

Minnen från att leda ett universitetssjukhus

Marc Bygdeman. Siv Fridén och Jan Lindsten

*Den dag kan gry
då allt vårt guld ej räcker
att forma bilden
av den svunna tid*

Frithiof Holmgren

Bakgrund

Under perioden januari 1990 – juni 1994 utgjorde författarna till den här artikeln Karolinska sjukhusets (KS:s) administrativa ledning - sjukhusdirektör (JL), biträdande sjukhusdirektör (SF) och chefläkare (MB) (se även artikeln *Fyra år som sjukhusdirektör. Varför inte fler?* av Jan Lindsten). Det var några av de mest intressanta åren i våra yrkeskarriärer, och vi vill på detta sätt berätta om en del av våra goda, och ibland mindre goda, erfarenheter från den tiden. Det blir naturligtvis en subjektiv berättelse där den nu ganska långa efterföljande tiden bidragit till att sudda ut minnets detaljer. Ingen av oss förde nämligen dagbok, och vi har – med något enstaka undantag - inte gjort några djupdykningar i protokoll eller andra handlingar från den tiden. Däremot har vi haft tillgång till sparade, skriftliga kopior av några av de tal vi hållit, verksamhetsberättelser samt ett antal nummer av personaltidningen *KS Nu* som gavs ut under de aktuella åren. Men för att inte göra framställningen alltför långgrandig har vi inte tagit med allt som vi kommer ihåg från den tiden.

Även om den här historieskrivningen endast omfattar drygt fyra år så hade den ett förspel och skall därför sättas in i ett längre tidsperspektiv med början före 1990 eftersom vi alla hade viss praktisk erfarenhet av sjukhusadministration vid tillträdet även om MB och JL saknade formell utbildning på området. JL var den förste sjukhusdirektör på KS med medicinsk bakgrund.

- JL (f.1935), professor i medicinsk genetik vid Karolinska Institutet (KI), grundade och var klinikchef för kliniskt genetiska laboriet från och med 1970 samt chefläkare under åren 1987-1990. Den senare perioden grumlades dels av den förlamande konflikten rörande professorn i thoraxkirurgi Bjarne Semb (se nedan) som spelades upp inför öppen ridå, dels mottagandet av patienter med brännskadeliknande förändringar uppkomna i samband med Saddam Husseins kemiska krigföring i Irak 1988, men förgylldes samtidigt av resultaten av flera spännande och resultatgivande utredningar som Plan 88, MUKS och KI:s och Stockholms läns landstings (SLL:s) hantering av LUA-medel (se nedan).
- SF (f.1935) var utbildad förvaltningsekonom och hade arbetat som budgetchef, planeringschef och administrativ chef under en längre tid som landstingskommunalt anställd. 1979 kom hon som byrådirektör till KS.

- MB (f.1934) disputerade och blev docent 1965 och professor i obstetrik och gynekologi 1978, allt vid KI. Han har varit anställd vid Kvinnokliniken på KS från januari 1965 fram till år 2000 och var under den tiden chefläkare under åren 1991-1995 och 1997-2000 (under 1990, det första av våra gemensamma år i KS ledning, var Stig Haglund chefläkare.

Det täta samarbete som utvecklades oss emellan talar vi fortfarande om då och då. Det innebar till exempel att vi började varje arbetsdag tidigt med att träffas för att informera varandra om vad som hänt sedan igår och vad som planerades för de kommande dagarna. Den medarbetare som hade kontaktat en av oss skulle veta att vi alla tre var bekanta med ärendet, och alla kunde räkna med att få någon form av besked inom ett dygn för att nödvändiga beslut inte skulle försenas i organisationen.

I det följande kommer vi att beröra ett antal frågor som rör olika aspekter av patientvårdande och organisatorisk karaktär där vi var engagerade på olika sätt.

Karolinska sjukhuset 1940-1990

Den 28 maj 1990 firades KS:s 50-årsjubileum vid en högtidssammankomst i aulan till vilken vi bland annat hade inbjudit HM Kung Carl XVI Gustaf, socialminister Ingela Thalén och sjukvårdslandstingsrådet Göran Hammarsjö.



Fig. 1-3. Bilder ur personaltidningen *Synapsen* nr 3-4, 90 (foto Veijo Methtonen) **Fig. 1.** Omslaget. **Fig. 2.** Bengt Pernow talar i samband med högtidssammankomsten vid 50-årsjubileet. **Fig. 3.** Ordföranden i Solna kommun Gösta Fagerberg t h överräcker gobelängerna av Lennart Rohde som jubileumsgåva till ordföranden i NVSO:s styrelse Sören Falk.

Denna i sjukhusets historia viktiga händelse uppmärksammades under jubileumsåret i flera publikationer, bland annat i ett särskilt nummer av den personaltidning som vi hade då – *Synapsen* (Fig.

Även JL (då sjukvårdsdirektör i NVSO) höll ett tal vid högtidssammankomsten ur vilket vi vill citera följande.

De nio profilområden som redovisas på bilden (ur MUKS 1988, Fig. 4 och 5) bygger på den historiska utvecklingen, liksom på en analys av nuläget och framtida utvecklingsmöjligheter. Vi tror att våra förutsättningar att göra en tillfredsställande insats på dessa områden är goda.

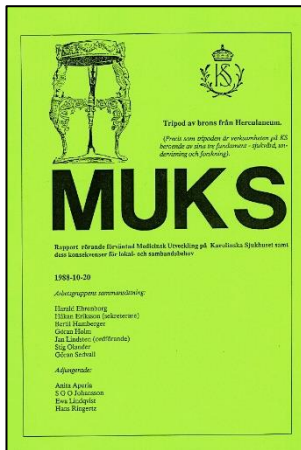


Fig. 4. Omslaget till Rapport rörande förväntad Medicinsk Utveckling på Karolinska Sjukhuset samt dess konsekvenser för lokal- och sambandsbehov (MUKS) 1988-10-20.

det av ny kunskap, inte minst i ett land som vårt, och inte minst på KS. Att Kung Carl den XVI Gustaf hedrar Karolinska sjukhuset med sin närvaro vid dess 50-årsjubileum tar jag som ett stöd för tron på kunskapens betydelse för sjukvårdens utveckling.

Framtiden vilar till stor del i våra egna händer. Mycket beror alltså på om vi själva vill att KS även framgent skall vara ett internationellt känt forsknings- och undervisningssjukhus. Man måste vilja, men då går det (Fig. 6).

Huruvida vi kommer att lyckas med att genomföra dessa planer beror i allt väsentligt på vår egen, och på våra beslutsfattares inställning och vilja. För att återvända till nobelprisen kan man konstatera att det föreligger en överrepresentation av judiska forskare bland pristagarna. Detta återspeglar i hög grad en attityd i vilken kunskap och klokskap prioriteras framför materiell välfärd i den judiska kulturtraditionen. Det är ur denna tradition som tex Albert Einstein, Saul Bellow och Isaac Singer härstammar.

Det visar behovet av kunskap, och särskilt det långsiktiga uppbyggnad-



Fig. 5. Förteckning över de nio profilområden som föreslogs i MUKS (*Synapsen 3-4, 90*).



Fig. 6. Avslutningsbild i JL:s tal vid högtidssammankomsten (*Synapsen* 3-4, 90).

KS ledning före och efter införandet av Stockholmsmodellen

I samband med kommunaliseringen av KS 1982 delades landstinget in i nio sjukvårdsområden där varje område omfattade minst ett sjukhus samt primär- och långvård. KS kom att ingå i Nordvästra sjukvårdsområdet (NVSO). Varje sjukvårdsområde hade en politiskt sammansatt styrelse och en egen administration. Riktlinjer för och kontrollen av verksamheten handhades av SLL via Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) och dess centrala administration.

Oberoende av politisk majoritet fungerade samarbetet mellan sjukvårdsområdesstyrelsen och KS:s administration mycket bra. Kontakterna och diskussionerna var täta och sakliga även om det naturligtvis förekom meningsskiljaktigheter. De politiska representanterna var engagerade och tog sina fritidspolitiska uppgifter på stort allvar.

KS och Stockholmsmodellen

Stockholmsmodellen, som börjar genomföras den 1 jan 1992 i Stockholms läns landsting, innebär

- en ny ledningsorganisation
- en ny rollfördelning med beställare och producenter
- ett nytt ekonomiskt styrsystem.

Syftet med reformen är att

- öka patienternas valfrihet och
- öka effektiviteten i vården genom att decentralisera ansvar och
- öka konkurrensen mellan olika vårdgivare.

Landstingets hälso- och sjukvård organiseras på följande sätt:

HSN blir "koncernstyrelsen" och samtidigt politisk styrelse för akutsjukhusen (utom Södertälje och Norrtälje sjukhus) och får ett särskilt ansvar för kvalitetssäkring och hälsofrågor.

Landstinget delas upp i nio sjukvårdsområden med var sin politiskt utsedd **områdesstyrelse**. Under områdesstyrelserna arbetar primärvården, geriatriken och psykiatri.

De åtta **akutsjukhusen** blir självständiga enheter ledda av en sjukhusdirektör.

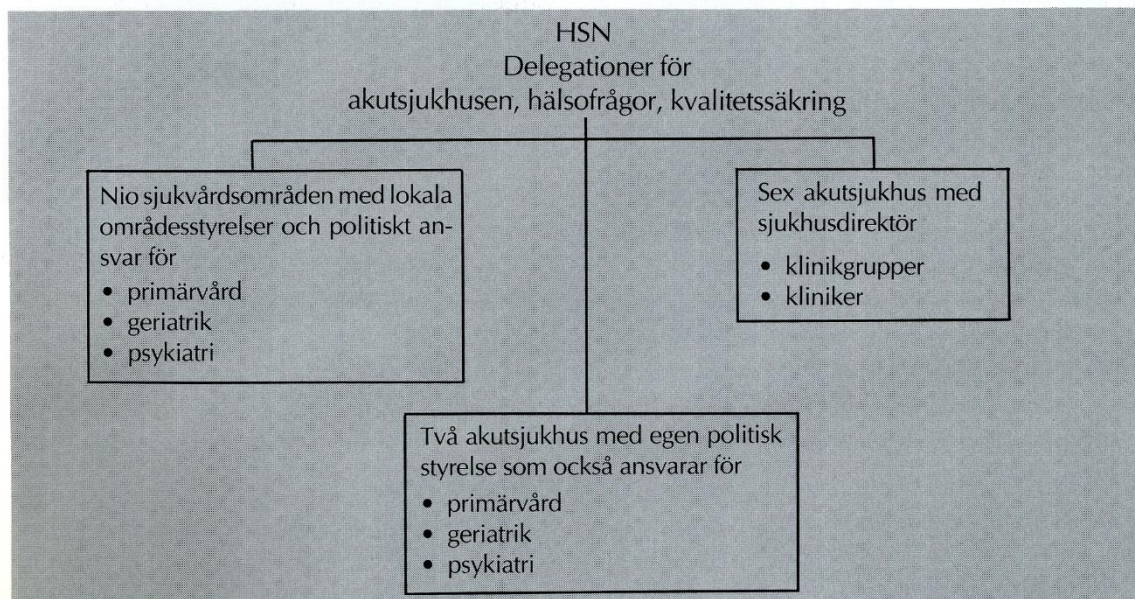


Fig. 7. Skiss över Stockholmsmodellen. KS-broschyr.

