Regionrådsberedningen

SKRIVELSE
2021-03-31

RS 2020-0769

Regionstyrelsen

Årsredovisning 2020 för Region Stockholm

Föredragande regionråd: Irene Svenonius

Ärendebeskrivning

Årsredovisning 2020 för Region Stockholm med bilagor.
Miljöredovisning 2020 för Region Stockholm.
Resultatdispositioner samt uppdrag till ombud vid AB Storstockholms Lokaltrafiks årsstämma samt dess dotterbolag, samt uppdrag till ombud vid Landstingshuset i Stockholm AB:s årsstämma samt dess dotterbolag.

Godkännande av villkorade aktieägartillskott från Landstingshuset i Stockholm AB till Folktandvården i Stockholms län AB, samt från AB Storstockholms Lokaltrafik till Waxholms Ångfartygs AB och SL Älvsjö AB. Vidare ingår också godkännande av återbetalning av villkorat aktieägartillskott under 2021 från Ambulanssjukvården i Storstockholm AB till Landstingshuset i Stockholm AB.

Samtliga nämnder och bolag i Region Stockholm undantas merkostnader och minskade intäkter avseende covid-19 vid bedömning av om de uppnått sina budgeterade resultatkrav.

Uppdrag till regionstyrelsen om att utvärdera vilka mål och indikatorer som inte är möjliga att följa upp under 2021 med anledning av covid-19-pandemin.

Uppdrag till fastighets- och servicenämnden att fatta beslut om förlängning av beslut om avgiftsfri parkering för vårdpersonal på fastigheter som förvaltas av Locum AB samt Nya Karolinska i Solna till och med 31 maj 2021.

Omfördelning av investeringsbudget 2021 inom fastighets- och servicenämnden.

I ärendet ingår även beslut enligt bilaga F: Ärenden som behandlas i samband med årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

I ärendet ingår också förslag till beslut om kapitaltäckningsgaranti till Landstingshuset i Stockholm AB på maximalt en miljard kronor, samt godkännande av att Landstingshuset i Stockholm AB ställer ut en kapitaltäckningsgaranti till dotterbolagen.

Förslag till beslut
Regionrådsberedningen föreslår regionstyrelsen föreslå att regionfullmäktige dels beslutar följande.

1. Årsredovisning 2020 för Region Stockholm fastställs.

2. Miljöredovisning 2020 för Region Stockholm godkänns.

3. Villkorat aktieägartillskott för 2020 på 123 529 700 kronor från Landstingshuset i Stockholm AB till Folktandvården i Stockholms län AB godkänns.

4. Villkorat aktieägartillskott för 2020 på 75 000 000 kronor från AB Storstockholms Lokaltrafik till Waxholms Ångfartygs AB godkänns.

5. Villkorat aktieägartillskott för 2020 på 11 293 835 kronor från AB Storstockholms Lokaltrafik till SL Älvsjö AB godkänns.

6. Återbetalning av villkorat aktieägartillskott under 2021 på 13 000 000 kronor från Ambulanssjukvården i Storstockholm AB till Landstingshuset i Stockholm AB godkänns.

7. Resultatdispositioner i enlighet med bilaga Resultatdispositioner år 2020 för resultatenheter inom nämnder fastställs.

8. Region Stockholms ombud vid AB Storstockholms Lokaltrafiks årsstämma samt dess dotterbolag ges i uppdrag, under förutsättning av revisorernas tillstyrkande, att rösta för att fastställa de i koncernen AB Storstockholms Lokaltrafiks årsredovisning för år 2020 intagna resultat- och balansräkningarna, resultatdispositioner i enlighet med förteckning enligt bilaga Resultatdispositioner år 2020 för bolag inom koncernen AB Storstockholms Lokaltrafik, samt bevilja AB Storstockholms Lokaltrafiks styrelseledamöter (inklusive dotterbolag) och verkställande direktör ansvarsfrihet för 2020 års verksamhet.

9. Region Stockholms ombud vid Landstingshuset i Stockholm AB:s årsstämma samt dess dotterbolag ges i uppdrag, under förutsättning av revisorernas tillstyrkande, att rösta för att fastställa de i koncernen Landstingshuset i Stockholm AB:s årsredovisningar för år 2020 intagna resultat- och balansräkningarna, resultatdispositioner i enlighet med förteckning enligt bilaga Resultatdispositioner år 2020 för bolag inom koncernen Landstingshuset i Stockholm AB, samt bevilja Landstingshuset i

Stockholm AB:s styrelseledamöter (inklusive dotterbolag) och verkställande direktör ansvarsfrihet för 2020 års verksamhet.

10. Samtliga nämnder och bolag i Region Stockholm undantas merkostnader och minskade intäkter avseende covid-19 vid bedömning av om de uppnått sina budgeterade resultatkrav 2021.

11. Region Stockholm utfärdar kapitaltäckningsgaranti till Landstingshuset i Stockholm AB om maximalt en miljard kronor under 2021 i enlighet med Bilaga G, Kapitaltäckningsgaranti till Landstingshuset i Stockholm AB.

12. Region Stockholm godkänner att Landstingshuset i Stockholm AB utfärdar kapitaltäckningsgaranti till dotterbolagen Danderyds Sjukhus AB, Södersjukhuset AB, Södertälje Sjukhus AB, S:t Eriks Ögonsjukhus AB, Ambulanssjukvården i Storstockholm AB, MediCarrier AB, AB Stockholms Läns Landstings Internfinans, Stockholm Care AB, Locum AB samt Folktandvården Stockholms län AB i enlighet med bilaga H, Kapitaltäckningsgaranti till dotterföretag, Landstingshuset i Stockholm AB.

13. Vid bedömning av om Region Stockholms helägda bolag och TioHundra AB har uppnått sina budgeterade resultatkrav för 2021 undantas 2021 års förändring av diskonteringsräntan vid nuvärdesberäkning av respektive bolags avsättning för pensioner.

14. Regionstyrelsen får i uppdrag att utvärdera vilka mål och indikatorer som inte är möjliga att följa upp under 2021 med anledning av covid-19-pandemin, och återkomma i tertialrapporten med förslag till hantering av eventuella avvikelser från beslutade målvärden och indikatorer med anledning av covid-19-pandemins utveckling.

15. Fastighets- och servicenämnden medges rätt att fatta beslut om förlängning av beslut om avgiftsfri parkering för vårdpersonal på fastigheter som förvaltas av Locum AB samt Nya Karolinska i Solna till och med 31 maj 2021.

16. Fastighets- och servicenämnden medges rätt att inom investeringsutrymmet 2021 för fastighets- och servicenämnden omfördela investeringsbudget uppgående maximalt till 100 miljoner kronor från ospecificerade fastighetsinitierade investeringar till ospecificerade hyresgästinitierade investeringar.

17. Rapporten Läget i Stockholmsregionen 2020 – uppföljning av RUFS 2050 godkänns.

18. Slutrapporten - Megaprojektet Nya Karolinska Solna. Beslutsprocesserna bakom en sjukvårdsreform. – läggs till handlingarna.

19. Patientavgift för besök hos läkare på specialistmottagning, enligt bilaga 7 till budget 2021 för Region Stockholm, Taxor och avgifter, omfattar a) besök hos läkare på specialistmottagning inklusive psykiatrisk mottagning, b) planerat återbesök hos läkare på akutsjukhusens akutmottagningar/specialistakut samt c) besök i dagsjukvård (dagkirurgi, dagmedicin och övrig dagsjukvård) (RS 2020-0469).

20. Regionstyrelsen får vid behov besluta om ändringar i Riktlinjer mot kränkande särbehandling, diskriminering, trakasserier och sexuella trakasserier (RS 2019-0446) under förutsättning att de inte är av principiell betydelse.

21. Stockholm Care AB ska, med ändring av regionfullmäktiges beslut den 17 november 2020, § 192, (RS 2020-0469), ansvara för Tobias Registret (det nationella registret för givare av blodbildande stamceller) från och med den 1 januari 2021.

22. Bolagsordningen för Stockholm Care AB godkänns inkluderande byte av företagsnamnet till Tobiasregistret AB i enlighet med regiondirektörens tjänsteutlåtande samt med de smärre justeringar som registreringsmyndigheten kan komma att påkalla.

23. Ägardirektiv för Stockholm Care AB fastställs i enlighet med vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

24. Bolagsstämmoombud uppdras att rösta för antagande av bolagsordning i enlighet med regiondirektörens tjänsteutlåtande, generella ägardirektiv för Region Stockholms bolag i enlighet med regionfullmäktiges beslut den 17 november 2020, § 192 (RS 2020-0469), samt specifika ägardirektiv i enlighet med vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

25. Ändring fastställs i 2 § punkt 11 i reglemente för Karolinska Universitetssjukhuset (RS 2019-1079) då ansvaret för Tobias Registret (det nationella registret för givare av blodbildande stamceller) upphör, från och med den 1 januari 2021.

26. Uppdraget, (LS 2016-1482), att återkomma med en samlad uppföljning av arbetet som skett utifrån kompetens-försörjningsstrategin samt ge förslag till fortsatt styrning av arbetet

med kompetensförsörjning ska rapporteras till regionfullmäktige under 2022.

27. Ändringar fastställs i reglemente för regionrevisorerna (LS 2017-1575) i enlighet med vad som sägs i bilaga F i regionstyrelsens förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

28. Life science-strategi för Stockholmsregionen (RS 2019-0751) fastställs.

29. Policy för verksamhetsskydd (RS 2020-0147), bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm, fastställs från den 1 juni 2021 och nu gällande informationssäkerhetspolicy (LS 2018-0652) samt policy för säkerhet (LS 2015-0093) upphör därmed att gälla.

30. Riktlinjer för informationssäkerhet (RS 2020-0148), bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm, fastställs från den 1 juni 2021 och nu gällande riktlinjer för informationssäkerhet (LS 2018-0652) och därtill hörande tillämpningsanvisningar upphör därmed att gälla.

31. Regionstyrelsen får vid behov besluta om ändringar i riktlinjerna för informationssäkerhet (RS 2020-0148), under förutsättning att de inte är av principiell betydelse.

32. Förslag till riktlinjer för anti-korruption och representation (RS 2020-0266) fastställs vilka ersätter Stockholms läns landstings riktlinjer för anti-korruption och representation (LS 2015-1342).

33. Regionstyrelsen får om det behövs på grund av lag eller rättstillämpning besluta om ändringar i riktlinjerna anti-korruption och representation (RS 2020-0266).

34. Regionstyrelsen får vid behov besluta om ändringar av beloppsgränserna i Bilaga till riktlinjer för anti-korruption och representation (RS 2020-0266).

35. Motion 2019:28 av Jonas Lindberg (V), om att häva OPS-avtalet för Nya Karolinska Solna (NKS) (RS 2019-0636) avslås med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

36. Motion 2020:1 av Jens Sjöström (S) om elväg för SL-trafiken (RS 2020-0179) avslås med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

37. Motion 2020:5 av Jens Sjöström (S) angående kollektivtrafiken till Arlanda (RS 2020-0183) anses besvarad med hänvisning till vad

som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

38. Motion 2020:06 av Maria Mustonen (V) om kravställning för bättre arbetsmiljö vid kollektivtrafikupphandlingar (RS 2020-0184) avslås med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

39. Motion 2020:8 av Jonas Lindberg (V) om verksamhetsnära forskning i vården (RS 2020-0186) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

40. Motion 2020:9 av Marit Normasdotter (V) om mammografi för transpersoner (RS 2020-0187) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

41. Motion 2020:11 av Mehdi Oguzsoy (V) om att Region Stockholm erbjuder lånecyklar till alla anställda som jobbar inom regionens verksamheter (RS 2020-0189) avslås med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm samt regionrådsberedningens motivering.

42. Motion 2020:13 av Leonid Yurkovskiy (SD) om att dra in det ekonomiska bidragsstödet till Ibn Rushd (RS 2020-0191) avslås med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

43. Motion 2020:15 av Gabriel Kroon (SD) och Simon Solberg (SD) om utvärdering av offentliga informationskampanjer (RS 2020-0193) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

44. Motion 2020:20 av Britt-Mari Canhasi (SD) och Leonid Yurkovskiy (SD) om information gällande risker kopplade till inavel mellan kusiner (RS 2020-0323) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

45. Motion 2020:21 av Anna Sehlin (V) om sänkta arvoden till politiker (RS 2020-0324) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

46. Motion 2020:22 av Anna Sehlin (V) m.fl. om att driva kollektivtrafiken i egen regi (RS 2020-0325) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

47. Motion 2020:24 av Jonas Lindberg (V) om att utreda kostnadsansvaret för medicinsk service och läkemedel (RS 2020-0327) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

48. Motion 2020:26 av Jonas Lindberg (V) om att privata vårdgivare måste bidra i kris (RS 2020-0438) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm samt regionrådsberedningens motivering.

49. Motion 2020:27 av Gabriel Kroon (SD) m.fl.om ekonomiska patientincitament (RS 2020-0439) avslås med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

50. Motion 2020:28 av Elinor Odeberg (S) Robert Johansson (S) och Lowisa Anderzon (S) om att öppna specialiserad mottagning för vårdpersonal med psykisk ohälsa (RS 2020-0544) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm samt regionrådsberedningens motivering.

51. Motion 2020:29 av Elinor Odeberg (S) m.fl. om elevhälsobaserad första linjens psykiatri – inget barn ska behöva hamna mellan stolarna (RS 2020-0545) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

52. Motion 2020:30 av Jens Sjöström (S) om att Region Stockholm bör lägga egen regi-anbud inom kollektivtrafiken (RS 2020-0546) avslås med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

53. Motion 2020:31 av Jens Sjöström (S) m.fl. (S) angående sociala och arbetsrättsliga krav vid upphandlingar (RS 2020-0547) avslås med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

54. Motion 2020:32 av Talla Alkurdi (S) m.fl. om behovet av att skala upp folkhälsoarbetet i kölvattnet av coronakrisen (RS 2020–0548) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

55. Motion 2020:34 av Bengt Larsson (V) m.fl. om en strategi för att minska den ofrivilliga ensamheten (RS 2020–0550) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

56. Motion 2020:35 av Catarina Wahlgren (V) och Thomas Magnusson (V) om Norrtäljemodellen som föredöme för Region Stockholm (RS 2020-0551) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

57. Motion 2020:37 av Jonas Lindberg (V) m.fl. om Regionens medicinska insatser för äldre vid kommunernas särskilda boenden kräver en snabb förbättring (RS 2020-0553) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

58. Motion 2020:38 av Jonas Lindberg (V) om att regionen genom IOP eller egen regi startar en mottagning och verksamhet som riktar sig exklusivt till vårdpersonal med psykisk ohälsa och Utmattningstillstånd (RS 2020-0554) anses besvarad med hänvisning till vadsom sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm samt regionrådsberedningens motivering.

59. Motion 2020:39 av Jonas Lindberg (V) om städning i sjukhusens egen regi (RS 2020-0555) avslås med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

60. Motion 2020:40 av Victor Harju (S) m.fl. (S) om patienter som experter i kris (RS 2020-0694) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

61. Motion 2020:41 av Tove Sander (S) m.fl. om att förbättra vården för sexuellt traumatiserade (RS 2020-0695) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

62. Motion 2020:42 av Jens Sjöström (S) och Khashayar Farmanbar (S) om Saltsjöbanans nygamla vagnar (RS 2020-0696) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

63. Motion 2020:43 av Talla Alkurdi (S) m.fl. om att rädda Norrtäljemodellen - dags för en rättvis ersättning till vården i Norrtälje! (RS 2020-0697) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

64. Motion 2020:44 av Talla Alkurdi (S) m.fl. att det är dags för en fast vårdkontakt i primärvården (RS 2020-0698) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

65. Motion 2020:46 av Jonas Lindberg (V) om införande av områdesansvar och obligatorisk listning till husläkarmottagningarna (RS 2020–0700) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

66. Motion 2020:47 av Jonas Lindberg (V) om att utreda den ökade användningen av digital utomlänsvård (RS 2020-0701) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

67. Motion 2020:48 av Lina El Yafi (V) och Anna Sehlin (V) om utökad regional försörjning av förnybar energi (RS 2020-0702) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

68. Motion 2020:49 av Kerstin Amelin (V) m.fl. om livscykelanalyser och miljöcertifiering vid investeringar (RS 2020-0703) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

69. Motion 2020:50 av Gabriel Kroon (SD) om medicinteknisk utrustning som internationellt bistånd (RS 2020-0704) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

70. Motion 2020:2 av Talla Alkurdi (S) om att inrätta en akutkommission (RS 2020-0180) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

Dels att regionstyrelsen, under förutsättning av regionfullmäktiges beslut, för egen del beslutar följande.

71. Regiondirektören får i uppdrag att fatta beslut om åtgärder för att skydda regionens informationstillgångar vid misstanke om eller vid informationssäkerhetsincident som bedöms kunna leda till allvarlig skada.

Regionrådsberedningens motivering

Året som gått saknar motstycke i regionens och Sveriges historia. Enorma insatser har gjorts av alla delar och alla medarbetare i Region Stockholm. Tillsammans har vi kraftsamlat för att möta tyngden av pandemin. Genom gemensamma insatser har regionen hela tiden haft en kapacitet i sjukvården som vid varje givet tillfälle varit större än behovet. Samtidigt har kollektivtrafiken rullat med full kraft trots bara en bråkdel av ordinarie antal resenärer. Många har under det gånga året mist livet under

pandemin, tiotusentals har vårdats på våra sjukhus och vårdens anställda har gjort ovärderliga insatser. Människor har förlorat sina jobb och sin inkomst samtidigt som företagare har sett sina livsverk gå upp i rök.

Ekonomi i balans

Region Stockholm redovisade ett resultat för 2020 på 5 802 miljoner kronor. Resultatet översteg det budgeterade resultatet för året med 5 490 miljoner kronor. Region Stockholm har redovisat ett positivt resultat sedan 2007. Det gör Region Stockholm unik i Sverige som den enda region som inte gått med underskott. Dessutom är Region Stockholm den enda regionen i Sverige som inte höjt skatten under denna period. Genom överskott och ordning och reda i ekonomin har Regionen byggt skyddsvallar för att hantera extraordinära situationer och klara viktiga långsiktiga åtaganden mot länets invånare inom hälso- och sjukvård och kollektivtrafik. När pandemin bröt ut i Regionen kunde vi agera snabbt med målet att hela tiden ligga ett steg före pandemin. Vi förberedde oss för det värsta, men hoppades på det bästa.

Överskottet för 2020 beror till stor del på engångsposter så som lägre pensionskostnader, realisationsvinster från fastighetsförsäljningar, lägre finansiella kostnader och tillfälliga pandemirelaterade tillskott. Tiden framåt blir dock utmanande, då konjunkturläget gör att skatteintäkterna riskerar att bli lägre. Till detta har kollektivtrafiken fortsatt låga intäkter, den uppskjutna vården måste utföras och en påtagligt ökad skatteutjämning drabbar regionen med full kraft kommande år. Region Stockholm har således betydande ekonomiska utmaningar framöver.

Det är därför oerhört viktig att använda 2020 års överskott på ett ansvarsfullt sätt som säkerställer resurserna inom hälso- och sjukvården och till den vårdskuld som uppstått samt kollektivtrafiken, så att lågkonjunktur och ekonomiska försämringar till följd av lägre resenärsintäkter och kraftigt utökad utjämningsskatt kan bryggas över. Så stor del av överskottet som är lagligt möjligt – 3 247 miljoner kronor, avsätts därför i en resultatutjämningsreserv. Det blir en slags försäkring för att klara en kapacitetsstark kollektivtrafik och för att hantera den på grund av pandemin uppskjutna vården kommande år, då lågkonjunkturen bedöms ge lägre skatteintäkter.

Konjunkturläget i Stockholmsregionen

Följderna av pandemin går inte helt att överblicka. Vad som är klart är dock att pandemin har en kraftigt negativ påverkan på ekonomin på lång sikt och riskerar att accelerera nergången i konjunkturen som vi såg redan innan pandemin. Detta riskerar att leda till minskade skatteintäkter framöver,

samtidigt som kostnaderna ökar kraftigt för skatteutjämningen vilket ger en direkt negativ effekt på regionens kärnverksamhet.

Stockholmsregionen har drabbats hårt av pandemin. Från mars månad har knappt 60 000 personer varslats i länet, det är hälften av alla varsel i riket. Vecka 9 2020 omfattade den öppna arbetslösheten och sökande i arbetsmarknadsprogram i Stockholmsregionen 76 119 personer. Vid årets slut var det 107 290 personer, vilket är mer än en 40-procentig ökning. Runt 185 000 personer omfattades av korttidspermitteringar i regionen, vilket är en tredjedel av riket, trots att regionen har knappt en fjärdedel av Sveriges befolkning.

Företag som funnits under generationer har gått i konkurs under pandemin och livsverk har slagits i spillror. Enligt beräkningar från Stockholms Handelskammare så föll näringslivets omsättning i Stockholmsregionen med 58,2 miljarder kronor.

Det behövs kraftfulla åtgärder för att stärka Stockholms attraktionskraft och snabbt återstarta ekonomin, för att säkra jobb och företag i Stockholmsregionen. Statliga medel till Region Stockholm för regional tillväxt, som historiskt legat på en låg nivå, behöver utökas kraftfullt. De massiva infrastruktursatsningarna som pågår just nu i bland annat utbyggd tunnelbana kommer sysselsätta många stockholmare för lång tid framöver. De positiva effekterna av investeringar i infrastruktur kommer leda till möjligheter för Stockholmsregionen att växa och utvecklas. Även här finns en diskrepans i länets tilldelning i nationell plan i förhållande till folkmängd och befolkningstillväxt. Brister i infrastruktur i Stockholmsregionen är en nationell angelägenhet och lyckas vi inte komma till rätta med dem får det kännbara effekter på lång sikt även långt utanför våra länsgränser.

Många företag har drabbats hårt av pandemin och framförallt de restriktioner som införts. Det är av stor vikt för regionens fortsatta utveckling att ekonomin kan återstartas, men det måste samtidigt ske på ett smittsäkert sätt. I slutet av året började vaccinleveranser komma. Tyvärr har de kraftigt reviderats ner efter årsslutet vilket fördröjer återstarten av Stockholmsregionen. Regionen har fortsatt god förmåga att genomföra vaccinationen, men leveranserna måste öka i omfattning.

<u>Krafttag för att möta pandemin</u>
Sjukvården ställde tidigt om för att möta pandemin. Samordning och en samlad ledning för vårdens beredskap för det nya coronaviruset skedde när den regionala särskilda sjukvårdsledningen (RSSL) etablerades och

aktiverades den 7 februari. I uppdraget ingick att säkerställa att regionens samlade sjukvårdsresurser förberedde sig inför ett eventuellt utbrott i Sverige samt att säkerställa sjukvårdsmaterial under störningar i försörjningsflödet.

Sjukvården genomförde en enorm omställning under inledningen av pandemin, med aktivering av krislägesavtal, etablerandet av Älvsjö sjukhus och en särskild organisation med Command Center på Karolinska för att säkra skyddsutrustningen, för att nämna några. Insatserna som gjorts är många och alla medarbetare har bidragit till den gemensamma ansträngningen att möta pandemin samt vårda patienter.

Inom kollektivtrafiken skedde en anpassning till Folkhälsomyndighetens rekommendationer om att inte resa med kollektivtrafiken såvida det inte verkligen var nödvändigt, i syfte att minimera smittspridningen. Uppdraget har varit att köra så många bussar och tåg som det går för att undvika trängsel. Resandet har kraftigt minskat sedan mitten av april med upp till 50 procent, för att vid årets slut landa på 64,5 procent av föregående års resande i kollektivtrafiken på land.

Under året som gått har också insatser kopplat till kulturens förutsättningar och näringslivs- och arbetsmarknadsfrågor genomförts och hälften av landets alla forskningsprojekt kring covid-19 genomförs i Region Stockholm.

Regionstyrelsen fattade 19 maj 2020 beslut om att genomföra en oberoende utvärdering av regionens hantering av det nya coronaviruset. Syftet med utvärderingen är att dra lärdomar för framtiden och ge underlag till Region Stockholms förbättringsarbete. Utvärderingen menar att: *Det är viktigt att poängtera att trots den stora pressen och den ansträngda situationen som pandemin har inneburit har Region Stockholm lyckats med sitt uppdrag. Regionen och dess anställda har arbetat hårt för att ställa om verksamheten, utöka vårdkapaciteten, säkerställa materialflödet, och räddat liv. Regionen har vidare arbetat i stab längre än någonsin tidigare, utan tidigare träning av stabsarbete vid likartade händelser. Allt detta har Regionen gjort genom såväl den första som den andra vågen, utan att veta vad som komma skall.*

Miljövinster för en hållbar framtid

Coronapandemin har både försvårat och skyndat på arbetet för ett stärkt klimat och hållbarhetsarbete. Sjukhusen har haft svårt att vidta åtgärder för minskat användande av textilier eller för mer hållbara måltider samtidigt har pandemin drastiskt minskat resandet. Resultaten för 2020 års

uppföljning av Region Stockholms miljöarbete visar i korthet att Region Stockholms övergripande klimatpåverkan fortsätter att minska. Totalt ses en minskning om 55 procent sedan 2011, och gentemot 1990 är utsläppen 72 procent lägre. Siffrorna visar att det långsiktiga och dedikerade miljöarbete som Region Stockholms verksamheter och bolag genomfört gett ett tydligt positivt resultat. Viktiga åtgärder som bidragit till den stora minskningen är övergång till förnyelsebara drivmedel inom kollektivtrafiken och förnybar energi inom regionens fastigheter samt energieffektivisering inom fastigheter och trafik. Beräkningen av klimatpåverkan från energianvändning sker utifrån ett livscykelperspektiv, där även produktion och distribution ingår.

Investeringar för framtiden

Investeringsutgifterna 2020 uppgick till 10 916 miljoner kronor vilket motsvarade en upparbetningsgrad på 73 procent av budgeten på 14 934 miljoner kronor. Årets utgifter understeg budget med 4 018 miljoner kronor. Årets upparbetningsgrad förklaras främst av Covid-19-pandemins effekter på fastighetsinvesteringar inom vården samt senareläggningar av större investeringar inom kollektivtrafiken.

Region Stockholm har gjort och fortsätter att genomföra stora satsningar inom hälso- och sjukvården genom att bygga nytt, rusta upp och utveckla arbetssätt som förstärker vården för att ge en tillgängligare och effektivare hälso- och sjukvård där fler patienter får rätt vård, i rätt tid, på rätt vårdnivå och till rätt kostnad. Inom kollektivtrafiken genomförs de största investeringarna i modern tid med stora satsningar på utbyggnaden av tunnelbanan, tvärbanor och upprustning av både Roslagsbanan och röda linjen för att säkerställa en väl fungerande och tillgänglig kollektivtrafik i en växande Stockholmsregion.

I syfte att minska Region Stockholms kostnader för investeringar genomfördes under våren en omfattande översyn av Region Stockholms investeringsverksamhet för att säkerställa tydliga prioriteringar, långsiktigt lägre utgifter och effektivt genomförda investeringar. Översynen genomfördes i samverkan med investerande nämnder och bolag. Som ett led i arbetet med att stärka investeringsstyrningen pågår ett arbete med att tydliggöra och utveckla principer inom investeringsverksamheten. Syftet är att bidra till ökad kontroll och förstärkt styrning såväl innan, som under och efter investeringsbeslut. I grund och botten handlar det om att stärka helhetsgreppet kring investeringsprocessen med stärkt fokus på tillkommande nytta för att genomföra korrekta prioriteringar.

Motioner
I anslutning till årsbokslutet behandlas ett antal motioner, där regionrådsberedningen i huvudsak instämmer i de bedömningar som redovisas i bilaga F i årsredovisningen. Därutöver lämnas följande synpunkter.

Motion 2020:26 av Jonas Lindberg (V) om att privata vårdgivare måste bidra i kris (RS 2020-0438) handlar om lån av medarbetare från privata vårdgivare. I den externa utvärderingen av Region Stockholms hantering av pandemin lyfts en rad lärdomar fram som regionen behöver ta vidare. En av dessa är gäller hur lån av anställda från privata vårdgivare bäst ska ske. Utvärderingen ger en rad rekommendationer, bland annat att hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning i samråd med privata vårdgivare bör definiera ansvar och villkor för lån av personal mellan parterna samt tydliggöra förväntningar. Dessa rekommendationer kommer tillsammans med övriga synpunkter att hanteras och tillvaratas i regionens kommande arbete.

Motion 2020:11 av Mehdi Oguzsoy (V) om att Region Stockholm erbjuder lånecyklar till alla anställda som jobbar inom regionens verksamheter (RS 2020-0189) vill underlätta cykling. Möjligheten att cykla till och från arbetet är en viktig hälsofråga. Ökat cyklande är också en viktig regional fråga där Region Stockholm arbetar aktivt för en förbättrad cykelinfrastruktur. Ett system för lånecyklar kan vara en lösning för att öka cyklandet, men i dagsläget bedöms ingen lämplig lösning finnas för detta.

Motionerna 2020:28 av Elinor Odeberg (S) Robert Johansson (S) och Lowisa Anderzon (S) om att öppna specialiserad mottagning för vårdpersonal med psykisk ohälsa (RS 2020-0544) och 2020:38 av Jonas Lindberg (V) om att regionen genom IOP eller egen regi startar en mottagning och verksamhet som riktar sig exklusivt till vårdpersonal med psykisk ohälsa och utmattningstillstånd (RS 2020-0554) tar upp likartade förslag. Regionrådsberedningen instämmer i regionledningskontorets analyser, men föreslår att motionerna ska anses besvarade, då behovet av psykiatrisk vård för hälso- och sjukvårdens anställda är tillgodosett genom uppdraget hos Capio Hjärnhälsan AB.

Avslutning
Regionrådsberedningen vill rikta ett stort tack till alla de anställda i regionen, alla som arbetar på regionens uppdrag och till alla regionens samverkansparter för oerhörda insatser under pandemin 2020. Den omställning som har genomförts saknar motstycke i länets historia. Ansträngningarna har inneburit att regionen i varje givet läge kunde möta stockholmarnas behov av såväl intensivvård som vanlig vård.

Regionrådsberedningen vill också framföra sin uppskattning över att regionstyrelsens samtliga partier har visat stort ansvarstagande och har bidragit konstruktivt till regionens samlade krishanteringsförmåga.

Beslutsunderlag
Regiondirektörens tjänsteutlåtande
Årsredovisning 2020 för Region Stockholm
Miljöredovisning 2020 för Region Stockholm
Bilaga A: Resultatdispositioner år 2020 för nämnder
Bilaga B: Resultatdispositioner år 2020 för bolag inom koncernen Landstingshuset i Stockholm AB
Bilaga C: Resultatdispositioner år 2020 för bolag inom koncernen AB Storstockholms Lokaltrafik
Bilaga D: Aktieägartillskott inom koncernen Landstingshuset i Stockholm AB
Bilaga E: Aktieägartillskott inom koncernen AB Storstockholms Lokaltrafik
Bilaga F: Ärenden som behandlas i samband med årsredovisning 2020 för Region Stockholm, med tillhörande underbilagor:
F1: Läget i Stockholmsregionen – 2020 års uppföljning av RUFS
F2: Slutrapport som avser genomlysning av Nya Karolinska Solna-projektet
F3: Tobiasregistret AB – bolagsordning
F4: Life science-strategi för Stockholmsregionen
F5: Policy för verksamhetsskydd
F6: Riktlinjer för informationssäkerhet
F7: Riktlinjer för anti-korruption och representation
Bilaga G: Kapitaltäckningsgaranti till Landstingshuset i Stockholm AB
Bilaga H: Kapitaltäckningsgaranti till dotterföretag, Landstingshuset i Stockholm AB

Irene Svenonius

Regionstyrelsen
Regionledningskontoret
Koncernredovisning
Mikael Löwenhielm

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2021-03-30

RS 2020-0769

Regionstyrelsen

Årsredovisning 2020 för Region Stockholm

Ärendebeskrivning

Årsredovisning 2020 för Region Stockholm med bilagor.
Miljöredovisning 2020 för Region Stockholm.
Resultatdispositioner samt uppdrag till ombud vid AB Storstockholms Lokaltrafiks årsstämma samt dess dotterbolag, samt uppdrag till ombud vid Landstingshuset i Stockholm AB:s årsstämma samt dess dotterbolag.

Godkännande av villkorade aktieägartillskott från Landstingshuset i Stockholm AB till Folktandvården i Stockholms län AB, samt från AB Storstockholms Lokaltrafik till Waxholms Ångfartygs AB och SL Älvsjö AB. Vidare ingår också godkännande av återbetalning av villkorat aktieägartillskott under 2021 från Ambulanssjukvården i Storstockholm AB till Landstingshuset i Stockholm AB.

Samtliga nämnder och bolag i Region Stockholm undantas merkostnader och minskade intäkter avseende covid-19 vid bedömning av om de uppnått sina budgeterade resultatkrav.

Uppdrag till regionstyrelsen om att utvärdera vilka mål och indikatorer som inte är möjliga att följa upp under 2021 med anledning av covid-19-pandemin.

Uppdrag till fastighets- och servicenämnden att fatta beslut om förlängning av beslut om avgiftsfri parkering för vårdpersonal på fastigheter som förvaltas av Locum AB samt Nya Karolinska i Solna till och med 31 maj 2021.

Omfördelning av investeringsbudget 2021 inom fastighets- och servicenämnden.

I ärendet ingår även beslut enligt bilaga F: Ärenden som behandlas i samband med årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

I ärendet ingår också förslag till beslut om kapitaltäckningsgaranti till Landstingshuset i Stockholm AB på maximalt en miljard kronor, samt godkännande av att Landstingshuset i Stockholm AB ställer ut en kapitaltäckningsgaranti till dotterbolagen.

Beslutsunderlag
Regiondirektörens tjänsteutlåtande
Årsredovisning 2020 för Region Stockholm
Miljöredovisning 2020 för Region Stockholm
Bilaga A: Resultatdispositioner år 2020 för nämnder
Bilaga B: Resultatdispositioner år 2020 för bolag inom koncernen Landstingshuset i Stockholm AB
Bilaga C: Resultatdispositioner år 2020 för bolag inom koncernen AB Storstockholms Lokaltrafik
Bilaga D: Aktieägartillskott inom koncernen Landstingshuset i Stockholm AB
Bilaga E: Aktieägartillskott inom koncernen AB Storstockholms Lokaltrafik
Bilaga F: Ärenden som behandlas i samband med årsredovisning 2020 för Region Stockholm, med tillhörande underbilagor:
F1: Läget i Stockholmsregionen – 2020 års uppföljning av RUFS
F2: Slutrapport som avser genomlysning av Nya Karolinska Solna-projektet
F3: Tobiasregistret AB – bolagsordning
F4: Life science-strategi för Stockholmsregionen
F5: Policy för verksamhetsskydd
F6: Riktlinjer för informationssäkerhet
F7: Riktlinjer för anti-korruption och representation
Bilaga G: Kapitaltäckningsgaranti till Landstingshuset i Stockholm AB
Bilaga H: Kapitaltäckningsgaranti till dotterföretag, Landstingshuset i Stockholm AB

Förslag till beslut
Regionrådsberedningen föreslår regionstyrelsen föreslå att regionfullmäktige dels beslutar följande.

1. Årsredovisning 2020 för Region Stockholm fastställs.

2. Miljöredovisning 2020 för Region Stockholm godkänns.

3. Villkorat aktieägartillskott för 2020 på 123 529 700 kronor från Landstingshuset i Stockholm AB till Folktandvården i Stockholms län AB godkänns.

4. Villkorat aktieägartillskott för 2020 på 75 000 000 kronor från AB Storstockholms Lokaltrafik till Waxholms Ångfartygs AB godkänns.

5. Villkorat aktieägartillskott för 2020 på 11 293 835 kronor från AB Storstockholms Lokaltrafik till SL Älvsjö AB godkänns.

6. Återbetalning av villkorat aktieägartillskott under 2021 på 13 000 000 kronor från Ambulanssjukvården i Storstockholm AB till Landstingshuset i Stockholm AB godkänns.

7. Resultatdispositioner i enlighet med bilaga Resultatdispositioner år 2020 för resultatenheter inom nämnder fastställs.

8. Region Stockholms ombud vid AB Storstockholms Lokaltrafiks årsstämma samt dess dotterbolag ges i uppdrag, under förutsättning av revisorernas tillstyrkande, att rösta för att fastställa de i koncernen AB Storstockholms Lokaltrafiks årsredovisning för år 2020 intagna resultat- och balansräkningarna, resultatdispositioner i enlighet med förteckning enligt bilaga Resultatdispositioner år 2020 för bolag inom koncernen AB Storstockholms Lokaltrafik, samt bevilja AB Storstockholms Lokaltrafiks styrelseledamöter (inklusive dotterbolag) och verkställande direktör ansvarsfrihet för 2020 års verksamhet.

9. Region Stockholms ombud vid Landstingshuset i Stockholm AB:s årsstämma samt dess dotterbolag ges i uppdrag, under förutsättning av revisorernas tillstyrkande, att rösta för att fastställa de i koncernen Landstingshuset i Stockholm AB:s årsredovisningar för år 2020 intagna resultat- och balansräkningarna, resultatdispositioner i enlighet med förteckning enligt bilaga Resultatdispositioner år 2020 för bolag inom koncernen Landstingshuset i Stockholm AB, samt bevilja Landstingshuset i Stockholm AB:s styrelseledamöter (inklusive dotterbolag) och verkställande direktör ansvarsfrihet för 2020 års verksamhet.

10. Samtliga nämnder och bolag i Region Stockholm undantas merkostnader och minskade intäkter avseende covid-19 vid bedömning av om de uppnått sina budgeterade resultatkrav 2021.

11. Region Stockholm utfärdar kapitaltäckningsgaranti till Landstingshuset i Stockholm AB om maximalt en miljard kronor under 2021 i enlighet med Bilaga G, Kapitaltäckningsgaranti till Landstingshuset i Stockholm AB.

12. Region Stockholm godkänner att Landstingshuset i Stockholm AB utfärdar kapitaltäckningsgaranti till dotterbolagen Danderyds Sjukhus AB, Södersjukhuset AB, Södertälje Sjukhus AB, S:t Eriks Ögonsjukhus AB, Ambulanssjukvården i Storstockholm AB, MediCarrier AB, AB Stockholms Läns Landstings Internfinans, Stockholm Care AB, Locum AB samt Folktandvården Stockholms län AB i enlighet med bilaga H, Kapitaltäckningsgaranti till dotterföretag, Landstingshuset i Stockholm AB.

13. Vid bedömning av om Region Stockholms helägda bolag och TioHundra AB har uppnått sina budgeterade resultatkrav för 2021 undantas 2021 års förändring av diskonteringsräntan vid nuvärdesberäkning av respektive bolags avsättning för pensioner.

14. Regionstyrelsen får i uppdrag att utvärdera vilka mål och indikatorer som inte är möjliga att följa upp under 2021 med anledning av covid-19-pandemin, och återkomma i tertialrapporten med förslag till hantering av eventuella avvikelser från beslutade målvärden och indikatorer med anledning av covid-19-pandemins utveckling.

15. Fastighets- och servicenämnden får i uppdrag att fatta beslut om förlängning av beslut om avgiftsfri parkering för vårdpersonal på fastigheter som förvaltas av Locum AB samt Nya Karolinska i Solna till och med 31 maj 2021.

16. Fastighets- och servicenämnden medges rätt att inom investeringsutrymmet 2021 för fastighets- och servicenämnden omfördela investeringsbudget uppgående maximalt till 100 miljoner kronor från ospecificerade fastighetsinitierade investeringar till ospecificerade hyresgästinitierade investeringar.

17. Rapporten Läget i Stockholmsregionen 2020 – uppföljning av RUFS 2050 godkänns.

18. Slutrapporten - Megaprojektet Nya Karolinska Solna. Beslutsprocesserna bakom en sjukvårdsreform. – läggs till handlingarna.

19. Patientavgift för besök hos läkare på specialistmottagning, enligt bilaga 7 till budget 2021 för Region Stockholm, Taxor och avgifter, omfattar a) besök hos läkare på specialistmottagning inklusive psykiatrisk mottagning, b) planerat återbesök hos läkare på akutsjukhusens akutmottagningar/specialistakut samt c) besök i dagsjukvård (dagkirurgi, dagmedicin och övrig dagsjukvård) (RS 2020-0469).

20. Regionstyrelsen får vid behov besluta om ändringar i Riktlinjer mot kränkande särbehandling, diskriminering, trakasserier och sexuella trakasserier (RS 2019-0446) under förutsättning att de inte är av principiell betydelse.

21. Stockholm Care AB ska, med ändring av regionfullmäktiges beslut den 17 november 2020, § 192, (RS 2020-0469), ansvara för Tobias Registret (det nationella registret för givare av blodbildande stamceller) från och med den 1 januari 2021.

22. Bolagsordningen för Stockholm Care AB godkänns inkluderande byte av företagsnamnet till Tobiasregistret AB i enlighet med regiondirektörens tjänsteutlåtande samt med de smärre justeringar som registreringsmyndigheten kan komma att påkalla.

23. Ägardirektiv för Stockholm Care AB fastställs i enlighet med vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

24. Bolagsstämmoombud uppdras att rösta för antagande av bolagsordning i enlighet med regiondirektörens tjänsteutlåtande, generella ägardirektiv för Region Stockholms bolag i enlighet med regionfullmäktiges beslut den 17 november 2020, § 192 (RS 2020-0469), samt specifika ägardirektiv i enlighet med vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

25. Ändring fastställs i 2 § punkt 11 i reglemente för Karolinska Universitetssjukhuset (RS 2019-1079) då ansvaret för Tobias Registret (det nationella registret för givare av blodbildande stamceller) upphör, från och med den 1 januari 2021.

26. Uppdraget, (LS 2016-1482), att återkomma med en samlad uppföljning av arbetet som skett utifrån kompetensförsörjningsstrategin samt ge förslag till fortsatt styrning av arbetet med kompetensförsörjning ska rapporteras till regionfullmäktige under 2022.

27. Ändringar fastställs i reglemente för regionrevisorerna (LS 2017-1575) i enlighet med vad som sägs i bilaga F i regionstyrelsens förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

28. Life science-strategi för Stockholmsregionen (RS 2019-0751) fastställs.

29. Policy för verksamhetsskydd (RS 2020-0147), bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm, fastställs från den 1 juni 2021 och nu gällande informationssäkerhetspolicy (LS 2018-0652) samt policy för säkerhet (LS 2015-0093) upphör därmed att gälla.

30. Riktlinjer för informationssäkerhet (RS 2020-0148), bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm, fastställs från den 1 juni 2021 och nu gällande riktlinjer för informationssäkerhet (LS 2018-0652) och därtill hörande tillämpningsanvisningar upphör därmed att gälla.

31. Regionstyrelsen får vid behov besluta om ändringar i riktlinjerna för informationssäkerhet (RS 2020-0148), under förutsättning att de inte är av principiell betydelse.

32. Förslag till riktlinjer för anti-korruption och representation (RS 2020-0266) fastställs vilka ersätter Stockholms läns landstings riktlinjer för anti-korruption och representation (LS 2015-1342).

33. Regionstyrelsen får om det behövs på grund av lag eller rättstillämpning besluta om ändringar i riktlinjerna anti-korruption och representation (RS 2020-0266).

34. Regionstyrelsen får vid behov besluta om ändringar av beloppsgränserna i Bilaga till riktlinjer för anti-korruption och representation (RS 2020-0266).

