

Att förändra genom organisation och idéer: Parallella processer i planeringen av Nya Karolinska Solnas verksamhet åren 2012-2017

Catrin Andersson, fil. doktor i statsvetenskap

Maria Grafström, docent i företagsekonomi

Stockholms centrum för forskning om offentlig sektor (Score)

Handelshögskolan i Stockholm och Stockholms universitet

Sammanfattning

I den här rapporten analyseras förändringsarbetet i Nya Karolinska Solna (NKS) under åren 2012 till 2017. Syftet med studien är att skapa förståelse för och förklara vad som formade beslutsprocessen om det nya sjukhusets verksamhet efter att ansvaret för projektet flyttades från en särskild förvaltning till Karolinska Universitetssjukhuset (Karolinska). Omorganiseringen av ansvaret till Karolinska innebär att delar av projektgenomförandet flyttades från NKS-förvaltningen, som var nära knuten till politiken, till sjukhusets ledning och styrelse. Två olika förändringsprocesser är i fokus. Den första handlar om *vad* som skulle flytta in i det nya huset (verksamhetsinnehållet) och var ett arbete som hade lämnat den visionära fasen och nu på allvar mötte faktiska behov och förutsättningar på sjukhuset och i vårdssystemet i regionen. Den andra förändringsprocessen handlar om *hur* arbetet på det nya sjukhuset skulle organiseras i termer av hur det skulle utföras, styras och utvärderas (verksamhetsmodellen). Rapporten baseras på dokumentanalys samt intervjuer med centrala personer i NKS-projektet.

Studien fokuserar på den betydelse organisation och idéer har för politikers och tjänstepersoners försök att planera och styra de två förändringsprocesserna. Olika typer av organisatoriska arrangemang i kombination med starka idéer utgör mekanismer som strukturerar och sorterar beslutsprocesserna i megaprojektet NKS. Olika arrangemang har haft betydelse för förändringsprocessen – som den politiska styrningen av Karolinska samt de parallella processer som uppstod både på sjukhuset och i dess relation till Stockholms läns landstings arbete med framtidens hälso- och sjukvård i länet (Framtidsplanen). Två idéer som har varit särskilt betydelsefulla för NKS-projektet är idén om den högspecialiserade vården, som har format beslutsprocessen om verksamhetsinnehållet, och idén om den värdebaserade vården, som kom att bli en central del av verksamhetsmodellen.

I linje med tidigare studier visar vi att starka idéer lätt kan bli bräckliga – de är starkt beroende av inte bara ett aktörskap och att kunna presenteras som lösningar på problem, utan också av tid och rum (att vara del av ett sammanhang). Idéer kan därför utgöra stark drivkraft till att initiera, och därigenom att sätta riktning och ramar för ett förändringsarbete, men kan – om de inte aktivt översätts och anpassas till den lokala praktiken – senare i förändringsarbetet bli problematiska. Vår analys visar att de organisatoriska arrangemangen i kombination med starka idéer både har möjliggjort och samtidigt begränsat förändringsarbetet med NKS. Genom att de organisatoriska arrangemangen både inkluderar och exkluderar aktörer och idéer kan de på så sätt osynliggöra – genom att skapa avstånd i tid och rum – meningsskiljaktigheter, motstridiga analyser och till med och direkta konflikter. Dessa arrangemang är därför centrala styrverktyg i förändringsprojekt som NKS och måste hanteras med stor varsamhet av politiker och andra beslutsfattare. De kan skydda och stärka, men också åsidosätta, demokratiska värden om öppenhet, transparens och delaktighet i politiska besluts- och förändringsprocesser.

Innehåll

INLEDNING	4
ATT STYRA FÖRÄNDRING – OM ORGANISATORISKA ARRANGEMANG OCH IDÉER	9
METOD OCH MATERIAL	13
BAKGRUND: KRITISERAD NKS-FÖRVALTNING LÄGGS NED	14
KAROLINSKA – NKS I NYTT ORGANISATORISKT SAMMANHANG	15
VISIONEN MÖTER PRAKTIKEN – ANPASSNINGAR KRÄVS (ÅREN 2012-2013)	19
PARALLELLA PROCESSER – BÅDE PÅ OCH UTANFÖR KAROLINSKA	20
<i>Att inkludera personalen – önskvärt men problematiskt</i>	20
<i>Bestående osynk mellan Karolinska och SLLs programkontor</i>	23
IDÉN OM LEAN ETABLERAD: FÖRÄNDRINGSPROJEKTET SOM PÅGÅENDE FÖRBÄTTRINGSARBETE	25
IDÉN OM DEN HÖGSPECIALISERAD VÅRDEN MODIFIERAS	27
SKIFTE I STYRELSE OCH LEDNING – NYA AKTÖRER OCH IDÉER (ÅREN 2013-2014)	31
FÖRESLAGNA STYRELSEORDFÖRANDEN SKAPAR DEBATT OM LÄMPLIGHET	32
KAMPEN OM ORGANISATIONSFÖRÄNDRINGEN: LEAN MOT VÄRDEBASERAD VÅRD	37
IDÉER I NY VISIONÄR FAS – TVÅ FÖRÄNDRINGSPROCESSER (ÅREN 2014–2017)	44
PARALLELL ORGANISATION MED ANSVAR FÖR VERKSAMHETSMODELLEN	45
IDÉN OM DEN VÄRDEBASERADE VÅRDEN – MODERN OCH RETORISKT VÄLFÖRPACKAD	47
<i>Länkas samman med den tematiska organisationen</i>	47
<i>En omvälvande ”lösning” i behov av ”problem”</i>	50
<i>Genomförandet av omorganisationen: revolutionär strategi med evolutionära inslag</i>	54
<i>”Förutsättningar” för förändring: ledning hämtad utanför SLL</i>	56
<i>Återkommande diskussioner om risker</i>	58
IDÉN OM DEN HÖGSPECIALISERADE VÅRDEN – PÅ NYTT STARK.....	61
IDÉER KOMPROMISSAS OCH KOALITIONER FÖRSVAGAS	66
AVGÅNGAR BLAND NYCKELPERSONER MED MINSKAT ORGANISATORISKT STÖD	67
DEN NYA VERKSAMHETSMODELLEN – EN LÖSNING SOM (ÅTER)SKAPAR GAMLA PROBLEM?.....	69
FORTSATT DEBATT OM DEN HÖGSPECIALISERADE VÅRDEN.....	70
SLUTSATSER OCH DISKUSSION	71
BESLUTSPROCESSER SOM RESULTAT AV ORGANISATORISKA ARRANGEMANG.....	72
IDÉER – BEROENDE AV PROBLEM, TID OCH RUM.....	76
REFERENSER	79

Inledning

Det nya universitetssjukhuset i Stockholm – Nya Karolinska Solna (NKS) – har betonats vara ett förändringsprojekt snarare än ett byggprojekt. Ledande politiker och tjänstepersoner har återkommande beskrivit det som att målet har varit att transformera – inte flytta – verksamheten vid Karolinska Universitetssjukhuset (Karolinska). Den ursprungliga visionen var att skapa ett toppmodernt sjukhus med högspecialiserad vård i världsklass. Den första genomförandefasen av denna förändring av verksamhetsinnehållet och organisationen – perioden 2008-2012 då den särskilda organisation som hade upprättats för att genomföra projektet, NKS-förvaltningen, var ansvarig för arbetet – visade sig dock bli en komplex och konfliktfylld process (Andersson och Grafström, 2019; Grafström och Andersson, 2019; Öhrming, 2017). Det var en process som har beskrivits som särskilt svårstyrd eftersom den syftade till att förändra etablerade arbetssätt, organisationstrukturer och till och med kultur. Verksamma vid NKS-förvaltningen uttryckte till exempel i en debattartikel att denna typ av förändring handlar om att ”våga” och att den ”kräver mod” av alla inblandade (Liljegren och Löfberg, 2010).

I den här rapporten undersöker vi hur arbetet med denna transformation genomfördes under NKS-projektets andra fas, det vill säga från 2012 till inflyttning i det nya sjukhuset som påbörjades i slutet av 2016 och fortsatte under 2017 och 2018. Efter att NKS-förvaltningen hade lagts ned fördelades ansvaret för NKS i stället mellan landstingsstyrelsens förvaltning och Karolinska (Landstingsfullmäktige, 2011). Karolinska hade såväl inför beslutet om NKS och under NKS-förvaltningens tid, av politiker och tjänstepersoner, definierats som en ”bakåtsträvare” och ansetts behöva hållas på distans från projektet för att inte riskera förändringsambitionerna (Andersson och Grafström 2019; Johannesson och Qvist, 2019). Omorganiseringen av projektuppgiften fick nu som konsekvens att Karolinska gavs det yttersta ansvaret för att planera och flytta in morgondagens vård i det nya sjukhuset. Utifrån den aspekten blir det särskilt intressant att undersöka hur flytten av ansvar till Karolinska påverkade projektets fortsatta arbete med verksamhetsinnehåll och verksamhetsmodell, det vill säga vilken vård som skulle bedrivas vid det nya sjukhuset samt hur denna vård skulle organiseras.

Karolinskas arbete tar vid i en fas av projektet då NKS-förvaltningens arbete hade lett till att Offentlig-Privat Samverkan (OPS) hade beslutats om som finansieringsmodell (Yngfalk och Junker, 2019) och att bygget av det nya huset hade påbörjats. Konkretiseringar och preciserande beslut gällande verksamhetsinnehållet hade dock uteblivit, och det arbetet befann sig

fortfarande i hög grad på ett visionärt stadium (Grafström och Andersson, 2019; Öhrming, 2017). Situationen hade väckt kritik från flera håll – inte minst hade Karolinskas dåvarande sjukhusledning, fackliga organisationer och Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (HSN-förvaltningen) uttryckt krav på konkretiseringar för att kunna planera framtida kompetensförsörjning och fördelning av vård på länets övriga akutsjukhus.

Syftet med den här studien är därför att skapa förståelse för och förklara vad som formade beslutsprocesserna om det nya sjukhusets verksamhetsinnehåll och verksamhetsmodell efter det att ansvaret för att genomföra NKS-projektet flyttades från NKS-förvaltningen till Karolinska. Vi fokuserar särskilt på hur de nya organisatoriska förutsättningarna påverkade besluten om verksamhetsinnehåll och verksamhetsmodell. Omorganiseringen av ansvaret till Karolinska innebar att delar av projektgenomförandet flyttades från den till politiken nära knutna förvaltningsorganisationen, NKS-förvaltningen, till sjukhusledningen och de vårdgivande professionerna. Vad var det för organisatoriskt sammanhang som projektet nu blev en del av och hur påverkade det dess riktning och genomförande? Hur organiserades arbetet med NKS på Karolinska? Vilka aktörer deltog och vilka idéer formade vad som ansågs vara prioriterade problem och möjliga lösningar?

I vår analys av NKS-projektets andra fas, bedrivet under åren 2012-2017, står två olika förändringsprocesser i fokus. Den första handlar om *vad* som skulle flytta in i det nya huset, det vill säga det fortsatta arbetet med verksamhetsinnehållet där det fanns uttryckliga krav från flera håll om nödvändigheten att nu precisera vad mer exakt högspecialiserad vård omfattar. Det är alltså en förändringsprocess som kan sägas ha lämnat den visionära fasen och nu på allvar möter faktiska behov och förutsättningar på sjukhuset och i vårdssystemet i regionen. Under den visionära fasen var idén om en renodling av den högspecialiserade vården stark och NKS beskrevs som ett litet sjukhus där endast de sjukaste och svårast skadade patienterna skulle vårdas. Denna idé kom alltså att utmanas i mötet med dessa faktiska förutsättningar.

Den andra förändringsprocessen handlar om *hur* arbetet på det nya sjukhuset skulle organiseras i termer av hur det skulle utföras, styras och utvärderas. Trots att begrepp som teman och temabaserad organisation och nya arbetssätt hade funnits med i projektet sedan dess start, hade det saknats preciseringar kring vad dessa betyder. Till skillnad från verksamhetsinnehållet plockades nu dessa begrepp upp och gavs liv genom nya visionära ambitioner om att införa en ny verksamhetsmodell. Denna andra förändringsprocess var alltså i många avseenden en

mindre långt gången förändring, i jämförelse med verksamhetsinnehållet, och präglades av högt ställda förväntningar på vad den skulle åstadkomma. I den här förändringsprocessen förenades därmed tidigare fattade beslut om den tematiska organisationen med den nyare idén om värdebaserad vård.

Storleken på NKS gör att det i litteraturen kan klassificeras som ett megaprojekt. Typiskt för ett sådant projekt är att det involverar en mångfald aktörer, många gånger med motstridiga intressen, och att beslutsprocesser och genomförandearbete pågår över långa tidsperioder (t. ex. Blomquist och Jacobsson, 2002; Sahlin-Andersson, 1989; Svensson, 2017). Involverade aktörers intressen och preferenser är varken helt givna på förhand eller statiska, utan de skapas och förändras genom processen. I likhet med till exempel Svensson (2017) – i hennes studie av Kulturhuset i Stockholm – förstår vi NKS-projektet som en arena där olika idéer och intressen har formats, mötts, ibland stått i konflikt med varandra, och där vissa värden har givits företräde framför andra under olika faser av projektet.

Förändringsprocesser kräver på så sätt alltid ett aktörskap – ett aktörskap som både formar och är format av det sammanhang i vilket förändringsprocessen äger rum. Detta sammanhang förstår vi i den här rapporten i termer av *organisation* och *idéer*. Organisation har lyfts fram som ett av de viktigaste politiska styrmedlen (Ahlbäck Öberg och Sundström, 2020; Sundström, 2016; Qvist, 2017). Starka idéer ger i sin tur uppmärksamhet och legitimitet till frågor och värden, vems intressen som ges företräde samt vad som uppfattas vara prioriterade problem och lämpliga lösningar. Även här spelar organisation stor roll. Med aktörer kan även idéer organiseras in i och ut ur processer. Ahlbäck Öberg och Sundström beskriver det som att idéer både kommer ur och samtidigt genererar organisatoriska arrangemang, såsom enheter, funktioner, professioner och författningar. Det tenderar att bli ett slags självförstärkande process där idéerna över tid ”inte bara institutionaliserats, eller ”fastnat”, på olika sätt i förvaltningen utan också fått förnyad kraft” (Ahlbäck Öberg och Sundström, 2020, s. 238).

Hälso- och sjukvårdssektorn genomsyras av sådana idéer om hur verksamheten bäst bör organiseras och ledas – många gånger i form av managementidéer och modeller hämtade från det privata näringslivet (t.ex. Blomgren, 2003; Erlingsdóttir, 2010; Lindberg och Blomgren, 2009; Walshe, 2009). Inom hälso- och sjukvårdssektorn, liksom inom andra politikområden, har dessa idéer gett upphov till förhandlingar, gränsdragningsproblematik och ansvarsförskjutningar mellan det offentliga och det privata (t.ex. Lindberg och Blomgren,

2009). Det övergripande argumentet som har bitit sig fast och blivit alltmer förgivettaget har varit att den offentliga sektorn behöver reformeras och att detta bäst görs genom att anamma den privata sektorns logik och språk – det som vi sedan länge etiketterar New Public Management (NPM) (se t.ex. Ahlbäck Öberg och Sundström, 2020; Karlsson, 2017; Sundström, 2016). De senaste årtiondenas omfattande marknadsreformer inom svensk hälso- och sjukvårdssektor har skapat en situation där sjukvården innehåller ”ett komplext virrvarr av olika organisationslösningar, styrmodeller och beroendeförhållanden” med en hel del ”gråzoner mellan offentligt och privat” (Berlin och Kastberg, 2011, s. 12). NPM-inspirerade reformer har förskjutit fokus från regler och rättsorienterade värden – till exempel likabehandlande av medborgare, undvika korruption och tydliga gränser mellan offentligt och privat – till resultat- och effektivitetsvärden – till exempel funktionell rationalitet, kostnadseffektivitet och produktivitet (Berlin och Kastberg, 2011; Lindberg och Blomgren, 2009; Lundquist, 1998).

NKS behöver därför placeras i ett bredare sammanhang. Forskning visar att sammanvävt med en ökad marknadisering av den offentliga sektorn (t.ex. Andersson m.fl., 2017) blir den politiska styrningen alltmer nätverksbaserad. Den involverar fler aktörer, uppluckrade gränser mellan sektorer och samhällsnivåer – offentlig, privat, ideell och internationell – mer komplexa beslutsvägar och ett otydligare ansvarsutkrävande (t.ex. Pierre och Sundström, 2009). Det betyder också att politikerna tenderar att i ökad utsträckning styra på distans och delegera ansvar. Förvaltningsforskningen visar också att politiker inte sällan skjuter ifrån sig ansvar (till andra aktörer, såsom den medicinska professionen) för frågor som är känsliga, komplexa och innebär krav på prioriteringar (Hall, 2015; Flinders m.fl., 2006; Page, 2012; Premfors m.fl., 2009), vilket ofta är fallet inom hälso- och sjukvård (Falkenström och Höglund, 2018). Det är i ett sådant sammanhang som vi måste förstå NKS-projektet, sjukhusorganisationen och Stockholms läns landstings centrala organisation (SLL, i dag Region Stockholm).

I nästa avsnitt utvecklar vi studiens teoretiska utgångspunkter. Vi tar avstamp i grundläggande förståelse av att organisatoriska arrangemang i samspel med starka idéer skapar förutsättningar för förändringsarbete och aktörers deltagande i beslutsprocesser. Därefter redogör vi för hur vi har genomfört studien som baseras på dokumentanalys och intervjuer med centrala personer som var verksamma i NKS-projektet åren 2012 till 2017. Vi ger sedan en bakgrund till de två förändringsprocesser vi studerar i den här rapporten. I bakgrunden fokuserar vi på hur det organisatoriska sammanhanget såg ut innan dessa förändringsprocesser inleddes, där vi särskilt koncentrerar oss på nedläggningen av NKS-förvaltningen och de centrala frågor som då

skapade konflikter och lade grunden till omorganiseringen av ansvaret för att planera och genomföra NKS.

Vår analys presenteras sedan i fem avsnitt. För att förstå det organisatoriska sammanhang som Karolinska utgör, och som NKS blev en del av, gör vi en genomgång av sjukhusets politiska styrning. De kommande avsnitten är kronologiskt strukturerade, från Karolinskas övertagande av ansvaret för verksamhetsplaneringen år 2012 till och med år 2017. I det första avsnittet (åren 2012-2013) presenteras arbetet med NKS-projektet som del av den pågående verksamhetsförändringen på Karolinska. Under den här perioden betonade sjukhusledningen vikten av att genomföra organisationsförändringar i små steg, ett synsätt inspirerat av managementmodellen Lean. Denna syn på förändring förstår vi som *evolutionär*. Avseende verksamhetsinnehållet mötte nu visionen om det lilla högspecialiserade sjukhuset praktiken och krav ställdes på justeringar och modifieringar. Sjukhuset växte därför både fysiskt och på bredden i termer av verksamhetsinnehållet.

I det andra avsnittet (åren 2013-2014) riggades förutsättningarna för förändringsarbetet om genom att delar av ledning och styrelse på Karolinska byttes ut. Därigenom öppnades det upp för nya idéer att kopplas samman med NKS-projektet och utmana de på sjukhuset rådande idéerna. I det tredje – och mest omfattande avsnittet (åren 2014-2017) – präglades NKS-projektet av att sjukhuset beslutade om ny en strategisk inriktning och förändringsarbetet beskrevs i *revolutionära* termer. Detta innebar att nya idéer om hur förändring bäst genomförs fick fäste i organisationen – i stället för förändring i små steg blev idén att man måste våga ta det stora språnget dominerande. Arbetet präglades främst av att lansera och genomdriva en ny verksamhetsmodell, där planerna på en temabaserad organisation mötte idén om värdebaserad vård. Under den här perioden förändrades på nytt synen på verksamhetsinnehållet och den högspecialiserade vården, med tendenser till att man delvis återgick till den idé om den högspecialiserade vården som hade präglat arbetet på NKS-förvaltningen.

I det fjärde och sista analysavsnittet skissar vi kort utvecklingen efter år 2017: vi visar hur det på nytt skedde ett skifte på ledande positioner där både styrelse och sjukhusdirektör byttes ut. Tidigare starka idéer kompromissades i kombination med att koalitioner försvagas. I rapportens sista avsnitt redogör vi för hur de organisatoriska arrangemangen och idéerna har format förändringsprocesserna.

Att styra förändring – om organisatoriska arrangemang och idéer

När Karolinska övertog ansvaret för förändringsarbetet kan vi förstå det som att projektets sammanhang förändrades – att strukturen och förutsättningarna för att driva förändringsarbetet ”riggades” om. I vår analys betonar vi särskilt att detta sammanhang är organiserat och att det är format av för tiden dominerande – och ibland till och med förgivettagna – idéer som påverkar vad som anses vara lämpligt, önskvärt och rätt att göra i en viss situation. Med hjälp av organisationsteori förstår vi därför dessa strukturer och förutsättningar som skapade av *organisatoriska arrangemang* (styrning av Karolinska samt organisering av förändringsarbetet i parallella processer) samt av *starka idéer* (högspecielliserad vård, lean och värdebaserad vård).

Tillsammans skapar organisation och idéer ramar och normer för de inblandade aktörernas möjligheter att delta i och påverka förändringsprocessen. Hur den organisatoriska strukturen riggas – vilka organisatoriska arrangemang som används (Ahlbäck Öberg och Sundström, 2020) – har direkt påverkan på vad som anses möjligt och önskvärt att göra. Genom organisation sorteras, kategoriseras och befästs aktörer och idéer. En förståelse för hur förändringsprocesser organiseras kan därför förklara varför vissa aktörer och idéer blir mer betydelsefulla än andra. Det gör det också möjligt att organisera bort och hålla motstridiga intressen på avstånd (jfr Andersson och Grafström, 2019; Blomquist och Jacobsson, 2002).

Forskning om komplexa beslutsprocesser, som megaprojekt är ett exempel på, visar att det ofta uppstår flera olika processer där motstridiga intressen kan isoleras från varandra (Jacobsson, 1994). I sin studie av Stockholms stads köp av ASEAs koleldade kraftvärmeverk under 1980-talet visar Jacobsson (1994) hur beslutsprocessen utvecklades genom tre separata processer – ibland helt oberoende av varandra: ”Varje process innehöll vissa deltagare, diskuterade vissa typer av normer, utspelades på vissa arenor och kännetecknades av viss typ av argumentation” (Jacobsson, 1994, s. 14). Situationen gav, enligt Jacobsson, en rad konsekvenser. Konflikter kunde artikuleras, utan att lösas – de hanterades i stället genom att de organiserades på olika nivåer. Centrala personer i en process kunde också vara relativt okänd för andra personer – med centrala positioner i en annan process. Processerna saknade därför också styrning från ett ”centrum” – ”det fanns ingen som någonstans satt och drog i trådarna efter något uttänkt schema”, vilket öppnade upp för och till och med underlättade för aktörer med mer preciserade intressen (t. ex. företag med något att sälja in).

Organisatoriska arrangemang både möjliggör – och kan möjliggöras av – starka idéer. Studier av organisationsförändring har sedan länge visat på betydelsen av idéer (Czarniawska och Sevón, 1996). Erlingsdóttir (2010, s. 155) menar att de flesta organisationer, inte minst inom hälso- och sjukvårdssektorn, är ”modemedvetna”. NPM-idéer har beskrivits som moden. De erbjuder legitimitet genom att de verksamheter som anammar dem kan framstå som ”moderna”. Sedan slutet av 1980-talet har dessa idéer rönt stora framgångar i offentlig sektor då man försökt att tvätta bort stämpeln av den offentliga sektorn som ”bakåtsträvande” och ineffektiv i jämförelse med privat näringsliv. Idéer är dock trendkänsliga – de har ofta korta livscykler och är beroende av tidsandan (Abrahamson, 1996). För att vara intressanta för en mångfald sammanhang och spridas globalt behöver de också vara abstrakta och generella (Czarniawska och Sevón, 2005; Røvik, 2008). De innehåller ofta ord med positiva konnotationer som ”kvalitet” och ”värde”, vilket gör att ”det kan vara svårt att ifrågasätta eller ”värja sig” mot dessa idéer då de ses som positiva per definition” (Erlingsdóttir, 2010, s. 156).

För att idéer ska vara attraktiva och ge kraft till lokala förändringsprocesser behöver de sedan översättas – de behöver justeras till det lokala sammanhanget och anpassas till rådande syfte och mål med den specifika verksamheten (Czarniawska och Sevón, 1996; Wedlin och Sahlin, 2017; jfr även Jacobsson, 2002). För detta krävs att idéerna lokalt både har ett starkt aktörskap och är inorganiserade i centrala processer. Ofta är de därför också starka i visionära faser (jfr Gioia m.fl., 2012) för att senare stöta på motstånd och kanske till och med ge upphov till konflikter när de konkretiseras och preciseras i genomförandefaser av förändringsprocesser.

Aktörer och idéer är alltså beroende av varandra. Blomquist och Jacobsson (2002, s. 122) menar vidare att ”lyckosamma koalitioner är sådana som lyckas förena de egna drömmarna med ett specifikt projekt, och där detta projekt kan presenteras som i takt med tidens dominerande idéer”. Genom att bygga koalitioner ges det därför utrymme för vissa idéer att dominera över andra. Individer är därför också idébärare och bär ofta med sig ett idépaket som inte bara innehåller en lösning, utan också problemformuleringen (t.ex. Erlingsdóttir, 2010). När enskilda starka idéer får sådant utrymme skapas också handlingsutrymme. Det leder också ofta till att kritik och motstridiga åsikter och intressen organiseras bort eller endast ges begränsade möjligheter att göra sig hörda. Vi kan förstå det som ett slags självgenererande effekt som är grundad i det organisatoriska arrangemanget för förändringsprocessen (jfr Ahlbäck Öberg och Sundström, 2020).

Det finns också en uppsjö av idébärare – både innanför och utanför de organisationer som tar till sig idéerna (Sahlin-Andersson och Engwall, 2002). Det kan handla om forskare och andra experter som genom att hänvisa till undersökningar, forskningsresultat och goda exempel blir centrala kunskapsbärare och därigenom ger legitimitet och status till förändringsarbetet. En central grupp idébärare, som livnär sig på och därför gärna betonar betydelsen av och förstärker organisationers trendkänslighet, är globala managementbyråer och konsulter (Lapsley och Oldfield, 2001; O'Mahoney och Sturdy, 2016). I deras roller som idébärare blir konsulter också organisatörer och del av den självgenererande effekten av att viss typ av praktik och rutiner förstärks.

Megaprojektet NKS innehåller alltså organisatoriska arrangemang som tillsammans med för tiden och sammanhanget starka idéer skapar förutsättningar för aktörers positioner och handlingsutrymme. Det betyder inte att aktörers handlande inte är intentionellt, men att intentionerna förstås som skapade av det sammanhang i vilket aktörerna agerar (jfr Blomquist och Jacobsson, 2002). Beslutsfattande sker därför ofta utifrån vad som uppfattas vara ett lämpligt beteende – utifrån vad som förväntas av en person eller en organisation i en given situation (March, 1994). Genom att agera på ett sätt som överensstämmer med rådande normer, värden och ideal blir individen och dennes handlingar legitima. I professionella sammanhang och grupperingar utvecklas normer och värderingar som definierar vad som är viktigt och vad som är önskvärt. I litteraturen beskrivs detta ofta i termer av professionell identitet och yrkesnormer om vad som uppfattas vara rätt och fel i en given situation. Professionella yrkesnormer kan därför sägas skapa stabilitet samtidigt som de inte sällan utmanas av och har att hantera många, ofta motstridiga, krav (jfr t.ex. Jacobsson och Svensson, 2017).

Vad som är legitimt i en situation behöver dock inte vara det i en annan – detta skiftar över tid och beroende av sammanhang. I ett megaprojekt – utsträckt i både tid och rum – kan det alltså finnas olika grund för legitimitet både vid ett och samma tillfälle – genom att beslutsfattandet organiserats i parallella processer – och över tid genom att organisatoriska arrangemang riggas om och inkluderingen av aktörer och idéer förändras (Blomquist och Jacobsson, 2002; Jacobsson, 1994; Sahlin-Andersson, 1989). Ett megaprojekt som NKS, som är utsträckt över lång tid och genomförs i en mängd olika processer medför också att *olika delar* av NKS-projektet befinner sig i *olika faser*. Medan en del av NKS-projektet nu var i slutfasen, var arbetet med verksamhetsinnehållet i en (allt)mer intensiv planeringsfas, och arbetet med

verksamhetsmodellen i en initial, visionär fas. Organiseringen av beslutsprocesserna är därför beroende av både *rum* (verksamhetsinnehållet, verksamhetsmodellen och det operativa arbetet på Karolinska organiserades i tre parallella processer) och *tid* (problem, lösningar, möjligheter och utmaningar tar sig olika uttryck beroende på var i tiden ett område eller en fråga befinner sig).