I och med införandet av Stockholmsmodellen (målstyrning kombinerad med DRG-baserad köpa-säljstrategi) förändrades samarbetssituationen (Fig. 7). Sjukhuset blev på sitt sätt självständigt och förhandlade med de olika sjukvårdsområdena om kvaliteten och kvantiteten av den vård som man skulle producera och vilken ersättning man skulle få härför. Kontakten med de centrala SLL-organen, i synnerhet den politiska ledningen, reducerades påtagligt, och det blev svårare att som en del i organisationen föra en seriös och förutsättningslös diskussion med *ägaren*. Intresset härför tycktes saknas.

I denna nya värld bestämde vi oss för att skapa, inte en skuggstyrelse för det var inte tillåtet, utan ett råd – kallat *Professionella rådet* - bestående av ledare med gedigen erfarenhet från företag och statliga organ. Sammansättningen varierade något över tiden men förutom Marcus Storch som ordförande deltog bland annat Bertil Danielsson, Sören Gyll, Gerhard Larsson, Måns Lönnroth, Kerstin Niblaeus, Erling Norrby, Stig Ramel, Kerstin Wigzell och Carl-Johan Åberg. Rådets ledamöter var verkligen engagerade i uppgiften och ställde upp på frivillig bas. Allt skedde helt öppet, och i sjukhusets verksamhetsberättelse för 1993 gav Marcus Storch en översikt över rådets överväganden.

Det professionella rådet hade naturligtvis inte befogenhet att fatta beslut men visade sig berett att på försök, inte äga, men väl fungera som styrelse och driva KS som ett självständigt bolag (detta var på den tiden när man genomförde bolagisering av några universitet i landet). En förutsättning var dock att styrelsen skulle förfoga över kapitalet (fastigheter, utrustning etcetera) för att kunna göra balansräkningar och ta ställning till investeringar. Det senare stred dock mot landstingets principer då alla fastigheter ägdes och förvaltades av SLL:s fastighetsbolag Locum vars viktigaste uppgift var att årligen gå med vinst, och ju färre uthyrda ytor desto lägre hyresintäkter. Rådet skickade i alla fall en skrivelse till HSN i vilken man erbjöd sig att driva KS som ett bolag. Inte förvånande dröjde svaret (1½ år), och i det kunde man läsa ungefär följande *Tack för brev av Då vi nu förlorat valet överförs ärendet till vår efterträdare. Med vänlig hälsning.* Sören Gyll konstaterade då kort *Jag tror att vi skall syssla med något annat.*

En annan incident i rådets historia gällde frånvarostatistik. Vi presenterade sådan statistik med viss stolthet då frånvaron hade minskat mätbart. Sören Gyll konstaterade då att *med sådana frånvarosiffror skulle Volvo gå i konkurs*. Både Volvo och KS styrdes naturligtvis av samma arbetsrättslagar, men förhandlingsutrymmet var uppenbarligen olika på de olika arbetsplatserna.

Divisionaliseringen

Omorganisation är ett tveksamt men inte ovanligt sätt för en ny ledning att starta sin verksamhet. När vi tillträdde som sjukhusledning i januari 1990 hade KS 45-50 självständiga enheter (kliniker, avdelningar med mera). Om vi som sjukhusledning skulle kommunicera med ledningen för var och en av dessa två timmar per månad så blev det inte särskilt mycket för dem medan våra möjligheter att arbeta med annat skulle begränsas avsevärt. Mot bakgrund härav och våra erfarenheter av hur sjukhuset fungerat tidigare blev tanken på en omorganisation trots allt ett första naturligt steg. Det förstärktes också ganska tidigt då vi kontaktades av ett konsultbolag som samarbetat med den tidigare sjukhusdirektören för Akademiska sjukhuset i Uppsala med liknande frågor.

Parallellt härmed skulle som nämnts Stockholmsmodellen införas vilket bland annat innebar att varje enhet skulle förhandla med ett antal sjukvårdsområdesledningar om vilken sjukvårdsproduktion (kvantitet och kvalitet) som man skulle leverera under det kommande året samt vilken ersättning man skulle få härför enligt DRG-systemet (se nedan). Detta ställde krav på decentralisering av väsentliga delar av den löpande administrationen vilket stärkte tanken på behovet av divisionalisering.

Resultatet blev att 11 divisioner inrättades med start i januari 1992 (vi hade hoppats, men lyckades initialt inte, få ner antalet till under 10) (Fig. 8). Sjukhusledningen tillsammans med divisionscheferna och cheferna för de fem administrativa avdelningarna kom att utgöra *Sjukhusrådet*. Vid valet av divisionschefer strävade vi efter att dels få en jämn könsfördelning (det blev fyra kvinnor och sju män och av dessa var fem läkare, två administratörer, två sjuksköterskor, en doktor i medicinsk vetenskap och en restaurangchef), dels förstärka ledningskulturen (de dagliga, medicinska besluten togs ju på divisions- och framför allt på klinisknivå). Varje division förfogade över en mindre stab av administratörer i huvudsak rekryterade från den tidigare centrala administrationen. Antalet beslutsnivåer (utöver landstingsnivån) blev således tre (sjukhus-, divisions- och klinikledning).

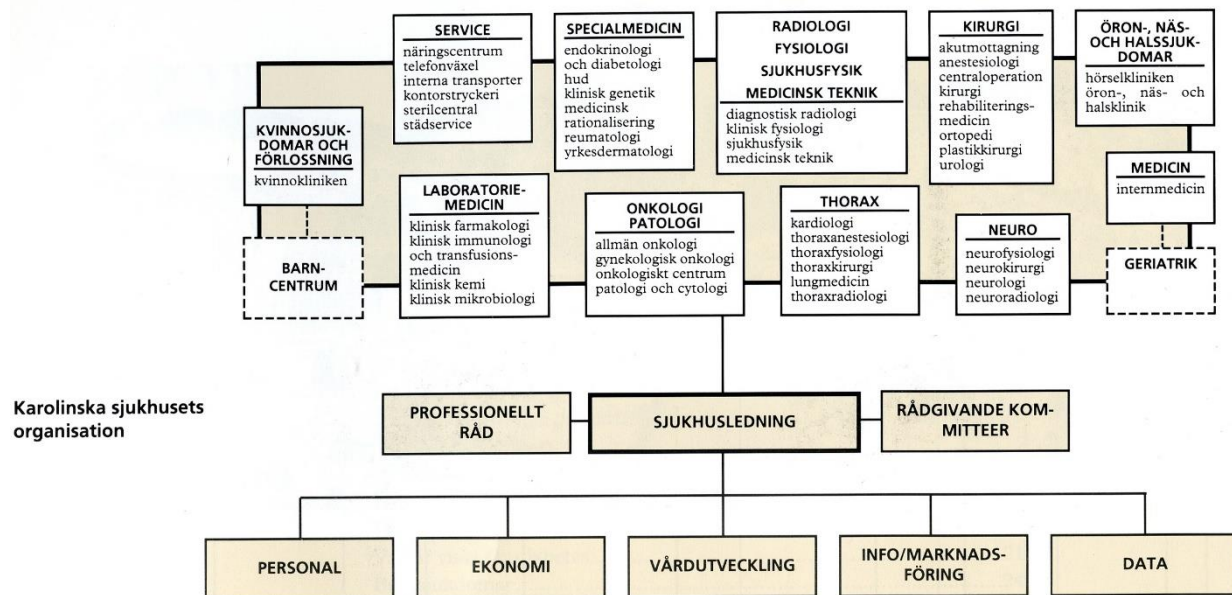


Fig. 8. KS:s strukturella organisation efter divisionaliseringen den 1 januari 1992. KS-broschyr.

Av tradition hade vissa klinikchefer vanan att ta direktkontakt med sjukhus- och ibland också landstingsledningen i avsikt att snabbt få igenom sina hjärtefrågor. Detta kunde inte längre accepteras vilket ibland skapade irritation. Men ville man tala med sjukhusdirektören om en verksamhetsfråga så måste det ske i samråd med divisionschefen. Att "runda" chefer var inte acceptabelt.

Divisionaliseringen kunde genomföras utan alltför stora komplikationer även om samarbetet inom i synnerhet en division haltade betänkligt, vilket inte talade till verksamhetsföreträdarnas fördel.

Den interna kommunikationskedjan lade vi upp på följande sätt. Sjukhusledningen möttes som nämnts varje morgon, medan sjukhusrådet sammanträdde varannan vecka (oftast tidsbegränsade

beslutssammanträden) ibland tätare (då i regel diskussionssammanträden). Dessutom arrangerades månatliga klinikchefsluncher i matsalen för information och diskussion. Ansvar för övrig information låg på divisions- och kliniknivå samt på personaltidningen *KS Nu* (omslaget till ett nummer av denna tidning visas i Fig. 20).

Divisonaliseringen överlevde som organisatorisk struktur och kom dessutom att spridas till flera andra större sjukhus i landet. Vissa modifieringar har naturligtvis skett med åren, och på senare tid har utvecklingen fått en annorlunda inriktning nämligen mot tema (se nedan).

DRG - utveckling och problem

Finansieringen av KS:s verksamhet har förändrats under årens lopp. Från början var sjukhuset ett statligt rikssjukhus med uppgift att bedriva högspecialiserad vård åt patienter från andra delar av landet och i mån av plats åt vanliga patienter från regionen. Kostnaden stod staten i huvudsak för, men man hade också samarbetsavtal med SLL. KS betydelse som rikssjukhus minskade emellertid med åren i takt med allt fler landsting fick regionsjukhus och centrallasarett så att man själva kunde svara för en stor del av den högspecialiserade vården. Resultatet innebar att KS kommunaliserades 1982. Kostanden för verksamheten i sin helhet togs nu istället över av SLL.