35. Motion 2019:28 av Jonas Lindberg (V), om att häva OPS-avtalet för Nya Karolinska Solna (NKS) (RS 2019-0636) avslås med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

36. Motion 2020:1 av Jens Sjöström (S) om elväg för SL-trafiken (RS 2020-0179) avslås med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

37. Motion 2020:5 av Jens Sjöström (S) angående kollektivtrafiken till Arlanda (RS 2020-0183) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

38. Motion 2020:06 av Maria Mustonen (V) om kravställning för bättre arbetsmiljö vid kollektivtrafikupphandlingar (RS 2020-0184) avslås med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

39. Motion 2020:8 av Jonas Lindberg (V) om verksamhetsnära forskning i vården (RS 2020-0186) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

40. Motion 2020:9 av Marit Normasdotter (V) om mammografi för transpersoner (RS 2020-0187) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

41. Motion 2020:11 av Mehdi Oguzsoy (V) om att Region Stockholm erbjuder lånecyklar till alla anställda som jobbar inom regionens verksamheter (RS 2020-0189) avslås med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

42. Motion 2020:13 av Leonid Yurkovskiy (SD) om att dra in det ekonomiska bidragsstödet till Ibn Rushd (RS 2020-0191) avslås med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

43. Motion 2020:15 av Gabriel Kroon (SD) och Simon Solberg (SD) om utvärdering av offentliga informationskampanjer (RS 2020-0193) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

44. Motion 2020:20 av Britt-Mari Canhasi (SD) och Leonid Yurkovskiy (SD) om information gällande risker kopplade till inavel mellan kusiner (RS 2020-0323) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

45. Motion 2020:21 av Anna Sehlin (V) om sänkta arvoden till politiker (RS 2020-0324) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

46. Motion 2020:22 av Anna Sehlin (V) m.fl. om att driva kollektivtrafiken i egen regi (RS 2020-0325) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

47. Motion 2020:24 av Jonas Lindberg (V) om att utreda kostnadsansvaret för medicinsk service och läkemedel (RS 2020-0327) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

48. Motion 2020:26 av Jonas Lindberg (V) om att privata vårdgivare måste bidra i kris (RS 2020-0438) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

49. Motion 2020:27 av Gabriel Kroon (SD) m.fl.om ekonomiska patientincitament (RS 2020-0439) avslås med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

50. Motion 2020:28 av Elinor Odeberg (S) Robert Johansson (S) och Lowisa Anderzon (S) om att öppna specialiserad mottagning för vårdpersonal med psykisk ohälsa (RS 2020-0544) avslås med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

51. Motion 2020:29 av Elinor Odeberg (S) m.fl. om elevhälsobaserad första linjens psykiatri – inget barn ska behöva hamna mellan stolarna (RS 2020-0545) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

52. Motion 2020:30 av Jens Sjöström (S) om att Region Stockholm bör lägga egen regi-anbud inom kollektivtrafiken (RS 2020-0546) avslås med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

53. Motion 2020:31 av Jens Sjöström (S) m.fl. (S) angående sociala och arbetsrättsliga krav vid upphandlingar (RS 2020-0547) avslås med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

54. Motion 2020:32 av Talla Alkurdi (S) m.fl. om behovet av att skala upp folkhälsoarbetet i kölvattnet av coronakrisen (RS 2020–0548) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

55. Motion 2020:34 av Bengt Larsson (V) m.fl. om en strategi för att minska den ofrivilliga ensamheten (RS 2020–0550) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

56. Motion 2020:35 av Catarina Wahlgren (V) och Thomas Magnusson (V) om Norrtäljemodellen som föredöme för Region Stockholm (RS 2020-0551) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

57. Motion 2020:37 av Jonas Lindberg (V) m.fl. om Regionens medicinska insatser för äldre vid kommunernas särskilda boenden kräver en snabb förbättring (RS 2020-0553) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

58. Motion 2020:38 av Jonas Lindberg (V) om att regionen genom IOP eller egen regi startar en mottagning och verksamhet som riktar sig exklusivt till vårdpersonal med psykisk ohälsa och Utmattningstillstånd (RS 2020-0554) avslås med hänvisning till vad

som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

59. Motion 2020:39 av Jonas Lindberg (V) om städning i sjukhusens egen regi (RS 2020-0555) avslås med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

60. Motion 2020:40 av Victor Harju (S) m.fl. (S) om patienter som experter i kris (RS 2020-0694) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

61. Motion 2020:41 av Tove Sander (S) m.fl. om att förbättra vården för sexuellt traumatiserade (RS 2020-0695) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

62. Motion 2020:42 av Jens Sjöström (S) och Khashayar Farmanbar (S) om Saltsjöbanans nygamla vagnar (RS 2020-0696) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

63. Motion 2020:43 av Talla Alkurdi (S) m.fl. om att rädda Norrtäljemodellen - dags för en rättvis ersättning till vården i Norrtälje! (RS 2020-0697) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

64. Motion 2020:44 av Talla Alkurdi (S) m.fl. att det är dags för en fast vårdkontakt i primärvården (RS 2020-0698) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

65. Motion 2020:46 av Jonas Lindberg (V) om införande av områdesansvar och obligatorisk listning till husläkarmottagningarna (RS 2020–0700) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

66. Motion 2020:47 av Jonas Lindberg (V) om att utreda den ökade användningen av digital utomlänsvård (RS 2020-0701) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

67. Motion 2020:48 av Lina El Yafi (V) och Anna Sehlin (V) om utökad regional försörjning av förnybar energi (RS 2020-0702) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

68. Motion 2020:49 av Kerstin Amelin (V) m.fl. om livscykelanalyser och miljöcertifiering vid investeringar (RS 2020-0703) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

69. Motion 2020:50 av Gabriel Kroon (SD) om medicinteknisk utrustning som internationellt bistånd (RS 2020-0704) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

70. Motion 2020:2 av Talla Alkurdi (S) om att inrätta en akutkommission (RS 2020-0180) anses besvarad med hänvisning till vad som sägs i bilaga F i förslag till årsredovisning 2020 för Region Stockholm.

Dels att regionstyrelsen, under förutsättning av regionfullmäktiges beslut, för egen del beslutar följande.

71. Regiondirektören får i uppdrag att fatta beslut om åtgärder för att skydda regionens informationstillgångar vid misstanke om eller vid informationssäkerhetsincident som bedöms kunna leda till allvarlig skada.

Regionledningskontorets förslag och motivering

Sammanfattning

Resultatet för 2020 uppgick till 5 802 miljoner kronor, vilket kan jämföras med det budgeterade årsresultatet på 311 miljoner kronor. Resultatet är 4 305 miljoner kronor högre än föregående år och förklaras till stora delar av engångsposter så som lägre pensionskostnader, realisationsvinster från fastighetsförsäljningar och tillfälliga pandemirelaterade tillskott.

Region Stockholm ställde under 2020 om för att hantera en ny situation med anledning av covid-19. Under året tillförde staten tillfälliga statsbidrag på grund av den pågående pandemin, generella statsbidrag för att balansera för minskade skatteintäkter, samt riktade statsbidrag för att ersätta för merkostnader inom hälso- och sjukvård och delvis för minskade biljettintäkter inom kollektivtrafiken.

Regionfullmäktige avser att i samband med fastställande av årsredovisningen avsätta överskottet till en resultatutjämningsreserv (RUR). Reserveringen kommer till stor del att användas som en försäkring i det fallet det uppstår uteblivna intäkter i kollektivtrafiken samt merkostnader kopplat till den uppskjutna vården. Den ekonomiska risken kopplat till detta uppgår till betydande belopp.

Region Stockholm genomför stora satsningar inom hälso- och sjukvården genom att bygga nytt, rusta upp och utveckla arbetssätt som förstärker vården för att ge en tillgängligare och effektivare hälso- och sjukvård där fler patienter får rätt vård, i rätt tid, på rätt vårdnivå och till rätt kostnad. Även inom kollektivtrafiken genomförs stora satsningar på utbyggnaden av tunnelbanan, tvärbanor och upprustning av både Roslagsbanan och röda linjen för att säkerställa en väl fungerande och tillgänglig kollektivtrafik i en växande Stockholmsregion. Investeringsvolymen uppgick till 10 916 miljoner kronor, vilket är 4 018 miljoner kronor lägre än budget och motsvarar en upparbetningsgrad på 73 procent. Årets upparbetningsgrad förklaras främst av Covid-19-pandemins effekter på fastighetsinvesteringar inom vården samt senareläggningar av större investeringar inom kollektivtrafiken.

Region Stockholm ska långsiktigt över flera budgetperioder ha en god ekonomisk hushållning för att säkerställa ekonomisk stabilitet samtidigt som länets invånare får en tillgänglig vård med god kvalitet och en tillförlitlig kollektivtrafik. Regionfullmäktige har i budget 2020 för Region Stockholm beslutat om inriktningsmål, verksamhetsspecifika mål och nämndspecifika mål. För målen definieras en eller flera indikatorer med ett målvärde som ska uppnås per sista december 2020.

Den samlade bedömningen är att Region Stockholm uppfyllde kraven för en god ekonomisk hushållning 2020 då samtliga inriktningsmål uppnåddes. Vid bedömning av måluppfyllelse har eventuell påverkan av covid-19 beaktas i verksamheternas möjlighet att uppnå fastställda mål. Pandemin har främst påverkat måluppfyllelse negativt. Av antalet mätbara indikatorer har cirka 60 procent uppnått sitt målvärde och cirka 40 procent har inte

uppnått sitt målvärde. Ett mål anses uppfyllt om mer än hälften av indikatorerna är uppfyllda.

I ärendet ingår föreslag om att Landstingshuset i Stockholm ska lämna ett villkorat aktieägartillskott till dotterbolaget Folktandvården Stockholms län AB på 124 miljoner kronor avseende år 2020. Aktieägartillskottet lämnas med anledning av att Folktandvården Stockholms län AB erhållit statligt stöd för korttidspermittering samtidigt som bolaget lämnat ett koncernbidrag till Landstingshuset i Stockholm AB för att utjämna det skattemässiga resultatet. Enligt gällande författning, avseende stöd för korttidspermittering, får en värdeöverföring från mottagare av bidraget inte ske under det år som bidraget avser. Från och med 2021 kommer författningen att ändras, vilket innebär att framtida koncernbidrag kan lämnas utan krav på återföring till bolaget. Aktieägartillskottet är villkorat och Folktandvården Stockholm län AB ska 2022 återbetala beloppet till Landstingshuset i Stockholm AB.

I ärendet ingår även att AB Storstockholms Lokaltrafik föreslås lämna ett villkorat aktieägartillskott till Waxholms Ångfartygs AB med 75 000 000 kronor som avser förlusttäckning under 2020 och dels ett villkorat aktieägartillskott till SL Älvsjö AB med 11 293 835 kronor som avser överföring av en fastighet från moderbolag till dotterbolag.

Ambulanssjukvården i Storstockholm AB har i ärendet LISAB 2018-0020 under 2018 erhållit ett villkorat aktieägartillskott på 26 miljoner kronor från moderbolaget Landstingshuset i Stockholm AB. Det villkorade aktieägartillskottet avsåg kapitalförstärkning för erforderliga investeringar som varit nödvändiga i samband med att ett nytt direktavtal med hälso- och sjukvårdsnämnden började gälla från och med 2019. Enligt villkoren för aktieägartillskottet ska hela beloppet vara återbetalat till moderbolaget senast den 31 december 2022. Återbetalning har inte genomförts tidigare år varför den nu aktuella återbetalningen uppgår till halva det villkorade aktieägartillskottet. Återbetalningen genomförs under 2021 när bolaget har hållit sin ordinarie årsstämma.

Samtliga nämnder och bolag i Region Stockholm föreslås få undanta merkostnader och minskade intäkter avseende covid-19 vid bedömningen av om de uppnått sina budgeterade resultatkrav 2021. Motsvarande beslut fattades i samband med tertialbokslutet 2020, men gällde då endast nämnder och bolag inom hälso- och sjukvården, kollektivtrafiken, färdtjänstnämnden samt regionstyrelsen.

De ekonomiska konsekvenserna av den pågående covid-19-pandemin riskerar medföra att Landstingshuset i Stockholm AB:s dotterbolag redovisar betydande negativa resultat under 2021 och att aktiekapitalet i dotterbolagen därmed kan bli förbrukat. Om detta inträffar är dotterbolagens styrelse skyldig att upprätta en kontrollbalansräkning. Skulle kontrollbalansräkningen utvisa att det registrerade aktiekapitalet har förbrukats till mer än hälften är styrelsen skyldig att kalla till extra stämma och pröva frågan om bolaget ska träda i likvidation. För att undvika att regelverket om kontrollbalansräkning blir tillämpligt, föreslås att Landstingshuset i Stockholm AB ställer ut en kapitaltäckningsgaranti till förmån för dotterbolagen. Innebörden av en kapitaltäckningsgaranti är att moderbolaget garanterar att dotterbolagens egna kapital vid varje tillfälle uppgår till minst det registrerade aktiekapitalet. I händelse av att dotterbolagens egna kapital vid något tillfälle skulle understiga det registrerade aktiekapitalet, har dotterbolaget möjligheten att avropa ett aktieägartillskott från moderbolaget och härigenom undvika en tillämpning av reglerna om kontrollbalansräkning. En förutsättning för att moderbolaget kan utfärda kapitaltäckningsgaranti är att det finns ekonomiska resurser att infria sådana garantier. Det är därför nödvändigt att den ekonomiska ställningen hos Landstingshuset i Stockholm AB säkerställs i händelse av att företagets utställda kapitaltäckningsgarantier till dotterbolagen aktiveras. Säkerställning sker genom att Region Stockholm utfärdar en kapitaltäckningsgaranti till Landstingshuset i Stockholm AB. Kapitaltäckningsgarantin begränsas till att omfatta ett belopp på maximalt en miljard kronor under 2021.

I samband med att regionens bolag har följt upp fastställda resultatkrav har diskonteringsränteeffekten i pensionsskulden undantagits de senaste åtta åren. Vid nuvärdesberäkning av pensionsskulden använder sig bolagen av aktuell diskonteringsränta som beslutas av finansinspektionen. Ränteförändringen har betraktats som en jämförelsestörande post som bolagen själva har svårt att påverka. Regionledningskontoret föreslår en fortsatt tillämpning av principen om undantag för diskonteringsränteeffekter i resultatuppföljningen och föreslår därför att regionfullmäktige fattar beslut i enlighet härmed.

Regionstyrelsen får i uppdrag att utvärdera vilka mål och indikatorer som inte är möjliga att följa upp under 2021 med anledning av covid-19-pandemin, och återkomma i tertialrapporten med förslag till hantering av eventuella avvikelser från beslutade målvärden och indikatorer med anledning av pandemins utveckling.

Fastighets- och servicenämnden får i uppdrag att fatta beslut om förlängning av beslut om avgiftsfri parkering för vårdpersonal på fastigheter som förvaltas av Locum AB samt Nya Karolinska i Solna till och med 31 maj 2021. Förslaget innebär en minskad intäkt för Region Stockholm på cirka 30 miljoner kronor. Intäktsminskningen är en konsekvens av covid-19-pandemin och får därmed enligt regionfullmäktiges förslag till beslut, undantas från bedömning av resultatkrav.

Fastighets- och service nämnden får omfördelning investeringsbudgeten för 2021. I investeringsbudget 2021 för fastighets- och servicenämnden, finns ett totalt investeringsutrymme för ospecificerade fastighetsinitierade respektive hyresgästinitierade investeringar motsvarande 800 miljoner kronor, varav 100 miljoner kronor avser hyresgästinitierade investeringar. Fastighets- och servicenämnden bedömer att ett outnyttjat investeringsutrymme kommer att finnas 2021 gällande ospecificerade fastighetsinitierade investeringar, då många fastighetsinvesteringar befinner sig i planeringsskede samt med anledning av rådande situation med covid-19. Investeringsutrymmet 2021 för ospecificerade hyresgästinitierade investeringar är intecknat av pågående hyresgästinitierade investeringar. Fastighets- och servicenämnden har beslutat att föreslå regionstyrelsen föreslå regionfullmäktige besluta att fördela om investeringsbudget 2021 för Landstingsfastigheter Stockholm inom Fastighets- och servicenämnden. Omfördelningen föreslås uppgå maximalt till 100 miljoner kronor och att fördelas från ospecificerade fastighetsinitierade investeringar till ospecificerade hyresgästinitierade investeringar, för att möjliggöra ytterligare hyresgästinitierade investeringar.

I Miljöredovisning 2020 för Region Stockholm redovisas resultatet för det miljöarbete som genomförts inom Region Stockholm under 2020. Miljöarbetet inom Region Stockholm styrs dels genom Miljöprogram 2017–2021 och dels genom mål i Region Stockholms budget. Som helhet präglas 2020 av goda resultat inom många områden såsom textilier, klimat, ekologisk mat och energi trots att verksamheterna haft en utmanande och oförutsägbar situation under större delen av året, som ställt stora krav på verksamheternas flexibilitet. Region Stockholms klimatåtagande syftar till att minska klimatpåverkan med 50 procent gentemot 2011 och 75 procent gentemot 1990, men även att vidta åtgärder för klimatanpassning. Region Stockholms övergripande klimatpåverkan har under 2020 minskat till cirka 110 000 ton koldioxidekvivalenter jämfört med närmare 248 000 ton koldioxid-ekvivalenter 2011. Det innebär att klimatpåverkan minskat med 55 procent sedan 2011 och med 72 procent sedan 1990. Även om 2020

präglas av speciella omständigheter som gjort att utsläppen från exempelvis tjänsteresor minskat markant, visar siffrorna att det långsiktiga och systematiska miljöarbete som Region Stockholms verksamheter och bolag genomfört gett ett tydligt positivt resultat.

I ärendet ingår även bilaga: Ärenden som behandlas i samband med årsredovisning 2020 för Region Stockholm, med tillhörande underbilagor. Bilagan innefattar förslag till beslut för övriga ärenden, styrande dokument och motioner.

Bakgrund
Region Stockholm är organiserat i en nämndorganisation samt dotterbolag samlade i två aktiebolagsrättsliga koncerner och med samverkan kring sjukvård och omsorg i Norrtälje. Beslut kring resultatdispositioner med mera fattas i regionfullmäktige för regionkoncernen i dess helhet samt för Region Stockholms nämnder, koncernen AB Storstockholms Lokaltrafik och för koncernen Landstingshuset i Stockholm AB.

Region Stockholm ska avge en årsredovisning per den 31 december 2020. Årsredovisningen består av en förvaltningsberättelse, kapitel 1-8, där verksamhetens utveckling och väsentliga händelser redovisas. Dessutom ingår en bedömning av om regionfullmäktiges mål har uppnåtts och viktiga förhållanden för resultat och ekonomisk ställning. I kapitel 9 framgår den ekonomiska redovisningen med resultat- och balansräkning samt kassaflöde, både för regionen och regionkoncernen. I kapitel 10-12 redovisas verksamheten för nämnder och bolag i regionkoncernen. Dessutom beskrivs de kommunalförbund som Region Stockholm är medlem i, samt stiftelser.

Region Stockholms årsredovisning 2020 överlämnas till regionfullmäktige för behandling, tillsammans med resultatdispositioner för resultatenheter inom nämnder, resultatdispositioner för bolag inom koncernen AB Storstockholms Lokaltrafik, resultatdispositioner för bolag samt aktieägartillskott inom koncernen Landstingshuset i Stockholm AB.

I ärendet ingår godkännande av Miljöredovisning 2020 för Region Stockholm.

I ärendet ingår även bilaga F: Ärenden som behandlas i samband med årsredovisning 2020 för Region Stockholm, med tillhörande underbilagor.

Carina Lundberg Uudelepp
Regiondirektör

Katarina Holmgren
Ekonomidirektör

Beslutsexpediering:
Akt

Godkänd av Carina Lundberg Uudelepp, 2021-03-30

Region Stockholm

Årsredovisning 2020

Innehållsförteckning

FÖRVALTNINGSBERÄTTELSE 3

1. FÖRVALTNINGSCHEFENS KOMMENTAR 3
2. HÄNDELSER AV VÄSENTLIG BETYDELSE 5
3. REGIONKONCERNEN 15
4. STYRNING OCH UPPFÖLJNING AV REGIONENS VERKSAMHET 17
5. GOD EKONOMISK HUSHÅLLNING OCH EKONOMISK STÄLLNING 22
6. VIKTIGA FÖRHÅLLANDEN FÖR RESULTAT OCH EKONOMISK STÄLLNING 59
7. ÖVERSIKT ÖVER VERKSAMHETENS UTVECKLING 61
8. FÖRVÄNTAD UTVECKLING 62
9. EKONOMISK REDOVISNING 66
10. NÄMNDER 70
11. BOLAG 119
12. KOMMUNALFÖRBUND OCH STIFTELSER 144
13. DRIFTS- OCH INVESTERINGSREDOVISNING 150
14. NOTER 152

Siffror inom parentes avser motsvarande period föregående år om inte annat anges. Avvikelser kan förekomma i tabeller och diagram då siffrorna är avrundade från tusen kronor till miljoner kronor.

Förvaltningsberättelse

1. Förvaltningschefens kommentar

År 2020 i Region Stockholm har präglats av att pandemin slog till redan vid årets början och fick omfattande effekter på såväl människors liv och hälsa som på arbetslöshet, konkurser, utbildning och ekonomi. Många har mist livet, tiotusentals har vårdats på olika sätt. Samtidigt har många invånare fått avstå från vård som medicinskt kunde anstå för att sjukvårdens resurser skulle kunna hantera alla som blev svårt sjuka av viruset.

Ingen har gått opåverkad av pandemin under 2020. De som arbetar inom hälso- och sjukvården har haft det extra tufft, i frontlinjen mot ett helt nytt virus där kunskapen om de bästa behandlingsmetoderna har fått utvecklas under arbetets gång. De sista dagarna av 2020 inleddes vaccinationen i regionen av de äldre boende i särskilda boendeformer. Det var en ljusning i en i övrigt mycket påfrestande julhelg för sjukvården, då den andra vågen slog till med nästan samma kraft som den första. För kollektivtrafiken har pandemin inneburit att resenärerna över en natt halverades, intäkterna radikalt minskat, samtidigt som all trafik har körts för att minska risken för trängsel. Insatser har genomförts inom ramen för regionens uppdrag för att mildra effekterna på näringslivet och på kulturen. Omfattande samverkan har skett med kommunerna, med länsstyrelsen, med statliga myndigheter, akademier, övriga regioner, organisationer och näringsliv, allt för att skapa bästa möjliga förutsättningar i en svår tid.

Anställda i samtliga verksamheter inom regionens uppdrag har påverkats och visat på en enorm omställnings- och anpassningsförmåga till en ny verklighet. Många har fått byta arbetsuppgifter, chefer, arbetslag och fysiska arbetsplatser inom vården. Andra har fått arbeta hemma och sjukfrånvaron har varit högre än tidigare år, inte minst eftersom rekommendationerna har varit att stanna hemma vid minsta symptom. Den långa sjukfrånvaron har dock hållits på samma nivåer som tidigare. Eftersom arbetssituationen varit svår främst inom akutsjukvården har omfattande personligt stöd i olika former erbjudits. För att skapa utrymme för återhämtning låg fokus under sommaren på att erbjuda alla regionens anställda inom vården fyra veckors sammanhållen ledighet. Glädjande nog har rekryteringen av bland annat sjuksköterskor gått bra under året och flera verksamheter har minskad personalomsättning och ökad kvarstannandegrad jämfört med andra tidigare år. De uppföljningar av arbetsmiljö som genomförts har visat på goda resultat.

Under våren fattade den regionala särskilda sjukvårdsledningen (RSSL) runt 400 beslut runt pandemin, under tiden från juni månad och till årets slut då produktionssamordningsgruppen för hälso- och sjukvård

sammanträtt har RSSL under den tid den varit aktiverad fattat ett tiotal beslut. Detta är resultatet av ett omfattande lärande i organisationen och en samverkan som kommit genom behovet att gemensamt lösa vården för patienternas bästa. Det har inneburit att alla har arbetat, lärt, utvärderat och analyserat ”i steget” något som var regionstyrelsens önskemål att fånga genom den beställning av utvärdering av pandemin som beslutades i maj 2020.

Inom kollektivtrafiken har antalet resenärer sjunkit dramatiskt, under perioder ner mot 50–60 procent av ett normalår, vilket har fått omfattande ekonomiska konsekvenser. Det kräver åtgärder för att bortom pandemin åter få stockholmarna att välja den kapacitetsstarka kollektivtrafiken för sin arbetspendling och fritidsresor.

Bokslutet uppvisar för 14:e året i rad ett överskott, men för 2020 ett exceptionellt överskott. Det beror till stor del på engångsposter så som lägre pensionskostnader, realisationsvinster från fastighetsförsäljningar, lägre finansiella kostnader och tillfälliga pandemirelaterade tillskott. Tiden framåt blir utmanande, med fortsatt låga intäkter i kollektivtrafiken, uppskjuten vård som måste utföras och en påtagligt ökad skatteutjämning kommande år. Så stor del av överskottet som är lagligt möjligt, avsätts därför i en resultatutjämningsreserv. Det blir en slags försäkring för att klara en kapacitetsstark kollektivtrafik och att arbeta med den uppskjutna vården kommande år, då lågkonjunkturen bedöms ge lägre skatteintäkter. Alla medarbetare och samarbetsparter har gjort fantastiska insatser som möjliggjort att regionen kunnat upprätthålla otroligt viktiga samhällsfunktioner och trots ett enormt tryck hela tiden klarat av att ligga ett steg före covid-19. Stort tack till alla!

2. Händelser av väsentlig betydelse

2.1 Covid-19

Under huvuddelen av 2020 har i stort sett all verksamhet inom Region Stockholm inriktats på att hantera covid-19-pandemin och dess effekter. Verksamhet och resurser har styrts om, inte minst inom hälso- och sjukvården där medarbetare har gjort enastående insatser och nya samarbetsformer och stärkt produktionssamordning har etablerats mellan vårdgivarna. Under våren fyrdubblades kapaciteten inom intensivvården, från cirka 90 till 400 platser, Capio S:t Görans Sjukhus inkluderat.

Krislägesavtalet har under viss tid varit aktiverat och medarbetarna i hälso- och sjukvården arbetade intensivt med att vårda en helt ny typ av patienter. Vårdgivare utanför akutsjukhusen, med olika typer av avtal med regionen, har bidragit med personal till akutsjukvården samtidigt som enskilda har bidragit genom temporära anställningar.

Covid-19-pandemin har lett till ett kraftigt minskat resande med kollektivtrafiken vilket har medfört minskade biljettintäkter. För att begränsa smittspridningen enligt nationella rekommendationer har Region Stockholm bedrivit kollektivtrafiken som vanligt och uppmanat länets invånare att undvika ej nödvändiga resor.

Covid-19 har påverkat folkhälsan på ett mycket påtagligt sätt. Per den 31 december 2020 har totalt 121 874 personer konstaterats smittade och 3 452 av dessa har avlidit[1].

2.1.1 Hälso- och sjukvård

I januari 2020 rapporterade Kina om att de under december 2019 och januari 2020 haft ett kraftigt utbrott av ett nytt coronavirus med många dödsfall till följd av detta.

Första vågen

Under slutet av februari konstaterades de första fallen av covid-19-sjukdom i Stockholms län.

Samordning och en samlad ledning för vårdens beredskap för det nya coronaviruset har enligt gällande ordning skett av RSSL[2] som etablerades och aktiverades den 7 februari. LSSL[3] etablerades vid samtliga sjukhus respektive SLSO som i nära samverkan operativt genomfört samtliga insatser. Arbetet inom RSSL leddes initialt av chefläkare i samarbete med

[1] Datat är hämtat från Folkhälsomyndighetens hemsida den 5 februari och avser ack. vecka 53 2020.
[2] RSSL: Regionala särskilda sjukvårdsledningen.
[3] LSSL: Lokala särskilda sjukvårdsledningarna.

smittskyddsläkaren. I uppdraget ingick att säkerställa att regionens samlade sjukvårdsresurser förberedde sig inför ett eventuellt utbrott i Sverige samt att säkerställa sjukvårdsmaterial under störningar i försörjningsflödet.

Från och med den 18 mars blev hälso- och sjukvårdsdirektören huvudansvarig för att leda arbetet inom RSSL i samarbete med hälso- och sjukvårdsförvaltningens chefsläkare och smittskyddsläkare. Arbetet inom varje LSSL har letts av respektive produktionsansvarig direktör med sina operativa krisledningar.

RSSL och de lokala särskilda sjukvårdsledningarna, LSSL, arbetade under våren med att säkerställa att skyddsutrustning, läkemedel och annan utrustning fanns tillgängligt för att säkerställa akut och imperativ vård inom regionen. I vissa delar i samverkan med övriga regioner och Socialstyrelsen.

Ett arbete startade tidigt för att tillskapa vårdplatser på akutsjukhusen och de geriatriska klinikerna för patienter med covid-19, samt att utöka antalet IVA-platser i Region Stockholm. Ordinarie IVA-platser på regionens sjukhus blev snabbt för få då smittspridningen tog fart i mars och kapaciteten utökades kraftigt.

Att sjukhusen snabbt och agilt kunde allokera resurser och öka IVA-kapaciteten i pandemins början var helt avgörande för att behandla de svårast sjuka covid-19-patienterna effektivt. Utökningen av IVA-kapaciteten har totalt sett varit tillräcklig för att motsvara behovet som funnits.

För att frigöra kapacitet genomfördes också omstyrning av vård inom hälso- och sjukvården. Folktandvården Stockholms län AB fick i mars i uppdrag att minska sin verksamhet genom att stänga kliniker för att frigöra skyddsutrustning och förbrukningsmaterial till sjukvården. Belastningen på akutsjukhusen har varierat beroende på hur smittspridningen inom regionen sett ut, vilket medfört ett stort behov av patienttransporter mellan sjukhusen samt såväl över tid planerad som akut omstyrning av ambulanser och även förflyttning av intensivvårdspatienter mellan sjukhusen.

Under mars månad startade en uppbyggnad av extra slutenvårdskapacitet i form av ett sjukhus i Älvsjö, och den 6 april stod sjukhuset klart att användas. Sjukhuset var avsett att vårda patienter med covid-19-sjukdom, i det fall pandemin ledde till en kapacitetsbrist på slutenvårds- och IVA[4]-platser vid akutsjukhusen. Någon sådan kapacitetsbrist uppstod inte och Älvsjö sjukhus kunde sedermera avvecklas.

[4] IVA – intensivvårdsavdelning

Så snart antikroppstester utvecklats fattades beslut i enlighet med Folkhälsomyndighetens rekommendationer, om tillgång till dessa tester. Regionerna hade ansvar för att testa patienter, egen personal samt kommunernas anställda och misstänkta fall på SÄBO[5] Testkapaciteten byggdes snabbt ut. Beslut fattades under våren att skjuta upp planerad vård som kunde vänta utan allvarliga konsekvenser för patienten. Därmed kunde sjukvårdspersonal frigöras för att förstärka i vården av covid-19-patienter.

Stockholms läns sjukvårdsområde upprättade en mobil provtagnings-kapacitet, som initialt hade uppdraget att provta misstänkta covid-19-smittade på SÄBO. Provtagningskapaciteten utökades successivt.

Under pandemin har hälso- och sjukvården ställt om för att möta den stora ökningen av patienter i allmänhet och IVA-patienter i synnerhet. För att klara den stora omställningen rekryterade verksamheterna bland annat nya medarbetare, utbildade och omfördelade personal för nya arbetsuppgifter, ökade inhyrningen av personal, återkallade icke lagstadgade ledigheter samt beordrade medarbetarna att arbeta övertid. Vårdgivare utanför akutsjukhusen, med olika typer av avtal med regionen, har bidragit med personal till akutsjukvården. Ovanstående insatser var inte tillräckliga för att klara bemanningen av IVA-verksamheten och Region Stockholm begärde därför att Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, skulle aktivera Krislägesavtalet, vilket gjordes den 3 april. För att säkerställa vården under sommaren samtidigt som medarbetarna skulle kunna få sin lagstadgade semester, var Krislägesavtalet fortsatt aktivt under sommaren.

Vid slutet av våren avtog smittspridningen av covid-19 väsentligt och belastningen på akutsjukhusen minskade.

Mellantiden

Under sommaren var smittspridningen låg och som en följd av detta avslutades RSSL den 7 september. Arbetet med att säkra beredskap för att hantera pandemin fortsatte dock, genom samordning mellan sjukvårdsaktörer i egen regi och S:t Görans sjukhus som startat redan före sommaren. Tidigt under hösten minskade vårdköerna. Viktiga åtgärder under tidig höst var att bevaka läget, fortsätta arbeta preventivt och kommunicera med befolkningen om att följa Folkhälsomyndighetens, FHM:s, rekommendationer samt att erbjuda testning för pågående covid-19-infektion och efterföljande smittspårning av positiva fall, samt att hantera den uppskjutna vården. Ett särskilt fokus har legat på att vidta åtgärder för att minska risken att drabbas av covid-19 för invånare som bor på särskilda boenden, att säkra rutiner vid eventuella nya utbrott och säkerställa vårdens kvalitet för de boende.

[5] Särskilt boende för äldre

Andra vågen

Under senhösten tog smittspridningen fart och köerna ökade åter. Den kris- och katastrofmedicinska planen reviderades i november 2020. Beredskap upprätthölls också för att snabbt kunna vidta åtgärder för att skala upp vårdplatser inklusive IVA-platser och ett beslut togs i regionfullmäktige, RS 2019–1041, om att ha ett tre månaders lager med skyddsutrustning och annat material på plats vid snabbt tilltagande ökning i smitta.

I takt med att smittspridningen och sjukvårdsbehovet åter tog fart ökade behovet av smittskyddsinsatser. Den 29 oktober fattade FHM, efter samråd och tillstyrkan av smittskyddsläkaren i Region Stockholm, beslut om skärpta allmänna råd för Stockholms län. Samråd hade även skett med länsstyrelsen. Därtill hemställde smittskyddsläkaren till Länsstyrelsen i Stockholm om att meddela föreskrifter om begränsning av antalet deltagare i allmänna sammankomster och offentliga tillställningar.

Den 19 november aktiverades åter RSSL. En produktions-samordningsgrupp, bestående av bland andra samtliga akutsjukhus, inklusive S:t Görans sjukhus som drivs av Capio AB, och Stockholms läns sjukvårdsområdes, SLSO, regiondirektör, hälso- och sjukvårdsdirektören, chefläkaren och smittskyddsläkaren, har sedan juni månad med ökad frekvens under hösten löpande utarbetat omfallsplaner[6] och vårdgivarna har verkställt kapacitetsökningar för slutenvård och intensivvård i den takt detta krävts.

Med anledning av det ansträngda läget inom intensivvården begärde Region Stockholm den 23 december att Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, skulle aktivera krislägesavtalet för regionens IVA verksamheter. SKR aktiverade samma dag Krislägesavtalet för Region Stockholms IVA-verksamheter.

Sedan oktober har vårdgivare utanför akutsjukhusen utökat eller förändrat sina uppdrag för att frigöra kapacitet till covid-19-vård vid akutsjukhusen. För att säkra att den nära vården har förutsättningar att klara sitt uppdrag i pandemin har också SLSO givits ett uppdrag att från och med våren till årets slut, stödja och samordna vårdgivare inom närsjukvården.

Från den 15 juni till den sista december har det genomförts 864 941 tester av misstänkt smitta i Region Stockholm. Under motsvarande tidsperiod har det utförts 693 235 antikroppstester[7].

---

[6] Omfallsplanering innebär att i en krissituation planera och ha beredskap för olika saker som kan hända.

[7] Statistik från Karolinska Universitetssjukhuset

Planeringsförutsättningarna för vaccination för covid-19 klarnade i början av december och en plan för vaccinering i tre steg lades upp utifrån förväntad tillgång till vaccin och FHM:s prioriterade grupper. Efter de initiala beskeden har planeringsförutsättningarna kraftigt förändrats då prognoserna för vaccintillgång har reviderats ned.

2.1.2 Kollektivtrafiken

Inom kollektivtrafiken skedde en anpassning till Folkhälsomyndighetens rekommendationer om att inte resa med kollektivtrafiken såvida det inte verkligen var nödvändigt, i syfte att minimera smittspridningen. Uppdraget har varit att köra så många bussar och tåg som det går för att undvika trängsel. Omfattande informationsinsatser har genomförts med budskapet ”res inte med kollektivtrafiken” samtidigt har trafiken fortsatt att köra i full omfattning. Resandet har under året sjunkit kraftigt och förväntas med stor osäkerhet variera på olika sätt nästa år. Trafiknämnden har trots de utmaningar som covid-19 pandemin inneburit upprätthållit en stabil produktion och verksamhet.

Trafiknämnden har under året arbetat med scenarier för krishantering samt resandeprognoser och intäktsprognoser som stöd för uppföljning och planering. En viktig del i arbetet har varit omvärldsbevakning och fördjupade analyser av attityder, resebeteenden och trängsel för att få ökad förståelse och underlag för kort- och långsiktig hantering av pandemin.

Resandet har kraftigt minskat sedan mitten av april med upp till 50 procent, för att vid årets slut landa på 64,5 procent av föregående års resande i kollektivtrafiken på land. Värt att nämna är att januari och februari inte påverkades av pandemin, utan hade normala resenärsvolymer.

Biljettkontrollen har under pandemin fått ett justerat arbetsupplägg både för att observera trängsel samt för att bidra till biljettintäktssäkring. Under sommaren startade utpasseringskontroller på samtliga trafikslag, så att kontrollerna kunde genomföras på ett säkert sätt, och under oktober månad startade kontroller ombord på alla spårfordon i lågtrafik.

I mars beslutade trafiknämnden att stänga framdörrarna på bussar i trafik. Installation av skyddsglas vid förarplats i bussar kunde påbörjas i december, med start i Norrtälje. Detta möjliggör återgång till påstigning vid framdörrarna och därmed återtagande av intäktssäkring i bussverksamheten. Utrullningen fortsätter successivt framöver vid de olika depåerna. I oktober informerade också trafiknämnden att alla måste ha en giltig biljett på bussen för att någon vecka senare börja lämna ut tilläggsavgifter till dem som inte hade en aktiverad reskassebiljett.

I slutet av december fattade FHM beslut om ett nytt allmänt råd som innebar att munskydd bör användas i kollektivtrafiken på vardagar i

rusningstid. De nya rekommendationerna om munskydd i kollektivtrafiken börjar gälla från och med den 7 januari 2021 i hela landet.

2.1.3 Regional utveckling

Region Stockholms uppdrag att driva regional utveckling omfattar allt från kultur till kompetensförsörjning, samhällsplanering och tillväxtfrågor. Pandemin har lett till ett kraftigt konjunkturfall som påverkar stora delar av näringslivet såväl i Stockholmsregionen som nationellt och globalt. Krisen i spåren av covid-19 påverkar regionens företag på olika sätt. I vissa branscher har efterfrågan minskat kraftigt, med permitteringar och varsel som följd. I Sverige har över 120 000 personer varslats om uppsägning sedan början av mars 2020. Varslen ökar mest i Region Stockholm som står för knappt 50 procent av alla varsel i riket.

Under pandemin har Region Stockholm arbetat aktivt för att stötta det regionala näringslivet och arbetsmarknaden. Det har genomförts och pågår möten löpande med näringslivsaktörerna i regionen där såväl politiker som tjänstemän deltar. Bland annat har ett flertal digitala dialoger genomförts samtidigt som en regional kraftsamling genomförts tillsammans med Länsstyrelsen i Stockholm för att mobilisera och få överblick över utvecklingen.

Läget i Stockholmsregionens näringsliv och på arbetsmarknaden har sammanställts veckovis med anledning av covid-19. Sammanställningarna har innehållit fakta och statistik om läget i olika branscher, konkursstatistik, varsel och arbetslöshet samt information om regionala och nationella insatser. Under covid-19-pandemin har veckorapporten, Covid-19: Näringslivet i Stockholmsregionen, skickats till regionala intressenter.

Tillväxt- och regionplanenämnden har genomfört en framtidsanalys i spåret av covid-19, rapporten, TRN 2020–0148, har presenterats i december 2020.

För att matcha företagens olika behov har Region Stockholm byggt en webbtjänst, där företag som behöver uppdrag eller har arbetskraft tillgänglig, kan lägga upp vad de kan erbjuda. På samma sätt kan företag som behöver arbetskraft lägga upp sina behov. Tjänsten är kostnadsfri och syftet är att företagen ska kunna hitta varandra och samverka i en tid med mycket speciella omständigheter. Enda villkoret för företag att vara med är att de är momsregistrerade och har F-skattsedel.

Inom samtliga verksamheter har det varit tydligt att samverkan är en absolut förutsättning för en fungerande krishantering. Det gäller både mellan nämnder och bolag inom Region Stockholm och med andra

offentliga och privata aktörer.

2.1.4 Kultur

Covid-19-pandemin har haft en stor inverkan på länets kulturliv. Framför allt är det begränsningen av allmänna sammankomster som fått långtgående konsekvenser för aktörerna, vilket bara delvis kompenserats av olika former av stödåtgärder. Under våren 2020 beslutades att medel avsedda för inställda evenemang inte återkrävs samtidigt som en utlysning av kulturstöd gjordes.

2.1.5 Digitalisering

Samverkan, samordning och nya arbetssätt, där digitaliseringen har utvecklats och verksamheterna i vården har utvecklat snabba vägar för dialog med patienter, samt insatser med kommuner och andra aktörer, har varit absolut avgörande för Region Stockholms hantering av pandemin.

Regionledningskontoret arbetade under året med att skapa förutsättningar för att andra delar av systemet skulle kunna fokusera på sina kärnuppdrag. Det innefattade bland annat att delta i samt stötta den regionala särskilda sjukvårdsledningen i it- och telefonifrågor, justeringar och utökningar i avtal med leverantörer av gemensam infrastruktur och tjänster, bereda och eskalera beslut samt vara beslutsfattare för ett extrainsatt förändringsråd för att säkerställa högsta möjliga kontinuitet i vårdens it-stöd. Digitaliseringen har inneburit att en majoritet av alla möten inklusive regionfullmäktige har hållits digitalt.

Den accelererade digitaliseringen har inneburit såväl möjligheter till kvalitetsförbättringar som effektiviseringar. I linje med intentionerna i it- och digitaliseringsstrategin, RS 2019–0669 och RS 2019–0829, krävs dock en utökad samverkan, konsolidering och stärkt digital kompetens för att Region Stockholm fullt ut ska uppnå de önskade effekterna av digitalisering och AI.

Pandemin har satt hård press på Region Stockholm och digitala lösningar för omhändertagande av patienter har i många fall varit det enda hållbara alternativet för att upprätthålla samhällsviktig verksamhet och minimera smittspridningen. Fokus har legat på att maximera nyttan av tjänster som fanns på plats redan innan pandemin:

- Alltid Öppet har gått från 94 till 550 anslutna enheter inom Region Stockholm och Region Gotland.
- Antalet chattärenden i Alltid Öppet har ökat med drygt 1200 procent.
- Användningen av e-tjänsterna på 1177.se har ökat till 2,6 miljoner inloggningar.
- Antalet videomöten i primärvården ökade med 1 094 procent.
- Kapaciteten för hemarbetsplatser ökade från 2 000 till 30 000 samtidiga användare.

- Digitala samarbetsplattformen Teams fick stort genomslag i alla förvaltningar och bolag.

En konsekvens av omställningen till distansarbete är att medarbetarna snabbt har ökat sin grundläggande digitala kompetens, vilket är en förutsättning för att ta nästa steg i digitaliseringen. Det är av stor vikt att de redan påbörjade satsningarna på kompetenshöjande åtgärder breddas till att omfatta områden som automation och AI, som nu nyttjas i allt högre grad av Region Stockholm. Exempel är bildanalys av röntgenbilder som prövas i direkt klinisk verksamhet och den arbetsmiljöenkät som används med AI på ett bolag där urvalet av frågor anpassas till verksamhet.