Organisationsförändring handlar om att bryta invanda mönster och beteenden – om image och professionell identitet (Sveningsson och Sörgärde, 2014). Det är processer motiverade och formade av normer om vad som anses vara ett lämpligt och legitimt beteende. Dagens samhälle och dess organisationer genomsyras dessutom av starka normer och förväntningar om just förändring – om att försöka bli bättre, att göra bättre. Att engagera sig i organisationsförändring, till exempel som chef på en arbetsplats, är därför ett sätt att bygga social legitimitet och status. Det är därför också nästan omöjligt att vara emot förändring – då riskerar man att inte bara ses som ”tråkig förvaltare” av befintlig organisation och praktik utan också sakna förmåga att ta initiativ, att vara handlingskraftig – man ses som ”bakåtsträvare” (jfr Andersson och Grafström, 2019).

Litteratur om organisationsförändring lyfter fram två grundläggande typer av förändringsprocesser: revolutionära och evolutionära. Medan den förstnämnda är omfattande och djupgående och rör en organisations kultur, struktur eller övergripande strategi, är evolutionära förändringar sådana som sker fortlöpande, som del av pågående verksamhet och som handlar om att ”vidmakthålla eller befästa en befintlig strategisk inriktning” (Sveningsson och Sörgärde, 2014, s. 31). Revolutionära förändringsprocesser beskrivs vanligen som mer kontroversiella – och som något som kräver mer förankring och förhandling – medan evolutionära förändringsprocesser kan gå obemärkta förbi. NKS-projektet bar med sig förväntningar om revolutionär förändring där inte bara innehåll, arbetssätt och organisation skulle förändras, utan också själva kulturen. Det var dessa förväntningar som både hade motiverat den särorganisatoriska lösningen under åren 2008-2011 och skapat problem när de förändringsambitionerna mötte krav på konkretisering och glappet mellan vision och praktik visade sig ha blivit för stort (Grafström och Andersson, 2019).

Metod och material

Eftersom ansvaret för planeringen av verksamhetsinnehållet och genomförandet av organisationsförändringen vid den här tiden låg på Karolinska har vårt fokus varit hur arbetet med verksamhetsinnehåll och -modell har styrts, organiserats och genomförts internt på sjukhuset åren 2012 till 2017. Sjukhuset har fungerat som vår utkikspost: Sjukhusets relationer och gränssytor med andra aktörer har varit styrande för vilka aktiviteter och händelser som har inkluderats i vår analys. Det handlar både om relationer och kontakter med andra organisationer och verksamheter, inte minst huvudmannen Region Stockholm (och till exempel det parallella arbetet med Framtidens hälso- och sjukvård), och om hur olika individer fungerar som idébärare. Vi följer också – mer översiktligt – händelseutvecklingen under åren 2018 och 2019.

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 med särskilt fokus på Karolinska. Utifrån denna översiktliga analys har vi sedan identifierat centrala dokument som specifikt rör processerna kring verksamhetsinnehåll och organisationsförändring. I en andra fas har vi sedan närstuderat sådana dokument som vi har bedömt vara särskilt relevanta för vår studie, till exempel styrelseprotokoll, tjänsteutlåtanden, fullmäktigedebatter och revisionsrapporter.

Via våra tidigare studier samt den fortsatta dokumentanalysen har vi identifierat centrala aktörer i denna andra genomförandefas i NKS-projektet. Eftersom det har varit en turbulent tid som har karaktäriserats av konflikter och hög rörlighet av personer på ledande positioner samt med en intensiv mediebevakning har det varit av särskilt stor vikt för studien att samla en mångfald av röster och perspektiv. Det har också varit viktigt att sätta dokument och intervjuer i relation till varandra för att därigenom säkra och stärka våra argument och våra tolkningar av vad som har hänt.

Totalt har vi genomfört 32 intervjuer med framför allt tjänstepersoner i de berörda organisationerna. Inom ramen för vårt forskningsprojekt som helhet har ytterligare intervjuer genomförts av projektkollegor, varav vi som en del av vår analys i den här rapporten har tagit del av ett par ytterligare intervjuer genomförda av Carl Yngfalk och Livia Johannesson. Bland dessa intervjuer finns både tjänstepersoner och politiker representerade, men med stark tonvikt

på den förstnämnda gruppen. Samtliga intervjupersoner har anonymiserats i texten (dock framgår position där det är relevant).

Bakgrund: Kritiserad NKS-förvaltning läggs ned

I NKS-projektet var skapandet av NKS-förvaltningen – som en form av särorganisering – ett tydligt uttryck för hur politikerna använde sig av organisation som styrinstrument. Genom den särorganisatoriska lösningen blev det möjligt att både organisera in och ut centrala aktörer från beslutsprocessen (Andersson och Grafström, 2019). Därför var också beslutet som fattades i Landstingsfullmäktige den 16 juni 2011 om ändrad ansvarsfördelning i projektet betydelsefull för det fortsatta planeringsarbetet av det nya sjukhuset (Landstingsfullmäktige, 2011). Beslutet innebar att NKS-förvaltningen lades ned och att ansvaret för verksamhetsinnehållet, från den 1 januari 2012, övertogs av Karolinska. Öhrming beskriver det som att omorganiseringen gjorde att ”i stort sett alla stridiga viljor inom Karolinska [vävdades] in i arbetet och många nya frågor kom upp på bordet” (Öhrming, 2017, s. 33). Ansvaret för upphandlingar och byggnationen av NKS fördes över till en nystartad avdelning, NKS-bygg, inom Landstingsstyrelsens förvaltning. Förändringen fick också konsekvensen att HSN-förvaltningen fick en mer central roll i den fortsatta planeringen.

NKS-förvaltningen hade fått kritik från flera håll. Karolinskas dåvarande ledning, HSN-förvaltningen, fackförbunden och den politiska oppositionen hade alla på olika sätt vädrat missnöje kring den organisatoriska lösningen och kring avsaknaden av mer preciserade idéer om verksamhetsinnehållet. En intervjuad politiker beskriver det som frustrerande att ”man inte ville föra en diskussion om vad det nya sjukhuset skulle göra för något” och politiska konflikter beskrevs till och med som ”bråk om sjukhusinnehållet” (IP09). Att knuffa beslut om innehållet på framtiden skapade problem både för planering av vårdplatser och kompetens på det nya sjukhuset men också för planeringen av hela regionens sjukvård. Det var fortfarande också oklart hur NKS skulle påverka Karolinska Huddinge.

Svårigheterna med att planera för framtida behov och kompetensförsörjning – och NKS-förvaltningens av kritiker beskrivna oförmåga att göra det – tog sig också uttryck i att HSN-förvaltningen under 2010 fick i uppdrag att analysera framtidens hälso- och sjukvård i länet. Den första rapporten från det arbetet – ”Framtidens hälsa och sjukvård” (HSN-förvaltningen, 2011) – presenterade i mars 2011. Rapporten har beskrivits som ett första försök från regionens

sida att upprätta en översikt över sjukvården i länet – och ett försök att förstå hur NKS skulle passa i det större sjukvårdssystemet (IP20).

Vid Karolinskas övertagande av ansvaret för verksamhetsinnehållet fanns det alltså en uttrycklig skepticism mot hur projektet dittills hade organiserats och genomförts. Sammantaget handlade sjukhusledningens och andra berörda parter kritik om oklarheter hur, och med vilka konsekvenser, en koncentrerad av högspecialiserad vård till NKS skulle kunna genomföras, att det fanns en osynk med övrig vård i regionen på grund av att underlag för att planera för de förändringar som NKS skulle innebära saknades, att det fortfarande fanns frågetecken kring ansvarsfördelningen mellan Karolinska Solna och Karolinska Huddinge samt att planen om att det nya sjukhuset skulle innehålla ett färre antal vårdplatser än det befintliga Karolinska i Solna ansågs oförenligt med framtida vårdbehov i regionen. I våra intervjuer beskrivs åren med NKS-förvaltningen som att det hade utvecklats en kamp mellan det existerande sjukhuset (Karolinska) och det planerade, nya (NKS); en kamp som nu Karolinska hade gått vinnande ur (IP21; IP06).

Innan vi går in på hur arbetet mer i detalj fortskred efter omorganisationen behöver vi förstå det organisatoriska sammanhang som NKS-projektet blev en direkt del av i samband med att ansvaret fördes över till det dåvarande Karolinska. I nästa avsnitt ges därför en beskrivning av den politiska styrningen av Karolinska med fokus på dess ledning och styrelse.

Karolinska – NKS i nytt organisatoriskt sammanhang

Organisatoriska arrangemang – såsom enheter, funktioner, professioner och författningar – har, som redogjorts för i inledningen, betydelse för vilka idéer som kan bli starka och få fäste i en organisation. Ahlbäck Öberg och Sundström (2020) beskriver det som att idéer både kommer ur och samtidigt genererar organisatoriska arrangemang. I det här avsnittet visar vi hur de särskilda organisatoriska arrangemangen i Karolinskas styrelse och ledning såg ut, arrangemang som avvek från såväl andra nämnder inom SLL som för andra universitetssjukhus. Vi menar att dessa för Karolinska avvikande arrangemang kom att bli viktiga för vilka idéer som skulle bli starka gällande Karolinskas framtida organisation. Det nya organisatoriska sammanhang som omorganiseringen av ansvaret innebar (från NKS-förvaltningen till Karolinska) står alltså i fokus för det här avsnittet.

Karolinska är en förvaltning, som lyder under en styrelse. Styrelsen är dock formellt en nämnd och nämndernas uppgifter och befogenheter regleras i kommunallagen. Ordet ”styrelse” är därmed inte likvärdigt med hur begreppet används i bolag inom det privata näringslivet. På regionens hemsida tydliggörs att Karolinskas styrelse är en del av regionens *politiska* organisation (SLL, 2020a). Landstingsrevisorerna menar dock att användandet av begreppet ”styrelse”, för den nämnd som Karolinska lyder under, i vissa fall har lett till en begreppsförvirring, vilket i förlängningen har fått konsekvenser för insyn och transparens (Landstingsrevisorerna, 2018b; se även Landstingsrevisorerna 2018c). Att det finns en sådan förvirring kring begreppet bekräftas också av våra intervjupersoner (IP36; IP42). Medan en styrelse verksam inom det privata näringslivet antas agera gemensamt för bolagets bästa, förväntas en politiskt sammansatt styrelse ha styrelseledamöter med konkurrerande partipolitiska uppfattningar (Landstingsrevisorerna, 2018b).

Ledamöterna i kommunala nämnder utgörs vanligen av förtroendevalda (politiker), men Karolinskas styrelse har sedan en längre tid tillbaka avvikit från det mönstret. Ledamöterna är vad som kallats för ”externt” rekryterade, vilket också har beskrivits i termer av en ”professionellt” sammansatt styrelse (Landstingsrevisorerna, 2018b). Det innebär att Karolinskas styrelseledamöter kan hämtas från olika organisationer, offentliga såväl som privata. Det innebär också att det för politikerna öppnas en möjlighet att genom utnämmandet av styrelseledamöter påverka och styra vilken inriktning de vill att sjukhuset ska ges för kommande tidsperiod. Detta åskådliggörs längre fram i rapporten då styrelsen under en period hade företrädare (främst i rollen som ordförande) hämtade från näringslivet medan den under en senare period – delvis som en motreaktion mot den tidigare – i stället huvudsakligen var sammansatt av ledamöter från offentlig sektor. Sammansättningen av Karolinskas styrelse avviker inte bara från hur nämndorganisationen ser ut internt inom regionen utan också från sammansättningen av ledamöter vid andra universitetssjukhus. Akademiska universitetssjukhuset i Uppsala har, i likhet med Sahlgrenska (2020), en politiskt sammansatt styrelse.

Karolinskas styrelse utses liksom övriga nämnder av fullmäktige. Ledamöterna nomineras av ägarutskottet (som under vissa perioder har kallats för produktionsutskottet), ett politiskt sammansatt utskott under regionstyrelsen. Det är också regionstyrelsen (tidigare landstingsstyrelsen) som med ägarutskottet ansvarar för ägarstyrningen av de förvaltningar som har bedrivits i bolagsliknande former, det vill säga Karolinska och Stockholms läns

sjukvårdsområde (SLSO) (Landstingsrevisorerna, 2018b). Sjukhusdirektören utses numera av regionstyrelsen, som dock delegerar ärendet till regiondirektören. Sjukhusdirektören är ansvarig för verksamheten inför styrelsen. Sjukhusledningen för Karolinska utgörs av Karolinskas ledningsgrupp som fattar de sjukhusövergripande besluten. Beslutsmandatet ligger dock hos sjukhusdirektören (Karolinska, 2020). I ledningsgruppen sitter numera, förutom sjukhusdirektören, tema-, funktions- och stabsdirektörer, representant för KI och sjukhusdirektörens rådgivare (sekreterare). Liksom vad gäller för ordet ”styrelse” har Landstingsrevisorerna hävdade att ordet ”ledning” riskerar att leda till en sammanblandning med ledningars ansvar inom det privata näringslivet. Att det har skett en sådan sammanblandning beror enligt Landstingsrevisorerna (2018d, s. 17) på att Karolinska bedrivs i så kallade ”bolagsliknande former” (mer om detta nedan), vilket har fått som konsekvens att flera begrepp från aktiebolagslagen används i styrdokument för sjukhuset. Ett sådant begrepp är just ledning (Landstingsrevisorerna, 2018d, s. 17). Landstingsrevisorerna menar att:

Begreppet ledning är problematiskt eftersom ansvaret för verksamheten enligt kommunallagen endast gäller nämnden (styrelsen i detta fallet) som har ett kollektivt ansvar för verksamheten. Förvaltningschefen (i detta fallet sjukhusdirektören) har däremot inget ansvar enligt kommunallagen till skillnad från en VD i ett bolag som har ett ansvar som denne ska ansvarsprövas för (Landstingsrevisorerna, 2018d, s. 17).

Regionpolitikernas ansvar att utnämna ledamöter i styrelse och sjukhusdirektör är alltså ett viktigt styrinstrument. Att politikerna anser att styrelsen har ett stort ansvar – och därmed är en betydelsefull institution – visar diskussionerna efter Karolinskas ekonomiska svårigheter hösten 2019 då stora varsel annonserades. Ledande politiker har i flera intervjuer och debatter betonat det stora ansvar som styrelsen har haft för den uppkomna situationen och pekat på att en av de från politiskt håll viktigaste åtgärderna har varit att byta ut styrelsen (se t.ex. *Dagens Nyheter*, 2019a; *Dagens Nyheter*, 2019b; *SVT*, 2019). I en artikel i *Dagens Nyheter* (2019b) förklarade finansborgarrådet att hur Karolinska på bästa sätt åstadkommer en ekonomi i balans är nämndens (dvs. styrelsens) och ledningens ansvar. Politikernas uppgift beskrevs av finansborgarrådet som att sätta långsiktig färdriktning, att följa upp verksamheten samt att byta ut styrelsen/nämnden, vilket man också hade gjort. I samband med att regionpolitikerna år 2018 valde att byta ut hela styrelsen för Karolinska pekade ledande politiker också särskilt på det ansvar som sjukhusets styrelse hade haft gällande NKS-projektet (Svenonius m.fl., 2018). Enligt landstingspolitikerna hade styrelsen ”det yttersta ansvaret för en fungerande ekonomisk

uppföljning och för hur verksamheterna bedrivs” (ibid.) – en uppföljning och en styrning som landstingspolitikerna menade hade brustit.

Styrningen av Karolinska avviker också från regionens nämndorganisation i övrigt. De längre reglementen som styr övriga nämnder har i Karolinskas fall varit kortfattat, och i stället har styrningen, fram till januari 2019, framför allt skett genom både generella och mer specifika ägardirektiv. De här, från den ordinarie i nämndorganisationen, avvikande förhållandena, har kallats för att Karolinskas verksamhet bedrivs och styrs i ”bolagsliknade former” (t.ex. Landstingsrevisorerna, 2018b; 2018c). Landstingsrevisorerna har sedan år 2017 och framåt återkommande kritiserat detta förhållande. Revisorerna menar att det i kommunallagen saknas stöd för regionen att bedriva verksamhet i ”bolagsliknande” former (Landstingsrevisorerna, 2018c). Begreppet är enligt revisorerna en hybrid mellan offentligrättslig reglering (kommunallagen) och privaträttslig (aktiebolagslagen) och eftersom den kommunala verksamheten styrs genom kommunallagen bör landstinget inte använda sig av en styrning i ”bolagsliknande former”.

Revisorerna har också kritiserat ägardirektiven för att vara alltför otydliga (Landstingsrevisorerna, 2018a). I Karolinskas årsrapport för år 2017 menade revisorerna att Karolinska i allt för hög grad har kommit att styras som ett bolag, vilket har fått negativa konsekvenser för demokratiska värden som transparens, möjlighet till insyn och ansvarstagande (Landstingsrevisorerna, 2018d). Revisorerna kommenterade också ärendeprocessen på sjukhuset där Karolinska får kritik för att inte ha rutiner som säkrar transparens och spårbarhet i politiska beslut:

Karolinska är formellt en nämnd där kommunallagen ska tillämpas och styrelsen har ansvaret för att styra verksamheten i enlighet med gällande lagstiftning. Revisionen bedömer dock att verksamheten i allt för hög grad styrts som ett bolag och att det därför finns brister i ärende- och beslutsprocessen [...] För 2017 bedömer revisionen att besluten inte har fattats på ett transparent sätt och att insyn i den demokratiska processen därmed inte kunnat garanteras (Landstingsrevisorerna 2018d, citat från inledning utan sidnumrering).

Sammanfattningsvis kan vi alltså konstatera att Karolinskas formella organisation, främst vad gäller styrelsens sammansättning och den politiska styrningen av sjukhusets, skiljer sig mot hur

universitetssjukhus vanligen styrs och organiseras. Den så kallat professionellt sammansatta styrelsen innebär att det har skapats en organisatorisk gråzon mellan å ena sidan politik och förvaltning, och å andra sidan marknad och offentlighet/politik. Dessa gråzoner skapar i sin tur förutsättningar för förskjutningar i ansvar och handlingsutrymme mellan dessa olika sfärer. Detta organisatoriska sammanhang – syftande på möjligheten att befolka styrelsen med personer från näringsliv eller offentlig sektor – har i sin tur också påverkat förutsättningarna och möjligheterna att introducera idéer om verksamhet och organisering på Karolinska. De organisatoriska gråzonerna har också skapat möjligheter för regionpolitiker att trycka ansvaret från sig, mot styrelsen, vilket kan bli särskilt påtagligt under mer turbulenta perioder (som vid ekonomiska problem).

Visionen möter praktiken – anpassningar krävs (åren 2012-2013)

Föregående avsnitt handlade om det organisatoriska sammanhang som NKS-projektet blev en del av när delar av ansvaret fördes över till Karolinska. Här vidareutvecklar vi betydelsen av organisation och sätter fokus på två specifika arrangemang som vi menar fick betydelse för arbetet med att planera och driftsätta det nya sjukhuset. Det handlar dels om att ett programkontor för NKS-projektet startades på Karolinska, dels om att arbetet skulle genomföras i nära samråd med SLLs centrala programkontor. I båda dessa fall – men på lite olika sätt – kan förändringsarbetet förstås som att det utvecklades i parallella processer. I det första fallet handlar det om svårigheter att involvera personalen i NKS-arbetet och i det andra fallet handlar det om en (bestående) osynk mellan HSN-förvaltningens arbete med Framtidsplanen och Karolinskas planering.

Under dessa första två år, 2012 och 2013, som Karolinska ansvarade för planeringen av av vård och inflytt till det nya sjukhuset beskrevs NKS-projektets förändringsambitioner i termer av det redan pågående förbättringsarbetet på sjukhuset – ett arbete som var starkt inspirerat av managementidén Lean. Projektets ambitioner om temabaserad organisation och att skapa flöden som utgår från patienten beskrevs därför främst genom förståelsen av Lean-modellen. Men fokus för NKS-projektets arbete var inte under dessa två år på att förändra organisationen, utan på att planera *vad* – vilket verksamhetsinnehåll – som skulle flytta in på det nya sjukhuset. I det arbetet omdefinierades den under tidigare år så starka idén om den högspecialiserade vården till att också inkludera viss annan vård samt betona att även Karolinska Huddinge var del av NKS-projektet.

Parallella processer – både på och utanför Karolinska

Under denna första tid på Karolinska är det framför allt två organisatoriska arrangemang, i form av parallella förändringsprocesser, som satte ramarna för planeringsarbetet. Den första handlar om hur ansvaret för NKS-projektet organiserades internt på själva sjukhuset – i form av ett separat programkontor – och de försök som gjordes för att involvera personalen i arbetet. Den andra handlar om Karolinskas programkontors samarbete med dess motsvarighet centralt på regionen, programkontoret för framtidens hälso- och sjukvård.

Att inkludera personalen – önskvärt men problematiskt

Internt på Karolinska organiserades ansvaret för NKS i ett separat programkontor. Kontoret skulle planera för verksamhetsinnehållet samt driftsätta det nya sjukhuset, och det skulle ske i nära samarbete med Programkontoret för framtidens hälso- och sjukvård (PFHS). Upprättandet av Karolinskas programkontor skapade en ansvarsfördelning i sjukhusledningen där sjukhusdirektören var fortsatt ytterst ansvarig för den dagliga, operativa verksamheten och den dåvarande biträdande sjukhusdirektören blev ytterst ansvarig för planering och driftsättning av NKS. I termer av organisatoriska arrangemang kan det operativa arbetet och arbetet med NKS-projektet förstås som två parallella processer; en parallellitet som förstärkes i och med fördelningen av ansvar mellan sjukhusdirektör och biträdande sjukhusdirektör.

Programchefen till programkontoret rekryterades från Akademiska sjukhuset i Uppsala. Till medicinsk chef för programkontoret utsågs en transplantationskirurg med 25 års erfarenhet av Karolinskas avdelning för transplantation. I övrigt bemannades Karolinskas programkontor med personal från tre olika håll. Den första personalgruppen kom från NKS-förvaltningen och personer som redan var knutna till Karolinska men som hade engagerats i arbetet med verksamhetsinnehållet delar av sin tid. I våra intervjuer beskrivs denna grupp som både självklar att delta i det fortsatta arbetet – givet den kompetens och det kunnande som de hade skaffat sig under den tidiga genomförandefasen – och samtidigt problematisk då de varit verksamma i den organisation som så hårt kritiserats av dåvarande sjukhusledningen och andra parter. Ambitionen att distansera Karolinska från förändringsprojektet NKS – för att inte riskera att, såsom uttrycks under NKS-förvaltningens tid, tappa fart eller fastna i etablerade tanke- och arbetssätt – var något som denna grupp hade blivit en del av.

Den andra personalgruppen rekryterades direkt från sjukhuset, och i något fall utifrån. Den tredje personalgruppen utgjordes av inhyrda konsulter. Detta motiverades med att det var en alltför stor och betungande uppgift för sjukhuset att själv klara av, och att det behövdes kompetens i projektledning. Under den första tiden var det konsulter från Boston Consulting Group (BCG) som kom in i projektet efter att ha vunnit en upphandling under hösten 2011 (se vidare nedan). I våra intervjuer finns det delade meningar om i vilken mån dessa konsulter hade inflytande över riktningen och innehållet i arbetet under denna första tid. En person uttrycker det som att ”det var ju inte några konsulter som formade vårdinnehållet, men däremot var de ju väldigt effektiva i att driva process” (IP32), medan en annan menar att ”här kom nu BCG in [...], väldigt tidigt och väldigt starkt” (IP43).

Under programkontorets första tid var fokus på att inventera den befintliga verksamheten och ställa denna i relation till vad som var mest lämpat att flytta med in i det nya huset. Överskottet av verksamheten skulle flyttas ut till andra vårdgivare i regionen. Arbetet skulle mynna ut i ett förslag på framtida verksamhetsinnehåll för hela Karolinska (både Solna och Huddinge). Projektet genomfördes genom workshops med respektive avdelning ute i sjukhusorganisationen. Enligt programkontorets egna beräkningar hade verksamheten i november 2012 tillbringat 6 000 timmar i workshops (inklusive förmöten och kringarbete), gått igenom 12 000 huvuddiagnoser, analyserat 3 000 kliniska samband och skrivit 170 sidor löptext (Karolinska, 2012). Över 300 personer hade engagerats i arbetet.

I kölvattnet av NKS-förvaltningen – som hade utgjort en tydlig knutpunkt för idéer och visioner för NKS att frodas och få näring – karaktäriserades denna period av tuffare krav på att leverera mer precisa beräkningar över vad och var vård skulle flytta in eller ut från universitetssjukhuset. Arbetet baserades på tre olika scenarier där konsekvensbeskrivningar gjordes för om verksamheten skulle reduceras med 25 procent, 50 procent respektive 100 procent. Det sista scenariet betydde alltså att verksamheten helt avvecklades vid Karolinska för att förläggas någon annanstans i länet. En person som deltog i processen beskriver i vår intervju med vederbörande hur BCG-konsulter kom in och gjorde en ”jätte-Excelmall” som innehöll ”alla vårdvolymerna som vi gör på sjukhuset” (IP43). Ett antal så kallade ”faciliterare” utsågs som utifrån mallen skulle leda inventeringar ute i verksamheten. Det handlade om att boka in och genomföra möten med kliniker och för att tillsammans sedan, som en person uttrycker det, ”fylla i vad som måste göras på NKS och vad som kan flyttas till Huddinge eller vad som måste flyttas utanför sjukhuset på olika vårdnivåer” (IP43). Flera personer beskriver det som att

processen genomsyrades av en känsla av att det var bråttom och skedde under stark tidspress. En person menar att det uppfattades som att man ”hade tappat ett par år på att det här låg på NKS-förvaltningen och inte här [på sjukhuset]” (IP43; se även IP37).

En del av den kritik som hade riktats mot NKS-förvaltningens arbete, inte minst från fackliga organisationer men också från den dåvarande sjukhusledningen, handlade om att sjukhusets personal inte hade involverats tillräckligt i arbetet. Detta skulle nu åtgärdas. Redan i styrelseprotokoll från planeringsfasen inför Karolinskas övertagande, under hösten 2011, framförde SACO krav på ”tydligare ansträngningar från arbetsgivarens sida att åstadkomma deltagande från fackliga företrädare i det stora förändringsarbete som nu startat” (Karolinska 2011a, s. 4). De workshops som genomfördes för att planera verksamhetsinnehållet ska därför också ses som en del i ett försök att involvera anställda på sjukhuset. Trots att det upplevdes som ett svårt arbete, och föga positivt – en person liknar det till och med vid att ha ”fem barn, men måste välja bort ett” (IP40) – skapade dessa workshop en möjlighet för medarbetare (främst chefer) att delta i arbetet. En annan person förklarar att ”även om många uttryckte enbart ett missnöje, så fanns det ju ett nöje med att de fick vara med – man uppskattade ändå att man fick chansen” (IP37).

En motivering till varför NKS-arbetet organiserades separat från den operativa verksamheten var just att undvika att ta tid och resurser från den operativa verksamheten. Att involvera medarbetare ”i linjen” – läkare och sjuksköterskor – var en utmaning. Deras tid är knapp och att hitta luckor i deras schema för att de ska delta i förändringsarbete var svårt (t.ex. IP40). Landstingsrevisorerna (2014) konstaterade också att det var en balansgång att både upprätthålla rimlig produktionsnivå på Karolinska och att samtidigt låta personal delta i verksamhetsutvecklingen inom ramen för NKS-projektet. I samma rapport framgår att ”sjukhusdirektören uppskattar att över 1 000 personer engagerats i omställningsarbetet och att arbetet ’dränerat verksamheten på kraft’” (Landstingsrevisorerna, 2014, s. 5). Samtidigt ville många ”delta i arbetet trots att de uppger att de är hårt pressade att klara produktionen” (Landstingsrevisorerna, 2014, s. 11). I flera av våra intervjuer framkommer att personalen spenderade många timmar i workshops under denna första fas – som alltså skulle både involvera och förankra processen hos personalen. I tjänsteutlåtandet som fattades beslut om i juni 2013 beskrevs det som att ”verksamhetens medverkan har varit central för sakkunskap och förankring” (SLL, 2013a, s. 17).