1992 övergick SLL som nämnts ovan till en modell med beställare och utförare - Stockholmsmodellen. Sjukhusen skulle ersättas i relation till utförd prestation istället för att förfoga över en fastställd budget. Avsikten var att ge patienten valfrihet och att pengarna skulle följa patienten. Det var inte praktiskt att beskriva kostnaden för varje utförd åtgärd varför man istället införde DRG-systemet (*Diagnosis Related Groups*). Det innebar att medicinskt likartade vårdkontakter med ungefär lika vårdbehov och därmed ungefär samma kostnad sorterades in i en och samma grupp. DRG-vikten blev därmed ett relativt mått på vård och behandlingskostnader för en genomsnittlig patient i varje DRG-grupp. Högre vikt innebär högre kostnader och därmed större ersättning. Gynnekologerna var de första att utveckla ett system betalt per prestation och baserat på DRG.

För ett sjukhus som KS innebar det nya ersättningssystemet speciella problem genom att DRG avspeglade den genomsnittliga patienten. Bedriver man högspecialiserad vård kan man förvänta sig en högre andel patienter med en svårare sjukdomsbild än den genomsnittliga och därmed högre kostnad. En annan kritik av DRG-systemet var att man endast tittade på åtgärd och inte på resultat, det vill säga vårdens kvalitet uppmärksammades inte.

Införandet av ett ersättningssystem baserat på utförda åtgärder hade en påtaglig effekt på verksamhetens omfattning. Inom ett år hade de långa köerna till slutenvård eliminerats. Problemet var bara att den ökade sjukvårdsproduktionen innebar högre kostnader än beräknat för SLL, vilket ledde till budgetunderskott. Landstinget införde då ett tak för kostnaderna genom att begränsa den beställda sjukvårdsproduktionen. För sjukhuset innebar detta att taket kunde uppnås i till exempel november varefter man inte fick någon ersättning för utförd sjukvård. Därmed försvann stimulanseffekten och DRG-systemet utvecklades till ett instrument för kostnadskontroll och resursstyrning och ett sätt att beskriva sjukhusets patientsammansättning mer överskådligt än om verksamheten skulle ha beskrivits med tusentals diagnos- och åtgärds-koder.

Andra effekter var att forskning, undervisning och utveckling låg utanför systemet och fordrade separat finansiering samt att så kallade fria nyttigheter försvann vilket medförde att kliniken fick betala hyra för till exempel lokaler och utrustning. Landstinget avsatte dock resurser för dessa kostnader som fördelades på klinikerna i relation till undervisningens omfattning och graden av vetenskaplig aktivitet (se nedan).

Hur gick det då ekonomiskt?

Alla sjukhusledningarna förefaller konfronteras med mer eller mindre omfattande besparingsdirektiv åtminstone av och till. Det gällde oss också, men som beskrivits ovan ändrades dessutom det ekonomiska styrsystemet. Under 1991 och 1992 ingick KS i NVSO och erhöll sin budget från SLL, medan det utgjorde en fristående enhet i Stockholmsmodellen under åren 1992-1994. Det är därför inte helt lätt att hitta siffror som är helt jämförbara, men vi vill ändå nämna något om hur ekonomin utvecklades, i synnerhet som det faktiskt gick ganska bra vilket framgår av följande tabell.

Ekonomiskt utfall (Mkr) för KS under åren 1990-1994

År	Intäkter	Resultat
1990	1 728 204	+16
1991	1 723 780	+7
1992	2 360 759	+19
1993	2 288 465	+37
1994	2 741 040	-78

Operation tidvård

När Stockholmsmodellen infördes 1992 ställde den, tillsammans med de sparbeting som HSN satt upp, betydande krav på större effektivitet i vårdarbetet. Hur detta skulle gå till diskuterades flitigt i olika sammanhang. Måns Lönnroth, s-politiker i NVSO:s styrelse, var mycket engagerad i vårdplaneringsfrågor och föreslog då att vi skulle kontakta en tidigare kollega till honom i Regeringskansliet, Anders Lönnberg, i ärendet vilket vi också gjorde. Han föreslog att vi skulle analysera flödet av patienter för att på så sätt se om effektiviteten kunde ökas och att vi skulle söka

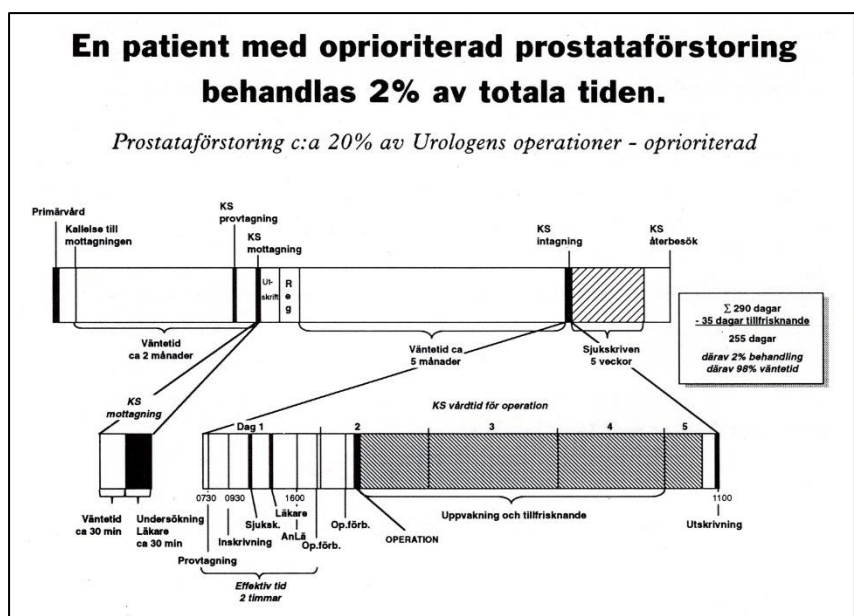


Fig. 9. Resultatet av analysen av tidförloppet för patienter med oprioriterad prostataförstoring. KS-broschyr.

anslag härför från Arbetslivsfonden för att kunna anlita Boston Consulting Group som på den tiden var ledande inom området *time based management*. Det gjorde vi, och vi fick ett anslag för detta försöksprojekt som kom att gå under namnet *Operation tidvård*.

Försöksuppläggnen var enkel. En eller flera grupper av patienter med en viss diagnos valdes ut och följdes under hela vårdepisoden. Allt som hände, och tiden härför, registrerades (Fig. 9). Parallellt härmed noterades också den berörda personalens aktiviteter (Fig.10). Analysen gick sedan ut på att bedöma vad som var tillfredsställande respektive borde förbättras i förloppet (Fig. 11). Avsikten var däremot inte att öka arbetstakten under olika vårdmoment utan att i första hand eliminera onödiga väntetider då ingenting hände med patienterna.

Aktiviteter en operationsdag med korta kirurgiska ingrepp.

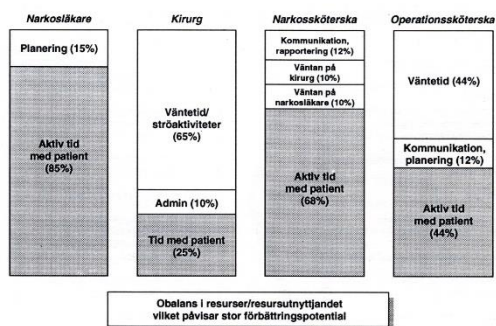


Fig. 10. Resultat av analysen av personalens aktivitet under operationsdagen. KS-broschyr.

De långa väntetiderna beror på ett flertal flaskhalsar i patientflödet.

Exempel: Prostataförstoring

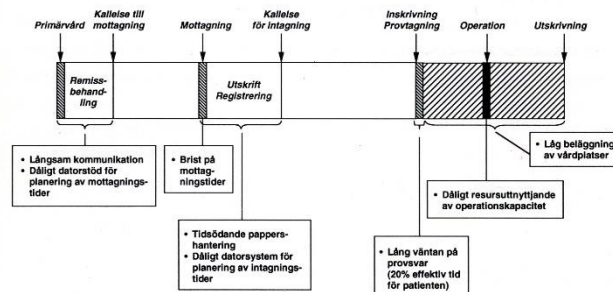


Fig. 11. Identifiering av flaskhalsar i patientflödet. KS broschyr.

Initialt startade vi med de kirurgiska och anestesilogiska klinikerna (se *Viktiga Vägval för Anestesiologin i Sverige* av Sten Lindahl). Uppslutningen varierade inte oväntat. Resultatet av analysen kunde ju uppfattas som en kritik av planeringen av den verksamhet som man var ansvarig för, medan den i själva verket återspeglade en sedan länge etablerad kultur som vi alla bidragit till inte bara på KS utan på flera sjukhus både nationellt och internationellt. Men flera ledande företrädare för dessa kliniker visade sig emellertid vara mycket engagerade i projektet och såg dess potential. Det frigjorde ju bland annat tid för forskning. Resultaten ledde också till en tydligt mätbar effektivisering, vilket till och med uppmärksammades internationellt. Studien kom nämligen att ingå som ett Case i management utbildningen vid INSEAD i Fontainebleau i Frankrike. En kort film om projektet ingick också i en filmserie rörande management som visades på flygningar över Atlanten under en period.

När resultaten av detta försöksprojekt redovisades för HSN gjorde vi dock ett fatalt misstag. Vi avslutade nämligen presentationen med att säga att KS kunde ta över alla kirurgiska ingrepp på Löwenströmska sjukhuset med endast marginella förstärkningar utan att ta i beaktande att detta inte var särskilt opportunt sett ur politisk synvinkel. Slutresultatet blev därför att man föredrog att driva varje sjukhus med suboptimal kapacitet, det vill säga mindre kostnadseffektivt. Besparingarna fick tas någon annanstans.

Inom anesthesiologin ledde resultaten dock till en innovation – *anestesimottagningar*. Tidigare hade anesthesiologerna gått till vårdavdelningarna mellan ett par operationer för att tala med och undersöka de patienter som skulle sövas nästkommande dag (på den tiden togs man som patient oftast in på sjukhuset dagen innan operationen skulle äga rum. Samtalen blev ofta korta och framkom det då något som krävde ytterligare utredning så fick man ibland skjuta på operationen. Anestesimottagningen, som invigdes den 1 oktober 1993, var unik och hade planerats utan förebilder. Den innebar att patienterna kom till sjukhuset på en förutbestämd tid under veckan före den planerade operationen för att i lugn och ro prata igenom vad anestesin och operationen skulle komma att innebära och genomgå eventuella kompletterande undersökningar så att allt skulle vara väl förberett inför operationsdagen. En del anesthesiologer var till en början tveksamma till mottagningsidén men fann senare att det var ett ganska bra system då patienternas frågor ofta visade sig vara fler och mer påträngande än vad man tidigare trott.

