förvaltning, 2010). Oppositionen påpekar att eftersom ”projektet att uppföra ett nytt sjukhus sträcker sig över flera mandatperioder och kommer att vara i ständig förändring” är det ”särskilt viktigt att verksamhetsinnehållet vid Nya Karolinska Solna och dess påverkan på hela länets sjukvårdsstruktur blir föremål för blocköverskridande politiska överläggningar som går i takt med Landstingsförvaltningens arbete.” De fortsätter med att rikta kritik mot hur arbetet hitintills har organiserats:

Fram tills idag har dock processen i större utsträckning gått ut på informella möten och seminarier, som förvisso varit informativa, men där den politiska dialogen varit i det närmaste obefintlig. Den borgerliga majoriteten verkar till synes inte vara intresserad av att bjuda in till politiska överläggningar. Detta riskerar leda till en diskussion om Nya Karolinska Solna präglad av osäkerhet och onödiga strider och som i slutändan enbart drabbar patienterna i Stockholms läns landsting. (SLL, 2009, sid. 2).

Oppositionen lyfter särskilt fram det, såsom de ser det, olyckliga och problematiska i att NKS-förvaltningen inte tycks ha beaktat de synpunkter som kom in från remissinstanserna (se ovan, de som inkom efter NKS-förvaltningens första rapport i maj, 2009). Dessa synpunkter måste tas tillvara i det fortsatta arbetet, slår oppositionen fast i sin skrivelse. Det handlar bland annat om NKS i relation till Huddinge – som inte nämns i förslaget men som flera ”tungt remissinstanser” efterfrågar mer tydliga riktlinjer kring: ”Läsaren får nästan intrycket att den gemensamma organisationen mellan de två sjukhusen ska splittras och att det profileringsarbete som har påbörjats ska avbrytas.” (SLL, 2009, sid. 2).

I HSN-förvaltningens utlåtande blir det tydligt att NKS-förvaltningens arbete med att ta fram verksamhetsinnehållet inte tillräckligt anses ha synkroniserats med HSN-förvaltningens arbete: ”Det framstår som rimligt att NKS-förvaltningens fortsatta arbete om NKS verksamhetsinnehåll synkroniseras med HSN-förvaltningens uppdrag om framtidens hälso- och sjukvård” (HSN-förvaltning, 2010, sid. 2). HSN-förvaltningen hänvisar till att NKS har ansvar för att hantera den vård som produceras vid nuvarande Karolinska i Solna: ”Om detta inte blir fallet måste alternativa investeringar ske inom andra delar av vården för att möta behoven.” HSN-förvaltningen fortsätter med att uppmana till att detta måste göras snarast, då tiden är begränsad.

HSN-förvaltningen vittnar också om att NKS-förvaltningen verkar ha en överdrivet stark tilltro till effektivitetsvinster vid det nya sjukhuset – givet att man i förslaget utgår från att produktionen vid NKS kommer att vara lika stor som vid nuvarande Karolinska i Solna. HSN-förvaltningen lyfter en rad aspekter i sin remiss som den anser är oklara och som den kräver att

NKS-förvaltningen måste precisera för att det ska vara möjligt för HSN-förvaltningen att kunna ta ställning till förslaget. En aspekt – som återkommer i de flesta av remisserna – är förslaget om det temaorganiserade arbetssättet och förändrade vårdprocesser; något som de flesta ställer sig positiva till, men vill veta mer om – inte minst för att detta kommer att skapa krav på förändrad organisering i hela sjukvårdssystemet. ”De förändrade vårdprocesserna medför en stor förändring av sjukvårdsstrukturen och av detta följer att jämförelsen mellan NKS och den nuvarande verksamheten vid Karolinska i Solna är svår att göra” (HSN-förvaltning 2010, sid. 3). HSN-förvaltningen avslutar sitt remissvar med att konstatera att det är viktigt att ”processen och ansvarsfrågan för att transformera den nuvarande organisationen blir tydlig” (HSN-förvaltning, 2010, sid. 5).

De fackliga organisationerna upprepar sin kritik

Även i remissvaren från de fackliga organisationerna upprepas en hel del från den föregående remissrundan och de anser fortsatt att de inte har involverats i arbetet. Vårdförbundet (2010) skickade till och med in samma remissvar som föregående runda då det ansåg att ingenting hade tagits hänsyn till. Precis som tidigare i processen handlar remisserna främst om otydligheten och de stora problem som anses följa av den. Flera fackliga organisationer menar, i likhet med HSN-förvaltningen, att de inte kan ta ställning till delar av förslaget om de inte först får ta del av någon form av generalplan för regionen (t. ex. SACO, 2010; Vårdförbundet, 2010).

Nya Karolinska Solna Universitetssjukhus är en av pusselbitarna i Stockholms läns framtida hälso- och sjukvård, för att få en bild av sjukhusets del i helheten hade vi gärna haft tillgång till de övriga pusselbitarna (Vårdförbundet, 2010, sid. 1).

SACO/Stockholms Läkarförening skriver att det är ”helt nödvändigt att utvärdera NKS samband med och påverkan på övrig sjukvårdsstruktur” och att ”intrycket blir att viktiga frågor som behöver besvaras, skjuts framåt på ett olyckligt sätt” (SACO, 2010, sid. 1). Den ställer sig också frågande till hur man ska uppnå ambitionen att NKS ska säkra framtida vårdbehov i regionen samtidigt som antalet vårdplatser minskar från Karolinskas 600-700 platser till 400 platser ska gå ihop i praktiken.