Sammantaget organiserades NKS-projektet alltså in på sjukhuset via programkontoret med ansvar hos biträdande sjukhusdirektör. Personal involverades i arbetet, men beskrevs som både positivt och problematiskt. Samtidigt som det var ett uttryckt krav att i högre grad involvera personalen blev det en utmaning för den operativa verksamheten att både upprätthålla produktionsnivån och låta personal ägna tid åt NKS-arbetet.

Bestående osynk mellan Karolinska och SLLs programkontor

Karolinskas uppdrag att planera för den framtida verksamheten på NKS skulle, som vi har visat tidigare, genomföras ”i samverkan med beställare och ägare, med PFHS [Stockholms läns landstings Programkontor] och med KI, samt med beaktande av landstingsfullmäktiges beslut om Framtidsplan för hälso- och sjukvården” (SLL, 2013a, s. 4). Ansvaret för att genomföra Framtidsplanen låg på ett centralt organiserat programkontor. Det var detta programkontor som ledde och höll samman ”arbetet med utvecklingen mot framtidens hälso- och sjukvård” (SLL, 2014a, s. 5), vilket alltså utgick från de strategier som faställdes i Framtidsplanen.

Som vi har visat tidigare fanns det också redan under NKS-förvaltningens tid en kritik mot att arbetet med NKS inte tillräckligt tydligt hade relaterats till framtida behov och resurser i länet som helhet. Redan då hade två parallella förändringsprocesser etablerats. Landstingsrevisorerna slog fast att ”Karolinska är i sitt omställningsarbete beroende av arbetstakten i de landstingsövergripande projekten”, vilket också betydde att ”om lokalerna i Solna inte kan avvecklas som tänkt leder det till högre kostnader för såväl Karolinska som för hela landstinget” (Landstingsrevisorerna 2014, s. 12). Att det fanns en löpande och fungerande samverkan mellan Framtidens hälso- och sjukvård (FHS) och Karolinska var alltså centralt för arbetet – och betonades återkommande som helt nödvändigt (t.ex. SLL, 2013a). Det var därför önskvärt att arbetet nu mer skulle organiseras som en gemensam process.

Våra intervjuer ger en komplex bild av hur denna samverkan mellan FHS och Karolinska såg ut. Vissa intervjupersoner lyfter fram det positiva med att det fanns ett programkontor, med vilken Karolinskas motsvarighet hade löpande avstämningar (t.ex. IP12; IP37). Samtidigt visar vår genomgång och våra intervjuer att arbetet präglades av stor osäkerhet och att det ansågs svårt att få tydliga planeringsförutsättningar (IP36; IP37; IP40; Öhrming, 2017). Den tydligaste kritiken mot FHS och HSN-förvaltningen handlade om planerandet för och omhändertagandet av den vård som skulle flyttas ut från Karolinska. I tjänsteutlåtandet betonades särskilt att ”omstruktureringsprocessen ställer krav på att det finns mottagare av den vård som flyttas ut”

och att det ”inom ramen för Framtidsplan för hälso- och sjukvården planeras och konkretiseras uppbyggnad av mottagande enheter” (SLL 2013a, s. 8).

I styrelseprotkoll från Karolinska (t.ex. Karolinska, 2013a) var det också tydligt att utmaningarna med utflytt av vård oroad. Flytt av vård uppgavs vara ”en av de riktigt stora utmaningarna” och ”styrelsen tog de signaler om oro kring resurserna för mottagande av vård som skall flyttas ut från Karolinska på fullaste allvar och uppmanar till SLL-övergripande diskussion och planering beträffande detta” (Karolinska 2013a, s. 6). Flera av våra intervjupersoner som arbetade med planering av verksamhetsinnehållet på sjukhuset berättar också att de upplevde att det saknades en motpart vad gäller utflytt av vård (IP37; IP40; IP43). En person uttrycker det som att det var ”konstigt lite samarbete” (IP43), och en annan menar att det var mycket prat om ”den goda mottagaren” men att olika lösningar har ”valsat runt” och att det i vissa fall har ”gått fram och tillbaka så många gånger så att jag faktiskt inte vet om det är i mål ännu” (IP37).

Värt att notera är att det under samma tidsperiod har skett flera omorganisationer centralt på Region Stockholm och att den organisatoriska hemvisten för programkontoret har ändrats (Landstingsrevisorerna, 2018a). Flera av intervjupersonerna påpekar att detta i sig har varit problematiskt och skapat oreda, men också att det till och från under processen har lett till att olika delar av Region Stockholms centrala organisation inte har synkat med varandra och att det har varit oklar ansvarsfördelning (IP37; IP40, se även Landstingsrevisorerna, 2018a; Öhrming, 2017). Denna otydlighet ledde till problem för planeringsarbetet och inte minst blev utbyggnad av övriga akutsjukhus lidande. En person exemplifierar med närankuterna: Trots att det, enligt personen, hade varit känt ”hur länge som helst” att dessa behövde utökats i antal – för att klara av utflytt av 50-60 000 besök från Karolinska, tog det alltför lång tid innan dessa kom på plats (IP37).

Sammanfattningsvis kan det konstateras att det på många sätt fanns både uttalade krav på att planeringen av vårdverksamheten skulle ske i samråd mellan Karolinskas programkontor och SLLs programkontor (och även KI, även om den relationen inte har varit i fokus här), och att detta också gjordes i termer av löpande dialog och möten mellan de båda programkontoren. På så sätt fanns ambitioner om att krav och förväntningar i de två olika förändringsprocesserna skulle samorganiseras och därigenom mötas och hanteras gemensamt. Vår analys visar samtidigt att samarbetet var förknippat med utmaningar, stor osäkerhet i beräkningar och

meningsskiljaktigheter i vissa frågor – och att dessa inte nödvändigtvis löstes eller hanterades. Trots att arbetet med Framtidsplanen under denna period pågick blev resultatet att Karolinska upplevde att det saknades en ”motpart” centralt inom regionen – inte minst vad gäller mottagare av den vård som skulle flytta ut från universitetssjukhuset.

Idén om Lean etablerad: Förändringsprojektet som pågående förbättringsarbete

I avsnittet ovan har vi beskrivit hur arbetet med verksamhetsinnehållet organiserades under de första åren efter det att Karolinska övertog ansvaret för detta. I det här avsnittet fokuserar vi på hur Karolinska, under samma period (åren 2012 och 2013) arbetade med ett pågående förändringsarbete, baserat på Lean-modellen (eng. *Lean Production*). Lean var under den här perioden den centrala idén för detta förändringsarbete – ett arbete som hade pågått sedan år 2007 då dåvarande sjukhusdirektör kom till Karolinska från St Görans. Lean är en managementidé som utvecklades under senare delen av 1980-talet med fokus på processer och så kallad ”slimmad produktion”. Idén har sina rötter i den amerikanska bilindustrin och ett centralt syfte var att utveckla produktionsprocesserna så att de blev ”ett så sammanhängande flöde som möjligt utan onödigt spill av resurser” (Rövik, 2008, s. 157). Enligt Röviks beskrivning räknas ”spill” som allt i en verksamhet som bidrar till onödiga kostnader eller sådant som inte tillför värde till det som produceras. Lean-modellen hade alltså funnits i två decennier när den kom till Karolinska och var en idé som både hade en historik inom svensk vårdorganisation, (t.ex. Hall, 2012), men som också hade letat sig in i andra delar av offentlig verksamhet (t.ex. Tamm Hallström och Thedvall, 2015; Thedvall, 2019).

Syftet med det pågående förändringsarbetet på Karolinska var att, såsom det uttrycks i Landstingsrevisorernas granskning från 2014, ”förbättra patientflödena inom sjukhuset” och omfattade ”metoder, arbetsprocesser och samarbetet i arbetslagen med fokus på patientnyttan” (s. 14). Leanmodellen betonar att förändring ska ske genom gradvisa, ständiga förbättringar av det vardagliga arbetet. Den dåvarande sjukhusdirektören beskriver i vår intervju detta förbättringsarbete som en inkrementell process som behövde få ta tid och krävde långsiktighet (IP22). Sjukhusdirektören betonar också att arbetet med Lean inte avsåg leda till omfattande *organisatoriska* förändringar; en omfattande förändring av organisationen skulle tillsammans med flytt och driftsättning av NKS innebära att alltför stora förändringsprocesser genomfördes samtidigt, vilket enligt honom, riskerade att påverka verksamheten och vårdpersonalen negativt (IP22). Det pågående förändringsarbetet vid den här tiden kan på så sätt karaktäriseras som en

evolutionär process där etablerade metoder och rutiner inte nödvändigtvis helt skulle ändras, utan de skulle snarare – om det ansågs behövas – justeras som ett sätt att ständigt förbättra verksamheten.

I en artikel i personaltidningen *Karolina* beskrev sjukhusdirektören hur flödesarbetet intensifierades för att säkerställa att anpassningen av sjukhusets samtliga patientflöden skulle hinnas med inför flytten till det nya sjukhuset. I artikeln citerades sjukhusdirektören:

Vi har tre år på oss att arbeta fram nödvändiga förändringar som NKS innebär, få in flödeskompetens i huset och koppla ihop det med Programkontorets arbete så att planering av lokaler och verksamheternas placering i nya huset drar nytta av flödesprinciperna (Personaltidningen *Karolina*, 2012, s. 19).

Ambitionen var också att programkontoret initialt skulle integrera flödesarbetet med planeringen av verksamhetsinnehållet. I ett styrelseprotokoll från sommaren 2011 (i samband med tidig planering inför övertagande av ansvar för verksamhetsinnehåll) slås det till exempel fast att det är ”viktigt att arbetet med verksamhetsinnehållet och flödesarbetet samordnas” (Karolinska 2011a, s. 5). Från år 2014 och framåt planerades sedan programkontoret att ges en mer koordinerande roll och ansvaret för flödesarbetet att flyttas över till linjeorganisationen (Landstingsrevisorerna, 2014).

Idén om ständiga, stegvisa förbättringar av etablerad verksamhet – evolutionär förändring – krockade med den ursprungliga politiska visionen om att NKS skulle skapa revolutionär organisationsförändring där både arbetsätt och kultur skulle förändras i grunden (SLL, 2008). Flera delar av den ursprungliga visionen om NKS – om att utgå från patienten, skapa vårdkedjor och förutsättningar för processorienterade arbetsätt – fanns redan på Karolinska, och var inte heller nya tankar för svensk hälso- och sjukvård i stort (t.ex. Eriksson, 2005). Samtidigt har mötet mellan NKS-projektets vision om en ny organisation och det pågående förbättringsarbete som fanns på Karolinska beskrivits som problematiskt (t.ex. IP06).

Arbetet med managementmodellen Lean drevs av den dåvarande sjukhusdirektören. Enligt samma sjukhusdirektör var en central tanke med modellen strategin med ständiga förbättringar och långsiktighet. Samtidigt som Lean i sig hade mycket gemensamt med den organisationsförändring som NKS-projektet bar med sig (såsom flödesorganisering), kan en

sådan inkrementell syn på förändring – en evolutionär förändring – sägas stå i konflikt med förväntningar om en mer radikal förnyelse – revolutionär förändring – av organisationen både på nya Karolinska och i länet i stort.

Idén om den högspecialiserad vården modifieras

NKS-projektets vision mötte, genom Karolinskas programkontors arbete, en existerande praktik och verkliga förutsättningar – ett möte som skapade friktion. En person förklarar att ”ibland så krockar visionen och implementeringen lite grand och då måste vi hitta vägar runt” (IP32). Karolinskas första två år som ansvarig för den framtida verksamheten på NKS präglades av betydande justeringar av projektvisionen och idén om den högspecialiserade vården. Det nya sjukhuset växte under denna tid både i termer av verksamhetsinnehållets bredd och rent fysiskt i antal vårdplatser och byggnader som skulle inkluderas.

I NKS-projektets ursprungliga vision fanns ambitionen att koncentrera högspecialiserad vård i regionen till det nya sjukhuset (Grafström och Andersson, 2019; Öhrming, 2017). Den tidigare starka idén om högspecialiserad vård omdefinierades nu och modifierades till rådande förutsättningar för en sådan koncentration. Utgångspunkten blev den genomförda sammanslagningen av de båda platserna – Huddinge och Solna – och att den högspecialiserade vården skulle fördelas på dessa båda (och alltså inte endast förläggas i Solna). Detta markerades i protokoll från ledningsråd och styrelse genom att man talar om Nya Karolinska Solna (NKS) och Nya Karolinska Huddinge (NKH). I en intervju i *Sjukhusläkaren* (2012) betonade också dåvarande sjukhusdirektör att det inte var aktuellt att flytta på högspecialiserad verksamhet som var väl fungerande i länet. I en skrivelse till NKS-förvaltningen uppgav dåvarande sjukhusledning de stora risker ledningen såg med en alltför långtgående koncentration till Solna (Karolinska, 2011b):

Koncentration av all högspecialiserad vård till Solna innebär mycket stora genomföranderisker. Inriktningen för NKS verksamhetsinnehåll, koncentration av den högspecialiserade vården till det nya sjukhuset vore logisk om sjukhusets verksamhet skulle utformas från ”ett blankt papper”. Men med startpunkten i *dagens* verksamhetsfördelning mellan Solna och Huddinge skulle omfattande flyttar av verksamhet behöva ske. (Karolinska, 2011b, s. 2)

Genomföranderiskerna inkluderade att flytt av vård är tidskrivande och att de, enligt dåvarande sjukhusledningen, kan skapa stora verksamhetsstörningar och omställningskostnader. Samtidigt hävdades att annan flytt av verksamhet också troligen behövde ske – förutom på grund av NKS – när det gällde ”Landstingets strategier för privatisering och profilering av akutsjukhusen” (Karolinska 2011b, s. 1). Slutligen betonades också risker med att alltför omfattande vårdflyttar ”väsentligt reducerar den tid och kraft som ägnas utveckling av vården (t ex förbättrade patientflöden)”.

När Karolinskas sjukhusledning tidigare uttryckt kritik kring att NKS-förvaltningens arbete skapade parallella utvecklingsspår, där planeringen av NKS inte synkade med utvecklingen av ett gemensamt universitetssjukhus, drevs nu alltså utvecklingen mot att integrera dessa båda förändringsprocesser att dra åt samma håll. Även i våra intervjuer betonar flera personer att detta nu blev en uttalad ambition. En person i Karolinskas ledningsgrupp uttryckte det som att det hade varit direkt olämpligt att flytta all vård från Huddinge – särskilt de delar som var nära integrerade i Huddinge mellan forskning på KI och den kliniska verksamheten där (IP12). Ett återkommande exempel i våra intervjuer, och som skapade diskussion, är transplantation – ett vårdområde som definierades som högspecialiserad vård, men som alltså i programkontoret på Karolinskas arbete hade fortsatt placering på Huddinge (t.ex. IP12; IP43, se även Öhrming, 2017).

Ett breddat uppdrag för NKS hade direkt påverkan på vad som skulle flyttas in till och ut från Karolinska och aktualiserade inte minst frågan om antalet vårdplatser. Ursprungsplanen, med visionen om det lilla, högspecialiserade sjukhuset med ambition om korta vårdtider (eftersom patienter skulle flyttas vidare för eftervård vid andra sjukhus och med effektivare vårdprocesser), hade definierat ett behov av färre vårdplatser. Enligt en intervjuperson var det dock svårt att förstå hur platserna hade beräknats enligt de tidiga uträkningarna, vilket skapade en diskrepans mellan vision och verklig situation (IP32; se även IP12; IP37). Andra beräkningar vittnar om att Karolinskas programkontor inte gjorde samma bedömning om hur vårdplatser kunde nyttjas eller vilken typ av vård som kunde uteslutas från NKS än den som NKS-förvaltningen hade gjort. Den uppskattade beläggningsgraden på beräknade antalet vårdplatser ansågs vara för optimistisk. Nu krävde därför Karolinskas programkontor och sjukhusets ledning att antalet vårdplatser skulle öka för att kunna möta vårdbehovet. Det bedömdes också handla om patientsäkerhet (inte bra att flytta svårt sjuka personer) och risker för att förlänga den totala vårdtiden (t.ex. IP12). Arbetet med att försöka utöka antalet vårdplatser skapade

behov av att anpassa den nya byggnaden samt utöka den med ytterligare utrymme (jfr även Johannesson och Yngfalk, 2020).

De ursprungligt beräknade 550 vårdplatserna kom därför att utökas. I en presentation i november 2012 beskrevs detta av programkontoret som ”NKS med utökad kapacitet”, vilket motsvarade ytterligare 206 platser, det vill säga totalt 756 vårdplatser. Dessa jämfördes med antalet vårdplatser som Karolinska Solna hade då – i november 2012 – vilket var 877 platser och sattes i relation till att den demografiska utvecklingen förväntades skapa ett ökat vårdbehov om 15 procent till och med år 2020.

Akutmottagningen lyfts återkommande fram i våra intervjuer som ett exempel där de initiala ambitionerna om ett renodlat högspecialiserat uppdrag krockade med det planeringsarbete som nu genomfördes på Karolinskas programkontor. Att NKS, i linje med det högspecialiserade uppdraget, skulle ha någon form av anpassad akut var att betrakta som ett ingångsvärde i planeringsarbetet, men vad detta mer precist skulle innebära i praktiken var långt ifrån självklart (IP12). Det var en fråga, tillsammans med bland annat den tidigare nämnda diskussionerna om transplantation på Huddinge, som också skapade spänningar och diskussioner mellan de två programkontoren på Karolinska respektive på regionen centralt (t.ex. IP12; IP32), och det är en fråga som vi återkommer till längre fram.

Det omfattande arbete som Karolinskas programkontor hade genomfört – i samråd med arbetet med Framtidsplanen – resulterade i ett nytt tjänsteutlåtande om verksamhetsinnehållet på NKS (SLL, 2013a). I utlåtandet presenterades flera utgångspunkter för arbetet: att den högspecialiserade kapaciteten inom vård och forskning ska utnyttjas så ”effektivt som möjligt” samt ta hänsyn till befolkningstillväxt och prognostiserade ökade vårdbehov, att Karolinska Solna ska vara ”ett koncentrerat sjukhusområde med nära samband mellan vård, forskning och utbildning”, att antalet vårdplatser ska ”uppnå en god balans” i relation till ökade vårdbehov och Karolinska Solnas högspecialiserade uppdrag, och att en god struktur ska utvecklas för ”akut omhändertagande för både vuxna och barn” – också detta utifrån Karolinska Solnas högspecialiserade uppdrag (SLL 2013a, s. 2).

Tjänsteutlåtandet innehåller både skrivningar som återkommer från tidigare versioner om verksamhetsinnehållet, från NKS-försvatningens tid, och en del modifieringar. Det finns till exempel fortsatt en tydlig ambition om koncentration av högspecialiserad vård, men denna är

inte fullt ut så fokuserad på Solna, utan inkluderar i viss mån även Huddinge: ”Kapaciteten vid Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge (K Huddinge) 2018 har i arbetet med det framtida verksamhetsinnehållet bedömts förbli väsentligen oförändrad och produktionen uppskattas ligga kvar på motsvarande nivå som i dag” (SLL, 2013a, s. 7). Samtidigt poängterades att införandet av en ”anpassad akutmottagning” vid NKS medförde att förändringarna blev särskilt stora på Karolinska Solna.

I Landstingsfullmäktige i juni 2013 – i en debatt om Framtidsplanen och verksamhetsinnehållet – kritiserade dåvarande landstingsråd Hellmark Knutsson (s) genomförandearbetet och påtalade att både den förändrade sjukvårdsstrukturen i länet och vad som ska flytta in i det nya sjukhuset har tagit för lång tid: ”Det här har nu varit beställt under lång tid, men vi vet ännu inte verksamhetsinnehållet för det nya sjukhuset” (Landstingsfullmäktige, 2013a, anförande nr 26). Landstingsrådet menade också att detta att precisering dröjer hade lett till begränsningar i vad som är *möjligt* att koncentrera till det nya sjukhuset:

Det blev inte bara en samling av högspecialiserad vård. Nu är det snarare så att det är högspecialiserad vård men också vanlig akutsjukvård och specialistsjukvård. I stället för att åstadkomma en omstrukturering har det blivit ett skifte av olika sorters specialistvård mellan de olika sjukhusen. (Landstingsfullmäktige, 2013a, anförande nr 336).

Nyman (KD), en av de centrala politikerna bakom NKS (se t.ex. Johannesson och Qvist, 2019), kommenterade utvecklingen om den högspecialiserade vården i sin replik:

Jag måste i klarhetens intresse få svar på frågan: I vilket dokument står det att all högspecialiserad vård skulle koncentreras till Nya Karolinska? Min bild sedan nu ganska många år tillbaka är att det ska vara högspecialiserad och specialiserad vård och en viss inflyttning av viss högspecialiserad vård till NKS, men inte all sådan vård. Det har inte förekommit i något dokument, utom möjligen i något som jag har missat och som du har hittat och som inte finns. (Landstingsfullmäktige, 2013a, anförande nr 337).

Även andra politiker noterade i sina debattinlägg att det förslag som nu gavs vad gäller verksamhetsinnehåll (Landstingsfullmäktige, 2013a) var bredare jämfört med tidigare. Öberg (MP) hänvisade till exempel till utmaningar med bassjukvård och specialiserad vård och förespråkade att det därför just var läge att frånga ambitionerna med NKS som ”Europaledande

på högspecialiserad vård och forskning”. Det behövdes, enligt Öberg, helt enkelt prioriteras utifrån faktiska behov, och därför behövde även vissa ursprungliga prioriteringar med det nya sjukhuset ifrågasättas. Här noterade hon att ”ni har redan förändrat innehållet lite grand utifrån det faktum att vi står inför ett annat läge i dag. Det är bra.” (Landstingsfullmäktige, 2013a, anförande nr 341).

Sammanfattningsvis präglades arbetet med verksamhetsinnehållet på Karolinskas programkontor under åren 2012 och 2013 av att de långtgående ambitionerna om att koncentrera den högspecialiserade vården till det lilla sjukhuset i Solna mjukades upp. Idén om den högspecialiserade vården justerades: antalet vårdplatser utökades och Huddinge inkluderades i planerna. Politikernas intresse för och ambitioner med projektet karaktäriseras av otydlighet. Inte ens de ledande politiker som tidigare hade förespråkat just en koncentration av den högspecialiserade vården till Solna var lika tydliga med det längre. Det blir därmed tydligt att en idé – som den om högspecialiserad vård och ambitionen om att koncentrera denna vård till en plats, ett sjukhus – kräver ett starkt aktörskap, också i en genomförandefas. När idén nu mötte praktiken uppstod en rad ”motkrav” som i sin tur banade väg för justeringar – och också ett minskat stöd, även från de som tidigare förespråkat idén. Det blev helt enkelt inte lika legitimt och eftersträvansvärt att förespråka en stark koncentration.

Skifte i styrelse och ledning – nya aktörer och idéer (åren 2013-2014)

Karolinskas övertagande av ansvaret för verksamhetsinnehållet skapade initialt, som vi har visat ovan, en situation där projektets ursprungliga vision – om ett litet och renodlat högspecialiserat sjukhus – justerades och idén om den högspecialiserade vården försvagades. Det pågående förbättringsarbetet, enligt managementidén Lean, som dåvarande sjukhusledning hade initierat och drev, skulle bli en del av den verksamhet som flyttade in i de nya lokalerna. Det innebar att de tidigare mer radikala ambitionerna, som NKS-förvaltningen hade engagerat sig i, var svåra att retoriskt hålla liv i då de krockade med den dåvarande sjukhusdirektörens engagemang för ständiga förbättringar och flödesarbete (enligt Lean-modellen).

Perioden under den dåvarande sjukhusdirektören och dennes förändringsarbete kom dock i sin tur att bli kortvarig. Åren 2013 och 2014 blev nämligen turbulenta på Karolinska med förändringar i såväl sjukhusets styrelse och ledning med en ny styrelseordförande samt en ny sjukhusdirektör och en ny produktionsdirektör tillsattes. Med avsättandet av den gamla sjukhusdirektören – och tillsättandet av nya personer i ledningen – försvagades engagemanget

för lean samtidigt som detta banade väg för att en ny managementidé introducerades, den så kallade värdebaserade vården. De förändringar som inträffade under den här perioden illustrerar vi i det följande med två centrala händelser: dels den debatt om lämplighet som fördes i samband med att en ny styrelseordförande tillsattes i oktober 2013, dels hur tillsättandet av en ny sjukhusdirektör (och därmed avsättandet av den gamla) samt tillsättandet av positionen som produktionsdirektör kan förstås som en kamp mellan två managementidéer: Lean och värdebaserad vård.

Föreslagna styrelseordföranden skapar debatt om lämplighet

Efter att Karolinskas dåvarande styrelseordförande gått i pension tillträdde en ny styrelseordförande i oktober 2013. Därefter följde stora förändringar med flera nya utnämningar till ledande poster i sjukhusets styrelse och ledning. Dessa utnämningar möjliggjordes delvis på grund av de särskilda organisatoriska arrangemang som präglade Karolinska – med opolitiska och externt tillsatta styrelseledamöter. Detta skapade förutsättningar för ett skifte i styrelsen, som i sin tur förändrade förutsättningarna för det pågående förändringsarbetet. I samband med processen med att tillsätta en ny styrelseordförande inleddes blev konfliktytor synliga, vilket blev särskilt tydligt då den tilltänkta styrelseordförandes lämplighet utreddes och diskuterades.

Dåvarande landstingsdirektör valde att inför tillsättandet av en ny styrelseordförande utreda den föreslagna kandidatens lämplighet för uppdraget. Detta hade föranletts av en partipolitisk diskussion om denne. Den föreslagna personen hade varit medgrundare till flera privata vårdbolag, såväl inom primärvård som inom den specialiserade vården, och satt också vid den här tiden i styrelsen för flertalet av dessa bolag. Denne hade i sin roll som det privata vårdbolaget Capios grundare och förste vd förespråkade marknadslösningar och ställt sig kritisk till hur offentlig sjukvård organiserades. I en intervju i Blomgrens och Sundéns (2009) studie om vårdföretaget Capio och marknadsiseringsprocesser i hälso- och sjukvårdssektorn förklarade till exempel grundaren att ”den traditionella organiseringen och styrningen av vården har lett till ett ’groteskt slöseri’ som bara kan rättas till med ordentliga metoder för att mäta vad som går in och vad som kommer ut ur vården” (Blomgren och Sundén, 2006, s. 128).

Advokatbyrån Setterwalls gavs uppdraget att utreda den tilltänkta styrelseordförandes lämplighet till uppdraget. Advokatbyrån utgick i sin bedömning från aktiebolagslagen, Sveriges Aktiesparares riksförbund, börsens krav på oberoende, regler i marknadsmissbrukslagen samt den svenska koden för bolagsstyrning (kallat ”Koden”).

Bedömningen utgick alltså inte från kommunallagen, detta trots att Karolinskas styrelse är en nämnd och inte ett bolag. Det motiverades av att detta var SLL:s önskemål:

KS är inte ett aktiebolag utan en nämnd i den mening detta begrepp förekommer i kommunallagen. Vid tillsättningen av posten som styrelseordförande inom KS är det dock SLLs mening att processen ska följa den som normalt gäller hos ett publikt bolag. (Setterwalls, 2013, s. 2)

Bakgrunden till att Setterwalls fick uppdraget att utreda frågan var alltså den tilltänkta styrelseordförandes ”relativt omfattande engagemang” (ibid., s. 3) i ett antal olika bolag. Det gällde tre grupper av bolag: Global Health Partners (GHP), Unilabs samt kategorin ”övriga”. I den sistnämnda kategorin ingick konsultbolaget IVBAR AB, ett forskningsbolag startat av en doktorand vid KI, som ägnade sig åt värdebaserad vård, främst värdebaserade ersättningssystem och som SLL vid tiden hade ett samarbete med. IVBAR hade då också kontakter med professor Michael Porter, ofta beskriven, tillsammans med Elisabeth Teisberg, som initiativtagare till den värdebaserade vården (se Porter och Teisberg, 2006). Kategorin ”övriga” omfattade nio bolag, varav tre var verksamma inom vården.