En utmaning under pandemin har varit att det inte har funnits en lösning för elektronisk underskrift på plats. Ett arbete har dragit igång för att skyndsamt ta fram en lösning. Några verksamheter pekar på att pandemin även har haft vissa negativa konsekvenser för digitaliseringen. Det rör sig bland annat om planerade infrastrukturlyft eller systembyten som har behövts senareläggas.

Lagen om tillgänglighet till digital offentlig service har trätt i kraft. Den samlade bedömningen är att merparten av Region Stockholms verksamheter arbetar med tillgänglighetsfrågorna, men det behövs ett ökat fokus för att fullt ut leva upp till lagkraven. Det snabba införandet av nya arbetssätt innebar också andra positiva effekter såsom ett minskat resande och som en följd av detta lägre utsläpp.

2.2 Större investeringar

Utvecklingen av en tillgänglig hälso- och sjukvård fortsatte under 2020 med bland annat om- och tillbyggnad av regionens vårdfastigheter. Utvecklingen av Utbyggnaden av tunnelbana och tvärbanor, liksom upprustningen av Roslagsbanan och Röda linjen, är exempel på investeringar för att säkerställa en väl fungerande kollektivtrafik i en växande Stockholmsregion.

Skärpta nationella krav, framförallt avseende miljö och säkerhet, innebär att nya kostnadsbedömningar för utbyggnaden av tunnelbanan överstiger det avtalade kostnadstaket. Region Stockholm har tillsammans med berörda kommuner sedan hösten 2019 uppvaktat regeringen med ett gemensamt förslag till lösning av ytterligare finansiering som bygger på samma kostnadsfördelning som det ursprungliga avtalet. Regeringen tillsatte 20 november 2020 en förhandlingsperson. Förhandlingarna pågår mellan parterna och beräknas slutföras under våren 2021.

Större fastighetsinvesteringar inom hälso- och sjukvården

- Vid Capio S:t Görans sjukhus färdigställdes två byggnader för somatisk vård, varav en byggnad har överlämnats till vårdverksamheten och i början av året öppnades entrén till vuxenakutmottagningen.
- På Södersjukhuset färdigställdes och driftsattes en ny vuxenakutmottagning inklusive ambulanshall i sin helhet under juni.
- Helrenovering av Sollentuna sjukhus färdigställdes i april och sjukhuset har nu geriatrisk vård samt specialistvård och i januari öppnades en ny närakut på sjukhuset.

Större investeringar i kollektivtrafiken

- De första arbetstunnlarna i Tunnelbana till Barkarby färdigställdes och har slutbesiktigats.
- Flertalet tilldelningar har gjorts för arbetstunnlar inom utbyggd tunnelbana, till exempel Hammarby fabriksväg och Hagastaden.
- Tunnelbana till Arenastaden har fått en lagakraftvunnen järnvägsplan och depå i Högdalen har fått miljötillstånd.
- Tilldelningen av spår- och servicetunnel från Kungsträdgården och tilldelningen av berg- och anläggningsentreprenaden för station Sofia, har överprövats.
- Trafikstart för det nya fordonet, C30, på tunnelbanans röda linje. Tio fordon är levererade vilket innebär att fem fullängdståg kan köras.
- Leverans och driftsättning av nya fordonet A35 till Tvärbanan.
- Uppgradering av tunnelbanefordonen, C20, är godkända för serieproduktion. Alla 271 vagnar ska vara moderniserade år 2023.
- Roslagsbanans nya Vallentunadepå har slutbesiktigats.
- Kista- och Solnagrenen har kopplats ihop.

2.3 Fastighetsförsäljningar

I mars 2020 beslutade regionfullmäktige om försäljning av Bromma sjukhus. Försäljningspriset uppgick till 570 miljoner kronor. Bokförda värden och försäljningskostnader uppgick till -132 miljoner kronor, vilket gav en realisationsvinst på 438 miljoner kronor. Därmed slutfördes försäljningsuppdraget från landstingsfullmäktiges budget 2018. Köpekontrakt har tecknats och villkorats med krav som ålägger köparen att fortsatt bedriva geriatrisk slutenvård i lokalerna i minst samma omfattning som idag.

I juli 2020 slutfördes försäljningen av depåfastigheten i Hornsberg, enligt överenskommelse med Stockholm stad, till ett belopp på 696 miljoner kronor. Bokförda värden och försäljningskostnader uppgick till minus nio miljoner kronor. Därutöver tillkommer saneringskostnaderna på -265 miljoner kronor. Sammantaget motsvarade detta en realisationsvinst på 422 miljoner kronor. Innerstadsdepån i Hornsberg kommer att ersättas med Tomteboda bussdepå i Solna.

2.4 Karolinska Universitetssjukhuset världens tionde bästa sjukhus

Enligt en ranking som publicerades i tidskriften Newsweek i början på mars är Karolinska Universitetssjukhuset det tionde mest framstående sjukhuset i världen. Rankingen omfattar sjukhus i 20 länder och bygger på en sammanvägning av medicinska resultat, patientrapporterad kvalitet/upplevelser och rekommendationer från läkare, annan vårdpersonal och chefer inom sjukvårdssektorn. 10 000-tals anställda inom sjukvården i de 20 utvalda länderna valdes ut för att svara på frågor on-line.

2.5 Trygghetskommission

Region Stockholm har inrättat en trygghetskommission då säkerhet och trygghet är prioriterade frågor. Trygghetskommissionens uppdrag är att belysa hur regionen kan ta initiativ som ökar den upplevda tryggheten i Stockholmsregionen, både på kort och lång sikt. Arbetet utförs tillsammans med kommunala, regionala, statliga, privata och civila aktörer. Kommissionen ska följa och ta del av regionala analyser och nationell och internationell forskning för att föreslå konkreta åtgärder som kan genomföras av regionen. Kommissionen ska föreslå konkreta åtgärder för att stärka tryggheten i regionen och lämnar en slutrapport senast den 30 november 2021.

3. Regionkoncernen

Regionkoncernen

Region Stockholm är organiserad i en nämndorganisation samt dotterbolag som är samlade i två aktiebolagsrättsliga koncerner. I Norrtälje bedrivs sjukvård och omsorg genom ett kommunalförbund i samverkan med Norrtälje kommun. I tabellen nedan anges de nämnder och bolag som ingår i Region Stockholms verksamhet och i den sammanställda redovisningen 2020. Inom parentes framgår Region Stockholms ägarandel.

Regionkoncernen

Regionen	Koncernbolag m.m.	

Regionfullmäktige, nämnder och styrelser
• Regionstyrelsen
• Hälso- och sjukvårdsnämnden
• Vårdens kunskapsstyrningsnämnd
• Patientnämnden
• Stockholms läns sjukvårdsområde
• Karolinska Universitetssjukhuset
• Trafiknämnden
• Färdtjänstnämnden
• Kulturnämnden
• Tillväxt- och regionplanenämnden
• Fastighets- och servicenämnden
• Revisorskollegiet
	Landstingshuset i Stockholm AB (100 %)
	• Södersjukhuset AB
	• Danderyds Sjukhus AB
	  ○ Barnbördshuset Stockholm AB (49 %)
	• Södertälje Sjukhus AB
	• S:t Eriks Ögonsjukhus AB
	• Folktandvården Stockholms län AB
	• Ambulanssjukvården i Storstockholm AB
	• Stockholm Care AB
	• MediCarrier AB
	• Locum AB
	  ○ AB Terreno
	• AB Stockholms Läns Landstings Internfinans
		AB Storstockholms lokaltrafik (100 %)
		• SL Infrateknik AB
		• AB SL Finans
		• SL Älvsjö AB
		• Waxholms Ångfartygs AB
		
		Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje (50 %)
		• TioHundra AB

Uppdragsföretag

Ett uppdragsföretag är en juridisk person till vilken Region Stockholm har överlämnat en viss angelägenhet med stöd av kommunallagen. Dessa företag ingår bara i regionkoncernens resultat- och balansräkningar när eventuella utbetalade bidrag redovisas som en kostnad i resultaträkningen. Nedanstående sammanställning omfattar de större uppdragsföretagen.

Uppdragsföretag

Samägda juridiska personer med betydande inflytande[8]	Samägda juridiska personer utan betydande inflytande
• ALMI Företagspartner i Stockholm Sörmland AB (40,5 %) • Mälardalstrafik AB (35 %) • Samordningsförbund (25 %)[9] • Kommunalförbundet Svenskt Ambulansflyg (22,6 %)	• Kommunalförbundet Avancerad Strålbehandling (14,3 %) • Resekortet i Sverige AB (13,3 %)

[8] Avser samägda juridiska personer med en ägarandel som överstiger 20 procent.
[9] Region Stockholm ingår i sju samordningsförbund tillsammans med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommunerna i regionen.

Entreprenader
Region Stockholms entreprenader är de angelägenheter som bedrivs av en annan juridisk person än de nämnder och bolag som ingår i regionkoncernen. Region Stockholms trafikverksamhet bedrivs till 100 procent av externa entreprenörer medan 38 procent av hälso- och sjukvården bedrivs av externa vårdgivare.

3.1 Organisationsförändringar

Genomförda organisationsförändringar 2020
Fastighets- och servicenämnden ansvarar för Region Stockholms fastigheter, exklusive trafikfastigheter, och för regiongemensamma servicefunktioner. Under året har arbetet med att fortsatt bygga upp nämndens serviceverksamhet pågått och med viss tidsmässig förskjutning har planerade verksamhetsövergångar verkställts. I februari flyttade första delen av redovisningsfunktionen från Stockholms läns sjukvårdsområde över till serviceförvaltningen. I juni överfördes verksamheten Ekonomisk data och digitalisering från regionledningskontoret till förvaltningen och i september flyttade verksamhet inom lönehantering och systemförvaltning från Karolinska Universitetssjukhuset till serviceförvaltningen.

Kommande verksamhetsförändringar
Under år 2020 har ett arbete med att ta fram erforderliga beslut och förbereda inför kommande verksamhetsförändringar pågått.

Stockholm Care AB:s verksamhet avseende vård av utländska patienter överförs den 1 januari 2021 till Karolinska Universitetssjukhuset. Den huvudsakliga inriktning för Stockholm Care AB från och med 2021 är att förvalta Tobiasregistret.

Region Stockholm och Stockholms stad samarbetar för att stödja filmproduktion i regionen genom ett regionägt bolag. Utöver bättre förutsättningar för filmproduktion innebär det en tydligare ansvarsfördelning och effektivare resursanvändning samtidigt som det bidrar till länets attraktivitet för kreativa näringar. Det nya bolaget blir ett dotterföretag till Landstingshuset i Stockholm AB och verksamheten planeras att starta under våren 2021.

En ny nämnd för miljö, hållbarhet och klimat inrättas i Region Stockholm från den första juli 2021.

4. Styrning och uppföljning av regionens verksamhet

Region Stockholms arbete med mål, planering, uppföljning, analys, åtgärder och intern kontroll bygger på en gemensam grund, som sammanfattas i policyn Integrerad ledning och styrning, ILS, RS 2020–0740.

Styrmodellen utgör en helhet, med vilken Region Stockholm kan analysera följsamheten mot fullmäktiges mål, ekonomi, kvalitet och hållbarhet i verksamheten. I Region Stockholms budget fastställer regionfullmäktige vision, inriktningsmål, verksamhets- och nämndspecifika mål och indikatorer som mäter måluppfyllelsen. ILS omfattar hela koncernen Region Stockholm, det vill säga samtliga nämnder och bolag

Region Stockholm styrs av regionfullmäktige som beslutar om Region Stockholms främsta styrande dokument, budget för Region Stockholm. Samtliga nämnder och bolag har ett självständigt ansvar för att det som regionfullmäktige har beslutat genomförs inom tilldelade ramar och i enlighet med regionfullmäktiges samtliga styrande dokument.

Regionstyrelsen ansvarar för uppsikt över nämnder och bolag, vilket innebär att styrelsen löpande ska följa upp och analysera nämndernas och bolagens arbete med de uppdrag som fastlagts av regionfullmäktige, samt följa att arbetet bedrivs inom beslutade ekonomiska ramar.

Som en del i uppsiktsplikten gör regionstyrelsen i samband med delårs- och årsrapporter en uppföljning av nämnders och bolags måluppfyllelse, genomförandet av fullmäktiges beslut, verksamhetens effektivitet samt i årsrapporten efterlevnad av styrande dokument. Vid avvikelser kan regionstyrelsen begära in ytterligare uppgifter, uppmana nämnder och bolag att vidta åtgärder eller vid väsentliga avvikelser föreslå regionfullmäktige att vidta åtgärder.

Efterlevnad av kommunala ändamål och befogenheter

De kommunala ändamålen och att de är i enlighet med de kommunala befogenheterna fastställs i respektive bolags bolagsordning.

Regionledningskontorets samlade bedömning är att samtliga nämnder och bolag bedrivet en verksamhet som är förenligt med det kommunala ändamålet.

Efterlevnad av ägardirektiven

Ägardirektiv är ett verktyg för ägarens, regionfullmäktiges, långsiktiga och strategiska styrning av bolagen. Ägardirektiven beslutas årligen i samband

med budget och innehåller specifika regler, krav på och uppdrag riktade till bolagen.

Bolagen rapporterar inte några större eller väsentliga avsteg från de fastställda ägardirektiven under verksamhetsåret 2020. Regionstyrelsens bedömning överensstämmer med bolagens egen rapportering.

4.1 Mål och uppdrag

Regionfullmäktige har fattat beslut om en långsiktig vision, *En attraktiv och hållbar växande Stockholmsregion med frihet för invånarna att själva forma sina liv och fatta avgörande beslut*. Visionen beskriver Region Stockholms långsiktiga mål i ett samlat budskap. För att uppnå regionfullmäktiges vision har tre inriktningsmål fastställts i budget 2020 som är gemensamma för koncernen. Inriktningsmålen anger inriktningen för Region Stockholm under mandatperioden, och är följande: Långsiktig ekonomisk uthållighet, En hållbar regional utveckling och Region Stockholm ska bli en hållbar arbetsgivare.

Regionfullmäktige har i budget 2020 också beslutat om verksamhetsspecifika och nämndspecifika mål, som konkretiserar inriktningsmålen. De verksamhetsspecifika gäller för berörda verksamheter och de nämndspecifika gäller för en viss nämnd. I budget beslutades också regionfullmäktiges indikatorer. Indikatorer är de mätvärden som används för att bedöma hur nämnder och bolag uppfyller regionfullmäktiges mål. För vart och ett av de verksamhetsspecifika och nämndspecifika målen definieras en eller flera indikatorer och för varje indikator har ett målvärde satts. De årliga målvärdena sätts utifrån rådande övergripande förutsättningar och utifrån vilken nivå som ska uppnås för respektive år.

Inriktningsmålen och de verksamhetsspecifika målen redovisas i kapitel 7. De nämndspecifika målen för hälso- och sjukvård, kollektivtrafik, regional utveckling, kultur samt strukturerad styrning redovisas under respektive ansvarig nämnd. Under respektive nämnd och bolag redovisas även de indikatorer som följs upp i årsredovisningen som regionfullmäktige har beslutat att nämnden eller bolaget ska styra mot.

Regionfullmäktige beslutar om verksamhetens inriktning, ekonomiska förutsättningar, mål och prioriteringar samt ger nämnder och bolagsstyrelser uppdrag avseende implementering, utredningar och analyser. Uppdragen är ett av fullmäktiges sätt att styra verksamheten för att nå Region Stockholms mål.

4.2 Intern kontroll

Styrningen av den interna kontrollen utgår från reglementet, policy för integrerad ledning och styrning RS 2019–0829 och den regionövergripande

riktlinjen för intern kontroll, RS 2019–0866. Kraven för arbetet förtydligas i regiondirektörens anvisningar inför den årliga verksamhetsplaneringen samt inför tertial-, delårs- och årsrapportering.

Region Stockholms nämnder och bolag ansvarar för att den interna kontrollen är tillräcklig och för att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Det innebär att verksamheten ska bedrivas säkert, effektivt, ändamålsenligt och inom fastställda ekonomiska ramar, att rapporteringen ska vara tillförlitlig samt att lagar, föreskrifter, avtal, styrande dokument och beslut ska efterlevas. I det ingår att arbeta systematiskt med att förutse samt proaktivt hantera och kommunicera risker, möjligheter, åtgärder och kontroller.

Det gemensamma systemstödet Stödet används för att säkerställa att de funktioner som arbetar med riskhantering, intern kontroll, regelefterlevnad och internrevision har full tillgång till den information som krävs för god intern kontroll.

Region Stockholms nämnder och bolag följer regelbundet upp att åtgärder och kontrollmoment genomförs och är effektiva. Rapporteringen av uppföljningen gjordes under året i respektive bolags och nämnds delårs- och årsrapportering.

4.2.1 Regelefterlevnad

Region Stockholm arbetar kontinuerligt med att bevaka och förbättra regelefterlevnaden. Regionövergripande åtgärder för att stärka regelefterlevnaden har genomförts inom flera områden som redovisas nedan.

Av policyn Integrerad ledning och styrning av Region Stockholm, ILS, RS 2020–0740, framgår att Region Stockholms koncernövergripande styrande dokument ska bidra till att uppfylla de mål som regionfullmäktige har fastställt i budgeten för Region Stockholm. Under 2020 har en anvisning om styrande dokument arbetats fram som konkretiserar ILS i denna del. Vidare har en översyn av rutiner, processer och mallar för styrande dokument inletts och fortsätter under 2021. Arbetet syftar till att tydliggöra hur styrande dokument är en del av den politiska styrningen samt hur de ligger till grund för verksamhetsplanering och uppföljning av verksamheten.

Uppförandekod för Region Stockholm och Riktlinjer för anti-korruption och representation

Under 2020 hade flera åtgärder planerats utifrån Uppförandekod för Region Stockholm, LS 2017–1198, och riktlinjer för anti-korruption och representation, RS 2020–0266, bland annat utbildning i nämnder och

bolag med fokus på korruption. Förslag på nya riktlinjer om antikorruption och representation har tagits fram och skickades på remiss till nämnder och bolag under 2020. Remissvaren har omhändertagits och ett slutligt förslag ska enligt tidplan beslutas av regionfullmäktige under våren 2021.

Policy och riktlinjer för inköp
Inköpsåret 2020 har till stor del präglats av covid-19. Under hela året har stora insatser genomförts för att säkerställa en stabil varuförsörjning. Delar av inköpsverksamheten har påverkats av handelshinder och en global obalans mellan utbud och efterfrågan. Höjda priser och osäkerhet i leveranskedjan har varit vardag i varuförsörjningsarbetet. Inköpsorganisationen har emellanåt varit mycket ansträngd och särskilda åtgärder har behövts för att säkerställa regionens inköp

Trots det stora fokuset på varuförsörjningen har nämnder och bolag genomfört i det närmaste lika många lokala upphandlingar som tidigare år, sammanlagt 189 stycken. Det ordinarie upphandlingsarbetet har varit svårt att bemanna, bland annat då medarbetare med vårdkompetens har behövt prioriteras till det patientnära arbetet. Antalet samordnade upphandlingar har minskat jämfört med 2018 och 2019 och uppgick under 2020 till 34 stycken eller 15 procent av alla upphandlingar. Hållbarhetskrav har beaktats i stort sett samtliga upphandlingar. Endast vid ett fåtal tillfällen har det inte varit möjligt på grund av tidsbrist. Antalet överprövningar i upphandlingsmål uppgick 2020 till 14 stycken. Av dessa har Region Stockholm vunnit tio stycken, motsvarande 71 procent.

Antalet direktupphandlingar över direktupphandlingsgränsen har ökat kraftigt under 2020. Direktupphandlingarna har varit nödvändiga och har genomförts med stöd av de undantag för formbunden upphandling som föreligger med anledning av pandemin.

Utifrån erfarenheterna av varuförsörjningen under covid-19 har regionfullmäktige under 2020 fastställt mål för lagerhållningen av skyddsutrustning hos både vårdproducerande nämnder och bolag och hos MediCarrier AB. En ändring av ägardirektivet för MediCarrier AB har också beslutats i syfte att tydliggöra bolagets ansvar för kontinuitet i varuförsörjningen. Sammantaget väntas förändringarna bidra till en mer robust varuförsörjning.

I maj 2020 fattade regionfullmäktige beslut om en plan för införande av kategoristyrt inköpsarbete, RS 2019–1148. Fem nämnder har fått ett utpekat kategoriansvar för ett antal inköpskategorier. Arbete har inletts inom tolv inköpskategorier.

Regionledningskontorets sammanfattande bedömning är att nämnder och bolag i allt väsentligt har arbetat i enlighet med policy för inköp och riktlinje för inköp.

Uppförandekod för leverantörer

Region Stockholms arbete med efterlevnad av uppförandekod för leverantörer sker genom att identifiera riskområden, ställa krav samt följa upp utvalda leverantörer. Region Stockholm har under året identifierat riskområden kopplade till samordnade avtal.

Under året följde Region Stockholm upp kontraktsvillkor för hållbara leveranskedjor avseende några leverantörer av handskar samt för it-leverantörer. Vid framtagande av upphandlingsdokument relaterade till it-produkter under 2020, tillämpade regionledningskontoret ett tilldelningskriterium som innebär att anbudsgivare i utvärderingen premieras utifrån sitt arbete med anti-korruption.

Under året har AB Stockholms Läns Landstings Internfinans haft extra fokus på att följa upp bankernas arbete med penningtvätt. När exempelvis lån via gröna obligationer genomförs, väljs i första en bank som arrangör av affären som bedöms hålla en godkänd nivå i sitt eget hållbarhetsarbete.

Visselblåsarfunktion

Sedan 2019 finns en visselblåsartjänst, som regionstyrelsen ansvarar för, till vilken alla förtroendevalda och anställda i Region Stockholm kan anmäla allvarliga missförhållanden. Det sker genom en webbaserad tjänst som nås via intranätet och anmälaren kan välja att vara anonym. En mottagningsgrupp bestående av chefsjurist, HR-direktör och regelefterlevnadschef vid regionledningskontoret går igenom varje inkommen visselblåsning och bedömer vilka åtgärder som behöver vidtas i det enskilda fallet.

Under 2020 har 61 rapporter inkommit till den centrala visselblåsartjänsten. En fjärdedel av rapporterna rör frågor kopplade till covid-19 pandemin. De flesta anmälningarna innehåller synpunkter på hur olika frågor handläggs och hur chefer agerar i olika verksamheter, vilket i första hand borde hanteras inom ramen för verksamheten och vara en fråga för överordnad chef eller HR-funktionen. Det kan konstateras att anmälningar även inkommit där allvarliga misstankar riktats mot enskilda personer om korruptionsrelaterade brott eller andra allvarliga händelser av misskötsamhet. Inte i något fall har det, vid utredning av detta, gått att verifiera några av påståendena om oegentligheter eller allvarlig misskötsel som framförts. Inga anmälningar eller utredningar har lett fram till polisanmälningar. Åtgärder har i vissa fall vidtagits i verksamheter för att åtgärda det problem som rapporterats.

5. God ekonomisk hushållning och ekonomisk ställning

Region Stockholm ska långsiktigt över flera budgetperioder ha en god ekonomisk hushållning för att säkerställa ekonomisk stabilitet samtidigt som länets invånare får en tillgänglig vård med god kvalitet och en tillförlitlig kollektivtrafik. I enlighet med Policy för God ekonomisk hushållning, RS 2020–0449, ska Region Stockholms budget innehålla långsiktiga finansiella mål och verksamhetsmässiga mål som är av betydelse för en god ekonomisk hushållning.

Regionfullmäktige har i budget 2020 för Region Stockholm beslutat om inriktningsmål, verksamhetsspecifika mål och nämndspecifika mål. För målen definieras en eller flera indikatorer med ett målvärde som ska uppnås per sista december 2020.

Vid bedömning av måluppfyllelse ska eventuell påverkan av covid-19 beaktas då Region Stockholm under 2020 har befunnit sig i en krissituation som i olika utsträckning har påverkat verksamheternas möjlighet att uppnå fastställda mål. Pandemin har främst påverkat måluppfyllelse negativt. Av totalt 112 indikatorer har 22 indikatorer inte gått att mäta, tre har inte gått att bedöma vilket ger att 87 indikatorer har följts upp för 2020. Sammantaget har 51 indikatorer uppnått sitt målvärde, 36 indikatorer har ej uppnått sitt målvärde. Ett mål anses uppfyllt om mer än hälften av indikatorerna är uppfyllda. Av antalet mätbara indikatorer har cirka 60 procent uppnått sitt målvärde och cirka 40 procent har inte uppnått sitt målvärde.

Den samlade bedömningen är att Region Stockholm uppfyllde kraven för en god ekonomisk hushållning 2020 då samtliga inriktningsmål uppnåddes. Under 2020 har Region Stockholms verksamheter aktivt arbetat för att uppnå regionfullmäktiges mål.

Inriktningsmål	**Långsiktig ekonomisk uthållighet**	**Uppfylls** ●
Verksamhetsspecifikt mål	Ett resultat i balans	**Uppfylls** ●
Verksamhetsspecifikt mål	Självfinansiering av drift och ersättningsinvesteringar	**Uppfylls** ●
Verksamhetsspecifikt mål	Hållbar investeringsutveckling	**Uppfylls** ●
Inriktningsmål	**En hållbar regional utveckling**	**Uppfylls** ●
Nämndspecifikt mål	En hälso- och sjukvård av god kvalitet	**Uppfylls ej** ●
Nämndspecifikt mål	Attraktiv kollektivtrafik i ett hållbart transportsystem	**Uppfylls** ●
Nämndspecifikt mål	Regional utvecklingsplanering för hållbar tillväxt	[1)]
Nämndspecifikt mål	Fri kultur för upplevelser, möten, bildning och delaktighet	**Uppfylls delvis** ●
Nämndspecifikt mål	Uppnå strukturerad styrning av Region Stockholms verksamheter	**Uppfylls ej** ●
Verksamhetsspecifikt mål	Social hållbarhet	**Uppfylls delvis** ●
Verksamhetsspecifikt mål	Region Stockholms klimatpåverkan ska minska	**Uppfylls** ●
Verksamhetsspecifikt mål	Region Stockholms miljöpåverkan ska minska	**Uppfylls** ●
Verksamhetsspecifikt mål	Samhällsviktiga funktioner upprätthålls vid extraordinära händelser och klimatförändringar	**Uppfylls** ●
Verksamhetsspecifikt mål	Kärnverksamhet ska prioriteras	[1)]
Verksamhetsspecifikt mål	Hög innovations- och digitaliseringsgrad	**Uppfylls** ●
Verksamhetsspecifikt mål	En av Europas ledande forskningsregioner inom forskning som syftar till bättre hälsa	**Uppfylls** ●
Verksamhetsspecifikt mål	Bidra till ett transporteffektivt samhälle i Stockholmsregionen	**Uppfylls delvis** ●
Verksamhetsspecifikt mål	Stockholmsregionen ska vara Europas mest attraktiva tillväxtregion	**Uppfylls** ●
Inriktningsmål	**Region Stockholm ska bli en hållbar arbetsgivare**	**Uppfylls** ●
Verksamhetsspecifikt mål	Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare	**Uppfylls** ●
Verksamhetsspecifikt mål	Systematisk kompetensförsörjning	**Uppfylls** ●

[1)] Det har inte gått att bedöma om målen uppnåddes 2020 då för få indikatorer har gått att mäta.

5.1 Långsiktig ekonomisk uthållighet

En långsiktigt hållbar ekonomi är en förutsättning för att Region Stockholm ska ha möjlighet att leverera den service till invånarna på kort och lång sikt som målen avser. Region Stockholm ska kunna genomföra både pågående och planerade investeringar och hantera de ökade drifts- och kapitalkostnader som investeringarna medför, samt hantera framtida ekonomiska åtaganden i form av pensionsutbetalningar.

	Utfall 2020	Utfall 2019	Målvärde 2020	Måluppfyllelse
LÅNGSIKTIG EKONOMISK UTHÅLLIGHET				**Uppfylls** ●
Ett resultat i balans				**Uppfylls** ●
Ett positivt resultat enligt balanskravet[1)]	5 092 mkr	1 723 mkr	634 mkr	**Uppfylls** ●
Andel resultatenheter som lämnar resultat enligt resultatkrav	100 %	-	100%	**Uppfylls** ●
Andel sökta statsbidrag som har använts	100 %	-	100%	**Uppfylls** ●
Självfinansiering av drift och ersättningsinvesteringar				**Uppfylls** ●
Finansiering av Region Stockholms driftskostnader och ersättningsinvesteringar ska ske inom koncernens kassaflöde	100 %	100 %	100%	**Uppfylls** ●
Hållbar investeringsutveckling				**Uppfylls** ●
Kapitalkostnadernas[2)] andel av Region Stockholms totala intäkter	7,0 %	7,0 %	≤ 8,7 %	**Uppfylls** ●
Räntebärande skulders andel av de totala intäkterna	43,1 %	49,0 %	≤ 65 %	**Uppfylls** ●
Andel investeringar där genomförandebeslut har föregåtts av en totalekonomisk bedömning med totalkostnadskalkyl	100 %	-	100%	**Uppfylls** ●
Andel investeringar där genomförandebeslut har föregåtts av åtgärdsvalsanalys	95 %	-	100%	**Uppfylls ej** ●
Andel genomförda investeringar där beslutade effektmål har utvärderats	N/A	-	100%	-

[1)] Avser resultatet exklusive omställningskostnader och reavinster.

[2)] Kapitalkostnaderna avser avskrivningskostnader och räntekostnader från leasing- och låneskuld samt andra motsvarande skulder.

Inriktningsmålet om en långsiktig ekonomisk uthållighet har tre verksamhetsspecifika mål: *Ett resultat i balans*, *Självfinansiering av drift och ersättningsinvesteringar* och *Hållbar investeringsutveckling*. Målet uppnåddes för 2020 då samtliga verksamhetsspecifika mål uppnåddes.

Ett resultat i balans

Indikatorn om *Ett positivt resultat enligt balanskravet*, exklusive omställningskostnader och realisationsvinster, uppgick till 5 092 miljoner kronor, vilket är högre än målvärdet på 634 miljoner kronor. Indikatorn uppnådde sitt målvärde för 2020.

Av Region Stockholms 24 nämnder och bolag redovisar trafiknämnden, Stockholm Care AB och Landstingshuset i Stockholm AB ett negativt resultat jämfört med budgeterat resultatkrav. Trafiknämndens underskott förklaras av lägre biljettintäkter till följd av covid-19-pandemin. Stockholm Care AB resultat påverkas negativt av minskad utlandsvård till följd av pandemin, samt nedskrivning av tillgångar i samband med att verksamhet avseende vård av utländska patienter förs över till Karolinska Universitetssjukhuset. De ekonomiska effekterna av pandemin är undantagna från bedömningen av resultatkravet enligt beslut av regionfullmäktige, RS 2019–1041. Nedskrivningskostnaden i Stockholm Care AB beror på verksamhetsförändring och är därmed inte jämförbar med budgeterat resultatkrav. Den negativa budgetavvikelsen för Landstingshuset i Stockholm AB förklaras av nedskrivningar av värdet på aktierna i dotterbolagen. Värderingen av aktierna baseras på dotterbolagens egna kapital och är därmed inte möjlig för Landstingshuset i Stockholm AB att påverka. Justerat för nedskrivningen redovisade

Landstingshuset i Stockholm AB ett resultat som överstiger budgeterat resultat. Justerat för dessa poster bedöms trafiknämnden, Stockholm Care AB och Landstingshuset i Stockholm AB ha uppnått sina resultatkrav. *Andel resultatenheter som lämnar resultat enligt resultatkrav* uppgick därmed till 100 procent och indikatorns målvärde uppnåddes för 2020.

Under 2020 har pandemin medfört att regeringen förändrat villkoren för ett flertal statsbidrag och även lättat på rapporteringskraven. Planerad verksamhet har också påverkats av pandemin, vilket innebär att arbetet för vissa statsbidrag har försenats. Under 2020 har även statsbidrag erhållits för att kompensera för merkostnader till följda av covid-19-pandemin. Fördelningen av statsbidragen kopplade till covid-19-pandemin ligger under regionstyrelsens ansvar. Under året har ett strukturerat arbete genomförts för att säkra det statliga stödet, samt systematiskt följa upp pandemins ekonomiska effekter för nämnder och bolag för att kunna hantera och minimera dem. Indikatorn om andel sökta statsbidrag som har använts uppgick till 100 procent och uppnådde sitt målvärde för 2020.

Självfinansiering av drift och ersättningsinvesteringar
Av kassaflödesanalysen framgår att Regions Stockholm kassaflöde från den löpande verksamheten överstiger driftkostnader och investeringsutgifterna under 2020. Indikatorn om *finansiering av Region Stockholms driftkostnader och ersättningsinvesteringar ska ske inom koncernens kassaflöde* har uppnåtts för 2020.

Hållbar investeringsutveckling
Indikatorn, *Kapitalkostnadernas andel av Region Stockholms totala intäkter,* uppgick till 7,0 procent för 2020. Indikatorns målvärde har uppnåtts för 2020.

Indikatorn, *Räntebärande skulders andel av de totala intäkterna* uppgick till 43,1 procent. Indikatorns målvärde har uppnåtts för 2020.

Indikatorerna *Andel investeringar där genomförandebeslut har föregåtts av en totalekonomisk bedömning med totalkostnadskalkyl, Andel investeringar där genomförandebeslut har föregåtts av åtgärdsvalsanalys och Andel genomförda investeringar där beslutade effektmål har utvärderats* omfattar investeringar som beslutats av nämnd, bolag eller högre beslutsinstans under tiden för riktlinje investeringar, RS 2019–0867. Riktlinje investeringar har varit gällande från och med november 2019 och inneburit att genomförandebeslut under 2020 har fattats i enlighet med tidigare investeringsstrategi, LS 1407–0854 och riktlinje investeringar, RS 2019–0867. Detta har resulterat i att en av indikatorerna har uppfyllts, en har inte uppfyllts och en har inte gått att mäta.

5.1.1 Resultat

Resultat Mkr	Utfall 2020	Budget 2020	Avvikelse mot budget	Avvikelse i procent	Utfall 2019
Verksamhetens intäkter	29 794	25 842	3 951	15,3 %	25 036
Verksamhetens kostnader	-100 011	-99 232	-779	-0,8 %	-96 220
Avskrivningar	-6 589	-6 969	380	5,5 %	-6 201
Verksamhetens nettokostnader	**-76 806**	**-80 359**	**3 552**	**-4,4 %**	**-77 385**
Skatteintäkter	77 392	78 230	-838	-1,1 %	76 044
Generella statsbidrag och utjämning	7 514	5 161	2 353	45,6 %	5 374
Verksamhetens resultat	**8 099**	**3 032**	**5 067**		**4 033**
Finansiella intäkter	78	60	17	28,8 %	68
Finansiella kostnader	-2 375	-2 781	406	14,6 %	-2 604
Resultat efter finansiella poster	**5 802**	**311**	**5 490**		**1 497**
Extraordinära poster	0	0	0		0
Årets resultat	**5 802**	**311**	**5 490**		**1 497**
Varav omställningskostnader	-147	-323	176	54,3 %	-226
Resultat exklusive omställningskostnader	**5 949**	**634**	**5 315**		**1 723**

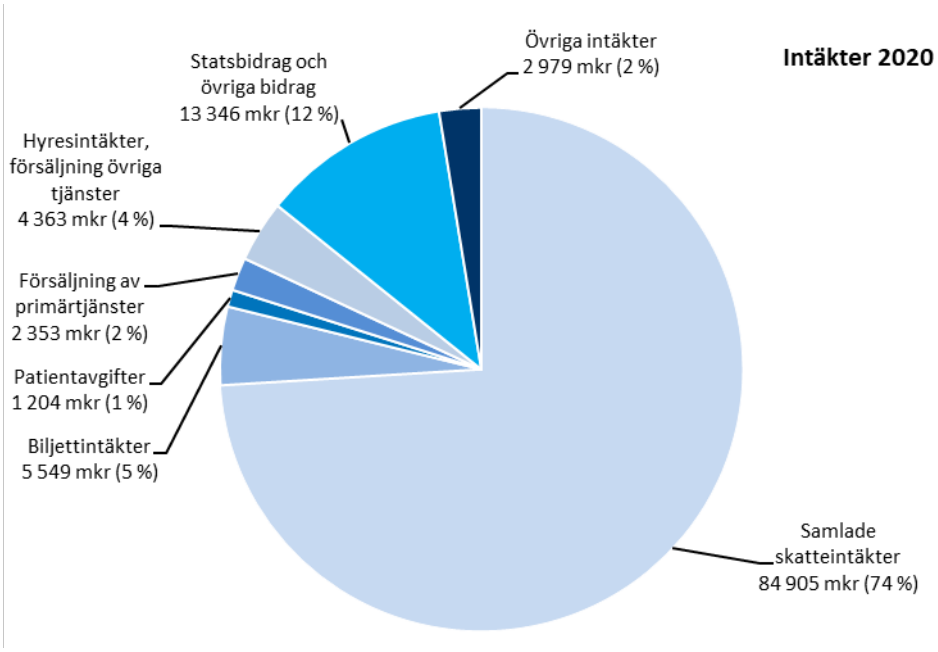
Region Stockholm redovisade ett resultat för 2020 på 5 802 miljoner kronor, vilket motsvarar ett överskott på 2 426 kronor per invånare. Resultatet översteg det budgeterade resultatet för året med 5 490 miljoner kronor. Avvikelsen motsvarar 5,0 procent av årets budgeterade omsättning. Jämfört med 2019 har resultatet ökat med 4 305 miljoner kronor. Exkluderat omställningskostnader, avseende omstrukturering inom ramen för framtidens hälso- och sjukvård, uppgick resultatet för perioden till 5 949 miljoner kronor.

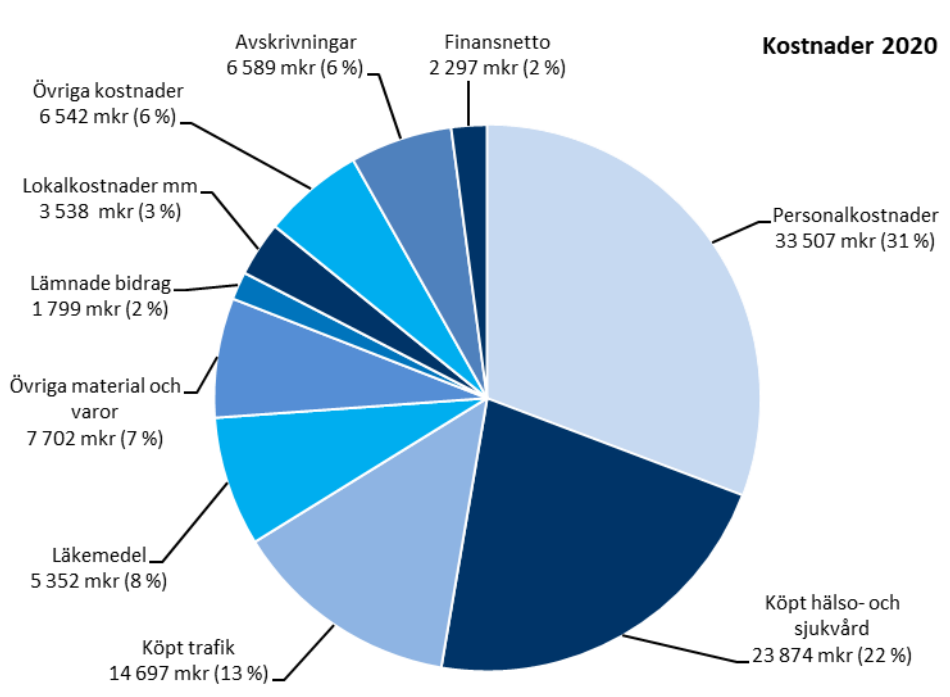
Avvikelsen förklaras till stora delar av engångseffekter som lägre kostnader för pensioner, högre reavinster samt statsbidrag. Även avskrivningskostnader och räntekostnader är lägre än budget och beror på en lägre upparbetningsgrad i investeringsprojekt. Främsta orsaken till den lägre upparbetningsgraden är covid-19-pandemins effekter på fastighetsinvesteringar inom vården samt senareläggningar av större investeringar inom kollektivtrafiken.

Den totala kostnaden för perioden som inkluderar verksamhetens kostnader, avskrivningar och finansiella kostnader, uppgick till 108 975 miljoner kronor. Detta motsvarar en kostnadsökning i jämförelse med motsvarande period föregående år med 3,8 procent. Undantaget merkostnader för covid-19 hade kostnaderna varit oförändrade jämfört med 2019. Den låga kostnadsökningen, exkluderat merkostnader för covid-19, beror delvis på att verksamheten inte har kunnat utföras i planerad omfattning med anledning av pandemin, samt att pensionskostnaderna minskat. Den budgeterade kostnadsökningen för året uppgick till 3,8 procent.

Region Stockholm har i årsbokslutet för 2020 avsatt 3 247 miljoner kronor till en Resultatutjämningsreserv, RUR, vilket skapar extra förutsättning att hantera kommande års omställning kopplat till pandemin.

Största negativa budgetavvikelse redovisas i trafiknämnden och avser minskade biljettintäkter till följd av ett minskat resande under pandemin. Statsbidrag avseende minskade biljettintäkter inom kollektivtrafiken täcker endast upp för cirka en tredjedel av intäktsminskningen under 2020. Även Stockholm Care AB redovisas negativa resultat jämfört med budgeterat resultat. Avvikelsen beror på effekterna av covid-19-pandemin, samt för Stockholm Care AB på en nedskrivning av anläggningstillgång i samband med verksamhetsövergång till Karolinska Universitetssjukhuset. Övriga nämnder och bolag redovisar ett resultat i nivå eller högre än budgeterat resultat.





Region Stockholms största intäkter är de samlade skatteintäkterna som står för 74 procent av de totala intäkterna. Andra större intäkter avser biljettintäkter från kollektivtrafiken samt specialdestinerade statsbidrag.

Region Stockholms största kostnadsposter är personalkostnader som står för 31 procent av de totala kostnaderna. Köpt hälso- och sjukvård står för 22 procent och köpt trafik för 13 procent av de totala kostnaderna.

5.1.2 Ekonomiska konsekvenser till följd av covid-19-pandemin

Covid-19 har påverkat ekonomin i Region Stockholm med så väl ökade kostnader, minskade intäkter, tillkommande bidrag och lägre kostnader.

Merkostnader inom hälso- och sjukvården har till stor del finansierats med bidrag ifrån staten. Merkostnader avseende december månad har hittills inte ersatts. Vad gäller minskade intäkter inom hälso- och sjukvården så ersätts de inte av staten. Regionen har haft lägre kostnader på grund av uppskjuten vård på grund av covid-19.

Kollektivtrafiken har främst haft minskade biljettintäkter och ej erhållit full kompensation för detta. Resultatet för kollektivtrafiken uppvägs delvis av att kostnaderna för köpt trafik har varit lägre, sammantaget redovisade trafiknämnden ett negativt resultat jämfört med budgeterat resultat på 1,5 miljarder kronor.

Totalt sett har Covid-19 påverkat resultatet för Region Stockholm negativt med -2,2 miljarder kronor. I och med att vård inte har kunnat genomföras under året på grund av pandemin har den uppskjutna vården inneburit en positiv påverkan på resultatet under 2020, trots minskade intäkter och merkostnader till följd av pandemin. Den uppskjutna vården kommer istället hanteras under kommande år, vilket även påverkar resultatet negativt framöver.