Diskussioner om NKS som nav återkommer och de flesta har fortsatta frågor kring vad det betyder. Det finns en stor efterfrågan på mer tydlighet och att definiera konsekvenserna av att NKS ges en roll som nav i ett nationellt och regionalt akademiskt sjukvårdssystem. SACO flaggar för att tanken om nav kan vara allt från okontroversiellt till en roll som behöver förklaras:

Om man menar ett av flera universitetssjukhus torde detta vara tämligen okontroversiellt. Om man i stället menar att NKS skall ha en överordnad roll på nationell nivå, borde en beskrivning hur det ska bli möjligt ingå. Oklart är också om ”navet” skall innefatta hela Karolinska Universitetssjukhuset eller enbart NKS. Redan idag fungerar Karolinska som en sorts ”nav” och det är därför inte klart om skrivningen i sak innebär någon förändring. (SACO 2010, sid. 2)

Centralt är också önskemål och behov av att göra medarbetare mer delaktiga i förändringsarbetet och därmed inkluderade i NKS. Inte minst de fackliga organisationerna uttrycker skarp kritik mot att förslaget inte behandlar frågor om hur NKS kommer att påverka personalbemanning och personalstruktur (se t. ex. SACO, 2010). Kommunal Stockholms Län (2010, sid. 1) menar på samma sätt att det är ”mycket anmärkningsvärt att vi som personalorganisation utestängs från ett sådant arbete.”

Det blir i samband med detta också tydligt att en temaorganisation i sig inte ses som problematisk, men att den typen av stora förändringar i sjukvårdsorganisationen kräver omfattande omställning i arbetet. Det anses därför vara särskilt viktigt att personal engageras för att förberedas för en så omfattande förändring – en ”kulturförändring” kallar Kommunal Stockholms Län det för (vilket även flera av våra intervjupersoner beskriver det som, t. ex. IP11; IP15; IP16; IP20). Vårdförbundet, och många med dem (t. ex. Kommunal Stockholms Län, 2010; SACO, 2010; SKTF, 2010), pekar på personalförsörjningen – hur ska man se till att det finns kompetens när sjukhuset står färdigt om inte dessa frågor hanteras löpande under processen? Här blir återigen den inneboende paradoxen i idén om högspecialiserad vård tydlig där snabb kunskapsutveckling kräver både öppenhet och spetskompetens (som tar tid att utbilda).

Vårdförbundet har vid ett flertal tillfällen påpekat vikten av att arbetet med personalförsörjning måste gå hand i hand med ”byggandet”, det finns annars risk för att det finns ett färdigbyggt sjukhus utan den specialistkompetens som behövs. En snabb kunskapsutveckling kräver att tid och möjlighet ges för alla yrkeskategorier för kontinuerlig kompetensutveckling. (Vårdförbundet, 2010, sid. 1)

Remissvaret från SKTF innehåller en liknande diskussion och betonar att medarbetarna är den viktigaste tillgången i skapandet av morgondagens sjukvård och att dessa därför måste integreras i arbetet med att utveckla sjukhuset:

Då finns kompetens att fylla det nya huset med när det är färdigt. Då kommer kompetenta och samtränade medarbetare att fortsätta sitt arbete i nya lokaler. Inte minst den snabba medicinska och tekniska utvecklingen ställer krav på detta. (SKTF, 2010, sid. 1)

Det lilla sjukhuset blir större – existerande struktur betonas

Ett yttrande från Produktionsutskottet i januari 2010 innehåller bland annat rubriken ”Nytt stort sjukhus – nya möjligheter för hela hälso- och sjukvården”. Här finns en annan retorik och etikettering av det nya sjukhuset än de tidigare förekommande, och den som NKS-förvaltningen själva har använt, för att presentera det nya universitetssjukhuset. Det *lilla* sjukhuset beskrivs nu som det *stora*, och remissen påpekar att den högspecialiserade vården endast utgör cirka sex procent av hälso- och sjukvården varför den typen av vård endast kan komma att utgöra ”en begränsad del av vården vid NKS” (Produktionsutskottet, 2010, sid. 4). Här efterlyses, precis som tidigare och senare remissinstanser, att ”det krävs ett mer utvecklat beslutsunderlag, framtaget i samverkan med fler aktörer inom sjukvårdssystemet, för att ta ställning till vilka teman som initialt ska koncentreras till NKS” (Produktionsutskottet, 2010, sid. 4).

I samma yttrande från Produktionsutskottet betonas också att teoretiska modeller inte kommer att räcka till för att få en framtida sjukvårdsorganisation att fungera. Nu poängteras också att *existerande* struktur måste få en roll i *framtida* struktur.

Det är i stället det praktiska arbetet med vårdsamband, logistik, rutiner mm kring diagnostik, behandling och omvårdnad som blir avgörande för goda resultat och effektiva vårdprocesser. Detta talar för att den organisation av patientvården som skall tillämpas initialt vid NKS bör utformas genom att förberedelsearbetet sker i nära samverkan med övrig sjukvård och förankras väl i den pågående

sjukvårdsverksamheten. I stor utsträckning bör verksamhetsförändringsprojektet ske som en integrerad process med den existerande sjukvårdsstrukturen (Produktionsutskottet, 2010, sid. 3).

I en kommentar från Landstingsstyrelsens förvaltning (med anledning av de fackliga organisationernas synpunkter, se ovan) tydliggörs att NKS-förvaltningen inte ska ses som ansvarig för att beräkna det nya sjukhusets effekter för regionens hälso- och sjukvårdsstruktur: ”I det fortsatta arbetet är det viktigt att förstå att NKS-förvaltningen inte har till uppgift att vara huvudansvarig för hur effekterna av planeringen för NKS påverkar övrig hälso- och sjukvårdsstruktur, eller hur profileringen mellan de två geografiska enheterna av universitetssjukhuset ska anges, även om man naturligtvis måste beakta också dessa delar.” (SLL, 2010a, sid. 1). Enligt skrivelsen faller dessa uppgifter i stället på HSN-förvaltningen och på Landstingsstyrelsens förvaltning – och i viss mån även på ledningen för Karolinska genom deras nu pågående verksamhet.

I samma kommentar påpekar Landstingsstyrelsens förvaltning också att etiketteringen av NKS som ”nav” har övergetts eftersom det inte på ”ett tillräckligt tydligt sätt lyckats fånga universitetssjukhusets roll och uppgifter eller dess relationer till övrig hälso- och sjukvårdsstruktur” (SLL, 2010a, sid. 2). Samtidigt betonas att detta dock inte betyder att ”universitetssjukhusets uppdrag kring den mest högspecialiserade sjukvården, eller för ansvaret avseende samverkan kring forskning och utbildning, förändrats”.