Försöksprojektet initierade ytterligare en förstudie, nu på *Hörselkliniken*. Från politiskt håll hade framförts klagomål på att väntetiden för hörapparat var alltför lång. Kliniken ansåg sig inte kunna arbeta fortare. Skulle mer produceras krävdes mer personal. Förstudien visade emellertid att arbetsschemat kunde läggas upp på ett sådant sätt att personalstaben räckte väl till för att utöka kapaciteten utan att man behövde arbeta fortare eller ägna mindre tid åt patienterna.

Så långt hade vi kommit i början av 1994. Tanken var då att förstudierna skulle ligga till grund för en mer omfattande studie som skulle täcka hela sjukhuset, och inte bara det utan även de delar av vårdepisoderna som ägde rum före och efter själva sjukhusvården. Därav blev dock intet på grund av att sjukhusledningen förändrades.

Försöket med lättakut

I början av 1990-talet sökte stockholmarna av tradition för det mesta sjukhusens akutmottagningar vid akuta vårdbehov trots att vårdcentraler inrättats långt tidigare och att allmänheten uppmanats att i första hand söka någon av dessa för att sedan kunna remitteras vidare till något sjukhus vid behov.

KS hade vid den tiden täta kontakter med flertalet sjukvårdsområden men kanske mest med NVSO av såväl historiska som geografiska skäl. Sjukhuset hade ju ingått som en del i NVSO fram till och med 1991. Vi kom då överens med sjukvårdsdirektören där, Kaj Möllefors, att starta ett tvåårigt försöksprojekt med start den 1 april 1994 som innebar att patientens första kontakt med vården blev en vårdcentral för akutvård (*lättakut*) placerad i sjukhusets akutmottagning.

Innan lättakuten öppnades bedömdes att 22% av alla patienter som sökte KS akutmottagning skulle ha kunnat behandlats inom primärvården. Man hoppades att om dessa patienter kunde omhändertas vid lättakuten skulle det innebära mindre kostnader för NVSO för akuta besök på KS och för sjukhuset en mindre belastning på akutmottagningen.

Lättakuten disponerade en läkarexpedition och ett undersökningsrum inne på akutmottagningen. Jourverksamheten bedrevs dygnet runt med en primärvårdsläkare med tillgång till en sjuksköterska och en sekreterare dagtid. Vid akutmottagningen fanns en undersköterska som skrev in alla patienter och sedan hänvisade dem till lättakuten eller till sjukhusspecialist.

Besöksutvecklingen vid lättakuten blev ungefär som beräknad, det vill säga omkring 17 000 besök per år. Det innebar att man tog hand om omkring en femtedel av alla besök på akutmottagningen. Samtidigt ökade tillströmningen av patienter efter att lättakuten öppnats med cirka 25%. Ökningen betingades främst av att det kom fler patienter av primärvårdskaraktär, medan andelen primärvårdspatienter som behandlades av specialistakuten var i stort sett oförändrad. Någon säker avlastning för specialistakuten kunde således inte beläggas. Den viktigaste orsaken här till var sannolikt den primära sorteringen av inkommande patienter. Med en erfaren läkare vid inskrivningen till akutmottagningen hade den säkert fungerat bättre.

Det hela startade riktigt bra men slutade i – ingenting. Projektet lades ner som planerat efter två år efter att ha utvärderats av en primärvårdsöverläkare som fann att begreppet lättakut inte var förenligt med rådande primärvårdsideologi. Att koncentrera all jourverksamhet till sjukhusen var inte förenligt med husläkartanken då denna förutsätter obligat jouransvar för den egna patienten och numera även distriktet. Ökningen av primärvårdspatienter vid KS borde alltså initialt ha kunnat tas om hand inom primärvårdens egen organisation och endast vid behov ha remitterats till specialist-sjukhusets akutmottagning. Husläkare hade god kapacitet att ta emot akuta patienter med en öppen mottagning utan tidsbeställning för akuta patienter. De fyra kvälls- och helgöppna jourmottagningarna inom NVSO tog också mot akuta patienter efter telefonkontakt. Vi vet dock inte hur belastningen på KS akutmottagning blivit om lättakuten inte inrättats.

Vad som hänt sedan dess vet vi inte, men med tanke på befolkningsökningen och den generella ökningen av patienter till primärvården vore det intressant att se hur strömmarna av akutpatienter ändrat sig därefter för att få en rättvis bedömning av grundtanken i detta försöksprojekt. Vi blev i alla fall besvikna över hur det hanterades därför att det egentligen ingick i ett större och mer långsiktigt sammanhang. Parallellt förde vi nämligen en diskussion, framförallt med kirurgiska kliniken, om att starta ett helt nytt medicinskt verksamhetsområde enligt anglosachsisk modell – akut medicin.

Stängningen av barnhjärtkirurgin

Under de fyra år som vi satt i ledningen för KS så var beslutet att stänga barnhjärtkirurgin på sjukhuset det som var allra svårast att fatta. KS hade ju historiskt sett spelat en central roll på detta område såväl nationellt som internationellt, ett område som omfattar den samlade vården av barn med medfödda hjärtfel, det vill säga utöver kirurgi även anestesiology med intensivvård, fysiologi, intensivvård, kardiologi, radiologi med mera.

Frågan om barnhjärtkirurgin aktualiserades av socialstyrelsen och drevs med kraft av dess generaldirektör Claes Örtendahl. Man ville reducera antalet centra för sådan vård i landet från fyra (Göteborg, Lund, Stockholm och Uppsala) till två. Representer för samtliga dessa centra var överens härom och att rangordningen skulle baseras på vårdkvalitet, och att de två centra som bedömdes ha lägst kvalitet skulle följaktligen läggas ned. Granskningen skulle utföras av oberoende sakkunniga.

Under åren närmast innan granskningen hade thoraxkliniken på KS drabbats av en intern konflikt, Semb-konflikten. Allvarlig kritik hade riktats mot professorn i thoraxkirurgi, tillika klinikchefen, Bjarne Semb rörande hans sett att leda verksamheten och ta hand om patienter och personal. Alla personalkategorier var genomgående mycket upprörda och stämningen i thoraxhuset var minst sagt

känslomässigt laddad. Alternativen var att göra något drastiskt eller att helt sonika stänga verksamheten. Ett resultat av konflikten var att viktigt utvecklingsarbete fick stå tillbaka under avsevärd tid. Nya metoder för såväl operationer som narkos befann sig då under snabb utveckling internationellt, men konflikten medförde att deras införande på KS försenades. När kvalitetsgranskningen sedan genomfördes visade det sig att vårdkvaliteten vid KS och Uppsala var klart lägre än i Göteborg och Lund.

Socialstyrelsens intentioner var tydliga, och då det var omöjligt för oss på KS att försvara lägre vårdkvalitet kontaktade vi landstingsrådet Birgitta Rydberg och meddelade att det inte gick att rädda barnhjärtkirurgin på KS med den tid som stod till buds.

Konsekvenserna av beslutet var många, långvariga och obehagliga. Men Anita Aperia, som då var klinikchef på KS:s barnklinik kontaktade oss för att få ta del av beslutsunderlaget. Efter att ha gjort det deklarerade hon att vi enligt hennes mening inte kunde ha handlat annorlunda. Det betydde mycket då.

Efterspelet till den här historien är också intressant. Vi kunde förstå Socialstyrelsens strävan att centralisera vissa former av högspecialiserad vård. Men vi kunde inte förstå varför man tillät Uppsala, som vägrade att lägga ner sin barnhjärtkirurgi, att fortsätta denna verksamhet under många år. Och varför tog man aldrig itu med att centralisera andra verksamheter där det fanns lika stora skäl. Man kan bara spekulera om det enbart var KS eller något annat som man var ute efter?

Idag finns det bara två barnhjärtkirurgiska centra i landet, och den centralisering som gjordes i början av 1990-talet har medfört att Sverige är ett av de länder i världen med högst vårdkvalitet på detta område. Kanske är det dags att på allvar börja diskutera centralisering över landsgränser för vad är viktigast - prestige eller vårdkvalitet.

Astrid Lindgrens Barnsjukhus och försöket med matrisorganisation

Barnsjukvårdens lokalisering i Stockholm har förändrats ett antal gånger under 1900-talet. Så flyttades till exempel Kronprinsessan Lovisas Barnsjukhus (KLB, 1854-1970) till S:t Görans sjukhus 1960. I samband därmed fanns säkert tankar på att det sjukhuset skulle kompletteras med en kvinneklinik, men så blev inte fallet. När KS tillkom 1940 och fick en egen barnklinik skild från KLB splittrades därför barnsjukvården. Neonatalvården lades då av naturliga skäl på KS där det redan fanns en förlossningsavdelning. Barncancervården flyttades också till KS på grund av behovet av samarbete med Radiumhemmet. 1980 slogs den barnendokrinologiska enheten på KS och S:t Görans samman varvid barndiabetesvården kom att ligga kvar på S:t Görans sjukhus medan övrig barnendokrinologisk verksamhet inrymdes på KS. Barnkirurgin koncentrerades däremot till S:t Görans sjukhus 1982.

På 1990-talet växte sig önskemålet om en samlad barnsjukvård allt starkare, och efter ett omfattande utredningsarbete, som startade under vår period i KS:s ledning på initiativ av bland annat Anita Aperia som 1986 efterträdde Rolf Zetterström som klinikchef för barnsjukhusvården, beslöt SLL att bygga en ny barnklinik på KS. Den 1 januari 1994 fördes S:t Görans barnkliniker över till det nya barnsjukhuset på KS som sedan utvecklades till Astrid Lindgrens Barnsjukhus (ALB). Samtidigt ville man då testa en ny vårdfilosofi, matris- istället för linjeorganisation (se nedan).

