
Nya Karolinska

– Ett pilotprojekt för
marknadsstyrd vård?

JESPER MEIJLING



JESPER MEIJLING
är marknadsforskare på KTH och rapportförfattare. Har tidigare skrivit *Marknad på villovägar* (Premiss).

Innehåll

Inledning	6
1. Bakgrunden: en ny konkurrensmodell för amerikansk sjukvård	7
2. Michael Porter och den svenska sjukvården	11
3. Introduktionen av diagnosbaserad konkurrens ("värdebaserad vård")	13
4. Konkurrensmodellen och den befintliga sjukvården	15
5. Samband mellan modellen och sjukhusprojektet Nya Karolinska	18
6. En "infrastruktur" för marknadsaktörer	22
7. Det större, relevanta sammanhanget: exemplet nätverkssjukvård	25
8. Slutsatser	27

Inledning

Om något får kosta ovanligt mycket pengar finns det anledning att fråga sig vad syftet är. Det har redan rapporterats under lång tid om hur Nya Karolinska blivit ett anmärkningsvärt dyrt sjukhus med en avvikande utformning. På senare tid har bilden av svårförklarligt höga kostnader förstärkts av de konsulter som satts att leda ett omfattande organisationsarbete, med en fakturering som verkar sakna motstycke. Har det bara blivit så? Är denna riskfyllda och enormt kostsamma satsning enbart till för att reformera Karolinskas organisation?

Av någon anledning har konsulternas modell, ”värdebaserad vård”, kommit att presenteras som en lokal vårdmodell för ett sjukhus. I verkligheten handlar det om en nyskapande konkurrensmodell för marknadsorganisering av sjukvården. Den byter medicinska principer mot ekonomiska på ett mer djupgående sätt än vi sett hittills. En viktig aspekt av modellen är därför att minska vårdprofessionernas inflytande. Avsikten med införandet på Nya Karolinska är att etablera och testa den inför ett möjligt förverkligande i långt större omfattning. Medarbetarna vid sjukhuset har inte fått den fulla bilden, utan kan sägas ha använts som försöksobjekt i detta pilotprojekt.

Nya Karolinska har bevakats sedan 2016 som något av ett skandalprojekt i fråga om bristande projektstyrning och, framför allt, mycket höga kostnader. På senare tid har verksamheten i huset diskuterats alltmer: sjukvården på Nya Karolinska genomgår en omorganisation som dragit på sig kritik. Organisationsmodellen har utarbetats av den amerikanska konsultfirman Boston Consulting Group och ekonomen Michael Porter, och presenterats under namnet ”värdebaserad vård”. Men vad är ”värdebaserad vård” för något egentligen, och vad innebär det för sjukvården? Vad är det ”värdebaserade”? Det finns många frågor som behöver svar.

I denna rapport visar jag att ”värdebaserad vård” inte är någon vårdmodell för ett sjukhus, utan en ekonomisk modell framtagen för den amerikanska sjukvårdsmarknaden, och med mycket speciella egenskaper. Syftet med modellen är att bygga upp en helt specifik marknadsstruktur som ska möjliggöra att styra sjukvården genom konkurrens. Beteckningen ”värdebaserad vård” beskriver inte innehållet och syftet i modellen: ett bättre namn är *diagnosbaserad konkurrens*.

Denna modell är därför inte ett övergående fenomen, och kan inte betecknas som ett tillfälligt utslag av en trend. Implementeringen har ett samband med modellen nätverkssjukvård, ett motsvarande koncept för den övergripande nivån i ett helt landsting.

Det reser minst två större problem att ta ställning till. Dels om sjukvård. Dels, som en följd av det, om politiska vägval. Eftersom modellen utmanar både den svenska sjukvårdsmodellens grunder och beprövad sjukvårdsorganisation över huvud taget, finns det anledning att göra frågan till ett tydligt redovisat vägval att ta ställning till.

1. Bakgrunden: en ny konkurrensmodell för amerikansk sjukvård

En amerikansk företagsekonom, Michael E. Porter, har tagit upp samma idé som diskuterades i mindre kretsar på 1970-talet – men han presenterar den som om den vore ny. Porter är en ekonom som framför allt profilerat sig som idéförmedlare. Genremässigt kan han jämföras med namn som Richard Florida eller Peter Drucker: något av en ”kändisekonom” med internationell konsult- och föreläsarverksamhet präglad av slagkraftiga idéer och budskap. Porters särskilda kompetensfält och mångåriga tema är konkurrens, där han med några års mellanrum lanserat nya tillämpningar. Genombrottet kom 1980 med *Competitive Strategy*, följt av en rad titlar som varierar konkurrenstemat.^[1] Porter har inte placerat sina idéer i politiska eller öppet opinionsbildande sammanhang. I stället har hans idéers väg mot tillämpning under 1990- och 2000-talen tagit vägen via managementrådgivning och ”organisationsfrågor”.

År 2006 publicerade Porter i samarbete med en annan företagsekonom, Elizabeth Olmsted Teisberg, resultatet av ett arbete om hur man kan skapa bättre konkurrens i den amerikanska sjukvården.^[2] Den färdiga boken hette *Redefining Health Care – Creating Value-Based Competition on Results*.^[3] Arbetet handlade inte om sjukvårdsfrågor eller sjukvårdsarbete, och avsåg heller inte sjukhusorganisation: fokus låg på den nationella, strukturella nivån och hur den borde organiseras ekonomiskt med hjälp av en ny konkurrensmodell som skulle generera en bättre nationell marknadslogik, och som i sin tur skulle få inverkan på organisationen av sjukvård och sjukhus. Det övergripande sammanhanget var alltså en idé om marknadsorganisering, tillämpad på sjukvård.

Konkurrens ekonomen Michael Porter ansluter genom sin medverkan i denna bok till en långvarig diskussion om den amerikanska sjukvårdens ekonomi och organisation som har förts med varierande intensitet sedan 1970-talet. Den tog sin början med utvecklingen av idén om *health plans* för att styra sjukvårdskonsumtionen genom en organiserad marknad för utförare. Men ända fram till Porters och Teisbergs arbete hade förslagen till nya lösningar gått ut på att skapa olika grupper av konkurrerande utförare och försäkrare. Porters och Teisbergs ansats var ny för den amerikanska debatten. Den gick ut på att organisera en sjukvårdsmarknad där konkurrensen i stället skulle råda mellan *enskilda diagnosers behandling*: hur effektivt och därmed konkurrenskraftigt en viss utförare kunde leverera en viss specificerad behandling. De menade därför att det var själva *sjukvårdsarbetets* organisation som behövde förändras för att inte hindra en effektiv konkurrens.

1 *Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance* (1985), *Competition in Global Industries* (1986), *The Competitive Advantage of Nations* (1990), *Strategy – Seeking and Securing Competitive Advantage* (red., tillsammans med C A Montgomery, 1991). Han var också medförfattare till *The Global Competitiveness Report 2001–2002* och *2002–2003* från World Economic Forum. Några av idéerna från hans böcker har fått relativt stort genomslag periodvis, särskilt Porter-diamanten om konkurrensfördelar, branschkluster som konkurrensfaktor och värdekedjan om kostnader och vinster, från 1980-talet till början av 2000-talet.

2 Elizabeth Olmsted Teisberg är docent i företagsekonomi vid Darden Graduate School of Business, specialiserad på strategi och innovation. Michael E. Porter är professor i företagsekonomi vid Harvard Business School, specialiserad på konkurrens, företagsstrategi och internationell konkurrensförmåga.

3 Porter, Michael E. & Teisberg, Elizabeth Olmsted: *Redefining health care – creating value based competition on results*, 2006; Ett tidigare steg hade redovisats i artikeln *Redefining Competition in Health Care*, publicerad i Harvard Business Review juni 2004.

Problembeskrivningen som Porter och Teisberg tog till utgångspunkt handlade alltså om *konkurrenssituationen*: amerikansk sjukvård i sin helhet hade inte rätt utformning betraktad som marknad, och därför fungerade inte konkurrensen tillfredsställande. Problemen yttrade sig bland annat i fragmenterad organisation, ojämna vårdkvalitet och problem med kostnader.^[4] (De höga totala sjukvårdskostnaderna hade stått i centrum för den amerikanska sjukvårdsekonomiska debatten i decennier.) Fragmenteringen av amerikansk sjukvård – mängder av enskilda vårdgivare, inga sammanhängande system – betydde att det nästan inte fanns några gemensamma informationsstrukturer eller mätsystem, vilket gjorde att det blev svårt att effektivt jämföra sjukvårdsverksamheternas ekonomi och resultat. Detta pekade de ut som en nyckelpunkt. Fragmenteringen och undermåliga data låg bakom den ”ojämna vårdkvaliteten” eftersom det medförde en brist på standarder för hur behandlingar skulle utföras.

Porters och Teisbergs svar var att både orsak och lösning fanns i konkurrensorganiseringen. Men att jämföra företag och sjukhus var fel nivå, menade de: man måste gå in i själva sjukvårdsarbetet och strukturera om det helt för att göra *varje enskild slutförd behandling ekonomiskt jämförbar* och konkurrenskraftig. Den enskilda behandlingen skulle vara enheten för ”leverans av hälsa”: för varje slutförd, sammanräknad behandling av en viss definierad diagnos skulle hälsomässigt utfall och ekonomiskt resultat kunna sammanräknas och jämföras med andra utförarens resultat på samma standardiserade behandling. Eftersom detta kunde utgöra en tydlig och mätbar modell för konkurrens, skulle själva sjukvården organiseras om med den som utgångspunkt.^[5]

Man måste hålla i minnet att utgångspunkten för Porters och Teisbergs arbete är ett helt sjukvårdssystem, det vill säga det rör sig på en mycket generell nivå. Sjukvården framträder som bransch, med sina särskilda konkurrensvillkor och förutsättningar för marknadsorganisering.^[6] När arbetet griper in i sjukhusorganisationers detaljer är det alltså som en *konsekvens* av det större konkurrensperspektivet på sjukvård och hur detta bör påverka och reformera verksamheten på enskilda sjukhus. När de lyfter fram behandlingar av enskilda diagnoser som den rätta organisationsenheten, handlar det inte om den medicinska praktiken eller sjukvårdsfrågor, utan om en möjlig modell för konkurrens.^[7]

Utifrån problembeskrivningen att ”konkurrensen är felkonstruerad” rörde sig boken *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results* därför huvudsakligen kring vad som skulle vara rätt sorts uppdelningar och ”marknadskomponenter” för att komma åt vad de såg som de viktigaste bristerna i konkurrenssituationen, nämligen de svåräta och svårjämförda resultaten.^[8] Författarna framhöll att den stora uppgiften för sjukvården var att börja ”mäta rätt”, i stället för sådant som antal besök, för att på så vis bygga en helt ny organisation.^[9]

Med *diagnosen och behandlingen fram till ”leverans”* som central kompo-

4 Porter & Teisberg 2006, s. 3.

5 Porter, Michael E. & Teisberg, Elizabeth: *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*, 2006, s. xiii-xv, 1-4.