I ett tjänsteutlåtande från Landstingsstyrelsens förvaltning i april 2010 påpekas vikten av att NKS-förvaltningen i det fortsatta arbetet inkluderar medarbetare och berörda gruppers egna erfarenheter för att säkerställa att det tänkta verksamhetsinnehållet kan ”överföras till klinisk praktik”:

Förståelsen av det som ska göras, visar forskning och erfarenhet, sker tydligast genom aktiva processer som bygger på den enskilde medarbetarens och berörda gruppens egna erfarenheter. Stor vikt måste därför läggas på att introducera projektets idéer och beskrivningar i både den pågående verksamheten vid Karolinska Universitetssjukhuset och i övriga hälso- och sjukvårdssystemet. (SLL, 2010b, sid. 5).

Under NKS-förvaltningens första tid saknades en tydlig ansvarsfördelning och mandat att beräkna konsekvenser av NKS förändrade vårduppdrag för hela regionen. Fortfarande under våren 2010 saknades i hög grad den typen av beräkningar. Den kritik som särskilt HSN-förvaltningen riktar mot NKS-förvaltningen i remissvaret pekar på att det, enligt HSN-förvaltningen, saknades tillräckliga underlag för vad som skulle ingå i NKS uppdrag och verksamhetsinnehåll för att det skulle vara möjligt att göra beräkningar för helheten.

Under 2010 fick HSN-förvaltningen i uppdrag att analysera framtidens hälso- och vårdbehov i regionen – arbetet med vad som kom att kallas för ”generalplanen” och som senare blev Framtidsplanen. I mars 2011 presenterades en slutrapport från projektet Framtidens hälsa- och sjukvård (SLL, 2011). En intervjuperson beskriver det som att rapporten var första gången som ett samlat dokument upprättades rörande vad SLL faktiskt vill (IP20): ”För NKS var en pusselbit men hur den pusselbiten ska fungera med alla andra pusselbitar var ju inte så glasklart i alla delar”. Samma intervjuperson förklarar också att det å ena sidan är förståeligt att det var löst i kanterna i början, men att man – i samband med utvecklandet av Framtidsplanen inte minst – behövde ”brotta ner” dessa frågor och definiera vad som faktiskt skulle göras. Att

helhetsgrepp och ett helikopterperspektiv på hela regionens sjukvård kom så sent in i planerandet av det nya sjukhuset skapade en situation där NKS och regionens framtida behov hamnade i osynk. Samtidigt som idén om högspecialiserad vård kunde användas för att rättfärdiga den långtgående otydligheten, skapade det stora problem att säkra hem just denna vård i framtiden (då de berörda parterna helt enkelt inte kunde planera för vilken kompetens eller personal som skulle komma att krävas).

Idén tappar sin kraft – drömmarna som gick i kras

I mars 2011 publicerade NKS-förvaltningen rapporten ”Nya Karolinska Solna – mål och verksamhetsinriktning”. Rapporten presenterades som en sammanfattning av var ”arbetet med verksamhetens innehåll vid det nya universitetssjukhuset befinner sig i dagsläget” (NKS-förvaltning, 2011, sid. 2). En av intervjupersonerna förklarar att rapporten egentligen var tänkt att vara ett tjänsteutlåtande för beslut i fullmäktige, men att det i stället blev en bilaga till Framtidens hälso- och sjukvård (SLL, 2011) (IP11). Rapporten upprepade den tidigare så många gånger berättade historiken som lade grunden för NKS-satsningen och beskrev översiktligt NKS kapacitet och utformning samt verksamhetens innehåll (i form av de sex temana, se nedan). Den betonar att den är ”inte avsedd att utgöra underlag för att nu fatta detaljerade beslut avseende NKS verksamhetsinnehåll på klinik- och specialistnivå. Sådana ställningstaganden bedöms ligga flera år fram i tiden” (NKS-förvaltning, 2011, sid. 2).

I rapporten görs dock försök att konkretisera vad som menas med högspecialiserad vård. Trots att det, på nytt, betonas att detta inte låter sig enkelt göras och att begreppet inkluderar sådan vård som är ”särskild avancerad, forskningsnära- och investeringstung” (NKS-förvaltning, 2011, sid. 12), lyfts det också fram att den fas som förvaltningen är inne i – ”den redovisande fasen av beredningsarbetet” – kräver en mer detaljerad beskrivning av den högspecialiserade vården. De tidigare presenterade temana – barn, cancer, hjärta-kärl, inflammation, neuro och reparativ medicin – presenterades nu med ”tänkbar volym av högspecialiserade/avancerade vårdtillfällen som kan koncentreras till NKS” (NKS-förvaltning, 2011, sid. 26). Respektive tema redogörs nu för i något mer utförlig form än tidigare där uppskattningar görs kring hur resurserna vid det nya sjukhuset planerades att fördelas mellan de olika temana – skrivningar som alltså kan ses som försök till något slags konkretisering av verksamhetsinnehållet.

Rapporten avslutas med att betona att planeringsarbetet har ”involverat ett mycket stort antal medarbetare från främst Karolinska universitetssjukhuset och från Karolinska Institutet” (NKS-förvaltning, 2011, sid. 31) och fortsätter:

De förslag som här redovisats uppfattas ha ett brett stöd även om meningsskiljaktigheter i enskilda frågor kan finnas. Karolinska universitetssjukhusets ledning har framhållit att genomförandet av den föreslagna koncentrationen av den högspecialiserade vården kan komma att medföra problem och att den är förknippad med risker. Dessa farhågor är naturligtvis berättigade, men det är drygt fem år kvar tills det nya sjukhuset ska tas i drift och med god planering, genomtänkt kommunikation, gemensamma krafter och ett strukturerat och disciplinerat genomförande, inkluderande noggrann riskanalys och riskhantering, torde potentiella problem kunna överkommas och målen nås. (NKS-förvaltning, 2011, sid. 31)

NKS-förvaltningen bekräftar alltså här att Karolinska hade uttryckt kritik och oro över utvecklingen, men hänvisade till att det fortfarande fanns gott om tid att reda ut detaljerna.

