

## Karolinska Sjukhuset – 'Rikssjukhuset' som blev ett Stockholmssjukhus



*Sven-Eric Bergman pol.mag.  
Sjukvårdsdirektör SLL. Hälso- och  
sjukvårdsförvaltningen 1983-1990  
Seniorkonsult hälso- och  
sjukvårdsadministration 1990-2009*

### **Ett funktionellt perspektiv på Karolinska Sjukhuset (KS) i Stockholmssjukvården**

Det var redan från början klart att Karolinska sjukhuset, utöver uppgiften att ge specialiserad vård för patienter från hela landet, *funktionellt* skulle utgöra en del av sjukvården i Stockholmsområdet. I staden och länet fanns, å ena sidan, behov av ytterligare vårdplatser för att kunna ge sjukvård till en snabbt växande befolkning. Å andra sidan behövde KS som undervisningssjukhus tillgång till ett brett patientunderlag. Kopplat till det funktionella sambandet fanns också naturligen en *ekonomisk* relation mellan staten och länet/staden.

*Organisatoriskt* hade KS under fyra decennier ett statligt huvudmannaskap. Ulf Lagerström har i sitt bidrag till wikiks redogjort för förhandlingarna kring landstingets övertagande av KS 1982. Jan Lindsten ser i sitt inlägg kommunaliseringen som en av milstolparna i KS historia och framhåller att den ledde till stora organisatoriska förändringar.

Det är naturligt att just huvudmannaskapsförändringen väckt särskilt intresse. Den var påtaglig, konkret och klart fixerad i tiden. I mitt bidrag vill jag ge en komplettering genom att främst belysa det funktionella perspektivet. Jag börjar med att beskriva hur de dubbla funktionerna utvecklades under planeringstiden. Det ena spåret i min framställning därefter är hur staten under efterkrigstiden förändrade sin roll som en följd av nya policier. En tydlig brytpunkt i det avseendet är regionvårdsreformen 1960 men även andra förändringar inom den nationella hälso- och sjukvårdspolicyn från 40-talet till början av 80-talet är viktiga. Det andra spåret handlar om hur sjukvården i Stockholmsområdet utvecklats och hur KS alltmer funktionellt integrerats däri. Sett på detta sätt framstår kommunaliseringen 1982 närmast som en bekräftelse på en sedan många år pågående utveckling. Avslutningsvis gör jag några mera personliga kommentarer och luftar några tankar kring framtiden.

### **KS – ett gemensamt sjukhus för stat, stad och län**

Wolfram Koch ger i KS minnesbok 1990 en bra beskrivning av de viktigaste stegen i planeringsprocessen för KS. Här skall endast tillfogas några passbitar som har särskild bäring på relationen mellan staten, staden och länet.

*Sjukhusbyggnadssakkunniga*, som påbörjade sitt arbete 1919, lade i sitt huvudbetänkande 1925 fram två alternativa förslag; skillnaden mellan alternativen rör främst om Serafimerlasarettet skulle vara kvar eller inte. I båda fallen skulle staten och staden/landstinget svara för hälften var av kostnaderna för att uppföra det 'kliniska sjukhuset', totala antalet vårdplatser minus enskilda (privata) och

halvenskilda sängar. (Som en kuriositet kan nämnas att enskilda/halvenskilda sängar skulle finansieras genom lån, ett slags proto-OPS). Inte bara investeringskostnaderna utan också driftkostnaderna skulle täckas av de tre intressenterna enligt fastställda normer.

Sjukhusbyggnadssakkunnigas förslag ledde fram till en proposition som behandlades av riksdagen 1925. Inte oväntat vill riksdagen ”nedbringa kostnaderna” för sjukhuset samt nå en överenskommelse där ”statens intressen bliva väsentligt bättre tillgodosedda”. Departementschefen hade redan i propositionen förutskickat en fortsatt utredning och i den ville riksdagen att man skulle ta ledning av relationerna mellan staten och Malmöhus läns landsting vad avser lasarettet i Lund. Detta kan ses som en antydning till att funktionellt betrakta KS på likartat sätt som andra undervisningssjukhus.

För det fortsatta arbetet tillsattes 1926 års *sjukhuskommission*, som också fick bemyndigande att förhandla med staden och länet. I sin första skrivelse 1927 anger kommissionen huvudgrunderna för samarbete mellan staten och de båda kommunala huvudmännen. Det nya sjukhuset skall uppföras genom statens försorg och anslutas som en ren statsinstitution till Karolinska institutet. Driften skulle ombesörjas av en direktions. Staden och landstinget skulle finansiera sina vårdplatser, dock med taket att dessa inte fick överskrida vad det skulle kosta staden resp. länet på ett eget, nyuppfört sjukhus. Samma gällde för driftkostnaderna till vilka andra län också bidrog. Statsverket skulle betala resterande del, ”betingat av sjukhusets karaktär av undervisningssjukhus”. Efter vederbörlig beslutsprocess med proposition och riksdagsbehandling godkändes dessa riktlinjer.