6 Porter & Teisberg 2006; för en överblick, se s. vii-xvii, 1-15.

7 Kritiken av själva sjukvårdsarbetet är anekdotisk. Jfr Porter & Teisberg 2006, s. xiv-xv.

8 Porter & Teisberg 2006, s. 97-148.

9 Porter & Teisberg 2006, s. 44-45. Det har beskrivits och kritiserats också i Sverige, se till exempel Maciej Zarembas ingående analys: Zaremba, Maciej: *Patientens pris*, 2013, s. 45-64.

nent formulerade de en modell för en flödesorganisation, en ”patient-flödesmodell”, som skulle bygga upp sjukvårdsverksamheter: ett tänkt flöde som beskrev en patients väg genom en standardiserad behandling för en viss diagnos fram till en slutpunkt, där resultatet kunde räknas samman. Det var för mätandet av dessa flöden och av behandlingens utfall som det var så viktigt med en förbättrad informationsteknologi för patientdata där resultaten skulle kunna följas och jämföras. Det var därigenom man skulle kunna beräkna sjukvårdens värde: varje slutförd behandling kunde få ett uträknat värde, som kunde jämföras med konkurrenternas, och man kunde också räkna samman sjukvårdens värde totalt sett. Porter och Teisberg kallade sin lösning *value-based*, ”värdebaserad”. Värdet av aktiviteterna i sjukvården – som man tänkte sig som standardiserade behandlingar – skulle enkelt kunna räknas fram genom att resultatet av behandlingen (för patientens hälsa och vårdgivarens ekonomi) delades med kostnaden, eller som enkel formel, *resultat/kostnad = värde*.^[10]

En egendomlighet med namngivningen av modellen var dock att *value-based*, ”värdebaserad”, är en så oprecis beskrivning av modellen – det finns många sätt att organisera sjukvård på ett ekonomiskt ”värdebaserat” sätt, det vill säga, någon form av styrande välfärds- eller kostnad-nytta-kalkyl för sjukvårdsproduktionen och dess resultat. Namnet som de använde i boken, *value-based competition* (”värdebaserad konkurrens”) var aningen mer precist, eftersom konkurrens utifrån vårdresultat är ett styrande moment i modellen. Mer korrekt beskrivande borde därför en beteckning vara som pekade på det som skiljer ut modellen, nämligen att bygga en marknad kring komponenten *diagnos/behandling* och syftet *konkurrens*, exempelvis *diagnosis-based competition*, ”diagnosbaserad konkurrens”.

Idén med ett nytt sätt att organisera sjukvårdsverksamhet utifrån ”resultat” i ”diagnosflöden” implicerade således ett helt nytt sjukvårdssystem, omorganiserat – *rekonfigurerat* – efter jämförbara måtenheter inte bara för att få fram statistik utan för att med måtenheterna som nya ”byggstenar” ändra själva grunderna för sjukvårdsverksamheten. Det rörde sig alltså inte om ett införande av fler mätpunkter inuti befintliga strukturer, utan om en modell som skulle ta mätandet, kalkylerbarheten, som *utgångspunkt* för sjukvårdsverksamhetens utseende.^[11]

Här fanns hos Porter och Teisberg också en kritik mot vårdprofessionerna, som en följd av resonemanget: sjukvårdens professionsdefinierade organisation stod i motsats till ”det som behövde göras”. För att avgränsa rätt ”leverans” inom vården krävdes det, enligt Porter och Teisberg, alltså helt andra organisatoriska förutsättningar än de som den avancerade sjukvårdens kunskap och verksamhet är uppbyggd kring: specialiteter och kliniker. De tog avstånd från möjligheten att arbeta inom detta system, det var nödvändigt att organisera om i grunden. De menade att det existerande, professionellt präglade organisationsmönstret står i vägen, och uppmanade de styrande inom sjukvårdssystemen att bryta ner den medicinska organisationens specialiteter och kliniker och ersätta den med en diagnosbaserad konkurrensmodell.^[12]

10 Porter & Teisberg 2006, s. 397–411.

11 Porters och Teisbergs modell kan sägas slå samman beskrivning, analys och lösning, det vill säga lösningen är identisk med det valda analysperspektivet. En mer öppen fråga vore: *Hur ser sjukvården ut? Vi organiserar en lösning.* Hos Porter och Teisberg blev det: *Hur ser konkurrenssituationen ut? Vi organiserar en konkurrenslösning.*

12 Porter & Teisberg 2006, s. xv. (Titeln ”redefining” är i sig ett starkt statement.)

Sammanfattning

Idéerna till "värdebaserad vård" kommer från en profilerad konkurrens-expert. De handlar inte om vårdfrågor eller vårdarbete, utan om en nationell marknadsorganisering av sjukvård för att skapa en ny, effektivare konkurrensmodell. Bakgrunden finns i en amerikansk problematik av fragmentering, ojämna resultat och höga kostnader, som enligt ekonomerna Porter och Teisberg beror på dåligt organiserad konkurrens i sjukvården. Deras konkurrenslösning går ut på att det är ett sammanräknat ekonomiskt och hälsomässigt resultat av varje enskild behandling som ska bli grundkomponenten i sjukvårdsproduktionen och som ska möjliggöra rationella jämförelser av priser, kostnadseffektivitet osv. Med hjälp av en sådan standardiserad mätmetod och enhet för sjukvårdens "leveranser" kan man lätt räkna fram deras ekonomiska värden (därav "värdebaserat"). Lösningen är att bygga på fördefinierade diagnoser och tillhörande behandlingar, som hålls ihop i behandlingsflöden fram till "leveranspunkten" där beräkningen av behandlingens ekonomiska resultat sker. Denna ekonomiska organisering skall också styra sjukvårdens utformning, varför den befintliga medicinska organisationen behöver brytas upp. En sjukvårdsmarknad skall alltså bestå av ett konkurrerande utbud av diagnosuppdelade behandlingsflöden, oavsett av vilken sjukvårdsinrättning eller vårdmiljö de är utförda. En bättre beteckning på modellen är därför *diagnosbaserad konkurrens*.

2. Michael Porter och den svenska sjukvården

Michael Porters överföring av konkurrensidéer mellan olika tillämpningar och områden hade lett honom till sjukvårdsfrågor, och sjukvårdsfrågor ledde honom till sjukvårdsekonomisk diskussion i Sverige. Porter hade odlat relationer till nätverk i Stockholm sedan 1980-talet och därigenom i svenska sammanhang aktualiserat sina idéer om så kallade klusters betydelse för konkurrens: att miljöer som samlar företag och kompetens i en viss bransch genom denna lokala "konkurrensomgivning" utvecklar även sin internationella konkurrenskraft.^[13] I Sverige undersökte han hur svenska industriföretag med klusterbildningar byggt upp internationell konkurrensförmåga inom t.ex. verkstadsindustrin, skog, kemi och telekom. Vid sidan av industrigrenar nämndes också vårdområdet: där fanns utvecklingsbara "kluster" i samlokaliserade miljöer med läkemedelsindustri, medicinteknisk industri och medicinsk forskning, exempelvis kring Karolinska institutet.^[14] Porter deltog sedermera i den inledande fasen av det svenska Globaliseringsrådets arbete med frågor om hur vård och medicin skulle kunna bli en framtidsbransch.^[15]

Porter hade sedan åtminstone 1990-talet haft ett samarbete även med consultingbolaget BCG:s svenska gren genom Stefan Larsson, managing director för bolagets kontor i Stockholm och senior partner samt fellow i BCG.^[16] Med utgångspunkt i Porters och Teisbergs bok *Redefining Health Care – Creating Value-Based Competition on Results* och idén om "behandlingsflödesorganisation" utvecklade Porter och Larsson tillsammans modellen för det som kom att lanseras under beteckningen "value-based care" (i stället för Porters ursprungliga "competition"), på svenska "värdebaserad vård", samt en bearbetad tillämpning av detta för Karolinska sjukhuset.^[17] De diskuterade sitt gemensamma arbete i en BCG-presentation under rubriken *Michael Porter on paving the way for value-based health care*. Tillsammans gav de uttryck för synen att det är fråga om en idé, som sprids och finner tillämpningar och sammanhang. Porter beskrev sig själv som i första hand en "konkurrensprofessor" som följer sin tro på konkurrens och på att bryta ner gränser och att ändra människors tänkesätt. Stefan Larsson sade sig vara sysselsatt med att studera och bana väg för den praktiska tillämpningen av "värdebaserad vård" och att "undersöka dess strategiska innebörd för vårdbranschen i stort".^[18]

13 Porter utsågs till hedersdoktor vid Handelshögskolan 1989, och till ledamot i IVA 1991. Dagens Nyheter omnämner 1988 att han studerar konkurrenskraft med Sverige som ett av exemplen; publicerat i en fördjupad studie: *Advantage Sweden* tillsammans med Örjan Sölvell och Ivo Zander, 1991.