Samtidigt visar remissvar, andra dokument och även våra intervjuer att det vid den här tiden fanns många kritiska röster – Karolinska var långt ifrån ensamt. Innan det formella beslutet togs 2008 och under projektets tidiga fas fanns det inte några större politiska konfliktlinjer (förutom angående OPS-frågan, se Junker och Yngfalk, 2018; Yngfalk och Junker, 2019). Enigheten var relativt bred om att Stockholms sjukvårdsregion behövde ett nytt sjukhus och att detta nya sjukhus skulle kunna vara motorn i att omorganisera hela regionens vård mot ett tydligare processfokus centrerat runt patientens behov. Inte heller var frågan om teman särskilt kontroversiell. Det fanns redan liknande satsningar på svenska sjukhus och många ansåg att klinikstrukturen inte längre var det mest effektiva sättet att organisera den medicinska professionen.

Nu fanns det dock en växande politisk skepsis mot hur projektet hade utvecklats. En intervjuad politiker från oppositionen uppger att det så småningom började uppstå ”politiska konflikter om NKS-historien och det nya sjukhuset och att det började med diskussionen om själva sjukhusets innehåll” och till och med ”bråk om sjukhusinnehållet” (IP09). Personen beskriver situationen som frustrerande att ”man inte ville föra en diskussion om vad det nya sjukhuset skulle göra för något”. Samma person menar att både tjänstepersoner och den styrande Alliansen tyckte att man skulle vänta med att bestämma vilken vård som skulle finnas på det nya sjukhuset – och att detta blev problematiskt för planering av resten av vården: ”... vi var djupt oroadade för vi kände det som att hela 3S-utredningen lades i papperskorgen [...]” (IP09).

Röster från oppositionen menade också att ansvarsfördelningen mellan Huddinge och Solna var fortsatt oklar (t. ex. SLL, 2009; IP09). Samtidigt bör noteras att det vid denna tid fanns uttalanden även från styrande politiker om att Huddinge fortsatt skulle ha ett högspecialiserat uppdrag. Vid en debatt om NKS i Landstingsfullmäktige säger till exempel Hans Åberg (dåvarande FP) att:

Det är viktigt att påminna om att dagens Karolinska universitetssjukhus har sin verksamhet på två siter, Solna och Huddinge. Det ska man även ha i fortsättningen. Huddingesiten ska också vara ett universitets- och forskningssjukhus av världsklass, med egna spetsområden (Landstingsfullmäktige, 2011, sid. 232).

Frågan om Huddinge/Solna relaterade också, som vi har visat tidigare, till frågan om konsekvenserna av NKS för hela regionens sjukvård. I ett anförande om Framtidsplanen för hälso- och sjukvården säger till exempel landstingsrådet Birgitta Svefjord (V) i sitt anförande att NKS ”är något som vi alla [är] överens om att vi ska bygga, men ju närmare vi kommer slutfasen av Nya Karolinska sjukhuset desto fler problem ser vi naturligtvis med detta sjukhusbygge” (Landstingsfullmäktige, 2011, sid. 173). Svefjord pekar på de konsekvenser som NKS har för vården i Stockholmsregionen och menar att detta inte har belysts eller diskuterats tillräckligt – särskilt då en sådan omstrukturering innebär att vård kommer att flyttas till privata vårdgivare:

Den omstruktureringen, om jag har förstått det hela korrekt när jag läser rapporten Framtidens hälso- och sjukvård, innebär i princip att vi ska flytta ut ganska mycket vård ut från dagens akutsjukhus, och det är möjligt att det är rätt att göra så men vi ska flytta ut den till privata vårdgivare. Det innebär att den omstrukturering som ska göras leder till en ganska omfattande ny privatisering av hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting. Det här har ju många av de remissvar som har inkommit med anledning av den här framtidsplanen tagit upp. Problemet med detta är att det kommer att skapa nya utmaningar för samarbete inom vården, delade

vårdkedjor och så vidare. Vi måste faktiskt seriöst diskutera hur vi ska lösa det här. (Landstingsfullmäktige 2011, sid. 173).

I ett annat anförande vid samma debattillfälle pekar Tomas Eriksson (MP) på problemet med minskat antal vårdplatser som kommer med NKS och menar att ”Torbjörn Rosdahl [dåvarande moderat landstingsråd] måste vara den enda person i hela landstinget som lyckas hitta någon ledig kapacitet på våra sjukhus” och undrar var denna lediga kapacitet finns som är tänkt att täcka ”bortfallet i och med Nya Karolinska Solna”. Eriksson nämner även det alternativ som diskuteras i rapporten Framtidens hälso- och sjukvård om möjligheten att kunna ge NKS ett bredare uppdrag, något som han menar skulle ha inneburit att man hade kunnat ”angripa problemet med bristen på vårdplatser” på ett annat sätt: ”Jag vet inte om det just nu är läge för högstatusprojekt som uppdraget för Nya Karolinska – att bara ägna sig åt högspecialiserad vård – eller om vi måste titta på detta en gång till” (Landstingsfullmäktige, 2011, sid. 63).

Flera av intervjupersonerna beskriver också problematiken med att organisera och driva ett stort, komplext projekt som NKS över flera mandatperioder. En intervjuperson konstaterar till exempel att det är svårt att styra då planeringshorisonten tenderar att vara mandatperiodernas fyra år och det då blir svårt ”att hinna göra någonting” (IP28). En annan person uttrycker det som att ett förändringsarbete tar tid, att ”utvecklingen går steg för steg, tegelsten på tegelsten på tegelsten”, men att tyvärr inte landstingspolitikerna har förstått detta: ”De har för korta mandatperioder, de har för dålig grundkunskap inom fältet sjukvården” (IP27).