I kommissionens huvudbetänkande 1928 begagnas för första gången namnet Karolinska sjukhuset för det tilltänkta nya kliniska sjukhuset. Upprinnelsen till det namnet var en skrivelse från professorerna Hedrén, Förssell och Key vilka biträtt kommissionen i arbetet. I skrivelsen avfärdar professorerna benämningen ’Centralsjukhuset’ som föreslagits för det kommunala sjukhuset ”... emedan dels inom landet flera ’centralsjukhus’ finnas och andra äro planlagda, dels det nya sjukhusets karaktär är mera att vara ett statligt undervisningssjukhus än en central sjukvårdsinrättning för hela landet. Benämningen ’Rikssjukhuset’, vilket namn användes för grannlänternas kliniska sjukhus, synes ej heller giva ett riktigt uttryck för det nya sjukhusets karaktär, då sjukhuset ej är ett ’rikssjukhus’ i den mening som motsvarande sjukhus i grannländerna.”



Utbyggnaden av KS skulle ske etappvis. Vilka specialkliniker, som skulle byggas ut först, avgjordes i samråd med staden och länet, vilka framför allt anmälde behov av vårdplatser på ögon- och öronklinikerna samt vid kvinno- och förlossningskliniken och på den radioterapeutiska kliniken.

När sjukhuset invigdes 1940 inrymde det 927 allmänna och 131 enskilda vårdplatser. Av de allmänna vårdplatserna disponerade staden 315 och länet 110. Uppemot hälften av platserna reserverades alltså för patienter från närområdet. Övriga var avsedda för patienter från riket i övrigt.

Redan under planeringen av sjukhuset och vid dess tillkomst fanns således en tydlig inriktning mot att sjukhuset funktionellt skulle vara en gemensam angelägenhet för staten, Stockholms stad och Stockholms läns landsting. Detta samband kom under åren därefter att bli allt tydligare som en följd av utvecklingen av dels den nationella sjukvårdspolitiken, dels sjukvården i Stockholmsområdet.

## Nationell sjukvårdspolitik 1940-1980:

### 40-talet – Ett första försök formulera en nationell sjukvårdspolitik

KS startade sin verksamhet 1940, mitt under brinnande krig. Då fanns det förstås andra samhällsfrågor som krävde uppmärksamhet än hälso- och sjukvården. Men successivt under kriget växte på många håll i västvärlden fram höga ambitioner inom välfärdspolitiken; den fred man började hoppas på skulle bli en skördetid. Det mest kända exemplet är den brittiska Beveridgeplanen från 1943 som pläderade för en universell välfärdsstat. Den skulle så småningom resultera i tillkomsten av NHS 1948. Men det fanns liknande strävanden på många håll i ett Europa som började se ljuset i tunneln.

I Sverige hade vi ingen motsvarighet till Beveridgeplanen. Men just 1943 såddes faktiskt fröet till det som skulle utvecklas till en nationell sjukvårdspolitik. Då fick nämligen medicinalstyrelsens generaldirektör Axel Höjer i uppdrag överväga hur den öppna vården vid sjukhus skulle regleras. Det låter inte särskilt upphetsande men utredningen fick, med socialminister Gustav Möllers goda minne, en mycket bredare inriktning. Tidigare utredningar om sjukvården hade i stort sett haft ett förvaltningsperspektiv och handlat om en formell reglering av i första hand sjukhusen. Höjer ville med sin utredning göra det första försöket att formulera en nationell sjukvårdspolitik, 'en svensk målsättning'.

Det är utvecklingen och differentieringen av hälso- och sjukvården som enligt Höjer leder till ett behov av bättre samordning av de olika vårdformerna samt med andra former av social omvårdnad. Detta blir utgångspunkten för en diskussion om *hela* hälso- och sjukvårdspolitiken. För första gången finns det ett helhetsperspektiv och det i två avseenden. Både vård och prevention beaktas. Man ser både på den öppna och slutna vården.



Det var ingen försiktig och räddhågad policy Höjer förde fram. Tvärtom talar han om en radikal förändring av hela hälso- och sjukvården. Det fanns också en stark tilltro till vetenskapens möjligheter. Nya kunskaper om hur både arv och miljö påverkar hälsan skulle ge förutsättningar för hälsofrämjande insatser och tidig upptäckt av sjukdomar. Allmänläkare och specialister skulle samverka i det arbetet. Landstingen skulle få ansvar för den öppna vården vid sjukhus, antalet provinsialläkare skulle öka och det skulle etableras en fix taxa för läkarbesöken.

Utredningen förslog en uppdelning av landet i sex sjukvårdsregioner, var och en med sin statskommunala sjukvårdsstyrelse. Här förebådas alltså den kommande utvecklingen vad avser regionalisering. I varje region skulle det också finnas en medicinsk högskola och ett regionsjukhus. I samband med dessa förändringar decentraliseras också medicinalstyrelsens direkt sjukvårdsförvaltande organ, bl.a. i fråga om mentalsjukvården och provinsialläkarväsendet. I dessa avseenden kom den organisatoriska inriktningen att ta en annan inriktning, men *funktionellt* kom utredningens förslag till stora delar att förverkligas.