Advokatbyråns slutsats var att kandidaten inte var lämplig som styrelseordförande under rådande omständigheter. Skälen till detta var flera. En central aspekt handlade om *förtroendet* för Karolinska, ett förtroende som skulle kunna påverkas negativt av det faktum att kandidaten hade engagemang i privata vårdbolag, samtidigt som han skulle inneha posten som styrelseordförande i Karolinska. Setterwalls pekade på att förtroendefrågan var viktig också i näringslivet men är än mer ”accentuerad” i Karolinska (Setterwalls, 2013, s. 4). Samtidigt påpekades att även om det saknades tydliga regler gällande detta fanns det ändå en risk att kandidaten av nämnda skäl inte skulle ”åtnjuta förtroende” (ibid). Ytterligare en problematisk aspekt, kopplad till förtroendefrågan, handlade om oberoende/beroende. Setterwalls hävdade att den föreslagna kandidatens engagemang i privata vårdbolag ledde till att han inte kunde ”anses vara oberoende till KS”. Även om regelverket inte heller på denna punkt gav tydliga besked om huruvida engagemanget i bolagen utgjorde ett lagmässigt hinder för ordförandeskapet i Karolinska, menade advokatbyrån att det ändå ledde till osäkerhet, särskilt som det just handlade om ett ordförandeskap. Frågan hade, menade Setterwalls, inte varit lika känslig om det gällt övriga styrelseledamöter.

Till detta kom att den föreslagna personen, som ordförande i Karolinska och med engagemang i privata vårdbolag, skulle kunna ”komma i besittning av information som i andra sammanhang vore att betrakta som insiderinformation” (ibid., s. 5). Ytterligare en problematik handlade om att kandidaten var engagerad i bolag som samtidigt hade affärsförbindelser med Karolinska, vilket kunde medföra att det ”sannolikt uppkom situationer som skulle lägga en hämsko på effektiviteten i fullgörande av sitt uppdrag” (ibid., s. 5). Setterwalls ansåg dessutom att kandidatens många engagemang riskerade att leda till att han inte hade förutsättningar att ägna tillräckligt med tid åt ordförandeskapet i Karolinska, något som ”strider mot [...] synsätt såväl i aktiebolagslagen som i Koden” (ibid., s. 4). Avslutningsvis lyftes den potentiella problematiken med negativ medial uppmärksamhet. Skulle det inträffa en händelse i något av de vårdbolag som kandidaten var engagerad i som väckte sådan negativ uppmärksamhet fanns det risk att det också skulle leda till ”negativa konsekvenser” för Karolinska (ibid., s. 5). Återigen konstaterades att detta inte utgjorde ett generellt hinder för personen att bli ordförande men att det ändå var att betrakta som en riskfaktor.

Setterwalls föreslog som en möjlig lösning att kandidaten lämnade samtliga uppdrag i GHP, det vill säga det bolag som ansågs mest problematiskt. Valdes det alternativet skulle det i sin tur ”eliminera” flera av de hinder och riskfaktorer som har angivits ovan. Kritik skulle dock fortfarande kunna riktas mot personen för att han innehar alltför många styrelseuppdrag (ibid., s. 6). Kandidaten valde också att lämna GHP men nya diskussioner om jäv uppstod senare, efter det att han hade tillträtt som styrelseordförande.

Nomineringen av den nye styrelseordföranden ledde till debatt i fullmäktige. Det är ytterst ovanligt att ett utnämningssärende blev föremål för debatt i fullmäktige. Enligt debattprotokollet hade detta senast skett på 1980-talet. Debatten och voteringen initierades av Vänsterpartiet, som tydligt tog avstånd från den föreslagna kandidaten till posten som Karolinskas nya styrelseordföranden. I Sevefjords (v) inledande debattinlägg beskrevs den tilltänkta styrelseordförande som ”en av de absolut ledande företrädarna för den privatiseringspolitik som förs i Stockholms läns landsting” och som direkt olämplig för styrelseuppdraget. Sevefjord pekade särskilt på de jävssituationer som enligt henne var oundvikliga. Hon exemplifierade bland annat med kandidatens tidigare engagemang som vd i GHP – som har som affärsidé att satsa på högspecialiserad vård. Sevefjord avslutade sitt inlägg med att ytterligare betona hur olämplig hon ansåg att personen var som kandidat till ordförandeposten.

Han är en av de mest framträdande privatiseringsivrarna i hela detta land! Han har stora intressen i att så mycket som möjligt av den högspecialiserade vården privatiseras. Är det verkligen så att han då också ska få vara ordförande för vårt finaste sjukhus? Är det rimligt? Tycker ni i den här salen verkligen att det är rimligt?

Vi tycker också att det här är ett sätt – faktiskt – att bakvägen privatisera vårt universitetssjukhus. Man lyfter in en ledande företrädare för privatiseringsvågen som styrelseordförande. Då behöver man inte sälja ut sjukhus. Det räcker ju med att vi placerar de ledande privatiseringsföreträdarna i ledningen för universitetssjukhus och akutsjukhus i Stockholms läns landsting. (Landstingsfullmäktige, 2013b)

Silvestri (MP) sade sig vilja komplettera och nyansera Sevefjords bild av kandidaten. Denne ansåg att det inte nödvändigtvis var ett problem att den tilltänkte styrelseordföranden hade ”en väldigt framgångsrik företagarkarriär” bakom sig – det kan både ses som en tillgång och ett hot och Silvestri förklarade att han själv inte tog ställning i frågan. Han öppnade dock för att Karolinska skulle kunna ses som ett ”kunskapsföretag” och då skulle den tilltänkta styrelseordföranden vara ”en inspirerande, intressant och visionär ledare för framtiden”. Silvestri efterfrågade dock mer information och insyn i vilka engagemang – med den potentiella risken för jävssituationer – som kandidaten borde lämna. I nästa inlägg, av Nyman (kd), gavs tydliga löften om att alla jävssituationer kommer att elimineras:

När Per Båtelson tillträder som styrelseordförande för Karolinska universitetssjukhuset kommer han inte att ha några bindningar till något företag, så risken för jäv är alltså därmed eliminerad (Landstingsfullmäktige, 2013b).

Nyman hänvisade alltså här till att kandidaten, enligt advokatbyrån Setterwalls rekommendationer, hade lämnat styrelseengagemang i de bolag som ansågs problematiska. Därefter listade Nyman alla de goda kvaliteter och värdefulla erfarenheter som han ansåg Båtelson besitta. Han hänvisade också till det organisatoriska sammanhang – till de regelverk – som ska säkerställa en demokratisk ordning och menade att det helt enkelt inte kommer att gå att runda dessa. Den föreslagna styrelseordföranden hade alltså enligt Nyman ett begränsat handlingsutrymme och regelverket gjorde, enligt Nyman, att eventuella kritiker kunde vara lugna:

Det kanske förtjänas påpekas att Karolinska universitetssjukhuset har vissa ägardirektiv som är beslutade i demokratisk ordning. Jag utgår ifrån att han kommer att följa dem som styrelseordförande. I annat fall så kommer han att få det väldigt svettigt både på möten och i andra sammanhang. Jag tror att vi ska se med tillförsikt fram emot hans tillträde som ordförande för Karolinska universitetssjukhuset. (Landstingsfullmäktige, 2013b).

I Sevefjords svar återkom hon till det problematiska med den tilltänkta styrelseordförandes starka ställning i och engagemang för privatisering av sjukvården och kallar det för en total ”sammanblandning av privat och offentligt”. I det avslutande replikskiftet mellan Sevefjord och Nyman ställdes Sevefjords farhågor om att kandidatens ”värderingar, tankar och idéer” skulle komma att finnas med honom in på sjukhuset och skapa problem mot Nymans löfte om att den föreslagna kandidaten inte skulle komma att ha någon annan agenda ”än den som gäller inom ramen för ägardirektiven för Karolinska universitetssjukhuset”. I en reservation till förslaget om den nya ordföranden pekade (v) också på behovet av att denne bör ha kompetens och erfarenhet från offentlig sektor:

Skälen är inte personliga, utan principiella. Vi anser att Karolinska Universitetssjukhuset behöver en person i sin ledning med kompetens och erfarenhet från offentlig sektor (SLL, 2013c).

Vid voteringen efter debatten motsatte sig endast ledamöter från Vänsterpartiet förslaget om ny styrelseordförande. Vänsterpartiet kom dock längre fram att i Landstingsfullmäktige (2018) återkomma till det, som partiets företrädare uppfattade det, problematiska med att ha personer från näringslivet i sjukhusets styrelse och ledning. Eftersom (v) var det enda parti som motsatte sig den föreslagna kandidaten kunde dock den nye styrelseordförande, den 22 oktober 2013, tillträda i rollen som styrelseordförande för Karolinska. I en artikel i sjukhusets personaltidning *Karolina* uppgav styrelseordföranden att han inte skulle driva en privatisering av Karolinska och kallar det för ”befängt” att ens tänka sig det. Däremot poängterade han vikten av att Karolinska inte blir ”isolerat i den omflyttning av vård som pågår i Stockholm”:

Idag söker alla samarbetspartners runt Karolinska och offentlig och privat sjukvård jobbar ihop. Här är inte Karolinska med på banan och det tycker jag är tråkigt. (*Karolina*, 2013, s. 14).

Sammanfattningsvis kan vi alltså konstatera att det var ovanligt med en debatt i utnämningssärenden och att de som var kritiska till den föreslagna kandidaten som ny ordförande framför allt pekade på dennes bakgrund i den privata vården – att han hade med sig ”privatiseringsidéer” och att det fanns risk för jävssituationer. Detta skulle i sin tur kunna leda till problem med Karolinskas legitimitet och oberoende. Förespråkarna av den nye styrelseordföranden, som var i stor majoritet, betonade dock personens bakgrund som positiv. Han ansågs ha en särskilt kompetens med sin långa erfarenhet i olika vårdbolag. Dessa menade också att risken för att jävssituationer skulle uppstå minimerades genom att personen lämnade uppdrag i de bolag som av advoktabyrån hade framhållits som problematiska. Då endast ett parti motsatte sig den föreslagna kandidaten visar detta att den generella uppfattningen inom politiken var att det var relativt oproblematiskt med en ny styrelseordförande, som hade en bakgrund i privat vårdsektor. Debatten om styrelseordförandens lämplighet kan också förstås som ett slags pågående förhandling mellan offentligt och privat, där gränserna mellan dessa kan sägas ha suddats ut.

Kampen om organisationsförändringen: Lean mot värdebaserad vård

Den nya styrelseordförande kan, utifrån fullmäktigedebatten, betraktas som en bärare av ideal och idéer om marknaden. Det var inga nya idéer på Karolinska – i stället kan vi förstå det som att det blev en dragkamp mellan den redan etablerade managementidén Lean, och arbetet med ständiga förbättringar och flöden, och managementidén värdebaserad vård. Som vi har visat tidigare i denna rapport var Lean den verksamhetsmodell som hade använts en längre tid på Karolinska, men dess betoning av ständiga förbättringar med en evolutionär syn på organisationsförändring uppfattades inte möta de behov av radikala organisationsförändringar som den nya ledningen ansåg var nödvändiga (se t.ex. IP36; IP40). Situationen gjorde att den värdebaserade vården framstod som en attraktiv – och inte minst ny – lösning som kunde utgöra en omstart för sjukhuset och bakas in som en central komponent i visionen om Nya Karolinska.

Vi förstår skiftet av sjukhusdirektör för Karolinska under 2014 som en del av en kamp om två managementidéer – den om Lean respektive den om värdebaserad vård. Kampen vittnar också om trendkänsligheten hos idéer – nu stod inte längre Lean för det ”nya” och det ”moderna” (jfr t.ex. Erlingsdóttir, 2010; Walshe, 2009). Planerna på förändrade arbetssätt samt förändrad organisation och kultur, som det nya sjukhuset skulle medföra, gifte sig också väl med mer

radikala anspråk på förändringar – som uttrycktes i idén om den värdebaserade vården, och hur denna idé var tänkt att genomföras på Karolinska.

Värt att notera är att den tidigare sjukhusdirektören och dennes idéer om förändringsarbetet på Karolinska hade utmanats redan under år 2012 – det vill säga det år då Karolinska övertog ansvaret för verksamhetsinnehållet från NKS-förvaltningen. Då genomfördes ett pilotprojekt med ett försök om införande av den värdebaserade vården. I vår intervju med dåvarande sjukhusdirektören skedde denna försöksverksamhet genom att BCG – som alltså vid den här tiden var involverade i arbetet på Karolinskas programkontor – drev ett aktivt påverkansarbete om att få utveckla denna försöksverksamhet vidare (IP22). Enligt en rapport från Karolinskas internrevision beskrevs pilotprojektet som att BCG erbjöd universitetssjukhuset ”gratis” konsultverksamhet med ett två veckors introducerande av värdebaserad vård på sjukhuset (Karolinska, 2018). Detta erbjudande innebar enligt samma revisionsrapport att BCG lånade ut två konsulter varav den ena senare skulle bli sjukhusets produktionsdirektör med ansvar, bland annat, för det som kom att kallas den nya verksamhetsmodellen, där den värdebaserade vården utgjorde en central beståndsdel (se vidare om detta nedan). Karolinskas internrevisor kritiserade universitetssjukhusets ledning för att den hade tagit emot detta ”gratis” konsultstöd med följande motivering:

2012 lånade BCG ut två konsulter ”gratis” till sjukhuset för att stötta aktivitet 2 i sjukhusets *Verksamhetsplan för 2013 - Analysera hur vi kan mäta vårdkvalitet i förhållande till kostnad*. Ofta beskrivs det som benämns värdebaserad vård (VBV) som just detta att mäta vårdkvalitet i förhållande till kostnaden. Att ”gratis” låna konsulter från ett konsultföretag som man senare tecknar avtal med inom samma konsultkategoriområde måste ses som direkt olämpligt (Karolinska, 2018, s. 6).

Samtidigt som dåvarande sjukhusdirektör fortsatte att engagera sig i Lean och arbetet med ständiga förbättringar, blev den värdebaserade vården en allt vanligare punkt på dagordningen under åren 2013 och 2014, på såväl möten med Karolinskas ledning (Karolinska, 2013c; Karolinska 2013d) som med styrelsen. Vid ett möte i maj år 2013 gästades ledningen av KI:s dåvarande prorektor. Prorektorn gavs utrymme att tala under punkten ”inför nya Karolinska”. Enligt protokollanteckningarna framhöll prorektorn att:

KI:s grundsyn är att bara en välorganiserad sjukvård av högsta kvalitet långsiktigt kan vara grund för KI:s forskning och utbildning. KI:s sammanfattande åsikt är att sjukvården bör följa principen om VBHC [dvs. *Value-Based Healthcare*, den engelska beteckningen för värdebaserad vård, vår anm.] [...] VBHC ger ekonomiskt stabil sjukvård [...] VBHC ger efterfrågan på forskning/innovation och kunskapsstyrning för ökat patientvärde. (Karolinska 2013d).

Prorektorn hade ett drygt halvår tidigare, i november 2012, publicerat en debattartikel, författad tillsammans med det tidigare nämnda konsultbolaget BCGs vd och professor Porter, i *Dagens Nyheter*, där de presenterade den nya internationella organisationen ICHOM (International Consortium for Health Outcomes Measurement, se Ingvar m.fl., 2012). ICHOM är en stiftelse med syfte att utveckla globala standardset för att ”underlätta internationella jämförelser av utfall och ligga till grund för införandet av värdebaserade styrsystem i vården” (Krohwinkel m.fl., 2019, s. 24). De tre författarna beskrev i debattartikeln prorektorn, BCG och professor Porter som grundare till organisationen, som verkande för spridning av värdebaserad vård internationellt.

Vid ett möte längre fram anordnade BCG ”en inspirationsföreläsning”, vilket av ledningsgruppen beskrevs som ett ”guldorn” under mötet (Karolinska, 2013e). Idén om den värdebaserade vården hade alltså börjat diskuteras i Karolinskas ledningsgrupp, styrelse och bland andra organisationer, men diskussioner om ett värdebaserat ersättningssystem fördes också centralt inom SLL. Försöksverksamhet med ett sådant ersättningssystem hade också genomförts gällande knä- och höftledsoperationer (Krohwinkel m.fl., 2019) – ett försök som den amerikanska professorn delvis var involverad i. Ett värdebaserat ersättningssystem innebär att vårdgivaren ersätts för hela vårdförlopp i stället för enskilda insatser och förespråkare för detta system menar att det innebär ett skifte från fokus på produktivitet till kvalitet/utfallsmått (se t.ex. Porter och Teisberg, 2006). Möjligheterna med ett sådant ersättningssystem betonades också i det andra steget av FHS, den så kallade Framtidsplanen (SLL, 2013b).

Som vi har visat ovan var Lean-modellen fortfarande under år 2013 den managementidé som var styrande för förändringsarbetet på Karolinska. Men samtidigt pågick alltså försöksverksamheter med värdebaserad vård och diskussioner om värdebaserad vård fördes i olika sammanhang. I skiftet mellan de två managementidéerna fanns det också exempel på försök (åtminstone i retoriken) att integrera dem båda med varandra. I verksamhetsplanen för

år 2014, som togs fram under år 2013, förklarades till exempel att ett mål för kommande år var att ”integrera den värdebaserade vården med flödesarbetet (enligt Lean, vår anm.)” (Karolinska, 2013f). Lean-arbetet betraktades alltså fortsatt som central, och något som den värdebaserade vården skulle anpassas till. I en ledare i universitetssjukhusets personaltidning *Karolina* beskrev den dåvarande sjukhusdirektören sin syn på införandet av värdebaserad vård och dess relation till det redan pågående arbetet enligt Lean:

Inom vården har vi ofta svårt att ta fram relevanta mått för vad vårdinsatsen betyder för patienten. Kvalitetsmått stannar vid överlevnad på lång eller kort sikt. Livskvalitet är svårare att definiera, men nödvändigt. Hur ska vi annars veta vilken nytta vi egentligen åstadkommer? Det här är vitsen med värdebaserad vård, en av de prioriterade aktiviteterna i verksamhetsplanen för 2014. Vi behöver ta fram utfallsmått ur våra flöden som är viktiga för patienterna. Det handlar inte om att ersätta flödesarbetet (enligt lean, vår anm.), en missuppfattning som jag har förstått förekommer. Det handlar om en utveckling [...] flödesarbetet har alltid handlat om [...] kvalitet, patientsäkerhet, tillgänglighet och en bättre arbetsmiljö. Vi inför värdebaserad vård som ett sätt att komma igång med kvalitetsmätning. Jag tror att det ger motivation till att vilja arbeta med ständiga förbättringar (*Karolina*, 2014).

I ledaren betonades alltså att avsikten *inte* var att ersätta Lean med den värdebaserade vården – tvärtom argumenterade sjukhusdirektören för tanken att den värdebaserade vården skulle stärka Lean-arbetet i de delar som för närvarande var svagare. Enligt det här resonemanget skulle Lean och värdebaserad vård alltså kunna komplettera och stödja varandra. Av ledaren framgick det dock att det var vissa aspekter av värdebaserad vård som lyfts fram; betoningen av att mäta vårdens värde för patienten (genom att skapa utfallsmått) för att därigenom stärka vårdens kvalitet. Vid den här tiden var idén om värdebaserad vård ännu inte uttalat kopplad till genomförandet av de stora organisationsförändringar som längre fram kom upp på dagordningen och blev kontroversiella. Under den tidiga period för introducerandet av den värdebaserade vården betonades i stället ambitionen att skapa ”värde för patienten” (genom utfallsmått) och idén om ett värdebaserat ersättningssystem.

Ett drygt år senare, år 2014, kom dock den värdebaserade vården ändå att antas som Karolinskas ”huvudstrategi” (Karolinska, 2014a). Den nya strategin inkluderade också ett fokus på att skapa en organisationsmodell, en styr- och uppföljningsmodell, affärsutveckling och alliansskapande

samt integration mellan KI och nya Karolinska (ibid). Karolinskas nya huvudstrategi presenterades för styrelsen av den nya styrelseordföranden. I samband med detta beslut uppgavs Karolinskas nya vision vara ”värdebaserad och högspecialiserad vård i världsklass” (ibid). Vid styrelsemötet blev spänningen och sprickan mellan styrelseordförande och den dåvarande sjukhusdirektören tydlig, en spänning som också bekräftas av intervjupersoner (IP22; IP36). I ett tillägg till beslutet om den nya visionen uppgav sjukhusdirektören att han:

[...] ser en viss värderingsskillnad i det förslag som ordförande presenterade jämfört med det arbete som bedrivits hittills. Främst gäller detta den kommersiella synen. Verksamhetsplanen för 2014 är redan fastställd och inspel kan inte göras förrän till verksamhetsplanen för 2015. Sjukhusdirektören påpekade också vikten av att styrelsen inte blir operativ i sin ledning av sjukhuset utan tydligt låter ledningen sköta denna uppgift (Karolinska, 2014a).

Enligt protokollet instämde flera styrelseledamöter i sjukhusdirektörens kommentar om ansvarsfördelningen mellan sjukhusledning och styrelse. Arbetet med införandet av värdebaserad vård intensifierades dock nu (IP22; IP36) och målet sattes att fram till år 2018 skulle 80 procent av verksamheterna organiseras i flöden enligt den värdebaserade vården.

I samband med styrelsemötet blev det också klart att den dåvarande sjukhusdirektören skulle lämna sitt uppdrag. Det är, menar vi, en central händelse, inte minst eftersom denne varit drivande bakom förändringsarbetet enligt Lean – och motståndare till ett alltför ”kommersiellt” tänkande – och därigenom hade utgjort försvaret av den tidigare ordningen. Därmed undanröjdes också ett hinder på vägen mot ett mer radikalt förnyelsearbete och en större omorganisering av Karolinska. Vägen öppnades nu för att rekrytera andra personer till Karolinskas ledning som delade den nya styrelseordförandens förändringsambitioner. Vi menar att rekryteringen av de här nya personerna var en viktig förutsättning för genomdrivandet av de stora förändringarna. Bland de nyrekryterade fanns personer som delade starka idéer om förändringar, och bland dessa fanns också individer som hade kopplingar till organisationer med intressen i den värdebaserade vården. Detta kan, i linje med Blomquist och Jacobsson (2002), förstås som att det hade etablerats koalitioner av aktörer och idéer, där aktörerna delade en viss syn på vilka förändringar som borde prioriteras och hur dessa förändringar lämpligen skulle genomföras. Detta kom att påverka förutsättningarna för det fortsatta förändringsarbetet på sjukhuset.

En central rekrytering, under den nya styrelseordföranden, gällde uppdraget som ny sjukhusdirektör. Den nya sjukhusdirektören framhölls av Karolinska som särskilt meriterad eftersom han i sin tidigare karriär, i Holland, hade haft ett ”särskilt innovativt tänkande [...] i vårdens utförande” samt att han tidigare hade genomdrivit ”omfattande förändringsprocess för ökad kvalitet i vård, forskning och utbildning” (Karolinska, 2014b). Styrelseordföranden uppgav också att personen ”visat en enastående förmåga att driva förändringar i patienters intresse” (ibid). Den nya sjukhusdirektören tillträdde i oktober år 2014 och nästan omedelbart därefter förändrades protokoll från ledningens och styrelsens möten. Lean, som tidigare hade varit en stående punkt på dagordningen, försvann och ersattes med den värdebaserade vården och (senare) den nya verksamhetsmodellen. Betoningen av att Karolinska var i färd med att genomgå en stor förändringsprocess kommer till uttryck genom att man nu började tala om Karolinskas ”förändringsresa”. Enligt flera av våra intervjupersoner rekryterades också den nya sjukhusdirektören med ett tydligt uppdrag att just driva NKS-projektet, och de stora förändringar som detta skulle innebära, med större intensitet (IP36; IP40).

Den nya sjukhusdirektören etablerade också ett nära samarbete med en annan nyckelaktör för ”förändringsresan” – och för den värdebaserade vården – nämligen den nya produktionsdirektören. Personen hade tidigare arbetat som konsult för BCG och gick nu från sitt konsultarbete (med Karolinskas programkontor) till tjänsten som produktionsdirektör. Ett år senare skulle produktionsdirektören medverka i upphandlingsprocessen av sin tidigare arbetsgivare, vilket ledde till debatt i medierna. Genom denna rekrytering hade konsultbolaget nu två före detta anställda i sjukhusets styrelse och ledning. Sedan år 2007 var nämligen en för detta Nordenchef för bolaget ledamot i styrelsen.

Endast ett drygt år efter att den nya styrelseordförande hade tillträtt sin post på Karolinska avgick han. Det skedde i slutet av december år 2014. Landstinget hade då ånyo givit advokatbyrån Setterwalls i uppdrag att utreda ordförandens relationer till olika privata vårdbolag. Utredningen initierades efter att det hade uppdragats (bland annat i en artikel i *Läkartidningen*) att styrelseordförandens sons bolag Healthwing hade haft ett samarbete med Karolinska, rörande möjligheterna för Karolinska att erbjuda utlandsvård (Setterwalls, 2014). Till saken hörde att styrelseordförande hade haft aktier i Healthwing. Styrelseordföranden avyttrade dock sina aktier i bolaget i september 2014 (ibid., s. 2). Advokatbyrån konstaterade att det inte ”förelagat ett formellt jävsförhållande [men att] detta ändå måste betraktas som olämpligt, med hänsyn till släktskapsförhållande [...]” (ibid). Utredningen visade också att styrelseordförande hade styrelseengagemang i två andra bolag, Swecare AB och IVBAR AB.

Swecare hade bland annat som verksamhetsmål att bedriva tjänsteexport av hälso- och sjukvårdstjänster. Även Karolinska erbjöd export av utlandsvård (med styrelsens kännedom men utan uttalat uppdrag om detta), vilket ledde till att ”frågor av jävskaraktär” beträffande styrelseordförande, restes. Setterwalls konstaterade avslutningsvis att ”styrelseordförandens engagemang i IVBAR AB och Swecare AB innebär också en jävsproblematik.” En jävsproblematik som beskrevs på följande sätt:

Redan den omständigheten att det skulle kunna misstänkas att Per Båtelson i sin egenskap av styrelseordförande i KS skulle komma att ta obehöriga hänsyn, eller att han på något annat sätt skulle komma att utnyttja sin befattning till förmån för de nämnda bolagen innebär att hans engagemang i dessa bolag måste anses som olämpligt och kunna rubba förtroendet för honom som styrelseordförande för KS (Setterwalls, 2014, s. 2).

Dåvarande landstingsdirektör förklarade styrelseordförandens avgång med att ”jag [vill] undvika risken för eventuella framtida intressekonflikter för Per Båtelson. Det ligger i linje med de slutsatser som en advokatfirma tagit fram på vårt uppdrag” (SLL, 2014b). Ny styrelseordförande blev en tidigare VD för AstraZeneca. Denne var sedan några år tillbaka ledamot i sjukhusets styrelse. Också den nya styrelseordföranden blev föremål för medial granskning i *Dagens Nyheter*, då tidningen hävdade att denne befann sig i en potentiell intressekonflikt (*Dagens Nyheter*, 2018). Intressekonflikten skulle enligt *Dagens Nyheter* handla om att Karolinskas nya styrelseordförande samtidigt var ordförande för ett läkemedelsbolag som betalade Karolinska för att få göra kliniska tester på patienter.

År 2013, och särskilt år 2014, var sammanfattningsvis händelserika och turbulenta där flera av personerna på de ledande posterna byttes ut, varav den som styrelseordförande alltså både hann tillsättas och bytas ut på nytt. Vi har här förstått det som ett skifte som framför allt markerades av bytet av sjukhusdirektör och styrelseordförande, där särskilt den tidigare sjukhusdirektören förknippades med förändringsarbetet enligt Lean-modellen och som nu lämnade sjukhuset. Nya personer rekryterades i stället, flera med bakgrund från näringslivet och några av dessa med kopplingar till organisationer med intressen i den värdebaserade vården. Med dessa nya aktörer på centrala positioner inom sjukhusets styrelse och ledning öppnades också dörrarna för nya idéer. NKS blev därför något av en magnet, som inte bara drog till sig, utan också i sig självt blev en grogrund för idéer om det framtida sjukhusets – och sjukvården i bredare bemärkelse –

organisation. I avsnittet har vi visat vi hur en managementidé – Lean – gradvis ersätts av en annan – idén om den värdebaserade vården.