Trots att det alltså initialt fanns en slags grogrund att bygga något nytt med brett stöd över de politiska blocken, växte konflikterna till att bli så stora att en omfattande omorganisering av hela projektet genomfördes fyra år in i arbetet (se Andersson och Grafström, 2019 för analys om hur konflikter genom särorganisation hamnade i parallella processer och därför inte blev tydliga för alla involverade parter). Från januari 2012 fick Karolinska formellt ansvaret för verksamhetsinnehållet för projektet NKS. Beslutet att lägga ned NKS-förvaltningen och bryta isär ansvaret för projektet, där NKS Bygg inom SLLs förvaltning, ansvarade för själva byggnationen av det nya sjukhuset och Karolinska fick ansvar för sjukhusets verksamhet och hur denna skulle organiseras, kom att få stora konsekvenser för det fortsatta arbetet med verksamhetsinnehållet och idén om högspecialiserad vård. Öhrming (2017, sid. 33) beskriver brytpunkten så här: ”År 2012 tonades de ursprungliga målen med NKS ned och projektet gavs en ny inriktning när politiken backade från målet om ett dominant sjukhusnav och deklarerade: ’vi kommer inte koncentrera all högspecialiserad vård till Solna’”.

Att beslutet om att lägga ned NKS-förvaltningen var i antågande var känt för de inblandade redan under våren 2011 (kanske även tidigare än så). En person förklarar, med anledning av att slutversionen från NKS-förvaltningen om verksamhetsinnehållet blev en bilaga och inte ett eget tjänsteutlåtande, att det i den vevan var en pågående ”maktkamp mellan Karolinska och förvaltningen”; en kamp som Karolinska vann (IP11).

Gioia et al. (2012) menar att oklarhet, osäkerhet och formbarhet kan skapa en grogrund för att mobilisera aktörers vilja att påbörja en förändringsresa, men att detta bär med sig krav om konkretisering och tydlighet i en nästa fas: för att det abstrakta ska kunna realiseras i praktiken krävs att oklarheten översätts till gemensamma mål och handlingsplaner. Analysen av idén om den högspecialiserade vården visar hur sådana krav gång på gång ställdes av berörda parter, men utan att hörsammas av projektansvariga. Den organisatoriska lösningen – som vi analyserar mer ingående i en annan rapport (se Andersson och Grafström, 2019) – där NKS-förvaltningen och FoUU-utskottet (som var det politiskt ansvariga organet) dels var nära knutna

till varandra, dels skapade en organisatorisk distans till andra aktörer med intressen i NKS-projektet – kan ha förstärkt en upplevd situation av att inte behöva lyssna på ”utomståendes” kritik. Den organisatoriska lösningen legitimerade och möjliggjorde för NKS, och sjukvården i Stockholm, att hålla centrala parter på avstånd från processen. Det var ett viktigt syfte med sårorganisationen.

Utifrån ett sådant perspektiv är det därför inte så förvånande att NKS-förvaltningen *inte* ändrade något av betydelse från den ena remissrundan till den andra. Lite tillspetsat kan vi förstå det som att den inte hade i uppdrag att lyssna på den typen av kritik utan att dess uppdrag just var att bryta mot det som var etablerat – och i det ingick att bli kritiserad. En del av kritiken var möjligen heller inte helt känd (eller kännbar) för NKS-förvaltningen. Genom den sårorganisatoriska lösningen hamnade en hel del av diskussioner och konflikter i parallella processer, och blev därmed delvis inte lika tydliga för verksamma inom förvaltningen (Andersson och Grafström, 2019).

Slutsatser och diskussion

Den här rapporten har visat hur idén om den högspecialiserade vården har påverkat synen på och hanteringen av frågor rörande verksamhetsinnehållet i NKS-projektet. Vår studie visar att en och samma idé kan ha högst olika betydelse för ett megaprojekt över tid. De politiska drömmar som Johannesson och Qvist (2019) framhåller var avgörande för att NKS-projektet skulle bli till – där idén om den högspecialiserade vården var central – visade sig senare stöta på motstånd och skapa problem. Samtidigt som dessa högtflygande planer antagligen *krävdes* för att NKS skulle förstås som ett projekt intressant nog att satsa på (jfr Gioia et al., 2012), var det delvis samma idépaket som senare *kvävde* den projektledning som initialt var satt att realisera projektet. Vår analys pekar på tre särskilt centrala faktorer som i samverkan med varandra kom att skapa grus i projektmaskineriet och gjorde det omöjligt att omsätta de politiska drömmarna om ett litet, högspecialiserat sjukhus fullt ut i praktiken.

För det första, fanns en *inneboende spänning i idén om den högspecialiserade vården*: dess oklarhet, osäkerhet och formbarhet både dolde/tonade ned och förstärkte/skapade konflikter. Samtidigt som idén kunde mobilisera intresse och uppslutning för sjukhusprojektet genom att vara öppen (Gioia et al., 2012; Sahlin-Andersson, 1989) var det samma öppenhet som senare kom att bidra till spänningar och konflikter. När oklarheten fortsatte att rättfärdigas även i en genomförandefas av projektet både synliggjordes och skapades spänningar. Den strategi som var tänkt att skjuta eventuella konflikter på framtiden utvecklades över tid till att förstärka meningsskiljaktigheter. Det blev en krock mellan argumentet att ovisshet om framtiden kräver öppenhet och faktiska behov av sjukvård bland medborgare i regionen – att kunna planera för konsekvenserna för andra vårdgivare i Stockholms hälso- och sjukvårdssystem för att, inte minst, trygga kompetensförsörjningen. Vi menar att utvecklingen kan förstås som att idén om den högspecialiserade vården bidrog till att skapa ett alltför stort glapp mellan de framtida – fortfarande då enbart i teorin resonerade – planerna och den reella, faktiska situationen där patienter behöver vård; en vård som behöver organiseras och bemannas med rätt kompetens.

Mot bakgrund av vår diskussion ovan kan vi förstå det som att den organisatoriska lösningen medförde att kritiken mot att öppenheten och otydligheten bestod inte upplevdes så påträngande och akut för den dåvarande projektledningen (för en analys och diskussion, se Andersson och Grafström, 2019). Samtidigt förstärktes den inneboende spänningen genom sårorganiseringen (NKS-förvaltning och FoUU-utskottet). Fortfarande i intervjuer i dag framträder en bild av att ord står mot ord: de som var starka företrädare för projektets ambitioner om att radikalt

omorganisera sjukvården i Stockholm menar att projektet inte hade kunnat hantera frågan om verksamhetsinnehållet på något annat sätt än just med stor öppenhet, medan kritiker menar att hela nätverkstanken kräver någon form av mer specificerad planering – en planering som måste omfatta hela regionens vårdorganisationer.