Merkostnader och minskade intäkter 2020

Mkr	Ökade merkostnader*	Minskade intäkter	Beviljade statsbidrag	Summa
Hälso- och sjukvård totalt	-4 063	-670	3 708	-1 025
Kollektivtrafik totalt	-172	-3 895	1 332	-2 736
Fastigheter och service totalt	-43	-86	0	-129
Övriga nämnder och bolag	-37	0	0	-37
Total samtliga resultatenheter	-4 315	-4 651	5 040	-3 926

* Belopp innehåller även investeringsutgifter med 227 miljoner kronor.

Sammantaget har merkostnader, minskade intäkter och kompensation från staten påverkat Region Stockholms nämnder och bolag negativt med -3,9 miljarder kronor. Kollektivtrafiken har en negativ påverkan på totalt -2,7 miljarder kronor och motsvarande siffra för Hälso- och sjukvården uppgår till -1,0 miljard kronor. Övriga nämnder och bolag såsom fastighet- och service har totalt en negativ påverkan som uppgår till -0,2 miljarder.

Förutom merkostnader och intäktsbortfall påverkas resultatet även av lägre kostnader för till exempel köpt trafik och lämnade bidrag, sammantaget med 1,3 miljarder kronor.

Region Stockholm har också under året erhållit kompensation för sjuklönekostnader och permitteringsbidrag kopplat till covid-19, som uppgick till 0,4 miljarder kronor.

Till följd av pandemin beslutade regionfullmäktige att nämnder och bolag får undanta resultateffekterna av covid-19 vid bedömning av om de uppnått sina budgeterade resultatkrav i årsbokslutet 2020, RS 2019–1041. Beslutet omfattar inte kulturnämnden, tillväxt och regionplanenämnden, fastighets- och servicenämnden, Landstingshuset i Stockholm AB, Locum AB, AB Stockholms Läns Landstings Internfinans, samt Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje.

5.1.3 Intäkter och kostnader

Verksamhetens intäkter

Verksamhetens intäkter Mkr	Utfall 2020	Budget 2020	Avvikelse not budget	Avvikelse i procent	Utfall 2019
Patientavgifter sjuk- och tandvård	1 204	1 329	-125	-9,4%	1 386
Resenärsintäkter	5 549	9 479	-3 930	-41,5%	8 972
Försäljning av primärtjänster*	2 353	2 932	-579	-19,7%	2 451
Hyresintäkter, försäljning av övriga tjänster, material, varor	4 363	4 590	-228	-5,0%	4 345
Statsbidrag och övriga bidrag	13 346	5 789	7 557	130,5%	6 355
Övriga intäkter	2 978	1 723	1 255	72,8%	1 527
varav jämförelsestörande poster	*1 129*				*67*
Summa verksamhetens intäkter	**29 794**	**25 842**	**3 951**	**15,3%**	**25 036**

*Primärtjänster utgörs av såld hälso- och sjukvård, tandvård samt försäljning av övriga primärtjänster.

Verksamhetens intäkter uppgick till 29 794 miljoner kronor, vilket översteg budget med 3 951 miljoner kronor och motsvarar en ökning med 15,3 procent.

Patientavgifter var 125 miljoner kronor lägre än budget, vilket motsvarar 9,4 procent av budgeterade patientavgifter.

Den största intäktsminskningen avser resenärsintäkter inom kollektivtrafiken med -3 930 miljoner kronor och beror på minskade biljettintäkter till följd av pandemin. Intäktsminskningen motsvarar 41,5 procent av budgeterade resenärsintäkter. Statsbidrag kompenserar delvis för minskade intäkter inom kollektivtrafiken och ingår i prognosen för statsbidrag med 1 332 miljoner kronor.

Sålda primärtjänster avseende utomlänsvård och tandvård minskade med -579 miljoner kronor i jämförelse med budget, vilket främst utgörs av minskad utomlänsvård på cirka -270 miljoner kronor och tandvård cirka 50 miljoner kronor. Avvikelsen motsvarar 19,7 procent av årets budgeterade belopp. Intäktsminskningarna är en följd av effekterna av covid-19.

Statsbidragen ökar kraftigt i jämförelse med budget, främst med anledning av kompensation för merkostnader kopplade till covid-19. Sammanlagt har de riktade statsbidragen ökat med 7 557 miljoner kronor, vilket motsvarar 130,5 procent av budgeterade statsbidrag. Största posterna i utfallet utgörs av ersättningar för merkostnader i hälso- och sjukvården till följd av covid-19 med 3 708 miljoner kronor, samt ersättning för minskade biljettintäkter inom kollektivtrafiken med 1 332 miljoner kronor. Även riktade statsbidrag avseende Kömiljarden 720 miljoner kronor, samt bidrag för covid-19-tester 1 434 miljoner kronor, har bidragit till de ökade statsbidragsintäkterna.

Försäljningsintäkter från fastighetsförsäljningarna, Bromma Sjukhus och Hornsbergsbussdepån ingår bland intäkterna med sammanlagt till 1 266 miljoner kronor och ingår bland de övriga verksamhetsintäkterna.

Skatteintäkter, generella statsbidrag och utjämning

Skatteintäkter, generella statsbidrag och utjämning Mkr	Utfall 2020	Budget 2020	Avvikelse mot budget	Utfall 2019	Förändrin
Skatteintäkter	77 392	78 230	-838	76 044	1,8%
Generella statsbidrag	9 132	6 853	2 280	6 402	42,6%
Utjämningssystemet	-1 619	-1 692	73	-1 028	57,5%
Summa	**84 905**	**83 391**	**1 515**	**81 418**	**4,3%**
Förändring från föregående år, mkr	3 487	1 972		3 671	
Förändring från föregående år, procent	4,3%	2,4%		4,7%	
Skattesats	**12,08**	**12,08**		**12,08**	

Skatteintäkter, generella statsbidrag och utjämning uppgick sammantaget till 84 905 miljoner kronor, vilket översteg budget med 1 515 miljoner kronor och motsvarar 1,8 procent i jämförelse med budget. I jämförelse med föregående år var ökning 4,3 procent.

Skatteunderlaget har utvecklats i lägre takt än planerat för året till följd av pandemin, vilket medförde att skatteintäkterna blev 838 miljoner kronor lägre än budget. Avvikelsen mot budget motsvarar 1,1 procent av de budgeterade skatteintäkter. Jämfört med föregående år har skatteintäkterna ökat med 1,8 procent.

Generella statsbidrag har under 2020 förstärkts med 2 280 miljoner kronor, dels med cirka 500 miljoner kronor till följd av riksdagens och regeringens beslut för välfärdsmiljarderna och dels med cirka 1 700 miljoner kronor i förstärkning av skatteintäkter till följd av covid-19-pandemin. Avvikelsen mot budget motsvarar 33,3 procent av de budgeterade generella statsbidragen. Jämfört med föregående år har de generella statsbidragen ökat med 42,6 procent.

Utbetalning till kommunalekonomisk utjämning har ökat med -0,6 miljarder kronor jämfört med 2019. Jämfört med föregående år har kostnaden till utjämningssystemet därmed ökat med 57,5 procent.

Verksamhetens kostnader

Verksamhetens kostnader Mkr	Utfall 2020	Budget 2020	Avvikelse not budget	Avvikelse i procent	Utfall 2019
Personalkostnader och inhyrd personal	-33 507	-34 700	1 193	-3,4%	-34 669
Köpt hälso- och sjukvård	-23 874	-21 980	-1 895	8,6%	-22 633
Köpt trafik	-14 697	-15 546	849	-5,5%	-14 558
Läkemedel	-8 352	-8 245	-107	1,3%	-7 609
Material och varor m.m.	-7 702	-5 861	-1 841	31,4%	-5 962
Lämnade bidrag	-1 799	-2 221	422	-19,0%	-1 753
Lokalkostnader, hyra av utrustning	-3 538	-3 555	16	-0,5%	-2 908
Övriga kostnader	-6 542	-7 124	582	-8,2%	-6 128
varav jämförelsestörande poster	*-415*				*-226*
Summa verksamhetens kostnader	**-100 011**	**-99 232**	**-779**	**0,8%**	**-96 220**

Verksamhetens kostnader 2020 uppgick till -100 011 miljoner kronor, vilket översteg budget med -779 miljoner kronor och motsvarar 0,8 procent.

Personalkostnader och inhyrd personal blev 1 193 miljoner kronor lägre än budget, vilket motsvarar 3,4 procent av budget. Den lägre kostnaden beror på att pensionskostnaderna är cirka 2 200 miljoner kronor lägre än budget. Exkluderat den lägre pensionskostnaden är utfallet negativt jämfört med budget. Budgetavvikelsen avser hälso- och sjukvård och förklaras bland annat av fler antal helårsarbeten än vad som budgeterats, ökade kostnader för övertid, samt krislägesavtal för intensivvårdspersonal. Merparten av nämnda faktorer kan hänföras till den uppkomna situationen med pandemin. Kostnad för inhyrd personal uppgick till -1 132 miljoner kronor, vilket är en ökning med -61 miljoner kronor jämfört med 2019. Den negativa avvikelsen mot budget förklaras bland annat av fler helårsarbeten än vad som har budgeterats, ökade kostnader för övertid, krisavtal för intensivvårdspersonal samt ökning av semesterskuld på grund av minskad möjlighet att ta ut semester. Merparten av nämnda faktorer kan hänföras till den uppkomna situationen med covid-19-pandemin.

Kostnadsökningar inom köpt hälso- och sjukvård förklaras av merkostnader som hänförs till covid-19, exempelvis laboratoriekostnader, ambulansverksamhet och ökning av digitalbesök inom utomlänsvården. Underskottet förklaras även av bland annat ökade kostnader för avtalet med S:t Görans sjukhus samt kostnadsökning för privata vårdgivare inom psykiatrin och riksavtalet inom rättspsykiatrin. Däremot har kostnaderna för köpt extern vuxentandvård minskat, vilket också är relaterat till covid-19.

Kostnaden för köpt trafik blev 849 miljoner kronor lägre än budget och avser främst lägre kostnader inom trafiknämnden, som beror på att ersättningen till entreprenörer baserats på betalande påstigande 2019, med

anledning av utmaningen med att validera resande på bussar under pandemin. Även en lägre indexutveckling i avtalen samt att budget för ersättningstrafik inte behövde användas har bidragit till de lägre kostnaderna för köpt trafik. Inom färdtjänstnämnden redovisas också väsentligt lägre kostnader för köpt trafik.

Material och läkemedel överstiger budget med sammanlagt -1 948 miljoner kronor. Posten utgörs till stora delar av merkostnader som uppkommit med anledning av pandemin.

Lämnade bidrag inom främst utbildningsområdet samt övriga kostnader inom regionstyrelsen blev lägre än budget. En minskad användning av konsulter påverkar resultatet positivt med 213 miljoner kronor, vilket motsvarar 21 procent jämfört med 2019.

Finansiella kostnader
De finansiella kostnaderna uppgick till -2 375 miljoner kronor, vilket är 406 miljoner kronor lägre än budget och motsvarar 14,6 procent. budget. De lägre finansiella kostnaderna i jämförelse med budget beror främst på lägre kostnaderna för upptagna lån, samt lägre räntekostnader för pensionsskulden.

Omställningskostnader
Reservering för omställningskostnader för genomförandet av Framtidens hälso- och sjukvård uppgår till 3 500 miljoner kronor. Årets omställningskostnader uppgick till -147 miljoner kronor. Under perioden 2015 till och med 2020 har sammanlagt -3 309 miljoner kronor tagits i anspråk. Av reserveringen återstår därmed 191 miljoner kronor och avser Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholms läns sjukvårdsområde samt Södersjukhuset AB.

5.1.4 Jämförelsestörande poster

Jämförelsestörande poster Mkr	Utfall 2020	Utfall 2019
Under verksamhetens intäkter:		
Reavinster	1 129	67
Under verksamhetens kostnader:		
Omställningskostnader	-147	-226
Omkostnader vid försäljning av fastigheter	-268	
Under finansnetto:		
Ränteförändring pensionsskuld	-	-667
Summa jämförelsestörande poster	**714**	**-826**

Jämförelsestörande poster som ingår i resultatet 2020 utgörs av realisationsvinster och omställningskostnader för genomförandet av

framtidens hälso- och sjukvård. I likhet med tidigare år undantas jämförelsestörande poster vid bedömningen av om nämnder och bolag uppnått sitt budgeterade resultat.

5.1.5 Balanskravsresultat

Balanskravet är lagstadgat och innebär att verksamheten ska bedrivas så att intäkterna är större än kostnaderna. Resultatet beräknas i en balanskravsutredning som utgår från årets resultat som justeras för realisationsvinster och realisationsförluster samt reservering och användning av resultatutjämningsreserv. Om resultatet är negativt ska underskottet återställas med motsvarande överskott inom tre år.

Resultat enligt balanskrav	**Utfall**	**Budget**	**Utfall**
Mkr	**2020**	**2020**	**2019**
Årets resultat enligt resultaträkningen	5 802	311	1 497
Reducering av samtliga realisationsvinster	-857		-69
Årets resultat efter balanskravsjusteringar	**4 945**	**311**	**1 428**
Reservering av medel till resultatutjämningsreserv	-3 247		0
Balanskravsresultat	**1 698**	**311**	**1 428**

Region Stockholm redovisar ett positivt balanskravsresultat efter justering för realisationsvinster. Kommunallagens krav på en ekonomi i balans uppnåddes därmed 2020. Balanskravsresultatet medger en avsättning till resultatutjämningsreserv, RUR, med 3 247 miljoner kronor.

5.2 En hållbar regional utveckling

En hållbar utveckling ger rätt förutsättningar för en växande storstadsregion. Dagens invånare och framtida generationer stockholmare står i fokus för all verksamhet i Region Stockholm.

Inriktningsmålet *En hållbar regional utveckling* har fem nämndspecifika mål och nio verksamhetsspecifika mål. De nämndspecifika målen konkretiserar hälso- och sjukvård, kollektivtrafik, regional utvecklingsplanering, kultur samt strukturerad styrning och redovisas under respektive ansvarig nämnd. De verksamhetsspecifika målen konkretiserar arbetet med bland annat hållbarhet, samhällsviktiga funktioner, forskning, innovation och digitalisering samt att kärnverksamhet ska prioriteras.

Social hållbarhet

	Utfall 2020	Utfall 2019	Målvärde 2020	Måluppfyllelse
EN HÅLLBAR REGIONAL UTVECKLING				
Social hållbarhet				**Uppfylls delvis** 🟡
Skillnaderna i förväntad medellivslängd mellan olika kommuner i länet (RUFS)	3,5[1)]	-	Minska	**Uppfylls ej** 🔴
Andel verksamheter som utifrån sitt uppdrag har genomfört aktiviteter i enlighet med Region Stockholms styrande dokument inom social hållbarhet	73%	-	≥ 60 %	**Uppfylls** 🟢

[2)] Avser utfall 2019 då data för 2020 ej finns tillgängligt.

Det verksamhetsspecifika målet *Social hållbarhet* uppnåddes delvis för 2020 då en indikator uppnåddes och en indikator inte uppnåddes.

Totalt 16 av 24 nämnder och bolag har utifrån sitt uppdrag identifierat utvecklingsbehov och planerat samt genomfört aktiviteter enligt Region Stockholms styrande dokument inom social hållbarhet. Flertalet nämnder och bolag uppger att vissa aktiviteter inte har kunnat genomföras på grund av pandemin.

Goda exempel på redovisat arbete är att ledning och uppföljning av nämnders och bolags efterlevnad av lagen om tillgänglighet till digital offentlig service har påbörjats och arbetet kommer att fortsätta under 2021. Epidemiologiska analyser har utförts med fokus på grupper i utsatta områden. Med stöd av dessa analyser har hälsoinformatörer arbetat i utsatta områden med att sprida kunskap om covid-19 för att minska smittspridningen bland de mest utsatta grupperna. En vägledning för nationella minoriteter och minoritetsspråk, LS 2016–1524, har beslutats och kommunicerats. Trots pandemin har arbetet med att omsätta barnkonventionen i praktiken fortsatt bland annat genom att stärka barn och ungas rätt till delaktighet i den egna vården.

Region Stockholms klimatpåverkan ska minska

	Utfall 2020	Utfall 2019	Målvärde 2020	Måluppfyllelse
EN HÅLLBAR REGIONAL UTVECKLING				
Region Stockholms klimatpåverkan ska minska				**Uppfylls** ●
Verksamhets- och fastighetsenergi i fastigheter ägda av Region Stockholm, kWh/kvm (A-temp)	-16%	-13 %	≥ -9 %	**Uppfylls** ●
Andel nollutsläppsfordon av de ägda och leasade fordonen inom Region Stockholms nämnder och bolag	3,6%	3,3%	≥ 7 %	**Uppfylls ej** ●
Klimatpåverkan från utsläpp av växthusgaser, ton koldioxidekvivalenter	-55%	-48 %	≥ -49 %	**Uppfylls** ●
Klimatpåverkan från tjänsteresor, ton koldioxidekvivalenter	-87%	-10 %	≥ - 10 %	**Uppfylls** ●
Andel förnybara källor i Stockholms läns energiproduktion (RUFS)	N/A	-	Öka	-
Antal projekt inom tunnelbaneutbyggnaden där åtgärder genomförts i byggprocessen med mål om att projektens klimatpåverkan minskas med minst 25 %	7	-	≥ 6	**Uppfylls** ●
Antal övriga stora bygg- och anläggningsprojekt inom kollektivtrafiken där åtgärder genomförts i byggprocessen med mål om att projektens klimatpåverkan minskas med minst 15 %	2	-	≥ 6	**Uppfylls ej** ●
Antal nya klimatreducerande krav som tillämpas standardiserat vid upphandling av material, produkter eller entreprenader i anläggningsprojekt	9	-	≥ 2	**Uppfylls** ●
Antal byggprojekt där åtgärder genomförs i byggprocessen för att reducera projektens klimatpåverkan	1	-	≥ 1	**Uppfylls** ●
Antal nya klimatreducerade krav som tillämpas standardiserat vid upphandling av material, produkter eller entreprenader i byggprojekt	0	-	≥ 1	**Uppfylls ej** ●

Det verksamhetsspecifika målet *Region Stockholms klimatpåverkan ska minska* uppnåddes för 2020 då sju av tio indikatorer uppnåddes. Tre indikatorer uppnåddes inte och en indikator gick inte att mäta.

För nyckelindikatorn *Klimatpåverkan från utsläpp av växthusgaser* ses en minskning med 55 procent gentemot 2011, vilket översteg målvärdet i budget om en minskning med minst 49 procent 2020 och målet i miljöprogrammet om minskning på 50 procent till 2021. Utsläppet av växthusgaser har beräknats till 110 000 ton koldioxidekvivalenter för 2020, vilket alltså är mindre än hälften av utsläppen 2011.

Det är ett mycket positivt resultat som visar att de åtgärder Region Stockholm genomfört är effektiva. Resultatet beror främst på övergång till förnybar energi och energieffektivisering inom fastigheter och kollektivtrafik. Utfallet för indikatorn *Verksamhets- och fastighetsenergi i fastigheter ägda av Region Stockholm (A-temp)* har minskat med 16 procent jämfört med basåret 2011, vilket uppnådde såväl 2020 års mål om nio procents minskning, som målet i Miljöprogrammet om tio procents minskning till 2021.

Fem nya indikatorer har införts under året med syfte att minska klimatpåverkan inom bygg och anläggningsprojekt. Arbetet har kommit igång väl och tre av fem indikatorer uppnåddes, vilket bedöms vara ett bra resultat givet att indikatorerna fastställdes i maj 2020. Ett aktivt arbete

pågår för uppfyllnad av samtliga indikatorer. Förvaltningen för utbyggd tunnelbana har ett väletablerat klimatarbete och prognoser tyder på att genomförda åtgärder kommer att reducera klimatpåverkan från utbyggnadsprojekten med drygt 30 procent. Trafiknämnden har initierat klimatarbete i 25 projekt, varav två har målnivåer i enlighet med indikatorn i budget. Locum har arbetat med att begränsa klimatpåverkan vid projektering av den nya vårdbyggnaden på Danderyds sjukhus. Under året har även förslag utarbetats om möjliga klimatreduktionskrav för utvalda produktgrupper som bedöms förekomma i framtida byggprojekt.

Andelen nollutsläppsfordon av de ägda och leasade fordonen inom Region Stockholms nämnder och bolag uppgick till 3,6 procent och är något högre än föregående år, 3,3 procent. Indikatorn uppnådde inte sitt målvärde på sju procent då inköp av nya fordon inte har prioriterats under 2020 på grund av covid-19.

Region Stockholms miljöpåverkan ska minska

	Utfall 2020	Utfall 2019	Målvärde 2020	Måluppfyllelse
EN HÅLLBAR REGIONAL UTVECKLING				
Region Stockholms miljöpåverkan ska minska				**Uppfylls** ●
Hållbarhetskrav ställs alltid vid upphandling av måltidstjänster och livsmedel	100%	-	100%	**Uppfylls** ●
Minskning av andelen kläder som är uteliggande mer än 30 dagar, jämfört med utfallet 2018	-12%	-	≥ -10 %	**Uppfylls** ●

Det verksamhetsspecifika målet *Region Stockholms miljöpåverkan ska minska* uppnåddes för 2020 då båda indikatorerna uppnåddes.

Hållbarhetskrav har ställts enligt Plan för hållbara patientmåltider, LS 2017–0128, i samtliga tre upphandlingar av måltidstjänster och livsmedel som genomförts under året samt i den upphandling som påbörjats och kommer att slutföras under 2021. Indikatorn *Minskning av andelen kläder som är uteliggande mer än 30 dagar* uppgick till -12 procent för 2020. En mer frekvent dialog mellan leverantör, avtalscontroller och verksamheterna har bidragit till det goda resultatet liksom ökad intern samverkan och kommunikation samt förbättrad uppföljning. Åtgärder för att förbättra logistiken kring textilhanteringen har också genomförts och skapat ökade förutsättningar för att nå målet.

Årets arbete inom såväl upphandling av måltidstjänster som textilier, miljöbelastande läkemedel och andra miljömål har utförts i en utmanande situation med ökade krav på skyddsutrustning och där belastningen på personalen varit hög inom vårdverksamheterna.

Miljöredovisning

Miljöredovisningen utgår från Region Stockholms miljöprogram 2017–2021, LS 2015–0092, och omfattar miljömål för hälso- och sjukvården,

kollektivtrafiken och övriga transporter samt fastigheter och anläggningar. Det innehåller även Region Stockholms klimatåtagande samt en ambition om att vara en ledande aktör vad gäller hållbar upphandling. Miljöprogrammet innehåller 15 miljömål som följs upp genom 24 indikatorer. Några av dessa indikatorer utgör även budgetindikatorer. Miljöredovisningen utgår från tillämpningsanvisning för uppföljning av Region Stockholms miljöprogram 2017–2021, LS 2016–1486.
Målåret för Miljöprogrammet är 2021, varvid ingen slutredovisning av måluppfyllnad görs 2020, ett antal av målen exempelvis gällande fastighets- och verksamhetsenergi, minskade utsläpp av anestesigaser och minskade utsläpp av växthusgaser har dock nått sina målvärden för 2021 under 2020. Som helhet präglas året av goda resultat inom många områden såsom textilier, klimat, ekologisk mat och energi trots att verksamheterna haft en utmanande och oförutsägbar situation under större delen av året, som ställt stora krav på verksamheternas flexibilitet.

Resultaten för 2020 års uppföljning av Region Stockholms miljöarbete visar i korthet att Region Stockholms övergripande klimatpåverkan fortsätter att minska. Totalt ses en minskning om 55 procent sedan 2011, och gentemot 1990 är utsläppen 72 procent lägre. Även om 2020 präglas av speciella omständigheter som gjort att utsläppen från exempelvis tjänsteresor minskat markant, visar siffrorna att det långsiktiga och dedikerade miljöarbete som Region Stockholms verksamheter och bolag genomfört gett ett tydligt positivt resultat.

Viktiga åtgärder som bidragit till den stora minskningen är övergång till förnyelsebara drivmedel inom kollektivtrafiken och förnybar energi inom regionens fastigheter samt energieffektivisering inom fastigheter och trafik. Beräkningen av klimatpåverkan från energianvändning sker utifrån ett livscykelperspektiv, där även produktion och distribution ingår.

Energianvändningen i fastigheter har minskat med 16 procent vilket överträffar målet om tio procents minskning till 2021. Klimatpåverkan från användandet av anestesigaser har minskat med 53 procent, vilket överträffar målet om 40 procents minskning till 2021. Klimatpåverkan från Region Stockholms tjänsteresor har minskat med 87 procent vilket är en effekt av covid-19 pandemin.

För att möjliggöra uppfyllnad av mål om hållbara patientmåltider, samt om minskade utsläpp av miljöbelastande läkemedelssubstanser arbetar nämnder och bolag med genomförande av Region Stockholms Plan för hållbara patientmåltider, LS 2017–0128, och Plan för läkemedel och miljö, LS 2017–0129, där även åtgärder för minskad kassation av läkemedel genomförs. Andelen ekologiska råvaror i patientmåltider uppgår 2020 till 44 procent och målet för 2021 är 50 procent.

För 2020 har utmaningar noterats, bland annat inom målområdet för miljö- och hälsofarliga kemikalier inom kollektivtrafiken samt att vissa vårdverksamheter haft svårt att mäta utfallet under året vad gäller matsvinn varvid ingen total siffra för Region Stockholm kan redovisas. Covid-19 har inneburit en hård belastning på vården och många vårdverksamheter har därför inte haft möjlighet att arbeta lika aktivt med sina miljömål rörande läkemedel, textilier och mat under 2020.
Vad gäller klimatpåverkan och materialåtervinning inom bygg- och anläggningsprojekt behövs fortsatt utveckling för att uppfylla målen för 2021, arbetet har dock kommit ingång väl och en hel del resultat har kunnat påvisas.

Samtliga nämnder och bolag inom Region Stockholm är certifierade enligt ISO 14001:2015.

Ytterligare information återfinns i finns i bilagan Region Stockholms Miljöredovisning 2020 i regionstyrelsens diarium RS 2020–0769.

Samhällsviktiga funktioner upprätthålls vid extraordinära händelser och klimatförändringar

	Utfall 2020	Utfall 2019	Målvärde 2020	Måluppfyllelse
EN HÅLLBAR REGIONAL UTVECKLING				
Samhällsviktiga funktioner upprätthålls vid extraordinära händelser och klimatförändringar				**Uppfylls** ●
Andel säkerhetsåtgärder enligt Region Stockholms ledningssystem för informationssäkerhet som är implementerade	63%	-	≥ 50 %	**Uppfylls** ●
Andel nämnder och bolag som har förmåga att hantera extraordinära händelser	80%	-	100%	**Uppfylls ej** ●
Andel vidtagna åtgärder av identifierade sårbarheter i klimatanalyser i nämnder och bolag	73%	-	≥ 50 %	**Uppfylls** ●
Andel vidtagna åtgärder av identifierade sårbarheter i risk och sårbarhetsanalyser i nämnder och bolag	70%	-	≥ 50 %	**Uppfylls** ●

Det verksamhetsspecifika målet *Samhällsviktiga funktioner upprätthålls vid extraordinära händelser och klimatförändringar* uppnåddes för 2020 då tre av fyra indikatorer uppnåddes.

Indikatorn *Andel säkerhetsåtgärder enligt Region Stockholms ledningssystem för informationssäkerhet som är implementerade* är ny för året. Mätvärdet uppgick till 63 procent, vilket översteg målvärdet. Region Stockholms nämnder och bolag har under året arbetat med avvikelser som identifierats i egenkontroller. Informations- och cybersäkerhetsriskerna ökar i takt med den snabba tekniska utvecklingen och den ökande användningen av data. Nämnder och bolag behöver fortsätta arbetet med att ytterligare stärka styrning och implementering av skyddsåtgärder utifrån aktuell hotbild.

Indikatorn *Andel nämnder och bolag som har förmåga att hantera extraordinära händelser* uppgick till 80 procent och uppnådde inte sitt målvärde. För att indikatorn ska anses uppfylld behöver samtliga nämnder och bolag ha en övad och utbildad krisledning samt ha kontinuitetsplaner för verksamhetens mest kritiska delar. Hälso- och sjukvårdsnämnden, tillväxt- och regionplanenämnden, kulturnämnden, samt fastighets- och servicenämnden (serviceförvaltningen) rapporterar att indikatorn delvis uppnås, i huvudsak med hänvisning till att kontinuitetsplanering ej har kunnat genomföras enligt plan under året.

Covid-19-pandemin har i hög grad påverkat förutsättningarna för nämnder och bolag att genomföra planerad utbildnings- och övningsverksamhet under året liksom genomförandet av klimat-, risk- och sårbarhetsanalyser. Därmed har endast nio nämnder och bolag kunnat rapportera på indikatorn om identifierade sårbarheter klimatanalyser och 15 stycken på indikatorn om identifierade sårbarheter i risk- och sårbarhetsanalyser. Baserat på resultatet från de nämnder och bolag som har kunnat rapportera på indikatorerna är målvärdet för 2020 uppfyllt. Den samlade bedömningen är dock att nämnder och bolag fortsatt behöver stärka sitt systematiska arbete med klimat-, risk- och sårbarhetsanalyser och kontinuitetsplanering. Hanteringen av covid-19-pandemin kan samtidigt anses ha bidragit till att öka den generella krisberedskapsförmågan.

Kärnverksamheten ska prioriteras

	Utfall 2020	Utfall 2019	Målvärde 2020	Måluppfyllelse
EN HÅLLBAR REGIONAL UTVECKLING				
Kärnverksamhet ska prioriteras				-
Administrationens andel av kostnaderna	4,7	-	Minska	-
Andel lagakraftvunna domstolsavgöranden där Region Stockholm har vunnit	77,30%	-	≥ 75 %	**Uppfylls** ●
Antal kommuner som anser att samarbetet med Region Stockholm bidrar till att skapa goda förutsättningar för en väl fungerande samhällsplanering	N/A	-	26	-

Det har inte gått att bedöma om det verksamhetsspecifika målet *Kärnverksamhet ska prioriteras* uppnåddes 2020 då endast en indikator gick att mäta.

De administrativa kostnaderna definieras som kostnader för administrativt stöd till kärnverksamheten, vilket avser kostnader för ledning, ekonomi, personal, juridik, upphandling och it. Kärnverksamhet är enligt definition hälso- och sjukvård, kollektivtrafik, färdtjänst, kultur och regionplanering samt utbildning, utveckling, forskning inom kärnverksamheterna. *Administrationens andel av kostnaderna* uppgick till 4,7 procent per sista december 2020, vilket är oförändrat från utfallet per sista augusti 2020 då indikatorn mättes för första gången. Då indikatorn är ny har det ej gått att göra en målbedömning då det inte finns ett jämförelsetal från förgående år.

Varje nämnd och bolag har utifrån denna definition gjort en detaljerad bedömning av vilka administrativa kostnader som ska mätas och utfallet redovisas under respektive nämnd och bolag.

Med anledning av att Region Stockholms nämnder och bolag i varierande grad bedriver administrativ verksamhet blir en jämförelse av indikatorn mellan de olika verksamheterna svår att analysera då målvärdet varierar med uppdraget och utgångsläget. Uppföljningen sker med fokus på att respektive nämnd och bolags egen andel av administrativa kostnader i förhållande till totala kostnader minskar.

Indikatorn om lagakraftvunna domstolsavgöranden där Region Stockholm har vunnit uppgick till 77,3 procent och uppnådde sitt målvärde för 2020.

Hög innovations- och digitaliseringsgrad

	Utfall 2020	Utfall 2019	Målvärde 2020	Måluppfyllelse
EN HÅLLBAR REGIONAL UTVECKLING				
Hög innovations- och digitaliseringsgrad				**Uppfylls** ●
Andel nämnder och bolag som har infört metoder och verktyg för att arbeta med innovationer på ett systematiskt sätt	76%	29 %	≥ 25 %	**Uppfylls** ●
Innovationsgrad	2,5	-	≥ 2	**Uppfylls** ●

Det verksamhetsspecifika målet *Hög innovations- och digitaliseringsgrad* uppnåddes för 2020 då båda indikatorerna uppnådde sitt målvärde.

År 2020 beslutade Region Stockholm om en ny innovationsstrategi och arbetet pågår för att stärka innovationsförmågan i samtliga verksamheter som ägs av eller utförs med finansiering från Region Stockholm så att nya lösningar används, sprids och integreras långsiktigt.

Andel nämnder och bolag som har infört metoder och verktyg för att arbeta med innovationer på ett systematiskt sätt uppgick till 76 procent vilket är en ökning jämfört med 2019.

Innovationsgrad är en självskattning mellan 1–5 mot en stegvis ökande professionalisering av innovationsarbetet. Innovationsgraden uppgick till 2,5 och uppnådde sitt målvärde. Covid-19 har påverkat innovationsarbetet på olika sätt. Utvecklingsarbetet har till viss del försenats samtidigt som innovationsförmågan har ökat genom nya erfarenheter och arbetssätt med anledning av pandemin.

En av Europas ledande forskningsregioner inom forskning som syftar till bättre hälsa

	Utfall 2020	Utfall 2019	Målvärde 2020	Måluppfyllelse
EN HÅLLBAR REGIONAL UTVECKLING				
En av Europas ledande forskningsregioner inom forskning som syftar till bättre hälsa				**Uppfylls** ●
Andel svar inom tio dagar på intresseförfrågningar från life science-bolag om att delta i kliniska studier	83%	-	≥ 85 %	**Uppfylls ej** ●
Antal etikprövningstillstånd där Region Stockholm är forskningshuvudman	1248	-	≥ 775	**Uppfylls** ●
Antal publikationer i kollegialt fackgranskade tidskrifter av forskare verksamma inom medicin i Region Stockholm	4445	-	≥ 4100	**Uppfylls** ●
Regional vetenskapsspets: Antal topp-10-placeringar för Stockholm Trio (KI, SU och KTH) i Times Higher Education, QS World Universities samt Shanghai Ranking bland europeiska universitet	1	-	≥ 1	**Uppfylls** ●
Andel förfrågningar om datautlämning från Centrum för hälsodata där integritetssäkrad hälsodata lämnats ut inom 30 dagar	21%	-	≥ 50 %	**Uppfylls ej** ●
Antalet i Region Stockholm slutförda kliniska studier under de senaste fem åren som redovisas i clinialtrials.gov	554	-	≥ 305	**Uppfylls** ●

Det verksamhetsspecifika målet *En av Europas ledande forskningsregioner inom forskning som syftar till bättre hälsa* uppnåddes för 2020 då fyra av sex indikatorerna uppnåddes.

Region Stockholm arbetar kontinuerligt för att ytterligare förbättra svarsfrekvensen för intresseförfrågningar från life science-bolag om att delta i kliniska studier. Under 2020 har berörda nämnder och bolag ombetts att kartlägga hur förfrågningar tas om hand inom respektive organisation. Utifrån kartläggningen ska ytterligare förslag på förbättringsåtgärder identifieras. Indikatorn *Andel svar inom tio dagar på intresseförfrågningar från life science-bolag om att delta i kliniska studier* uppgick till 83 procent, vilket är lägre än målvärdet 85 procent.

Region Stockholm har under året vidareutvecklat Centrum för hälsodata, bland annat har processer för utlämning av data tagits fram. För närvarande finns fortfarande flera led i processen som leder till förseningar; bland annat kapacitet att ta ut data från journalsystemet. Arbete pågår för att stärka varje led i processen. Från och med 2021 finns personal vid Centrum för hälsodata med särskilt uppdrag att arbeta med uttag för forskning. Indikatorn *Andel förfrågningar om datautlämning från Centrum för hälsodata där integritetssäkrade hälsodata lämnats ut inom 30 dagar* uppgick till 21 procent, vilket är lägre än målvärdet 50 procent.

Årsbokslut för Region Stockholms samlade resurser för forskning, utveckling, utbildning och innovation (FoUUI) 2020

Region Stockholm bidrar med stöd till forskning inom hälso- och sjukvård, trafik, teknik, samhälls- och naturvetenskap. Genom att finansiera forskning, tillgängliggöra regionens infrastruktur och välkomna forskare till

Region Stockholms verksamheter kan den nya kunskap som forskningen skapar bidra till kvalitetshöjning och effektivisering.

Region Stockholms engagemang i forskning och utveckling, FoU, syftar till att skapa förutsättningar för att regionens invånare ska få tillgång till verksamheter och service som ständigt förbättras och utvecklas. Klinisk forskning sker framför allt i nära samarbete med Karolinska Institutet, KI, men även i samarbete med andra universitet och högskolor. Ett exempel på detta är att samarbetet med Kungliga Tekniska Högskolan och Stockholms Universitet fortsatt att utvecklas och utvidgas under 2020. FoU finansieras dels av särskilda medel som tilldelas från staten, så kallade ALF-medel, samt de medel som Region Stockholms satsar på forskning. Beslut om fördelning av forskningsmedel sker i samverkan med universiteten.

Forskningsmedel fördelas både i form av sökbara projektmedel och i form av stöd till kliniska forskartjänster. Inom hälso- och sjukvårdsområdet fördelas även ett visst basstöd ut, baserat på tidigare forskningsaktivitet. Basstödet bidrar till forskningens grundläggande infrastruktur och används till att betala hyra för forskningslokaler men också till resurser så som forskningssköterskor, doktorandtjänster och likande.

All regionfinansierad hälso- och sjukvård omfattas av ett utbildningsuppdrag. Utbildningsuppdraget innebär att årligen tillhandahålla utbildningsplatser för verksamhetsintegrat lärande, VIL, för studerande på ett flertal högskolor, universitet, yrkeshögskolor och gymnasieskolor inom vårdrelaterade utbildningar. Det pågår ett kontinuerligt arbete för att säkerställa tillgången på utbildningsplatser av god kvalitet. Under pågående pandemi har utbildningsuppdraget fortgått i den utsträckning det bedömts vara möjligt, ibland med viss påverkan på innehåll och utformning. Ingen direkt utbildningsskuld har uppstått tack vare god samverkan mellan alla aktörer. År 2020 var antalet utbildningsveckor för VIL 101 100 enligt statistik från ekonomisystemet, 57 procent, och it-stödet KliPP, kliniskt placeringsprogram, 43 procent). De största studentgrupperna är läkar- och sjuksköterskestudenter. Jämfört med 2019 har antalet utbildningsveckor för VIL ökat med 1 641.

Innovationsarbetet har under 2020 präglats av covid-19-pandemin och att genomföra ny beslutad innovationsstrategi, RS 2019–0672. Innovationsstrategins inriktningar är integrerad innovation, internt utvecklingsarbete, testmiljöer samt innovation och inköp. Innovation ska vara ett självklart verktyg för att kontinuerligt utveckla, effektivisera och kvalitetssäkra verksamheten i Region Stockholms nämnder och bolag. Samverkan sker genom en samordningsgrupp för innovation, som bereder och tar fram förslag till beslut om gemensamma strategiska innovationssatsningar för Region Stockholm. Syftet är att strategiskt skapa

förutsättningar för innovationsprojekt, att höja insikts- och kompetensnivån inom innovationsområdet och att öka möjligheter till systematik, samarbete, spridning och implementering.

Region Stockholm driver och utvecklar Innovationsfonden vars 15 miljoner kronor under 2020 finansierat genomförande av 55 innovationsprojekt, uppföljning, kommunikation och stöd för spridning av dessa. Med utgångspunkt i den nya innovationsstrategin har utlysningskriterierna för 2021 breddats så att innovationsprojekt från samtliga verksamheter i Region Stockholm har möjlighet att söka och tilldelas medel från Innovationsfonden.

Under 2020 har nyttjandet av medel för forskartjänster, forsknings- och innovationsprojekt försvårats av pandemin, då medarbetarna behövt prioritera det kliniska arbetet inom vården. För att möjliggöra användningen av oförbrukade medel har Region Stockholm tecknat ett avtal med staten angående överföring av oförbrukade medel till 2021. Totalt 123 miljoner kronor har överförts till 2021.

En utökad beskrivning återfinns i rapport Årsbokslut för Region Stockholms samlade resurser för forskning, utveckling, utbildning och innovation, FoUUI, 2020 i regionstyrelsens diarium RS 2020–0769.

Bidra till ett transporteffektivt samhälle i Stockholmsregionen

	Utfall 2020	Utfall 2019	Målvärde 2020	Måluppfyllelse
EN HÅLLBAR REGIONAL UTVECKLING				
Bidra till ett transporteffektivt samhälle i Stockholmsregionen		-		**Uppfylls delvis** 🟡
Andel resor inom länet som sker med gång, cykel eller kollektivtrafik (RUFS)	57%[1)]	-	≥ 70 %	**Uppfylls ej** 🔴
Antal genomförda åtgärder enligt framkomlighetskommissionens plan	100%	-	100%	**Uppfylls** 🟢

[1)] Avser utfall 2019 då data för 2020 ej finns tillgängligt.

Det verksamhetsspecifika målet *Bidra till ett transporteffektivt samhälle i Stockholmsregionen* uppnåddes delvis då en indikator uppnåddes och en indikator inte uppnåddes.

Region Stockholm har genom deltagande i Baltic Sea Commission och CPMR bevakat europeiska transportprocesser som är av vikt för Stockholmsregionen. I november redovisades den årliga mobilitets- och trafikutvecklingsrapporten i tillväxt- och regionplanenämnden, vilken kommer utgöra underlag till Region Stockholms långsiktiga arbete med att bidra till ett transporteffektivt samhälle. Under året har den regionala cykelplanen reviderats i samråd med kommunerna och andra regionala aktörer och remissversionen beslutades av tillväxt- och regionplanenämnden i november.

Trafiknämndens resvaneundersökning för 2019 visar att 57 procent av samtliga resor i länet har genomförts med gång, cykel eller kollektivtrafik, en ökning med tre procentenheter jämfört med 2015. Kollektivtrafiken har starkast ställning när det gäller vardagsresor till och från arbete medan bilen används mer frekvent på fritiden och vid tjänsteresor. Enligt den regionala cykelplanen ska cykelandelen utgöra 20 procent av samtliga regionala resor år 2030. Senast tillgängliga utfall avser år 2019 och visar att andelen cykelresor uppgår till sju procent och är vanligast vid resor till och från arbetet. Framkomlighetskommissionen har under året utfört samtliga planerade åtgärder. Tre nya sträckningsstudier har genomförts och tre stråkstudier påbörjats. Stombussbokslut för 2019 visar att genomförda åtgärder har haft god effekt på att korta kötider samtidigt som påverkan på biltrafikens framkomlighet varit begränsad.

Stockholmsregionen ska vara Europas mest attraktiva tillväxtregion

	Utfall 2020	Utfall 2019	Målvärde 2020	Måluppfyllelse
EN HÅLLBAR REGIONAL UTVECKLING				
Stockholmsregionen ska vara Europas mest attraktiva tillväxtregion				**Uppfylls** ●
Antal etablerade huvudkontor i Stockholmsregionen	22	-	≥ 22	**Uppfylls** ●
Placering i jämförelsen av bruttoregionalprodukt i storstadsregioner i EU (RUFS)	6[1)]	-	≤ 5	**Uppfylls ej** ●
Placering i jämförelsen av konkurrenskraft i storstadsregioner i EU (EU Regional Competitiveness Index)	1[1)]	-	≤ 4	**Uppfylls** ●
Antal internationella gästnätter i Stockholmsregionen	N/A	-	≥ 5,6 miljoner	-

[1)] Utfall avser 2019 då data för 2020 ej finns tillgängligt.

Det verksamhetsspecifika målet *Stockholmsregionen ska vara Europas mest attraktiva tillväxtregio*n uppnåddes för 2020 då två av fyra indikatorer uppnåddes. En indikator gick inte att mäta.