Tillkomsten av ALB var inte okomplicerad. Så reducerades till exempel budgeten för sjukhuset avsevärt under resans gång bland annat på grund av att man inte fick tillgodoräkna sig vinsten vid försäljningen av byggnaderna på S:t Görans sjukhus. De tillföll istället SLL:s fastighetsbolag Locum. Även den beräknade sjukvårdsproduktionen, och därmed också sjukhusets intäkter, var orealistisk. S:t Görans barnklinik hade till exempel cirka 70 000 akutbesök per år medan akutmottagningen på ALB planerades för 25-30 000 besök. Tanken var att barn med sjukdomar som inte krävde specialistsjukhusets resurser skulle tas om hand inom den utbyggda öppenvården. Så blev emellertid inte fallet vilket ledde till att det uppstod stora problem vad gällde att ta hand om tillströmningen av sjuka barn. Lösningen blev två baracker för att hysa en närakut.

Trots alla problem kunde ALB ändå starta sin verksamhet 1998. En viktig roll för det nya sjukhuset spelade Stiftelsen Astrid Lindgrens barnsjukhus som skapade en barnvänlig miljö på sjukhuset bland annat genom bidrag till skola och bibliotek.

En bidragande orsak till tillkomsten av ALB var planerna på att vården skulle centreras runt patienten i form av en matris- istället för linjeorganisation. Man tänkte sig 12 olika program vart och ett under ledning av en divisionschef med ansvar för hela vårdkedjan. Varje steg i vårdkedjan stod i sin tur under ledning av en specialistansvarig. Vissa program som till exempel neonatologi, onkologi och endokrinologi innebar säkert inte så stora problem eftersom organisationen inte innebar så stora skillnader mot den tidigare. Istället var det kirurgerna som hade störst problem på grund av att de fördelades på många program vilket ledde till en splittrad organisation för dem. När man sedan slog ihop barnklinikerna på KS och Huddinge sjukhus 2004 återinfördes linjeorganisationen.

Även inom andra delar av verksamheten på KS hade man en önskan om ökad samverkan runt patienten. Istället för att patienten skulle remitteras till olika kliniker under vårdens gång skulle olika experter samlokaliseras. I några fall innebar det inga större problem. Tidigare hade till exempel ett par som sökte för infertilitet utretts och behandlats på Kvinnokliniken (kvinnan) respektive på Urologiska kliniken (mannen). Nu samlades istället gynekologer, urologer och endokrinologer på Fertilitetskliniken där utredningen kunde samordnas. Hematologens önskemål att onkologer skulle placeras där för att man skulle kunna få en bättre samverkan när det gällde vården av barn med maligna blodsjukdomar visade sig däremot vara svårare att lösa. Lika svårt var det att samla kirurger och medicinare på den Gastroenterologiska enheten. Allmänt sett var motståndet mot en matrisorganisation störst bland kirurgerna som upplevde att deras specialitet skulle splittras på ett oacceptabelt sätt och att undervisning, forskning och vidareutbildning skulle påverkas negativt i avsaknad av samverkan mellan olika kirurgspecialiteter.

Mot bakgrund av de försök rörande matrisorganisationer som gjorts på KS under årens lopp skall det bli intressant att se hur utfallet blir av den temavård som nu införs vid Nya KS.

Patienthotell på KS – ett luftslott

I början av 1990-talet hade det startats patienthotell vid några sjukhus i landet. Skälen härför var nog flera som till exempel att skapa friare och billigare vårdformer samt att kunna erbjuda vård till utländska patienter. Men om något sjukhus skulle vara betjänt av att ha tillgång till ett sådant så borde det enligt vår mening vara KS som fortfarande tog emot patienter från i stort sett hela landet. Dessutom ökade antalet utomlandspatienter kontinuerligt efter tillkomsten av *Stockholm Care* som

drevs av SLL. Ett periodvis lågt utnyttjande av hotellets kapacitet kunde ju också kompenseras genom att erbjuda prisvärda och närbelägna övernattningsmöjligheter för deltagare i konferenser av olika slag arrangerade av i första hand KS och KI.

Så 1991 startade vi att planera för ett patienthotell på KS i samarbete med White arkitekter som vid den tiden var mycket väl förtrogna med sjukhusets alla byggnader och byggnadsplanering (Fig. 12) (inom parentes kan nämnas att vi redan då började utveckla planer på omfattande underhåll och modernisering av hela sjukhuset vilket är intressant mot bakgrund av den uppståndelse som byggandet av Nya Karolinska Sjukhuset har medfört under senare år). Hotellet skulle ligga på sjukhusområdet för att garantera gästerna trygghet genom närhet till all form av akutvård dygnet runt, och personalen skulle i flertalet fall vara sjukvårdsutbildad. Vidare skulle hotellet ha en egen restaurang, och hotellgästerna skulle ej vara inskrivna på sjukhuset. Valet av byggnad visade sig vara ganska enkelt. Administrationsbyggnaden vid sjukhusentrén bedömdes idealisk för ändamålet. Den var lagom stor, hade många rum av passande storlek, och de administrativa funktionerna kunde beredas plats i andra byggnader eftersom den divisionsindelning av verksamheten som sjukhuset genomförde innebar en decentralisering av löpande administration (se nedan). Dessutom var ju kommunala kommunikationsmedel och taxi tillgängliga omedelbart utanför dörren.

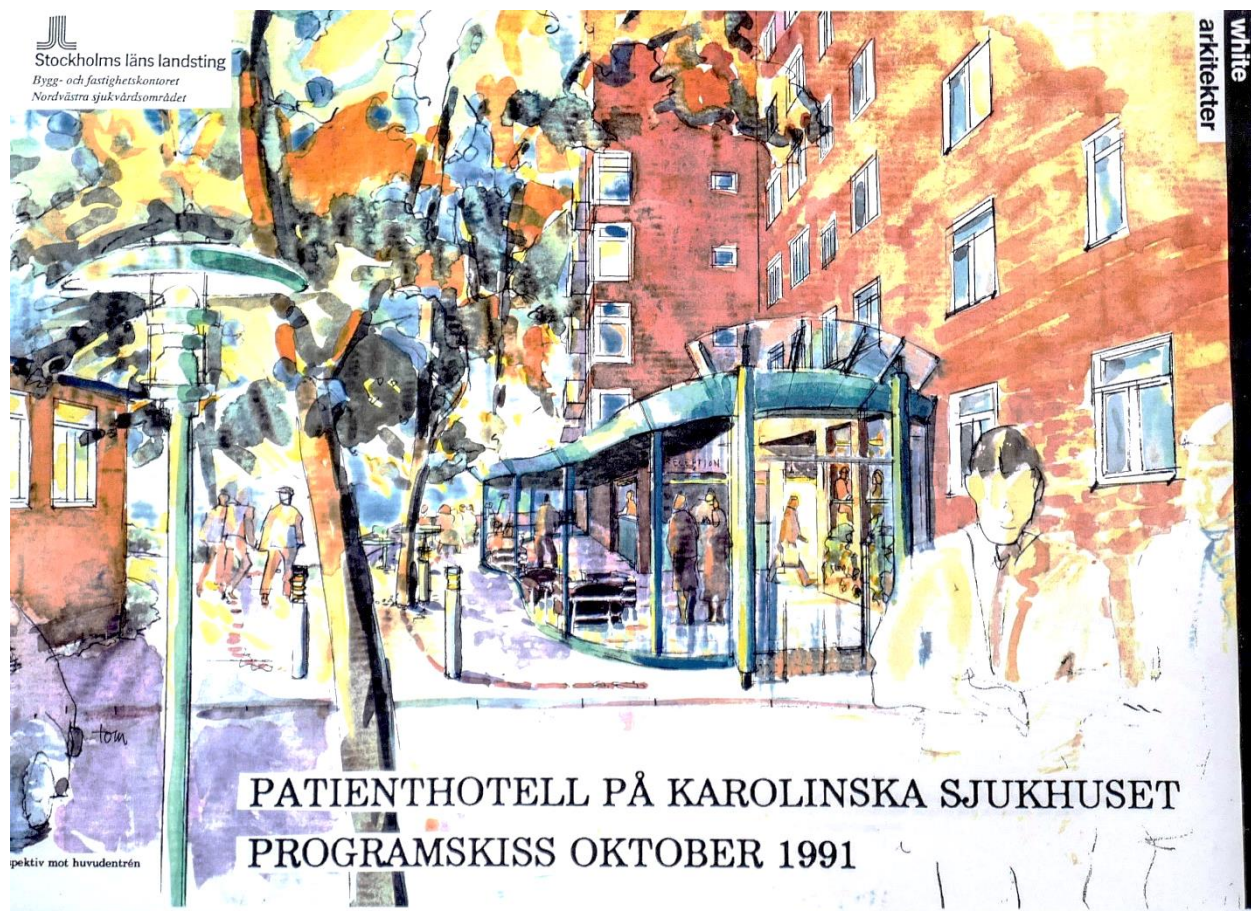


Fig. 12. Omslaget till programskiss över ett patienthotell förlagt till KS:s tidigare administrationsbyggnad utfört av White arkitekter AB i oktober 1991.

Vi hade tänkt oss att hotellet skulle kunna ta emot cirka 160 gäster vilket passade väl med landstingets planer vid den tiden. Finanslandstingsrådet Ralph Lédel (moderat) hade nämligen gått ut med budskapet att vårdplatsantalet skulle reduceras och i samband med det delat ut guldliknande slipsnålar med följande bokstavsbild *KIMP-KML* som skulle utläsas *kom inte med problem - kom*



Fig. 13. Slipshållare (längd 50 mm) ad modum Ralph Lédel (oanvänd).

med lösningar (Fig. 13). Vårdplatsreduktionen stämde med våra tankar. Ett universitetssjukhus som KS borde vid den tiden enligt vår bedömning ha cirka 800 vårdplatser för att kunna styras effektivt med

tanke på vårdkvalitet, ekonomi och personalvård. Mot den bakgrunden erbjöd vi oss att reducera vårdplatsantalet med lika många sängar som hotellet kunde erbjuda. Ur ekonomisk synvinkel var detta en bra affär då dygnskostnaden för ett hotellrum beräknades vara cirka hälften av baskostnaden (det vill säga kostnaden innan man vidtar några speciella åtgärder på patienten) för en vårdplats på sjukhuset.

Hur gick det då? Det gick inte alls! JL presenterade förslaget för NVSO:s styrelse. Mottagandet var faktiskt mycket positivt under sammanträdet, men ett ställningstagande kom först en tid senare och innebar att förslaget inte kunde tillstyrkas då det skulle kunna tolkas som om landstinget favoriserade KS. Nämnas bör att Danderyds sjukhus tilläts inrätta ett patienthotell något år senare.

Det är händelser som denna som gör att man som ledning för ett universitetssjukhus nödgas ta ställning till om man vill ha en roll som ansvarig exekutiv ledare eller kan acceptera att tjänstgöra som platsombud.