Höjer-utredningen mötte kraftigt motstånd från landets läkarkår som starkt fördömde förslagen om utökad läkarutbildning, reglering av specialistsystemet och ett nytt system för ersättning till läkarna. Förslagen ledde inte till någon omedelbar lagstiftning eller till några administrativa reformer. Gradvis kom många av principerna (lika tillträde till vård: ansvar på landstingen för planering och utförande; offentligt anställda läkare) liksom många faktiska förslag (decentralisering; koordinering av social och medicinsk vård; äldreomsorg i hemmet och på institution) att genomföras.

## 50-talet – tunga utredningar lägger fast färdriktningen

Höjer-utredningen ledde alltså inte till omedelbara förändringar. Men det fanns ett klart medvetande om att något måste göras. En bit in på femtiotalet tillsattes därför flera tunga hälso- och sjukvårdspolitiska utredningar.

En av dessa var den s.k. ÖHS-utredningen (öppen hälso- och sjukvård) som 1958 lade fram ett underlag för det fortsatta reformarbetet utan några explicita förslag till beslut. Det handlade bl.a. om överförande av primärvården till landstingen; ökat antal distriktsläkare; samt mer medicinsk och paramedicinsk arbetskraft. Utredningen stödde också det tidigare förslaget att landstingen skulle ta över ansvaret för sjukhusbaserad öppenvård. Detta förslag lagfästes 1960.

Av särskilt relevans för KS när det gäller sjukvårdspolitiska ställningstaganden är förstas regionvårdsutredningen, en enmansutredning av medicinalstyrelsens generaldirektör Artur Engel. Utredningen tillsattes 1956 och lämnade sitt betänkande 1958. KS är faktiskt också direkt involverat i upprinnelsen till utredningen. I utredningsuppdraget refereras nämligen till ett ställningstagande i riksdagens statsutskott som gick ut på att ingen ytterligare utbyggnad skulle ske av KS innan man prövat om inte andra alternativ fanns för att realisera den pågående upprustningen av läkarutbildningen från ett årligt intag på 310 studerande till 408 samt för att tillgodose behovet av specialistutbildning. En utredning om den specialiserade vården påkallades dock enligt direktiven i första hand av sjukvårdens krav. Utredningen skulle särskilt pröva hur statliga sjukhus och bestämmelserna om riksplatser berördes.



Utredningens förslag innebar att landet indelades i sex regioner (Stockholm, Uppsala, Linköping, Malmö/Lund, Göteborg och med på sikt utbyggnad av en sjunde (Örebro) för att tillgodose behoven inom regionspecialiteterna och för att ge underlag för samverkan inom regionerna.

Stockholmsregionen benämndes av utredningen som en dubbelregion med Karolinska sjukhuset och Serafimerlasarettet, vissa Stockholms stad tillhöriga sjukhus (Sabbatsberg, Södersjukhuset och S:t Görän) samt Kronprinsessans Lovisas vårdanstalt för sjuka barn som regionsjukhus. Förutom Stockholms stad och län skulle regionen omfatta Södermanlands, Gotlands och Örebro län med ett befolkningsunderlag på drygt 1,7 miljoner invånare. Budgetåret 1955/56 disponerade Stockholms stad 732 platser och Stockholms län 270 platser av de sammanlagt 2097 platser som fanns på KS och Serafen. Resten, 903 platser, var riksplatser och belades med patienter från hela landet.

Regionvårdsutredningen pekar på att Stockholms stad och Stockholms läns landsting 1957 hade träffat avtal om samplanering och samordning av sjukvården. Någon uppdelning på regionvård mellan de statliga sjukhusen och Stockholms stads sjukhus förslogs inte av utredningen men man konstaterade att det naturliga var att stockholmarna vårdades på Stockholms sjukhusen och övriga på de statliga sjukhusen.

Riksplatsernas ställning behandlas i ett särskilt avsnitt i utredningens betänkande. Principiellt ansluter man sig till uppfattningen att det finns fördelar med om all sjukvård kan samlas hos en huvudman. Olika delar av sjukvården måste ses som en enhet och avvägningar mellan dem ske med hänsyn taget till såväl slutet som öppen vård. Utredningen anför att det finns starka skäl för att låta landstingen överta största möjliga del av sjukvården. Kroppssjukvårdens planmässiga utbyggnad regionvis försvåras så länge det nuvarande systemet med riksplatser består.

Specifikt för riksplatserna vid KS och Serafen var det regionvårdsutredningens mening att de omständigheter som föranledde riksplatser när KS tillkom (centraliserad specialvård, patientunderlag för undervisningen samt skälig avgiftssättning för sjukhusvård i Stockholm) inte längre var lika starka argument för att behålla riksplatserna. Genom de kommunala organens och läkarkårens gemensamma insatser har "... sjukhusvården genomgått en storartad utveckling under de senaste decennierna". Läget i slutet av 50-talet var helt annorlunda än då KS började planeras under tidigt 30-tal. Vårdbehovet i de flesta specialiteter kan numera tillgodoses inom praktiskt taget samtliga sjukvårdsområden. Riksplatser behövs inte heller för undervisningen. Enligt utredningens mening skulle riksplatserna framdeles få ställning som avtalsbundna regionplatser.

Riksdagsbeslutet om regionsjukvård 1960 följde i allt västenligt utredningens förslag med förändringen att Örebro redan från början blev en egen region. Av särskilt intresse är att departementschefen i propositionen uttalade att starka skäl kunna åberopas för att överväga om staten inte borde avhända sig huvudmannaskapet för KS, bl.a. med hänsyn till de organisatoriska fördelar som skulle vara förknippade med ett enhetligt huvudmannaskap.