Stockholmsregionen är en av världens mest framgångsrika tillväxtregioner med ett näringsliv i världsklass. Den regionala exportsamverkan i Stockholms län, STHLM GLOBAL, underlättar för företag med internationell tillväxtpotential och är viktigt för måluppfyllelsen. De globala värdekedjorna gör att allt fler näringar utsätts för större internationell konkurrens samt att den regionala tillväxten fått en ökad känslighet för globala kriser. Pandemin har inneburit störningar i de globala värdekedjorna och därmed tillverkningen av slutprodukter och -tjänster vilket i sin tur påverkat länets export. I syfte att minska pandemins effekter på den regionala tillväxten har flera beslut fattats under året gällande projektstöd ur såväl anslag 1:1 Regionala tillväxtåtgärder som det regionala hållbarhets- och skärgårdsanslaget.

Stockholmsregionens placering i EU Regional Competitiveness Index ger en indikation på Stockholmsregionens förmåga att erbjuda en attraktiv och hållbar miljö för näringsliv och invånare och är därmed en indikation på om

Stockholmsregionen är Europas mest attraktiva tillväxtregion. Senaste mätningen gjordes 2019 och Stockholmsregionen placerades då på första plats. Huruvida pandemin kommer ha en påverkan över Stockholmsregionens framtida placering är ännu oklart, indexet uppdateras vart tredje år.

Enligt Forbes lista med de 2000 största globala företagen (Forbes Global 2000) hade 22 globala företag sitt huvudkontor i Stockholmsregionen under 2020. Indikatorn *Antal etablerade huvudkontor i Stockholmsregionen* hade ett utfall på 22 vilket är ett huvudkontor mer än året innan.

Bruttoregionalprodukt, BRP, är ett mått på den totala ekonomiska aktiviteten i en region under en viss tidsperiod. Det kan uttryckas som värdet av total konsumtion av varor och tjänster, bruttoinvesteringar samt export minus import. När BRP ökar är det en indikation på ekonomisk tillväxt i regionen. Utfallet för indikatorn *Placering i jämförelsen av bruttoregionalprodukt i storstadsregioner i EU (RUFS)* avser 2019 och Stockholmsregionen hade då den sjätte högsta bruttoregionalprodukten per capita i jämförelsen med 10 andra europeiska storstadsregioner där Dublin följt av München och Paris intar de tre topplaceringarna. Stockholm placeras något efter Köpenhamn men före Oslo och Helsingfors. Målvärdet om att vara bland de fem bästa storstadsregionerna uppnåddes dock inte.

5.3 Region Stockholm ska bli en hållbar arbetsgivare

Region Stockholm är en av Sveriges största arbetsgivare och behöver rekrytera, behålla och utveckla skickliga medarbetare och chefer i sina verksamheter. Region Stockholm arbetar kontinuerligt för att vara en hållbar och attraktiv arbetsgivare för alla medarbetare.

Målet att Region Stockholm ska blir en hållbar arbetsgivare har två verksamhetsspecifika mål som båda uppnåddes: Region Stockholm – attraktiv arbetsgivare och Systematisk kompetensförsörjning.

	Utfall 2020	Utfall 2019	Målvärde 2020	Måluppfyllelse
REGION STOCKHOLM SKA BLI EN HÅLLBAR ARBETSGIVARE				
Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare				**Uppfylls** ●
Personalomsättning	11%	12%	≤ 13 %	**Uppfylls** ●
Andel av medarbetarna som uppger att de under året haft ett individuellt medarbetarsamtal med sin närmaste chef	N/A	81 %	≥ 81 %	-
Medarbetarindex	N/A	77	≥ 76	-
Chefsindex	N/A	78	≥ 78	-
Andel av medarbetare som utsätts för hot och/eller våld i samband med sitt arbete	N/A	10%	Minska	-
Andel av medarbetare som utsätts för kränkande särbehandling som har samband med arbetet	N/A	-	Minska	-
Andel sjukfrånvaro i relation till ordinarie arbetstid	8,1%	6,1%	≤ 6,2 %	**Uppfylls ej** ●
Systematisk kompetensförsörjning				**Uppfylls** ●
Kompetensutvecklingsindex	N/A		≥ 76	-
Antalet sjuksköterskor som utbildat sig till specialistsjuksköterska eller barnmorska med bibehållen lön	286	283	Öka	**Uppfylls** ●
Antalet tillsatta AT-block	232[1)]	228	Öka	**Uppfylls** ●
Antalet ST-läkare	1737[2)]	1 685	Öka	**Uppfylls** ●

[1)] Inkl. privata vårdgivare

[2)] Exkl. privata vårdgivare, inkl. är antalet drygt 2400

För att skapa förutsättningar för att Region Stockholm ska vara en attraktiv och hållbar arbetsgivare har särskilda satsningar gjorts för att stärka chef- och ledarskapet samt det systematiska arbetsmiljöarbetet. Regionstyrelsens utökade anslag på 200 miljoner kronor för att trygga kompetensförsörjningen har under 2020 använts till strategiska och långsiktiga satsningar på utbildning samt kompetensutveckling, ledarskapssatsningar och insatser inom systematiskt arbetsmiljöarbete.

Region Stockholm – attraktiv arbetsgivare

På grund av pandemin genomfördes inte Region Stockholms gemensamma medarbetarundersökning i sin helhet. Det innebär att sex indikatorer inte kan följas upp. Den sammantagna bedömningen är dock att regionfullmäktiges mål för attraktiv arbetsgivare uppnåddes, baserat på en minskad personalomsättningen, ökat antal sökande till utannonserade tjänster samt bibehållna och förbättrade resultat av Hållbart medarbetarengagemang, HME.

Personalomsättningen i Region Stockholm uppgick till 11,1 procent under 2020, motsvarande siffra under 2019 var 12,2 procent. Det innebär att personalomsättningen har minskat och indikatorns målvärde uppnåddes. Redovisad personalomsättning anger extern omsättning, det vill säga de som börjat och slutat i Region Stockholm och omfattar både tillsvidare och tidsbegränsat anställda. Från och med 2021 kommer redovisningen endast omfatta tillsvidareanställda då det är ett mer adekvat sätt att mäta personalomsättning på. Med det nya sättet att redovisa personalomsättningen på är personalomsättningen för 2020 på 8,0 procent jämfört med 9,4 procent 2019, vilket också är en minskning mellan åren.

Hög personalomsättning kan minska effektiviteten och försvåra utvecklings- och kvalitetsarbete samt är kostsamt.

Antalet sökande på utannonserade tjänster har ökat till 24,3 sökande per tjänst 2020 jämfört med 17,3 sökande per tjänst 2019. Det avser i stort sett samtliga yrkesgrupper jämfört med föregående år och den största ökningen ses för sökande till biomedicinsk analytiker.

Andel sjukfrånvaro i relation till ordinarie arbetstid uppgick 2020 till 8,07 procent, en markant ökning jämfört med föregående år då sjukfrånvaron var 6,14 procent. Ökningen härrör framförallt från ökad korttidsfrånvaro kopplat till pandemin. Målvärdet på indikatorn uppnåddes inte.

Hösten 2020 genomfördes en kortare enkät med fokus på motivation, ledarskap och styrning. Frågorna fanns också med i 2019 års medarbetaruppföljning och möjliggör jämförelse med andra regioner. Resultatet av enkäten ger ett totalindex för Hållbart medarbetarengagemang, HME, och är ett underlag för att analysera kopplingen mellan medarbetarengagemang, verksamhetsresultat och ekonomi. Resultatet för HME år 2020 var 76, vilket är samma nivå som år 2019. Resultat för delindex är: motivation 78 (78), ledarskap 77 (76), styrning 74 (74), 2019 års värde inom parentes.

Systematisk kompetensförsörjning

Målet Systematisk kompetensförsörjning är uppnått då målvärdet uppnåddes för tre av fyra indikatorer. En indikator, *Kompetensutvecklingsindex*, saknar mätvärde då medarbetaruppföljningen inte genomfördes i sin helhet med anledningen av pandemin.

Region Stockholm har erbjudit full lön till medarbetare som utbildat sig till barnmorska eller specialistsjuksköterska inom prioriterade inriktningar. Under 2020 påbörjade 286 sjuksköterskor utbildning på hel- eller deltid med bibehållen lön. Totalt har 621 sjuksköterskor under 2020 fått löneförmån vid studier till specialistsjuksköterska eller barnmorska, inräknat de som påbörjat studier under 2019 eller tidigare.

Under året startade 232 tjänster för läkares allmäntjänstgöring, AT, inom Region Stockholm verksamheter och privata vårdgivare. Det är fyra fler än vad som initialt var planerat och som trots pågående pandemi har kunnat starta och indikatorns målvärde uppnåddes för 2020. Det har bedrivits ett kontinuerligt arbete för att ytterligare öka antalet AT-tjänster 2021. Arbetet har bedrivits parallellt med planeringen av den nya bastjänstgöringen för läkare som också införs 2021.

Regionfullmäktiges indikator att öka antalet läkare som har specialiseringstjänstgöring, ST, uppnådde sitt målvärde. Antalet anställda ST-läkare var år 2020 1 737 jämfört med 1 685 år 2019 i Region Stockholms egendrivna verksamhet. Totala antalet ST inklusive anställda hos privata vårdgivare, vilka är en betydande del av systemet för utbildning av specialistläkare, ökade under år 2020 till drygt 2 400 läkare från 2 230 läkare år 2019. Det pågår ett löpande och långsiktigt arbete att tillse behovet av fler specialister i allmänmedicin och under år 2020 har därför antalet anställda ST-läkare i allmänmedicin ökat från 610 till 636, en ökning inom ramen för primärvårdstrategin. Även antalet ST geriatrik, allergologi, lungmedicin och akutmedicin har ökat.

För uppnå ett systematisk och hållbart arbete med kompetensförsörjning har arbetet med Region Stockholms gemensamma kompetensplanerings-modell, och framtagande av komptensstegar för hälso- och sjukvårdens yrkesgrupper, fortsatt under året. År 2020 fanns 13 kompetensstegar framtagna i syfte att tydliggöra karriärvägar och utvecklingsmöjligheter.

5.3.1 Väsentliga personalförhållanden

Den extraordinära situation som pandemin medfört har påverkat Region Stockholms medarbetare och chefer. För att klara den ökade belastningen som pandemin inneburit för hälso- och sjukvården, har många medarbetare fått byta arbetsuppgifter, arbetsplats och chef. Belastningen i vissa delar av akutvården har medfört att det varit svårt att ta ut ledigheter, förutom de som är lagstadgade och att övertidsuttaget har ökat. För att försöka förhindra att medarbetare drabbas av ohälsa med anledning av den pressande arbetssituationen har omfattande förebyggande insatser som exempelvis olika former av kris- och samtalsstöd satts in.
Med anledning av den mycket ansträngda situationen inom Region Stockholms intensivvårdsverksamhet begärde regionstyrelsen den 2 april 2020 att Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, och Sobona skulle aktivera krislägesavtalet, RS 2020–0356. Smittspridningen i Region Stockholm avtog under sommaren vilket ledde till en minskad belastning på IVA-verksamheten och krislägesavtalet kunde avaktiveras den 31 augusti 2020 efter nästan fem månader, RS 2020–0356. Under perioden som krisläget var aktiverat har cirka 1 600 medarbetare, varav cirka 100 på Capio S:t Göran, varit anvisade att arbeta enligt krislägesavtalets villkor. Anvisningarna har varierat i såväl omfattning som längd utifrån verksamheternas behov. Som flest var 1 257 medarbetare anvisade vid samma tidpunkt. Den ökade belastning inom intensivvården medförde att Krislägesavtalet återigen behövde aktiveras den 23 december, RS 2020–1006.

I enlighet med Folkhälsomyndighetens rekommendationer har medarbetare, som haft möjlighet och förutsättningar, arbetat hemifrån.

En betydande omställning till digitala alternativ har gjorts och såväl utbildningsdagar som konferenser och mässor har genomförts digitalt. Detta har inneburit förändrade krav och förutsättningar för chefer och medarbetare för att skapa delaktighet och en hållbar arbetsmiljö. Nyttjande av digitala verktyg har ökat snabbt och antalet digitala möten likaså. Detta har möjliggjort en högre grad av flexibilitet och minskad restid för medarbetare, vilket har välkomnats av många för en ökad balans mellan arbete och fritid. Under året har ett antal utbildningstillfällen som vänder sig till chefer inom Region Stockholm hållits för att utveckla och utbilda i hur chefer leder på distans samt hur digitala verktyg kan användas för uppföljning.

Under året har en medarbetarpolicy för Region Stockholms tagits fram, RS 2019–1060. Den anger styrande principer för medarbetare och chefer samt hur Region Stockholm ska agera som en attraktiv och hållbar arbetsgivare. Policyn är tillika Region Stockholms arbetsmiljöpolicy och ska vid behov kompletteras med riktlinjer. Under året togs regiongemensamma riktlinjer mot kränkande särbehandling, diskriminering, trakasserier och sexuella trakasserier, RS 2020–0446, fram.

Personalvolymen mätt i antal helårsarbeten[10] uppgick till 43 533, vilket var 596 helårsarbeten fler än i budget och motsvarar en avvikelse på 1,4 procent. Personalvolymen överstiger budget då hälso- och sjukvården har varit i stort behov av personal. Avvikelserna fanns huvudsakligen på Danderyds Sjukhus AB, Södersjukhuset AB och Karolinska Universitetssjukhuset, till följda av behov av hög bemanning med anledning av covid-19 pandemin. I jämförelse med december 2019 har antalet helårsarbeten 2020 minskat med totalt -29 och störst var minskningen på Karolinska Universitetssjukhuset, -286, och Södersjukhuset AB, -137. Minskningen i antalet helårsarbeten är spridd över många yrkeskategorier och bilden för Karolinska Universitetssjukhuset och Södersjukhuset AB ser olika ut. Det går dock att konstatera att på båda sjukhusen har antalet administratörer sjunkit.

[10] Helårsarbeten avser avtalad tid (närvaro och frånvaro) i förhållande till det individuella heltidsmåttet för antalet dagar under perioden.

Sjukfrånvaroredovisning	Utfall	Utfall
Procent	2020	2019
Sjukfrånvaroandel i relation till ordinarie arbetstid *		
Kvinnors sjukfrånvaroandel	8,8	6,8
Mäns sjukfrånvaroandel	5,5	3,7
Totala sjukfrånvaroandelen	**8,0**	**6,1**
29 år eller yngre	8,0	6,0
30-49 år	7,6	5,6
50 år eller äldre	8,6	6,8
Sjukfrånvaro 60 dagar eller mer i relation till total sjukfrånvarotid	40	50

** Ordinarie arbetstid avser avtalad tid exklusive frånvaro utan ekonomiskt värde*

Sjukfrånvaron har ökat jämfört med föregående år. Det är främst den korta och medellånga sjukfrånvaron som har ökat, vilket kan hänföras till pandemin och det avser både män och kvinnor. Folkhälsomyndighetens råd att alla även med milda förkylningssymptom ska stanna hemma från arbetet, och att alla som varit hemma med tecken på infektion ska stanna hemma två symptomfria dagar efter tillfrisknandet, har haft påverkan på de korta sjukskrivningarna. I de nämnder och bolag där medarbetarna har haft möjlighet att arbeta hemifrån har sjukfrånvaron däremot gått ned något jämfört med föregående år. Den huvudsakliga orsaken antas vara att en stor del av medarbetarna arbetar hemma, vilket medför mindre smittorisk men även att de har kunnat utföra sitt arbete vid milda symtom. För att förebygga risken för psykisk ohälsa har ett omfattande psykologiskt krisstöd getts till medarbetare och chefer under 2020. Det är viktigt att fortsatt arbeta med att minska sjukfrånvaron med fokus på psykisk ohälsa och rehabiliteringsplaner.

Uppföljningsrapport Attraktiv och hållbar arbetsgivare

Uppföljningsrapport Attraktiv och hållbar arbetsgivare omfattar bland annat data om antal medarbetare inom olika yrken, en fördjupad beskrivning av insatser inom ledarskap och kompetensutveckling, jämställdhet och mångfald. Rapporten innehåller vidare en sammanfattning av det systematiska arbetsmiljöarbetet med redovisning av resultat från medarbetarenkät, antal arbetsskador samt sjukfrånvarons utveckling. Uppföljningsrapport Attraktiv och hållbar arbetsgivare återfinns i regionstyrelsens diarium RS 2020–0769.

5.4 Resultat nämnder och bolag

Av Region Stockholms 24 nämnder och bolag redovisar trafiknämnden, Stockholm Care AB och Landstingshuset i Stockholm AB ett negativt resultat jämfört med budgeterat resultatkrav. Trafiknämndens underskott förklaras av lägre biljettintäkter till följd av covid-19-pandemin. Stockholm Care AB:s resultat påverkas negativt av minskad utlandsvård till följd av pandemin, samt nedskrivning av tillgångar i samband med att verksamhet förs över till Karolinska Universitetssjukhuset. De ekonomiska effekterna av

pandemin är undantagna från bedömningen av resultatkravet enligt beslut av regionfullmäktige, RS 2019–1041. Nedskrivningskostnaden i Stockholm Care AB beror på verksamhetsförändring och är därmed inte jämförbar med budgeterat resultatkrav. Justerat för dessa poster bedöms Trafiknämnden och Stockholm Care AB ha uppnått sina resultatkrav.
Den negativa budgetavvikelsen för Landstingshuset i Stockholm AB förklaras av nedskrivningar av värdet på aktierna i dotterbolagen. Värderingen av aktierna baseras på dotterbolagens egna kapital och är därmed inte möjlig för Landstingshuset i Stockholm AB att påverka. Justerat för nedskrivningen redovisade Landstingshuset i Stockholm AB ett resultat som överstiger budgeterat resultat. Andel resultatenheter som redovisar ett resultat enligt resultatkravet uppgick därmed till 100 procent och indikatorns målvärde uppnåddes för 2020.

Mkr	Utfall 2020	Budget 2020	Avvikelse	Avvikelse procent av omsättning	Utfall 2019
Hälso- och sjukvård					
Hälso- och sjukvårdsnämnden	253,1	0,0	253,1	0,4 %	57,2
Vårdens kunskapsstyrningsnämnd	1,0	0,0	1,0	0,2 %	43,5
Patientnämnden	1,7	0,0	1,7	5,1 %	0,4
Kommunalförbundet sjukvård och omsorg	62,0	0,1	61,9	3,5 %	-44,8
varav TioHundra AB	*46,4*	*0,0*	*46,4*	5,3 %	*-29,5*
Stockholms läns sjukvårdsområde	228,7	220,0	8,7	0,1 %	228,6
Karolinska Universitetssjukhuset	73,2	53,0	20,2	0,1 %	-1 866,6
Södersjukhuset AB	66,5	9,0	57,5	1,0 %	-111,6
Danderyds Sjukhus AB	18,6	8,0	10,6	0,2 %	-158,4
Södertälje Sjukhus AB	94,9	2,0	92,9	6,1 %	22,8
S:t Eriks Ögonsjukhus AB	9,4	3,0	6,4	0,9 %	55,7
Folktandvården Stockholms Län AB	112,5	112,5	0,0	0,0 %	112,5
Ambulanssjukvården i Storstockholm AB	30,5	12,0	18,5	4,4 %	26,2
Stockholm Care AB	-7,5	1,0	-8,5	-7,3 %	1,7
MediCarrier AB	36,6	6,0	30,6	3,2 %	5,1
Hälso- och sjukvård totalt	**981,1**	**426,6**	**554,6**	**0,5 %**	**-1 627,8**
Kollektivtrafik					
Trafiknämnden	-1 096,2	404,0	-1 500,2	-4,4 %	611,4
varav Trafikförvaltningen	*14,1*	*0,0*	*14,1*	0,1 %	*6,3*
varav Förvaltning för utbyggd tunnelbana	*-7,3*	*0,0*	*-7,3*	-5,1 %	*0,5*
varav AB Storstockholms Lokaltrafik	*-1 063,7*	*404,0*	*-1 467,7*	-6,6 %	*620,3*
varav Waxholms Ångfartygs AB	*-39,3*	*0,0*	*-39,3*	-6,3 %	*-15,8*
Färdtjänstnämnden	376,6	0,0	376,6	20,6 %	107,7
Kollektivtrafik totalt	**-719,6**	**404,0**	**-1 123,6**	**-3,1 %**	**719,1**
Kulturnämnden	**0,5**	**0,0**	**0,5**	**0,1 %**	**2,1**
Tillväxt- och regionplanenämnden	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0 %**	**1,0**
Regionstyrelsen	**564,5**	**0,0**	**564,5**	**20,6 %**	**286,8**
Fastigheter och service					
Fastighets- och servicenämnden	1 096,8	468,0	628,8	8,6 %	485,0
varav Serviceförvaltningen	*70,9*	*5,0*	*65,9*	3,9 %	*-0,2*
varav Fastighetsförvaltningen	*1 025,9*	*463,0*	*562,9*	10,0 %	*485,2*
Locum AB	13,3	7,0	6,3	1,6 %	13,6
Fastigheter och service totalt	**1 110,1**	**475,0**	**635,1**	**8,2 %**	**498,6**
Övriga					
Revisorskollegiet	0,1	0,0	0,1	0,2 %	0,0
Landstingshuset i Stockholm AB	-107,8	-18,0	-89,8		-16,7
AB SLL Internfinans	5,5	3,0	2,5	14,7 %	3,6
Koncerngemensamma funktioner					
Skadekontot	0,2	0,0	0,2	1,0 %	3,5
Koncernfinansiering	3 876,8	-979,2	4 856,0	5,2 %	1 663,5
Koncernjusteringar	90,1	0,0	90,1	**-0,1 %**	-37,1
Resultat samtliga resultatenheter	**5 801,6**	**311,3**	**5 490,2**	**5,0 %**	**1 496,6**
varav omställningskostnader	-147,5	-323,0	175,5		-226,5
Resultat exklusive omställningskostnader	**5 949,0**	**634,3**	**5 314,7**	**5,0 %**	**1 723,0**

5.5 En jämförelse av sjukhusens gemensamma indikatorer

Region Stockholm bedriver vård i egen regi på fem sjukhus. Karolinska Universitetssjukhuset ansvarar för nationell högspecialiserad vård och regionsjukvård. Södersjukhuset AB, Danderyds Sjukhus AB och Södertälje Sjukhus AB är Region Stockholms akutsjukhus med ansvar för specialiserad akut och planerad somatisk specialistvård. Danderyds Sjukhus AB har även ansvar för högspecialiserad rehabiliteringsmedicin och från och med första januari 2020 också geriatrisk vård. S:t Eriks Ögonsjukhus AB bedriver högspecialiserad akut och planerad ögonsjukvård.

Sjukhusens förmåga att uppfylla fullmäktiges mål påverkas av effekterna av covid-19-pandemin. Under större delen av året har det primära fokuset varit att hantera pandemin och dess följdkonsekvenser. Detta har ställt höga krav på sjukhusen, både avseende att öka vårdkapaciteten och att hantera personalsituationen.

	Utfall 2020	Målvärde 2020	Måluppfyllelse
EN HÅLLBAR REGIONAL UTVECKLING			
En hälso- och sjukvård av god kvalitet			
Andel patienter som vistas högst 4 timmar på akutmottagning		≥ 78 %	
Karolinska Universitetssjukhuset	54,2 %		**Uppfylls ej** 🔴
Södersjukhuset AB	37,0 %		**Uppfylls ej** 🔴
Danderyds Sjukhus AB	45,0 %		**Uppfylls ej** 🔴
Södertälje Sjukhus AB	62,9 %		**Uppfylls ej** 🔴
S:t Eriks Ögonsjukhus AB	95,3 %		**Uppfylls** 🟢
Andel patienter som får tid för första besök hos specialistläkare inom 30 dagar		≥ 73 %	
Karolinska Universitetssjukhuset	63,5 %		**Uppfylls ej** 🔴
Södersjukhuset AB	59,0 %		**Uppfylls ej** 🔴
Danderyds Sjukhus AB	55,0 %		**Uppfylls ej** 🔴
Södertälje Sjukhus AB	67,8 %		**Uppfylls ej** 🔴
S:t Eriks Ögonsjukhus AB	78,8 %		**Uppfylls** 🟢
Andel patienter som får tid för behandling inom 90 dagar		≥ 90 %	
Karolinska Universitetssjukhuset	62,6 %		**Uppfylls ej** 🔴
Södersjukhuset AB	72,0 %		**Uppfylls ej** 🔴
Danderyds Sjukhus AB	62,0 %		**Uppfylls ej** 🔴
Södertälje Sjukhus AB	71,1 %		**Uppfylls ej** 🔴
S:t Eriks Ögonsjukhus AB	92,4 %		**Uppfylls** 🟢
Förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner		≤ 7,7 %	
Karolinska Universitetssjukhuset	11,3 %		**Uppfylls ej** 🔴
Södersjukhuset AB	7,3 %		**Uppfylls** 🟢
Danderyds Sjukhus AB	7,7 %		**Uppfylls** 🟢
Södertälje Sjukhus AB	7,2 %		**Uppfylls** 🟢
S:t Eriks Ögonsjukhus AB	0,0 %		**Uppfylls** 🟢
Genomsnittligt aktuellt kvalitetsindex för akutsjukhusen		Öka	
Karolinska Universitetssjukhuset	92,4[1)]		-
Södersjukhuset AB	87,0[1)]		-
Danderyds Sjukhus AB	90,8[1)]		-
Södertälje Sjukhus AB	88[1)]		-
S:t Eriks Ögonsjukhus AB	-[1)]		-
Antal utskrivningsklara dagar per vårdtillfälle		≤ 2	
Karolinska Universitetssjukhuset	-		-
Södersjukhuset AB	2,2		**Uppfylls ej** 🔴
Danderyds Sjukhus AB	0,4		**Uppfylls** 🟢
Södertälje Sjukhus AB	0,1		**Uppfylls** 🟢
S:t Eriks Ögonsjukhus AB	-		-
Genomsnittligt antal dagar per vårdtillfälle i sjukhusvården		Minska	
Karolinska Universitetssjukhuset	4,4		**Uppfylls ej** 🔴
Södersjukhuset AB	3,7		**Uppfylls** 🟢
Danderyds Sjukhus AB	3,2		**Uppfylls ej** 🔴
Södertälje Sjukhus AB	3,7		**Uppfylls** 🟢
S:t Eriks Ögonsjukhus AB	2,1		**Uppfylls ej** 🔴
Administrationens andel av kostnaderna		Minska	
Karolinska Universitetssjukhuset	2,0 %		**Uppfylls** 🟢
Södersjukhuset AB	2,8 %		**Uppfylls** 🟢
Danderyds Sjukhus AB	2,7 %		**Uppfylls** 🟢
Södertälje Sjukhus AB	5,5 %		**Uppfylls ej** 🔴
S:t Eriks Ögonsjukhus AB	3,1 %		**Uppfylls ej** 🔴

[1)] Avser utfall 2019 då data för 2020 ej finns tillgängligt.

En hälso- och sjukvård av god kvalitet

Samtliga sjukhus förutom S:t Eriks Ögonsjukhus AB understeg målvärdet för de tre tillgänglighetsindikatorerna, *Andel patienter som vistas högst fyra timmar på akutmottagning, Andel patienter som får tid till första besök hos specialistläkare inom 30 dagar* samt *Andel patienter som får tid*

för behandling inom 90 dagar. Sjukhusen har efter beslut i RSSL[11] fått nedprioritera elektiv vård, ställa in planerade operationer och flytta personal för att hantera det akuta uppdraget med att vårda smittsamma och svårt sjuka covid-19-patienter. Bristen på vårdplatser har bidragit till svårigheter att flytta ut färdigbehandlade patienter från akutmottagningarna vilket också påverkar tillgänglighetsindikatorerna negativt. S:t Eriks Ögonsjukhus uppnår indikatorvärdena eftersom deras verksamhet påverkats mindre av pandemin jämfört med akutsjukhusen.

Indikatorn *Förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner* har uppnåtts av samtliga sjukhus förutom Karolinska Universitetssjukhuset. Karolinska Universitetssjukhusets vårduppdrag omfattar en betydande andel infektionskänsliga patienter och skiljer sig därför utfallsmässigt från de andra akutsjukhusen. Insatser har skett inom nämnden med resultatet att andelen infektionen har minskat 2020 i förhållande till föregående år.

Indikatorn *Antal utskrivningsklara dagar per vårdtillfälle* uppfylls av Södertälje Sjukhus AB och Danderyds Sjukhus AB. Södersjukhuset AB nådde inte målvärdet men har en klar förbättring mot 2019. Karolinska Universitetssjukhuset saknar systemstöd för att följa upp denna indikator.

Målvärdet för indikatorn *Genomsnittligt antal dagar per vårdtillfälle i sjukhusvården* ska minska. Detta klarade Södersjukhuset AB samt Södertälje Sjukhus AB. Dock har samtliga sjukhus minskat vårdtiden vid exkludering av covid-19-vård och S:t Erik Ögonsjukhus AB tangerar 2019 års värde. För Danderyds Sjukhus AB har även deras nya geriatrikuppdrag påverkat utfallet negativt. Karolinska Universitetssjukhuset har vårdat flest covid-19 patienter i landet och har inom Region Stockholm haft ansvar för de mest sjuka av dem, trots alla dessa uppdrag är medelvårdtiden samma som 2019.

Arbetet med att omhänderta den vård som inte har genomförts behöver ha högsta prioritet under kommande år.

Utfallet per augusti 2020 avseende indikatorn *Administrationens andel av kostnaderna* utgör det startvärde som indikatorn ska mätas mot för att bedöma om administrationens andel av kostnaderna har minskat under året. Karolinska Universitetssjukhuset, Södersjukhuset AB och Danderyds Sjukhus AB klarade av målet att minska sina administrativa kostnader under 2020. Södertälje Sjukhus AB och S:t Eriks Ögonsjukhus AB har under året jobbat med att definiera vilka kostnader som skall inkluderas i denna indikator då vissa roller och kostnader kan tillhöra såväl kärnverksamhet som administration.

[11] Regional särskild sjukvårdsledning

5.6 Investeringar i Region Stockholm

Stockholmsregionen växer vilket ställer höga krav på god tillgänglighet och kvalitet i hälso- och sjukvården samt en väl fungerande kollektivtrafik för såväl befintliga som nya invånare. Region Stockholm genomför omfattande satsningar i både hälso- och sjukvård och kollektivtrafik. Arbetet fortsätter med att bygga om och upprusta fastigheter inom hälso- och sjukvård och inom kollektivtrafik byggs både tunnelbana och tvärbana ut samtidigt som Roslagsbanan och Röda linjen upprustas.

5.7 Investeringar inom nämnder och bolag

Investeringsutgifterna 2020 uppgick till 10 916 miljoner kronor vilket motsvarade en upparbetningsgrad på 73 procent av budgeten på 14 934 miljoner kronor. Årets utgifter understeg budget med 4 018 miljoner kronor varav 1 878 miljoner kronor avsåg fastighets- och utrustningsinvesteringar avseende hälso- och sjukvården, vilket återfinns inom fastighets- och servicenämnden samt nämnder och bolag inom hälso- och sjukvården, och 2 140 miljoner kronor avsåg kollektivtrafiken. Årets upparbetningsgrad förklaras främst av covid-19-pandemins effekter på fastighetsinvesteringar inom vården samt senareläggningar av större investeringar inom kollektivtrafiken.

Covid-19-pandemin har under året inneburit omprioriteringar av investeringar i vårdens fastigheter. Ombyggnation i sjukvårdslokaler har avvaktats, dels för att minska smittspridning, dels för att skydda den egna personalen. Vidare har andra åtgärder prioriterats än de som funnits i planerna, där bland annat fokus har varit att etablera IVA-platser i Älvsjö fältsjukhus. Avvikelsen förklaras även till stora delar av att Karolinska universitetssjukhuset avvaktat fortsättningen i en del investeringar i Huddinge givet ekonomisk situation 2019, som efter översyn av investeringsbehovet medfört att investeringar prioriterats om under 2020.

Senareläggningarna inom kollektivtrafiken har inte i samma utsträckning påverkats av covid-19-pandemin. Avvikelsen beror främst på att en del större investeringar har senarelagts och som tillsammans utgör merparten av avvikelsen: i program Röda linjens uppgradering har fordon inte levererats enligt plan på grund av kvalitetsproblem. I Tunnelbana till Nacka och Söderort överklagades arbetstunneln vid Kungsträdgården efter tilldelning. I Tunnelbana till Barkarby skedde tilldelningen senare än vad som var planerat. I Utbyte rulltrappor har det varit svårt att finna en lämplig leverantör, där anbud dragits tillbaka och en överprövning gjorts till förvaltningsrätten.

Ytterligare information om investeringar finns i avsnitten om nämnder och bolag.

Mkr	Utfall 2020	Budget 2020	Avvikelse mot budget	Utfall 2019
Hälso- och sjukvård				
Hälso- och sjukvårdsnämnden	0,6	7,0	-6,4	10,3
Vårdens kunskapsstyrningsnämnd	0,0	0,0	0,0	0,0
Patientnämnden	0,0	0,0	0,0	0,0
Stockholms läns sjukvårdsområde	202,8	326,6	-123,8	242,5
Karolinska Universitetssjukhuset	662,7	374,7	288,0	549,3
Södersjukhuset AB	181,3	169,4	11,9	413,0
Danderyds Sjukhus AB	124,3	183,0	-58,7	612,2
Södertälje Sjukhus AB	31,4	27,0	4,4	69,8
S:t Eriks Ögonsjukhus AB	40,5	40,0	0,5	33,3
Folktandvården Stockholms Län AB	39,1	85,0	-45,9	47,8
Ambulanssjukvården i Storstockholm AB	12,8	28,0	-15,2	22,9
Stockholm Care AB	2,2	0,0	2,2	3,2
MediCarrier AB	2,3	2,0	0,3	2,9
Hälso- och sjukvård totalt	**1 300,0**	**1 242,7**	**57,3**	**2 007,2**
Kollektivtrafik				
Trafiknämnden	8 102,0	10 256,1	-2 154,1	6 190,5
varav Trafikförvaltningen	*632,7*	*497,2*	*135,5*	*613,0*
varav Förvaltning för utbyggd tunnelbana	*2 067,2*	*2 748,6*	*-681,3*	*1 160,3*
varav AB Storstockholms Lokaltrafik	*5 381,9*	*6 956,6*	*-1 574,7*	*4 338,4*
varav Waxholms Ångfartygs AB	*20,2*	*53,8*	*-33,6*	*78,8*
Färdtjänstnämnden	32,0	18,0	14,0	30,2
Kollektivtrafik totalt	**8 134,0**	**10 274,1**	**-2 140,1**	**6 220,8**
Kulturnämnden	**2,2**	**5,6**	**-3,4**	**0,8**
Regionstyrelsen	**0,9**	**99,7**	**-98,8**	**6,1**
Fastigheter och service				
Fastighets- och servicenämnden	1 478,0	3 306,8	-1 828,8	3 685,9
varav Serviceförvaltningen	*154,2*	*256,5*	*-102,3*	*227,4*
varav Fastighetsförvaltningen	*1 323,8*	*3 050,3*	*-1 726,5*	*3 458,6*
Locum AB	0,5	4,5	-4,0	2,1
Fastigheter och service totalt	**1 478,5**	**3 311,3**	**-1 832,8**	**3 688,1**
Övriga				
Revisorskollegiet	0,1	0,2	-0,1	0,0
AB SLL Internfinans	0,0	0,0	0,0	0,0
Investeringar totalt	**10 915,8**	**14 933,6**	**-4 017,8**	**11 922,9**

6. Viktiga förhållanden för resultat och ekonomisk ställning

Finansiering
Region Stockholms ratingbetyg från kreditvärderings- och ratinginstitutet Standard & Poor's är fortsatt AA+.

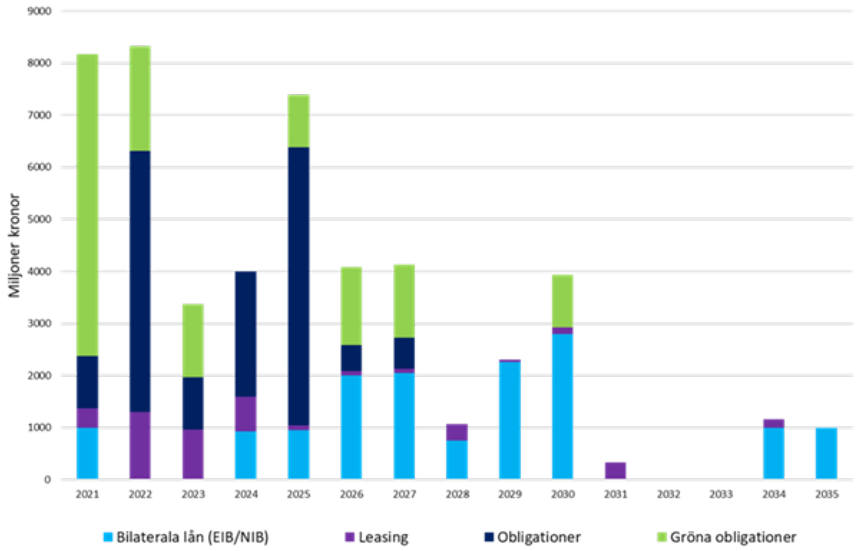
Regionfullmäktige har fastställt en upplåningsram på 95 miljarder kronor. Summan avser samtliga avtalade låne- och kreditlöften, låneprogram och leasingförpliktelser samt checkräkningskrediter. Regionens räntebärande skulder minskade under året med 2 368 miljoner kronor och uppgick per den sista december till 49,4 miljarder kronor. Utöver leasing- och låneskuld finns en skuld för finansieringen av sjukhuset Nya Karolinska Solna som vid bokslutstillfället uppgick till 5 819 miljoner kronor. Skulden amorterades under året med 360 miljoner kronor.

Räntebindningstiden på skuldportföljen får enligt Region Stockholms finansiella riktlinjer uppgå till 2–5 år. Under året varierade den mellan 4,0 och 4,3 år och uppgick per sista december till cirka 4,2 år. Detta motsvarar en andel rörlig ränta om cirka 25 procent av den totala skuldportföljen.

Region Stockholms finansiella riktlinjer ställer krav på att likviditetsbehovet och den kortsiktiga betalningsförmågan alltid ska vara säkrad genom avtalad finansiering. Per den 31 december 2020 uppgick det maximala likviditetsbehovet de kommande sex månaderna till 2,6 miljarder kronor. Den avtalade finansieringen uppgick vid samma tidpunkt till totalt 14,25 miljarder kronor varav checkkredit knuten till koncernkontot om tre miljarder kronor, kreditfaciliteter mot affärsbanker om fem miljarder kronor samt ännu ej utnyttjade låneavtal mot Europeiska Investeringsbanken, EIB, om 6,25 miljarder kronor.

Under året har en ny kreditfacilitet upphandlats mot en grupp svenska och utländska banker. Volymen uppgår till fyra miljarder och löptiden är tre år med en option på att förlänga faciliteten med ett år vid två tillfällen. Faciliteten ersätter den tidigare kreditfaciliteten som hade förfall i december 2021.

I diagrammet nedan visas förfallostrukturen för Region Stockholms skuldportfölj.



Pensioner
Regionkoncernens totala pensionsförpliktelser uppgick till 54 186 miljoner kronor inklusive särskild löneskatt, varav avsättning i balansräkningen utgjorde 31 604 miljoner kronor och ansvarsförbindelsen 22 582 miljoner kronor.

Finansiella placeringar avseende pensionsmedel finns inte, istället återlånas pensionsmedel i sin helhet i verksamheten. Härmed uppgick totala återlånade medel till 54 186 miljoner kronor, vilket motsvarar en konsolideringsgrad om noll procent.

Pensionskostnaderna under 2020 blev 2,2 miljarder kronor lägre än budget. Anledningen till de lägre pensionskostnaderna är att KPA Pension under 2020 har infört ett nytt tekniskt verktyg för pensionsberäkningarna, vilket möjliggör mer träffsäkra beräkningar på individnivå. En positiv engångseffekt har härigenom uppkommit under 2020 i samband med att tidigare års pensionsåtaganden har reviderats ned.

7. Översikt över verksamhetens utveckling

Region Stockholm redovisar för fjortonde året i rad ett positivt ekonomiskt resultat. Under den senaste femårsperioden har Region Stockholms resultat varit starka vilket främst förklaras av att skatteintäkter och statsbidragen översteg budget. Soliditeten och regionens långsiktiga ekonomiska uthållighet har under motsvarande period stärkts från 7,2 procent till 13,3 procent. I genomsnitt har befolkningstillväxten under samma period legat på 1,4 procent.

Årets resultat uppgår till 5 802 miljoner kronor och utgörs till stora delar av engångseffekter. Lägre kostnader för pensioner, högre generella och riktade statsbidrag samt reavinster är de främst orsakerna till överskottet.

Flerårsöversikt	**Region Stockholm Koncern**				
	2020	**2019**	**2018**	**2017**	**2016**
Verksamhetens intäkter	29 794	25 036	23 576	22 177	21 102
Verksamhetens kostnader	-100 011	-96 220	-92 450	-88 733	-85 388
Årets resultat	5 802	1 497	1 383	1 242	808
Soliditet	13,3 %	9,7 %	9,1 %	7,7 %	7,2 %
Soliditet inkl. totala pensionsförpliktelser	-2,6 %	-7,1 %	-8,8 %	-11,5 %	-13,9 %
Investeringar (netto)	10 916	11 923	12 211	15 216	15 065
självfinansieringsgrad	100,0 %	100,0 %	82,1 %	75,3 %	61,5 %
Långfristig låneskuld	49 471	51 838	50 726	45 965	44 597
Antal anställda (helårsarbeten)	43 533	43 561	42 951	42 578	42 249

Flerårsöversikt	**Region Stockholm**				
	2020	**2019**	**2018**	**2017**	**2016**
Folkmängd	2 391 841	2 374 550	2 339 640	2 303 417	2 264 111
Landsting skattesats	12,08	12,08	12,08	12,08	12,08
Verksamhetens intäkter	19 317	13 060	11 876	10 368	9 675
Verksamheternas kostnader	-93 219	-89 183	-85 106	-81 106	-78 101
Årets resultat	6 492	1 019	728	1 018	435
Soliditet	14,6 %	9,5 %	8,4 %	8,2 %	7,7 %
Soliditet inkl. totala pensionsförpliktelser	-4,6 %	-10,6 %	-13,0 %	-15,2 %	-17,9 %
Investeringar (netto)	2 980	5 108	7 447	8 302	8 566
Självfinansieringsgrad	100,0 %	82,6 %	27,2 %	33,8 %	51,1 %
Långfristig låneskuld	44 813	46 700	44 473	39 032	36 406
Antal anställda (helårsarbeten)	29 346	29 551	29 271	29 033	29 034

8. Förväntad utveckling

Utvecklingen det kommande året
Covid-19-pandemin har gjort ett stort avtryck på Region Stockholms ekonomi och verksamhet. Det råder fortfarande stor osäkerhet kring utvecklingen av pandemin och dess effekter på den samhällsekonomiska utvecklingen under 2021 och för kommande planeringsår.

Under våren 2021 förväntas pandemins påverkan vara fortsatt stor för Region Stockholms nämnder och bolag. De osäkra planeringsförutsättningarna och behov av att hantera såväl uppskjuten vård, pausade åtgärdsprogram, som övrig verksamhet kommer att ställa krav på Region Stockholm i form av prioriteringar. Lärdomar från pandemin har skapat möjligheter till effektiviserade processer.