14 Sölvell, Örjan, Zander, Ivo & Porter, Michael E: *Advantage Sweden*, 1991, s. 123–125.

15 *Kunskapsdriven tillväxt – en första rapport från Globaliseringsrådet*, Ds 2007:38, 2007, s. 3. Globaliseringsrådet, 2007–2009, leddes av Lars Leijonborg, högskole- och forskningsminister under samma period, styrelseordförande i KI 2013–2016 från vilken post han avgick i samband med Macchiarini-skandalen. Sjukvårdstemat utvecklades i en särskild rapport av Gunnar Eliasson: *Svensk sjukvård som en framtida exportindustri? En industriekonomisk analys – underlagsrapport nr 33 till Globaliseringsrådet*, 2009.

16 BCG, *Boston Consulting Group*, internationellt mycket framträdande bolag inom management consulting, grundat 1963. Uppgift om Porter–Larsson från tidigare BCG-anställd.

17 Ett skifte i namnskicket från *value-based competition*, "värdebaserad konkurrens", till *value-based health care*, "värdebaserad vård" tycks ha ägt rum 2008–2010. En artikel av Porter i *Annals of Surgery* 2008 använder *value-based health care delivery*, en i *New England Journal of Medicine* 2009 *value-based system*; *BCG Perspectives*-samtalet mellan Porter och Larsson 2011 använder *value-based health care*.

18 Samtal mellan Porter och Larsson, publicerat januari 2011 på *BCG Perspectives*, bcgperspectives.com

Porter och Larsson/BCG presenterade delar av sitt gemensamma projekt för omorganisering av sjukvården på DN Debatt 2012. Artikeln redovisade också att projektet hade etablerat en koppling till Karolinska institutet genom professor Martin Ingvar.^[19] Gemensamt lanserade de där en ny verksamhet, ICHOM, *International Consortium for Health Outcomes Measurement*. Artikeln tog upp element från idén om diagnosbaserade behandlingsflöden, som kritik mot befintliga mätsystem, uttryckt bland annat som att vården har fokuserat på att mäta ”kostnader men inte kvalitet” (det vill säga resultatet av den individuella behandlingen). Där fanns hänvisningar till amerikanska problem, och positiva erfarenheter därifrån av förbättrade kvalitetsjämförelser. Lösningen som de lade fram var att standardisera mätandet av vårdens resultat, med utgångspunkt i diagnosgrupper, och att utforma ersättningssystemen i förhållande till det, samt att sprida denna modell till andra sjukvårdssystem så mycket som möjligt. Författarna pekade på den uppbyggda svenska sjukvården i stort som ”case” och uppmärksammade *den svenska sjukvårdens kvalitetsregister* som en intressant befintlig resurs.^[20] Porter, Larsson/BCG och Ingvar/KI såg stora möjligheter för tillämpandet av sin modell i den svenska vården, där vård-data och kvalitetsregister redan hade en hög nivå och kunde utnyttjas för modellens ändamål. Artikelförfattarna gjorde däremot ingen beskrivning av problem i den svenska sjukvården som skulle avhjälpas. De gav heller ingen bakgrund till varför en profilerad konkurrensexpert som Porter medverkade, eller varför jämförbarheten av mätningarna av olika behandlingar var viktig. Det fanns heller ingen förklaring av BCG:s roll. Konceptnamnen ”värdebaserad vård” eller ”värdebaserad konkurrens” nämndes inte.^[21] Det vill säga innebörden av Porters eller Larssons arbete eller den bakomliggande idén förklarades inte. Det framställdes som en modell i största allmänhet för bättre ”kvalitetsmätning”, medan syftet konkurrensorganisering inte redovisades.

Sammanfattning

Porters intresse för konkurrensfrågor i olika branscher ledde honom till sjukvård som en obearbetad bransch, och till Sverige. Kontakten med Karolinska uppstod i samband med ambitionerna att göra *life science* till konkurrenskraftig svensk exportindustri, och området där Karolinska ligger till ett konkurrensstärkande ”kluster” av medicinanknutna verksamheter. Porter påbörjade ett samarbete med BCG och Stefan Larsson kring hur den svenska sjukvårdens uppbyggda strukturer och tillgångar kan användas för implementering och testning av en ny modell för kvalitetsmätning av diagnosgrupper i sjukvården. De redovisade emellertid inte att syftet med detta var konkurrens och marknadsorganisering.

19 Ingvar, Martin, Larsson, Stefan & Porter, Michael: *Låg kvalitet och fel utbud risk i marknadsstyrd vård*, DN Debatt, 2012-11-04.

20 Den svenska sjukvårdens nationellt samordnade och standardiserade kvalitetsregister för olika behandlingar, vilkas utveckling tog fart i början av 1990-talet, samlas i SKL:s Nationella kvalitetsregister. Se vidare Jacobsson Ekman, Gunilla, Lindahl, Bertil & Nordin, Annika: *Nationella kvalitetsregister i hälso- och sjukvården*, 2015.

21 Ingvar, Larsson & Porter, DN Debatt, 2012-11-04.

3. Introduktionen av diagnosbaserad konkurrens ("värdebaserad vård")

Konsultfirman BCG:s kontakter med Karolinska sjukhuset och huvudmannen Stockholms läns landsting angående sjukvårdens organisationsfrågor började med sammanslagningen av Huddinge sjukhus och Karolinska sjukhuset 2004. Uppdraget för planeringen av Karolinskas nya anläggning i Solna, Nya Karolinska, blev en fortsättning på det första uppdraget, och gavs 2012. Det var dock först några år senare som det började komma till allmän kännedom att det pågick ett förändringsarbete, då det presenterades som en organisationsmodell som gick i bräsch för "ett nytt sätt" att bedriva sjukvård.^[22]

Organisationen färdigställdes för implementering av konsultfirman utan medverkan av Karolinskas medarbetare. Dessa började informeras från 2014. Den mötte kritik från läkarhåll, både för processens utformning och för, som läkarna menade, bristande evidens.^[23] Läkarna vid KS deltog alltså inte i utformningen av verksamheten vid det nya sjukhuset, och på motsvarande sätt heller inte i utformningen av det nya sjukhusets lokaler (mer om detta nedan). De ställdes inför den nya modellen som ett fullbordat faktum, och fick börja lära sig att de skulle anpassa sitt arbete efter den diagnosbaserade konkurrensmodellens incitament och former. Det kan ses som ett uttryck för modellens *professionskritiska* sida – att den befintliga sjukvårdsorganisationen med medicinska specialiteter och professionellt inflytande är något som står i vägen.

Utåtriktad information om den nya modellen tog sin början året efter.^[24] Dock blev allmänhetens första kännedom om sjukhusprojektet präglad av rapporteringen om det som en "skandal", i första hand på grund av de höga och okontrollerade byggkostnaderna.^[25] När modellen presenterades kallades den konsekvent för "värdebaserad vård", som ett slags produktbeteckning. Beteckningen är inte redovisande, utan har flera parallella associationsmöjligheter, en viktig tillgång i navigerandet mellan politiker, vårdpraktiker och vårdtagare. En given språklig association är förstås att det kan tänkas handla om vårdens "värden" i meningen värderingar, värdegrund, kvalitet osv. I ett officiellt informationsmaterial från Karolinska om modellen hette det till exempel att "vi vill öka värdet för våra patienter med en ny modell för universitetssjukvård som bättre integrerar vård, forskning och utbildning".^[26] Denna svävande tolkningsmöjlighet fanns både i det material som riktades till allmänheten och i den information som riktades till verksamhetsansvariga medarbetare. Större sammanhang och innebörder av nyckelbegrepp redovisades inte tydligt.^[27]

22 Första omnämnandet i Dagens Nyheter 2014-06-30 i Karolinskas annons inför Almedalsveckan, där det talas om "historisk omstrukturering" av sjukvården i Stockholmslandstinget.

23 Läkarföreningen vid Karolinska uttryckte återkommande sådan kritik, bl.a. i Dagens Nyheter 2016-11-19. Se också Svenska Dagbladet 2016-01-28. Framkom även i medarbetarintervjuer genomförda av rapportförfattaren i mars 2017.

24 Kaliber Sveriges Radio P1: "Almedalen 5 juli 2016, presentation", "Sjukhusledningen presenterade förslag förre sommaren [=2015]", "Underlag för nya verksamhetsmodellen 2014".

25 Detta perspektiv förmedlades bland annat av Timbrorapporten *Skandalen Nya Karolinska* av Anders Lundberg, 2013 och av SvD-journalisterna Henrik Ennarts och Fredrik Mellgrens arbete, sammanställt i boken *Sjukt hus – globala miljardsvindlerier från Lesotho till Nya Karolinska*, 2016, den enda omfattande undersökningen av Nya Karolinska-projektet som finns att tillgå.

26 *Värdebaserad vård på Karolinska universitetssjukhuset*, informationsfilm publicerad av Karolinska sjukhuset 2016-03-17.

27 Medarbetarintervjuer genomförda av rapportförfattaren i mars 2017. Att den svävande tolkningen och

Sammantaget har viktiga omständigheter kring modellen underkommunicerats. Modellens grundläggande drag – diagnosuppdelning, behandlingsflöde – och underliggande logik – marknadsorganisering, konkurrens – innebär en omvälvande förändring av både det svenska sjukvårdssystemet och sjukvårdsorganisation över huvud taget. Denna dimension har inte framhävts i några sammanhang, till exempel politiska. Samtidigt kan möjligen något sägas ha saknats i omgivningens observans: även av informationsmaterial från Karolinska som har riktat sig till en bred grupp av medarbetare och övriga intresserade har karaktären framgått, att det handlar om att låta mätandet styra i högre grad och att ”värde” handlar om ett ekonomiskt beräknat resultat.^[28] Likaså har det legat i mer eller mindre öppen dag att det är detta resultat som centreringen kring behandlingsflödet tar sikte på, om än i något dimmiga vändningar som ”att öka det värde vi ger patienten genom att tydligare fokusera på patientens hela resa genom vården. Det är i mötet med patienten vi skapar värde. Fokus ligger på de resultat som gör skillnad för patienten.”^[29] Den bristande uppmärksamheten på modellens innebörder kan eventuellt förklaras av att den förutsätter förkunskaper som inte kan förväntas av vårdprofessionella, och möjligen heller inte av de politiska mottagarna.