Utvecklingen på Karolinska överensstämmer därmed med tidigare studier av hur managementmodeller som visar att dessa ofta har en begränsad livslängd och att de efterhand ersätts med nya – som då uppfattas som det moderna, som framtiden och därmed också blir svåra att ifrågasätta (se t.ex. Erlingsdóttir, 2010; Walshe, 2009). I sådana studier framhålls också att det ofta är större konsultbolag som driver på och försöker övertyga andra om värdet av att använda sig av en viss managementmodell. Krohwinkel med flera (2019) har pekat på BCG som en sådan spridare av den värdebaserade vården till Karolinska. Vår studie visar att denna analys bör utvecklas ytterligare då även de nya personer som kom in i Karolinskas ledning och styrelse kan beskrivas som kanske inte bara särskilt mottagliga för dessa nya idéer, utan även som idébärare och idéspridare. Med andra ord förstår vi det inte enbart som att en extern aktör – konsultbolaget BCG – sökte övertyga en organisation, Karolinska, om värdet av en ny managementmodell, utan att det också fanns en mottaglig, och i vissa avseenden pådrivande, miljö för idén om den värdebaserade vården *inom* Karolinska. Denna kombination möjliggjorde och motiverade omfattande organisationsförändring – det som i litteraturen ofta beskrivs som revolutionär organisationsförändring (se Sveningsson och Sörgärde, 2014). Det bör dock betonas att sjukhusets styrelse och ledning under den här perioden inte helt dominerades av personer som var kopplade till dessa nätverk – i stället utgjordes dessa forum av en blandning av ledamöter med koppling till dessa nätverk och andra som saknade sådan koppling.

Idéer i ny visionär fas – två förändringsprocesser (åren 2014–2017)

Vi har i avsnittet ovan visat hur idén om den värdebaserade vården kom att beslutas som huvudstrategi för Karolinskas förändringsarbete och att managementmodellen Lean därmed tonades ned och gradvis försvann. Vi har också visat att det genom den tidigare sjukhusdirektörens avgång – och dennes skepsism mot de nya förändringsidéerna – nu fanns en större enighet i styrelse och ledning för dessa förändringar. Det fanns därmed ett starkt aktörskap som stöttade och drev på förändringsidéerna – ett arbete som därmed löpte mer ”friktionsfritt” (IP38).

Nästa fas för förändringsarbetet, som behandlas i det här avsnittet, handlade om att gå från en övergripande vision till ett mer konkret förslag till ny organisation. Detta arbete omfattade i sin tur ett flertal steg och strategier, vilka analyseras i de följande avsnitten. Ett första innebar att det skapades en särskild parallell organisation också för det här förändringsarbetet, på samma sätt som tidigare hade skett för verksamhetsinnehållet. Ett andra steg innebar att idén om den värdebaserade vården kopplades samman med tidigare fattade beslut om en tematisk organisation. Därigenom började man nu tala om en *ny verksamhetsmodell* för Karolinska – en modell som omfattade såväl idén om en tematisk organisation som idén om den värdebaserade vården. I ett tredje steg visar vi hur sjukhusets ledning försökte legitimera den omfattande organisationsförändring som de nu ville genomföra. Detta gjordes genom att lösningarna i den nya organisationen matchades med problem i den gamla. Legitimiteten är också central för synen på *hur* organisationsförändringen borde genomföras. Också här beskrivs den rådande strategin med stegvisa förbättringar – *evolutionär* förändring – som något som inte hade fungerat. Beskrivningen av det pågående förändringsarbetet som ett misslyckande skapade legitimitet för en *revolutionär* förändringsstrategi, konkretiserat i idén om att det nu var nödvändigt att ta ”det stora steget”.

Parallellt med det omfattande arbetet med den nya verksamhetsmodellen pågick också fortsatt planering av verksamhetsinnehåll och driftsättning av det nya sjukhuset. Som vi har visat tidigare förordade den dåvarande sjukhusdirektören en uppmjukning och breddning av idén om den högspecialiserade vården. I den här fasen, efter att sjukhusdirektören avgått, blir dock den här idén åter starkare. Det uttrycks också förnyade krav om koncentration av den högspecialiserade vården till Solna. Dessa krav var främst formulerade av och drevs på genom arbetet centralt på regionen med Framtidsplanen. Att idén om den högspecialiserade vården återigen förstärktes innebar också att arbetet med verksamhetsinnehållet åter närmade sig de mer visionära idéer som NKS-förvaltningen under projektets tidiga period hade drivit.

Parallell organisation med ansvar för verksamhetsmodellen

Vi har tidigare i den här rapporten pekat på att megaprojekt, som NKS utgör ett exempel på, inte sällan organiseras i parallella förändringsprocesser, vilket möjliggör att vissa frågor eller problem kan hållas separerade från varandra. Så länge dessa aspekter hanteras parallellt kan det medföra att konflikter undviks (se t.ex Andersson och Grafström, 2019). Nu etablerades en parallell organisation, en stab, som gavs ansvar för arbetet med verksamhetsmodellen. Den fick

namnet *Strategisk styrning och vårdproduktion* (SSVP) och leddes av den nya produktionsdirektören och var en sammanslagning av tre tidigare staber (där en hade ansvaret för Lean-arbetet).

Förutom att utveckla den nya verksamhetsmodellen var en av SSVPs huvuduppgifter att planera och följa upp den dagliga vårdproduktionen samt att ta emot vårduppdraget från hälso- och sjukvårdsnämnden. På central nivå, det vill säga direkt under ledningen, utvecklades en särskild programgrupp för verksamhetsmodellen, ledd av den nya produktionsdirektören (SLL, 2015a). På verksamhetsnivå skapades nya befattningar i form av förändringsledare (ibid). Dessa ansvarade för var sitt tema eller funktionsområde. Till basorganisationen (SVPP och programgruppen) knöts ett antal styrgrupper, referensgrupper och arbetsgrupper, bestående av såväl sjuksköterskor som läkare samt ekonomer och representanter från HR-avdelningen.

År 2015 upprättades ett konsultavtal mellan Karolinska och BCG som innebar att BCG skulle stödja sjukhuset i dess utveckling av den nya verksamhetsmodellen (SLL, 2015a). Upphandlingsprocessen innebar att de konkurrerande konsultbolagen utvärderades och poängsattes enligt särskilda kriterier. Denna bedömning var bland annat produktionsdirektören involverad i (SLL, 2015a, s., 9), vilket ledde till att denne var del i upphandlingsprocessen av sin tidigare arbetsgivare. Avtalet och upphandlingen kom senare också att leda till en intensiv debatt och granskning, såväl i medier som i olika revisioner, bland annat i en internrevision (Karolinska, 2018) och i en revisionsrapport genomförd av advokatbyrån Setterwalls (Setterwalls, 2018). Krohwinkel med flera (2019) menar att Karolinskas arbete med den värdebaserade vården var särskilt konsultstyrt – jämfört med hur detta hade sett ut på andra universitetssjukhus i Sverige, som också hade infört värdebaserad vård.

I likhet med vad vi tidigare har visat, i samband med Karolinskas programkontor och dess arbete med verksamhetsinnehållet, betonades återkommande – i protokoll från såväl sjukhusledningen som sjukhusstyrelsen – behovet av att förankra organisationsförändringen bland sjukhusets personal. Ett sådant förankringsarbete handlade om att föra en kontinuerlig dialog med fackliga representanter. Återkommande formulerades till exempel att ett ”stort fokus skulle ligga på att involvera medarbetare, chefer och fackliga företrädare i processerna”, och att ”sjukhusledningen skulle i utvecklingsarbetet ta tillvara tillgänglig kunskap och erfarenhet” (Karolinska, 2019, s. 12). En intervjuperson bekräftar att det å ena sidan fördes en aktiv dialog mellan fack och – framför allt – produktionsdirektören, men menar att denna dialog å andra

sidan inte ledde till någon egentlig påverkan (IP38). Det dokument, som låg till grund för den nya verksamhetsmodellen, förändrades inte nämnvärt efter dialogen, menade intervjupersonen. Den här uppfattningen – om att representanter för vårdpersonalen inbjuds i processen för att *delta* men utan möjlighet till större faktisk *påverkan* – har framkommit också under tidigare delar av NKS-projektet, under den period NKS-förvaltningen var verksam (se t.ex. Andersson och Grafström, 2019). Det råder dock olika uppfattningar om i vilken utsträckning vårdpersonalen hade, eller inte hade, givits möjligheter till påverkan (ibid).

Idén om den värdebaserade vården – modern och retoriskt välförpackad

Arbetet med verksamhetsmodellen, som inleddes under år 2015, fokuserade på att förena den tidigare allmänt hållna och kortfattat beskrivna idén om den tematiska organisationen med idén om den värdebaserade vården. Det innebar ett steg mot konkretisering av de tidiga visionära idéerna om organisationsförändring – ett steg som man inom ledningen var medveten om kunde leda till oro och höjd konfliktnivå bland medarbetarna. Det var därför viktigt för sjukhusledningen att skapa legitimitet för förändringsarbetet. Ett sätt att åstadkomma detta var att tydligt koppla problemen i dagens organisation till lösningar i den föreslagna nya verksamhetsmodellen – och därmed rättfärdiga organisationsförändringarna. Med en sådan strategi från ledningens sida blev organisationsförändringarna välförpackade – lösningar och problem matchade varandra. Legitimiteten förstärktes också genom att den värdebaserade vården låg rätt i tiden: den var i samklang med vad som ansågs modernt (Krohwinkel m.fl., 2019).

Länkas samman med den tematiska organisationen

Under våren 2015 blev den nya verksamhetsmodellen en central punkt på dagordningen för såväl sjukhusledningen och -styrelsen. Det var ett arbete som alltså skedde parallellt med en rad andra projekt – inklusive den centrala frågan om verksamhetsinnehållet – och sjukhusledningen poängterade vikten av att dessa processer (dvs. verksamhetsmodell, verksamhetsinnehåll och driftsättningen) ”måste vara väl synkroniserat” (Karolinska, 2015a). Nu inleddes också en period med försök att konkretisera de allmänt, eller visionärt, beskrivna idéerna om den tematiska organisationen (se Grafström och Andersson, 2019). Den nya verksamhetsmodellen skulle därmed bli något *mer* än enbart idén om den värdebaserade vården.

I vår tidigare rapport om den högspecialiserade vården (Grafström och Andersson, 2019) visade vi att det fanns flera motiveringar till att man under NKS-förvaltningens tid valde att avstå från att konkretisera vårdinnehållet vid det nya sjukhuset. Ett centralt skäl var att ett för tidigt fastställande av vad som var högspecialiserad vård i dag, inte nödvändigtvis skulle betraktas som högspecialiserad vård vid driftsättandet av det nya sjukhuset. Ett annat skäl till att NKS-förvaltningen undvek att ”ta i frågan” var risken för att det skulle leda till konflikter; en stor del av den vård som tidigare hade skötts på Karolinska i Solna skulle tvingas flyttas till Karolinska i Huddinge eller till andra vårdgivare i regionen (Grafström och Andersson, 2019). När man nu befann sig i ett skede av processen då sådana konkretiseringar krävdes ökade risken för att konflikter väcktes.

Denna bild av att förändringsarbetet och projektet var inne i ett spänningsfyllt skede bekräftas också av intervjupersoner (IP38; IP40). Så beskriver till exempel en intervjuperson att frågan om den tematiska organisationen, ”som hade duckats med år ut och år in”, var något ”som alla visste var den absolut jobbigaste” (IP40). Samma intervjuperson beskriver också processen som ”svår” och ”känslig” (IP40). En förklaring till att det uppfattades som så känsligt var förändringens omfattning:

Det är klart att det är ju som att kasta upp varenda boll i luften och det pratar vi mycket om att be folk att byta arbetsplats, ändra sina arbetsuppgifter och ändra sättet man arbetar på. Jag vet inte om det går att göra så mycket mer förändring om jag ska vara ärlig (ibid).

Sjukhusledningen var medveten om att det fanns ”en oro i organisationen kring hur tema/funktionsområden skall fungera” och konstaterade att denna oro ”måste tas på allvar” (Karolinska, 2015a). Därför var det enligt sjukhusdirektören ”viktigt att gå tillbaka till de grundläggande principerna för VBV” (dvs. värdebaserad vård) (ibid.). Denna oro kring personalens upplevda brist på delaktighet återkom vid flera tillfällen i sjukhusets ledning och styrelse (Karolinska, 2015b). Sjukhusledningen poängterade återigen vikten av att involvera personalen och då särskilt linjecheferna (dvs. de chefer som befinner sig närmast vårdpersonalen): ”Det är viktigt att linjeansvariga är tillräckligt involverade i arbetet och att alla uppfattar samma sak”, menade sjukhusdirektören (ibid). Frågorna om linjecheferna och deras involvering skulle i en senare utvärdering av verksamhetsmodellen beskrivas som särskilt problematiskt.

Under tidig sommar år 2015 diskuterades ett första utkast till förslag om den tematiska organisationen och ett första beslut om organisationsskelettet togs (Karolinska, 2015c). Under samma period hanterades frågor som rörde den framtida verksamhetsmodellens ”styrstrategier och styrprinciper” (Karolinska, 2015d), och den centrala frågan om specialiteternas framtida hemvist diskuterades (Karolinska, 2015c). Specialiteternas hemvist i det framtida sjukhuset var en känslig och komplicerad fråga. Det handlade främst om att den radikala omorganiseringen skulle innebära att klinikerna avskaffades och att detta, enligt vissa (se t.ex. Karolinska Institutet, 2017 samt IP22; IP38), ansågs skapa osäkerhet i verksamheten. Enligt dessa kritiker riskerade ett avskaffande av klinikerna att leda till att specialiteterna splittrades, vilket i sin tur antogs kunna få negativa konsekvenser för såväl forskning som utbildning. Efter att ett första förslag om tematisk organisation hade diskuterats, fattade sjukhusets ledningsgrupp ett (första) beslut om införande av en tematisk organisation. Beslutet beskrevs som att man skulle ”skapa en tematisk organisation på Karolinska fokuserad runt patientgrupper med syfte att skapa högsta möjliga värde för våra patienter” (Karolinska, 2015e). Med det här beslutet förenades alltså retoriken om en tematisk organisation med den värdebaserade vården (att skapa värde för patienten).

Att det nya sjukhuset skulle organiseras tematiskt var, som vi har visat tidigare, ett ingångsvärde i förändringsarbetet, genom tidigare fattade beslut av fullmäktige. Sjukhusledningens beslut innebar nu att det politiska beslutet togs vidare mot konkretisering. En intervjuperson beskrev det politiska beslutet som kortfattat, i form av ”skall-formuleringar”, det vill säga att sjukhuset ”skall ha ett förändrat verksamhetsinnehåll, skall organiseras tematiskt, skall flyttas in...” (IP40). Samma person menar att detta är ”jätteviktiga styrsignaler, men det hjälper oss inte att berätta hur det ska se ut, utan vi får ju bara ett uppdrag att det skall vara så här, men vi har inte fått en kokbok”.

Sammanfattningsvis kan konstateras att idén om den värdebaserade vården i denna initiala fas giftes samman med idén om den tematiska organisationen. När den sistnämnda hade funnits med projektet ända sedan dess start – det var del av det politiska beslutet om att bygga ett nytt sjukhus – var den förstnämnda ny och behövde inorganiseras i förändringsprocessen. Trots att den tematiska organisationen hade kunnat genomföras utan att till exempel ta bort klinikerna, blev detta i diskussionerna där de två idéerna kombinerades, aktuellt. Kombinationen av idéerna – som benämndes *den nya verksamhetsmodellen* – bar med sig förväntningar om, och legitimerade, omfattande organisationsförändringar. Kanske var det just genom att kombinera

dem som förändringen tog sig mer revolutionära uttryck än vad som hade varit legitimt om de hade drivits fram var och en för sig.

En omvälvande "lösning" i behov av "problem"

För att legitimera den typ av omfattande organisationsförändring som den nya verksamhetsmodellen bar med sig fanns behov av att på ett övertygande sätt argumentera för att dessa förändringar skulle lösa problem (i den befintliga organisationen). Som nämnts tidigare är det dock inte givet att problemen kommer före lösningarna – idébärare kommer ofta med paket som innehåller både problembeskrivningen och lösningen (jfr Erlingsdóttir, 2010). Det kan till och med vara så att lösningarna, idéerna, kommer först och att de så att säga söker sin problem. Därmed kommer lösningar och problem att framstå som att de tydligt matchar varandra – och lösningarna kommer samtidigt att te sig nödvändiga givet de beskrivna problemen. Krohwinkel med flera (2019, s. 168) menar att givet att den värdebaserade vården har sin grund i ett rationalistiskt och instrumentellt synsätt om hur aktörer fattar beslut och hur förändringar kommer till stånd, riskerar detta att leda till "att lösningar på ett förenklat sätt konstrueras för att matcha olika problem som behöver lösas utan hänsyn till den komplexa verkligheten".

Vi kan konstatera att den här typen av tydliga matchningar mellan problem och lösningar återkom i flera sammanhang i samband med att verksamhetsmodellen utvecklades. Ett exempel är det omfattande styrdokumentet som beskrev den nya verksamhetsmodellen – ett dokument som styrelsen tog beslut om i januari 2016. Det finns också många exempel från möten med sjukhusets styrelse. Matchningen av lösningen med problem kom till särskilt starkt uttryck vid ett styrelsemöte under hösten år 2015 då sjukhusets produktionsdirektör beskrev hur den framtida verksamhetsmodellen skiljde sig från den nuvarande organisationen. Dessa skillnader sammanfattades i sju dimensioner. Den första var *organisationslogik* där den gamla modellen, enligt beskrivningen, handlade om att organisera vårdverksamheten "i medicinska specialiteter", medan den nya handlade om att organisera verksamheten "kring patienten" (dnr Karolinska, 2015f). Den andra beskrev *styrning* – som nu inte skulle fokusera på "processer och kortsiktiga budgetmål", utan i stället på "värdet för patienten". Den tredje handlade om *professioners tillhörighet* som skulle gå från att oftast organisera "läkare och omvårdnadspersonal var för sig" till att bestämma "organisatorisk tillhörighet" utifrån kompetens (ej profession). Detta fick också påverkan på nästa dimension – *ansvarsfördelning*

– där den dåvarande modellen presenterades som att ”man kan vara ansvarig för personal eller ekonomi utan att ha ansvar för kvalitet”. Den nya verksamhetsmodellen skulle i stället skapa ett ”sammanhållet ansvar för integration av vård/FoU, ekonomi och medarbetare”.

Den femte dimensionen handlade om samarbete där det i nuvarande organisation ansågs saknas både struktur och incitament för samarbete mellan kliniker. Den framtida organisationen skulle ge ”interprofessionella/disciplinära team och uppföljning mot gemensamma målsättningar”. *Fysiska vårdresurser* beskrivs i den sjätte dimensionen – också den med koppling till professionell tillhörighet och ansvarsfördelning – där förändringen beskrevs som att gå från att ”en klinik äger sina avdelningar/mottagningar” till att ”ingen äger allt – samarbete och gemensam prioritering nödvändig”. Den sjunde och sista dimensionen handlade om *forskning*. Enligt beskrivningen skapade den dåvarande organisationen otydliga kontaktytor mellan Karolinska och KI, medan den nya organisationen skulle råda bot på detta och ge en ”kongruent organisation och en PI/lärare knuten till varje PFC [dvs. lärare vid KI kommer att knytas till patientflödeschefer, PFC, vid Karolinska]” (Karolinska, 2015f). Den här beskrivningen av den befintliga organisationen respektive den kommande – med den nya verksamhetsmodellen – var löftesrik och lät alltså lösningarna i den nya organisationen motiveras med att återspegla dem i problem i den nuvarande.

Det förslag till verksamhetsmodell som först sjukhusledningen och därefter sjukhusstyrelsen tog beslut om utgjordes av ett 75-sidigt dokument kallat ”Ny verksamhetsmodell för Karolinska Universitetssjukhuset” (Karolinska, 2016a). I dokumentet beskrev produktionsdirektören bakgrunden till förslaget:

Målet med denna är att vi ska kunna ta hand om våra patienter på bästa möjliga sätt, idag och i framtiden, genom att stärka interprofessionella och interdisciplinära samarbeten kring patienten, samt att i större utsträckning integrera forskning och utbildning i universitetssjukvården. Vi höjer därmed vår ambitionsnivå avseende våra tre integrerade uppdrag – vård, forskning och utbildning (Karolinska, 2016a, s. 2).

Den nya verksamhetsmodellen beskrevs i rapporten som ett svar på en rad utmaningar som hälso- och sjukvården var ställd inför, krav som innebar att patienten gått från att vara ”passiv” mottagare av vård till att bli ”medaktör”, att ny kunskap och teknologi snabbare behövde implementeras i vården, att IT-system utvecklades samt att den högspecialiserade vården hade

blivit en arena för ”klinisk forskning och undervisning” så att ”FoU-uppdraget och vårduppdraget integreras” (ibid., s. 5).

De medicinska och teknologiska framstegen tillsammans med de allt högre patientkraven beskrevs som ”samtidigt kostnadsdrivande och sätter stor press på vården. Förändringstrycket gäller alltså hela sjukvården, och inte endast Karolinska Universitetssjukhuset” (ibid., s. 5). Karolinskas befintliga organisation svarade, enligt rapporten, inte upp mot dessa krav utan var tvärtom behäftad med problem, som den nya verksamhetsmodellen var tänkt att lösa – såsom de sju dimensionerna ovan beskrev. Ett övergripande problem i den befintliga organisationen var vad som kallades för ett organisatoriskt silo-tänkande som anågs leda till brist på helhetssyn (ibid., s. 5). Den nuvarande divisionsstrukturen framhölls som en av orsakerna till detta silotänkande då den uppgavs inte stödja ”samordning av logiska vård- och forskningssamband ur ett patientperspektiv” (Karolinska, 2019, s., 9). Till detta kom problem med ”oklara ansvarsområden” och för ”stora span of control” (näringslivsterm för antal närmast underställda per chef) och svårigheter att skapa attraktiva chefstjänster (Karolinska, 2019, s. 9). Dessutom uppfattades det finnas problem med ”stora skillnader i vården avseende metoder och vårdresultat” (Karolinska, 2016a, s. 5), ojämn kvantitet och kvalitet på FoU sett över hela sjukhuset” samt återkommande problem med ekonomin och svårigheter att ”säkerställa adekvat personalförsörjning” (ibid., s 5). Sammanfattningsvis konstaterades att det fanns en lång rad utmaningar och problem i den befintliga organisationen som rörde centrala områden, såsom arbetssätt, styrning, uppföljning och förändringsarbete (ibid., s. 5f).

Problemen i den nuvarande organisationen utgjorde därmed, enligt beskrivningen, självklara och viktiga skäl till att en omfattande förändring krävdes. Till detta kom ytterligare motiveringar som enligt dokumentet stärkte argumenten för en omorganisation. Det handlade framför allt om att det redan hade tagits en rad beslut – på såväl politisk som på sjukhusnivå – som den nya verksamhetsmodellen innebar en ”logisk” följd av (Karolinska, 2019, s. 9). Dessa beslut rörde dels införandet av den värdebaserade vården (beslutat av sjukhusets styrelse och ledning), dels beslutet om den tematiska organisationen samt att ”vården ska organiseras kring patienten och dennes behov” (beslutat av landstingsfullmäktige) (Karolinska, 2019, s., 10).

Den värdebaserade vården medförde ett införande av nya arbetssätt (multiprofessionella och multidisciplinära team) och för ett framgångsrikt införande av sådana arbetssätt beskrevs det som att det ”krävdes” en omorganisation (Karolinska, 2019, s., 9). Den nya

organisationsmodellen ledde till att ”hinder [togs bort] mot att effektivt arbeta enligt VBV (värdebaserad vård, vår anm)” (ibid., s. 9). Den värdebaserade vården framhölls också som centralt för att såväl ledning som medarbetare gemensamt fokuserade på att åstadkomma ”faktiska resultat” för sjukhusets patienter, samt tydliggöra vilka resurser som krävdes för att åstadkomma dessa resultat (Karolinska, 2016a, s. 7). Vikt lades också vid möjligheten att kunna mäta och jämföra vårdresultaten. Sådana jämförelser möjliggjordes genom att det nu fanns ”internationellt vedertagna mått och riskjusteringsprinciper genom vilka [vi] kan jämföra våra resultat med andra ledande centra i världen och följa vår utveckling” (ibid.). Dessa möjligheter till internationella jämförelser, här eventuellt syftande på de verktyg som den internationella organisationen ICHOM tilhandahöll, skulle också kunna leda till visionen om att göra ”världsledande” till något meningsfullt och mätbart. (ibid.; se även Krohwinkel, m.fl., 2019, s. 59).

Det fortsatta arbetet, mot att skapa en tematisk organisation, handlade om att utveckla sammanhängande vårdkedjor samt att definiera patientgrupper och kartlägga patientflöden. Det var ett arbete som hade påbörjats redan år 2014, då cirka 260 patientgrupper definierades och arbeten med tio patientflöden pågick (Krohwinkel m.fl., s. 58). Den nya verksamhetsmodellen omfattade också införandet av en helt ny chefsstruktur – de gamla chefsrollerna ersattes med nya samtidigt som nya chefsnivåer infördes och med denna också en ny nomenklatur. I dokumentet betonades att förslaget inte var en slutprodukt – flera områden, såsom hur styrmodellen var avsedd att stötta den tematiska organisationen och de centrala stabernas organisation, återstod att utveckla (Karolinska, 2016a, s. 2).

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att det under denna initiala fas av förändring mot en ny verksamhetsmodell framfördes en rad argument för behovet av en omfattande – en revolutionär – omorganisation. Flera av dessa argument var kopplade till en beskrivning av en mängd problem som den befintliga organisationen brottades med – och att lösningarna på dessa problem fanns i den föreslagna organisationen. Dessutom hävdades att beslutet om en ny organisation låg i linje med en rad tidigare fattade beslut som den nya verksamhetsmodellen utgjorde en ”logisk utveckling” av. Slutligen kopplades de föreslagna förändringarna till den övergripande visionen för hela NKS-projektet: att göra sjukhuset till ”världsledande” och här beskrevs den värdebaserade vården som ett instrument för möjliggörandet av denna vision. Genom att göra vården mätbar skapades, enligt detta resonemang, förutsättningar för internationella jämförelser.

Genomförandet av omorganisationen: revolutionär strategi med evolutionära inslag

I föregående avsnitt har vi diskuterat *vad* sjukhusledningen vid Karolinska ville åstadkomma, eller förändra. I det här avsnittet diskuterar vi *hur* de ville genomföra dessa förändringar. Här gjordes det, menar vi, en tydlig kursändring jämfört med hur den föregående ledningen – och kanske främst då den tidigare sjukhusdirektören – hade sett på hur förändring på bästa sätt skulle genomföras. Den tidigare sjukhusdirektören hade som vi har visat utgått från managementmodellen lean, där man genom ”ständiga förbättringar” skulle göra inkrementella förändringar i små steg för att förbättra organisationskulturen. I styrdokumentet för den nya verksamhetsmodellen togs dock ett starkt avstånd mot ett sådant synsätt. Enligt styrdokumentet hade den tidigare ledningen under längre tid brottats med problem, utan att ha lyckats lösa dessa. ”Det står därför tydligt att de stegvisa utvecklingsarbete som gjorts hittills har nått vägs ände och att vi nu måste göra en stor transformering för att nå våra mål”, var den slutsats som drogs av den nya ledningen (Karolinska, 2016a, s. 6). En av våra intervjupersoner, bekräftar också bilden av att man vid den här tiden såg det som nödvändigt att ”ta ett stort kliv” för att åstadkomma verklig förändring (IP40).

Revolutionär förändring (Sveningsson och Sörgärde, 2014) är genomgripande omorganisering som ofta möter starkt motstånd och därmed också kräver starkt stöd, vilket kan uppnås genom att på olika sätt skapa legitimitet för förändringen. Legitimiteten understöds ofta av en retorik som betonar nödvändigheten av den planerade förändringen. Idén om att förändring åstadkoms genom en omfattande transformering, i ett stort steg, kombinerades dock med ett förändringsperspektiv kallat för ”emergent change”. ”Emergent Change” – som översattes till svenska som ”framväxande förändring” (Karolinska, 2019) – skulle för Karolinska vara ”huvudprincipen” för utvecklingen av den nya verksamhetsmodellen, såväl gällande organisation som styrning (Karolinska, 2019, s., 6). Principen omfattade ett synsätt, enligt vilken förändring utvecklades stegvis ”med involvering av relevanta parter” (ibid., s. 6). Förändringsledarna skulle ha ett särskilt ansvar för involveringen av sådana parter.