För det andra, i iver att transformera – och inte transferera – kan vi förstå det som *att idén om den högspecialiserade vården blev (alltför) separerad från etablerade strukturer och arbetssätt*. Med ambitionen om att bryta mot etablerad struktur, organisation och kultur fanns en tanke om att det nya sjukhuset behövde byggas på (helt) ny grund – med nya människor och nytt tänk (se Andersson och Grafström, 2019). Sjukhuset och dess verksamhet tilläts alltså inte att växa fram ”organiskt”, som ansågs vara vanligt i många av de internationella exemplen på högspecialiserade sjukhus. Visionen om det nya sjukhuset fick inte bara kraft genom att peka på de positiva aspekterna med ett nytt, högspecialiserat sjukhus; den fick också kraft genom att måla upp det existerande som problematiskt, trögrikligt och bakåtsträvande (jfr Andersson och Grafström, 2019). Samtidigt som idén om den högspecialiserade vården därför lovade något som inte fanns, skulle den – åtminstone längre fram i processen – attrahera de som faktiskt befann sig i och som var en del av det som beskrevs som problematiskt (det vill säga den existerande sjukvårdsorganisationen). Det betyder att samtidigt som särorganiseringen med NKS-förvaltningen och FoUU-utskottet bland annat motiverades med att etablerad struktur och praktik inte skulle få alltför stort inflytande, ansåg vissa aktörer att det var särskilt problematiskt med upplägget att en kultur skulle förändras utan att fullt ut involvera den personal som arbetade på själva sjukhuset.

Att projektet – och därmed idén om den högspecialiserade vården – distanserades från etablerade strukturer och arbetssätt blev alltså med tiden problematiskt. Dels ledde det till att övriga sjukhus i regionen, liksom andra externa intressenter, kände sig bortkopplade från verksamheten; de saknade insyn i och förståelse för arbetet i NKS-förvaltningen, vilket – givet att alla sjukhus är beroende av varandra på en rad olika sätt – gjorde det svårt för dem att planera sin egen verksamhet. Dels uppstod också en otydlig ansvarsfördelning mellan NKS-förvaltningen och HSN-förvaltningen, vilket medförde att frågor som rörde konsekvenserna av NKS för hela regionen aldrig kom att diskuteras ordentligt. Planerna på att reformera hela regionens sjukvård, som hade varit närvarande under den tidiga planeringsfasen, tappades i hög grad bort under NKS-förvaltningens första tid.

För det tredje *kräver idéer ett starkt politiskt aktörskap* – de kan inte flyga själva. Visionen om NKS var bräcklig, inte bara för att den kom att förvaltas av en organisering som var distanserad från många viktiga aktörer utan också för att den bars av ett begränsat antal ledande personer. Detta är problematiskt i den typ av komplexa och i tiden utsträckta projekt som NKS utgör. Även om oklarhet i ett inledningsskede kan skapa enighet mellan olika aktörer med skilda och svårförenliga intressen, och därmed lägga en grund för en förändringsresa, måste oklarheten så småningom skingras: för att det abstrakta ska kunna realiseras i praktiken krävs att oklarheten översätts till mer handfasta mål, handlingsplaner och åtgärder. Men för att förvaltningar ska kunna konkretisera abstrakta visioner och idéer krävs vägledning av ansvariga politiker. Analysen av idén om den högspecialiserade vården visar hur krav på konkretisering gång på gång ställdes av berörda parter, men utan att hörsammas av projektansvariga. Ett svar på varför konkretiseringen uteblev är att de politiker och tjänstepersoner som bar idéerna i planeringsfasen inte hade samma betydande roll i denna genomförandefas – en situation som gjorde att idén tappade kraft. En av de intervjuade personerna i den här studien uttrycker det som att NKS-projektet över tid utvecklade en historielöshet. Studien visar här på svårigheten att organisera och driva ett stort, komplext projekt som NKS över flera mandatperioder.

Idén om den högspecialiserade vården försvann dock inte helt när dess främsta förespråkare lämnade projektet (dvs. när NKS-förvaltningen lades ned och Karolinskas ledning övertog ansvaret för verksamhetsinnehållet), utan den omtolkades. Precis som forskning visar översätts abstrakta idéer till lokala sammanhang (jfr Czarniawska och Sevón, 1996). Det är genom sådana översättningsprocesser som idéer får kraft och blir betydelsefulla. Inom ramen för NKS-förvaltningen förstods därför den högspecialiserade vården i relation till de politiska drömmarna om att skapa ett sjukhus som tidigare inte hade funnits i Sverige – ett som kunde liknas vid framstående högspecialiserade internationella exempel; något som inte fick förknippas med eller förhållas till existerande sjukvård. På det nystartade Programkontoret vid Karolinska levde idén om den högspecialiserade vården vidare efter årsskiftet 2011/2012 men gavs en delvis annan betydelse. I det sammanhanget förstods den högspecialiserade vården inte minst i relation till annan vård som redan utfördes vid universitetssjukhuset.

Avslutningsvis kan vi förstå händelseutvecklingen som att idén om den högspecialiserade vården – och det idépaket som den var en del av – flög alltför högt. I önskan och ambition om att skapa ett *verksamhets*projekt där sjukvården skulle transformeras, och alltså inte ett *bygg*projekt där sjukvården skulle flyttas från en lokal till en annan, organiserades viktiga faktorer bort på vägen – vilket i hög grad möjliggjordes genom särorganisering – faktorer som vi menar behövs för att idéer inte bara ska få flygkraft utan också kunna realiseras i en genomförandefas.

Referenser

Andersson, Catrin och Maria Grafström (2019), ”Att styra genom organisation: Exkludering, inkludering och villkorat deltagande i Nya Karolinska Solna”. Rapport, Stockholms centrum för forskning om offentlig sektor, Stockholms universitet, Stockholm.