Att ”värdebaserad vård” har presenterats som en lokal organisationsmodell för Karolinska är ett intressant faktum mot bakgrund av det större, verkliga sammanhanget. Bilden av en omorganisation ”inom Karolinska” har förmedlats av KS och Stockholmslandstinget oavsett att det har funnits andra lokala fall där delar av modellen testats, som exempelvis Västra Götalandsregionen, och oavsett att modellens syfte alltså inte är lokalt för ett sjukhus eller en enskild sjukvårdsorganisation. Det har högst sannolikt bidragit till att modellen kunde framstå som oklar både i sitt upphov och i sina syften, och därmed till att försvåra implementeringen genom att utgöra ett mer eller mindre permanent förklaringsproblem hos de anställda vårdprofessionella.^[30]

Sammanfattning

Att den nya modellen infördes utan samverkan med de vårdprofessionella på Karolinska kan ses som ett uttryck för modellens innehåll. Den bygger bland annat på kritik mot professionellt inflytande och den vårdprofessionella beslutssfären, och avser att öka betydelsen av ekonomiska faktorer i vårdbesluten. Informationen till de anställda redovisade inte modellens innehåll och avsikter fullt ut. Det gäller till exempel innebörden av ”värden” i produktbeteckningen ”värdebaserad vård”. Den presenterades som en lokal modell för Karolinska, trots att den saknar relevans för ett enskilt sjukhus och i själva verket syftar till konkurrens i hela system. Anställda vid Karolinska kan på så sätt sägas ha gjorts till ”försöksdjur” utan att informeras om det.

bristande redovisningen fanns i det material som riktades till Karolinskas medarbetare framgår även av Powerpoint-presentationer för Karolinskas internutbildning 2016.

28 *Värdebaserad vård på Karolinska universitetssjukhuset*, informationsfilm publicerad av Karolinska sjukhuset 2016-03-17.

29 *Karolinskas nya organisation och arbetssätt*, informationsfilm publicerad av Karolinska sjukhuset 2016-06-09.

30 Intervjuer med medarbetare vid Karolinska.

4. Konkurrensmodellen och den befintliga sjukvården

Bristerna i det amerikanska systemet, präglad av fragmentering och omfattande ”vita fläckar” i informationshänseende och utan samordning och jämförbarhet ens på lokal nivå, var alltså utgångspunkt för den modell som skulle appliceras på Stockholmslandstinget och Karolinska.^[31] Det var i den bristfälliga amerikanska situationen Porter hade sett behovet av sin modell – men samtidigt dåliga förutsättningar att testa den, just på grund av fragmenteringen. Det svenska var däremot ett system som kunde erbjuda bra förutsättningar för mätningar och jämförelser genom sin jämna nivå och sina väl utvecklade rapporteringssystem och kvalitetsregister.^[32]

Dessa styrkepunkter i den svenska sjukvården har byggts upp under lång tid. De springer ur en kombination av gemensamma regelverk och regional organisation, och uppbyggnaden av ett system centrerat kring sjukhusvård och stark professionell styrning. Vartefter har det byggts ut med ett mått av överregional samordning och nationella standarder. (Vissa av dessa egenskaper, som sjukhusens framträdande roll, hålls ibland fram som nackdelar ur andra perspektiv – men ur Porters och BCG:s perspektiv är de alltså fördelar.)

I detta tätt samordnade och likformiga system kunde de alltmer utvecklade svenska ordningarna för felrapportering och kvalitetsregister etableras.^[33] Allt detta gav förutsättningar för mätningar och jämförelser som var motiverade ur medicinskt och systemutvecklande perspektiv. När Karolinska och Stockholmslandstinget blev en *testbed* för Michael Porters idéer och BCG var det en helt avgörande förutsättning att dessa tillgångar fanns på plats.

Själva vårdarbetets och vårdkunskapens organisation har däremot stått i vägen. En del av modellens mest påtagliga konsekvenser ligger som sagt inom den medicinska specialitetsorganisationen, och på ett sjukhus således klinikorganisationen. Det rör sig då om själva byggstenarna för såväl den medicinska kunskapen som den avancerade sjukvårdens verksamhet. Det vill säga organisation i både professionell och rumslig mening, utifrån den fortgående process som började på 1800-talet och tog fart på 1930-talet.^[34] Specialitetsorganisationen utgör i stor utsträckning basen för vårdens kunskapsmiljöer och de praktiska situationer där den professionella kunskapen utövas, utvecklas och förs vidare.^[35] I Porters och BCG:s modell – och i den nya organisationen för Nya Karolinska – avses specialitetsorganisationen (klinikorganisationen) upphöra när sjukvårdsproduk-

31 Porter, Michael & Teisberg, Elizabeth Olmsted: ”Redefining Competition in Health Care”, *Harvard Business Review* June 2004, s. 69–72.

32 På DN Debatt 2012-11-04 hänvisade Martin Ingvar (KI), Stefan Larsson (BCG) och Michael Porter till de svenska kvalitetsregistren, som ”har en framträdande roll baserad på vår ledande internationella ställning inom området”, och till att ”Sverige ligger i den internationella toppen med hög och jämn kvalitet över hela landet”.

33 Om det centraliserade svenska felrapporteringssystemets ursprung och utveckling sedan 1937, se: Ödegård, Synnöve: ”Tre uppmärksammade rättsfall i svensk hälso- och sjukvård”, i: Ödegård, Synnöve (red.): *I rättvisans namn. Ansvar, skuld och säkerhet i vården*, 2007, s. 11–21. De nationella kvalitetsregistren i Sverige är unika företeelser internationellt sett. Se Jacobsson Ekman, Gunilla, Lindahl, Bertil & Nordin, Annika (red.): *Nationella kvalitetsregister i hälso- och sjukvården*, 2015, s. 14–24, 38–49.

34 För en översikt av den rumsliga utvecklingen, se Åman, Anders, *Den offentliga vården*, 1976.

35 Jfr Victor Tillberg, Lotta: *Kvalitetsjakten. Om professionalitet i välfärden*, 2014, s. 114–120. Se också Meijling, Jesper: *Påståenden om framtiden*, 2008, s. 153–155. Hillgren, Per-Anders: *Ready-made-media-actions: lokal produktion och användning av audio-visuella medier inom hälso- och sjukvården*, 2006.

tionen i stället skall organiseras enligt en ekonomistyrd organisation i diagnosbaserade flöden.^[36]

Modellen orsakar en "ommöblering" av verksamheten, från kliniker och funktioner till ett mönster av tjänster ("resurser" och "kompetenser") som tillstöter längs vägen/flödet: intag, läkarinsatser, operation, teknisk diagnostik, laboratorium och så vidare. Den möblerar också om styrfunktionerna, som följer flödesstrukturen: en *patientflödesledningsgrupp* leds av en patientflödeschef, med läkare, sjuksköterskor, funktionssrepresentanter, forskare från KI, ekonomer, organisationskonsulter (s.k. verksamhetsutvecklare) och patient- och/eller närstående representant företrädare. Det är i denna enhet som det mätande arbetet sker med jämförelser och uppföljningar av utfallsmått och kostnader.^[37] Sammantaget är denna nya organisering alltså en omtolkning eller översättning (efter konsulternas bästa förmåga) till en "värdebaserad" organisering, det vill säga, en marknadsorganisering (eller åtminstone en marknadsförberedande organisering) av sjukvårdsverksamheten.

"Behandlingsflödena" ger associationer till äldre, etablerade organisationsmodeller som *lean* och *matrix* med uppdelade produktionsflöden som servas av funktioner och resurser.^[38] Men en betydlig skillnad – bland flera fundamentala – är att det i fallet med sjukvården inte är fråga om *uppbyggnad* av en produktionsorganisation, utan om att väl definierade existerande funktioner skall omtolkas, "översättas", och fås att fungera som komponenter i en sådan ny organisation, med helt förändrade syften och incitament. En sådan experimentell översättning bygger med nödvändighet på en mängd *antaganden*, där det är öppet huruvida det fungerar i verkligheten.

En följd av att modellen inte formats från grunden, utan är en hjälplig "översättning" av en befintlig verksamhet, är att det uppstår luckor och brister. Att allt som hör till den befintliga sjukvårdsorganisationen inte kommer rymmas i den nya modellen ligger i sakens natur, det är också en del av avsikten – men hur bristerna sedan verkligen faller ut är inte alltid lika avsiktligt eller möjligt att förutse konsekvenserna av. Mest påtagligt är att de medicinska specialiteterna inte längre har någon definierad plats.^[39] Till konsekvenserna av det hör svårigheter att hantera komplexa sjukdoms-

36 Patientgrupperna och patientflödena (omkring 300 på KS) samlas organisatoriskt i ett antal patientområden grupperade i ett fåtal *teman*, ett begrepp lånat från en annan organisationstrend som framträtt under olika former de senare åren, och som går ut på att arbeta "tematiskt" kring sjukdomsbilder och angränsande diagnoser, men som alltså inte har något definitivt samband med KS nya organisation. (Vård kan organiseras tematiskt utan att organiseras i flöden.)

37 "Värdebaserad vård på Karolinska universitetssjukhuset", informationsfilm publicerad 17 mars 2016 av KS. Patientflödesledningsgrupperna uppges också bli verktyg i arbetet med att utveckla mätandet och definierandet av verksamheten i den nya form de etablerat: de "definierar utfallsmåtten" och "vad framgång är för de olika patientgrupperna"; se "Karolinskas nya organisation och arbetssätt", informationsfilm publicerad 9 juni 2016 av KS. Ett första exempel på sådan utveckling är det så kallade 4D-projektet, ett samarbete mellan KI och SLL: en IT-plattform som länkar samman information från olika patientregister och syftar till att utveckla nya vårdmetoder och mäta vårdkostnader för fyra vanliga folksjukdomar. Arbetet med plattformen har drivits av KI-professorn Martin Ingvar, som också är engagerad i ICHOM och har framträtt tillsammans med Michael Porter och BCG. Martin Ingvar entledigades från sitt uppdrag som vice rektor för KI på grund av sina privata intressen i detta arbete. Se Dagens Nyheter 2017-05-13.