I samband med beslut om budget 2021 fattade regionfullmäktige beslut om en reviderad policy för god ekonomisk hushållning som bland annat innehåller styrande principer för tillämpning av resultatutjämningsreserv. I syfte att säkerställa en ekonomi i balans på sikt inkluderar Region Stockholms principer möjligheten att kunna reservera medel av goda resultat. Reserverade medel kan om behov uppstår nyttjas under en lågkonjunktur i enlighet med den definition som regionfullmäktige har fastställt. Detta gör Region Stockholm mindre sårbart vid negativa resultat då reserverat eget kapital kan täcka upp och Region Stockholm inte behöver återställa resultatet i enlighet med kommunallagens krav.

Budgeten uppvisar ett resultat i balans de kommande åren 2021–2023 motsvarande en miljon kronor per år. Det låga budgeterade resultatet påvisar behovet av att tillgängliga medel kommer kärnverksamheten till del vilket gör att det egna kassaflödet blir lägre än tidigare planerat.

Region Stockholms skatteintäkter, generella statsbidrag och betalning till utjämning i skatteunderlaget följer av den förväntade samhällsekonomiska utvecklingen vad gäller BNP-tillväxt, sysselsättning och löneökningar. Sysselsättningen bedöms vara dämpad i pandemins spår, med en relativt hög arbetslöshet till följd. Konjunkturinstitutet bedömer i prognosen från december 2020 att arbetslösheten kommer att ligga på 9,0 procent i riket under 2021 för att sedan minska till 7,3 procent till 2022. Löneutvecklingen förväntas bli lägre än SKR:s tidigare bedömning från februari 2020, detta till följd av konjunkturen.

Prisutvecklingen bedöms i enlighet med KPIF[12] fortsatt vara låg; 1,1 procent 2021 för att sedan klättra uppåt till 1,9 procent 2023. Det råder en stor

[12] SCB: KPIF - Konsumentprisindex med fast ränta.

osäkerhet kring hur arbetslösheten utvecklades och de arbetade timmarna när de statliga åtgärderna som exempelvis omsättningsstöd och stöd för korttidspermitteringar och korttidsarbete upphör.

Statens förstärkningar av generella riktade statsbidrag antas trappas av givet att pandemin minskar i omfattning. Detta sker samtidigt som Region Stockholms bidrag till den kommunalekonomiska utjämningen stadigt ökar, med sammantaget -2,5 miljarder kronor 2023 jämfört med 2020.

Flerårsöversikt	**Utfall**	**Budget**	**Plan**	**Plan**
Mkr	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**
Verksamhetens intäkter	29 794	28 597	27 730	26 912
Verksamhetens kostnader	-100 011	-104 513	-105 822	-107 410
Avskrivningar	-6 589	-7 200	-7 461	-7 882
Verksamhetens nettokostnader	**-76 806**	**-83 116**	**-85 552**	**-88 380**
Skatteintäkter, generella statsbidrag och utjämning	84 905	85 182	87 704	90 857
Verksamhetens resultat	**8 099**	**2 066**	**2 152**	**2 477**
Finansnetto	-2 297	-2 065	-2 151	-2 475
Årets resultat	**5 802**	**1**	**1**	**1**
Årets resultat i förhållande till skatter och utjämning	6,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Investeringar	10 916	14 055	16 493	16 020
Räntebärande långfristiga skulder	51 838	61 906	62 561	65 424
Soliditet inkl totala pensionsförpliktelser	-2,6 %	-5,1 %	-4,1 %	-3,5 %
Självfinansieringsgrad investeringar (exkl medfinansiering)	100 %	81 %	91 %	89 %

Inom kollektivtrafiken förstärks intäkterna med en höjning av biljettpriserna från januari 2021. Priset för ett 30-dagarskort höjs med 20 kronor till 950 kronor från januari 2021 och priset för 30-dagarskort i Waxholmsbolagets trafik höjs till 950 kronor för vuxna och 640 kronor för pensionär, ungdom och student. Höjningen är nödvändig för att finansiera både den fortsatta utbyggnaden av kollektivtrafiken och ett ökat utbud av kollektivtrafik inom Region Stockholm.

Utvecklingen av de budgeterade samlade skatteintäkter 2021–2023 i förhållande till 2020 är i genomsnitt 2,3 procent. Detta kan ställas i paritet med de goda åren mellan 2016–2019 med en utveckling i genomsnitt med 4,9 procent per år.

Den demografiska utvecklingen med en högre andel yngre och äldre befolkning samtidigt som andelen yrkesverksamma minskar, leder till lägre skatteintäktsutveckling och ställer krav på prioriteringar.

De kärvare ekonomiska förutsättningarna medför att regionens samtliga verksamheter behöver göra prioriteringar och rationaliseringar för att regionen fortsatt ska ha en ekonomi i balans. För att det ska ske måste respektive nämnd och bolag uppnå de resultatkrav som regionfullmäktige har fastställt samtidigt som de ska driva och utveckla verksamheten enligt

fullmäktiges mål och uppdrag. Utvecklingen för verksamhetens kostnader är i genomsnitt per år budgeterad till 2,4 procent samtidigt som befolkningen bedöms öka med i genomsnitt 1,2 procent per år. Resultatet för 2021 budgeteras till en miljon kronor, vilket motsvarar noll procent av skatter och utjämning. Ett högre budgeterat resultat för koncernen än så bedöms inte möjligt givet de ekonomiska förutsättningarna med uppskjuten vård och uteblivna intäkter i kollektivtrafiken. Under planeringsåren budgeteras resultatet vara en miljon kronor respektive år.

Investeringarna inom regionen kommer fortsatt att vara på en hög nivå under budget- och planperioden 2021–2023 och uppgå till totalt 47 miljarder kronor. Exkluderat de investeringar där Region Stockholm har avtal med staten och kommuner om medfinansiering uppgår självfinansieringsgraden till i genomsnitt 88 procent per år under perioden 2021–2023.

Regeringens budgetproposition

Regeringen presenterade i budgetpropositionen generella tillskott för 2021 som sedan halveras för 2022. Regeringen utlovade sammantaget fyra miljarder per år för hantering av uppskjuten vård under 2021 och 2022 samt ersättning för bortfall av biljettintäkter inom kollektivtrafiken för totalt två miljarder kronor. De riktade satsningarna på god och nära vård, tillgänglighet, cancer, psykisk hälsa fortsätter medan kvinnors hälsa förstärks något. Sedan budgetpropositionen beslutades har regeringen aviserat om förändrat ändamål för hälften av medel avsatta för vårdskuld 2021 till att användas för covid-19 relaterad vård. Den osäkerhet kring villkor och krav som redan finns kring riktade statsbidrag har därmed förstärkts.

Oberoende utvärdering av Region Stockholms hantering av det nya coronavirusets effekter

Den 19 maj 2020 beslutade regionstyrelsen att påbörja en oberoende utvärdering av Region Stockholms hantering av det nya coronavirusets effekter. Rapporten överlämnades av utredarna den 8 mars 2021, RS 2020-0384. Syftet med utvärderingen är att dra lärdomar för framtiden och ge underlag till Region Stockholms förbättringsarbete. Region Stockholm kommer samlat och transparent ta om hand de slutsatser och rekommendationer som ges i rapporten. Arbetet med att hantera de slutsatser och rekommendationer som lämnas i rapporten kommer att ledas av en särskild förändringsledare direkt under regiondirektören. Detta är ett långsiktigt arbete som förutsätter både stor öppenhet för förändringar och ödmjukhet för att alla under hela arbetets gång, från början av förra året och alltjämt, har gjort och gör sitt yttersta för att ge stockholmarna bästa möjliga vård, tillgänglig kollektivtrafik och stöd till näringsliv, kultur och besökare med hänsyn till regeringens och myndigheters

rekommendationer och riktlinjerna. Alla ansvariga nämnder och bolag har fått utvärderingen för att inom sina områden vidta åtgärder för att stärka förmågan vid kriser, samt ta tillvara på utvärderingens slutsatser och rekommendationer i det fortsatta förbättringsarbetet. Utvärderingen kommer att fortsätta under 2021, främst om vaccineringen och tredje vågen av smittspridning, då pandemins påverkan på Stockholmsregionen fortsatt är av väsentlig karaktär.

9. Ekonomisk redovisning

9.1 Resultaträkning

Mkr		Regionkoncernen		Regionen	
	Not	**2020**	**2019**	**2020**	**2019**
Verksamhetens intäkter	2	29 794	25 036	19 317	13 060
Verksamhetens kostnader	2	-100 011	-96 220	-93 219	-89 183
Avskrivningar	3	-6 589	-6 201	-2 931	-2 738
Verksamhetens nettokostnader		**-76 806**	**-77 385**	**-76 833**	**-78 861**
Därav jämförelsestörande poster	7	714	-159	292	-220
Skatteintäkter	4	77 392	76 044	77 392	76 044
Generella statsbidrag och utjämning	4	7 514	5 374	7 514	5 374
Summa samlade skatteintäkter		**84 905**	**81 418**	**84 905**	**81 418**
Finansiella intäkter	5	78	68	569	568
Finansiella kostnader	6	-2 375	-2 604	-2 150	-2 106
Finansnetto		**-2 297**	**-2 536**	**-1 581**	**-1 538**
Därav jämförelsestörande poster	7	-	-667	-	-
Extraordinära poster		0	0	0	0
Årets resultat		**5 802**	**1 497**	**6 492**	**1 019**

9.2 Balansräkning

Mkr		Regionkoncernen		Regionen	
	Not	**2020**	**2019**	**2020**	**2019**
Tillgångar					
Anläggningstillgångar					
Immateriella anläggningstillgångar					
Nyttjanderätter och andra immateriella anläggningstillgångar	9	369	372	77	96
Materiella anläggningstillgångar					
Mark, byggnader och tekniska anläggningar	10	69 031	68 600	37 792	37 456
Maskiner och inventarier	11	34 329	32 774	15 923	14 662
Pågående nyanläggningar, förskott avseende materiella anläggningstillgångar	12	22 667	20 728	4 240	10 040
Finansiella anläggningstillgångar					
Finansiella anläggningstillgångar	13	1 199	1 147	45 463	38 520
Summa anläggningstillgångar		**127 595**	**123 622**	**103 495**	**100 774**
Omsättningstillgångar					
Förråd m.m.		621	301	273	143
Kortfristiga fordringar	14	9 626	8 011	13 179	11 830
Kortfristiga placeringar		0	0	0	0
Kassa och bank		4 012	3 385	1 002	0
Summa omsättningstillgångar		**14 259**	**11 697**	**14 454**	**11 973**
Summa tillgångar		**141 854**	**135 319**	**117 949**	**112 747**

Mkr		Regionkoncernen		Regionen	
	Not	**2020**	**2019**	**2020**	**2019**
Eget kapital, avsättningar och skulder					
Eget kapital	15				
Årets resultat		5 802	1 497	6 492	1 019
Resultatutjämningsreserv		3 247		3 247	
Övrigt eget kapital		9 822	11 573	7 428	9 656
Summa eget kapital		**18 871**	**13 069**	**17 167**	**10 675**
Avsättningar					
Avsättningar för pensioner och liknande förpliktelser	16	31 604	31 684	23 863	24 207
Andra avsättningar	17	1 307	1 048	590	615
Summa avsättningar		**32 911**	**32 732**	**24 453**	**24 823**
Skulder					
Långfristiga skulder	18	59 876	63 766	44 862	52 641
Kortfristiga skulder	19	30 197	25 751	31 468	24 608
Summa skulder		**90 073**	**89 517**	**76 330**	**77 249**
Summa eget kapital, avsättningar och skulder		**141 854**	**135 319**	**117 949**	**112 747**
Panter och därmed jämförliga säkerheter		**inga**	**inga**	**inga**	**inga**
Ansvarsförbindelser	20				
Pensionsförpliktelser som inte har upptagits bland skulderna eller avsättningarna		22 582	22 610	22 582	22 610
Övriga ansvarsförbindelser		1 644	1 088	16 871	16 837
Summa ansvarsförbindelser		**24 226**	**23 698**	**39 453**	**39 447**

9.3 Kassaflödesanalys

Mkr	Regionkoncernen		Regionen	
	2020	**2019**	**2020**	**2019**
Den löpande verksamheten				
Årets resultat	5 802	1 497	6 492	1 019
Justering för ej likviditetspåverkande poster*	5 860	9 121	2 121	4 052
Medel från verksamheten före förändring av rörelsekapital	**11 662**	**10 618**	**8 613**	**5 071**
Ökning(-) resp minskning(+) av förråd och varulager	-320	281	-130	293
Ökning(-) resp minskning(+) kortfristiga fordringar	-1 677	-480	-1 350	-1 984
Ökning (+) resp minskning (-) av kortfristiga skulder				
(exkl leasing- och lånefinansiering)	2 774	233	2 437	840
Kassaflöde från den löpande verksamheten	**12 439**	**10 652**	**9 570**	**4 220**
Investeringsverksamheten				
Investering i immateriella anläggningstillgångar	-112	-157	-5	-14
Investering i materiella anläggningstillgångar	-10 804	-11 936	-3 008	-6 299
Försäljning av materiella anläggningstillgångar	1 276	71	4 744	16
Kassaflöde från investeringsverksamheten	**-9 640**	**-12 022**	**1 731**	**-6 297**
Finansieringsverksamheten				
Nyupptagna lån	6 957	8 066	9 655	6 561
Amortering av långfristiga skulder	-9 200	-6 219	-9 200	-6 219
Förändring långfristiga fordringar	-52	-426	-6 943	-159
Förändringar långfristiga skulder	-74	720	-4 070	2
Förändring av leasingfinansiering	-481	-1 115	0	0
Erhållna bidrag	678	1 835	259	1 636
Kassaflöde från finansieringsverksamheten	**-2 172**	**2 861**	**-10 299**	**1 821**
Årets kassaflöde	**627**	**1 491**	**1 002**	**-256**
Likvida medel vid årets början	**3 385**	**1 894**	**0**	**256**
Likvida medel vid årets slut	**4 012**	**3 385**	**1 002**	**0**
) Specifikation av ej likviditetspåverkande poster				
Avskrivningar	6 589	6 201	2 931	2 738
Förändring av avsättningar	179	2 153	-370	969
Realisationsresultat och utrangeringar	-809	160	-369	30
Övriga poster	-99	607	-71	315
Justering för ej likviditetspåverkande poster	**5 860**	**9 121**	**2 121**	**4 052**

10. Nämnder

10.1 Regionstyrelsen

Regionstyrelsen styr, leder, samordnar, följer upp och analyserar förvaltningen av Region Stockholms angelägenheter, har uppsiktsansvar och ska säkerställa att nämnder och bolag verkställer regionfullmäktiges beslut. Regionstyrelsen ska säkra att effekter ur ett koncernperspektiv beaktas vid beslutsfattande och att beslutade mål och uppdrag uppnås inom beslutad budget.

Pandemin har haft stor påverkan på Region Stockholms och regionstyrelsens ekonomi och verksamhet. Regionstyrelsen har prioriterat om verksamhet och resurser för att hantera nya arbetsuppgifter kopplade till pandemin, samt skjutit upp planerat utvecklingsarbete och gjort avvägningar för att minska arbetsbelastningen för bolag och nämnder.

Mål

Nämnden ansvarar för det nämndspecifika målet *Uppnå strukturerad styrning av Region Stockholms verksamheter*, vilket innebär att nämnden ska styra och följa upp målet och dess indikatorer. En av tre indikatorer uppnådde sitt målvärde vilket innebär att målet inte uppnåddes för 2020.

	Utfall 2020	Utfall 2019	Målvärde 2020	Måluppfyllelse
EN HÅLLBAR REGIONAL UTVECKLING				
Uppnå strukturerad styrning av Region Stockholms verksamheter				**Uppfylls ej** ●
Strukturerad styrning				
Andel nämnder och bolag som har levererat resultat i enlighet med resultatkrav[1)]	100%	-	≥ 100 %	**Uppfylls** ●
Andel av nämnder och bolag som har nått måluppfyllelse för minst 80 procent av de indikatorer som tilldelats dem och som är uppföljningsbara i årsrapporten	33,3%	-	≥ 90 %	**Uppfylls ej** ●
Andel av nämnder och bolag som både har levererat resultat i enlighet med resultatkrav[1)] och nått måluppfyllelse för minst 80 procent av de indikatorer som tilldelats dem och som är uppföljningsbara i årsrapporten	33,3%	-	≥ 90 %	**Uppfylls ej** ●
Kärnverksamhet ska prioriteras				
Administrationens andel av kostnaderna	38,0 %	48,0%	Minska	**Uppfylls** ●

[1)] För nämnder och bolag inom hälso- och sjukvård och kollektivtrafik samt regionstyrelsen exkluderas intäkter och kostnader avseende covid-19 i resultatkravet, enligt beslut av regionfullmäktige RF 2019-1041.

Uppnå strukturerad styrning av Region Stockholms verksamheter

Den strukturerade styrningen utgår ifrån Region Stockholms modell för integrerad ledning och styrning, ILS. Arbetet med mål, planering, uppföljning, analys, åtgärder och intern kontroll bygger på en gemensam grund och gäller för hela koncernen.

Resultatkravet för nämnder och bolag inom hälso- och sjukvård och kollektivtrafik samt regionstyrelsen mäts exklusive covid-19, enligt beslut

av regionfullmäktige, RS 2019–1041. Andel nämnder och bolag som uppnådde sitt resultatkrav uppgick till 100 procent. Endast ett bolag, Stockholm Care AB, redovisade ett negativt resultat. Underskottet orsakades av nedskrivningar i samband med förberedandet av verksamhetsövergången till Karolinska Universitetssjukhuset och därmed inte jämförbart med budgeterat resultat.

Indikatorn *Andel nämnder och bolag som har nått måluppfyllelse för minst 80 procent av de indikatorer som tilldelats dem och som är uppföljningsbara i årsrapporten* uppgick till 33 procent, vilket är lägre än målvärdet 90 procent. Covid-19 har bidragit till försämrad måluppfyllnad för nämnder och bolag, vilket är en anledning till att indikatorn inte uppnåddes.

Administrationens andel av kostnaderna
De administrativa kostnaderna definieras som kostnader för administrativt stöd till kärnverksamheterna, och uppgår för regionledningskontoret till 38,0 procent. De administrativa kostnaderna vid årets slut har minskat med 10,0 procentenheter i jämförelse med 2019.

Ekonomiskt resultat

Mkr	Utfall 2020	Budget 2020	Avvikelse	Avvikelse procent av omsättning	Utfall 2019
Regionstyrelsen	564,5	0,0	564,5	20,6 %	286,8

Regionstyrelsens resultat uppgick till 564 miljoner kronor, vilket motsvarar 21 procent av omsättningen.

Den positiva avvikelsen på 564 miljoner kronor var främst en följd av lägre kostnader med 224 miljoner kronor för lämnade bidrag inom utbildning och kompetensförsörjning samt att regionstyrelsens anslag på 200 miljoner kronor för oförutsedda medel inte nyttjats. Personalkostnaderna var -93 miljoner kronor lägre än budget främst på grund av vakanser. Restriktivitet har tillämpats vid återbesättning av tjänster och verksamheten Ekonomisk data och digitalisering har överförts från regionledningskontoret till fastighets- och servicenämnden. Kostnader för konsultanvändning minskade med tre miljoner mot budget, vilket var en minskning med 145 miljoner kronor jämfört med 2019. Nettokostnaden för covid-19 uppgick till elva miljoner kronor i och med erhållet statsbidrag som gett full täckning för vissa merkostnader inom FoU, avseende Dillnerstudien vid Karolinska, med 15 miljoner kronor samt med 0,3 miljoner kronor inom HR.

Investeringar
Årets investeringsutgifter uppgick till 0,9 miljoner kronor, vilket är 98,8 miljoner kronor lägre än budgeterat 99,7 miljoner kronor. Budget avser till

största delen, 70,0 miljoner kronor, Framtidens vårdinformationsmiljö, FVM. Programmets upphandling är avbruten, från och med 2021 övergår investeringsbudget för FVM till medel avseende åtgärder för att förlänga livslängden på vårdens befintliga it-system samt arbetet med ett generationsskifte i vårdens it-miljö. Årets utgifter på 0,9 miljoner kronor avser i huvudsak regionstyrelsens ersättningsinvesteringar inom it.

Digitalisering
För att säkerställa Region Stockholms beslutsprocess under pandemin fattade regionfullmäktige i mars 2020 beslut om att möjliggöra sammanträden digitalt, RS 2020–0284. I linje med detta beslutade regionstyrelsen i april att tillåta digitalt distansdeltagande vid sammanträden i styrelsens utskott och beredningar, RS 2020–0318. Alla politiska möten har under året övergått till att vara helt eller delvis digitala.

Pandemin har medfört en snabb övergång till digitala arbetssätt för chefer och medarbetare. Omställningen har fungerat över förväntan och för att förbättra förutsättningarna för hemarbete har alla medarbetare erbjudits hemlån av utrustning.

Chefer inom Regionledningskontoret har erbjudits utbildning för att leda på distans samt i hur digitala verktyg kan användas för arbetsledning och uppföljning. Insatser har även gjorts för att höja kompetensen kring hur Teams kan användas för ett effektivt distansarbete.

Pilotprojekt för mätning av digital mognad avslutades under året och resulterade i den nya indikatorn ”Grad av digital mognad”, som införs i Mål och budget 2021.

Regionstyrelsen har under året hanterat 32 uppdrag som tilldelats av Regionfullmäktige, varav tio har avslutats under året. 16 uppdrag pågår enligt plan, medan sex uppdrag pågår med en tidplan som avviker från den ursprungliga. Orsaken till avvikelserna kan i fyra fall hänföras till pandemin. I övriga två fall har uppdragen strategiskt planerats om för att stärka leveransen.

Framtidens vårdinformationssystem
I samband med regionstyrelsens beslut att avbryta upphandlingen av FVM, RS 2019–1041, gavs regiondirektören i uppdrag att återkomma med förslag på åtgärder för att förlänga livslängden på vårdens befintliga it-system samt på hur arbetet med ett generationsskifte i vårdens it-miljö kan återupptas. En process har upprättats utifrån vårdgivarnas behov och ett flertal åtgärder har beslutats av regiondirektören inklusive utveckling av ny och

förbättrad funktionalitet. Ett förslag på plan för att återuppta generationsskiftet kommer att tas fram under det första halvåret 2021.

10.2 Hälso- och sjukvårdsnämnden

Hälso- och sjukvårdsnämnden utövar ledning av hälso- och sjukvården i Region Stockholm i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen. Nämnden ansvarar för att tillhandahålla en hälso- och sjukvård i Stockholms län som svarar mot den växande befolkningens behov. Nämnden ska ha ett helhetsperspektiv för att säkerställa att hälso- och sjukvården styrs, samordnas och utvecklas på en övergripande nivå så att de begränsade resurserna anpassas till befolkningens behov.

Den enskilt viktigaste händelsen under rapporteringsperioden har varit pandemin som haft stor inverkan när det gäller hälso- och sjukvårdsnämndens möjligheter att uppnå det nämndspecifika målet "En hälso- och sjukvård av god kvalitet".

Under året har många invånare och vårdgivare tagit ett kraftfullt kliv mot en digifysisk vård. Det har varit en stor efterfrågan på vård via olika typer av e-tjänster och digitala lösningar.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har under året haft 49 uppdrag som har tilldelats av regionfullmäktige, varav 24 av har avslutats under året. Sammanlagt 15 av uppdragen går enligt plan medan nio uppdrag avviker från lagd plan. Ett uppdrag har ej påbörjats. Orsaken till att dessa uppdrag har avvikelse mot lagd plan och att ett uppdrag ej har påbörjats kan kopplas till covid-19 då vissa nedprioriteringar har varit nödvändiga. Dessa uppdrag påbörjas snarast under 2021 om pandemin avtar.

Mål

Nämnden ansvarar för det nämndspecifika målet *En hälso- och sjukvård av god kvalitet*, vilket innebär att nämnden ska styra mot och följa upp målet och dess indikatorer. Två indikatorer har ej gått att mäta på grund av att det inte har funnits tillgängligt utfall i samband med årsbokslutet. Av 20 indikatorer som har gått att mäta uppnådde åtta indikatorer sitt målvärde vilket innebär att målet inte uppnåddes för 2020. Två indikatorer har det ej gått att bedöma måluppfyllelse.

	Utfall 2020	Utfall 2019	Målvärde 2020	Måluppfyllelse
EN HÅLLBAR REGIONAL UTVECKLING				
En hälso- och sjukvård av god kvalitet				**Uppfylls ej** ●
Vård på rätt plats				
Andel specialistläkarbesök som utförts av specialistläkare utanför akutsjukhus	54,6 %	54,4%	≥57%	**Uppfylls ej** ●
Andel besök på närakuter av det totala antalet besök på närakuter och akutsjukhusens akutmottagningar	48,7 %	49,4%	≥52%	**Uppfylls ej** ●
Andel av akut inlagda äldre än 80 år som har lagts in direkt från hemmet till geriatrisk klinik	21,2 %	24,2%	Öka	**Uppfylls ej** ●
Vård i rätt tid				
Andel patienter som vistas högst 4 timmar på akutmottagning	47,0 %	48,0%	≥78%	**Uppfylls ej** ●
Andel patienter som får medicinsk bedömning inom tre dagar på husläkarmottagning	90,0 %	90,0%	≥85%	**Uppfylls** ●
Andel patienter som får tid för första besök hos specialistläkare inom 30 dagar	68,0 %	70,0%	≥73 %	**Uppfylls ej** ●
Andel patienter som får tid för behandling inom 90 dagar	74,0 %	85,0%	≥90 %	**Uppfylls ej** ●
Säker vård				
Förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner	8,5 %	7,3%	≤ 7,7 %	**Uppfylls ej** ●
Återinläggning inom 7 dagar inom slutenvården (för personer 80+[2)]	7,1 %	7,9%	≤ 7,5 %	**Uppfylls** ●
Antibiotikaförskrivning (antalet uthämtade antibiotikarecept per 1000 invånare	238	295	≤ 296	**Uppfylls** ●
Genomsnittligt aktuellt kvalitetsindex för akutsjukhusen	N/A	91,8	Öka	-
Effektiv vård				
Strukturjusterade hälso- och sjukvårdskostnader per invånare, SKL-bearbetning	N/A[1)]	29 888 kr	≤ 27 844 kr	**Uppfylls ej** ●
Antal avslutade ärenden i 1177 Vårdguidens e-tjänster per 1 000 invånare och månad	60,6	35,4	≥ 42	**Uppfylls** ●
Andel husläkare som erbjuder videomöte	79,0 %	-	≥ 40%	**Uppfylls** ●
Antal utskrivningsklara dagar per vårdtillfälle	0,8	-	≤ 2	**Uppfylls** ●
Genomsnittligt antal dagar per vårdtillfälle i sjukhusvården	3,6	3,6	Minska	**Uppfylls ej** ●
Kostnad per DRG-poäng (diagnosrelaterade grupper), SKL-bearbetning	N/A	64 641 kr	Minska	-
Hög effektivitet i vården	N/A	-	≥ 60 %	-
Stärkt folkhälsa				
Andel husläkarmottagningar som bedriver ett aktivt sjukdomsförebyggande arbete	75,7%	79,8%	≥ 80 %	**Uppfylls ej** ●
Andelen 19-åringar med kariesfria sidoytor	73,5%	71,3%	≥ 71 %	**Uppfylls** ●
Vård med patienten i fokus				
Andel av länets invånare som har ett stort förtroende för vården	69%	61,0%	≥ 65 %	**Uppfylls** ●
Andel som skulle rekommendera sin husläkarmottagning till andra	81,0%	79,0%	≥ 82 %	**Uppfylls ej** ●
Kärnverksamhet ska prioriteras				
Administrationens andel av kostnaderna	1,2 %	1,2%	Minska	**Uppfylls ej** ●

[1)] Målbedömning har gjorts utifrån utfall från förgående år.

Vård på rätt plats

Vård på rätt plats har påverkats av pandemin vilket har medfört att ingen av indikatorerna har uppnått sitt målvärde. Nämnden beslutade att ställa in planerad vård för att kunna hantera covid-19-patienter, vilket har påverkat fördelningen av var vården har utförts. Patienterna har även under större delen av första halvåret i hög grad avstått från att söka vård. Inläggningsmönster till geriatriken har påverkats av covid-19. Detta förklaras av att patienter inte i lika hög grad har kommit till geriatriken direkt utan först har varit på akutsjukhus innan inläggning på geriatriken.

Vård i rätt tid
Pandemin har haft påverkan på vårdgarantin för såväl behandling som för mottagningsbesök. Många patienter har på eget initiativ avbokat planerade besök och behandlingar i vården under pandemin, exempelvis inom somatisk vård, husläkarverksamhet, fotsjukvård, hörselrehabilitering och logopedi.

Covid-19-pandemin har påverkat arbetet på akutmottagningarna i stor utsträckning. Arbetet har organiserats i nya flöden, där misstänkt covid-19-smittade patienter separeras från övriga patienter. Handläggningstiderna har förlängts bland annat på grund av användandet av skyddsutrustning, ökad provtagning och det har funnits en större andel vikarier och nyanställd personal som arbetat på akutmottagningarna.

Säker vård
I och med covid-19 har det viktigaste arbetet varit att säkerställa patientsäkerhet i vården. Nya rutiner för att klara situationen i vården har tagits fram på kort tid. Åtgärder som planerats inom ramen för det ordinarie patientsäkerhetsarbetet har skjutits på framtiden.

Rapportering av andel vårdrelaterade infektioner har inte kunnat utföras som planerat. Endast en punktprevalensmätning har genomförts mot normala två mätningar. Målvärdet för *Förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade vårdinfektioner har* inte uppnåtts och har varit på en högre nivå 2020 i jämförelse med 2019.

Antibiotikaförskrivningen (antal uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare) har haft en fortsatt positiv minskning. Antalet uthämtade recept är nu 238 i jämförelse med 295 föregående år och har även uppnått målvärdet. Målnivån för 2020 var 296 uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare.

Effektiv vård
Strukturjusterade hälso- och sjukvårdskostnader per invånare, SKR-bearbetning uppnår ej fastställt målvärde på grund av hög kostnadsutveckling inom hälso- och sjukvården. Indikatorvärdet 2020 baseras på utfall 2019.

Antalet avslutade ärenden i 1177 Vårdguidens e-tjänster per 1 000 invånare och månad överstiger fastställd nivå, 61 ärenden mot 42 ärenden, och *Andelen husläkare som erbjuder videomöte* har ökat, 79 procent mot 40 procent. *Antalet utskrivningsklara dagar per vårdtillfälle,* 0,8 dagar, är bättre än fastställd nivå på 2,0 dagar.

Genomsnittligt antal dagar per vårdtillfälle i sjukhusvården är 3,6 dagar vilket är samma nivå som under 2019 och uppnår därmed inte målvärdet om en sjunkande medelvårdtid. Sjunkande medelvårdtider har varit svårt att åstadkomma under året. En viktig förklaring till detta är att akutsjukhusen vårdat ett stort antal patienter med covid-19. Dessa patienter har haft ett stort vårdbehov och generellt längre medelvårdtider är genomsnittet för övrig vård.

Stärkt folkhälsa
Andel husläkarmottagningar som bedriver ett aktivt sjukdomsförebyggande arbete uppgick till 75 procent, vilket är lägre än målvärdet 80 procent. Pandemin har medfört att husläkarmottagningarna har prioriterat akuta besök, vård som inte kan vänta i och med pandemiläget och därmed har det sjukdomsförebyggande arbetet fått stå tillbaka.

Indikatorn *Andelen 19-åringar med kariesfria sidoytor* har ett bättre utfall, 73,5 procent för såväl målvärde, 71 procent, som för föregående år, 71,3 procent. Det förstärkta preventionsprogrammet i områden med sämre tandhälsa har sannolikt haft betydelse.

Vård med patienten i fokus
Under 2020 sågs en fortsatt positiv utveckling av förtroendet för hälso- och sjukvården och utfallet uppgick till 69 procent vilket översteg regionfullmäktiges målvärde med fyra procentenheter. Det är troligt att förtroendet för hälso- och sjukvården har påverkats av pandemin, utifrån befolkningens upplevelse av hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera pandemin.

Indikatorn *Andelen som skulle rekommendera sin husläkarmottagning till andra*, 81 procent, har förbättrats med två procentenheter i jämförelse med utfallet 2019, men uppnådde inte målvärdet 82 procent.

Administrationens andel av kostnaderna
Utfallet för indikatorn uppgick till 1,2 procent för 2020, vilket är lika med utfallet 2019 och därmed uppnås inte indikatorn. En förklaring till att administrationen inte har minskat är de resurser som har krävts för att klara av den pågående pandemin.

Vårdkonsumtion

Vård Region Stockholm* totalt tusental	Utfall 2020	Budget 2020	*Avvikelse* %	Bokslut 2019	Förändring
Vårdtillfällen	292	310	-5,9%	301	-2,8%
Läkarbesök	5 944	7 436	-20,1%	7 248	-18,0%
Övriga vårdgivarbesök	10 216	11 635	-12,2%	11 279	-9,4%

Pandemin har haft stor påverkan på vårdkonsumtionen i regionen. Läkarbesöken minskade med 18 procent jämfört med år 2019. Antalet övriga besök (exempel sjuksköterskebesök, fysioterapi, arbetsterapi, logopedi, fotvård) minskade med nio procent. Distanskontakterna ökade kraftigt, exempelvis inom husläkarverksamheten, där distanskontakter ökade med 1 300 procent jämfört med 2019. Antalet vårdtillfällen inom slutenvården minskade med 2,8 procent. Minskningen motsvarar 9 000 vårdtillfällen och återfinns huvudsakligen inom den somatiska specialistvården.

Allt sedan covid-19-pandemin startade har akutsjukhusen i Region Stockholm haft ett högt tryck av personer, med misstänkt eller konstaterad smitta, med ett akut behov av akutsjukhusets resurser. Den elektiva vården stängdes, efter beslut i den regionala särskilda sjukvårdsledningen, RSSL, ner för att den akuta och imperativa vården skulle kunna upprätthållas. Även efterfrågan på vård har förändrats till följd av covid-19-pandemin, vilket påverkat den totala vårdkonsumtionen. Besök har avbokats och fysiska besök har i viss utsträckning minskat till förmån för digitala besök. Inom de områden där digitala besök förekommer, till exempel inom primärvården och psykiatrin, har det skett en kraftig ökning. Akutsjukhusen har hittat andra arbetssätt och erbjudit sina patienter distanskontakt för att bibehålla så god tillgänglighet som möjligt.

Vårdtillfällen

Covid-19 har påverkat all verksamhet såväl på akutsjukhus, inom geriatrik och psykiatri som hos externa privata vårdgivare. Totalt sett har antalet vårdtillfällen minskat med 2,8 procent i jämförelse med föregående år. Akutsjukhusen har fått skjuta fram planerad vård för att den akuta och imperativa vården skulle kunna upprätthållas. Under sommaren lättade det akuta söktrycket till akutsjukhusen på grund av covid-19, vilket gjorde att akutsjukhusen kunde börja ta hand om den elektiva vården i större utsträckning. Under september började smittspridningen ta fart igen, för att öka alltmer under hösten. Det medförde att akutsjukhusen återigen var tvungna att nedprioritera den planerade vården. Antalet vårdtillfällen inom akutsjukvården minskade med 1,7 procent i jämförelse med föregående år. En minskning har skett på Södersjukhuset AB, Capio S:t Görans Sjukhus, S:t Eriks Ögonsjukhus AB och Danderyds Sjukhus AB. Antalet vårdtillfällen

ökade däremot på Karolinska Universitetssjukhuset och Södertälje Sjukhus AB.

Inom psykiatrin var antalet vårdtillfällen 4,7 procent lägre än föregående år. Inom den geriatriska vården minskade antalet vårdtillfällen med 7,3 procent. Slutenvården inom geriatriken har minskat som en följd av att de geriatriska klinikerna har fått ställa om sin verksamhet för att kunna ta emot patienter med diagnos covid-19. För att klara det har verksamheterna minskat på antalet vårdplatser, vilket innebär färre vårdtillfällen. Minskningen av antalet vårdtillfällen inom psykiatrin och geriatriken hänförs till covid-19.

Läkarbesök och övriga vårdgivarbesök[13]
Till och med december månad genomfördes 16 100 000 besök hos läkare och övriga vårdgivare, en minskning med 12,8 procent jämfört med föregående år. Läkarbesöken uppgick till 5 900 000 vilket var en minskning med 18,0 procent. Besök hos övriga vårdgivare uppgick till 10 200 000 vilket var en minskning med 9,4 procent. Minskningen förklaras av den pågående pandemin som bland annat medfört förändrat sökbeteende hos befolkningen.

Pandemin har medfört att den digifysiska vården har fått ett genombrott och har ökat kraftigt.

Förlossningsvård
Förlossningsvården innefattar såväl öppen- som slutenvård och i slutenvården ingår utöver förlossningar även för- och eftervård. Antalet besök inom förlossningsvården uppgick till 112 000, vilket är en minskning med 0,8 procent jämfört med föregående år. Totalt uppgick antalet förlossningar till 28 362. Det motsvarar ökning med 0,1 procent jämfört med 2019. Totalt genomfördes 95,1 procent av förlossningarna på de förlossningskliniker som var föräldrarnas förstahandsval, vilket är en ökning jämfört med föregående år.

Prehospital vård
Pandemin har skapat många utmaningar och har påverkat den prehospitala vården under 2020. Genom ett gott samarbete och gemensamma krafter har den frivilliga produktionssamordningen inom regionen kunnat upprätthålla en god tillgänglighet och beredskap och delar av v den prehospitala vården har styrts mot Karolinska Universitetssjukhuset. Covid-19 har medfört omstyrningar av patienter mellan akutsjukhusen, vilket har krävt särskilda åtgärder för att förstärka transportkapaciteten i

[13] Besök som genomförs hos till exempel distrikts- och undersköterskor på husläkarmottagningar samt hos fysioterapeuter, logopeder, arbetsterapeuter och kiropraktiker.

det prehospitala systemet. Totalt genomfördes över 300 000 transporter inom den prehospitala vården, vilket var en ökning med elva procent i jämförelse med föregående år.

I januari infördes en ny organisation vid Prioriterings och Dirigeringstjänsten (SOS Alarm). Syftet är att effektivisera och förenkla utfördelningen av uppdrag.

Tandvård
Produktionsbortfallet inom tandvården till följd av covid-19 var störst inom antalet munhälsobedömningar, som minskade med 69 procent jämfört med föregående år. RSSL beslutade att Folktandvården skulle bedriva sin verksamhet i begränsad omfattning under en tid för att frigöra skyddsmaterial till sjukvården. Även inom nödvändig tandvård samt tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling var minskningen mot föregående år stor, -20,7 procent respektive -12,9 procent.

Inom barn- och ungdomstandvården noterades under hösten ett produktionsbortfall som till stor del har återhämtats. Andelen barn och ungdomar som besöker allmäntandvården uppgick till 90 procent, vilket är 2,4 procentenheter lägre än föregående år och understiger budget med 3,4 procentenheter. Antalet remisser inom specialisttandvård för barn och ungdomar ökade med 14,4 procent i jämförelse med föregående år. Reformen om avgiftsfri tandvård för åldern 20–23 år under åren 2017–2019 har medfört en tilltagande ökning av patienter inom specialisttandvård för barn och ungdomar även under 2020.

Ekonomiskt resultat

Mkr	Utfall 2020	Budget 2020	Avvikelse	Avvikelse procent av omsättning	Utfall 2019
Hälso- och sjukvårdsnämnden	253,1	0,0	253,1	0,4 %	57,2

Hälso- och sjukvårdsnämndens resultat uppgick till 253 miljoner kronor, vilket är 253 miljoner kronor högre än budget och motsvarar 0,4 procent av omsättningen. Avvikelsen förklaras främst av högre intäkter än budgeterat. De högre intäkterna kan främst kopplas till högre statsbidrag.

I resultatet ingår negativa ekonomiska effekter av covid-19-pandemin på sammanlagt -68 miljoner kronor. Posten består av förlorade intäkter samt merkostnader för december månad. I övrigt påverkas resultatet positivt av den vård som har skjutits upp på grund av covid-19.

Hälso- och sjukvårdsnämnden hade under året en omsättning på 71 234 miljoner kronor varav 63 588 miljoner kronor var anslag.

Intäkterna överstiger budget med 3 890 miljoner kronor, 5,8 procent, och förklaras främst av högre erhållna statsbidrag än vad som budgeterats. Statsbidrag som har ökat eller tillkommit under året är generella statsbidrag, 503 miljoner kronor, statsbidrag avseende tillgänglighet till hälso- och sjukvården, 611 miljoner kronor, statsbidrag för merkostnader till följd av covid-19 avseende perioden januari till november, 993 miljoner kronor, och statsbidrag för provtagning av covid-19, 1 434 miljoner kronor.

Nämndens verksamhetskostnader var 3 640 miljoner kronor, 5,4 procent, högre än budget. Köpta vårdtjänster visar ett underskott på 3 209 miljoner kronor. De högre kostnaderna går i stor utsträckning att relatera till pandemin. Karolinska Universitetssjukhuset har under året producerat 5,7 procent mer vård jämfört med avtal. Överproduktionen beror på att fler patienter med covid-19 har behandlats vilket genererat högre kostnader för hälso- och sjukvårdsnämnden. Kostnaderna för avancerad sjukvård i hemmet, ASIH, ökade beroende på ökade volymer samt högre kostnad per vårddygn under pandemin. Även för ambulanssjukvården ökade kostnaderna, vilket beror på extra insatta enheter och högre rörliga kostnader än budgeterat. De fysiska mottagningsbesöken till husläkarmottagningar minskade på grund av covid-19. Istället har många patienter sökt sig till aktörerna inom den digitala utomlänsvården. Pandemin har även inneburit merkostnader för exempelvis provtagning kopplat till covid-19 och insatser för att avlasta akutsjukhusen.

Bemanningskostnaderna visar ett överskott vilket beror på att antal helårsarbeten inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen minskat som ett resultat av förvaltningens arbete med att effektivisera administrationen och att frigöra resurser till kärnverksamheten.

Läkemedel visade ett överskott på 91 miljoner kronor, vilket beror på läkemedelsrabatter och lägre kostnader för smittskyddsläkemedel. Lokal- och fastighetskostnader hade ett underskott på 93 miljoner kronor, vilket bland annat förklaras av lokalkostnader för Älvsjö sjukhus. It-och telekostnader visar ett överskott vilket beror på lägre it-kostnader inom bland annat vårdersättningssystem och hjälpmedelsverksamheten.

Övriga kostnader visade ett underskott på 465 miljoner kronor. Underskottet förklaras bland annat av merkostnader för covid-19 för Capio S:t Görans Sjukhus AB, kostnader för Älvsjö sjukhus samt kommunikationsverksamhet. Underskottet för övriga kostnader förklaras även av externa konsultkostnader på 58 miljoner, varav konsultkostnader som hänförs till covid-19 uppgick till 17 miljoner kronor. Resterande konsultkostnader hänförs till it-utveckling för vårdersättningssystem samt beslutsstödsystem för läkemedel.

I budgeten för 2020 inarbetades en administrativ besparing på 66 miljoner kronor, varav 42 miljoner kronor avsåg egen personal och 24 miljoner kronor avsåg konsultkostnader. Utfallet för personalkostnader inklusive inhyrd personal är 14 miljoner kronor lägre än budget, vilket innebär att den genomförda effektiviseringen blev större än planerat. Utfallet för konsultkostnader var 158 miljoner kronor, vilket är 58 miljoner högre än budget. Om konsultkostnader relaterade till covid-19 exkluderas, uppgick konsultkostnaderna till 141 miljoner. Det innebär då en minskning med 12 miljoner jämfört med utfallet 2019, vilket motsvarar en minskning med 8 procent.