Anell, Anders (2007), ”Varför är det så svårt att styra sjukvården? Medicinsk specialisering och professionens intressen”, i Paula Blomqvist (red.), *Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård*. Stockholm: SNS Förlag, s. 78-103.

Berlin, Johan och Gustaf Kastberg (2011), *Styrning av hälso- och sjukvård*. Malmö: Liber.

Blomquist, Christine och Bengt Jacobsson (2002), *Drömmar om framtiden: Beslut kring infrastruktur*. Lund: Studentlitteratur.

Blomqvist, Paula (2007), ”Kan vi styra sjukvården?”, i Paula Blomqvist (red.), *Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård*. Stockholm: SNS Förlag, s. 222-238.

Bygdeman, Marc, Siv Fridén och Jan Lindsten (u.å.), *Minnen från att leda ett universitetssjukhus*. Stockholm.

Capio S:t Görans Sjukhus (2009), ”Remissvar Koncept verksamhetsinnehåll Nya Karolinska Solna Universitetssjukhus”, 31 augusti 2008.

CeFAM (2009), ”NKS och primärvården”. Remissvar från CeFAM, 3 september 2009.

Choi, Soki (2011), "Competing logics in hospital mergers: The case of Karolinska University Hospital". Doktorsavhandling, Karolinska Institutet, Stockholm.

Czarniawska, Barbara och Guje Sevón (red.) (1996), *Translating organizational change*. Berlin: Walter de Gruyter.

Dagens Medicin (2009), "Stor oro över hur vården ska utformas på nya Karolinska", 16 september 2009.

Dagens Medicin (2017a), "Tunga politiker sågar regeringens plan för högspecialiserad vård", <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2017/12/06/tunga-politiker-sagar-regeringens-propp/>, hämtat 6 december 2017.

Dagens Medicin (2017b), "Vård behöver koncentreras men på ett trovärdigt sätt", debattartikel, <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2017/12/06/vard-behover-koncentreras-men-pa-ett-trovardigt-satt/>, hämtat 6 december 2017.

Dagens Medicin (2018a), "Utred konsekvenserna av högspecialiserad vård", <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2018/04/10/utred-konsekvenserna-av-hogspecialiserad-vard/>, hämtat 10 april 2018.

Danderyds sjukhus (2009), Remissvar angående "Koncept verksamhetsinnehåll nya Karolinska Solna Universitetssjukhus", 2009-08-28, LS 0906-0489.

Eriksson, Nomie (2005), "Friska vindar i sjukvården: Stöd och hinder vid förändringar i professionella organisationer". Doktorsavhandling, Göteborgs universitet, Göteborg.

Eriksson-Zetterquist, Ulla och Göran Ahrne (2015), "Intervjuer", i Göran Ahrne och Peter Svensson (red.), *Handbok i kvalitativa metoder*, Lund: Studentlitteratur, s. 34-54.

Fredriksson, J. J., David Ebbevi och Carl Savage (2015), "Pseudo-understanding: an analysis of the dilution of value in healthcare". *BMJ Qual Saf.* **24**(7), 451-457.

Gioia, Dennis A., Rajiv Nag och Kevin G. Corley (2012), "Visionary ambiguity and strategic change: The virtue of vagueness in launching major organizational change", *Journal of Management Inquiry*, **21**(4), 364-375.

Grafström, Maria och Kristina Tamm Hallström (2016), "Värdeladdad organisering – kategoriers betydelse för stadsutvecklingsarbete". Scores rapportserie 2016:2, Stockholms universitet, Stockholm.

HSN-förvaltning (2009), "HSN-förvaltningens svar på remiss om förslag till verksamhetsinnehåll Nya Karolinska Solna Universitetssjukhus", 18 augusti 2009.

HSN-förvaltning (2010), "HSN-förvaltningens yttrande över remiss om inriktningsbeslut avseende övergripande verksamhetsinnehåll vid Nya Karolinska i Solna", Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltningen, 2010-01-18, HSN 1001-0069.

Jacobsson, Bengt (1994), *Kraftsamlingen: Politik och företagande i parallella processer*. Lund: Studentlitteratur.

Johannesson, Livia och Martin Qvist (2019), "Ett megaprojekt tar form: Den tidiga planeringen av Nya Karolinska Solna", Score-rapport, Stockholms universitet, Stockholm.

Junker, Svenne och Carl Yngfalk (2018), "Vägen fram till beslutet om offentlig-privat samverkan för Nya Karolinska Solna". Rapport, Stockholm centrum för forskning om offentlig sektor, Stockholms universitet, Stockholm.

Karolinska Institutet (2009), "Yttrande över rapporten Förslag Koncept Verksamhetsinnehåll, Nya Karolinska Solna Universitetssjukhus", 2009-08-31, Dnr 4240/09-002.

Karolinska (2009), Karolinska Universitetssjukhusets svar till remissen "Koncept verksamhetsinnehåll Nya Karolinska Universitetssjukhus", 2009-08-19, Dnr K1012-2009.

Kommunal Stockholms Län (2010), "Kommunal anteckning till Centrala samverkansgruppen angående NKS", [datum saknas].

Landstingsfullmäktige (2011), Protokoll §§ 95-114, 2011-06-14 –15.

Läkartidningen (2009), "Framtidens vård kräver framtidens arbetssätt", replik till Magnus Lichtenstein om Nya Karolinska, nr. 12, volym 106, s. 871.

Läkartidningen (2010), "Tankarna bakom Nya Karolinska Solna: Vi måste våga förändra invanda traditioner och kulturer", debattartikel, http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/1/15455/LKT1047s2940_2941.pdf, hämtat 14 september 2018.

Läkartidningen (2017), "KI ska utreda intensivakutens inverkan på utbildning och forskning", <http://lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2017/04/KI-ska-utreda-intensivakutens-inverkan-pa-utbildning-och-forskning/>, hämtat 12 februari 2019.

Läkartidningen (2018), "Bromsa centraliseringen av högspecialiserad vård", 16 maj 2018, <http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2018/05/Bromsa-centraliseringen-av-hogspecialiserad-vard/>, hämtat 1 februari 2019.

NKS-förvaltning (2008), "Nya Karolinska Solna – projektramar augusti 2008: Närhet, öppenhet, patientfokus – ett språng in i framtidens sjukhus".