38 Matrisorganisationen går tillbaka till 1960-talet, fler beskrivningar finns från 1970-talet, se t.ex.: Knight, Kenneth (red.): *Matrix Management: A cross-functional approach to organisation*, 1977.

39 "Karolinskas nya organisation och arbetssätt", informationsfilm publicerad 9 juni 2016 av KS. Där sägs att specialiteterna "är viktigare än någonsin", eftersom sjukhusets "uppdrag är högspecialiserad akademisk sjukhusvård, forskning och utbildning". För att utveckla specialistkompetenserna skall det utses "specialitetsansvariga" inom ett tema eller en funktion. "De håller ihop specialiteterna och tar ansvar för deras utveckling." De medicinska specialiteterna har således inte någon reell plats i organisationen, utan företräds endast av uppgifter och ansvar som ligger utanför vårdarbetets framtidskridande.

bilder och kronikerpatienter, det vill säga sådana som inte motsvaras av typiserade diagnoser eller som inte har kalkylerbara behandlingsavslut: var tionde patient uppges inte vara möjlig att placera i ett behandlingsflöde.^[40]

En del av denna "missmatchning" bör kunna förstås utifrån skiftet till *individcentrering* i modellen, som i Porters och BCG:s modell utgår från den underliggande *ekonomiska* teorin för verksamheten ("värdebaserad", individuellt mätbara ekonomiska resultat) och inte från någon vårdteori.^[41] Skillnaden i förhållande till den befintliga klinik- och specialitetsorganisationen (oavsett olika företräden och baksidor) är ur ett vårdperspektiv att patienten där möter en viss verksamhets- och kunskapsmiljö, en situation i vilken patienten "flätas in".^[42]

Sammanfattning

Modellens utgångspunkt var den amerikanska situationens brister, men det svenska sjukvårdssystemet kunde erbjuda långt bättre möjligheter att testa den. Till de intressanta tillgångarna som det svenska systemet har byggt upp hör rapporteringssystemen och kvalitetsregistren. Däremot står andra egenskaper i vägen som bestäms av själva vårdarbetet och den medicinska kunskapen. Professionens kunskap och verksamhet byggs utifrån specialiteter och kunskapsmiljöer vid kliniker. För modellen utgör de hinder som skall undanröjas så långt möjligt. I Sverige har de varit särskilt betydelsefulla för systemets utveckling, eftersom det i så hög grad byggts upp av sjukhus och deras kliniker, där läkarprofessionen har stort inflytande på verksamheten. "Översättningen" av detta befintliga system till den nya modellen gör att det uppstår luckor och brister, eftersom den medicinskt definierade organisationen inte är kongruent med den ekonomiskt definierade organisationen. En av skillnaderna handlar om individcentreringen i den nya modellen, som är ekonomiskt motiverad, inte medicinskt. (Den motsvarar ekonomisk teori, men inte medicinsk teori eller praxis).

40 Enligt Läkarföreningen KS, intervju med Lars Falk och Yvonne Dellmark; uppgifter också från intervju med medarbetare vid njurkliniken.

41 Inom den sjukvårdsekonomiska modellen från Arrow, i mer generellt public choice-perspektiv ytterst från Wicksell och hans tanke om det individuella "uttaget" ur skattekollektivets finanser, omtolkat till den modernare teorin genom Buchanan och framför allt Tullock som en norm för alla typer av offentliga verksamheter.

42 Om sjukvården som kunskapssituation, se t.ex.: Mol, Annemarie: *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*, 2008, s. 18–23; Victor Tillberg, Lotta: *Kvalitetsjakten: om professionalitet i välfärden*, 2014, s. 107–120.

5. Samband mellan modellen och sjukhusprojektet Nya Karolinska

Modellen kom att inverka på utformningen av sjukhusbyggnaden Nya Karolinska. Det blev ett brott med hittillsvarande planeringsrutiner för sjukhus, vilka hade utvecklats dels utifrån den hittillsvarande medicinska organisationen, dels utifrån det svenska sjukhussystemet. Den nya modellen sammanföll med andra omständigheter runt Karolinska vilka medverkade till att den kunde få genomslag i sjukhusets utformning som ett ”fullskaletest”. Dessa andra omständigheter handlar också de om en förändring i synen på sjukvårdssystemets organisation, uppgift och ekonomiska potential. I ett tidigare skede var Michael Porter aktiv även där. (Jfr ovan.)

När inflyttningen i Nya Karolinska sjukhuset (Nya Karolinska) började hösten 2016 var det första gången ett nytt sjukhus togs i bruk i Stockholms län sedan Huddinge sjukhus (1968–1977). Huddinge utformades i enlighet med den då befintliga sjukvårdsplaneringen som centralsjukhus för den södra delen av länet och universitetssjukhus, och var i alla avseenden en produkt av det svenska sjukhussystemet.^[43] Nya Karolinska har i motsats till Huddinge tillkommit utan egentlig behovsanalys eller koordination med övrig sjukvårdsplanering, och fick därför från början en oklar och omdiskuterad roll i Stockholms sjukvård.^[44] I nyhetsrapportering och allmän debatt framträdde det med sina problematiska sidor i första hand som en ”skandal”, till följd av vad som verkade vara dubiösa kontraktsförhållanden och skenande kostnader.^[45] Planeringen av sjukhusets innehåll och uppgifter började på ett sent stadium, först 2012, det vill säga i efterhand i förhållande till byggandet.^[46] Utvecklingen och genomförandet av Nya Karolinska som projekt kom således att följa en radikalt annorlunda logik än vad som kan anses normalt vid planering av ett sjukhus och dess verksamhet i det svenska landstingssystemet.^[47]

När det gäller bakgrunden till beslutet att bygga var det i stället flera andra omständigheter som fick betydelse och samverkade. Dessa omständigheter gällde alltså inte länets sjukvårdsbehov, men heller inte om Nya Karolinska som ny modell för vårdorganisation: det handlade om avgränsade idéer för det geografiska Karolinska-området och dess byggnader. Stockholmslandstinget tog över Karolinska sjukhuset från staten i början av 1980-talet och efter några år antogs en plan om successiv förnyelse och utbyggnad. Nya, mer radikala idéer började diskuteras i slutet av 1990-talet hos KI:s ledning och några få landstingspolitiker. Ledningarna för Stockholmslandstinget, dess fastighetsbolag Locum och KI ville bygga ett helt nytt ”toppsjukhus” helt inriktat på högspecialiserad vård, med den ”vanliga” sjukhusvården utsorterad, och involvera även KTH, Stockholms universitet, Handelshögskolan och näringslivet i en ”life science park”. Möjligheten skulle ges genom en förnyelse av hela området med hjälp av överdäckning och nybyggnad, en idé som från början kom från byggbolag och markägare i området,

43 Björklöf, Sune, *Det stora projektet – planeringen av ett sjukhus*, 1976, s. 33–35.

44 Detta är en av huvudslutsatserna i Henrik Ennarts och Fredrik Mellgrens *Nya Karolinska-granskning Sjukhus*, 2016.

45 Framför allt genom rapporteringen i Svenska Dagbladet av journalisterna Henrik Ennart och Fredrik Mellgren. Se även Timbro-rapporten *Skandalen Nya Karolinska* av Anders Lundberg, 2013.

46 Ennart, Henrik & Mellgren, Fredrik: *Sjukhus*, 2016, s. 44–46, 49, 53.

47 Jfr Meijling, Jesper: ”Framtida vårdval”, *Arkitektur* 6/2016, s. 60–65.

bland annat Banverket.^[48] Dessa omständigheter utgjorde en del av bakgrunden till den annorlunda synen på Nya Karolinska som verksamhet och Porters inblandning.

Planerna för området och Karolinska motsvarade idéerna i den större internationella trend som då var aktuell kring ”innovativa miljöer” och ”kluster”, där Michael Porter var framträdande och hade uppmärksammat just möjligheterna kring *life science* i Stockholm (jfr ovan). Planerna diskuterades i landstingsledningen utan att involvera dåvarande KS-ledningen.^[49] Landstingets och stockholmarnas vårdbehov kom snarast att användas som ett sekundärt, stödjande argument för projektet och område-sutvecklingen.^[50] Först med den så kallade 3S-utredningen (”Stockholms sjukvårdsstruktur”), som presenterades 2004, skrevs Nya Karolinska in i en ”retroaktiv” planering.^[51]

Med byggnadsprojektet lagt utanför sjukvårdplaneringen öppnades för friare vägval angående innehållets organisering. En arkitekttävling om Nya Karolinska anordnades 2004, som White arkitekter vann 2006 med ett koncept för en byggnad som anmärkningsvärt nog inte skulle utgå från ett specificerat lokalprogram. Det var under denna period som det officiella samarbetet med konsultföretaget BCG inleddes, när denna firma anlitas för att genomföra en sammanslagning av Karolinska och Huddinge till en enda sjukhusorganisation. Beslutet att bygga Nya Karolinska togs i april 2008, och i maj 2010 gav Stockholmslandstinget uppdraget till Skanska-Innisfree (ett konsortium mellan det stora byggbolaget Skanska och det aningen ljusskygga riskkapitalbolaget Innisfree), dock utan att projekt eller prisförhandlingar var klara. Planeringen av innehållet (organisation, uppgifter) påbörjades först 2012 – fram till dess var byggnaden alltså ett skal med ännu inte preciserat innehåll. Enligt uppgift skrevs avtal med BCG om ”värdebaserad vård” först 2014.^[52] Vägen fram till den punkten tycks alltså ha skapat förutsättningarna just för en sådan avvikande, ”utbruten” vårdorganisationsplanering.