Det fanns alltså, åtminstone på ytan, vissa likheter mellan förändringsidéerna enligt Lean och ”emergent change” – detta trots att man i styrdokumentet för den nya verksamhetsmodellen tog avstånd från Lean och tankarna om små, stegvisa förändringar. Skillnaden kan kanske närmast beskrivas som att man, enligt styrdokumentet, först tar ”det stora klivet” för att därefter anpassa och modifiera organisationen. En av våra intervjupersoner bekräftar bilden av att förändringen

krävde en lång tidshorisont – ”som bör pågå i tio år eller mer” – och att det innebar ett grundläggande ”perspektivskifte” (IP40). Processen beskrevs också som i vissa avseenden unik. Konsekvensen av detta var att även om det fanns *vissa* möjligheter att ta hjälp av erfarenheter av förändringsarbete på andra sjukhus så måste man ta hänsyn till och anpassa sig till den lokala kontexten, vilket medförde att man inte hade så mycket hjälp av dessa (internationella) erfarenheter (IP40). Till detta kom att byggande och omorganisering av sjukhus hade, som det uttrycktes, relativt ”kort hållbarhet” (IP40) – erfarenheter från tidigare byggande och omorganisering av sjukhus var, menade intervjupersonen, därför ofta av begränsat värde för nya sjukhus.

Den värdebaserade vården – och andra idéer om styrning och organisation – bar inte med sig någon mer konkret vägledning för hur sjukhusledningen skulle gå tillväga för att genomföra förändringarna. I stället beskrevs den mer som ”en rikttningsfråga” eller ”policyfråga” som dock ”[ju inte] hjälper jättemycket när [...] vi nu ska skapa en verksamhetsmodell” (IP40). Samma intervjuperson hade med sig andra idéer om hur förändring kan eller bör genomföras, hämtade från näringslivet. En sådan idé, eller tradition, kallas för ”change management”. Enligt change management är en viktig del i processen att förändringsbudskapet säljs in och accepteras genom att man får med sig alla berörda parter. Detta var nästintill omöjligt i en så stor och komplex organisation som ett sjukhus av Karolinskas kaliber (IP40). Personen beskriver situationen enligt följande:

Ja men jag tror att vi försökte jobba med alla delar i change management-boken, det vill säga vi hade väldigt mycket referensgrupper, vi engagerade, kom ihåg att det är 16 000 medarbetare, och att få oss en timme med en kliniskt verksam individ är jättesvårt [då] alla är schemalagda. Det är inte så att du stoppar fabriken [...] – det funkar inte så. (IP40).

Vi har ovan diskuterat *vad* och *hur* Karolinskas sjukhusledning tänkte sig genomförandet av den omfattande omorganiseringen, men en nära besläktad och enligt många problematisk fråga handlade om *när* en sådan omorganisering skulle genomföras. Som vi har konstaterat tidigare, och flera av våra intervjupersoner återkommer till, är det komplicerat att driva flera förändringsprojekt parallellt – särskilt som driften av ordinarie vårdverksamhet förväntades fortgå som vanligt. En ytterligare problematik handlade om att den nya verksamhetsmodellen (och utformningen av verksamhetsinnehållet) implementerades i nära anslutning till flytten av vården till det nya sjukhuset. Beslut om den nya verksamhetsmodellen togs så sent som i början

av år 2016, samma år som man enligt planerna skulle flytta in den första vårdverksamheten i den nya sjukhusbyggnaden. Detta ansåg flera av våra intervjupersoner vara för sent (IP36; IP40; IP42).

Även landstingsrevisorerna konstaterade att ”rekommendationer från andra internationella sjukhusflyttar är att inga större organisationsförändringar bör ske inom 1-1.5 år innan flytt” (Landstingsrevisorerna, 2016, s. 11). Samtidigt ansåg flera av de personer som revisorerna hade intervjuat att det inte fanns någon annan väg att gå, detta på grund av att en tidigare omorganisering hade krävt ”omfattande lokalanpassningar [i de gamla lokalerna] för att implementera den nya organisationens arbetssätt”. Revisorernas samlade bedömning var ändå att genomförandet av organisationsförändringen ”i anslutning till flytten” (vilket återigen konstaterades ”inte följer erfarenheter från andra sjukhusflyttar”) hade fått flera problematiska följder. Till dessa problem hörde att personalen hade pressats och dessutom att många nya medarbetare (i projektet) behövt sätta sig in i nya uppdrag parallellt med flyttplaneringen. Vidare hävdade revisorerna att förändringar av arbetssätt och tillsättandet av nya chefer borde ha skett tidigare: ”Revisionen bedömer att de sena chefstillsättningarna i omorganisation av vårdverksamheten i vissa fall har lett till otydliga ansvarsförhållanden inom verksamheten”.

Vår analys visar alltså att den nya sjukhusledningen tog ett starkt avstånd mot hur den tidigare sjukhusledningen hade försökt att driva förändringsarbetet i små steg – efter en evolutionär ansats. I stället förordades en revolutionär förändringsstrategi. Samtidigt har vi visat att det fanns vissa likheter i argumentationen mellan den gamla och den nya ledningen, då den senare också anpassade arbetet med verksamhetsmodellen i små steg. Det framgår också att sjukhusledningen var väl medveten om att stora förändringar riskerade att möta oro och motstånd. Ledningen betonade därför behovet av att förankra processen bland vårdpersonalen. Samtidigt uttryckte också ledningen att detta var en i grunden problematisk process då vårdverksamheten bedrevs dygnet runt och det saknades såväl tid som resurser för involvera personalen.

”Förutsättningar” för förändring: ledning hämtad utanför SLL

En förutsättning för att förslaget till den omfattande och kontroversiella omorganisationen skulle vara möjlig att genomföra var, enligt flera av våra intervjupersoner (IP36; IP38; IP40), att det fanns personer med bakgrund i näringslivet, i styrelsen och ledningen. Dessa personer ansågs föra med sig en särskild kompetens att genomföra förändringar, då de sågs sig själva

som mer oberoende och därmed också enklare kunde genomföra radikala förändringar (t.ex. IP40). Ett liknande förhållningssätt gav en annan intervjuperson också uttryck för. Denne beskrev vård i offentlig regi som svårföränderlig, ineffektiv, med svag personalpolitik och bristande ekonomisk kontroll, medan företrädare för näringslivet, enligt samma person, beskrevs som förändringsdrivande, effektiva och målstyrda (IP36). En annan intervjuperson uppfattade att förändringarna i sjukhusets ledning och styrelse var kopplade till ambitionen att snabbt genomföra förändringar (IP38). En del i detta förändringsarbete var att det fanns en uppfattning om att den tidigare ledningen inte hade lett arbetet med ekonomin tillräckligt effektivt – och här fanns också, menar intervjupersonen, en ambition att bryta ”professionens makt” (IP38). Personen hävdar också att det efter dessa skiften fanns en tydlig samsyn inom sjukhusets ledning och styrelse om nödvändigheten av förändringarna, något som intervjupersonen själv dock fann problematiskt eftersom det innebar att ledningen inte lyssnade till kritiska röster i tillräcklig utsträckning.

Enligt flera av våra intervjupersoner möjliggjordes alltså organisationsförändringarna genom att flera i ledningen hämtades utanför SLLs egen organisation, företrädesvis från näringslivet. De nya personerna i ledningen beskrev sig som *oberoende* i förhållande till sjukhuset (och SLL i stort). Samtidigt fanns det kritiker som menade att det var en alltför stor representation av personer från näringslivet, eller hade alltför nära kopplingar till näringslivet – och alltså stod i en beroendeställning till aktörer i näringslivet. Fullmäktigedebatten om den nya styrelseordföranden och de utredningar som gjordes av dennes relationer till privata vårdbolag var ett exempel på en sådan hållning. Under senare år har det även rests liknande kritik från oppositionen, kritik som särskilt tagit sikte på styrelseledamöters bakgrund i näringslivet (se t.ex. Landstingsfullmäktige, 2018).

I likhet med under NKS-förvaltningens tid, beskrevs den tidigare ledningen som förändringsobenägen och ineffektiv, eller som ”bakåtsträvande” som saknade förmågan att realisera NKS-projektets ambitioner om nytänkande (Andersson och Grafström, 2019). Enligt den här bilden krävdes det därför aktörer som står självständiga eller oberoende i förhållande till den gamla sjukhusledningen. Under den tidigare fasen av NKS-projektet utgjordes dessa aktörer av NKS-förvaltningen, vars ledning hämtades utanför SLL. Under den fas som studeras här rekryterades i vissa fall personer med bakgrund från näringslivet. Det hävdades dock – vilket blev tydligt under fullmäktigedebatter och advokatutredningar – att detta i sin tur skapade

vissa legitimitetsproblem, då en del av de här personerna hade kopplingar till privata vårdbolag, vilket ansågs skapa potentiellt problematiska relationer till Karolinska.

Återkommande diskussioner om risker

Trots att sjukhusets ledning framhöll behovet av en omfattande organisationsförändring fördes återkommande diskussioner i styrelsen om potentiella risker med en förändring. Ett flertal frågor om dessa risker lyftes i styrelsen: ”Hur är den allmänna inställningen till förslaget bland personalen? Vilken är de största farhågorna vid genomförandet av en så här stor förändring? Hur ser ledningsstrategin ut? Hur kommer specialiteterna att hanteras i den nya organisationen? Finns risk för A- och B-lag beroende av rapporteringsvägarna?” (Karolinska, 2015g). Produktionsdirektören hävdade att flertalet av de här problemen eller potentiella riskerna redan hade hanterats (ibid).

En fråga (som tidigare lyfts i rapporten) gällde som sagt hanteringen av specialiteterna. Den frågan väckte debatt och blev kontroversiell, då kritiker menade att avskaffandet av kliniker just hotade specialiteternas sammanhållning. Produktionsdirektören förklarade dock att ”vi har säkerställt specialiteternas sammanhållning samt utbildning i den nya organisationen” (Karolinska, 2015h). Vidare hävdade direktören att det redan hade ”utvecklat[s] en kongruens mellan K och KI [...] för att stödja samarbete på samtliga nivåer” samt att ”incitament och struktur för samarbete mellan organisatoriska enheter [fanns] på plats” (ibid). Frågorna om samverkan mellan KI och Karolinska handlade också om de eventuella problem som skulle kunna uppstå gällande specialiteterna och kopplingen till forskning och utbildning. Här hävdades alltså att dessa frågor och eventuella problem hade hanterats. En av våra intervjupersoner menar dock att det fanns en stark oro, främst inom läkarprofessionen, om specialiteterna och kopplingen till forskningen (IP38). Samma person menar att det, trots att dessa frågor enligt intervjupersonen inte var tillräckligt omhändertagna, fanns en stark samsyn inom styrelsen om att man borde gå vidare med den föreslagna modellen.

I samband med att det formella beslutet om den nya verksamhetsmodellen togs ägnades återigen utrymme till riskdiskussionen. Styrelsen återkom då till problemet med – och vikten av – att ”hålla ihop” specialiteterna. Styrelsen pekade också på risken för otydlig ledningsstruktur, att vissa stödfunktioner och yrkeskategorier ännu inte fanns föreslagna, att organisationsförändringen i stort medför stora risker samt att förändringen innebär en ”viss

osäkerhet” (Karolinska, 2016b). Osäkerheten handlade bland annat om att en ny tematisk organisation kunde ”uppfattas som komplex och svårförstådd” (Karolinska, 2019, s. 10). För en förändrad organisation talade dock samtidigt att också den befintliga organisationen hade ”utmaningar vad gällde tydlighet i ansvarsområden” (ibid.).

Ytterligare en potentiell problematik var att omorganiseringen ansågs ”kräva involvering av medarbetare som redan upplevde stor arbetsbelastning i sina ordinarie roller” (ibid., s. 10). Den tunga arbetsbelastningen var något som arbetet med verksamhetsinnehållet redan hade bidragit till – och nu tillkom alltså ytterligare en komplex och krävande process. En involvering av personalen beskrevs trots detta ändå som nödvändig då den var ett sätt att ”säkra ett engagemang i processen” (Karolinska, 2019, s. 10). Riskerna med förändringen och en alltför tung arbetsbelastning uppvägdes därför, hävdades det, av att det ”ändå måste prioriteras då k [dvs Karolinska] hade unik möjlighet att anpassa sin organisation givet NKS och den strategiska inriktningen mot VBV” (ibid., s. 10).

Den nya organisationen riskerade också att leda till ”en otydlighet i roller och ansvar både för chef och för medarbetare” (Karolinska, 2019, s. 10). Eftersom den nya verksamhetsmodellen avsåg att skapa tydligare roller så var denna risk problematisk då organisationsförändringen därmed skulle kunna bli kontraproduktiv. En motåtgärd var därför att etablera ”en god stöttande infrastruktur i form av tydligt definierade roller och ansvar, samt styrprocesser/system som möjliggör ledarskap, samarbete och engagemang” (ibid., s. 11). En risk särskild kopplad till medarbetarna var också att de flesta typer av organisationsförändringar ofta uppfattas som hotfulla: ”Medarbetare skulle kunna uppleva utvecklingen och införandet av den nya organisationen som osäker och negativ, vilket kunde leda till att medarbetare lämnar K [dvs Karolinska, vår anm.] med negativa följder för arbetsmiljö, bemanning, kompetensförsörjning mm” (ibid., s. 10). Detta var ytterligare ett potentiellt kontraproduktivt problem med den nya organiseringen, som just var tänkt att lösa problem med personalförsörjningen. Man hoppades hantera detta på samma sätt som nämnts tidigare, det vill säga genom att involvera medarbetarna i arbetet för att därigenom ”säkra engagemang i processen” (ibid., s. 10).

Den nya organisationen riskerade även att inverka negativt på samverkan och rörlighet (av personal) med andra vårdgivare i landstinget. Det berodde på att Karolinskas organisationsstruktur skulle avvika mot hälso- och sjukvårdens organisering i övrigt (Karolinska, 2019, s. 10). Sjukhusledningen menade dock att det förmodligen var en ”relativt

kortsiktig problematik” (ibid., s. 10) givet att många andra vårdgivare tittade på liknande organisationslösningar. Styrelsen pekade dessutom på att det skulle kunna finnas en ”övertro på att en ny organisationsmodell kommer att lösa samtliga problem i dagens organisationsmodell” (ibid., s. 10).

Slutligen diskuterades de ekonomiska riskerna med organisationsförändringen. Kraven på en ökad samordning kunde höja kostnaderna (ibid., s. 10). Detta ansågs hanteras genom att sjukhusledningen skulle ha ”stort fokus på ekonomiska analyser” och att en ekonomisk utvärderingen av den nya organisationsmodellen skulle ingå i det fortsatta arbetet (ibid., s. 11). För tillfället bedömde dock inte sjukhusledningen de ekonomiska riskerna som särskilt stora. En grund till denna bedömning var att sjukhusets ekonomiska ramar fram till år 2020 redan var kända – och sjukhuset måste förhålla sig till dessa ramar. Dessutom förväntades ett ”mer systematiskt arbete kring patientflöden” (ibid., s. 11) att ge effektivitetsvinster, vilket ”erfarenheter från värdebaserad vård” på andra ställen visade, hävdades det (ibid.). Organiserandet av funktionsområdena – det vill säga de områden (t. ex. bild, hälsoprofessioner och laboratorier) som i matrisorganisationen skulle möta den tematiskt organiserade vården – förväntades också bidra till samordningsvinster. Dessutom skulle man i den nya organisationen lägga ”stöd- och supportfunktioner närmare verksamheterna, vilket sades ”stärka förutsättningarna för att effektivisera arbetet” (ibid., s. 11).

Sammanfattningsvis ansågs alltså de många risker som diskuterades i samband med beslut om den nya verksamhetsmodellen att inte utgöra tillräcklig grund för att avstyra förändringen. Inför beslutet om organisationsförändringen beskrev sjukhusdirektören den ”som en utmaning men som helt nödvändig” (Karolinska, 2015g). Sjukhusdirektören förklarade också att förändringarna var tillräckligt stora för att de ””verkligen skall göra någon skillnad”” (ibid.) Analysen visar vidare att diskussionerna om risker präglades av en särskild rationalitet: problem och risker identifierades, men samtliga dessa beskrevs som antingen redan hanterade och lösta eller förväntades lösas genom organisationsförändringen i sig. Därmed fanns det i denna diskurs inga lösa trådar och diskussionen om risker blev därmed i sig – genom att peka på att risker hade identifierats, hanterats och lösts – ett sätt att legitimera den kommande organisationsförändringen.

Idén om den högspecialiserade vården – på nytt stark

Parallellt med arbetet med verksamhetsmodellen, fortsatte också Karolinskas programkontors arbete med verksamhetsinnehållet. Sedan Karolinskas övertagande av ansvaret var det här planeringsarbetet alltså inne i en konkretiserande fas. När idén om den högspecialiserade vården under den första tiden hade modifierats fick idén förnyad kraft under denna period (åren 2014-2017). I det här avsnittet fokuserar vi vår analys av planeringen av verksamhetsinnehållet på den anpassade akuten vid NKS. Det är en fråga som ägnades betydande tid i dialoger och debatter och rörde frågeställningen om vilken vård som skulle flytta in i och ut från Karolinska Solna. Det var också en fråga som i hög grad symboliserade idén om den högspecialiserade vården.

På Region Stockholms hemsida framkommer att planeringen av verksamhetsinnehållet redan år 2015 ansågs ha kommit så långt att ”vårdpusslet för Solna är lagt” (Region Stockholm, 2020). Den 2 februari, 2015, fattade sjukhusledningen ett inriktningsbeslut om vilken vård som skulle placeras på nya Karolinska i Solna (Karolinska, 2015i). I en kommentar på hemsidan beskrev dåvarande biträdande sjukhusdirektören beslutet som en milstolpe och att arbetet nu kunde tas från ”en planeringsfas till en genomförandefas” (Region Stockholm, 2020). I inriktningsbeslutet framgick det dock att det även fortsättningsvis skulle behöva göras justeringar. I en diskussion om balansen mellan tilldelat antal vårdplatser och vårdplatsbehov konstaterades till exempel att ”balansen mellan verksamhetsinnehåll och vpl [vårdplatser] måste beaktas i det fortsatta arbetet med road map fram till 2018 och hanteras i första hand genom samarbete inom teman och förändrade arbetssätt” (Karolinska, 2015j, s. 19). Öhrming (2017, s. 73-77) konstaterar på liknande sätt att det fortfarande i samband med inflytt av de första verksamheterna under november 2016 fanns frågor som var olösta och som helt enkelt behövde hanteras då.

Planeringsarbetet för den anpassade akuten illustrerar en konfliktyta mellan Karolinskas och SLLs programkontor. I Karolinskas arbete skulle idén om den högspecialiserade vården omsättas i en fungerande vårdapparat för universitetssjukhuset, medan Framtidsplanens arbete handlade om att omstrukturera vården i hela Stockholms län. Framtidsplanen bar ambitioner om att nivåstrukturera vården, där Karolinska Solna utgjorde en central pusselbit – det nya sjukhuset skulle representera den högsta vårdnivån – vilket också reflekterades i en omställning av det akuta omhändertagandet i länet. Att koncentrera den högspecialiserade vården till Karolinska Solna skulle göra nivåstrukturering tydligare och var en del av en strävan efter att

renodla de olika vårdgivarnas uppdrag (där Karolinska Huddinges roll beskrevs som ett mer renodlat akutsjukhus, se t.ex. SLL, 2014c; SLL, 2015b).

I samband med diskussioner som föregick förslaget till verksamhetsinnehållet var den anpassade akutmottagningen en central fråga. I minnesanteckningar från ett möte med den operativa styrgruppen för nya Karolinska, framgår till exempel att det fortsatt fanns meningsskiljaktigheter mellan Karolinska och programkontoret på SLL om just storleken på den anpassade akuten. Enligt minnesanteckningarna argumenterade Karolinska i samråd med KI för att intaget kan bli mindre så småningom, men att 25 000 var ett minimum vid starten år 2018:

KI och K ställer sig bakom en kontrollerad process att långsiktigt och stegvis se över det akuta inflödet, men inför driftsättning 2018 har K och KI enats om att ett akut inflöde om ca 25' behövs för att kunna leverera alla tre delar av universitetsuppdraget – vård, forskning och utbildning (Karolinska, 2015k).

I minnesanteckningarna listades ett antal punkter kring varför SLLs programkontors beräkningar om den anpassade akuten inte ansågs fungera. Det handlade bland annat om att motivet till det reducerade antalet inte hade tydliggjorts, att ”eventuella ytterligare neddragningar av verksamhetsinnehållet måste vägas mot tiden till driftsättning”, att en ytterligare minskning krävde en ”etablerad välförankrad K/KI process” samt att Framtidsplanen måste visa hur de har gjort sina beräkningar – vilken ”metodik” som de hade använt (Karolinska, 2015k).

Trots att Karolinska, tillsammans med KI, uttryckte kritik mot beräkningar om besöksvolymer till den anpassade akuten – och tidigare i arbetsprocessen också poängterat vikten av en inte alltför långt gången koncentration av högspecialiserad vård enbart till Solna (se tidigare avsnitt i denna rapport) – tryckte HSN-förvaltningen (2017a) återigen på behovet och genomförandet av en sådan koncentration. Med hänvisning till och stöd i Framtidsplanen betonades den nätverksstruktur som ska utvecklas inom landstinget, där alla vårdgivare var tänkta att skapa ett nätverk runt patienten. I den omställningen ingick att ”de olika vårdgivarnas uppdrag renodlas i syfte att patienterna enklare ska få vård av den vårdgivare som är mest lämpad med avseende på patientens samlade behov” (HSN-förvaltningen, 2017a, s. 2). Därigenom motiverades också en tydligare koncentration till Solna: ”Den högspecialiserade sjukvården samlas från 2018 på

Karolinska Solna, akutsjukhusens uppdrag renodlas och koncentreras till de patienter som är i behov av dessa resurser, och husläkarnas roll som koordinatörer i vårdsystemet förstärks” (ibid, s. 2). Utlåtandet hade därigenom en tydlig grund i HSN-förvaltningens arbete med nivåstrukturering snarare än Karolinskas egna beräkningar om vad som var önskvärt gällande verksamhetsinnehållet (se även IP32).

I jämförelse med ambitionerna – åtminstone såsom de uttrycktes i Karolinskas arbete åren 2012 och 2013 – förstärktes nu i tjänsteutlåtandet, återigen, skillnaderna mellan Solna och Huddinge: ”Den icke högspecialiserade vård som i dag utförs på Karolinska Solna ska i framtiden utföras av andra vårdgivare”. I likhet med under NKS-förvaltningens tid stärktes betoningen på Solna och det nya sjukhuset: ”Karolinska Universitetssjukhuset är Stockholms läns landstings universitetssjukhus med verksamhet främst i Solna och Huddinge. När NKS tagits i full drift 2018 utgörs det av Karolinska Universitetssjukhuset Solna (Karolinska Solna)”. Detta betyder, enligt utlåtandet, att uppdraget för Karolinska Huddinge skulle förändras till skillnad från tidigare skrivningar i tjänsteutlåtandet från år 2013, då det slogs fast att det skulle bli *väsentligt oförändrat* (se vår beskrivning ovan och SLL, 2013a). År 2017 formulerades Karolinska Solnas roll nu i stället på följande sätt:

Förtydligandet att Karolinska Solna tillhör vårdnivå högspecialiserad vård påverkar uppdraget på Karolinska Huddinge. Denna enhet har potential för utökandet av antalet vårdplatser med rimlig investeringskostnad och måste i den nya sjukvårdsstruktur, som skapas vid öppnandet av NKS, bli ett högproducerande sjukhus inom specialiserad somatisk vård och utbildning av alla personalkategorier. Omformning av Huddinges profil i denna riktning blir tillika nödvändig för att skapa en god demografisk balans i länet. Detta profileringsarbete sker i samverkan mellan vårdgivare, ägare, beställare och kräver uppdelad redovisning mellan enheterna för att möjliggöra adekvat beskrivning av vårdinnehåll och riktad uppföljning produktionsmässigt, kvalitetsmässigt och ekonomiskt (HSN-förvaltningen, 2017a, s. 19).

En central del i denna omställning var just införandet av den anpassade akutmottagningen vid Karolinska Solna – som nu hade fått namnet Intensivakut (HSN-förvaltningen, 2017a, s. 8). I ”En ny struktur för akut omhändertagande i Stockholms läns landsting” presenterades nivåstruktureringen och krav om tydligare renodling för att säkerställa, som det uttrycks, ”rätt kompetens på rätt plats och vid rätt tid” (HSN-förvaltningen, 2017a, s. 34, bilaga 2).

Akutmottagningen i Solna beskrevs som en nyckel i att säkerställa koncentrationen av högspecialiserad vård: ”Ett mer oselektat intag kan leda till att ett beslutat högspecialiserat verksamhetsinnehåll inte kan förverkligas och att Karolinska Solnas resurser inte utnyttjas på ett optimalt sätt” (HSN-förvaltningen, 2017, s. 34, bilaga 2).

Förändringarna för det akuta omhändertagandet, inte minst med den nya intensivakuten, skapade debatt. I en gemensam skrivelse krävde oppositionen – mp, s och v – att ärendet återremitterades (ett krav som avslogs). Oppositionen ställde sig bakom Framtidsplanen och omorganisationen av vården i länet, men uttryckte kritik och oro kring hur processen hade hanterats och det faktum att förändringar i vårdinnehållet nu planerades att genomföras på NKS trots att övriga akutsjukhus inte hade byggt ut sina kapaciteter i tillräckligt hög grad för att möta ett ökat behov. Återigen påtalades problemet med att man hade knuffat fram preciserade beslut om vårdinnehållet vid Nya Karolinska. Särskilt problematiskt var, enligt oppositionen, omställningen av akutflöden. Oppositionen (mp, s och v) ställde sig frågande till hur övriga akutsjukhus skulle kunna klara de tusentals patienter som inte skulle tas emot vid nya Karolinska från och med 1 maj, 2018.

Hade vårdinnehållet i Nya Karolinska sjukhuset planerats innan sjukhuset byggdes, hade också denna organisationsförändring kunnat bli ordentligt genomarbetad innan den ska genomföras. Det aktuella förslaget upplevs inte genomtänkt. Vi ser, anmärkningsvärt nog, ingen konsekvensanalys för kostnadsutveckling och kostnadsomdistibuering, eller analys av konsekvenserna för vården utanför akutsjukhusen. Vi saknar också en riskanalys för patientsäkerheten och för tillgången till vård. Detta anser vi är självklarheter vid så omfattande förändringar.

Tusentals akutplatser beräknas saknas när NKS öppnar sin akut 2018. Det är oroväckande att vi får olika besked i beredningen för akutsjukvård, av ansvarigt landstingsråd och av sjukhusdirektörens information vid landstingsfullmäktige om hur många akutplatser som kommer finnas till förfogande när NKS intensivakut öppnar. (HSN-förvaltningen 2017b).

I fullmäktigedebatt i december 2017 argumenterade dock finanslandstingsrådet Svenonius (m) för behovet av att Karolinska Solna gavs ett renodlat högspecialiserat uppdrag i den nya nätverksstrukturen i länet. Svenonius menade att detta löpte på helt enligt plan – en plan som, enligt Svenonius, hade varit känd sedan länge:

Det är helt i enlighet med den plan som har lagts fram här i denna sal, och det sker under överinseende inte minst av hälso- och sjukvårdsnämnden, som är beställare. I budgeten för kommande år finns det också ett tydligt uppdrag till Karolinska Universitetssjukhuset att ha tillräckligt antal vårdplatser för att klara sitt uppdrag i enlighet med omställningsavtalet. Den högspecialiserade sjukvården ska från och med nästa år samlas i Solna, och intensivakuten på Karolinska ska ta hand om de allra svårast skadade och sjuka i detta län och kanske till och med i hela Sverige. (Landstingsfullmäktigedebatt, 2017, anförande nr 51).