Glädjeämnen

Personalen på ett sjukhus omfattar en lång rad olika specialister på olika nivåer. Alla är viktiga, och vårdens kvalitet beror på hur de kan samarbeta. Kontinuitet och erfarenhet blir då essentiella, varför hög frånvaro och hög personalomsättning snabbt får negativ inverkan på vårdverksamhetens kvalitet och effektivitet och därmed på patienternas välbefinnande. Cheferna måste känna sin personal och personalen sina chefer, och chefer och personal måste kunna kommunicera med varandra. Vi hade därför som rutin att försöka synas i verksamheten så mycket som möjligt, och cirka varannan vecka gick vi systematiskt runt hela sjukhuset och besökte varje enskild enhet, inte för att lägga oss i vårdarbetet utan för att känna av stämningen och visa att vi i ledningen tyckte att det arbete som gjordes var betydelsefullt. Idag

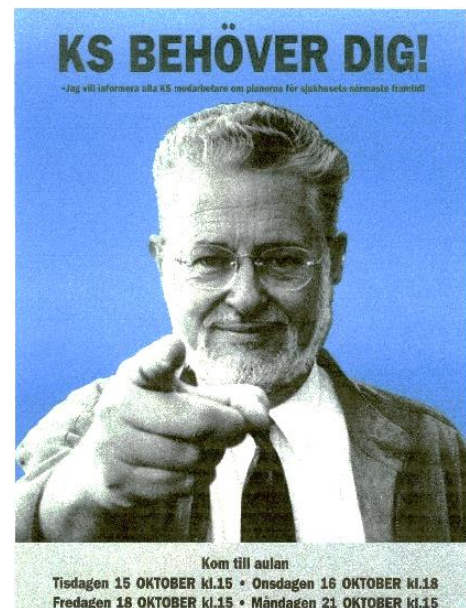


Fig. 14. KS-affisch från 1991.

verkar detta trivialt, men så var det inte i början på 1990-talet.

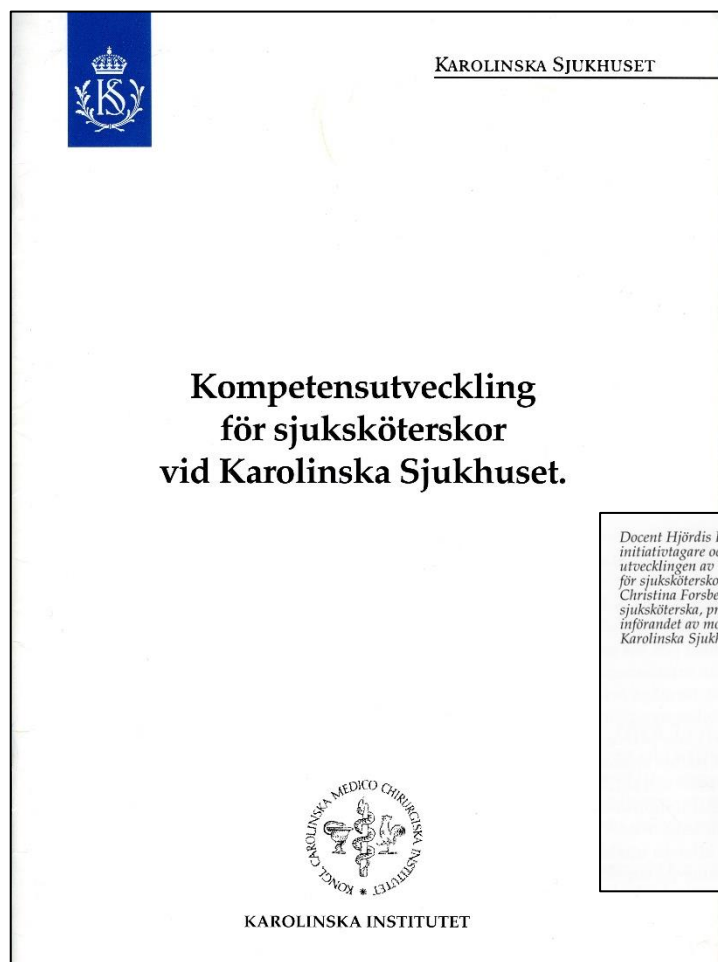
En gång gjorde vi till och med en affisch för att tala om att alla behövdes (Fig. 14). Lite gammaldags och krystat kanske då idén var tagen från England vid början av första världskriget. Men den syntes.

I övrigt bedrevs det personalvårdande arbetet i mångt och mycket av personalen själv (till exempel i form av Idrottsföreningen, Karolinska Konstföreningen och sångkören Tonsillerna) samt på personalavdelningen och divisions- och kliniknivå med några undantag som vi gärna vill ta upp här.

Kompetensutveckling för sjuksköterskor. Först en kort bakgrund. Staten gav universiteten medel som skulle överföras till respektive landsting för att täcka dess merkostnader för forskning och utbildning, de så kallade LUA-medlen. Inledningsvis fördes dessa medel över direkt till landstingen där de osynliggjordes genom att inkorporeras i den samlade budgeten. I Stockholm beslutade emellertid landstinget att identifiera dessa medel och i egenskap av *kunskapsorganisation* fördubbla summan och därefter återfördela den (om vi minns rätt cirka 700 miljoner kronor på den tiden, vilket var ungefär dubbelt mycket som Medicinska forskningsrådet förfogade över på den tiden) på kliniker/enheter men nu enligt en modell baserad på aktivitet. Genom att det totala beloppet var så stort öppnades möjligheten att göra riktade satsningar av en typ som inte kunnat göras tidigare.

På så sätt skapades bland annat *Centrum för vårdvetenskap Nord* på KI/KS 1988.

Ett förslag till kompetensutveckling för sjuksköterskor vid KS (Fig. 15) utarbetades av Hjördis Björvell och började implementeras på sjukhuset 1994 av Christina Forsberg med vårt fulla stöd. Efter några år mattades dock intresset för denna kompetensutveckling av på grund av att nödvändiga organisatoriska reformer inte infördes i tid. Idag är frågan om tillgången på sjuksköterskor,



Docent Hjördis Björvell, th.,
initialfötagare och motor i
utvecklingen av "karriärstegen"
för sjuksköterskor.
Christina Forsberg, tv., leg.
sjuksköterska, projektledare för
infrändet av modellen vid
Karolinska Sjukhuset.



särskilt med specialistutbildning, hög-aktuell. Det är därför beklagligt att den utveckling som startade i slutet av 1980-

Fig. 15. Förslag till kompetensutveckling för sjuksköterskor vid KS utarbetat av Hjördis Björvell och Christina Forsberg. KS-broschyr.

talet och början av 1990-talet aldrig fick tillräckligt stöd för att växa sig stark.

Patientombudsman. I samband med att man började planera för att samla barnsjukhusvården till KS (se ovan) gjordes studiebesök vid bland annat ett av världens ledande barnsjukhus, Hospital for Sick Children i Toronto, Canada. Efter hemkomsten sökte Anita Aperia upp oss och berättade om en funktion som man där infört med stor framgång – patientombudsman.

I Stockholm fanns på den tiden en *Patientnämnd*, en fristående enhet, dit man kunde vända sig med synpunkter och klagomål på vården, men mot bakgrund av Anita Aerias erfarenhet tyckte vi att det skulle vara intressant att på försök inrätta en *Patientombudsman* som komplement till patientnämnden.

Vår förhoppning var att patienter eller anhöriga skulle i första hand vända sig till oss om de var missnöjda med vården så att vi fick möjlighet att närmare reda ut orsaken och omedelbart rätta till det som gått fel. En viktig aspekt var att patientombudsmannen, som hade sjuksköterskeutbildning, kunde vända sig direkt till den enhet som kritiserats och berätta hur patienten upplevt vården samt diskutera vad man kunde göra för att undvika ett upprepande. Patientombudsmannen hade nära kontakt med chefläkaren som också träffade patienter och anhöriga ibland för att kunna vidtaga åtgärder för att förbättra för patienten.

Chefläkaren var precis som idag ansvarig för att rapportera allvarliga fel i vården till Socialstyrelsen. Om patientombudsmannen fick kännedom om möjliga Lex Maria ärenden kunde vi då kontakta kliniken för en närmare redogörelse av händelseförloppet och bestämma om felet var så allvarligt att en sådan anmälan borde ske.

Enligt vår erfarenhet uppskattades patientombudsmannens funktion positivt av både av sjukvården och patienterna. Den finns kvar än idag även om den har bytt namn till *Patientvägledare* mot bakgrund av att det exporterade svenska ordet ombudsmans specifika innebörd.

Karolinadagen. Det andra undantaget går egentligen tillbaka till början av 1940-talet. På kvällen, troligen sista april, brukade man nämligen spela upp en scen på gatan mellan hudkliniken och garaget – Majgreven skulle nedkämpa Kung Bore. Det hela lär ha följts av en brasa på *Oljeberget* som var beläget mellan läkarbostäderna och den ursprungliga patologibyggnaden och som nu är bortsprängt.

Idén att arrangera en för all personal gemensam vårfest skall ses mot den bakgrunden. Att den kom att kallas Karolinadagen och äga rum den

Vinnare av Karolinapriset

För tredje året delades sjukhusets åtråvärda Karolinapris ut. Det är ett sätt att försöka uppmuntra olika verksamheter på KS, insatser som skall relateras till KS som undervisningsjukhus. Priset, en penningssumma, kan delas ut till både enskilda och grupper och skall användas för forskning som kommer sjukhuset till gagn. Nytt för i år var Bästas ledarinsats inom division eller fackavdelning. För bästa insatser 1994 belönades följande.



Arbetsmiljö
Medicine doktor **Karin Wrangsjö**, yrkesdermatologiska kliniken.
Karin Wrangsjö har forskat kring orsaker, diagnostik och prevention till latexallergi, som främst drabbar vårdpersonal som använder latexhandskar för att skydda sig mot blodsmitta, hepatit och HIV.



Forskning
Medicine doktor **Annika Lindblom**, avdelningen för klinisk genetik.
Hon visar att defekter i DNA-reparationen kan orsaka ärftlig coloncancer sk HNPCC. Det är nu möjligt att fastställa om nära anhöriga till patienter med coloncancer har genetiska förändringar som gör dem mottagliga för sjukdomen. Resultatet är ett genombrott för förståelsen av cancer och berör en stor grupp patienter.