Ytligt sett fick Nya Karolinska-byggnaden en viss likhet med blocksjukhus av 1960–70-talsmodell. Men det var en likhet endast på utsidan, eftersom det i Nya Karolinska-projekteringen inte hade funnits någon planering av innehållet. En förutseende och noggrann planering av innehållet var starkt präglade för 1960- och 1970-talens sjukhusprojekt. Nya Karolinska blev inte fördelat i vård- respektive behandlingsenheter, och dess fem ungefär jämnstora kopplade husblock kom inte att motsvara några särskilda funktioner, eftersom kliniker och specialistavdelningar inte fanns med i programmet för byggnaden. Huset var i princip ett stort, generellt utrymme, avsett att rymma i stort sett samtliga funktioner utan att det skulle behövas någon särskild koppling till var de kunde placeras i byggnaden.^[53] Denna arkitektur passade den nya organisationsmodellen. Genom att hela byggnaden i fråga om bärförmåga, dimensioner och försörjningssystem uppfördes som en överdimensionerad struktur, i varje del beredd att

48 Ennart & Mellgren, s. 51.

49 Ennart & Mellgren, s. 63–66.

50 Jfr Ennart & Mellgren s. 300; jfr SNUS-utredningen, 2002.

51 Lédel intervjuad av Ennart & Mellgren; se s. 296–304. Se vidare SNUS-utredningen 2002 samt den s.k. 3S-utredningen 2004.

52 Jfr Ennart & Mellgren, s. 61, 63–65.

53 Intervjuer med Charlotte Ruben, Hans-Olof Wällgren, White.

klara de allra högsta lasterna, möjliggjordes alltså att alla funktioner, behov och krav som finns inom ett stort sjukhus skulle kunna placeras var som helst i byggnaden.^[54] Stomme och struktur konfigurerades på så vis för den verksamhetsmodell som inte byggde på specialiteter och etablerad klinikorganisation, det vill säga som inte kunde redovisa var olika delar av verksamheten skulle placeras. Detta sätt att bygga så att det passade för Porter–BCG-modellen var också det dyrast tänkbara.

Motiveringen bakom en sådan byggnadsprincip – om vi tittar på den moderna arkitekturhistorien – är flexibilitet: möjligheten till återkommande inre förändringar under byggnadens hela livstid.^[55] För förståelsen av Nya Karolinskas utformning kan det ge ytterligare nycklar, utöver den inledande frånvaron av planering av innehållet. Den generella, överdimensionerade byggnadsstommen skall medge flexibilitet och oberoende inte bara för funktioner, utan också för verksamheter att flytta in och ut. Vad denna speciella, kostsamma byggnadsform möjliggör är således att lokalerna inom Nya Karolinska kan hållas tillgängliga för olika typer av verksamheter och olika vårdgivare. Byggnaden skall inte organisera definierade vårdmiljöer, utan mera utgöra en ram runt mer eller mindre oberoende behandlingsflöden och aktörer.^[56] Det innebär en ny typ av sjukhus, som alltså inte är sjukhus i den meningen vi normalt tänker oss begreppet, utan som i stället kan bidra till den övergripande marknadsorganisering med diagnosbaserad konkurrens som den nya modellen siktar på.

Det odefinierade och flexibla i Nya Karolinskas byggnadsstruktur återspeglades även i projektets upphandlingsform genom den speciella så kallade OPS-lösningen, det vill säga den projektform med en privat investerare-byggare-långivare som användes. (OPS utläses ”offentlig–privat samverkan”; motsvarande term på engelska är PPP, ”public–private partnership”.) Att inte behöva låsa sig vid ett visst byggnadsprogram (ett visst innehåll i byggnaden), och därmed en viss bestämd utformning, var ett önskemål också från byggarens sida (Skanska-Innisfree) eftersom en sådan annars bruklig styrning skulle ha minskat företagets manöverutrymme inom projektet. Det skulle också ha kunnat ge legitimitet åt krav på en normalt genomförd upphandling, nämligen att det skulle ha funnits ett konkret, programstuderat projekt för olika byggare att lämna anbud på.^[57] På det sättet kan man säga att det förelåg en ”allians” mellan den nya organisationsmodellen och den valda entreprenadformen.

Eftersom sjukvårdsverksamheten och innehållet hade en svag ställning i processen, kunde sjukvårdens verksamhetsansvariga inte utöva det inflytande som en mer förutseende process hade medgett. Planlösheten genererade ett svårhanterat och kostsamt ”löpande” programarbete, där funktioner kom och gick utan riktig styrsel på grund av frånvaron av i förväg utredda behov. Det skapade återkommande obalanser, exempelvis antalet

54 Intervjuer med Charlotte Ruben, Hans-Olof Wällgren, White.

55 Lund, Nils-Ole: *Teoridannelser i arkitekturen – arkitekter og idéer fra 40'erne til idag*, 1985, s. 74–76.

56 Arkitekterna bakom Nya Karolinska har hänvisat till Huddinge sjukhus, som byggdes 1968–1977 och var det första och hittills enda storsjukhuset i Sverige planerat och byggt i enlighet med en sådan *strukturalistisk* modell. Uppgifter i internt presentationsmaterial från White arkitekter i författarens ägo samt uppgifter vid intervju med arkitekt Hans-Olof Wällgren 11 augusti 2016.

57 Jfr Ennart & Mellgren, s. 90–91, 106.

vårdplatser i förhållande till antalet operationssalar.^[58] Utöver de negativa effekterna på kostnadseffektiviteten och planeringen inverkade det också på medarbetarnas eventuella återstående möjlighet till delaktighet i processen (en möjlighet som ju inte hade etablerats från början). Också i detta avseende blev den medicinska organisationen en perifer omständighet.^[59]

Nya Karolinska-entreprenaden som helhet fick således ett starkt fokus på uppförandet av en byggnad, inte på lösandet av lokalbehov för en sjukvårdsverksamhet med bakgrund i verksamhetsplanering och fördelning inom landstingsområdet. Fokus på bygget och huset stärktes också genom att byggavtalet införlivade drift och underhåll av sjukhusanläggningen under överskådlig tid, det vill säga förde ihop den framtida löpande driften med *byggprojektet* i stället för med *vårdverksamheten*. Även det var en omständighet som underströk vårdverksamhetens relativt sett svaga ställning i processen i förhållande till byggnaden och fastighetsaffären, och på så sätt gjorde vårdverksamheten till en separerad, ”perifer” fråga.

Sammanfattning

Nya Karolinska har inte uppstått ur analys av vårdbehov eller sjukvårdsplanering, utan först som en byggnadsidé för områdesutveckling. Nya Karolinska som sjukhusprojekt fick fokus på byggnad snarare än sjukhusets verksamhet, vilken kom att lämnas till konsulter. Det tillfredsställde OPS-partnern Skanskas handlingsfrihet. Modellen för diagnosbaserad konkurrens påverkade sedan utformningen av sjukhuset. Den gjordes färdig parallellt med bygget och konsulternas implementering eller i efterhand. Det är ett brott med hittillsvarande arbetssätt, där man först arbetar fram ett lokalprogram anpassat efter verksamheten som kan kostnadsberäknas och läggas ut på anbudsupphandling. I stället skapades ett generellt utrymme inom en stomme som var lika genom hela byggnaden, för ett oplanerat och flexibelt innehåll. Detta var en viktig anledning till att byggprojektet blev så dyrt. Det ovanligt dyra bygget var alltså det som skapade förutsättningarna just för den avvikande, ”utbrutna” vårdmodellplaneringen. Med andra ord: det var den arkitektur som passade Porters och BCG:s modell. Det innebär en ny typ av sjukhus, som inte är sjukhus i den mening vi normalt tänker oss begreppet. I stället är det ett flexibelt ”verksamhetsskal” som kan stödja den övergripande marknadsorganisering med diagnosbaserad konkurrens som den nya modellen siktar på.

58 Ennart & Mellgren, s. 148–149.

59 Intervju med Lars Falk och Yvonne Dellmark, Läkarföreningen KS.

6. En ”infrastruktur” för marknadsaktörer

När Nya Karolinska-byggnaden i så liten utsträckning kopplades till definierade verksamhetsbehov gav det som vi har sett ett friare spelrum åt det fristående uppdraget med den nya organisationsmodellen. Det blev aldrig nödvändigt att förhålla sig till någon programprocess (med medarbetare och avdelningar) eller till någon viss utformning av byggnaden som hade kunnat sätta hinder i vägen. Att dela upp verksamheter och distansera ansvar har spridit sig på många håll inom offentlig sektor – men inom sjukvård är det nytt och relativt oprövat. Uppdelningen av Nya Karolinska mellan byggnadsskal och innehåll kan sägas motsvara en beställar–utförar-uppdelning mellan landstinget som beställare och BCG som fristående utförare av verksamhetsutformningen (i stället för en intern, professionsförankrad process).

Detta sätt att skilja byggnadsskalet från verksamheten inuti kan jämföras med andra offentliga ”infrastrukturhållare” hos vilka olika aktörer kommer in och verkar alltefter kontrakt och uppdrag. Denna lösning kan sägas ha fått sitt första genomförda svenska exempel i Banverket 1988 när infrastrukturen skildes från trafikeringen och därmed öppnade möjligheten för andra trafikoperatörer än SJ, och modellen blev allt vanligare under 1990-talet. Detta innebar en tendens till att större resurser och koncentration än tidigare lades på ”infrastrukturen”, det vill säga den fasta byggnadsstrukturen, snarare än verksamheten, som lämnades åt sig själv och sina mer eller mindre skiftande (”flexibla”) behov.^[60] I en marknadsorganisering inom den offentliga sfären får det offentliga organet då rollen som en marknadsövervakare och marknadsorganisatör, en ”tillhandahållare” av en ”marknadsspelplan”; detta ofta i kombination med rollen som ”beställare” i någon form (en typ av organisering som kan vara första steget i en ”marknadsöppning”).^[61] Inom sjukvården har det etablerats framför allt i Stockholmslandstinget, med en mängd privata utförare på uppdrag av det offentliga och inuti det offentligas övergripande organisation. Men i form av ett omfattande byggnadsprojekt inom sjukvården är det först med Nya Karolinska som ett sådant åtskiljande mellan struktur/spelplan och innehåll/verksamheter har fullföljts.