I Svenonius debatt med Ullberg (s) kritiserade oppositionen också, återigen, att preciseringar av verksamhetsinnehållet hade dröjt. Ullberg (s) uppgav bland annat:

En annan sak som ni borde ha röstat för var våra krav på att fastställa verksamhetsinnehåll på Nya Karolinska innan planeringen gick vidare, för då hade det blivit uppenbart – det som nu personalen larmar om – att ryckigheten i besluten om det ska vara smalt, högspec eller bara ett vanligt akutsjukhus påverkar Nya Karolinska och hela det regionala vårdutbudet. Jag undrar var det har tagits beslut om att den nya akutmottagningen på Karolinska efter sommaren bara ska ta emot 12 000 patienter och hur det ska fungera med verkligheten, när IVO redan anmärker på trycket på SÖS. (Landstingsfullmäktigedebatt, 2017, anförande nr 54).

Ullberg (s) menade vidare att det faktum att man inte i tid ”satt ner foten” gällande verksamhetsinnehållet hade lett till att ”[länet] blir väldigt dåligt rustat för den påfrestning det innebär när Nya Karolinska öppnar” (anf. nr 182). Därefter har debatten fortsatt om intensivakuten – en debatt som också har lett till vissa justeringar (se vidare nedan).

Sammanfattningsvis kan det konstateras att idén om den högspecialiserade vården har definierats och hanterats olika beroende på var, när och av vem. Det är en idé som har haft flera funktioner att fylla i både NKS-projektet och omställningsarbetet av hälso- och sjukvården i Stockholms län och som genom hela projektet har gett upphov till – och stått i fokus för – konflikter om verksamhetsinnehållet. Från Karolinskas perspektiv har idén om den högspecialiserade vården i hög grad definierats utifrån krav på att få vårdapparaten att fungera – och dessa krav var som synligast under åren 2012 och 2013. Koncentration av

högspecialiserad vård har därigenom ansetts behöva göras i lämplig omfattning, både på grund av att det inte alltid har funnits mottagare som har kunnat ta emot vård som skulle behöva flytta ut och för att ett alltför smalt uppdrag riskerat att skapa en situation där det varken finns patienter att beforska i den utsträckning som krävs eller möjliga utbildningsplatser. På SLL centralt – och arbetet med Framtidsplanen – har idén i stället handlat om att nivåstrukturera vården i Stockholms län där de olika vårdgivarnas uppdrag ska renodlas. Karolinska Solna har i de planerna varit synonymt med den högsta vårdnivån och alltså en koncentration av högspecialiserad vård. Beslutet om att införa en intensivakut på Karolinska Solna med betydligt färre antal besök än de nivåer som diskuterades under år 2015 kan ses som att arbetet centralt på SLL – med ambitioner om att nivåstrukturera vården – har varit drivande och givits inflytande över delar av vårdinnehållet på NKS.

Idéer kompromissas och koalitioner försvagas

Vid inledningen av år 2016 tog alltså Karolinskas ledning beslutet att införa en ny verksamhetsmodell, där den värdebaserade vården utgjorde ett centralt element. Ungefär vid samma tid skedde det ett skifte i den mediala debatten om den värdebaserade vården (Krohwinkel m.fl., 2019). Under år 2016 var de positiva artiklarna fortfarande dominerande, men allt fler kritiska artiklar började nu att publiceras (Krohwinkel m.fl., 2019, s. 104). Debatten om managementmodellen började också att föras i fler medier. Från början drevs den främst i fackpress (såsom *Läkartidningen*) men nu spreds den till rikstäckande medier såsom *Dagens Nyheter* samt radio och tv. P1-programmet Kalibers två sändningar, genomförda i slutet av år 2016, är särskilt omtalade.

Vi menar att perioden efter år 2017, med ökad kritisk debatt i medierna, kännetecknas av en försvagning av idén om den nya verksamhetsmodellen vilket i sin tur bör förstås mot bakgrund av en försvagning av de koalitioner som har stöttat och genomfört idén. Även debatt och kritik mot en alltför stark koncentration av den högspecialiserade vården fortsätter – inte minst efter det att intensivakuten togs i bruk 1 maj 2018. Resultatet blev att både idén om den värdebaserade vården och idén den högspecialiserade vården kompromissas. Nedan diskuterar vi kortfattat hur samt betydelsen av dessa kompromisser.

Avgångar bland nyckelpersoner med minskat organisatoriskt stöd

Ett uttryck för att allianserna försvagades är att ett antal nyckelpersoner lämnade sina poster. Flera av dessa lämnade efter den kritiska debatt som hade förts i olika sammanhang, inte minst i medierna (Krohwinkel m.fl., 2019, s. 65). Debatten och de granskningar (av såväl interna revisorer som externa granskare) som hade genomförts handlade inte minst om potentiella jävssituationer. Det kan alltså beskrivas i termer av en legitimitetsproblematik. Jävsmisstankarna var inte sällan kopplade till att flera av personerna hade, eller hade haft, kontakter inom privata vårdföretag och/eller konsultbolag. Det fanns alltså farhågor om beroendeförhållanden eller om att personerna befann sig i en situation där de hade möjlighet att utnyttja sin ställning.

Som vi har redogjort för ovan hade Karolinskas styrelseordförande avgått på grund av en potentiell jävssituation redan 2014 – efter bara ett år på posten. År 2017, avgick ytterligare en styrelseledamot, en före detta Nordenchef för BCG, återigen på grund av en diskussion om en potentiell jävssituation. I en artikel i *Dagens Medicin* (2017) uppgav finansborgarrådet Svenonius att ett skäl till detta var att Karolinska borde ha ”respektavstånd” till BCG. Samma år lämnade också KIs prorektor, tillika en av initiativtagarna till organisationen ICHOM, KI. Året därpå, 2018, blev också händelserikt. Då avgick produktionsdirektören, vilket bland annat uppgavs bero på dennes kopplingar till sin tidigare arbetsgivare BCG (Krohwinkel m.fl., 2019, s. 65). Därefter lämnade sjukhusdirektören sin post, också detta efter debatter i medierna om potentiella jävssituationer (ibid). Därefter lämnade också Karolinskas upphandlingschef universitetssjukhuset efter att det hade förts fram jävsmisstankar i medierna. Upphandlingschefen var gift med finansborgarrådet (SLL, 2018a).

Dessutom avgick hela Karolinskas styrelse, då den inte gavs förnyat förtroende av landstingspolitikerna. Enligt en artikel på DN Debatt, undertecknad företrädare för Alliansens gruppleddare, genomfördes förändringarna i styrelsen framför allt mot bakgrund av problem kopplade till Nya Karolinska (Svenonius, Starbrink, Bohlin och Hemming, 2018). Dessa problem handlade bland annat om överanvändning av konsulter, dålig ekonomistyrning, tekniska problem och för hög totalkostnad. I debattartikeln förklarade alliansföreträdarna att ”det yttersta ansvaret för att säkerställa en fungerande ekonomisk uppföljning och för hur verksamheten bedrivs åligger sjukhusets styrelse” (ibid). Den nya styrelsen kom till stor del att utgöras av personer med koppling till offentlig sektor, exempelvis Vårdförbundet, Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting (numera Sveriges kommuner och

regioner, SKR). Vid tillsättandet av en styrelse utökades också antalet ledamöter från fem till sju.

I samband med styrelsens avgång vidtogs flera andra åtgärder för att stärka kontrollen och styrningen av Karolinska (SLL, 2018b). Oppositionsborgarrådet Ullberg (s) ansåg dock att bytet av styrelseledamöterna inte var tillräckligt. Det krävdes i stället en annan organisation av styrelsen. Ullberg var kritisk till att styrelsen var professionellt sammansatt styrelse med externt rekryterade ledamöter. Till *Dagens Medicin* (2018) uppgav Ullberg att detta skulle ändras vid ett eventuellt majoritetsskifte: ”vi kommer att ta bort den här styrelsen och byta den mot en annan typ av styrelse. Det är otillräckligt att bara byta namn”.

Vi har tidigare i den här rapporten visat att olika aktörer fick inflytande över förändringsarbetet genom att inorganiseras i det pågående arbetet. Denna inorganisering gjordes bland annat genom att skapa nätverk och allianser mellan olika organisationer som på olika sätt antingen stödde idén om den värdebaserade vården specifikt eller behovet av radikal förändring mer generellt. Det handlade bland annat om den internationella organisationen ICHOM, som KI:s prorektor tidigare hade beskrivits som medgrundare av, och som Karolinska år 2016 blev så kallad ”strategisk partner” till. År 2018 beslutade dock Karolinska att avsluta detta partnerskap, och samma år intog KI ett nytt förhållningssätt till den värdebaserade vården – och därmed till ICHOM – och valde fortsättningsvis att förhålla sig neutralt till den värdebaserade vården, liksom till andra organisationsmodeller. Till *Dagens Nyheter* uppgav företrädare för KI i en intervju att universitetet inte ”tar ställning till någon särskild modell, således heller inte VBV” (värdebaserad vård) (*Dagens Nyheter*, 2017). Enligt intervjun berodde det på att det inte är ett universitets ansvar att ta sådan ställning, det åligger i stället huvudmännen, det vill säga regionerna. I samband med detta förklarades att KI heller inte längre kommer att stödja ICHOM. KIs logotyp fanns därmed inte längre kvar på ICHOMs hemsida – detsamma gällde för Karolinskas logotyp.

Försvagningen av idén om den värdebaserade vården kom nu också till uttryck genom att BCG vid inledningen av år 2018 deklarerade att konsultbyrån inte längre använde sig av begreppet värdebaserad vård (i stället talade man nu om personcentrerad vård, se BCG, 2018). Detta var, enligt en intervju med bolagets vd i *Läkartidningen* (2018), ett ”medvetet beslut” eftersom ”begreppet [under de senaste åren] har använts och missbrukats på ett sådant sätt att det nästan har förlorat sin mening [...] vi vill diskutera principerna, inte att någon läser värdebaserad vård

och så kommer det upp en röd flagga” (*Läkartidningen*, 2018). Till *Dagens Medicin* (2018b) uppgav bolagets vd också att debatten kring NKS, och konsultbolagets involvering i införandet av värdebaserad vård i sjukhuset, hade fått stora konsekvenser för BCG: ”Med den debatt som har varit så är jag helt övertygad om att vi inte kommer att ha ett enda uppdrag inom offentlig sjukvård i Sverige de närmaste två åren.”

Enligt några av våra intervjupersoner var också stödet från ledande befattningsinnehavare inom SLL svagt. Här åsyftades såväl politiker som högre tjänstepersoner inom förvaltningen (IP36; IP40). Detta bristande stöd kom, enligt en intervjuperson, att bli än tydligare i takt med att den mediala granskningen och kritiken av NKS-projektet tilltog (IP40). Det bristande stödet beskrevs som en ”beslutoförmåga”, ”beslutsovilja” (ibid) och som en avsaknad av politiska initiativ och ”politisk vilja” (IP36). En av våra intervjupersoner menade att detta sannolikt kunde förklaras av att både verksamhetsinnehållet och verksamhetsmodellen var känsliga frågor som politikerna helst undvek att ta i (IP40, för liknande diskussion om verksamhetsinnehållet, se Öhrming, 2017). Till detta kom att båda områdena kännetecknades av en betydande komplexitet, varför det kunde vara svårt för politikerna att sätta sig in i dem. En intervjuad regionpolitiker delar delvis uppfattningen om att politikerna inte var tillräckligt aktiva i styrningen av NKS-projektet (IP39).

Till de tilltagande diskussionerna om och granskningen av den värdebaserade hörde också en rad initiativ från statens sida. Exempelvis gavs sådana gransknings-uppdrag till Statens medicinsk etiska råd (SMER, 2019), Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU, 2018) och till forskningsinstitutet Leading Health Care. Samtidigt skedde en tydlig vändning i förhållningssättet till värdebaserad vård av en annan central statlig myndighet: Karolinska institutet, såsom beskrivits ovan.

Den nya verksamhetsmodellen – en lösning som (åter)skapar gamla problem?

På Karolinska försvagades idén om den värdebaserade vården och det gjordes flera förändringar av den nya verksamhetsmodellen. De största förändringarna genomfördes efter det att den nya styrelsen hade utvärderat modellen och funnit den problematisk. Förändringarna innebar i vissa delar en återgång till tidigare organisation, bland annat återinfördes rollen som verksamhetschef (det uppfattades som problematiskt att ta bort den chefsrollen, då det eventuellt stred mot Socialstyrelsens föreskrifter, se Karolinska, 2019). Styrelsens utvärdering visade också att den

nya verksamhetsmodellen förvärrade vissa av problemen som den avsåg att lösa (Karolinska, 2019). Stuprörstänkandet ansågs till exempel förvärras, ansvar blev oklarare för första linjens chefer, beslut centraliserades och tvingades upp på en högre nivå, den administrativa bördan ökade för läkare och sjuksköterskor i chefsposition med följd att mindre tid kunde ägnas åt patienter och den ekonomiska kontrollen och insynen ansågs ha försämrats (ibid). Styrelsens utvärdering innebar alltså en ny- eller omkonstruktion av hur problem och lösningar relaterades till varandra: det som tidigare var en lösning (på många problem) blev nu orsaken till många problem. Samtidigt som vissa förändringar genomfördes – som i någon mån innebar en viss återgång till en tidigare organisation – utgör dock fortfarande den nya verksamhetsmodellen, nu kallad Karolinskas verksamhetsmodell, stommen för universitetssjukhusets nuvarande organisation. Det innebär därmed också att Karolinskas nuvarande organisation skiljer sig radikalt från den tidigare.

Fortsatt debatt om den högspecialiserade vården

Idén om den högspecialiserade vården är i skrivande stund alltså ifrågasatt och debatterad. Så sent som i december 2019 skrev drygt 150 personer – läkare och professorer – på ett uppror där de krävde en rad förändringar vid nya Karolinska (se t.ex. *Läkartidningen*, 2019). Bland dessa förändringar fanns krav på att universitetssjukhuset behövde breddas från att, enligt upproret, alltför ensidigt innehålla högspecialiserad vård till att även erbjuda rutinsjukvård. Det fanns också krav på att den nya intensivakuten skulle göras om till eller kompletteras med en vanlig akutmottagning. Kraven motiverades på flera sätt. Det handlade om att klara av utbildningsuppdraget och behovet av att kunna träna för att bibehålla personalens skicklighet – inte minst inom de kirurgiska specialiteterna – och därigenom behålla personal och kompetens i huset.

Under våren 2019 ställde Karolinska, i en hemställan till hälso- och sjukvårdsdirektören, krav på att få öka volymen till intensivakuten; en hemställan som accepterades (Region Stockholm, 2019a). I svaret uppgavs bland annat att antalet besök kan utökas genom att förtydliga definitionen av vad som utgör en ”Karolinska Solna-aktuell patient”. Ytterligare ett exempel på att idén om den högspecialiserade vården har modifierats och att ambitionerna om koncentration av sådan vård till Solna har kompromissats handlar om barnsjukvården. Även denna skulle renodlas med högspecialiserad vård till Solna, men i en utredning från september 2019, ”Ny utredning för barnsjukvården inom Region Stockholm”, (Region Stockholm, 2019b)

slogs det fast att detta inte var en fungerande lösning. Patientunderlaget skulle bli för litet. Beslut fattades därför om att barnsjukvården vid Karolinska Solna *inte* skulle renodlas till att enbart innehålla högspecialiserad vård (enligt målbilden), utan att den även fortsättningsvis skulle innehålla både specialiserad och högspecialiserad vård. I sammanfattningen av analysen slogs det fast att ”det högspecialiserade uppdraget bedöms i nuläget vara för litet för att bära en högspecialiserad barnklinik på Karolinska Solna. Organisationen skulle inte bli driftseffektiv och verksamheten skulle bli alltför sårbar” (ibid, s. 6).

Sammantaget visar utvecklingen under åren 2018 och 2019 att tidigare starka idéer omdefinierades och kompromissades i samband med – eller efter – att de hade genomförts. Dessa justeringar drevs fram av att de organisatoriska arrangemangen av förändringsarbetet hade tagit nya former – där idéer och idébärare över tid inte bara kan organiseras in, utan också ut från, en och samma förändringsprocess. Här hade också kritik – som har fått genomslag i den offentliga debatten via medierna – stor betydelse för vad som uppfattades som rimligt och önskvärt. Det har helt enkelt blivit svårt för centrala organisationer att fortgå med förändringsarbetet såsom tidigare utan att tappa i social status och legitimitet.

Slutsatser och diskussion

Vi har i den här rapporten förstått megaprojektet NKS som en arena där intressen och idéer, professionella normer och identiteter har formats, mötts och ibland stått i konflikt med varandra. På arenan har också vissa värden givits prioritet framför andra under olika faser av projektet. Det har varit många aktörer – från olika sammanhang – involverade, och det har samtidigt pågått flera olika besluts- och förändringsprocesser. I den här rapporten har vi särskilt visat på betydelsen av *organisation* och *idéer* för aktörers – främst politikernas och tjänstepersonernas – försök att planera och styra organisationsförändring. Olika typer av organisatoriska arrangemang i kombination med starka idéer är mekanismer som strukturerar och sorterar beslutsprocesser på projektarenan. Både aktörer och idéer kan organiseras in och ut ur centrala processer – och göra det möjligt att till exempel skapa avstånd till oliktankande och kritik. De för tiden starka idéerna ger i sin tur uppmärksamhet och legitimitet till frågor och värden samt formar vad som uppfattas vara prioriterade problem och lämpliga lösningar.

Nedan diskuterar vi den betydelse organisatoriska arrangemang och idéer har haft för det förändringsarbete som bedrevs i NKS-projektet mellan åren 2012 och 2017.

Beslutsprocesser som resultat av organisatoriska arrangemang

De *organisatoriska arrangemangen* skapar rummet för beslutsprocesser på den komplexa arena som NKS-projektet utgör. Under de år Karolinska har haft ansvar för både vad som ska flytta in i det nya sjukhuset och hur det arbetet ska organiseras och utföras, finns det tre organisatoriska arrangemang som vi menar har varit särskilt betydelsefulla för förändringsarbetet.

Den första handlar om det organisatoriska sammanhang som NKS blev en del av genom att ansvaret för verksamhetsinnehållet och -modellen flyttades till Karolinska – ett sammanhang som vi här har beskrivit främst i termer av den *politiska styrningen av universitetssjukhuset*. Det är en styrning som av regionens revisorer benämns ”bolagslik” då den anses utgöra ett slags hybrid mellan offentligrättslig (kommunallagen) och privaträttslig (aktiebolagslagen) reglering. Det faktum att Karolinskas styrelse är professionellt – och inte politiskt – sammansatt gör att det skapas gråzoner, inte bara mellan politik och förvaltning, utan också mellan politik, förvaltning och marknad. Dessa gråzoner har i fallet med NKS fått en rad konsekvenser. Partipolitiska skiljelinjer och oppositionens möjligheter att påverka styrningen av universitetssjukhuset begränsas, då styrelsen inte utgörs av förtroendevalda. Den bolagslika styrningen har också lyfts fram som problematisk för centrala demokratiska värden som transparens och insyn i beslutsprocesser.

Detta organisatoriska arrangemang har samtidigt på andra sätt givit regerande politiker särskilda möjligheter att styra. Som framgår av rapporten har möjligheten att organisera in experter i styrelsen haft betydelse för introduktionen av nya idéer om verksamhet och organisering på Karolinska. Vår analys visar att det under en formativ period kom in personer från näringslivet i styrelsen – med specifika idéer om vad en organisationsförändring skulle innebära och hur den skulle genomföras – för att längre fram, efter en tilltagande kritisk debatt, bytas ut mot representanter till större del hämtade från offentlig sektor. Möjligheten till flexibilitet i sammansättningen innebär därmed också att det finns förutsättningar för politiker att närma sig professionerna genom att öka inslaget av ledamöter hämtade från professionerna i styrelsen.

Situationen med styrelsens sammansättning på Karolinska åskådliggör hur förändrade värden, eller värderingar, påverkar och förändrar det organisatoriska sammanhanget. Vid tiden för tillsättandet av ny styrelseordförande (år 2013) betonades framför allt värdet *effektivitet*. Då fick sjukhusets styrelse och ledning flera representanter från näringslivet, beskrivna som att ha en särskild kompetens gällande ekonomi och (radikal) förändring. Under ett senare skede ser vi att värdet (*sak*)*professionalitet* blir starkare, med en styrelse sammansatt huvudsakligen av personer från offentlig sektor. Styrelsen och verksamheten får då ökad legitimitet genom att dessa personer uppfattas ha en (större) förståelse för vårdens organisation och personalens förutsättningar. Vi kan därmed konstatera att det med den externt tillsatta styrelsen följer möjligheter att anpassa sammansättningen efter vad som i tiden betraktas som ett prioriterat värde – och prioriterade kompetenser. Det visar också att denna organisering i hög grad är politisk – då särskilt oppositionen har kritiserat såväl sammansättningen av ledamöter som det organisatoriska arrangemanget som sådant, det vill säga möjligheten till extern rekrytering av ledamöter.

De organisatoriska gråzonerna ger också förutsättningar för förskjutningar av ansvar och handlingsutrymme mellan de olika sfärerna – inte minst mellan politik och förvaltning. Samtidigt som styrande regionpolitiker har särskild flexibilitet avseende sammansättningen av styrelsen, har detta organisatoriska arrangemang givit möjligheter för samma regionpolitiker att trycka ansvaret från sig – mot styrelsen. Denna ansvarsförskjutning blir särskilt påtaglig under mer turbulenta perioder då svårigheter har uppstått – inte minst i samband med ekonomiska problem och obekväma beslut (t.ex. om varsel av personal). Och just för att styrelsen inte är politiskt sammansatt tenderar styrande politiker att konstruera dessa problem som icke (parti)politiska. Genom detta utmanas den i litteraturen gängse beskrivningen av hälso- och sjukvården som politiskt svårstyrd och som ett *problem* för politikerna. Även om hälso- och sjukvården, i termer av dess komplexitet och professionstyngd, i många fall uppfattas som, och säkerligen *är*, politiskt svårstyrd visar vår analys att detta också kan bli politiskt användbart. Svårstyrbarheten – och argument som ledande politiker har drivit på sistone om att det är professionen som bör styra och ta ansvar för sin komplexa verksamhet (Svenonius, 2019; Svenonius och Starbrink, 2019) – blir därmed också en *möjlighet* för politikerna att slippa eller undvika att ta ansvar.

I NKS-projektet medförde denna svårstyrbarhet att styrande politiker initialt organiserade förändringsarbetet i en separat förvaltningsorganisation (Andersson och Grafström, 2019),

detta för att undvika alltför mycket involvering av den återkommande beskrivna svårstyrda ledningen för Karolinska. I slutfasen av samma förändringsarbete – och i ett sammanhang då NKS-projektet förknippades med stark kritik i medierna (se t. ex. DN-rapporteringen sammanställd i Röstlund och Gustafsson, 2019 samt SvD-rapporteringen sammanställd i Ennart och Mellgren, 2017) – använder sig politikerna av svårstyrbarheten och vårdens komplexitet som ett argument för att politiker i viss utsträckning varken kan, eller bör, påverka professionen. Svårstyrbarheten är alltså dubbeltydig för styrande politiker – den kan både utgöra problem (ses som hinder för att genomföra en önskad förändring) och samtidigt erbjuda möjligheter att slippa ta ansvar (särskilt under osäkra förhållanden och i samband med kritik). Vi kan förstå det som att när den politiska styrningen urholkas eller försvagas kan detta samtidigt också skapa möjligheter till ansvarsförskjutning och -flykt.

Det andra organisatoriska arrangemanget som hade stor betydelse för förändringsarbetet kring NKS handlar om att arbetet organiserades i *parallella processer*. En första process utgörs av projektet med verksamhetsinnehållet och upprättandet av Karolinskas programkontor – en separat enhet på sjukhuset med en externt rekryterad programchef. Biträdande sjukhusdirektör gavs ansvaret för programkontoret, medan den dåvarande sjukhusdirektören ansvar var fokuserad på den ordinarie verksamheten på det befintliga sjukhuset. En andra process utgörs av organiserandet av en särskild stab, SSVP, med ansvar för att ta fram och implementera den nya verksamhetsmodellen. Det arbetet leddes av en nyrekryterad (men tidigare anlitad konsult på sjukhuset) produktionsdirektör.

Dessa parallella processer kan förstås skapa ”rum” där den självgenererande effekten som starka idéer och aktörer tenderar att få – när de samverkar och blir inorganiserade i centrala beslutsprocesser – förstärks. Sådana organisatoriska rum skapar grogrund för alliansbyggande och föder lätt ett ”vi mot dom”-tänkande där vissa lösningar (med stöd i starka idéer) inte bara blir attraktiva och tänkbara, utan också självklara och svåra att ifrågasätta. När centrala aktörer, tillsammans med idéer, inorganiserar i förändringsprocesser kan vi förstå det som att det, åtminstone tillfälligt, leder till situationer där motstånd och oliktankande stängs ute. Sådana situationer kan vara effektiva för den som vill driva förändring snabbt och effektivt. Samtidigt medför detta begränsade möjligheter för insyn och delaktighet, vilket i sin tur riskerar att inte bara äventyra möjligheterna till kvalitetssäkring och korrektiv utan även att försvåra genomförandearbetet samt att sätta demokratiska värden på spel. En uttrycklig ambition med att flytta över ansvaret för verksamhetsinnehåll och utvecklandet av den nya organisationen till

Karolinska var att ge bättre förutsättningar för att involvera de medarbetare som sedan skulle arbeta på det nya sjukhuset. Att detta arbete sedan drevs i parallella processer har sannolikt försvårat involvering av personal och fackliga organisationer. Problemen med att involvera personalen bör förstås mot bakgrund att det nu genomfördes flera komplexa och omfattande parallella processer *samtidigt* som personalen skulle bedriva ordinarie vårdproduktion. Det handlade med andra ord om att personalens begränsade tid påverkade möjligheterna till inkludering.

Det tredje organisatoriska arrangemanget som har haft särskilt stor betydelse för förändringsarbetet i NKS-projektet går bortom Karolinskas roll och handlar om det parallella arbete som Region Stockholm initierade med Framtidsplanen år 2011. *Parallella processer* i förändringsarbetet uppstod alltså inte endast internt på Karolinska, utan även mellan de olika organisationerna som förväntades samarbeta och driva arbetet gemensamt. Redan under NKS-förvaltningens tid kritiserades projektarbetet för att särorganiseras från existerande vårdarbete och planering – där inte minst det pågående arbetet med att skapa *ett* universitetssjukhus med både Huddinge och Solna gick på tvärs med NKS-förvaltningens ambitioner om att koncentrera den högspecialiserade vården i länet till Solna. Det är en kritik som kan förstås som att det etablerades en förändringsprocess inom ramen för NKS-förvaltningens verksamhet samtidigt som det, parallellt, pågick en annan förändringsprocess på Karolinska. Därigenom både undveks, och troligen också förstärkes, konflikter mellan NKS-projektet och Karolinska (Andersson och Grafström, 2019).

Situationen lade också grunden för en osynk mellan planerad utflytt av vård från Karolinska och utbyggnad av övriga akutsjukhus samt etablering av närakuter – en osynk som arbetet med Framtidsplanen skulle råda bot på. Även om det från år 2012 fanns starka politiska ambitioner om att göra arbetet med planering av vårdverksamhet på NKS och på övriga akutsjukhus till mer av en gemensam process, så sker inte detta. Detta organisatoriska arrangemang får betraktas som ordentligt kantstött. Vår analys visar att trots löpande möten och dialoger mellan till exempel Karolinskas programkontor och programkontoret för framtidens hälso- och sjukvård har det gemensamma arbetet försvårats. Samverkansproblemen mellan de båda programkontoren beror på flera saker, såsom otydligheter kring ansvar och mandat på regionen centralt (Landstingsrevisorerna, 2018a) samt olika syn på möjligheter och lämpligheten att koncentrera den högspecialiserade vården till Karolinska Solna.

Idéer – beroende av problem, tid och rum

Vår analys visar också att starka *idéer* har haft stor betydelse för vad som anses viktigt och prioriterat i förändringsarbetet kring NKS. Det handlar om vilka lösningar som har uppfattats som attraktiva och vad som har setts som centrala problem (och som man har motiverat lösningarna med). NKS-projektet drog inte bara till sig aktörer – det var också ett projekt som passade väl med visionära och för tiden retoriskt attraktiva idéer. De politiska drömmarna om vad det prestigefyllda sjukhusprojektet skulle åstadkomma (Johannesson och Qvist, 2019) rättfärdigade på så sätt nydanande och radikala idéer, såsom OPS (Yngfalk och Junker, 2019), ett universitetssjukhus med endast högspecialiserad vård och en intensivakut (jfr Grafström och Andersson, 2019) samt värdebaserad vård (Krohwinkel m.fl., 2019).