Investeringar
Årets investeringsutgifter uppgick till 0,6 miljoner kronor och upparbetningsgraden var nio procent i förhållande till årets budget på sju miljoner kronor. Årets utgifter avsåg 0,1 miljoner kronor för it-utrustning och 0,5 miljoner kronor för inventarier.

Digitalisering
Under året har det skett en stor ökning av användningen av digitala tjänster. Antalet videomöten i primärvården har ökat med 1 094 procent jämfört med föregående år. Omkring 84 procent av Region Stockholms invånare har nu ett konto på 1177.se och under november nådde antalet inloggningar 2,6 miljoner, vilket är det högsta antalet någonsin. I åldersgruppen 60 år och uppåt har antalet totala inloggningar ökat med 70 procent.

Under våren 2020 togs en självskattningstjänst för covid-19 fram. Tjänsten fick snabbt stort genomslag och användningen har fortsatt öka under hösten. Drygt två miljoner tester har genomförts på webbsidan. Tjänsten bedöms ha avlastat *1177Vårdguiden på telefon* som, särskilt i början av pandemin, hade mycket stor belastning. I augusti 2020 lanserades ett självhjälpsprogram för oro vid covid-19. Tjänsten finns på 1177.se. Tjänsten Egen provhantering har under året använts för att kunna hantera även analyser av covid-19.

Under året har ett projekt genomförts för att bidra till ett digitalt kompetenslyft inom vården. Målet har varit ett praktiskt stöd som riktar sig till chefer och medarbetare som arbetar med att utveckla sin vårdverksamhet. Fokus har legat på att kombinera digitala och fysiska arbetssätt i kontakt med patienter. Ett arbete pågår med att ta fram en webbplats, Jobba digifysiskt, som ska ge vägledning i hur verksamheterna tar nästa steg i ett nytt arbetssätt.

10.3 Vårdens kunskapsstyrningsnämnd
Nämnden ska utöva ledning av kunskapsstyrningsorganisationen och sakkunnigstrukturen inom Region Stockholms hälso- och sjukvård.

Nämnden leder Region Stockholms arbete med den nationella och regionala nivåstruktureringen. Nämnden ansvarar för att Region Stockholm når antibiotikamålet och att vaccinationsgraden håller nationellt fastställd nivå.

Vårdhygien har haft en central roll under pandemin. För att kunna möta det omfattande behovet av Vårdhygiens expertis, från såväl förvaltning och myndigheter som vård och omsorg, beslutades i mars att Vårdhygiens resurser skulle ledas och prioriteras från RSSL.

Överlag har cancervården i regionen fungerat väl för de personer som sökt vård. Ledtiderna har under året kortats, trots det ansträngda läget som pandemin i regionen har inneburit, dock har 18–20 procent färre patienter med cancer diagnosticerats under året. Personer med symtom på cancer har i mindre omfattning sökt vård. Totalt för alla vårdförlopp och behandlingar inom standardiserade vårdförlopp, SVF, där patient har erhållit vård inom angiven ledtid blev utfallet för Region Stockholm 60 procent, vilket är en förbättring i jämförelse med utfallet 2019 på 47 procent. Genomsnittet för riket var 2020 51 procent, 44 procent 2019[14].

Region Stockholm har värdskap för det nationella programområdet, NPO, infektion och har genom detta arbetat intensivt med framtagandet av nationella riktlinjer för hanteringen av covid-19 i samarbete med Socialstyrelsen, professionsföreningar och patientföreningen.

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd har under året haft elva uppdrag som har tilldelats av regionfullmäktige. Fem av dessa uppdrag har under året avslutats. Fyra av uppdragen går enligt plan medan två uppdrag avviker från lagd plan. Orsaken till de uppdrag som har avvikelse mot lagd plan kan kopplats till covid-19 då vissa nedprioriteringar av uppdragen har varit tvungna. Dessa uppdrag påbörjas igen så fort som omfattningen av covid-19 avtar.

Mål

	Utfall 2020	Utfall 2019	Målvärde 2020	Måluppfyllelse
EN HÅLLBAR REGIONAL UTVECKLING				
En hälso- och sjukvård av god kvalitet				
Förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner	8,5 %	7,3%	≤ 7,7 %	**Uppfylls ej** ●
Antibiotikaförskrivning (antalet uthämtade antibiotikarecept per 1000 invånare)	238	295	≤ 296	**Uppfylls** ●
Kärnverksamhet ska prioriteras				
Administrationens andel av kostnaderna	19,0 %	34,0%	Minska	**Uppfylls** ●

[14] https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/statistik/svf-statistik/vantetider-i-svf/

En hälso- och sjukvård av god kvalitet
Rapportering av andel vårdrelaterade infektioner har inte kunnat utföras som planerat på grund av covid-19. Endast en punktprevalensmätning har genomförts mot normala två mätningar. Målvärdet för *Förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade vårdinfektioner* har inte uppnåtts och är på en högre nivå 2020 i jämförelse med 2019.

Antibiotikaförskrivningen (antal uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare) har haft en fortsatt positiv minskning. Antalet uthämtade recept är nu 238 i jämförelse med 295 föregående år och har även uppnått målvärdet.

Administrationens andel av kostnaderna
Utfallet för indikatorn uppgick till 19 procent för 2020, vilket är lägre än utfallet 2019 och därmed uppnås indikatorn för 2020.

Ekonomiskt resultat

Mkr	Utfall 2020	Budget 2020	Avvikelse	Avvikelse procent av omsättning	Utfall 2019
Vårdens kunskapsstyrningsnämnd	1,0	0,0	1,0	0,2 %	43,5

Det ekonomiska resultatet för vårdens kunskapsstyrningsnämnd uppgick till en miljon kronor, vilket är en miljon kronor bättre än det budgeterade nollresultatet. Överskottet beror på lägre kostnader för arvode till förtroendevalda än budgeterat. Nämnden har inte haft några merkostnader eller minskade intäkter kopplat till covid-19.

Digitalisering
Vårdens kunskapsstyrningsnämnd arbetar med digitaliseringsfrågorna gemensamt med hälso- och sjukvårdsnämnden, se avsnitt 10.2.

10.4 Patientnämnden
Patientnämnden är vårdens fristående och opartiska instans dit patienter, anhöriga och anställda inom vården kan vända sig när det har uppstått problem i kontakterna med vården eller när det finns klagomål på bemötande, attityder och kvalitet i vårdens utförande. Nämnden ansvarar även för att analysera inkomna klagomål och synpunkter för att användas i hälso- och sjukvårdsnämndens och vårdgivarnas systematiska förbättringsarbete.

Antalet ärenden kopplade till covid-19 uppgår sedan pandemin började till 799 och utgör 11 procent av samtliga inkomna ärenden under året. Det är ännu för tidigt att utvärdera de långsiktiga effekterna av pandemin, men nämnden redovisar för 2020 inga ökade kostnader kopplade till covid-19.

Mål

	Utfall 2020	Utfall 2019	Målvärde 2020	Måluppfyllelse
EN HÅLLBAR REGIONAL UTVECKLING				
Kärnverksamhet ska prioriteras				
Administrationens andel av kostnaderna	18,0%	12,0%	Minska	**Uppfylls ej**

Administrationens andel av kostnaderna
Utfallet för indikatorn uppgick till 18 procent, vilket är en ökning i jämförelse med utfall 2019. Ökningen beror på att förvaltningen under 2020 har integrerat befintligt systemstöd med 1177, så att patienter och anhöriga lättare kan komma i kontakt med förvaltningen.

Ekonomiskt resultat

Mkr	Utfall 2020	Budget 2020	Avvikelse	Avvikelse procent av omsättning	Utfall 2019
Patientnämnden	1,7	0,0	1,7	5,1 %	0,4

Det ekonomiska resultatet för patientnämnden uppgick till två miljoner kronor och avviker därmed med två miljoner kronor mot det budgeterade resultatet. Avvikelsen motsvarar 5,1 procent av omsättningen, vilket främst förklaras av lägre personalkostnader än budgeterat. På grund av besöksförbud på avdelningarna har fysiska besök ersatts med telefonkontakter, vilket har fört med sig lägre kostnader för stödpersoner då mindre av deras tid tagits i anspråk. Vidare har förvaltningen inte kunnat anställa nya handläggare med anledning av covid-19.

Digitalisering
Patientnämnden har under året tagit fram nya digitala rutiner för att leva upp till rekommendationerna gällande hemarbete.

I mars började patientnämnden ta emot digitala synpunkter via e-tjänsten 1177. På grund av rådande omständigheter kunde inte tjänsten marknadsföras enligt plan, men det visade sig att patienter och ombud ändå hittat till tjänsten och vid årets slut hade det inkommit 1 801 ärenden. Under samma period sjönk antalet inkommande skrivelser och e-post, vilket tyder på lyckad omställning.

10.5 Stockholms läns sjukvårdsområde
Stockholms läns sjukvårdsområde, SLSO, ansvarar för Region Stockholms verksamhet inom primärvård, psykiatrisk vård, barn- och ungdomspsykiatrisk vård, beroendevård, geriatrisk vård, avancerad sjukvård i hemmet, funktionshinder- och habiliteringsverksamhet inklusive tolkcentral, hjälpmedelsverksamhet och kostverksamhet samt somatisk specialistvård genom särskilda avtal. SLSO ska ansvara för FoUU[15]-

[15] FoUU: Forskning, utveckling och utbildning.

verksamhet inom sina verksamhetsområden, inklusive utveckling inom folkhälsoområdet samt utföra andra uppdrag enligt särskilda beslut.

I februari gick SLSO upp i förstärkningsläge och aktiverade, på RSSL:s inrådan, LSSL[16]. SLSO fick i mars uppdraget från RSSL att samordna all närsjukvård, det vill säga primärvård, psykiatri, ASiH[17] samt geriatrik, inom Region Stockholm, oavsett om verksamheten utförs i egen eller privat regi samt kommuner och deras utförare inom äldreomsorg, hemtjänst och LSSSLSO fick även ansvaret för ett akutlager och distribution av kritisk skyddsutrustning, till exempel munskydd, andningsskydd och visir, till samtliga verksamheter i närsjukvården.

En samverkansorganisation för operativ krisledning av samtliga vårdgivare etablerades i samverkan med länets alla kommuner. Separerade vårdflöden för att minska smittspridning av covid-19 upprättades inom hela länet och SLSO:s app Alltid Öppet infördes. Andelen digitala kontakter ökade med över 1 000 procent.

SLSO upprättade också en mobil provtagningsenhet som initialt hade uppdraget att provta misstänkta covid-19-smittade boende på SÄBO[18] . Provkapaciteten utökades succesivt. Krisstöd både på individ- och gruppnivå samt särskilda chefsstöd upprättades.

I mars fick SLSO ansvaret för Beredskapssjukhus Älvsjö med operativ förmåga fram till sommaren. I juli återgick SLSO:s verksamhet till normalläge, då antal insjuknade i covid-19 med behov av sjukvård succesivt minskat.

SLSO fick i november åter i uppdrag att upprätta en operativ samordningsfunktion med uppgift att stödja vårdgivare och samverka med kommuner under pandemin, HSN 2020–1637. Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade i december att ge SLSO ansvar för operativ planering av vaccination av äldre och riskgrupper inom den nära vården. Vaccineringen av äldre och riskgrupper inom den nära vården bedöms fortgå fram till juni 2021.

Mål

Stockholms läns sjukvårdsområde ska styra mot indikatorer kopplat till målet En hälso- och sjukvård av god kvalitet. Av de sju indikatorer som nämnden styr mot uppnådde fyra indikatorer sina målvärden.

[16] Lokal särskild sjukhusledning
[17] Avancerad sjukvård i hemmet
[18] Särskilt boende för äldre

	Utfall 2020	Utfall 2019	Målvärde 2020	Måluppfyllelse
EN HÅLLBAR REGIONAL UTVECKLING				
En hälso- och sjukvård av god kvalitet				
Andel patienter som får medicinsk bedömning inom tre dagar på husläkarmottagning	96%	-	≥85%	**Uppfylls** ●
Andel patienter som får tid för första besök hos specialistläkare inom 30 dagar	75%	81%	≥73 %	**Uppfylls** ●
Andel patienter som får tid för behandling inom 90 dagar	83%	79%	≥90 %	**Uppfylls ej** ●
Förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner	3,7%	2,20%	≤ 7,7 %	**Uppfylls** ●
Antal utskrivningsklara dagar per vårdtillfälle	2,4%	4,9	≤ 2	**Uppfylls ej** ●
Andel husläkarmottagningar som bedriver ett aktivt sjukdomsförebyggande arbete	92%	92%	≥ 80 %	**Uppfylls** ●
Andel som anger att de skulle rekommendera sin husläkarmottagning till andra	80%	84%	≥ 82 %	**Uppfylls ej** ●
Kärnverksamhet ska prioriteras				
Administrationens andel av kostnaderna	1,6%	-	Minska	**Uppfylls** ●

En hälso- och sjukvård av god kvalitet

Både indikatorn *Andel patienter som får medicinsk bedömning inom tre dagar på husläkarmottagningen och* indikatorn *Andelen patienter som får tid för första besök hos specialistläkare inom 30 dagar* har uppnått sina målvärden. Tillgängligheten har trots covid-19-pandemin varit god, men detta kan till viss del bero på ett minskat söktryck. Antalet invånare som sökte vård för andra problem än misstänkt covid-19 gick ner kraftigt under perioden mars till maj. *Andelen patienter som fick tid för behandling inom 90 dagar* uppnår inte målvärdet, men utfallet har förbättrats i jämförelse med föregående år.

Antal utskrivningsklara dagar per vårdtillfälle uppgick till 2,4. Indikatorn uppnådde inte sitt målvärde, men det har skett en klar förbättring under året.

Administrationens andel av kostnaderna

Utfallet för indikatorn uppgick till 1,6 procent för året, vilket är en minskning i jämförelse med föregående år. Anpassningar i verksamhetsstöd har genomförts för att effektivisera administrationen och erfarenheter av nya arbetssätt under covid-19 kommer utgöra grund för fortsatta effektiviseringar.

Vårdproduktion

Under 2020 har covid-19 pandemin haft stor påverkan på produktionen. Inom geriatriken, såväl öppen som sluten geriatrisk vård, var produktionen väsentligt lägre än budget, -37 procent respektive -18 procent. Öppenvården var stängd under perioden mars till juli, en åtgärd för att minska smittspridningen och underlätta det geriatriska arbetet. Inom slutenvården har fler vårdplatser varit stängda då covid-19 pandemin tagit personalresurser i anspråk. Även psykiatrin har påverkats av pandemin då personalens sjukfrånvaro bidrog till ett lägre utfall av antal besök. Sedan sommaren har det generellt skett en ökning av antalet besök. Jämfört med budget har det genomförts 18 000 besök, 1,4 procent fler besök inom

psykiatriska öppenvården. För verksamheter inom primärvården har covid-19 pandemin medfört färre besök på grund av sjukdom bland såväl personal som patienter och besök har avbokats för att hindra smittspridningen. Andra orsaker till minskningen av besök inom primärvården är att fyra av sex husläkarjourer pausades den 20 mars, då de inte kunde ta emot infektionspatienter på grund av risk för smittspridning.

Ekonomiskt resultat

Mkr	Utfall 2020	Budget 2020	Avvikelse	Avvikelse procent av omsättning	Utfall 2019
Stockholms läns sjukvårdsområde	228,7	220,0	8,7	0,1 %	228,6

Resultat uppgick till 229 miljoner kronor och avviker därmed positivt med nio miljoner kronor mot det budgeterade resultatet. Avvikelsen motsvarar 0,1 procent av omsättningen.

I resultatet ingår negativa ekonomiska effekter av covid-19-pandemin på sammanlagt -285 miljoner kronor. Posten består av förlorade intäkter samt merkostnader för december månad. I övrigt påverkas resultatet positivt av den vård som har skjutits upp på grund av covid-19.

Verksamhetens intäkter blev 166 miljoner kronor, 1,3 procent, högre än budget. Den positiva avvikelsen förklaras främst av erhållna bidrag såsom ersättning för sjuklönekostnader från Försäkringskassan och statlig ersättning för merkostnader kopplat till covid-19.

Verksamhetens kostnader översteg budget med 161 miljoner kronor, 1,3 procent. Störst är avvikelsen för personalkostnader, sjuklönekostnader och övertidsersättning, som överskred budget med 194 miljoner kronor, motsvarande 1,7 procent. Ökningen av personalrelaterade kostnader är i stor utsträckning en effekt av den pågående pandemin. Lokal och fastighetskostnader överstiger budget med 47 miljoner kronor, 4,5 procent på grund av delvis icke-budgeterade hyror för tomställda lokaler och dubbelhyror med anledning av FHS samt hyra av infektionstält inom primärvården.

Investeringar

Årets utgifter, exklusive strategiska utrustningsinvesteringar, uppgick till 203 miljoner kronor och understeg årets budget med 124 miljoner kronor. Upparbetningsgraden uppgick till 62,1 procent i förhållande till årets budget på 327 miljoner kronor, exklusive strategiska utrustningsinvesteringar. Avvikelsen beror främst på förseningar i planerade it-investeringar.

Digitalisering
Organisationens verksamhetsutveckling och digitalisering har accelererat snabbt under pandemin. Intresset för att ansluta sig till appen Alltid öppet ökade och vid årets slut använde 346 vårdenheter inom SLSO appen för videomöten, vilket kan jämföras med 94 enheter i december 2019.

Totalt genomfördes drygt 264 000 videomöten jämfört med 21 000 videomöten 2019. Under året har SLSO:s verksamheter också börjat använda funktionen chatt i hög grad, närmre 130 enheter i SLSO har börjat använda chatten vilket kan jämföras med de sju enheter som använde funktionen under 2019.

10.6 Karolinska Universitetssjukhuset

Nämnden är Region Stockholms universitetssjukhus med ansvar för nationell högspecialiserad vård och regionsjukvård, undantagen ögonsjukvård, rehabiliteringsmedicin och handkirurgi. Nämnden är vidare Region Stockholms specialiserade traumacentrum med ansvar för omhändertagande av svårt skadade patienter. Sjukvårdsuppdraget ska omfatta specialiserad och högspecialiserad vård och vara relaterat till sjukhusets forsknings- och utbildningsuppdrag.

Karolinska Universitetssjukhuset är enligt en ranking som publicerades i tidskriften Newsweek i början på mars det tionde mest framstående sjukhuset i världen. Rankingen omfattar sjukhus i 20 länder och bygger på en sammanvägning av medicinska resultat, patientrapporterad kvalitet/upplevelser och rekommendationer från läkare, annan vårdpersonal och chefer inom sjukvårdssektorn. 10 000-tals anställda inom sjukvården i de 20 utvalda länderna valdes ut för att svara på frågor on-line.

Under 2020 har Karolinska Universitetssjukhuset vårdat flest patienter och tagit flest tester i landet relaterat till covid-19-pandemin. Medarbetarna har haft ansträngda arbetsförhållanden med övertid och långa arbetspass. Trots det tuffa utgångsläget har Karolinska Universitetssjukhuset lyckats uppnå 106 procent av regionens vårdbeställaruppdrag, och uppnått cirka 90 procent om covid-19-vården exkluderas. Till sin hjälp har personalen haft ett nytt informationsförsörjningsverktyg samt en förändrad styrning och organisation med mindre och effektivare administration. Under pandemin har nämnden också erhållit ett extrauppdrag av Region Stockholm, att upprätta ett Command Center för att ombesörja regionens behov av skyddsutrustning med avseende av covid-19.

Mål
Karolinska Universitetssjukhuset ska styra mot indikatorer kopplat till målet *En hälso- och sjukvård av god kvalitet*. Tre indikatorer har inte gått

att mäta på grund av att det inte har funnits tillgängligt utfall i samband med årsbokslutet. Av de sex indikatorer som har gått att mäta uppnådde ingen indikator sitt målvärde.

	Utfall 2020	Utfall 2019	Målvärde 2020	Måluppfyllelse
EN HÅLLBAR REGIONAL UTVECKLING				
En hälso- och sjukvård av god kvalitet				
Andel patienter som vistas högst 4 timmar på akutmottagning	54,2%	56%	≥78%	**Uppfylls ej** ●
Andel patienter som får tid för första besök hos specialistläkare inom 30 dagar	63,5%	49%	≥73 %	**Uppfylls ej** ●
Andel patienter som får tid för behandling inom 90 dagar	62,6%	73%	≥90 %	**Uppfylls ej** ●
Förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner	11,3%	11,80%	≤ 7,7 %	**Uppfylls ej** ●
Genomsnittligt aktuellt kvalitetsindex för akutsjukhusen	N/A	92,4	Öka	-
Antal utskrivningsklara dagar per vårdtillfälle	N/A	-	≤ 2	-
Genomsnittligt antal dagar per vårdtillfälle i sjukhusvården	4,4	-	Minska	**Uppfylls ej** ●
Kostnad per DRG-poäng (diagnosrelaterade grupper), SKL bearbetning[1)]	N/A	88 504 kr	Minska	-
Hög effektivitet i vården	N/A		≥ 60 %	-
Kärnverksamhet ska prioriteras				
Administrationens andel av kostnaderna	2%		Minska	**Uppfylls** ●

[1)] Uppgifter från SKR, sluten och öppenvård exkl. ytterfall

<u>En hälso- och sjukvård av god kvalitet</u>

Andel patienter som vistas högst 4 timmar på akutmottagningen indikatorn uppnåddes inte då den har påverkats av omfattningen av inflödet av patienter med misstänkt eller bekräftad covid-19. Ytterligare utmaningar som möjlighet till triagering i yttertält, tillgång och svarstid för akut covid-19-test samt varierande bemanning har haft en påverkan.

Nämnden uppnådde inte målvärdena för *Andelen patienter som väntat högst 30 dagar* och *Andelen patienter som fick tid för behandling inom 90 dagar*. Pandemin har påverkat utfallet av båda indikatorerna genom till exempel minskade remissinflöde och uteblivna patienter. Icke akut vård har framflyttats för att omfördela resurser till förmån för vård relaterat till pandemin.

Förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner uppgick till 11,3 procent vilket är en minskning från föregående år då resultatet var 11,8 procent. Nämnden har en förhållandevis hög andel riskpatienter, i enlighet med sitt vårduppdrag, vilket innebär en utmaning att nå målvärdet. Strävan efter att minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner måste balanseras mot exempelvis en allt för hög antibiotokaanvändning som medför andra patientsäkerhetsrisker.

Antal utskrivningsklara dagar per vårdtillfälle har inte kunnat mätas då ändamålsenliga systemstöd saknas. Generellt bedömer nämnden att en förbättring har skett de senaste åren, dock sannolikt ännu inte i nivå med målvärdet.

Genomsnittligt antal dagar per vårdtillfälle i sjukhusvården har ett tangerat värde jämfört med 2019. Under 2020 får det anses att vara ett bra resultat eftersom covid-19 patienter uppvisar ungefär en fördubblad medelvårdtid.

Administrationens andel av kostnaderna
I jämförelse med utfallet 2019 har indikatorn *Administrationens andel av kostnaderna* sjunkit med 0,44 procent till två procent av totala kostnaderna. Förändringar i sjukhusets organisation och ledning har genomförts för att minska och effektivisera administrationen.

Vårdproduktion

Karolinska Universitetssjukhuset har under året lyckats hålla produktionen på en god nivå och inräknat den tunga och bemanningskrävande vården för covid-19 har de överträffat produktionsuppdraget. Karolinska Universitetssjukhuset är det sjukhus som vårdat flest patienter med covid-19 i hela riket. 2020 behandlades över 7 500 patienter och som mest dedikerades 50 procent av sjukhuset till covid-19 relaterad vård.

Tillgängligheten påverkades av pandemin och vård som kunnat anstå har skjutits fram. Nämnden har under året infört åtgärder för att minimera köbildning, förbättrat flöden och processer samt förbättrat styrningen nära vården.

En viktig del för att klara av årets utmaningar har varit att anpassa antalet anställda till uppdraget. En förutsättning för att möjliggöra en kapacitetsökning inom slutenvården var att öka antalet tillgängliga vårdplatser. Ett projekt med en harmonisering av arbetssätt och ökad användning av data och analys för att dimensionera slutenvården har genomförts av sjukhusets chefer inom omvårdnad. Resultatet av detta har varit att sjukhuset varje månad under 2020 har haft betydligt fler vårdplatser tillgängliga än motsvarande månad under 2019.

Ambitionen med att upprätthålla utomläns- och utlandsvården 2020 har inte infriats fullt ut på grund av covid-19-pandemin och därav införda regionala anvisningar med begränsat resande in i landet samt minimerad rörlighet av patienter inom landet.

Ekonomiskt resultat

Mkr	Utfall 2020	Budget 2020	Avvikelse	Avvikelse procent av omsättning	Utfall 2019
Karolinska Universitetssjukhuset	73,2	53,0	20,2	0,1 %	-1 866,6

Resultat uppgick till 73 miljoner kronor och avviker därmed positivt med 20 miljoner kronor mot det budgeterade resultatet. Avvikelsen motsvarar 0,1 procent av omsättningen. I resultatet ingår negativa ekonomiska

effekter av covid-19-pandemin på sammanlagt -653 miljoner kronor. Posten består av förlorade intäkter samt merkostnader för december månad. I övrigt påverkas årets resultat positivt av de lägre kostnader som uppstått till följd av den vård som har behövts skjutas upp till nästkommande år på grund av covid-19.

Verksamhetens intäkter överstiger budget med 2 990 miljoner kronor, 13,6 procent i jämförelse med budget.

Intäkterna för produktion av vård understeg budget med -644 miljoner kronor. Minskningen berodde främst på minskad efterfrågan på utomlän- och utrikesvården till följd av covid-19. Detta kompenserades delvis genom en ökad vårdavtalsintäkt för beställaruppdraget inom Region Stockholm på grund av överproduktion.

Försäljningen av sjukvårdstjänster var högre än budget, 1 335 miljoner kronor, med anledning av masstesterna kopplat till covid-19 som genomförts inom nämndens laboratorieverksamhet. Erhållna bidrag har en stor positiv avvikelse, 1 634 miljoner kronor, som främst avser nämndens erhållna statsbidrag för merkostnader för covid-19. Övriga intäkter avviker positivt, 683 miljoner kronor, då nämnden fått kompensation för ökade sjuklönekostnader samt vidareförsäljning av skyddsutrustning inom Command Center.

Verksamhetskostnader översteg budget med 2 943 miljoner kronor, 13,9 procent. Avvikelsen är driven av covid-19 och större delen av kostnaderna har en matchande intäkt i form av olika ersättningar knutet till covid-19. Personalkostnaderna avviker negativt med -966 miljoner kronor, 8,6 procent, mot budget varav inhyrd personal står för knappt en fjärdedel. Kostnaden för inhyrd personal var det dubbla mot vad som var budgeterat. Köpta sjukvårds- och verksamhetsknutna tjänster hade högre kostnader än budget främst på grund av samordning av masstestning och för att upprätthålla vårdproduktionen. Ytterligarare en avvikelse mot budget är materialkostnader, 1,5 miljarder kronor, vilket sammanfattningsvis beror på både masstestningen samt även Command Centers stora lagerhållning och nedskrivning med cirka 700 miljoner kronor på grund av förändrat nettoförsäljningsvärde. Ombesörjning av Command Center har också inneburit ökade transportkostnader.

Investeringar

Årets utgifter exklusive strategiska utrustningsinvesteringar uppgick till 390 miljoner kronor och översteg årets budget med 15 miljoner kronor. Upparbetningsgraden uppgick till 104 procent i förhållande till årets budget på 375 miljoner kronor. I utfallet finns covid-19-relaterade investeringar som uppgår till 112 miljoner kronor. Nämnden har sökt och fått särskild

ersättning för merparten av investeringarna. Årets utgifter inklusive strategiska utrustningsinvesteringar uppgick till 663 miljoner kronor.

Digitalisering
En tydlig framgångsfaktor för Karolinska Universitetssjukhuset har varit ett nytt digitalt informationsförsörjningsverktyg för att strukturera och snabbt ställa om för att hantera pandemin. Medicinsk teknik och it har förts samman i en organisation för att sjukhuset ska kunna vara ledande inom utvecklingen. Ökad användning av data och analys för att dimensionera slutenvården har genomförts. Resultatet av detta har varit att sjukhuset varje månad under 2020 har haft betydligt fler vårdplatser än föregående år. Utmaningarna framåt består av effektivisering av processer, inklusive automatisering/digitalisering, inklusive administrativa it-verktyg.

10.7 Trafiknämnden

Trafiknämnden ansvarar för kollektivtrafik på land och till sjöss, med undantag för den särskilda kollektivtrafiken som avser transporter för personer med funktionsvariationer. Trafiknämnden ansvarar för samordning i övergripande frågor av principiell karaktär mellan AB Storstockholms Lokaltrafik, AB SL, och Waxholms Ångfartygs AB, WÅAB. Att trafiknämnden har ett helhetsperspektiv över och tar helhetsansvar för kollektivtrafiksystemet är avgörande för att fullmäktiges mål ska uppnås. I nämndens uppdrag ingår utbyggnad av nya tunnelbanan.

Väsentliga händelser som präglat året har varit kopplade till de åtgärder som behövt vidtas i kollektivtrafiken på grund av pandemin. Det största arbetet har lagts på att minska trängseln i trafiken och därmed undvika smittspridning. Avtal har omförhandlats och kommunikationskampanjer har genomförts för att uppmana resenärer att inte resa om de inte måste. Där risken för trängseln varit som störst, exempelvis resande till och från sjukhus och vissa avgångar i skärgårdstrafiken, har förstärkningsinsatser i form av extra trafik satts in. Biljettkontrollen har under pandemin fått justera sitt arbetsupplägg både för att observera trängsel samt för att bidra till biljettintäktssäkring.

Ett urval av andra händelser under året för kollektivtrafiken listas nedan:
- Trafikstart för det nya fordonet, C30, på tunnelbanans röda linje. Tio fordon är levererade vilket innebär att fem fullängdståg kan köras.
- Leverans och driftsättning av nya fordonet A35 till Tvärbanan.
- Uppgradering av tunnelbanefordonen, C20, är godkända för serieproduktion. Alla 271 vagnar ska vara moderniserade år 2023.
- Roslagsbanans nya Vallentunadepå har slutbesiktigats.
- Tvärbanans Kista- och Solnagren har kopplats ihop.
- Pendelbåtslinjen 83, den nya Vaxholmspendeln, startade och ska gå tur och retur mellan Vaxholm och Strömkajen.

- Ny version av SL-appen och webbplatsen SL.se har lanserats

Mål

Nämnden ansvarar för det nämndspecifika målet *Attraktiv kollektivtrafik i ett hållbart transportsystem*, vilket innebär att nämnden ska styra mot och följa upp målet och dess indikatorer. Tre indikatorer har inte gått att mäta på grund av covid-19. Av de tio indikatorer som har gått att mäta uppnådde sex indikatorer sina målvärden vilket innebär att målet uppnåddes för 2020.

	Utfall 2020	Utfall 2019	Målvärde 2020	Måluppfyllelse
EN HÅLLBAR REGIONAL UTVECKLING				
Attraktiv kollektivtrafik i ett hållbart transportsystem				**Uppfylls** ●
Attraktiva resor				
Nöjda resenärer - allmän kollektivtrafik	N/A	80%	≥ 78 %	-
Nöjda resenärer - särskild kollektivtrafik[1)]	90%	86%	≥ 86 %	**Uppfylls** ●
Nöjda resenärer - allmän skärgårdstrafik	N/A	96%	≥ 96 %	-
Trygga resor				
Andel resenärer som känner sig trygga i allmän kollektivtrafik på land och med pendelbåtar	N/A	72%	≥ 79 %	-
Andel trygga resor - särskild kollektivtrafik[1)]	77%	-	≥ 76 %	**Uppfylls** ●
Effektiva resor				
Kostnad per personkilometer, SL-trafiken	5,14 kr	3,30 kr	≤ 3,35 kr	**Uppfylls ej** ●
Tusentals påstigande en vanlig vardag	1 859	2 851	≥ 3 037	**Uppfylls ej** ●
Kollektivtrafikens andel av de motoriserade resorna	47,5%	-	≥ 51,5 %	**Uppfylls ej** ●
Hållbara resor				
Uppfyllnad av miljömål i miljöprogram	33%	-	≥ 80 %	**Uppfylls ej** ●
Uppfyllnad av miljömål i trafikförsörjningsprogrammet	57%	-	≥ 58 %	**Uppfylls** ●
Andel förnybar energi i kollektivtrafiken	93%	91%	≥ 93 %	**Uppfylls** ●
Tillgänglig och sammanhållen region				
Fullt tillgänglig linje eller bytespunkt (exkl. båttrafik)	80%	-	≥ 80 %	**Uppfylls** ●
Kollektivtrafikens restid mellan regionala stadskärnor och Arlanda flygplats ska vara konkurrenskraftig med bilens restid (RUFS), andel av de regionala stadskärnorna som har en restidskvot under 1,5	57%	-	≥ 50 %	**Uppfylls** ●
Kärnverksamhet ska prioriteras				
Administrationens andel av kostnaderna				
Trafikförvaltningen	2,4 %	2,3%	Minska	**Uppfylls ej** ●
Förvaltning för utbyggd tunnelbana	10,8 %	14,2%	Minska	**Uppfylls** ●

[1)] Färdtjänstnämnden har ansvar för indikatorn. Indikatorn redovisas i tabellen för att ge en överblick över de indikatorer som ingår under det nämndspecifika målet Attraktiv kollektivtrafik i ett hållbart transportsystem.

Attraktiva resor

Andelen nöjda resenärer i allmän kollektivtrafik och i allmän skärgårdstrafik har över tid haft en stabil trend över indikatorns målvärde. I april 2020 fattade trafiknämnden beslut om att inte genomföra kundundersökningen om upplevd kvalitet på grund av pandemin, vilket gör att indikatorerna inte kunde följas upp.

För att ändå kunna få en uppfattning om trenden avseende nöjda resenärer följs utvecklingen via den mätning, Kollektivtrafikbarometern, som

branschorganisationen Svensk kollektivtrafik genomför. Över tid visar båda mätningarna på samma trend, att den upplevda nöjdheten med kollektivtrafiken är fortsatt god.

Under året har en ny SL-app (iOS och Android) lanserats för att ge resenärerna tydligare och mer tillgänglig trafikinformation. Det är troligt att resultatet avspeglas i Kollektivtrafikbarometern då flera kvalitetsfaktorer inom området information betygsättes högre i december, såsom informationen inför resa och vid förändringar och störningar.

Trygga resor
Att känna sig trygg i och på väg till och från kollektivtrafiken är avgörande för att invånare i länet ska välja kollektivtrafiken framför bilen. Målet är extra utmanande då covid-19 har gjort att resenärerna känner en annan typ av otrygghet med att resa med kollektivtrafiken. Då kundundersökningen upplevd kvalitet, där trygghet ingår, inte genomfördes under 2020 kunde indikatorerna under målet inte mätas för året.

Den upplevda tryggheten, mätt via Kollektivtrafikbarometern, har minskat markant sen februari. I mätningen upplever 61 procent av resenärerna att det är tryggt att resa med SL. Det finns en tydlig koppling mellan de som känner sig otrygga och de som är oroliga för smittan i kollektivtrafik.

Arbetet med insatser för att öka tryggheten under 2020 har till viss del påverkats av pandemin där försök med flexibla nattstopp och pilotförsök för att öka kvinnors trygghet inte har kunnat genomföras. Däremot har flertalet andra aktiviteter genomförts.

- En trygghetschatt, som bidrar till ökad trygghet för resenärer oavsett trafikslag eller tid på dygnet, kopplad till Trygghetscentralen har lanserats.
- Fler kameror har satts upp på nya platser inom kollektivtrafiken.
- Samverkan har genomförts med kommuner och polis för att fokusera på särskilt utsatta individer och grupper.
- Samverkansavtal har tagits fram för att kunna arbeta tillsammans med organisationerna Stadsmissionen och Nattskiftet.
- Vidare har upphandling av trygghetsvärdar för särskilt utsatta individer/grupper såsom till exempel personer som lever i hemlöshet och områden genomförts.

Effektiva resor
Resandet har minskat drastiskt till följd av pandemin och de rekommendationer som Folkhälsomyndigheten utfärdat. Samtidigt som resenärerna uppmanas att inte resa har kollektivtrafiken körts enligt ordinarie tidtabeller för att minimera trängsel och smittspridning för de som måste åka kollektivt.
Det minskade resandet innebär att målen för påstigande, kollektivtrafikens andel av de motoriserade och kostnad per personkilometer inte har uppfyllts. Indikatorn, *tusentals påstigande en vanlig vardag*, uppvisade en 35-procentig minskning i jämförelse med föregående års utfall.

Hållbara resor
Att uppnå hållbara resor handlar mycket om att nå miljömålen i miljöprogram 2021. Det lägre utfallet år 2020 beror till stor del på pandemin. Användningen av förnybar energi är dock fortsatt hög. Nyare trafikavtal kräver 100 procent förnybar el, värme och kyla. Senaste bussavtalen som tecknades innan pandemin utbröt innehåller högre krav om energieffektivisering, såsom sparsam körning, ruttoptimering (till exempel körning till och från depå), innovativ teknik som elektrifiering och högre beläggningsgrad (antal passagerare i bussarna). Covid-19 innebär att tecknade avtal i viss mån har behövt anpassats i syfte att undvika trängsel. Hela bussflottan drivs sedan 2017 på förnybara drivmedel vilket uppmärksammades under året då trafikförvaltningen tilldelades regionens miljöpris.

Tillgänglig och sammanhållen region
Covid-19-pandemin har även påverkat tillgänglighetsarbetet men trots detta har målet uppnåtts. Arbetet med att utveckla kollektivtrafiken i Region Stockholm fortsätter, till exempel genom pågående dialog för en framtida kollektivtrafikförsörjning av Norra Djurgårdsstaden, utredning och planering för utbyggnad av Roslagsbanan till city och Spårväg Syd, pågående och planerad utbyggnad av tunnelbanan. Exempel på andra aktiviteter är utveckling av koncept för kollektivtrafik på landsbygden och sjötrafikutredning för en framtida sjötrafik.

Administrationens andel av kostnaderna
För trafikförvaltningen uppgick *Administrationens andel av kostnaderna* till 2,4 procent, jämfört med 2,3 procent 2019. Den mindre ökningen beror på att kostnaderna för köpta administrativa tjänster är högre jämfört med föregående år. Administrativa uppgifter som tidigare utfördes i egen regi började under 2020 istället att köpas in. För förvaltning för utbyggd tunnelbana var utfallet 10,8 procent, jämfört med 14,2 procent 2019. Minskningen berodde på att de administrativa kostnaderna inte ökade i samma takt som kostnaderna för kärnverksamheten.

Resande kollektivtrafik totalt tusental	Utfall 2020	Budget 2020	Avvikelse budget	Utfall 2019	Förändring %
Kollektivtrafik på land. Påstigande*	1 859	3 037	-39 %	2 851	-35 %
Kollektivtrafik på vatten. Passagerare**	3 168	6 463	-51 %	5 859	-46 %

* AB Storstockholms Lokaltrafik redovisar ett genomsnittligt antal påstigande en vardag.

** Innefattar skärgårdstrafik och pendelbåtslinjer.

Kollektivtrafik på land

Resandet minskade i och med covid-19-pandemin. De som inte behövt åka kollektivt uppmanades att inte resa och många arbetade hemifrån. Resandet för året blev 35 procent lägre och alla trafikslag påverkades. Efter att januari och februari legat på normal nivå rasade resandet i mars då den första covid-19-vågen drog in. Under april nådde resandet en botten med rekommendationer om hemmajobb och undvikande av kollektivtrafiken, varefter resenärerna successivt kom tillbaka fram till månadsskiftet oktober-november då resandet återigen föll som en konsekvens av andra vågen och tidigare rekommendationer återinfördes.

Antalet påstigande i kollektivtrafiken på vatten minskade med 46 procent jämfört med föregående år. Rådande restriktioner betyder att färre resenärer kunde tas ombord för att begränsa trängsel och minska smittspridning.
För landtrafiken var det tunnelbanan som hade störst minskning i antal påstigande med en nedgång på 40 procent. Följt av lokalbana, pendeltåg och till sist busstrafiken som hade den minsta nedgången på 31 procent.

Ekonomiskt resultat

Resultat trafiknämnden* Mkr	Utfall 2020	Budget 2020	Avvikelse mot budget	Avvikelse i procent	Bokslut 2019
Biljettintäkter	5 437	9 308	-3 871	-41,6 %	8 811
Anslag	9 804	9 804	0	0,0 %	9 491
Övriga intäkter	5 914	3 962	1 952	49,3 %	4 179
Summa verksamhetens intäkter	**21 155**	**23 074**	**-1 919**	**-8,3 %**	**22 480**
Personalkostnader och inhyrd personal	-955	-1 011	56	-5,6 %	-947
Köpt trafik	-13 718	-14 326	608	-4,2 %	-13 522
Övriga kostnader	-3 734	-3 368	-367	10,9 %	-3 604
Summa verksamhetens kostnader	**-18 407**	**-18 705**	**298**	**-1,6 %**	**-18 073**
Avskrivningar	-3 316	-3 462	146	-4,2 %	-3 249
Verksamhetens resultat	**-568**	**907**	**-1 475**		**1 159**
Finansiella intäkter	58	56	2	4,1 %	63
Finansiella kostnader	-586	-558	-28	4,9 %	-610
Resultat	**-1 096**	**404**	**-1 500**		**611**

* Trafiknämnden innefattar trafikförvaltningen, AB Storstockholms Lokaltrafik, Waxholms Ångfartygs AB och förvaltning för utbyggd tunnelbana.

Trafiknämndens resultat uppgick till -1 096 miljoner kronor, vilket är -1 500 miljoner kronor lägre än budgeterat resultat. Avvikelsen mot budgeterat resultat motsvarar 4,4 procent av omsättningen och förklaras främst av lägre biljettintäkter till följd av färre resenärer. Regionfullmäktige har beslutat att trafiknämnden får undanta de negativa ekonomiska konsekvenserna av covid-19 vid uppföljning av sitt resultatkrav, vilket innebär att nämnden uppnådde sitt resultatkrav.

Till följd av rekommendationerna att Stockholmsregionens invånare ska vara restriktiva med resandet minskade biljettintäkterna med -3 871 miljoner kronor jämfört med budget. Trafiknämnden ansökte och beviljades statsbidrag för förlorade biljettintäkter. Bidraget uppgick till 1 332 miljoner kronor och täcker därmed endast cirka en tredjedel av de uteblivna intäkterna. Anledningen till att bidraget bara delvis täcker upp för de minskade biljettintäkterna beror på att staten endast kompenserar för perioden mars-juni.

I året resultat ingår en realisationsvinst från försäljning av fastigheten kopplad till Hornsbergs bussdepå. Nettovinsten från försäljningen uppgick till 422 miljoner kronor. Kostnaderna för drift och underhåll översteg budget där största delen beror på saneringskostnader för Hornsbergs bussdepå kopplat till fastighetsförsäljningen.

Kostnaderna för köpt trafik understeg budget med 608 miljoner kronor. För att bidra till minskad smittspridning skedde påstigning i mittsektionen av bussarna. Totalt 50 000 extra avgångar har satts in i busstrafiken samtidigt har fler långa tåg körts i spårtrafiken. Som en följd av att resenärerna haft utmaningar att validera sina biljetter på bussar och lokalbanor har trafikentreprenörerna erhållit ersättning baserat på antal verifierade betalande påstigande, VBP, föregående år för VBP-avtal[19]. Trafikslagen hade lägre kostnader till följd av en lägre indexutveckling i avtalen samt att budget för ersättningstrafik inte behövde användas.