Man kan jämföra med de löpande diskussioner som har förekommit om att omfördela verksamhet och utförare inom Nya Karolinska. I uppdraget och det översiktliga (men inte preciserade eller fastställda) programmet angavs en typ av målsättningar som snarare än vårdinnehåll syftade på organisationsförändringen: dels en målsättning att minska antalet ”vanliga” sjukhusvårdplatser vid Nya Karolinska till förmån för en inriktning mot den mest högspecialiserade vården, dels ett större inslag av dagvård inom Nya Karolinska med så mycket som 50 % av vårdaktiviteterna i sjukhuset.^[62] Det var kopplat till den generella strävan på systemnivå att flytta över vårdverksamhet från ”sjukhusvård” till mindre enheter, vilka kunde

60 Banverket är det främsta exemplet, med helt nya möjligheter till infrastrukturinvesteringar utan säkrat nyttjande (mest framträdande exempel: Botniabanan). Andra exempel är offentligägda kommersiella fastighetsbolag som har uppstått ur uppdelningar i offentliga ändamålsrelaterade innehav, exempelvis Jernhusen och Akademiska Hus, vilka inte har någon relation till verksamheterna annan än den kontraktsmässiga.

61 Jfr idéns utveckling för järnvägsdriften, se t.ex. Hibbs, John, *Transport without politics...? A study of the scope for competitive markets in road, rail and air*, IEA, 1982. (Och fler exempel i del 3.)

62 Intervjuer med Charlotte Ruben, Hans-Olof Wällgren, White.

bedrivs även av enskilda företag. Samtidigt kunde samlokaliseringen av dagvårdsverksamheter med sjukhusvården inom fastigheten då bli en möjlighet att göra Nya Karolinska till det första stora sjukhuset som från början inbegrep och öppnade för den pågående utvecklingen där andra aktörer än landstinget spelar en växande roll som vårdutförare.^[63] Den flexibla och "flytande" planeringen skapade förutsättningarna för att det skulle kunna ske både genom utflyttning/outsourcing ut från det alltmer högspecialiserade sjukhuset och genom öppningar för oberoende verksamheter inne i sjukhuset.^[64] Med flexibla utrymmen och klinikstrukturen borta skulle i praktiken ingenting finnas som definitivt binder de olika "behandlingsflödena" till någon viss lokalisering, viss miljö eller viss utförare.

Det fanns en enda styrd konfigurerings i den annars flexibla strukturen, som dock också den uttryckte modellens generella princip om individcentrering i behandlingsflöden: den rumsliga inramningen av patienten i enpatientsrum. Det var den enda specifika idé som med arkitektens bistånd fick ett definitivt formuttryck inom byggnadens i övrigt flexibla och öppna "infrastruktur". Patienter skulle placeras i enskilda rum, som ett uttryck för "patienten i centrum" i den meningen att vården kommer till patienten i stället för att patienten är inlagd på en vårdavdelning.^[65] Denna vådrumstypologi skulle ge ett bättre rumsligt stöd åt att kunna hantera patienten som en "vårdkund". Det enskilda vårdfallet skulle inte inneslutas i en vårdavdelnings verksamhet utan möta, från sin individuellt avdelade punkt, olika anslutande utförares insatser. Enpatientsrummet tänktes förvisso ha effekter på hygien och infektionsskydd, men arkitekten framhöll framför allt individorienteringen och individens komfort.^[66] Samtidigt var denna individkonfigurerings helt i överensstämmelse med den överordnade idén om "verksamhetsneutral flexibilitet": enpatientsrummet speglade inga verksamhetsspecifika förhållanden, bara en generaliserad relation "utförare-mottagare".

En avslutande kommentar om byggnadsstrukturen som infrastruktur eller "marknadsspelplan" kan göras om den arkitekturhistoriska bakgrunden. Uppdelningen mellan byggnadsskal och flexibla verksamheter uppstod inte ur marknadsorganiseringarna av offentliga verksamheter från 1990-talet och framåt, utan har en längre idéhistoria. Arkitekterna som tillhandahöll lösningen för den nya Nya Karolinska-byggnaden hämtade inspiration i byggnadsidéer från 1960- och 1970-talet.^[67] I dåtidens så kallade *strukturellistiska* strömning inom arkitektur och byggande utvecklades en idé som kom att få ett visst genomslag, även om de praktiska tillämpningarna blev få: att den som tillhandahöll strukturen/byggnaden inte skulle ha någon styrande relation till det som pågick i den.^[68] Nyckelorden i den strukturellistiska arkitekturidén var generalitet, anpassbar-

63 Internt material från White samt intervju med Hans-Olof Wällgren, White.

64 Se Ennart & Mellgren, 2016, för uppgifter om planer på tillträde för privata aktörer inom Nya Karolinska, s. 205–305.

65 Intervjuer med Charlotte Ruben, Hans-Olof Wällgren, White.

66 Intervjuer med Charlotte Ruben, Hans-Olof Wällgren, White. Jfr Mol, Annemarie: *The logic of care – health and the problem of patient choice*, 2008.

67 Intervjuer med Charlotte Ruben, Hans-Olof Wällgren, White.

68 Idéerna om ett "öppet system" inom en byggd struktur artikuleras på 1960-talet av bland andra den polske arkitekten Oskar Hansen. Se Kędziorek, Aleksandra & Ronduda, Łukasz: *Oskar Hansen – opening modernism: on open form architecture, art and didactics*, 2014.

het och föränderlighet i kritisk kontrast till den tidigare funktionalismens styrda avbildningar av specificerade verksamheter, det vill säga den designmetod som i hög grad hade kommit att prägla sjukhusbyggandet.^[69] De banbrytande arkitekturprojekten innebar att den som tillhandahöll strukturen/byggnaden inte skulle ha någon relation till det som pågick i den, utan bli en neutral "lokalförsörjare".^[70] Den ursprungliga strukturalistiska arkitekturidén figurerade under en period i svenskt offentligt byggande, introducerad i slutet av 1960-talet, som en del av ett program för förbättrad ekonomistyrning, vilket kom att påverka reformeringen av den offentliga förvaltningen och synen på det offentliga som byggherre och förvaltare.^[71] Men idén fick begränsad betydelse, eftersom verksamheterna fortfarande ingick i ett offentligt, hierarkiskt system – flexibiliteten var närmast en framtidsprojektion för en *tänkbar* ordning. I och med Nya Karolinska kunde emellertid den ekonomiska verkligheten sägas ha kommit i kapp. I början av 2000-talet fanns aktörerna och intressena som kunde fylla ut idén om en struktur som tillhandahåller en flexibel "spelplan" för användare som kommer och går med ett skiftande innehåll.

Sammanfattning

Nya Karolinskas byggnad gav ett friare spelrum åt det fristående uppdraget med den nya organisationsmodellen. Detta sätt att skilja byggnadsskalet från verksamheten inuti kan jämföras med andra offentliga "infrastrukturhållare" hos vilka olika aktörer kommer in och verkar alltefter kontrakt och uppdrag. Bygget inklusive verksamhetsplaneringen följer således en NPM-princip, med uppdelningar och outsourcing av ansvar enligt en beställar–utförar-princip, och där byggnaden blir en "infrastruktur" för ett flexibelt innehåll av olika operatörer, hyresgäster osv. Det har likheter med reformer under 90- och 00-talet där syftet var "marknadsöppning", men det är första gången det tillämpas på detta sätt för ett offentligt sjukhusprojekt. Det medger att vårdgivare och vårdkoncept kan skifta inom byggnaden eller "infrastrukturen", och det medger att behandlingsflöden och behandlingsuppdrag kan förläggas på olika håll. De särskilda enpatientsrummen på Nya Karolinska är ett uttryck för detta: vårdgivare kommer till patienten snarare än att patienten "läggs in" i en viss vårdmiljö.

69 Ekholm, Anders (red.): *Utvecklingen mot strukturalism i arkitekturen*, 1980. För funktionalistiskt präglat sjukhusbyggande, jfr Åman, 1974, s. 278–293, 432–438; Murken, Axel Hinrich: *Vom Armenhospital zum Großklinikum – Die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart*, 1988, s. 203 ff.

70 För Oskar Hansens egen utläggning av sin teori i sammanfattad form, se: Newman, Oscar, *CIAM '59 in Otterlo*, 1961.

71 Sigge, Erik, *From New Empiricism to Structuralism – The Swedish National Board of Public Building (KBS)*, s. 215–229. Se också Ekholm, Anders (red.): *Utvecklingen mot strukturalism i arkitekturen*, 1980.

7. Det större, relevanta sammanhanget: exemplet nätverkssjukvård

På den översta politiska och administrativa nivån som organiserar sjukvården i hela Stockholmslandstinget började man samtidigt med planeringen av Nya Karolinska använda begreppet *nätverkssjukvård*.^[72] Beskrivningen av vilken typ av organisation den skulle bygga på överensstämmer i stort med tanken om behandlingsflöden i BCG:s modell: att så att säga lösgöra behandlingsförloppen för diagnoser och individer och låta dem bli de bärande komponenterna i en organisering där olika vårdgivare, offentliga eller privata, "samarbetar med varandra i vad som kan beskrivas som ett nätverk kring patienten".^[73] Det sätter leverantörer av vårdinsatser i en relation till varandra och till den offentliga vården som inte utgår från landstingsorganisationen som struktur. "Nätverk" motsvarar något som saknar centrum, icke-hierarkiskt, snarare en "spontan" ordning med föränderliga vägar och enheter. Denna nya inriktning sätter förändringarna vid Karolinska i ett sammanhang: "värdebaserad vård" och omorganiseringen av Karolinska har beskrivits som själva navet i en "historisk omstrukturering" av sjukvården i Stockholmslänet, där gränser mellan olika sjukhus och vårdinrättningar skall ersättas av flöden för diagnoser och patienter.^[74] "Nätverkssjukvård" är som princip närmast identisk med det som kallas "värdebaserad vård": att i fråga om såväl verksamheten som ekonomin byta ut den institutionella, vårdmiljöbaserade strukturen mot flöden av enskilda behandlingar.^[75]

Även här framkommer den stora betydelsen av informationshantering och tillgång till sjukvårdsdata. Med hjälp av bättre informationshantering och -utbyte, där alla aktörer optimalt skulle ha tillgång till samma information om patienten, kan sambandet med en bestämd klinik eller vårdmiljö brytas upp.^[76] Det skulle "bryta om" landstingssystemet på ett konkret sätt, så att privata såväl som offentliga "vårdleverantörer" blev likställda och jämförbara med varandra i vårdsystemet.^[77] Det har betydelse också för att omfördela vård från sjukhus till primärvårdens olika aktörer, det vill säga sådana utgångspunkter för omfördelning som fanns också för inriktningen av Nya Karolinskas verksamhet.