Redan några år senare, 1965, fick Statens Förhandlingsnämnd (SFN) i uppdrag att i samband med en översyn av gällande samarbetsavtal om KS klarlägga villkoren för ett eventuellt kommunalt övertagande av KS. De sjukvårdspolitiska och sjukvårdsadministrativa motiven för att inlemma KS i SLL kom sedan att stärkas under 1960- och 70-talen.

### **60-talet – decentralisering ledmotivet**

Regionsjukvården tillkom i gränsen mellan 50- och 60-talen. 40-talets decentraliseringsfrön hade grott. De första stegen mot en mer decentraliserad vård kunde nu tas.

Som nämnts ledde inte ÖHS-utredningen 1958 till några större omedelbara beslut. Det viktigaste resultatet kom några år senare, 1963, i form av den s.k. provinsialläkarreformen då den decentraliserade öppna vården övergick till landstingen. Ytterligare ett betänkande från ÖHS kom samma år. Det fokuserade på den öppna vården som skulle prioriteras framför sjukhusvården. Det övergripande behovet av integrering mellan sjukhusbaserad vård och decentraliserad vård betonades. I betänkandet framhölls också vikten av långvård och andra insatser för de äldre.

Två reformer, som inte krävde lagändringar var att ambulansverksamheten blev ett ansvar för landstingen 1965. År 1967 följde en omfattande förändring när hela mentalvården överfördes till landstingen. Detta fick också betydelse för den psykiatriska verksamheten vid akutsjukhusen.

Den nya Socialstyrelsen bildades 1968 genom att den tidigare Socialstyrelsen och Medicinalstyrelsen lades samman. Det är signifikativt att ett av de första policydokumenten från styrelsen blev ett principprogram om öppen vård. Programmet utgår från den medicinska och tekniska utvecklingen som gjort att allt fler diagnostiska och terapeutiska insatser kan göras i öppna eller halvöppna vårdformer. Begreppet 'lägsta effektiva omhändertagandenivå' (LEON) lanseras. Förslagen bygger på antaganden om att den tekniska utvecklingen accentueras och att vården omstruktureras genom etablering av öppenvårdsenheter för allmän och specialiserad medicinsk vård, vid eller utanför sjukhus. Vidare förutsätts samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialvård. Ledningsansvaret för sjukvården inom ett geografiskt avgränsat område skall ligga på ett som det heter "beslutskapabelt ledningsorgan".



Vad gäller de stora sjukhusen i storstadsregionerna menar Socialstyrelsen att det finns en risk att dessa genom sina kvalificerade resurser drar till sig såväl patienter som personal. De stora sjukhusen måste därför avlastas genom att fler patienter behandlas i öppen vård och att mer av denna vård sker utanför sjukhusen.

Under 60-talet fick alltså sjukvården ett enhetligt huvudmannaskap (med undantag för Karolinska sjukhuset och Akademiska sjukhuset i Uppsala) och regionsjukvården gav grunden för en högt specialiserad diagnostik och behandling vid några utvalda sjukhus. Till detta kom en utökad läkarutbildning, nytt system för läkarnas vidareutbildning samt beslut om en enhetlig läkarvårdsavgift ('sjukronorsreformen'). Sjukronan, som inte minst påverkade läkarna vid storstads- och universitetssjukhusen, gav principiella och praktiska förutsättningar utbyggnaden av den öppna vården i landstingens regi.

### **70-talet – tydligare vårdstruktur och planeringsansvar**

Socialstyrelsen gick under början av 70-talet vidare i programarbetet genom att utveckla ett förslag till principprogram för hela hälso- och sjukvården inför 80-talet, HS 80. Vårdstrukturens tre huvudelement – primärvård, länssjukvård och regionvård – preciseras och konkretiseras. Regionsjukvårdens uppgift är att ge stöd till länssjukvården samt ta emot patienter med svårtolkade sjukdomsbilder och med behov av insatser av många specialiteter. Den skall också svara för effektivvärdering, metodutveckling, forskningsprogram, undervisning och utbildning.

HS 80 föreslog ingen förändring av ordningen att regionsjukhusen, utöver sitt regionsansvar, skall svara för läns- och länsdelsjukvård för sitt upptagningsområde. Alla regionsjukhus kan dock inte ha verksamhet inom alla områden utan vissa specialistfunktioner måste koncentreras till färre enheter. I programmet uttalades särskilt att "även om något eller några regionsjukhus förblir i statlig regi bör inte all verksamhet koncentreras dit".



Under 70-talet genomfördes ytterligare en utredning om regionsjukvården. Förslaget från utredningen innebar att regionsjukvårdsbegreppet skulle vidgas till i princip samtliga verksamhetsområden samt att samarbetet mellan sjukvårdshuvudmännen skulle öka. Detta samarbete föreslogs bygga på regionsjukvårdsplaner på 10-15 års sikt.