Men projekt erbjuder ingen långsiktig överlevnadskraft för enskilda idéer – inte ens ett megaprojekt som NKS. Idéer är inte bara beroende av aktörskap, utan också av tid. I ett megaprojekt som löper över lång tid kommer en och samma idé att ges olika betydelse beroende på vilken fas förändringsarbetet befinner sig i. Idéer hinner också komma och gå – vad som var attraktivt och modernt enligt tidsandan i början av ett projekt behöver inte vara det i dess slutfas. Betydelsen av idéer förstås i relation till huruvida förändringsarbetet är i en initial, visionär fas eller i en senare planeringsfas, närmare genomförandet. Vi vet från tidigare studier att idéer behöver översättas för att få betydelse och kunna implementeras i verksamheter (Czarniawska och Sevón, 1996). I sådan översättning behöver idéer inte bara konkretiseras utan också anpassas för att passa och bli relevant för det lokala sammanhanget. Dessa studier visar också att de abstrakta idéernas möte med det lokala sammanhangets strukturer, rutiner och hierarkier inte sällan leder till stora problem vid genomförandet. I NKS-projektet tenderar också de organisatoriska arrangemangen – i form av parallella processer och andra organisatoriska arrangemang – att ha skapat situationer där den visionära förståelsen av idén har kunnat överleva genom att delvis ha separerats just från det sammanhang som den ska förändra och implementeras i – det operativa vårdarbetet på sjukhuset. Situationen påminner om att det ofta är svårt, eller kanske omöjligt, att genomföra omfattande omorganisationer, innefattande kulturförändringar, i processer styrda uppifrån-ned i verksamheten.

Vi har i denna rapport följt två förändringsprocesser med idéer i olika faser. Vad gäller *idén om den högspecialiserade vården* och ambitionen om en stark koncentration av sådan vård till det nya sjukhuset i Solna försvagades den – och modifierades – i samband med att Karolinska övertog ansvaret för planeringen av vårdverksamheten. De politiska ambitionerna blev också

allt otydligare i takt med att kraven ökade på konkretisering av idén (eller visionen) om den högspecialiserade vården, och i politiska debatter ser vi över tid en alltmer blandad skara åsikter om huruvida den högspecialiserade vården har, eller ens bör, koncentreras till Solna. Vår analys visar dessutom att det efterhand växte fram olika (parti)politiska åsikter om hur den ursprungliga visionen i själva verket såg ut. I den senare fasen – närmare eller till och med i samband med driftsättande av NKS – möter vi en idé som är både ifrågasatt och kompromissad. Det är dock en idé som har kommit att symbolisera det nya sjukhuset och det prestigefyllda projektet NKS. Enligt den ursprungliga berättelsen skulle NKS vara "kronan på verket" i det framtida sjukvårdssystemet (Johannesson och Qvist, 2019) – med den högspecialiserade vården som en central beståndsdel. Det blir därför svårt för politikerna att motivera att idén helt släpps – och att det nya sjukhuset blir ett "vanligt" universitetssjukhus som även driver rutinsjukvård.

Genomförandet av intensivakuten, med ett avsevärt begränsat uppdrag i jämförelse med tidigare, är det mest illustrativa exemplet på det symboliska värdet i idén om den högspecialiserade vården. Trots kritik från flera olika håll, i olika faser av planeringsarbetet, drevs beslutet igenom. Värt att notera är att nuvarande hälso- och sjukvårdsdirektör, under våren 2019, accepterade en hemställan från Karolinska om att få öka antalet akutbesök. Den planerade renodlingen av högspecialiserad vård av barnsjukvården vid Karolinska blev heller inte av (SLL, 2020c). Vår analys är därmed i linje med annan forskning om större förändringsprocesser. Jacobsson konstaterar till exempel att idéer förändras och kompromissas i mötet med praktiken, och att kompromissade idéer i sin tur – senare i samma process, återigen – påverkar praktiken (Jacobsson, 2002, s. 226 ff).

Idén om den värdebaserade vården, senare tillsammans med den tematiska organisationen utvecklad till den nya verksamhetsmodellen, har i stället befunnit sig främst i en initial, visionär fas, där vår analys har fokus på hur idén kommer in på Karolinska, hamnade på dagordningen och sedan blev beslutad att utgöra en central aspekt i den nya strategin för sjukhuset. Även här ser vi att de organisatoriska arrangemangen har varit betydelsefulla för idéns möjligheter att "fastna" och bli en del av förändringsarbetet. Här har byggandet av allianser – mellan individer och organisationer både innanför och utanför Karolinska – varit viktigt. Idén om den värdebaserade vården var också tacksam för dess förespråkare och idébärare i flera avseenden. I likhet med andra managementidéer var den abstrakt och kopplade an till att aspekter som är svåra att säga emot, som att *skapa värde med patienten i centrum*. Den var också lätt att koppla till aspekter som hade diskuterats inom NKS-projektet sedan nästan ett årtionde tillbaka: nya

arbetsätt och tematisk organisation med flöden och patientfokus. I likhet med vad tidigare studier har visat inkluderade också idébärarna aktuella problembeskrivningar i lösningen – i idépaketet.

Även om managementidén lean, som var prioriterad av den tidigare sjukhusdirektören, i viss utsträckning kunde kopplas till visionen om det nya universitetssjukhusets arbetsätt – och ofta beskrivs ha idémässiga likheter med den värdebaserade vården (se t.ex. Fredriksson m.fl., 2015) – var kanske denna idéns största problem just det faktum att den redan var relaterad till existerande praktik på sjukhuset och en tidigare lednings strategi. Det nya sjukhuset skulle just vara något *nytt* – något som kom utifrån. Det var ett krav och en förväntan som alltså idén om lean inte infriade, men som idén om den värdebaserade vården levde upp till. Den värdebaserade vården låg också rätt i tiden. År 2014, när beslutet om att göra den till sjukhusets huvudstrategi togs, var den värdebaserade vården – såväl nationellt som internationellt – på uppgång och höll på att ersätta lean som huvudsaklig förbättrings- och förändringsmetod. Förändringarna på Karolinska, där lean ersätts av den värdebaserade vården, är därmed i linje med forskning om managementidéers utveckling – uppgång, topp, nedgång och fall – som konstaterar att den typen av modeller oftast har en begränsad livslängd på cirka fyra år (se t.ex. Walshe, 2009).

Diskussionen ovan handlar alltså om att idéer kommer och går – de är trendkänsliga och behöver därför ofta ompaketeras. Organisationers motivering till varför de är öppna för dessa idéer har också sin grund i att de vill framstå som korrekta och moderna, i försök att därigenom skapa social status och legitimitet. Omoderna idéer skulle givetvis motverka ett sådant syfte. I NKS-projektet kan vi förstå denna trendkänslighet som betydande. De högtflygande politiska drömmarna var på så sätt villkorade. Kanske kan vi till och med förstå det som att (inte minst politiska) krav på ”nytt” och ”modernt” därför länge vägde tyngre än andra krav om vad som ansågs fungera i praktiken. Det beprövade och inarbetade blev i, åtminstone delar av förändringsarbetet – till exempel i den process där verksamhetsmodellen utarbetades och planerades – just det som skulle ”brytas mot” och förändras. Det skapades därigenom en polarisering där aktörer blir endera för eller emot förändring (se även Krohwinkel m.fl., 2019). Aktörerna som drev på processen legitimerade dessa radikala förändringsambitioner genom att ta spjörn mot en berättelse där den tidigare organisationen på universitetssjukhuset med dess ledning beskrevs som förlegad och problemfylld, och som den nya organisationen var avsedd att lösa. I den berättelsen blev evolutionär förändring – som kan förstås utgå från och bygga

vidare på det redan etablerade och beprövade – del av det förlegade och problematiska. Evolutionär förändring blev därigenom del av beskrivningen av ”bakåtsträvare” och ”förändringsobenägen” – och den revolutionära förändringen ansågs vara den eftertraktade och stå för det nya och moderna. Idéer kan på så sätt utgöra stark drivkraft till att initiera, och därigenom att sätta riktning och ramar för ett förändringsarbete, men kan – om de inte aktivt översätts och anpassas till den lokala praktiken – senare i förändringsarbetet bli problematiska och till och med utgöra hinder i arbetet.

Avslutningsvis, olika former av organisering bidrar med nödvändig ordning på en megaprojektarena som NKS. Organiseringen definierar arbetsuppgifter, ger de inblandade riktning och pekar ut ansvar. De organisatoriska arrangemangen möjliggör därigenom förändring. De kan också, som vi har visat, leda till ett slags självgenererande effekt där en viss riktning, ofta med stöd i en attraktiv och ”modern” idé, förstärks. Den typen av förändringsarbete kan upplevas och beskrivas som svår att ändra riktning på och som något som tenderar att uppfattas som nödvändig. Det betyder inte att det vid samma tillfälle saknas kritiska röster eller ens en förståelse för eventuella risker med förändringen. Organisatoriska arrangemang är inte bara inkluderande, de exkluderar också – vilket gör att aktörer och idéer organiseras ut från beslutsprocesser. Arrangemangen kan på så sätt också osynliggöra – genom att skapa avstånd i både tid och rum – meningskiljaktigheter, motstridiga analyser och till och med direkta konflikter. Dessa arrangemang är därför centrala styrverktyg som måste hanteras med stor varsamhet av politiker och andra beslutsfattare. De kan skydda och stärka, men också åsidosätta, demokratiska värden om öppenhet, transparens och delaktighet i politiska besluts- och förändringsprocesser.

Referenser

Abrahamson, Eric (1996), ”Management Fashion”, *The Academy of Management Review*, **21**(1), 254-285.

Ahlbäck Öberg, Shirin och Göran Sundström (2020). ”Förvaltningspolitikens organisering”, i Peter Ehn och Göran Sundström (red.), *Statlig förvaltningspolitik för 2020-talet. En forskningsantologi*. Statskontoret, s. 237-266.

Andersson, Catrin, Magnus Erlandsson och Göran Sundström (2017), *Marknadsstaten: om vad den svenska staten gör med marknaderna - och marknaderna med staten*. Malmö: Liber.

Andersson, Catrin och Maria Grafström (2019), ”Att styra genom organisation: Exkludering, inkludering och villkorat deltagande i Nya Karolinska Solna”. Scorerapport nr 2019:3. Stockholms centrum för forskning om offentlig sektor, Stockholms universitet, Stockholm.

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

Blomgren, Maria (2003), ”Ordering a profession: Swedish nurses encounter New Public Management reforms”, *Financial Accountability and Management*, **19**(1), 45-71.

Blomgren, Maria och Eva Sundén (2009), ”Fallet Capio: Från löntagarfonder till europeiskt vårdföretag”, i Kajsa Lindberg och Maria Blomgren (red.), *Mellan offentligt och privat: Om styrning, praktik och intressen i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Santérus Academic Press, s. 121-136

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

BCG (2009), ”Value guided healthcare as a platform for industrial development i Sweden – a feasibility study”.

BCG (2018), ”Lever svensk hälso- och sjukvård på lånad tid? Framtidens krav på sjukvårdens ledning och styrning”.

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

Czarniawska, Barbara och Guje Sevón (red.)(2005). *Global ideas*. Malmö: Liber.

Dagens Medicin (2017), <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2017/12/22/sll-stuvar-om-i-karolinskas-styrelse/>

Dagens Medicin (2018a), ”Styrelsen för Karolinska avgår”, 2018-04-10).

Dagens Medicin (2018b), ”BCG: Vi kommer inte ha ett enda uppdrag” (2018-02-22).

Dagens Nyheter (2012) ”Låg kvalitet och fel utbud risk i marknadsstyrd vård”, 2012-11-04.

Dagens Nyheter (2017), ”Karolinska institutet tar avstånd från värdebaserad vård” (2017-06-22).

Dagens Nyheter (2018), ”Karolinskas ordförande sitter i bolag som gör affärer med Karolinska”, 2018-03-29.

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

Erlingsdóttir, Gudbjörg (2010), ”Det blir inte alltid som planerat: Om nya styrmodeller och deras varierande resultat”, i Anders Anell och Ulf-G. Gerdtham (red.), *Vårdens utmaningar*, SNS Välfärdsrapport 2019, Stockholm: SNS Förlag, s. 148-175.

Falkenström, Erica och Anne T. Höglund (2018), *På spaning efter etik: Etisk kompetens och ansvarstagande för ledning och styrning av hälso- och sjukvården*. Stockholm: Appell Förlag.

Flinders, Matthew och Jim Buller (2006). "Depoliticisation: Principles, Tactics and Tools." *British Politics*, **1**(3), 293–318.

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.

Grafström, Maria och Catrin Andersson (2019), "Oklarhet som förändringsstrategi. Nya Karolinska Solna och idén om den högspecialiserade våden". Score-rapport nr 2019:2. Stockholms centrum för forskning om offentlig sektor, Stockholms universitet, Stockholm.

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.

HSN-förvaltningen (2011), *Framtidens hälso- och sjukvård: Slutrapport från projektet framtidens hälso- och sjukvård*, mars 2011.

HSN-förvaltningen (2017a) "Karolinska Universitetssjukhuset Solna respektive Huddinges uppdrag, verksamhetsinnehåll och kapacitet, samt ny struktur för akut omhändertagande inom Stockholms läns landsting", HSN 2016-4792, 2017-03-21.

HSN-förvaltningen (2017b), Ärende nr 11, HSN 2016-4792.

Hall, Patrik (2015), *Makten över förvaltningen: Förändringar i politikens styrning av svensk förvaltning*. Malmö: Liber.

Hall, Patrik (2012), *Managementbyråkrati: Organisationspolitisk makt i svensk offentlig förvaltning*. Malmö: Liber.

Hallin, Bo och Sven Siverbo (2011), *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Ingvar, Martin, Stefan Larsson och Michael Porter (2012), "Låg kvalitet och fel utbud risk i marknadsstyrd vård", DN Debatt, *Dagens Nyheter*, 2012-11-04.

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

Jacobsson, Bengt (red.) (2002), *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*. Stockholm: Santérus Förlag.

Jacobsson, Bengt och Jenny Svensson (2017), *Rektorer – om konsten att hantera motstridiga krav*. Lund: Studentlitteratur.

Johannesson, Livia och Martin Qvist (2019), "Ett megaprojekt tar form: Den tidiga planeringen av Nya Karolinska Solna", Score-rapport nr 2019:4, Stockholms centrum för forskning om offentlig sektor, Stockholms universitet, Stockholm.

Johannesson, Livia och Carl Yngfalk (2020), "Tillägsavtal och anpassning. Det institutionella (efter)arbetet för att upprätthålla OPS-avtalets legitimitet inom Stockholms läns landsting 2012-2018", Score-rapport nr 2020:2, Stockholms centrum för forskning om offentlig sektor, Stockholms universitet, Stockholm.

Karlsson, Tom (2017). *New Public Management – ett nyliberalt 90-talsfenomen?* Lund: Studentlitteratur.

Karolina (2012), "Flödesarbete och nya Karolinska", nr 4, s. 19.

Karolina, (2013), "Porträttet: Partnerskap – inte privatisering", nr 5., s. 12-14.

Karolina (2014), "Värdebaserad vård konkretiserar flödesarbetet", nr 1., s. 2. Ledare av sjukhusdirektör Birgir Jacobsson.

Karolinska (2011a). Protokoll, sammanträde, 2011-06-21.

Karolinska (2011b). "Synpunkter och resonemang inför NKS förvaltningens tjänsteutlåtande om NKS verksamhetsinnehåll", skrivelse 2011-02-07, LS 1104-0624/K0575-2011.

Karolinska (2012), "NKS – nya Karolinska, Rapport från verksamheten", powerpointbilder, Alexander Ahlberg, Nordisk konferens, Forum vårdbyggnad, 2012-11-14.

Karolinska (2013a). Protokoll, styrelsesammanträde, 2013-03-21.

Karolinska (2013b). Protokoll, sammanträde ledningsgrupp, 2013-05-21.

Karolinska (2013c), Protokoll, sammanträde ledningsgrupp, 2013-03-08.

Karolinska (2013d), Protokoll, ledningsgrupp, 2013-05-20.

Karolinska (2013e); Protokoll, ledningsgrupp, 2013-11-25.

Karolinska (2013f), "Verksamhetsplan för år 2014", LS 1309-1161.

Karolinska (2014a), Styrelseprotokoll, 2014-02-19, K0550-2014.

Karolinska (2014b), "Ny sjukhusdirektör utsedd", <https://news.cision.com/se/karolinska-universitetssjukhuset/r/ny-sjukhusdirektor-utsedd>, hämtat 9 mars 2020.

Karolinska (2015a), Protokoll, ledningsgrupp, 2015-04-27.

Karolinska (2015b), Protokoll, ledningsgrupp, 2015-08-17.

Karolinska (2015c), Protokoll, ledningsgrupp, 2015-05-11.

Karolinska (2015d), Protokoll, ledningsgrupp, 2015-05-25.

Karolinska (2015e), Protokoll, ledningsgrupp, 2015-06-22.

Karolinska (2015f), Styrelseprotokoll, 2015-10-29, K2797-2015.

Karolinska (2015g), Styrelseprotokoll 2015-12-02. K2992-2015.

Karolinska (2015h), Styrelseprotokoll 2015-09-18. dnr K2298-2015.

Karolinska (2015i), ”Allokering 2.0: Inriktningsbeslut i sjukhusledningen 2 feb 2015.”

Karolinska (2015j), ”Mot allokering 2.0!”, KLG, 2012-02-05.

Karolinska (2015k), ”Minnesanteckningar från operativa styrgruppen”. 2015-01-15.

Karolinska (2016a), ”Ny verksamhetsmodell för Karolinska universitetssjukhuset, redigerad version” (2016-01-07).

Karolinska (2016b), Styrelseprotokoll, 2016-01-28. dnr K0100-2016.

Karolinska (2018), ”Översyn över processen för inköp av externa konsulter”, Internrevision Karolinska, Ärende/D-nr: K2017-5710 (daterad 2018-01-13).

Karolinska (2019), ”Vårdutskottets uppföljning av den nya verksamhetsmodellen”, K 2019-1469.

Karolinska (2020), ”Sjukhusledningen”, <https://www.karolinska.se/om-oss/organisation/sjukhusledningen/>, hämtat 9 mars 2020.

Karolinska Institutet (2017), ”Stora konsekvenser för utbildning och forskning när Karolinska universitetssjukhuset får färre patienter”, <https://nyheter.ki.se/stora-konsekvenser-for-utbildning-och-forskning-nar-karolinska-universitetssjukhuset-far-farre>, hämtat 9 mars 2020.

Krohwinkel, Anna, Unni Mannerheim, Jan Rognes och Ida Larsson (2019), ”Värdebaserad vård: En organisationsteoretisk genomlysning av innehåll, ändamålsenlighet och lärdomar för framtiden”, LHC-rapport nr 2, Leading Health Care, Stockholm.

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

Landstingsfullmäktige (2013a), ”Sammanträdeshandlingar”. Anförandeprotokoll, juni, 2013.

Landstingsfullmäktige (2013b), ”Sammanträdeshandlingar”, Anförandeprotokoll, 22 oktober 2013.

Landstingsfullmäktige (2017), ”Sammanträdeshandlingar”, december 2017, Anförandeprotokoll.

Landstingsfullmäktige (2018), ”Sammanträdeshandlingar”, Anförandeprotokoll, 20e november, 2018. LS 2018-0680.

Landstingsrevisorerna (2014), ”Karolinska Universitetssjukhusets omställningsarbete”, projektrapport nr 15/2013, RK 201309-0067 (daterad 2014-02-20).

Landstingsrevisorerna (2016), "Den första flytten till NKS – Hanteringen av förutsättningarna inför driftsättningen", projektrapport nr 11/2016.

Landstingsrevisorerna (2018a), "Framtidens hälso- och sjukvård – planering och genomförande 2017", projektrapport nr 12/2017, 2018-02-20, RK 2017-0068.

Landstingsrevisorerna (2018b), "Ägarstyrning – bolag och bolagsliknande former", projektrapport 5/2018. LS 2018-0628 (daterad 2018-03-20).

Landstingsrevisorerna (2018c), "Ärendeprocessen – Transparens och spårbarhet i politiska beslut", projektrapport nr 8/2017, RK 2017-0045 (daterad 2018-01-25).

Landstingsrevisorerna (2018d), "Landstingsstyrelsens årsrapport för landstingsstyrelsen 2017", LS 2018-0574 (daterad 2018-09-12).

Lapsley, I., och Oldfield, R. (2001). Transforming the Public Sector: Management Consultants as Agents of Change. *European Accounting Review*, 10, 523-543.

Liljegren, Annelie och Erland Löfberg (2010), "Tankarna bakom Nya Karolinska Solna: Vi måste våga förändra invanda traditioner och kulturer", debattartikel, 2010-11-23, https://lakartidningen.se/wpcontent/uploads/OldWebArticlePdf/1/15455/LKT1047s2940_2941.pdf, hämtat 14 september 2018.

Lindberg, Kajsa och Maria Blomgren (red.) (2009), *Mellan offentligt och privat: Om styrning, praktik och intressen i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Santérus Academic Press.

Lundquist, Lennart (1998), *Demokratins väktare*. Lund: Studentlitteratur.

Läkartidningen (2018), "Kritiserat konsultbolag vill inte längre tala om värdebaserad vård", 2018-02-22, <https://lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2018/02/Kritiserat-konsultbolag-vill-inte-langre-tala-om-vardebaserad-vard/>, hämtat 9 mars 2020.

Läkartidningen, (2019), "Läkaruppror: Öppna NKS för vanliga patienter", 2019-12-13, <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2019/12/lakarupprop-oppna-nks-for-vanliga-patienter/>, hämtat 9 januari 2020.

March, James G. (1994), *A primer on decision-making: How decisions happen*. New York: Free Press.

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

O'Mahoney, Joe och Andrew Sturdy (2016), "Power and the diffusion of management ideas: The case of McKinsey & Co", *Management Learning*, 47(3), 1-19.

Page, Edward C. (2012). *Policy without politicians: Bureaucratic influence in comparative perspective*. Oxford: Oxford University Press.

Pierre, Jon och Göran Sundström (red.)(2009), *Samhällsstyrning i förändring*. Lund: Studentlitteratur.

Porter, Michael och Elisabeth Teisberg Olmsted (2006), *Redefining Health Care. Creating Value-Based Competition on Results*. Harvard: Harvard Business Review Press.

Region Stockholm (2019a). "Till Styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset", skrivelse från Hälso- och sjukvårdsdirektören angående Karolinskas hemställan om volymer, intensivakuten, 2019-04-30.

Region Stockholm (2019b) Ny utredning för barnsjukvården inom Region Stockholm", Regions Stockholm, 2019-09-05)

Region Stockholm (2020), "Om projektet Nya Karolinska Solna", <https://www.karolinska.se/om-oss/miljoer-for-var-d-forskning-och-utbildning/toppmodernt-med-avancerad-var-d/nks-projektet/>, hämtat 9 mars 2020.

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

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: Stanford University Press.

Sahlgrenska (2020), "Styrelse", <https://www.sahlgrenska.se/om-sjukhuset/organisation/styrelse/>, hämtat 9 mars, 2020.

SBU (2018), Värdebaserad vård. Kartläggning av kunskapsläget. Rapport 285/2018, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.

Setterwalls (2013), "Konsultuppdrag – Setterwalls advokatbyrå AB. Verkställighetsbeslut". LS 1309-1161-3.

Setterwalls (2014), "Utredning rörande Karolinska Universitetssjukhusets försäljning av vård utomlands", LS 1412-1453.

Setterwalls (2018) "Rapport – särskild utredning. Inlöp av strategi- och managementkonsulttjänster för Karolinska universitetssjukhuset och projektet Nya Karolinska Solna"

Sjukhusläkaren (2012), "En av tre anställda får inte plats på NKS", 2012-02-20, <https://www.sjukhuslakaren.se/inventering-pagar-pa-karolinska-vad-ska-ut-i-oppenvarden/>, hämtat 9 januari 2020.

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

SLL (2013a), "Karolinska Universitetssjukhusets uppdrag, verksamhetsinnehåll och kapacitet, samt fastighetsutnyttjande vid Karolinska Solna". Tjänsteutlåtande, LS 1304-0528 (daterad 2013-04-15).

SLL (2013b), "Framtidsplanen – andra steget i genomförandet", juni 2013, LS 1304-0527.

SLL (2013c), "Nominering av ny ordförande i styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset från och med den 1 november 2013 till och med den 31 december 2014", LS 1309-1161-2.

SLL (2014a). "Framtidsplanen – Tredje steget i genomförandet, Stockholms läns landsting", 2014-12-17, LS 1409-1068.

SLL (2014b). "Anders Ekblom föreslås bli ny ordförande för Karolinska Universitetssjukhuset", <https://www.sll.se/verksamhet/halsa-och-varld/nyheter-halsa-och-varld/2014/12/Anders-Ekblom-foreslas-bli-ny-ordforande-for-Karolinska-Universitetssjukhuset/>, hämtat 9 mars 2020.

SLL (2014c). Karolinska Universitetssjukhusets uppdrag avseende vårdinnehåll och volymer 2016-2018 – underlag inför omställningsavtal, Programkontoret framtidens hälso- och sjukvård, 2014-02-26.

SLL (2015a), *Förfrågan vid förnyad konkurrensutsättning från Ramavtal Konsulttjänster inom Strategi och management*, SLL 1654, Ärendnr 2015-478, datum 2015-09-18)

SLL (2015b) Framtidsplan för hälso – och sjukvården: Genomförandefasen 2015. Powerpointpresentation.

SLL (2018a), (<https://www.sll.se/verksamhet/halsa-och-varld/nyheter-halsa-och-varld/2018/02/Utreddning-om-jav/>)

SLL (2018b), "Insatser igång för stärkt ledning och uppföljning", <https://www.sll.se/verksamhet/halsa-och-varld/nyheter-halsa-och-varld/2018/03/Insatser-igang-for-starkt-ledning-styrning-och-uppfoljning>, hämtat 9 mars 2020.

SLL (2020a), "Organisation", <https://www.sll.se/om-regionstockholm/Organisation>, hämtat 9 mars 2020.

SMER (2019), *Styrmodeller i hälso- och sjukvården – förslag till etisk analys*. SMER 2019:2, Statens medicinsk-etiska råd.

Sundström, Göran (2016), "Strategisk styrning bortom NPM", *Statsvetenskaplig tidskrift*, 118(1), s. 145-171.

Sveningsson, Stefan och Nadja Sörgärde (2014), *Organisationsförändring – hur, vad och varför?* Lund: Studentlitteratur.

Svenonius, Starbrink, Bohlin och Hemming (2018), "Vi i alliansen byter ut hela styrelsen för Karolinska", DN Debatt, *Dagens Nyheter*, 2018-04-11.

Svenonius, Irene (2019), *Jag vill avskaffa mig själv – Låt proffsen styra vården*. Debattbok.

Svenonius, Irene och Starbrink, Anna (2019), "Karolinska måste anpassa sig till mindre konstym", DN Åsikt, *Dagens Nyheter*, 2019-11-12.

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 (2019), www.svt.se/nyheter/lokalt/stockholm/oppositionen.om-varslet-pa-karolinska-yxhugg-mot-sjukvarden. 2019-11-06.

Tamm Hallström, Kristina och Renita Thedvall (2015), "Managing administrative reform through language work. Implementing Lean in Swedish public sector organisations", *Scandinavian Journal of Public Administration*, **19**(2), 89-108.

Thedvall, Renita (2019), *Fast Childcare in Public Preschools. The Utopia of Efficiency*. London: Routledge.

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

Wedlin, Linda och Kerstin Sahlin (2017), "The Imitation and Translation of Management Ideas", i Royston Greenwood, Christine Oliver, Thomas B. Lawrence och Renate E. Meyer (red.), *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism*, Andra upplagan, London: SAGE Publications, s. 102-127.

Yngfalk, Carl och Svenne Junker (2019), "Allt ljus på OPS: Legitimeringen av offentlig-privat samverkan för Nya Karolinska Solna". Score-rapport nr 2019:6, Stockholms centrum för forskning om offentlig sektor, Stockholms universitet, Stockholm.

Qvist, Martin (2017), "Trafikverket som samhällsutvecklare", i Bengt Jacobsson och Göran Sundström (red.), *En modern myndighet*, Lund: Studentlitteratur, s. 83-112.

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