Med begreppet "nätverkssjukvård" kan denna genomgående idé om marknadsorganisering av sjukvården (behandlingsflöden som komponenter på en vårdmarknad) ställas i relation också till en förändrad syn på planering. Det arbete där den nya formen "nätverkssjukvård" presen-

72 Se "Framtidens hälso- och sjukvård", SLL 2013. I *Regional utvecklingsplan för Stockholmsregionen: samrådsförslag*, 2016, nämns "tankegångar runt begreppet Nätverkssjukvård", se s. 63.

73 Beskrivning ur SLL:s framtidsplan 2013, "Framtidens hälso- och sjukvård".

74 Per Båtelsson, ordförande i styrelsen för KS, förklarade 2014 att "satsningen på att utveckla sjukvården inom Stockholms läns landsting innebär en historisk omstrukturering" och att "Karolinska Universitetssjukhuset blir navet i denna struktur." Dagens Nyheter 2014-06-30 (annonsbilaga från Karolinska inför Almedalen). Sjukvårdslandstingsrådet Starbrink satte in modellen "värdebaserad vård" i detta större sammanhang, som lösning på problem med "runtslussning": osammanhängande vård, många olika inrättningar, läkare osv. Starbrink pekade alltså ut sambandet med utvecklingen av "nätverkssjukvård" i hela Stockholmslandstinget, där patienten skulle ledas framåt i ett flöde av vårdinsatser, bland annat med hjälp av s.k. vårdcoacher. Dagens Nyheter 2015-05-19.

75 I presentationen av "värdebaserad vård" för KS-medarbetarna finns illustrationsmaterial som översstämmer med hur "nätverkssjukvård" presenteras i "Framtidens hälso- och sjukvård".

76 Se beskrivningar i FHS, samt SLL:s hemsidesinformation om FHS.

77 Jfr Stiernstedt, Göran, *Mest resurser – bäst sjukvård? Slutrapport om effektiviteten i Stockholms sjukvård*, 2017. Jfr *Effektiv vård*, SOU 2016:2.

terades, kallat *Framtidens hälso- och sjukvård* (FHS), startade inom Stockholmslandstinget 2013 mot en bakgrund av brist på övergripande planering. Arbetet benämndes ibland ”framtidsplan”, men verkar snarast ha varit ett ”löpande” dokument om pågående problem inom sjukvårdens organisation och i anslutning till det en skisserad generell modell, ”nätverkssjukvård”. Det låg inget gediget utredningsarbete bakom och arbetet uppvisade inget kritiskt, offentligt prövande av alternativ.^[78] Det är troligen inte fråga om ett tillkortakommande, utan signifikativt. Oavsett att det tillkommit ur ett visst planeringsbehov, och med hjälp av politiska instrument, kontrasterar det mot själva principen i planeringsprocesser med sammanvägande av perspektiv och politisk förankring. ”Nätverkssjukvård” tycks representera genomförandet – åtminstone i sina inledande steg – av det som Porter och Teisberg skisserade, nämligen skapandet av en övergripande konkurrens-situation för sjukvård. Planeringen i landstinget kan då transformeras till en mer löpande verksamhet, en ”infrastrukturhållare” vars uppgift snarare blir att agera som clearing-central för skattebasen och sjukvårdsekonomin samt övervakare av den diagnosbaserade konkurrensen på länets sjukvårdsmarknad.

Sammanfattning

Parallellt med Nya Karolinska och ”värdebaserad vård” har en modell börjat etableras för hela Stockholmslandstinget som kallas *nätverkssjukvård*. Den följer samma principer med patienten i centrum av ett behandlingsflöde, oberoende av anknytning till bestämda vårdinrättningar osv. Vårdgivare, privata likaväl som offentliga, kan organiseras i ”nätverk” runt patienten där de genomför sin insats i behandlingen. Modellen har formulerats inom ramen för en nedtonad planering, där tendensen i stället går mot en nätverksstruktur med spelregler och uppdrag för fristående aktörer, det vill säga en marknadsorganisering. Stockholmslandstingets ”nätverkssjukvård” ser alltså ut att vara den felande länken: det större sammanhang av ett helt sjukvårdssystem som återger modellen ”värdebaserad vård” logiken den saknar på ett enskilt sjukhus.

78 Jfr SLL:s information om Framtidens hälso- och sjukvård: ”I juni [2013] togs beslut om konkretisering av planen”. Intrycket är snarare implementering av en modell, jfr SLL:s information om FHS: ”Genomförandet [av FHS] leds av SLL centralt i samarbete med vårdens aktörer i Stockholms län. Successivt involveras samtliga verksamheter inom hälso- och sjukvården. Huvuddragen i planen ska vara genomförd år 2018.”

8. Slutsatser

Det som kallas "värdebaserad vård" är inte en lokal organisationsmodell för ett sjukhus eller en sjukvårdsorganisation, utan en modell för marknadsorganisering i större skala. Den saknar relevans i den mindre skalan, som exempelvis ett sjukhus. Här har kommunikationen runt Nya Karolinska och "värdebaserad vård" spritt en helt felaktig bild.

Omorganisationsarbetet handlar om att ta fram en helt ny konkurrensmodell som skiljer sig från tidigare försök till marknadsorientering inom sjukvården. Tidigare har man siktat på konkurrens mellan leverantörer (av sjukvård, försäkringar osv.). I det som kallas "värdebaserad vård" handlar det om att i stället gå in i själva sjukvårdsverksamheten och organisera om den helt. Det är inne i behandlingar av sjukdomstillstånd som en marknad skall etableras och de grundläggande komponenterna (varorna) för en marknad skall konstrueras.

Man kan konstatera att denna modell går längre än vad som brukar avses med begreppet NPM: det handlar här inte om att organisera mätning och beställar–utförar-situationer som liknar en marknad, utan om att i grunden organisera om sjukvården mot verklig, öppen konkurrens.

Den nya marknaden organiseras kring diagnoser och avslutade behandlingar ("patientgruppsflöden"). Verksamheten och marknaden organiseras på förhand av fördefinierade diagnoser. Dessa motsvarar en standardiserad behandling, som kan kostnadsberäknas. Vid behandlingsavslut (leverans) kan ett resultat räknas samman, som möjliggör omedelbara och öppna jämförelser av lönsamhet med andra leverantörer av samma behandling. Tanken är att det skall skapa en ny typ av konkurrens i sjukvården, som kan organiseras regionalt och nationellt.

"Värdebaserad vård" är ett oprecist namn på denna företeelse, eftersom det finns andra sätt att ekonomiskt organisera sjukvård som också kan betecknas som "värdebaserade". En mer precis beteckning är *diagnosbaserad konkurrens*.

Modellen tar sin utgångspunkt i en ekonomisk beskrivning. Den har i stort sett ingenting med vårdteori eller vårdpraxis att göra. Inverkan på sjukvården är en *konsekvens* av den ekonomiska idén. Det finns till och med ett öppet syfte att bryta ner den medicinska organisationen. Även förekomsten av sjukhus sätts i princip i fråga. Vissa av de problem som har uppstått i verksamheten kan kopplas till detta förhållande: så kallad indikatorfixering, där de delar av den befintliga organisationen som inte passar in i den nya ekonomiska beskrivningen ställs åt sidan oavsett konsekvenserna för verksamheten.

Intresset för det lokala från organisationskonsulternas sida ligger i att få tillgång till en situation där marknadskomponenterna kan utvecklas och funktionsdugligheten testas för att få fram en stabil "produkt".

Byggnadsprojektet Nya Karolinska har varit ett stöd för modellens etablering inom Karolinska. Sjukhuset – som inte har sin upprinnelse i sjukvårdsplanering, utan i *life science*-visioner – har genom sin speciella, mycket dyra byggnadsform gett de förutsättningar som modellen behöver.

Affärsintresset bakom modellen ligger primärt i USA. Det är där de problem och möjligheter har pekats ut som modellen tar sikte på: att skapa en mer samordnad och effektiviserad nationell konkurrens på sjukvårds-

marknaden. Det specifika intresset för den lokala situationen i Sverige (och specifikt vid Karolinska) handlar då om att få tillgång till en "testbed" som har bättre egenskaper än vad som finns att tillgå i USA. Det handlar bland annat om välutvecklade informationssystem som kvalitetsregister. Dessa kan förbättra modellen.

Användandet av Stockholmslandstinget och Karolinska som testobjekt för en organisationsprodukt som syftar till marknadsorganisering har skett utan att det kommunicerats till medborgarna/skattebetalarna eller de anställda vid Karolinska. De anställda har på så vis ovetande medverkat i ett fullskaleexperiment för produktutveckling, vars innehåll de kanske inte skulle försvara.

I Stockholmslandstinget finns en koppling till den regionala nivån i det som kallas "nätverkssjukvård". Det är en modell under utveckling som delvis sammanfaller med "värdebaserad vård", och där resultatet av modellutvecklingen vid Karolinska sannolikt kan testas i större skala. Stockholmslandstinget blir då den nivå där diagnosbaserad konkurrens kan etableras på riktigt.

Modellen skulle, om den börjar införas i Sverige, innebära en grundläggande förändring både av sjukvård över huvud taget och av det svenska sjukvårdssystemet. Vissa tillgångar i detta system är intressanta för den nya modellen att utnyttja, men det befintliga systemets organisering kring sjukhus, behovsanalyser, tydlig fördelning av specialisering och starkt professionellt inflytande är något som den nya modellen skulle avskaffa till förmån för en konkurrensorganisering. De fulla konsekvenserna av en sådan förändring (medicinskt, socialt, ekonomiskt) skulle vara så fundamentala att det torde ställa sig omöjligt att låta den "smyga under radarn", det vill säga, att inte låta den genomgå en öppen politisk prövning.