I slutet av 70-talet presenterade Hälso- och sjukvårdsutredningens betänkande förslag till ny hälso- och sjukvårdslag. Landstingen gavs ett totalansvar för hälso- och sjukvården. Totalansvaret innebär ett ansvar för att kartlägga behov, samordna insatser och följa upp planeringen av all hälso- och sjukvård oavsett huvudmannaskap och vårdgivaransvar.

### **KS som en del av Stockholmsjukvården under efterkrigstiden.**

Samtidigt som KS planerades för ta emot patienter från Stockholmsområdet planerade såväl staden som länet för att förstärka sina egna resurser. Stockholms stad tillsatte redan i mitten av 20-talet en sjukhuskommitté som bl.a. blev involverad i förhandlingarna om KS tillblivelse. Sedan överenskommelse fattats om upplåtelse av vårdplatser till Stockholm och KS geografiska läge lagts fast var det uppenbart att staden såväl hade behov av fler vårdplatser, inte minst för att möta behoven hos befolkningen i de alltmer expanderande södra stadsdelarna. Satsningar skedde visserligen vid innerstadssjukhusen (S:t Göran, S:t Erik och Sabbatsberg) men detta bedömdes inte tillräckligt. Efter omfattande utredningsarbete fattades 1937 beslut om att uppföra Södersjukhuset, som stod klart att tas i bruk 1944, d.v.s. fyra år efter KS. SöS skulle bli av samma storleksordning som KS med runt 1 500 vårdplatser.

Även för den snabbt växande befolkningen i länet närmast huvudstaden fanns behov av fler vårdplatser. Redan på 10-talet avsattes medel för ett centralsjukhus i länet. Flera alternativ prövades men slutligen hamnade man i Mörby där ett nytt lasarett stod klart 1921. Under mellankrigstiden planerades sedan utbyggnader såväl i Mörby som av sjukhusen i de perifera delarna av länet (Norrtälje, Löwenströmska, Södertälje) även om det praktiska genomförandet gick trögt under krigsåren.

Ungefär samtidigt som KS stod klart fick alltså den kommunala sjukvården i Stor-Stockholm tillskott av egna vårdplatser. Eftersom befolkningen ökade fanns det dock fortsatt och ökande behov att repliera på de statliga sjukhusen (Serafen och KS). Relationerna var emellertid i någon mån förändrade när de kommunala sjukhusen hade större och mer kvalificerade resurser än tidigare.

Ett intressant förhållande, som belyser de komplexa sambanden mellan staten och staden/landstinget liksom relationen mellan sjukvård och forskning, är att KS som statligt sjukhus till en början inte hade något eget upptagningsområde. Om patienten skulle tas in eller inte berodde på om patienten var intressant eller passade in i någon läkares forskning. Övriga remitterade till Mörby sjukhus eller till något av innerstadens sjukhus. Ännu vid slutet av 1950-talet svarade KS för mindre än 5 % av den slutna kroppssjukvården i Stockholmsområdet.

Vid samma tid, mitten av 50-talet, disponerades ungefär 40 % av vårdplatserna på KS för patienter från det nuvarande landstingsområdet. I slutet av 70-talet var motsvarande siffror 90 % av antalet vård dagar och 97 % av antalet besök i öppen vård.

Som nämnts startade Stockholms stad och Stockholms läns landsting redan under tidigt 50-tal en gemensam planering av sjukvården. Ett huvudavtal om samplanering och samordning av sjukvården inom staden och länet trädde i kraft 1958. 1962 framlades en *Sjukhusplan för Stor-Stockholm* vilken de följande åren kompletterades med *1963 års principplan för den öppna vården* vid sjukhusen samt *1964 års plan för annexsjukhus* i Stor-Stockholm.

1962 års plan angav vissa huvudprinciper för vårdstrukturen. Akutvården skulle koncentreras till ett fåtal större lasarett; de indelades i normalsjukhus och centralsjukhus. Långtidssjukvården, förutom i vissa utredningsfall och behandlingsfall där sjukhusets resurser krävdes, planerades ske vid annexsjukhus, sjukhem eller inackorderingshem beroende på patientens behov av omhändertagande. För den öppna vården skulle ett differentierat och decentraliserat system med öppenvårdsmottagningar vid akutsjukhusen byggas upp. Dessutom skulle fristående läkarcentraler för allmänläkar- och specialistvård etableras, företrädesvis kopplade till akutsjukhusen eller som fristående enheter. I anslutning till läkarcentralerna skulle också finnas lokaler för distriktssköterskor, mödra- och barnhälsovård.

En sjukvård utformad enligt dessa principer skulle möjliggöra en geografisk indelning av Stockholmsregionen i ett antal sektorer med ett befolkningsunderlag av samma storleksordning som ett medelstort landsting och med resurser inom olika vårdnivåer för att möta behoven.

Under 60-talet tillkom Nacka sjukhus, det nya Löwenströmska lasarettet samt påbörjades byggandet av Huddinge sjukhus, som när det öppnade 1972 blev Stockholms andra stora universitetssjukhus. Mörby sjukhus transformerades till Danderyds sjukhus med mer än 800 vårdplatser och ett stort antal specialavdelningar. Inom Stockholms stad påbörjades omdaning av innerstadssjukhusen S:t Görans och Sabbatsberg.