Utbildning
Sjuksköterskan **Britt Lindblom** och barnsjuksköterskan **Anne-Marie Nylander**, avd 84 Barnmedicinska kliniken.



ledarskap genom att hävda sin egen person, men skapar förutsättningar för att andra kan ges utrymme att genomföra idéer och innovationer. Målen finns ändå utstakade och ramarna är tydliga.

Christina Nopp har som chefsjuksköterska för sjuksköterskavdelningen på neurodivisionen byggt upp en ny typ av verksamhet. I den utvecklingen har kompetenshöjning och personalutveckling varit en viktig del. Christina Nopp har en förmåga att tillvarata resurser, både materiella och personella, på bästa sätt. Hon är en god ledare och förmår entusiasmera sin personal även i motgångar. Hon har utvecklat ett gott samarbete med andra chefer och enheter vilket är extra viktigt med tanken på avdelningens verksamhet.



Värdutveckling
Arbetsgruppen för Baby Friendly Hospital, kvinnokliniken.
Under 1993 utsågs KS till Baby Friendly Hospital. Utvärderingen kan ses som ett bevis på att det är möjligt att bedriva god omvårdnad, inriktad på patienternas, i detta fall mammans och barnets, behov, även på ett stort universitetssjukhus.

Fig. 16. Presentation av vinnarna av Karolinaprisen 1994 i KS Nu 2, 94.

20 maj då Karolina har namnsdag var förstås ganska naturligt. Lunch serverades och ett antal priser delades ut. Den första Karolinadagen firades 1991. Vad gäller priserna så utdelades dessa i regel för bästa forskningsinsats, bästa vårdutvecklingsinsats, bästa arbetsmiljöinsats, bästa utbildningsinsats och bästa ledarinsats under det gångna året (Fig. 16). Det är med glädje vi kan konstatera att det som startades då fortfarande lever kvar som en tradition.

Ingen har hittills fångat Karolinadagen på ett mer stämningsfullt sätt än Peter de Ru (Fig. 17).



Fig. 17. Foto av sjukhusparken under Karolinadagen i Karolinska sjukhuset. Bilder. Fotografier av Peter de Ru, redaktör Tanja Blanck (1993).

CCK och CMM. I det nyöppnade KS var forskningslokalerna få. De kliniska laboratorierna hade naturligtvis vissa sådana lokaler men för övrigt bestod de enbart av något enstaka rum beläget i anslutning till professorns kontor. Det var klinisk, icke laborativ forskning som stod i fokus på den tiden. Ett trenderbrott skedde dock 1948 då Gustaf V:s Forskningsinstitut med Nanna Svartz som ledare invigdes. Plötsligt fanns det en helt ny byggnad för klinisk laborativ forskning.

Nästa stora steg i utvecklingen vad gäller forskningslokaler kom långt senare i och med beslutet under vår ledningsperiod (1994) att uppföra två nya forskningsbyggnader som togs i bruk efter en byggtid på cirka fyra år (se dels *Cancercentrum Karolinska, CCK och Centrum för Molekylär Medicin, CMM* av Karl Alexanderson, dels *Några minnesvärda skulpturer i serien KAROLINSKA SJUKHUSETS MÅNGFACETERADE KONSTSKATT* av Håkan Eriksson och Jan Lindsten) (Fig. 18).

CMM sänder brev till framtiden



"En snöglöppig novemberdag har omvandlats till en virtuell solig sommardag". Professor Håkan Eriksson uttryckte i sitt högtidstal av det första spadtaget till Centrum för Molekylär Medicin (CMM) den glädje och tillfredsställelse alla närvarande kände vid detta celebra tillfälle, tidigare och nuvarande ledamöter för CMM, ledamöter i FoU-kommittén och andra framstående forskare från KS och KI.

Fig. 18. Från invigningen av CMM (KS Nu 4, 95).

Rökfritt KS. Den 1 september 1992 beslutade KS som första sjukhus i Stockholms län att arbetsmiljön skulle vara rökfri. Ett långt förarbete hade då utförts av den cancerpreventiva enheten under ledning av Lars-Erik Holm. Insatsen belönades senare av WHO med motiveringen *för informationsmaterialet och genomförandet av rökfrihet på sjukhuset*. Genomförandet var initialt inte helt utan problem, men tiden och idogt fortsatt arbete har gjort att rökfrihet nu snarast upplevs som en mänsklig rättighet.

Invigningar. På ett stort och dynamiskt universitetssjukhus händer det naturligtvis mycket av olika slag och olika dignitet hela tiden. Vi skulle här vilja passa på tillfället att kort nämna några av de invigningar av viktiga verksamheter som ägde rum under åren 1990-1994.

Den 26 november 1993 invigdes en ny *helikopterlandningsplats* med möjlighet till direkttransport till den nyrestaurerade kirurgiska operationsavdelningen och anestesikliniken Fig. 19).

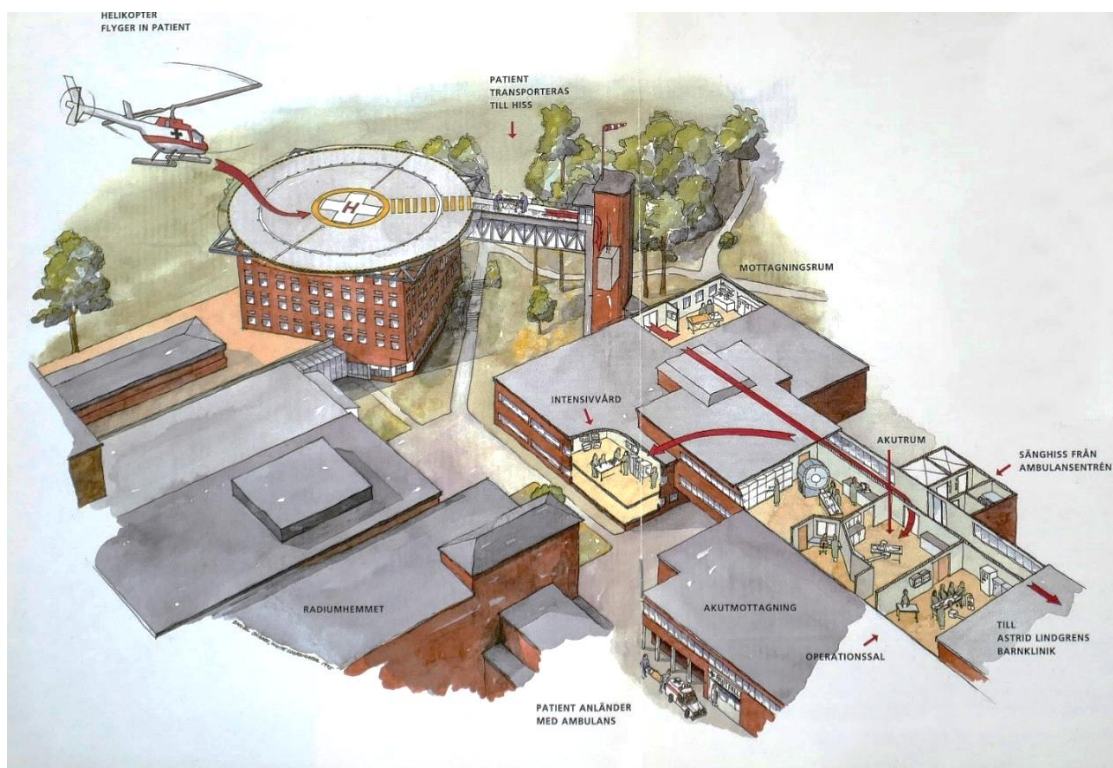


Fig. 19. Teckning som visar den helikopterlandningsplats som invigdes 1993. KS-broschyr.

Med tanke på KS:s roll som specialist- och traumasjukhus var detta en viktig händelse. KS var då det enda sjukhus i landstingsområdet med resurser för neuro- och thoraxkirurgi. Bilden av KS som traumasjukhus apostroferades tidigare av arbetet med att försöka utveckla ämnesområdet *akutmedicin* och invigningen av en helt ny och specialkonstruerad *traumaambulans*.

Mot bakgrund av de pionjärinsatser som gjorts under drygt ett decennium av Torgny Greitz vad gäller digital bildanalys samarbetade flera kliniker under 1993 för att bygga upp ett *Centrum för bildvetenskap*. En viktig del häri bestod i att förstärka sjukhusets MR-resurser för såväl sjukvård som forskning. Detta tog sig i uttryck i att det dels installerades en MR-kamera på centrala röntgen (Fig. 20), dels etablerades ett MR-centrum i en ny byggnad i anslutning till thoraxbyggnaden (in- vigd 1994) (Fig. 21). Så småningom visade det sig svårt att finna en bärande finansiering av verksamheten vid detta centrum varför det avvecklades. Byggnaden revs sedan 2009 varvid MR-utrustningen omfördelades till andra enheter på KS eller såldes.

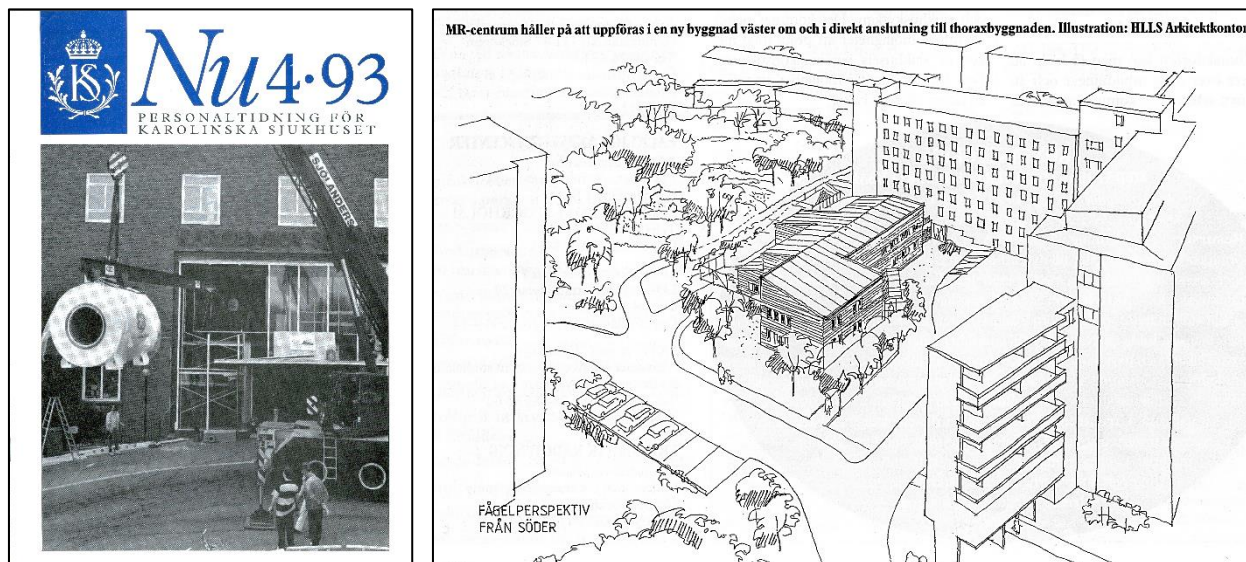


Fig. 20. Den första magnetkameran levereras till centrala röntgenavdelningen via kafferummet illustrerat på omslaget till KS Nu 4, 93. Foto Veijo Mehtonen. **Fig. 21.** Skiss över det planerade MR-centret vid thoraxbyggnaden av HLLS Arkitektkontor (KS Nu 4, 9).