NKS-förvaltning (2009a), "Förslag Koncept Verksamhetsinnehåll – Nya Karolinska Solna Universitetssjukhus", rapport, 2009-05-29, LS 0906-0489.

NKS-förvaltning (2009b), "Inriktningsbeslut avseende övergripande verksamhetsinnehåll vid Nya Karolinska Solna", tjänsteutlåtande, 2009-12-08, LS 0906-0489.

NKS-förvaltning (2009c), "Kunskaps- och attitydmätning av Nya Karolinska Solna – Resultatredovisning och analys". Undersökning om NKS, 1 april 2014.

NKS-förvaltning (2011), "Det ljusa sjukhuset: Nya Karolinska Solna i ord och bild".

Produktionsutskottet (2010), Produktionsutskottets yttrande till ”Inriktningsbeslut avseende övergripande verksamhetsinnehåll vid Nya Karolinska Solna”, remissvar, 2010-01-18, LS 0906-0489.

Prop. (2017/18:40), ”En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården”, regeringens proposition 2017/18:40,
<http://www.regeringen.se/4ad353/globalassets/regeringen/dokument/socialdepartementet/proposition-2017-18-40.pdf>

Ramirez, Francisco O., Haldor Byrkjeflot och Rómulo Pinheiro (2016), ”Higher education and health organizational fields in the age of ‘world class’ and ‘best practices’”, *Research in the Sociology of Organization*, **45**, 35-57.

Rövik, Kjell Arne (2008), *Managementsamhället: Trender och idéer på 2000-talet*. Malmö: Liber.

SACO/Stockholms Läkarförening (2010), Yttrande över tjänsteutlåtande ”Nya Karolinska Solna – övergripande verksamhetsinnehåll”, 30 mars 2010.

Sahlin-Andersson, Kerstin (1989), *Oklarhetens strategi: Organisering av projektsamarbete*. Lund: Studentlitteratur.

Sahlin-Andersson, Kerstin och Lars Engwall (red.) (2002), *The expansion of management knowledge: Carriers, flows, and sources*. Stanford, CA: Stanford University Press.

SKTF (2010), Synpunkter om ”Nya Karolinska Solna – övergripande verksamhetsinnehåll”, 2010-04-07, LS 1003-0255.

SLL (2004), ”Utredningen om Stockholms nya Sjukvårdsstruktur (3S)”, Förslag till ny hälso- och sjukvårdsstruktur för Stockholms läns landsting samt uppförande av ett nytt universitetssjukhus, LS 0409-1729.

SLL (2008), ”Landstingsstyrelsens förslag till beslut – Byggnation av nytt universitetssjukhus i Solna”, Förslag 2008:21, LS 0710-1039.

SLL (2009), ”Reservation från Socialdemokraterna och Vänsterpartiet i FoUU-utskottet”, Inriktningsbeslut avseende övergripande verksamhetsinnehåll vid Nya Karolinska sjukhuset, 2009-12-15, LS0906-0489, Ärende 7.

SLL (2010a), ”Kommentar från Landstingsstyrelsens förvaltning med anledning av de fackliga organisationernas synpunkter och frågor”, 2010-04-07, LS 1003-0255.

SLL (2010b), ”Tjänsteutlåtande (del A) från Landstingsstyrelsens förvaltning: Nya Karolinska Solna Universitetssjukhus – beslut om övergripande verksamhetsinnehåll samt förslag till tilldelningsbeslut avseende funktionsupphandling i offentlig privat samverkan (OPS)”, 2010-04-14, LS 1003-0255.

SLL (2011), ”Nya Karolinska Solna – mål och verksamhetsinriktning”, rapport mars 2011, LS 1103-0541.

SOU (2015:98), ”Träning ger färdighet: Koncentrera vården för patientens bästa”, betänkande av Utredningen om högspecialiserad vård, http://www.regeringen.se/contentassets/13c797c47802474db94fabac1b3d81c8/sou-2015_98.pdf

SOU (2016:2), ”Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården”, https://www.regeringen.se/contentassets/42b0aef4431c4ebf9410b8ee771830eb/effektiv-varde--slutbetankande-av-en-nationell-samordnare-for-effektivare-resursutnyttjande-inom-halso--och-sjukvarden_sou-2016-2.pdf

Stockholms Läkarförening/SACO (2009), Remissvar: ”Förslag Koncept Verksamhetsinnehåll Nya Karolinska Solna Universitetssjukhus”.

Stockholms Medicinska Råd (2009), Synpunkter på ”Förslag Koncept Verksamhetsinnehåll Nya Karolinska Solna Universitetssjukhus”, 25 juni 2009.

Svensson, Jenny (2017), “Visions and politics in the making of Stockholm’s House of Culture: Institutional complexity within extraordinary projects”, *Culture and Organization*, **23**(3), 197-219.

SVT (2018), ”Dokument inifrån: Den stora sjukhusstriden”, <https://www.svt.se/dokument-inifran-den-stora-sjukhusstriden/>, hämtat 2 maj 2018.

Södersjukhuset (2009), Svar på remiss ”Koncept verksamhetsinnehåll Nya Karolinska Solna Universitetssjukhus”, 9 augusti 2009.

Vårdförbundet (2010), ”Vårdförbundets synpunkter vid slutbehandling av ärendet övergripande verksamhetsinnehåll vid Nya Karolinska Solna är de samma som lämnades vid remissförfarandet”, 2010-04-06, LS 1003-0255.

Walshe, Kieran (2009), “Pseudoinnovation: the development and spread of healthcare quality improvement methodologies”, *Int J Qual Health Care*, **21**(3), 153-159.

Yngfalk, Carl och Svenne Junker (2019), ”Allt ljus på OPS: Legitimeringen av offentlig-privat samverkan för Nya Karolinska Solna”. Rapport, Stockholms centrum för forskning om offentlig sektor, Stockholms universitet, Stockholm.

Öhrming, Jan (2017), *Allt görs liksom baklänges: Verksamheten vid Nya Karolinska Solna*. Huddinge: Södertörns högskola.