Regionssjukvårdsreformen innebar för KS del att den högspecialiserade vården av patienter från andra landsting minskade i takt med att denna vård byggdes ut vid övriga regionsjukhus. Överenskommelse måste därför träffas med Stockholm och landstinget om KS roll i

sjukvårdsområdet. Efter förhandlingar preciserades KS uppgifter i 1962 års sjukhusplan för staden och länet. I princip skulle regionspecialiteterna i huvudsak förläggas till KS.

Redan vid slutet av 60-talet fanns behov av att revidera planen från 1962 bl.a. utifrån förändringar i befolkningsstrukturen. Under 60-talet tillkom ju också att landstinget fick ansvar för den öppna vården vid och utanför sjukhus samt för mentalsjukvården. *Hälso- och sjukvårdsplan 1971-80* för Stockholms län presenterades 1970. I denna plan vidareutvecklades nivåstruktureringen. Den öppna vården beräknades öka från 4 miljoner besök år 1970 till 6,5 miljoner besök 1980. I relativa tal motsvarar det en ökning från 2,6 till 3,5 besök per invånare och år. Planen tog bl.a. upp 40 nya vårdcentraler med allmänläkare och specialister. Även för akutsjukvården förutsattes ett nettotillskott på 1 800 vårdplatser, vilket dock relativt sett skulle innebära en minskning från 6,72 per 1 000 invånare till 6,45. Enskededalen (!) och Huddinge skulle svara för huvuddelen av de nya vårdplatserna. Huddinge sjukhus började planeras 1962 och planerades färdigställas successivt åren 1972-1977. Enskededalens sjukhus planerades omfatta 975 vårdplatser och stå klart 1976. (Planerna på Enskededalens sjukhus skrinlades som bekant). Dessutom skulle under planperioden särskilt prövas frågan om ett nytt akutsjukhus på Järvafältet, eventuellt i samband med omdisponering av något befintligt innerstadssjukhus.



Beträffande statens sjukhus konstaterades i planen 71-80 att Karolinska sjukhuset utgör det enda statliga lasarettet i Stockholms län sedan huvudmannaskapet för Serafimerlasarettet under år 1968 övergått till Stockholms stad. Sjukhuset utnyttjas till ungefär 80 % av länets befolkning. Gällande avtal om KS hade kompletterats och i samband därmed beslutades bl.a. att KS skall fungera som centralsjukhus inom SLL med ansvar för en del av länsområdets sjukvård.

Vid Stockholms stads inträde i landstingskommunen 1971 (det s.k. Storlandstinget) indelades sjukvården i SLL i fem förvaltningsområden. KS blev bassjukhus i det Nordvästra förvaltningsområdet (NVFO) med omkring 230 000 invånare. Det löpande samarbetet SLL och KS skedde på flera nivåer: SLL:s representation i KS direktions; tjänstemännasamarbete mellan KS administration och landstingets sjukvårdsledning; samverkan mellan KS och NVFO i ett särskilt samarbetsorgan.

Plan 74, som utarbetades av KS som ett underlag för fortsatta investeringar vid sjukhuset, byggde på en strukturering av vården enligt socialstyrelsens HS 80. I planen beräknades, med utgångspunkt bl.a. i socialstyrelsens principprogram för den öppna vården och en inom SLL under 70-talet framtagna öppenvårdsplan med en halvering av den öppna vården vid sjukhuset. I samband med planarbetet utarbetade en arbetsgrupp med företrädare för KS, HS och KI ett förslag till profilering av klinikerna vid de båda sjukhusen. Förslaget innebar att den högspecialiserade vården i ökad utsträckning skulle koncentreras till dessa sjukhus men innebar ingen större förändring för KS.

Nya tag i frågorna om nivåstrukturering och profilering mellan KS, HS, SöS och DS togs senare under 70-talet som en del av arbetet att ta fram en hälso- sjukvårdsplan för SLL. En förutsättning för arbetet var att HS skulle utvecklas till ett högspecialiserat sjukhus jämförbart med KS. Principerna från HS 80 innebar att profileringsgruppen föreslog en koncentration och överflyttning av vissa specialiteter till HS samt en koncentration av vissa funktioner till SLL:s båda sjukhus av länsjukhuskaraktär, SöS och DS.



## Funktionell integrering som blir organisatorisk

Genomgången av den nationella sjukvårdspolitiken under efterkrigstidens fyra första decennier visar att staten haft målet att genom decentralisering och dekoncentration ge lika villkor för människors tillträde till vården.

Det som Arthur Engel skrev i samband med KS 40-årsjublieum belyser vad denna policy betydde för regionvården: ”Någon allvarlig diskussion om ett rikssjukhus av den typ som finns i vissa nordiska länder förekom dock inte [i regionvårdsutredningen]. Tvärtom avskaffade vi de s.k. riksplatserna på KS. Vi ville decentralisera och ansåg att varje region behövde s.a.s. ett rikssjukhus av KS klass.”