Idéer som fastnade på idéstadiet

Matrisorganisation. Som en efterdyning till flödesanalyserna och införandet av anestesimottagningar började vi 1993 och 1994 diskutera möjligheterna att på försök införa matrisorganisation vid vissa typer av sjukdomsgrupper. Processen initierades av chefen för neurodivisionen Hans von Holst. Tanken var alltså att indela verksamheten på neuroområdet efter patienterna och deras sjukdomar, hjärnblödningar, missbildningar, trauma, tumörer och så vidare, och inte efter existerande medicinska discipliner (neurofysiologi, neurokirurgi, neurologi och neuroradiologi). Patienterna skulle då skötas av ett team av specialister genom de olika stadierna i vårdkedjan. På försök testade man inledningsvis med framgång att skapa en gemensam vårdavdelning för neurokirurgi och neurologi.

Liknande tankegångar kom senare att diskuteras för hjärt-lung- (thoraxverksamheten) och mag-tarmsjukdomar (gastroenterologiska verksamheten) samt Astrid Lindgrens Barnsjukhus som då var i vardande (se ovan). När JL sedan avgick som sjukhusdirektör i mitten av 1994 fanns en färdig

försöksplan för neurodivisionen, men den kom aldrig att implementeras. Idag 20 år senare provas denna organisationsform på flera sjukhus, bland annat NKS.

Alla organisationsformer har sina för- och nackdelar. Matrismodellens fördel är att den är anpassad till patientens behov oberoende av vilka åtgärder som är aktuella och vem som utför dem. Nackdelen är att det kan vara svårt att hålla samman och utveckla kompetensen inom varje enskild medicinsk disciplin. Så frågan är vilket som är viktigast på kort respektive lång sikt.

Tidbank. Hela idén med Stockholmsmodellen var ju att stimulera till ökad effektivitet i vården med bibehållen kvalitet, det vill säga att utnyttja såväl de fasta som rörliga vårdresurserna optimalt. Under perioder med hög arbetsbelastning skulle man då kunna arbeta övertid som då sattes in på en så kallad *tidbank*. Tiden skulle sedan kunna tas ut med ränta vid senare för såväl individen som verksamheten passande tillfällen. Informella sonderingar gav dock vid handen att ett sådant försöksprojekt inte skulle kunna genomföras.

Bonussystem. Stockholmsmodellen innebar, i alla fall initialt, också så kallad målstyrning. Varje enhet skulle arbeta efter en årlig plan i vilken vårdproduktionen preciserades och hur stora intäkter detta skulle generera via DRG-systemet (se ovan). Producerade man mer än planerat så ökade också intäkterna. Och det var just vad som hände. Som nämnts tidigare försvann vårdköerna ganska snabbt. Uttryckt på annat sätt kan man säga att det fanns en överkapacitet på produktionssidan i landstingsområdet. Denna var svår att hantera politiskt eftersom den innebar att produktionsapparatens måste vara flexibel, ja till och med aktualisera frågan om nedläggning av hela eller delar av sjukhus. Alternativet att låta varje producerande enhet gå för full maskin var inte gångbart politiskt, och det blev också det alternativ som valdes genom att modifiera ersättningarna i DRG-systemet.

Vår tanke var från början att stimulera till ökad aktivitet genom att införa ett *bonussystem*. Producerade en enhet X% mer än vad som angivits i planen så skulle alla dess medarbetare få bonus. Samtidigt blev konsekvensen att ribban måste höjas nästkommande år – det fanns ju ett utrymme härför.

Inte heller detta förslag kunde genomföras. Istället ändrades som nämnts förutsättningarna för DRG-systemet.

Målkollision

I samband med att Stockholmsmodellen infördes började man som nämnts tidigare tillämpa *målstyrning*. För KS:s del var detta inte särskilt revolutionerande. Klinikerna hade alltid bedrivit utvecklingsarbete. Skillnaden var att nu skulle idéer och planer formuleras skriftligt och följas upp varje år.

Avsikten med detta avsnitt är inte att beskriva det målstyrningsarbete som bedrevs på sjukhuset utan att berätta om konsekvenserna som uppstod då mål på olika nivåer i landstingets organisation kolliderade.

Målstyrningen infördes 1993 och *Avdelningen för klinisk kemi* på KS valde då att endast ha ett, men tydligt definierat mål – man ville som första laboratorium bli ISO-ackrediterat. Under hela

året arbetade personalen, vars medelålder vid det tillfället var ganska låg, intensivt med att gå igenom samtliga analysmetoder och uppdatera alla metodbeskrivningar. Det lyckades, och till allas glädje blev avdelningen ackrediterad.

Historien kunde varit slut där, men det är den inte för parallellt med det påbörjade målstyrningsarbetet planerade SLL centralt ett rationaliseringsarbete. Flera laboratorier på Sabbatsbergs sjukhus, bland annat dess kemiska laboratorium, skulle läggas ner varvid personalen, som utgjordes av gamla trotjänare, skulle omplaceras till andra sjukhus i regionen i enlighet med principen *sist in först ut*. För KS:s del blev resultatet att en betydande del av den personal som genomfört ackrediteringsarbetet fick avskedas till förmån för dem som skulle omplaceras. Förändringarna var i verkligheten mer omfattande, och det tog flera år innan man kom till rätta med konsekvenserna av dem, och viljan att arbeta med målstyrning stimulerades inte.

Mordet på Mia Thomér

Anna-Maria (Mia) Thomér var KS:s mycket uppskattade kostchef sedan 1972. Kostverksamheten var synnerligen välorganiserad. Alla visste vem Mia var och vad hon betydde. Vissa delar av kostsektionens arbetsstyrka var inte sällan korttidsanställd. I diskavdelningen rörde det sig ibland endast om ett fåtal dagar. För att snabbt och enkelt kunna betala för dessa insatser hade Mia ett litet kassaskåp med kontanter på sitt kontor trots att hon hade varnats härför. På kvällen den 4 februari 1993 blev hon knivmördad i sitt arbetsrum 61 år gammal. Motivet var inledningsvis oklart, men genom ett effektivt polisarbete klarades allt upp inom loppet av ett par dagar. Kontantkassan var målet, och Mias intensiva försök att skydda den kostade henne livet. Personalens uppslutning under sorgeprocessen blev en värdig manifestation.

Den 19 november 1993 hölls ett symposium med titeln *Mat för äldre med vårdbehov* till minnet av Mia Thomér. Dessutom har man bildat *Stiftelsen Anna-Maria Thomérs minnesfond för forskning och utveckling i kost- och näringsfrågor* som administreras av SLL.

Avslutning och vad hände sedan?

Att leda ett stort universitetssjukhus som KS är komplicerat bland annat beroende på att den politiska ledningen ofta växlar vilket kan leda till att förutsättningarna för att bedriva vården ändras.

Som framgått kom flera av våra idéer att realiseras, men långt ifrån alla. Bortsett härifrån och att förutsättningarna för att leda sjukhuset helt naturligt ändras kontinuerlig kan vi konstatera att fyra år i KS:s sjukhusledning är en alltför kort period för att kunna åstadkomma genomgripande förändringar i sjukvårdens organisation och utveckling.

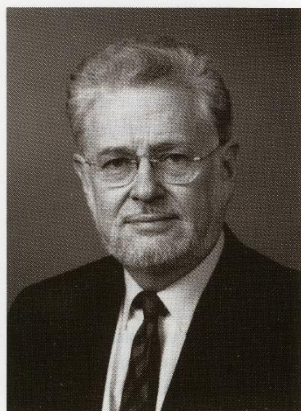
Det är inte vår sak att kommentera KS:s utveckling efter 1994 men några reflektioner kan ändå vara på sin plats. Under de 22 år som gått sedan vi slutade som ledningsgrupp för sjukhuset har det letts av sex på varandra följande sjukhusdirektörer. Mandatperioderna är således även fortsättningsvis korta i synnerhet om man beaktar att det är en stor och komplex organisation under kontinuerlig, långsiktig utveckling som skall ledas. Därför borde man beakta noggrannare vilken roll sjukhuset

skall ha i det samhälle som nu växer fram, och hur det skall samverka med övrig sjukvårdsverksamhet och KI som ansvarigt för utbildning och forskning. Hur ser förutsättningarna då ut för att leda sjukhuset och vilken ledningsstruktur bör det ha?

Tack

Vi vill gärna tacka Johan Alm, Anita Aperia, Björn Frenkner, Ingvar Krakau, Veronika Lövgren (Landstingsarkivet) och Anita Lundmark för faktagranskning samt Håkan Eriksson för formgivningen av bildmaterialet.

Författare:



JAN LINDSTEN
Sjukhusdirektör

Födelseår 1935. Med dr 1963, professor i medicinsk genetik och överläkare på kliniskt genetiska laboriet KS 1970-1990. Sekreterare i Nobelförsamlingen vid Karolinska institutet 1979-1990. Chefläkare vid KS 1987-1990. Sjukvårdsdirektör nordvästra sjukvårdsområdet 1990-1991.



SIV FRIDÉN
*Ställföreträdande
Sjukhusdirektör*

Födelseår 1935. Förvaltnings-ekonom. Kom till KS 1979 som byrådirektör under den statliga tiden. Har under den landstingskommunala tiden arbetat som budgetchef, planeringschef och administrativ chef.

MARC BYGDEMAN
Chefläkare

Födelseår 1934. Med dr i obstetrik och gynekologi 1964, docent 1973 och professor 1979. Har tjänstgjort på KS sedan 1965. Klinikchef för kvinnokliniken 1986-1990. Chefläkare 1991.