Men det är inte enbart de reformer, som direkt berört KS, som är viktiga att relatera till om man skall förstå utvecklingen. Det gäller inriktningen av hela hälso- och sjukvårdspolitiken under efterkrigstiden. Denna inriktning har lett fram till att det funktionella sambanden mellan de olika delarna av hälso- och sjukvården betonats allt starkare. Det har handlat om att satsa på en vård som människor kunde få tillgång till på nära håll. Ville man bygga upp en stark primärvård kunde det inte ske utan stöd från infrastrukturen runt sjukhusen och genom samverkan med den slutna vården. Denna samverkande sjukvård måste, om den skulle kunna planeras på ett hanterligt sätt, avgränsas till ett geografiskt område. Ville man, för att ta ytterligare ett exempel, ha en förändring av de gamla mentalsjukhusen och bryta deras isolering måste man närma somatisk och psykiatrisk vård till varandra och inte minst kunna samarbeta med kommunerna.

I Storstockholm har funnits en motsvarande strävan att föra ut vården och hitta en balans i regionen. Till en början skedde planeringen för detta främst av respektive huvudman. Men efterhand som Stockholmsregionen blev större och växte ihop befolknings- och bebyggelsemässigt, utvecklades som här visats, en gemensam planering. Den förutsatte att prioritering och samordning kunde omfatta hela hälso- och sjukvården i ett geografiskt sammanhållet område. Som bl.a. den s.k. KS-utredningen 1979 framhöll påverkades sjukvårdsplaneringen i SLL av det funktionella sambandet mellan KS och SLL. Ett genomförande av den sjukvårdsplan som utarbetades inom landstinget under 70-talet skulle försvåras om SLL inte disponerade KS på samma sätt som sina egna sjukhus, vilket bl.a. kunde påverka dimensioneringen av akutvården. Upprustningen av KS skulle också bli en rent statlig angelägenhet om inte huvudmannaskapet ändrades. I propositionen om förändrat huvudmannaskap för KS ger departementschefen uttryck för samma syn, att en nödvändig förutsättning för en effektivare planering, samordning, resursutnyttjande och organisation av sjukvården i Stockholm är att SLL övertar huvudmannaskapet för KS.



Frågor om vem som skall vara huvudman för olika offentliga verksamheter framstår närmast som eviga. De kommer tillbaka i nya skepnader och områdena skiftar; skola, sjukvård, polis för att nämna några exempel. Ofta för man fram ideologiska argument eller stödjer sig på något förvaltningspolitisk paradigm.

Men frågan är om det inte snarare handlar om hur verksamheterna skall kunna möta behoven och utformas på ett adekvat sätt. De huvudmannaskapsförändringar, som realiserats, bygger sällan på några grandiosa principer. Snarare är de konsekvenser av minimala förändringar för att hitta praktiska lösningar för att nå konkreta mål.

## Hur gick det sedan – några personliga reflexioner bakåt och framåt

Tidshorisonten i det här bidraget sträcker sig fram till 1982, då KS kommunaliserades. Några personliga reflexioner om utvecklingen därefter plus några tankar om vad som kan ske i framtiden får dock komma med som en liten bonus.

Jag tillträdde som sjukvårdsdirektör i SLL under våren 1983. Den uppfattning jag då fick, och som i allt väsentligt bekräftades under mina nära sju år på posten, var att kommunaliseringen gått bra. Det stämmer ju också med min tes att KS funktionellt integrerades successivt i Stockholmssjukvården och att huvudmannaskapsförändringen mest var en bekräftelse på detta.

Det innebar självfallet inte att allt var problemfritt. KS hade en stark kultur präglad av den nära kopplingen till det prestigefulla Karolinska Institutet. En kultur en bit ifrån den som rådde inom landstinget.

Med en tillspetsning för att det skall bli tydligt skulle jag kunna beskriva detta som att de stora och mäktiga klinikcheferna på KS tyckte att landstinget var lite bonnigt, ”det luktade landet”. Organisationen var trög och byråkratisk, det räckte inte att gå upp och övertyga den ansvariga ministern om hur viktig en viss förstärkning var. Landstingets politiker, å sin sida, kunde nog uppleva det som att det viktigaste ekonomiska styrmedlet, budgeten, inte sågs som någon restriktion på KS. Snarare var budgeten något man räknade avvikelser från. Och sedan utgick man från att pengar skulle tillskjutas.

Men trots kulturskillnaderna gick det bra och skillnaderna utjämnades också successivt. Min bedömning är att ledamöterna i den lokala sjukvårdsstyrelsen spelade en stor roll i den utvecklingen. Jag är inte säker på att alla insåg vilket arbete de lade ner som ambassadörer för att övertyga sina politikerkollegor om behovet av nya resurser till KS. Samtidigt hade de förstås uppgiften att se till att landstingets beslut i budget och andra styrdokument genomfördes på sjukhuset.

Oavsett vad man i övrigt kan anse om kommunaliseringen är det uppenbart att den ledde till en ökning av investeringarna på KS. Byggnationen på KS-området blev hektisk. Kronan på verket är förstås det nya sjukhus som just nu börjar tas i drift. Om NKS går diskussionens vågor höga, minst sagt. Den diskussionen skall inte beröras här. Däremot kan det finnas skäl att reflektera kring hur sjukhusets *funktioner* förändras dels inom Stockholmssjukvården, dels (kanske) som en del av den högspecialiserade sjukvården i Sverige.

NKS kommer som bekant inte att ha någon öppen akutmottagning på samma sätt som andra akutsjukhus utan tanken är att de patienter som kommer till akutmottagningen skall vara selekterade. Genom den funktionella förändringen ger alltså landstinget i viss mån KS tillbaka till den roll sjukhuset hade fram till början av 60-talet, inget eget egentligt upptagningsområde utan patienter väljs ut för att passa till sjukhusets roll som högspecialiserat undervisningssjukhus. Det innebär en särställning även om organisationen/huvudmannaskapet inte ändras. Inom parentes kan nämnas att liknande idéer fördes fram i slutet av 80-talet dock utan att på allvar prövas.

Den andra funktionella förändringen handlar om att landstinget uppenbarligen vill utveckla NKS till någon form av nationellt excellens-centrum. Under byggnadstiden kunde man på skyltar läsa att vad som var på gång var *Sveriges* nya universitetssjukhus, inte Stockholms. Företrädare för landstinget betonar i sin kommunikation, exempelvis som förklaring till de jämförelsevis höga investeringskostnaderna, att sjukhuset kommer att få stor roll på det *nationella* planet.

Det finns en annan strömning i tiden som också kan få en betydelse i detta sammanhang, nämligen tankarna om ett statligt huvudmannaskap för hela eller delar av sjukhusvården. Enskilda debattörer har länge fört fram idéer om detta. Två politiska partier har det på sitt program och röster höjs inom

åtminstone ytterligare ett. När nu förslaget om större regioner lagts på hyllan är det troligt att förslag om förstatligande kommer få ett ökat stöd. Nuvarande landsting betraktas som för små för att bedriva en rationell sluten sjukvård.

Även från akademiskt håll, bl.a. från företrädare från KI, har rests krav på ett statligt huvudmannaskap. Landstingen har inte, enligt dessa proponenter, gjort tillräckligt stora insatser för att främja den kliniska forskningen. För några år sedan hotade en utbildningsminister med att förbjuda vissa sjukhus kalla sig universitetssjukhus om de inte bättrade sig i det avseendet.

Kanske kan man i allt detta se konturerna av ett *scenario* växa fram. Ett NKS som i kraft av sin excellens får en särställning i svensk sjukvård. I Stockholms sjukvård har ju sjukhuset det redan genom sin annorlunda roll inom akutsjukvården vilket i sin tur ger utrymme för patienter från andra håll. Som ett första steg / pilotprojekt mot ett förstatligande av sjukhusvården, helt eller delvis, skulle staten kunna ta över huvudmannaskapet för NKS. För att markera den starka kopplingen till en forskning på hög internationell nivå kunde det statliga huvudmannaskapet få formen av att KI äger sjukhuset. Den typen av lösningar finns exempel på i andra länder. Ett alternativ kan vara någon form av statskommunal styrelse som Höjer föreslog på 40-talet. Landstinget får koncentrera sina utvecklingsinsatser till att åstadkomma en väl fungerande sjukvård i övrigt för regionens invånare.

Som sagt, bara några konturer. Och bara ett scenario. Ett scenario är ingen vision, ingen värdering av bra eller dåligt, ingen prognos. Men kanske just därför intressant att fortsätta spinna tankar kring.

## Källor

Ds S 1979:6 *Betingelser för ett överförande av huvudmannaskapet för Karolinska sjukhuset till Stockholms läns landstingskommun*. Betänkande av KS-utredningen.

Halldin, Mats (red.) *Södersjukhuset 50 år*. Supplementum Opuscula Medica LXXIX 1994.

Heidenheimer, Arnold J. & Elvander, Nils (red.), *The Making of the Swedish Health System*. (London 1980).

*Hälso- och sjukvårdsplan 1971-80 Stockholms län*.

Knuthammar, Christer, *Ett omvälvande sekel: Stockholms läns landsting 1863-1970* (Stockholm, 1991).

Pernow, Bengt (red.), *Karolinska sjukhuset 1940-1990, en minnesbok* (Stockholm, 1990).

Prop. 1960:159 *om riktlinjer för regionsjukvårdens utbyggande*.

Prop. 1980/81:95 *om ändrat huvudmannaskap för Karolinska sjukhuset m.m.*

Socialstyrelsen, *Principprogram för öppen vård*. Socialstyrelsen redovisar 3 (Stockholm 1968).

Socialstyrelsen, *Förslag till principprogram för hälso- och sjukvården inför 80-talet. Vårdstruktur*. Remisshandling. (Stockholm 1973).

SOU 1928:26 *Betänkande och förslag rörande uppförande av nytt kliniskt sjukhus i Stockholm m.m.*

SOU 1948:14. *Den öppna läkarvården i riket*. Utredning och förslag av medicinalstyrelsen.

SOU 1958:15 *Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena*. Betänkande med förslag av Kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket.

SOU 1958:26 *Regionsjukvården*. Riksplan för samarbete inom specialiserad sjukhusvård av särskilt tillkallad utredningsman.

SOU 1978:70 *Regionsjukvården*. Betänkande av Regionsjukvårdsutredningen.

SOU 1979:78. *Mål och medel för hälso- och sjukvården*. Förslag till hälso- och sjukvårdslag. Betänkande av Hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU).

*Stockholms Läkarförening 100 år* (Stockholm. 2000). Särtryck till Läkartidningen.