Saneringskostnader för Hornsbergs bussdepå, vilka var kopplade till fastighetsförsäljningen, gjorde att övriga kostnader översteg budget. En annan anledning var utrangeringar av anläggningar, bland annat för upprustningen av Roslagsbanan, som kostnadsförts under året.

Antalet helårsarbeten uppgick till 965, vilket är 27 helårsarbeten färre än budget men jämfört med föregående år har trafiknämnden ökat med 50 helårsarbeten. Trafikförvaltningen gör en konsultväxling där beställarkompetensen stärks genom att anställa egen personal. Samtidigt

[19] VBP-avtal är trafikavtal där entreprenören får ersättning för varje verifierad betalande påstigande.

bygger förvaltning för utbyggd tunnelbana upp sin organisation då projekten successivt går in i upphandlingsfaser och byggstarter.

Investeringar
Trafiknämnden ansvarar för regionens kollektivtrafikinvesteringar, exklusive investeringar i färdtjänsten. Nämndens investeringsbudget för året var 10 256 miljoner kronor, varav 7 508 miljoner kronor avsåg trafikinvesteringar och 2 748 miljoner kronor utbyggnad av tunnelbanan. Årets utgifter uppgick till 8 102 miljoner kronor, vilket motsvarar en upparbetningsgrad på 79 procent i förhållande till budget. Av årets utgifter avsåg 680 miljoner kronor medfinansiering från stat och kommuner. Avvikelsen i jämförelse med budget var 2 154 miljoner kronor och beror främst på förskjutning av tidplanerna för de större investeringarna. Avvikelsen beror främst på att en del större investeringar har senarelagts och som tillsammans utgör merparten av avvikelsen: i program Röda linjens uppgradering har fordon inte levererats enligt plan på grund av kvalitetsproblem. I Tunnelbana till Nacka och Söderort överklagades arbetstunneln vid Kungsträdgården efter tilldelning. I Tunnelbana till Barkarby skedde tilldelningen senare än vad som var planerat. I Utbyte rulltrappor har det varit svårt att finna en lämplig leverantör, där anbud dragits tillbaka och en överprövning gjorts till förvaltningsrätten.

Tabellen redovisar större investeringsprojekt inom trafiknämnden, som har en totalbudget för investeringsprojektens samtliga år som överstiger 300 miljoner kronor.

Kollektivtrafikinvesteringar i urval Mkr	Status	Utfall 2020	Budget 2020	Budget avvikelse	Total ack utfall	Total prognos	Total budget	Total upparb. grad (%)	Färdig-ställande (år)
Tunnelbana Fridhemsplan - Älvsjö	Pågående	23	43	20	23	14 428	14 266	0%	2035
Tunnelbana till Nacka och söderort	Pågående	1 042	1 430	388	3 152	24 214	13 654	23%	2030
Program Röda linjens uppgradering	Pågående	627	1 514	888	6 111	10 710	10 710	57%	2026
Program Roslagsbanans utbyggnad	Pågående	979	710	-269	8 076	10 450	9 644	84%	2026
Program Tvärbana Norr Solnagrenen	Pågående	47	29	-18	5 516	5 576	5 541	100%	2022
Program Tvärbana Norr Kistagrenen	Pågående	1 104	986	-118	2 274	4 937	4 936	46%	2023
Depå nya tunnelbanan	Pågående	242	252	10	628	4 380	4 530	14%	2028
Tunnelbana till Arenastaden	Pågående	302	252	-51	1 183	6 333	4 214	28%	2028
Program Bussdepåer	Pågående	359	368	9	3 218	3 910	4 048	79%	2025
Tunnelbana till Barkarby	Pågående	393	683	290	1 195	5 842	3 249	37%	2026
Bussterminal Slussen	Pågående	541	373	-169	1 638	3 388	2 618	63%	2025
Fordon nya tunnelbanan	Pågående	3	3	-1	10	2 712	2 389	0%	2024
Program Saltsjöbanan	Pågående	35	39	4	1 363	1 835	1 835	74%	2026
Utbyte av hissar och rulltrappor	Pågående	21	167	146	686	1 500	1 500	46%	2025
C20 - uppgradering	Pågående	62	379	317	508	1 453	1 453	35%	2023
Station Södra Hagalund	Pågående	82	87	5	225	1 384	1 282	18%	2028
Saltsjöbanan och entréer vid Slussen	Pågående	56	39	-17	67	1 014	1 026	7%	2026
Utbyggnad av Älvsjö depå	Pågående	41	51	11	67	865	865	8%	2025
Rissne Tunnelbanedepå	Pågående	28	107	79	37	632	632	6%	2025
Anpassning trafiksystem bef. tunnelbana	Pågående	-3	17	20	8	588	559	1%	2026
Program Slussen	Pågående	6	40	34	383	439	439	87%	2023
Lågfrekvent underhåll Pendeltåg X60	Pågående	36	27	-8	450	443	449	100%	2026
SL Lås	Pågående	22	46	23	336	401	401	84%	2022
Förstärkning innertak Fridhemsplan	Pågående	40	70	30	309	315	346	89%	2021
Program Spårväg City	Avslutad	54	77	23	2 946	2 946	2 932	100%	2020

Tunnelbana till Nacka och Söderort

Med miljödom och detaljplaner på plats för både Nacka och Stockholms stad samt en järnvägsplan som vunnit laga kraft har projektet under 2020 gått in i en fas för produktion. Arbete har även pågått med uppföljning kopplat till miljödomens villkor samt att i avtalsarbetet säkra markåtkomst för arbetstunnlarna. Förfrågningsunderlag för utbyggnadens stora Berg- och anläggningsentreprenader har under året skickats ut för anbudsräkning. Berg- och anläggningskontrakt tilldelades under hösten men överklagades. Sedan halvårsskiftet har produktionen kommit igång för sju av projektets åtta arbetstunnlar. Upphandling för entreprenaden av den åttonde arbetstunneln, vid Kungsträdgården, överklagades efter tilldelning och avbröts i juni 2020. Då upphandlingen kommer att göras om är detta också huvudanledningen till att årets utfall understeg budget med 388 miljoner kronor, då entreprenadstarten har senarelagts till början av 2021.

Under hösten 2019 genomfördes en översyn av kostnad och tid för utbyggnadsprojekten. De nya bedömningarna visar ett överskridande av kostnadsramen för utbyggnaden av tunnelbanan. Huvuddelen av kostnadsökningen beror på skärpta nationella krav för främst miljö och säkerhet. Byggtiden bedöms nu till åtta år för tunnelbanan till Arenastaden och Barkarby och tio år för tunnelbana till Nacka och Söderort. En dialog

pågår mellan parterna om hur finansieringen av kostnadsökningen ska lösas.

Program Röda linjens uppgradering
Det första C30-tåget togs i drift i oktober 2020 och under året har tolv fordon överlämnats till entreprenören MTR. De första testerna för it-systemet för C30-fordonet har startat. För Nybodadepån har detaljprojektering upphandlats och påbörjats och delar av Norsborgsdepån har tagits i bruk. Årets utfall understiger budget med 888 miljoner kronor, vilket huvudsakligen beror på försenade fordonsleveranser. Avtalsförhandling med leverantören har resulterat i en ny leveransplan.

Program Roslagsbanans utbyggnad
Dubbelspårsutbyggnaden tillsammans med nya fordon, modell X15p, och en ny depå i Molnby betyder för resenären tätare och mindre störningskänslig trafik. Byggnationen av Vallentunadepån har fortsatt i stort sett enligt plan. Leverans av komponenter och utrustning, och därmed färdigställandet av depån, har försenats enstaka veckor till följd av covid-19 pandemin. Leverans av det första fordonet skedde i slutet av oktober 2020. I augusti startade dubbelspårstrafiken på ny bro för planskildhet som ersättning för Båthamnsvägens plankorsning i Åkersberga. Arbeten med dubbelspår har skett mellan Täby kyrkby-Kragstalund. Trafikstart skedde enligt reviderad tidplan den 20 december 2020 samordnat med arbeten på sträckan Vallentuna-Kårsta.

Totalprognosen på 10 450 miljoner kronor överstiger totalbudgeten för 2020 med 806 miljoner kronor. I samband med beslut om investeringsbudget 2021 godkändes ett förnyat genomförandebeslut av regionfullmäktige.

Program Tvärbana Norr Kistagrenen
Tvärbanans förgrening vid Ulvsunda mot Kista färdigställdes enligt plan under sommaren. Spåranläggningen till Bromma flygplats är färdigställd men den planerade trafikstarten i december har blivit framskjuten på grund av sena tekniska problem samt kvarvarande kontraktsfrågor. För att spårvagnarna ska kunna köra med resenärer behövs ett avtal med Swedavia, som ansvarar för Bromma flygplats. Tilldelningen av totalentreprenaden på sträckan Bromma flygplats-Helenelund överprövades men Kammarrätten fann tilldelningen giltig. Detta har orsakat en försening på 12 månader för sträckan mot Helenelund. Tio spårvagnar av typ A35 har levererats under året.

Tunnelbana till Arenastaden, inklusive Station Hagalund[20]
Detaljplaner har vunnit laga kraft för både Solna och Stockholm under 2020, där järnvägsplanen fastställdes i december efter ett antal överklagandeprocesser som medförde prövning hos regeringen. Arbetstunnlarna produktionsstartades under 2020 i Hagalund och i Hagastaden och arbete pågår med bland annat tunneldrivning, markarbeten och spontning. Under året 2020 har också arbete pågått med upphandlingen av de stora entreprenaderna Arenastaden – station Södra Hagalund och Hagastaden. För Arenastaden – station Södra Hagalund har förfrågningsunderlag för berg- och anläggningsentreprenad skickats ut för anbudsräkning. För entreprenaden i Hagastaden har anbud inkommit under hösten varefter utvärdering pågått. Under sommaren har även nya växlar anlagts i Åkeshov för att förbättra robustheten på Grön linje inför de förändringar som görs i Odenplan i anslutning till Gul linje. Årets utfall översteg budget med 46 miljoner kronor, vilket berodde på att anbuden för arbetstunnlarna var högre än de kalkyler som låg till grund för budget.

Tunnelbana till Barkarby
Alla nödvändiga mark- och bygglov är sökta och arbete med dessa har pågått under året. Alla bygglov är erhållna men för biljetthallarna inväntas fortfarande startbesked. Nödvändiga detaljplaner har vunnit laga kraft först under juni månad vilket gjort vissa bygglov tidskritiska. Två arbetstunnlar har varit i full produktion under första halvåret vilka färdigställdes under vår och sommar och har under slutet av året besiktigats och slutreglerats. Berg- och anläggningsentreprenad för Järfällatunneln har tilldelats och produktion påbörjades under vår/sommar. Årets utfall understeg budget med 290 miljoner kronor vilket främst berodde på att tilldelningen av Järfällatunneln skedde vid en senare tidpunkt än planerat, vilket medförde att utgifter senarelades till 2021. Anbudet för Järfällatunneln var dessutom lägre än de kalkyler som låg till grund för budget.

Bussterminal Slussen
Stockholms stads bergarbeten för bussterminalen i Katarinaberget har pågått under året. I projektet ingår att kontinuerligt leverera ersättningstrafik. Årets utfall överstiger budget med 169 miljoner kronor. Avvikelsen beror på större delbetalningar till Stockholms stad i samband med byggnation av ny Bussterminal vid Slussen än budgeterat.

Totalprognosen överstiger totalbudget med 770 miljoner kronor. Avvikelsen beror till största delen på ökade byggherreomkostnader och entreprenadkostnader där Stockholms stad är byggherre. Trafiknämndens kostnader för projektledning och ersättningstrafik ökar som en effekt av

[20] Station Hagalund redovisas som ett separat investeringsobjekt i budget för 2018 och 2019, men arbetet utförs och redovisas inom samma projekt som Tunnelbana till Arenastaden.

detta. Ett förnyat genomförandebeslut togs i regionfullmäktige under hösten med en total investeringsutgift på 3 388 miljoner kronor.

Utbyte av hissar och rulltrappor i egenägda stationer
Upphandlingar för byten av kvarvarande hissar, rulltrappor och rullramper till egenägda stationer har pågått under året. Det har förekommit svårigheter att finna leverantörer för att utföra planerade utbyten. Tilldelning av rulltrappor och rullramper är senarelagt på grund av överprövning av upphandlingen. Upphandlingsunderlag för hissar har publicerats och anbud väntas inkomma i början av 2021.

C20-uppgradering
C20-uppgraderingen förser tunnelbanesystemet med uppgraderade fordon. Under året har fyra prototyper färdigställts och C20-fordonet är godkänt för serieproduktion. Produktion av fordon har påbörjats och under slutet av året togs det första fordonet i drift. En förskjutning i entreprenörens tid- och produktionsplan har medfört en försening på tolv månader.

Rissne tunnelbanedepå
Vid ombyggnaden av Rissne tunnelbanedepå har systemhandlingar färdigställts och detaljprojektering påbörjats. Den lägre upparbetningsgraden beror på att planeringsfasen tagit längre tid än beräknat då en ny upphandling av projektör av kommande bygghandlingar behövts genomföras, vilket även resulterat i en tidsförskjutning på sex månader.

Program Spårväg City
Efter en etappvis byggnation har AGA-depån färdigställts, tre år efter den ursprungliga planen då omprioriteringar av investeringsmedel skett under programmets genomförandetid. Under året har också de återstående två fordonen A35B levererats och tagits i bruk.

Digitalisering
Under året har tunnelsprängningar samt besiktningar kopplats till ett nytt it-verktyg, vilket ger nya möjligheter. Automatiserad granskning av leveranser ersätter tidigare stickprov. Automatiseringen sparar tid och höjer kvaliteten. System för uppföljning av miljödata ersatte under året en temporär it-lösning. Systemstödet underlättar arbetet med att mäta bland annat grundvatten. Även automatisk inrapportering från vissa mätpunkter finns. Under våren var det stora problem att nå it-tjänster som finns på trafikförvaltningen. Orsaken var förändringar i nätverket för att skapa kapacitet i vården.

10.8 Färdtjänstnämnden

Färdtjänstnämnden ansvarar för särskilt anordnade transporter för personer med funktionsvariationer enligt lagen om färdtjänst, gällande avtal mellan Region Stockholm och länets kommuner samt lagen om kollektivtrafik avseende färdtjänstresor. All trafik utförs av trafikentreprenörer som upphandlats i konkurrens.

Mål

	Utfall 2020	Utfall 2019	Målvärde 2020	Måluppfyllelse
EN HÅLLBAR REGIONAL UTVECKLING				
Attraktiv kollektivtrafik i ett hållbart transportsystem				
Nöjda resenärer - särskild kollektivtrafik	90%	86%	≥ 86 %	**Uppfylls** ●
Andel trygga resor - särskild kollektivtrafik	77%	-	≥ 76 %	**Uppfylls** ●
Kärnverksamhet ska prioriteras				
Administrationens andel av kostnaderna	N/A	-	Minska	

Attraktiv kollektivtrafik i ett hållbart transportsystem

Färdtjänstnämnden ansvarar för indikatorerna om nöjda resenärer och trygga resor, vilka båda uppfylldes för 2020. Nöjda resenärer hade ett utfall på 90 procent. Att utfallet är så pass högt är sannolikt en konsekvens av covid-19 som inneburit borttagande av samplanering samt att tidspassningen ökat markant med anledning av ett kraftigt minskat resande inom taxibranschen som bidrar till en ökad tillgång på fordon.

Kärnverksamhet ska prioriteras

Administrationens andel av kostnaderna följs inte upp inom färdtjänstnämnden utan ingår i trafiknämndens indikator, eftersom personalen är anställd inom trafikförvaltningen.

Resande

Antalet resenärer med tillstånd för färdtjänst uppgick till 64 968, vilket var en minskning med minus fyra procent jämfört med föregående år.

Resande särskild kollektivtrafik totalt tusental	**Utfall 2020**	**Budget 2020**	**Avvikelse budget**	**Utfall 2019**	**Förändring %**
Särskild kollektivtrafik. Antal resor*	2 809	4 140	-32,1 %	3 968	-29,2 %

* Innefattar färdtjänstresor, sjuk- och tjänsteresor.

Antalet resande inom särskild kollektivtrafik minskade med 29 procent jämfört med 2019. Minskningen kommer som en naturlig del då Folkhälsomyndigheten uppmanat personer som tillhör riskgrupper eller är över 70 år att undvika träffa andra människor. Antalet resor med rullstolstaxi minskade med 40 procent. Antalet sjukresor minskade med 13 procent och hade därmed inte en lika kraftig nedgång som för övrigt resande med färdtjänst.

Ekonomiskt resultat

Mkr	Utfall 2020	Budget 2020	Avvikelse	Avvikelse procent av omsättning	Utfall 2019
Färdtjänstnämnden	376,6	0,0	376,6	20,6 %	107,7

Färdtjänstnämndens resultat uppgick till 377 miljoner kronor, vilket är en positiv avvikelse jämfört med det budgeterade nollresultatet. Avvikelsen förklaras främst av lägre kostnader för köpt trafik i förhållande till budget, vilket är en följd av ett lägre resande.

Färdtjänstnämndens leverantörer har under året bistått med ambulanstransporter, test i hemmet av invånare inom Region Stockholm samt transporter av vårdpersonal.

Investeringar

Investeringen i ett nytt systemstöd för färdtjänstverksamheten har under året upparbetats med 32 miljoner kronor. Leveransgodkännande har lämnats av första etappen för det nya tillståndssystemet. Vidareutveckling av en kundservicemodul till det nya tillståndssystemet har beställts under hösten.

Digitalisering

I februari lanserades appen som gör det möjligt för resenären att själv boka sin resa i mobiltelefonen. Färdtjänstnämnden har arbetat med projekt nytt gemensamt tillståndssystem som kommer möjliggöra effektivare och mer rättssäker hantering av tillståndhandläggning. Det kommer finnas förutsättningar för att hantera ansökningar och kundärenden digitalt. Det innebär även att det skapas förutsättningar för att resenären själv skall kunna påbörja en digital ansökning av färdtjänsttillstånd och ha möjlighet till en direkt dialog med handläggare samt kunna följa handläggningsprocessen digitalt.

10.9 Tillväxt- och regionplanenämnden

Tillväxt- och regionplanenämnden ansvarar för regional fysisk planering och regional tillväxt, vilket inkluderar trafikplanering kopplad till regionutvecklingsuppdraget, förutom kollektivtrafik, regionalt utvecklingsansvar för samhällsbyggnad, infrastruktur och transporter, förutom länsplanen, samt näringslivsutveckling, strategisk kompetensförsörjning och arbetsmarknadsutveckling avseende de delar som inte ligger under andra nämnder samt landsbygd och skärgård.

Under året har Tillväxt- och regionplanenämndens resurser till stor del fokuserats på insatser som motverkar pandemins effekter på näringsliv och arbetsmarknad. En framtidsanalys har genomförts med anledning av

pandemin och rapporten (TRN 2020–0148) presenterades för nämnden i december.

Mål

Nämnden ansvarar för det nämndspecifika målet *Regional utvecklingsplanering för hållbar tillväxt*, vilket innebär att nämnden ska styra mot och följa upp målet och dess indikatorer. Sex indikatorer har inte gått att mäta. Av de sju indikatorer som har gått att mäta uppnådde en indikator sitt målvärde. Det har inte gått att bedöma om målet uppnåddes för 2020 då för få indikatorer har gått att mäta.

	Utfall 2020	Utfall 2019	Målvärde 2020	Måluppfyllelse
EN HÅLLBAR REGIONAL UTVECKLING				
Regional utvecklingsplanering för hållbar tillväxt				-
En regionplanering i framkant				
Kommunala planers överensstämmelse med plankartan i RUFS	79%	79%	≥ 80 %	**Uppfylls ej** 🔴
Tillkommande bebyggelse i Stockholmsregionens relativt sett mest tillgängliga lägen (RUFS)	N/A	-	≥ 95 %	-
Utsläpp av växthusgaser från Stockholmsregionen i ton CO2 per capita (RUFS)	N/A	-	≤ 2,6	-
Hållbar regional tillväxt och attraktionskraft				
Antal nystartade företag per 1000 invånare	14[1)]	-	≥ 18	**Uppfylls ej** 🔴
Privata och offentliga investeringar i forskning och utveckling (FoU) som andel av BNP	3,4%[1)]	-	≥ 4,5 %	**Uppfylls ej** 🔴
Andelen sysselsatta inom kunskapsintensiva yrken (RUFS)	N/A	-	≥ 50 %	-
Tillgången till uppkoppling om 100 Mbit per sekund för arbetsställen (RUFS)	92%[1)]	-	≥ 90 %	**Uppfylls** 🟢
Ta tillvara kompetensen och underlätta matchningen på arbetsmarknaden i Stockholmsregionen				
Andel av samarbetsaktörer som anser att Region Stockholm bidrar till att ta tillvara kompetensen och underlätta matchningen på arbetsmarknaden i Stockholmsregionen	N/A	-	≥ 75 %	-
Andel gymnasieelever som slutfört gymnasieutbildning med examen inom tre år (RUFS)	74,5%[1)]	-	≥ 80 %	**Uppfylls ej** 🔴
Gap i andel förvärvsarbetande mellan inrikes och utrikes födda (RUFS)	N/A	-	≤ 17,5 %	-
Bidra till att nå RUFS mål om ökat bostadsbyggande och skapande av attraktiva livsmiljöer i Stockholmsregionen				
Andel samarbetsaktörer som anser att Region Stockholm bidrar till att öka bostadsbyggandet och skapa attraktiva livsmiljöer i Stockholmsregionen	N/A	-	≥ 75 %	-
Antal årligen färdigställda bostäder (RUFS)	16 700[1)]	-	≥ 22 000	**Uppfylls ej** 🔴
Andel invånare som anger att otryggheten påverkar livskvaliteten (RUFS)	10%[2)]	-	≤ 18 %	**Uppfylls ej** 🔴
Kärnverksamhet ska prioriteras				
Administrationens andel av kostnaderna	8,6%	-	Minska	**Uppfylls ej** 🔴

[1)] Utfall avser 2019 då data för 2020 ej finns tillgängligt.

[2)] Frågeställningen har förändrats varför utfallet ej är jämförbart med målet.

En regionplanering i framkant

Från och med 2019 har tillväxt- och regionplanenämnden fått det utökade uppdraget att ansvara för trafikplanering kopplat till det regionala utvecklingsuppdraget med undantag för kollektivtrafik. Arbetet med regional fysisk planering är ett långsiktigt arbete och påverkas inte direkt av pandemin, men visar på vikten av en robust och resilient regional fysisk planering i överensstämmelse med vision, mål och ambitioner i Regionalutvecklingsplan för Stockholmsregionen RUFS 2050. Under året

har en modell implementerats som synliggör genomförandet av de regionala prioriteringarna i RUFS 2050, vilket är en förutsättning för måluppfyllelse. En ny mötesarena, Forum för regionplanering, har etablerats för att ytterligare stärka samverkan med länets kommuner. Indikatorn *”Kommunala planers överensstämmelse med plankartan i RUFS”* har ett utfall på 79 procent jämfört mot målet på 80 procent. Eftersom inga nya kommunala översiktsplaner har fastställts under 2020 i länets kommuner är värdet oförändrat jämfört med föregående år.

Hållbar regional tillväxt och attraktionskraft
Under året har omprioriteringar genomförts med anledning av pandemins effekter på näringsliv och tillväxt i Stockholmsregionen. Projektstöd motsvarande fem miljoner kronor har delats ut ur det regionala hållbarhets- och skärgårdsanslaget till nio projekt vars ansökningar bedömts svara mot näringslivets utmaningar med anledning av pandemin. Vad gäller projektstöd ur anslaget för Regionala tillväxtåtgärder har nära 12 miljoner kronor tilldelats 14 projekt som prioriterats, även där baserat på ansökningarna som bedömts bidra till att motverka pandemins effekter på näringsliv och tillväxt i Stockholmsregionen.

Tillväxtverket har i dialog med förvaltningen, regionala aktörer och strukturfondspartnerskapet genomfört en utlysning inom den europeiska regionala utvecklingsfonden, ERUF, för projekt som kan ge stöd till små och medelstora företag. Utlysningen skedde inom EU-kommissionens initiativ att använda resterande strukturfondsmedel till projekt som kan bidra till att motverka pandemins effekter. Indikatorn *”Antal nystartade företag per 1000 invånare”* baseras på utfallet 2019 och uppgick till 13,7 stycken, vilket är under målet på 18 nystartade företag men högre än rikets medelvärde som ligger på 10,7 startade företag per 1000 invånare.

I april 2020 fick Region Stockholm regeringens erbjudande att ta fram underlag för det regionala strukturfondsprogrammet för Stockholms län inför programperioden 2021–2027 inom ramen för den europeiska regionalfonden, ERUF. Förslaget till regionalt strukturfondsprogram skickades ut på remiss till länets kommuner och regionala aktörer och beslutades av regionfullmäktige i december.

Stockholmsregionen har en väl utbyggd bredbandsinfrastruktur men stora skillnader finns mellan länets tätbebyggda och glesbebyggda områden vad gäller tillgången till snabbt bredband (100 Mbit/s eller mer). Indikatorn *”Tillgång till uppkoppling om 100 Mbit per sekund för arbetsställen”* har uppfyllts och drygt 94 procent av hushållen och 92 procent av arbetsställena i regionen hade tillgång till snabbt bredband 2019.

Ta tillvara kompetensen och underlätta matchningen på arbetsmarknaden i Stockholmsregionen
I november 2020 lanserade Region Stockholm Kompetensarena Stockholm som är en regional plattform för dialog och samverkan med ett stort antal aktörer inom kompetensförsörjning. Som en del av arenan planeras uppstart av Stockholmregionens kompetensråd som samlar politik, offentliga aktörer och arbetsmarknadens parter med fokus på att mobilisera kring strategiska kompetensförsörjningsfrågor.

Indikatorn *"Andel gymnasieelever som slutfört gymnasieutbildning med examen inom tre år"* hade för läsåret 2011/12 ett utfall på 66,4 procent. För läsåret 2016/2017 var det 74,5 procent av gymnasieeleverna som inom tre år (2014/2015) fick en gymnasieexamen. Utvecklingen över tid visar en stadigt positiv trend men ligger fortfarande under målet på 80 procent. Skillnaden är stor mellan regionens kommuner där Värmdö kommun hade högst andel elever (85,1 procent) och Järfälla kommun hade lägst andel elever (51,5 procent) som inom tre år fick sin gymnasieexamen. Indikatorn baseras på utfall 2019 och kommer sannolikt påverkas 2020 med anledning av pandemin då gymnasieskolorna fick övergå till distansundervisning.

Bidra till att nå RUFS mål om ökat bostadsbyggande och skapande av attraktiva livsmiljöer i Stockholmsregionen
Bostadsbyggandet sker på en marknad med många aktörer och olika drivkrafter. Kommunerna och staten skapar både ramar och förutsättningar för byggande, genom bland annat planering, lagstiftning och grundförutsättningar för finansiering. Arbetet med de regionala bostadssamtalen fortsätter som en central del i arbetet för måluppfyllelse. Under året har kunskapsunderlag kring länets bostadsmarknad tagits fram som stöd till regionens kommuner och bostadsaktörer och en dialog har förts i bygg-, bostads- och fastighetsbranschen för att diskutera pandemins effekter. Indikatorn *"Antal årligen färdigställda bostäder"* hade ett utfall på 16 700 bostäder 2019 varav cirka 1 600 utgjordes av ombyggnationer.

Administrationens andel av kostnaderna
Utfallet för indikatorn uppgick till 8,6 procent vilket är högre jämfört med 2019 främst på grund av ökade hyreskostnader i samband med samlokaliseringen till Lindhagensområdet.

Ekonomiskt resultat

Mkr	Utfall 2020	Budget 2020	Avvikelse	Avvikelse procent av omsättning	Utfall 2019
Tillväxt- och regionplanenämnden	0,0	0,0	0,0	0,0 %	1,0

Det ekonomiska resultatet för Tillväxt- och regionplanenämnden uppgick till noll miljoner kronor och är i nivå med det budgeterade resultatkravet.

Digitalisering
Ett tiotal konferenser har anordnats som webbinarier exempelvis Cykelseminarium, Forum för regionplanering, Elvägspresentationen, Cykelbokslut, Klimat kontrollstation och lanseringen av Kompetensarena Stockholm. Utöver dessa webbinarier anordnades i början av december den virtuella utbildnings- och rekryteringsmässan Bazaren som fick 2 500 besökare.

10.10Kulturnämnden

Kulturnämnden leder Region Stockholms verksamhet inom kulturområdet. Nämnden ska främja kultur i Stockholmsregionen, ekonomiskt stödja organisationer i sitt kulturskapande och verka för kvalitet och mångfald inom kulturområdet. Arbetet bedrivs i samverkan med bland annat kommunerna. Nämnden driver arbetet med konstnärlig gestaltning och kulturell verksamhet i hälso- och sjukvården och ger Region Stockholms övriga nämnder anvisningar om åtgärder för inventering, vård och underhåll av Region Stockholms konstbestånd samt köper konst på uppdrag av andra nämnder. Kulturnämnden är även Region Stockholms arkivmyndighet. Region Stockholm är huvudfinansiär av Stockholms Konserthusstiftelse och kulturnämnden ansvarar för Region Stockholms åtaganden gentemot stiftelsen och för att stiftelsens verksamhet följs upp och bedrivs enligt avtal.

De ändrade förutsättningarna för såväl kultursektorn som föreningslivet och folkbildningen som pandemin medfört har inneburit att kulturnämnden behövt ställa om sin planerade verksamhet. Tidigt tog nämnden därför beslut om att inte återkräva aktörer stöd för utebliven verksamhet.

Sedan 2017 har på Regionfullmäktiges uppdrag en process pågått om att inordna verksamheterna vid Stockholms läns museum inom nämndens förvaltning. I juni 2020 enades samtliga stiftande parter om att gå vidare med en avvecklingsansökan av stiftelsen till behörig myndighet.

Stockholm har potential att växa som en attraktiv filmregion i Europa och under 2020 har samarbetet med Stockholms stad i detta avseende intensifierats med målen att Stockholmsregionen ska upplevas som filmvänlig och att fler berättelser från regionen ska skildras. Kulturnämnden beslutade vid sitt junisammanträde att föreslå regionstyrelsen att föreslå fullmäktige att bilda ett regionägt bolag med uppdrag att stödja filmproduktion i länet. Beslut härom togs av fullmäktige i december.

Kulturnämnden har under året haft åtta uppdrag som har tilldelats av regionfullmäktige. Fyra av dessa uppdrag har under året avslutats. Bland de

uppdrag som avslutas kan följande nämnas: Genomföra organisatorisk förändring av Stockholms läns Museum och Kulturnämnden ska anta en regional biblioteksplan för år 2020–2023. Övriga fyra uppdrag pågår enligt plan.

Mål

Nämnden ansvarar för det nämndspecifika målet *Fri kultur för upplevelser, möten, bildning och delaktighet*, vilket innebär att nämnden ska styra mot och följa upp målet och dess indikatorer. Två indikatorer har inte gått att mäta på grund av covid-19. Av de fyra indikatorer som har gått att mäta uppnådde två indikatorer sina målvärden vilket innebär att målet uppnåddes delvis för 2020.

	Utfall 2020	Utfall 2019	Målvärde 2020	Måluppfyllelse
EN HÅLLBAR REGIONAL UTVECKLING				
Fri kultur för upplevelser, möten, bildning och delaktighet				**Uppfylls delvis** 🟡
Kulturupplevelser tillgängliga för regionens invånare genom strategisk samordning och stödgivning				
Andel kulturaktörer som anser att Region Stockholm bidrar med kulturupplevelser till länets invånare	N/A	-	≥ 65 %	-
Andel kommuner som anser att Region Stockholm bidrar med kulturupplevelser för länets invånare	73,0%	-	≥ 80 %	**Uppfylls ej** 🔴
Möten med kostnärliga uttryck berikar regionens invånare				
Andel av fastighetsinvesteringarna i hälso- och sjukvården som används för konstnärlig gestaltning	0,6%	1,5%	≥ 1 %	**Uppfylls ej** 🔴
Bildning i en växande region				
Andel studieförbund och folkhögskolor som anser att Region Stockholm på ett tydligt sätt strategiskt samordnar folkbildningen i Stockholmsregionen	N/A	-	≥ 75 %	-
Andel kunder som använder regionarkivets digitala tjänster för ökad kunskap och information	83,0%	-	≥ 10 %	**Uppfylls** 🟢
Delaktighet i kultur- och föreningsliv för en hållbar region				
Andel ungdomsorganisationer som anser att Region Stockholm på ett tydligt sätt samordnar föreningslivet i Stockholmsregionen	100,0%	-	≥ 75 %	**Uppfylls** 🟢
Kärnverksamhet ska prioriteras				
Administrationens andel av kostnaderna	5,1 %	5,2%	Minska	**Uppfylls** 🟢

Kulturupplevelser tillgängliga för regionens invånare genom strategisk samordning och stödgivning

Indikatorn *Andel kommuner som anser att Region Stockholm bidrar med kulturupplevelser för länets* invånare har inte nått till målvärdet 80 procent. Av 26 kommuner svarade 20 på utvärderingen. Av dessa angav 19 att de ansåg mycket hög grad (instämmer helt) eller (instämmer), en svarande angav ett varken eller.

För indikatorn *Andel kulturaktörer som anser att Region Stockholm bidrar med kulturupplevelser till länets invånare* finns inget utfall för året då planerad enkätundersökning inte genomfördes i samband det inställda mötet Stockholmstinget.

Möten med konstnärliga uttryck berikar regionens invånare
Satsningen på konsten i Region Stockholms fastighetsinvesteringar pågår med viss förskjutning i tid på grund av pandemin. Indikatorn *Andel av fastighetsinvesteringar i hälso- och sjukvården som används för konstnärlig gestaltning* uppgick till 0,6 procent och nådde inte upptill målvärdet på 1,5 procent.

Bildning i en växande region
För indikatorn *Andel studieförbund och folkhögskolor som anser att Region Stockholm på ett tydligt sätt strategiskt samordnar folkbildningen i Stockholmsregionen* finns inget utfall för året då den planerade enkätundersökningen inte genomfördes.

Andel kunder som använder regionarkivets digitala tjänster för ökad kunskap och information har ett utfall på 83 procent och har uppnått målvärdet på tio procent. Den huvudsakliga e-tjänsten som riktar sig till vårdverksamheter och allmänheten är beställning av allmän handling ur arkiven. Denna tjänst utvecklas kontinuerligt för att bli så tillgänglig som möjligt och under året har arbetet resulterat i att andelen digitala beställningar ökat med 16 procentenheter jämfört med 2019.

Delaktighet i kultur- och föreningsliv för en hållbar region
Andel ungdomsorganisationer som anser att Region Stockholm på ett tydligt sätt samordnar föreningslivet i Stockholmsregionen har ett utfall på 100 procent och har uppnått målvärdet på 75 procent. Genom stödgivning till föreningslivet bidrar kulturförvaltningen till att skapa förutsättningar för invånarnas delaktighet i regionen.

Administrationens andel av kostnaderna
Utfallet för indikatorn uppgick till 5,1 procent per sista december 2020 och har därmed minskat i jämförelse med föregående år. De administrativa kostnaderna har ökat men inte i samma takt som de totala kostnaderna.

Ekonomiskt resultat

Mkr	Utfall 2020	Budget 2020	Avvikelse	Avvikelse procent av omsättning	Utfall 2019
Kulturnämnden	0,5	0,0	0,5	0,1 %	2,1

Det ekonomiska resultatet för kulturnämnden, uppgick till 0,5 miljoner kronor, vilket var 0,5 miljoner kronor bättre än det budgeterade nollresultatet. Avvikelsen motsvarar 0,1 procent av omsättningen. Den positiva resultatavvikelsen förklaras främst av lägre konsultkostnader och inköp av konst. Kulturnämnden har under 2020 haft drygt tio miljoner kronor i bidrag och aktiviteter kopplat till covid-19, där drygt hälften, 6,4

miljoner kronor har utgjorts av ett särskilt utlyst stöd, som har rymts inom befintlig budget.

Investeringar
Investeringsutfallet för år 2020 var 2,2 miljoner kronor i jämförelse med budgeten på 5,6 miljoner kronor. Kostnaderna för ombyggnation av lokalerna och inredning blev lägre än budgeterat. Ytterligare en orsak är att färre servrar har bytts ut än planerat på Regionarkivet.

Digitalisering
Lösningar för e-underskrift via ett ärendehanteringssystem samt Bank ID togs fram, speciellt för nämndprotokoll samt signering av avtal och överenskommelser. För effektivare hantering av anmälningar och utvärderingar har ett nytt system införskaffats, vilket också används för uppföljning av ekonomihanteringen vid olika events och arrangemang. Arbetet med att implementera effektiviseringsplan, digitaliseringsplan, informationshanteringsplan samt arbetet med ökad tillgänglighet till biblioteket i landstingshuset har varit framgångsrikt.

10.11 Fastighets- och servicenämnden
Fastighets- och servicenämnden ansvarar, genom Locum AB, för Region Stockholms fastighetsbestånd, med undantag för kollektivtrafikens fastigheter. Nämnden ska långsiktigt utveckla sitt fastighetsbestånd genom avtal om förvaltning mellan Locum AB och Region Stockholm (1993) samt tilläggsavtal (2001), gemensamt benämnda Fastighetsavtalet. Nämnden ska vidare ansvara för Projektavtalet mellan Region Stockholm och Swedish Hospital Partners AB avseende Nya Karolinska Solna samt för dispositionsrätten och ersättning för denna gentemot Karolinska Universitetssjukhuset. Nämnden ska även, mot ersättning, tillhandahålla it- och servicetjänster i enlighet med nämnders och bolags beställningar.

I januari öppnade akutmottagningen för vuxna på Capio S:t Görans sjukhus och den nya vuxenakuten på Södersjukhuset öppnade i april. Regionfullmäktige beslutade om försäljningen av Bromma sjukhus i mars och köparen tillträdde den 1 juni 2020. Uppbyggnaden av Serviceförvaltningen har fortsatt under året och planerade verksamhetsövergångar har genomförts. Upphandlingsverksamheten har varit helt fokuserad på vårdens varuförsörjning och det akuta arbetet med framförallt skyddsutrustning, nutrition och medicintekniska förbrukningsvaror till intensivvården.

Mål

	Utfall 2020	Utfall 2019	Målvärde 2020	Måluppfyllelse
EN HÅLLBAR REGIONAL UTVECKLING				
Fri kultur för upplevelser, möten, bildning och delaktighet				
Andel av fastighetsinvesteringarna i hälso- och sjukvården som används för konstnärlig gestaltning	0,60%	1,50%	≥ 1 %	**Uppfylls ej** ●
Kärnverksamhet ska prioriteras				
Administrationens andel av kostnaderna				
Fastighetsförvaltningen	4,1%[1)]	5,7%[1)]	Minska	**Uppfylls** ●
Serviceförvaltningen	100%[2)]	-	Minska	

[1)] Utfallet avser Locum AB

[2)] Ej tillämpbart då 100% av verksamheten klassas som administrativ verksamhet

Fri kultur för upplevelser, möten, bildning och delaktighet
Fastighets- och servicenämnden ansvarar för indikatorn *Andelen av investeringarna i hälso- och sjukvården som användes för konstnärlig gestaltning*. Satsningen på konsten i Region Stockholms fastighetsinvesteringar pågår med viss förskjutning i tid på grund av pandemin. Indikatorn uppgick till 0,6 procent för de investeringar som avslutats under året. Detta understiger målvärdet på en procent.

Administrationens andel av kostnaderna
Utfallet för indikatorn för fastighetsverksamheten avser Locum AB och uppgick till 4,1 procent och målet uppnåddes för helåret. För serviceförvaltningen är indikatorn inte tillämpbar då hela verksamheten utgörs till 100 procent av administrativ verksamhet.

Ekonomiskt resultat

Mkr	**Utfall 2020**	**Budget 2020**	**Avvikelse**	**Avvikelse procent av omsättning**	**Utfall 2019**
Fastighets- och servicenämnden	1 096,8	468,0	628,8	8,6 %	485,0
varav Serviceförvaltningen	*70,9*	*5,0*	*65,9*	3,9 %	*-0,2*
varav Fastighetsförvaltningen	*1 025,9*	*463,0*	*562,9*	10,0 %	*485,2*

Det ekonomiska resultatet för fastighets- och servicenämnden, uppgick till 1 097 miljoner kronor, vilket är 629 miljoner kronor bättre än det budgeterade resultatkravet på 468 miljoner kronor. Den positiva avvikelsen förklaras främst av försäljningen av Bromma sjukhus som genererade en reavinst på 438 miljoner kronor. Undantaget reavinsten redovisade nämnden ett resultat på 659 miljoner, vilket översteg budget med 191 miljoner. I nämndens resultat ingår resultatet avseende NKS Bygg som blev 89 miljoner kronor bättre än budget främst på grund av lägre räntekostnader.

RSSL och fastighets- och servicenämnden fattade beslut om avgiftsfri parkering för vårdpersonal på besöks- och personalparkeringarna i

anslutning till sjukhusen från 1 april till 31 december 2020. Syftet var att bidra till att vårdpersonalen på ett tryggt sätt ska kunna transportera sig till och från sin arbetsplats.

Investeringar

Fastighets- och servicenämnden ansvarar för investeringar i Region Stockholms fastighetsbestånd[21] och försörjning av informationsteknik[22]. Nämndens investeringsbudget uppgick under året till 3 307 miljoner kronor och omfattar främst investeringar i fastigheter, utrustning och informationsteknik. I budgeten ingår utrustningsinvesteringar kopplade till fastighetsinvesteringar för genomförande av Framtidsplan för hälso- och sjukvården med 284 miljoner kronor där utfallet redovisas under respektive nämnd och bolag inom hälso- och sjukvård.

Nämndens sammanlagda investeringsutgifter under året, justerat för utrustningsinvesteringarna, uppgick till 1 847 miljoner kronor, vilket motsvarade en upparbetningsgrad på 56 procent i förhållande till årets budget. Avvikelsen berodde främst på senareläggningar orsakade av covid-19-pandemin. Under våren när pandemin bröt ut beslutade man avvakta genomförande av ombyggnationer i sjukvårdslokaler dels för att minska smittspridningen, dels för att skydda den egna personalen. Vidare har andra åtgärder prioriterats än de som funnits i planerna, där bland annat fokus varit att på att etablera IVA platser i Älvsjö fältsjukhus. Distansarbete har också försvårat arbetet att leda projekt på plats. Avvikelsen förklaras även av att Karolinska universitetssjukhuset Huddinge avvaktat fortsättningen i en del investeringar på grund av underskott i ekonomin 2019, som efter översyn av investeringsbehovet medfört att investeringar prioriterats om under 2020.

Årets utgifter avseende fastighetsinvesteringar uppgick till 1 258 miljoner kronor, vilket motsvarade en upparbetningsgrad på 48 procent i förhållande till årets budget på 2 644 miljoner kronor. Underskridandet mot budget berodde främst på att ett flertal planerade investeringar i vårdens fastigheter inte kunnat genomföras på grund av covid-19-pandemin. Ombyggnation i sjukvårdslokaler har avvaktats, dels för att beakta smittspridningen, dels för att ställa om till covid-19-relaterade åtgärder såsom etablering av IVA-platser i Älvsjö fältsjukhus.

Tabellen redovisar större fastighetsinvesteringar inom hälso- och sjukvården som pågått eller slutförts under året. Väsentliga händelser och större avvikelser för 2020 kommenteras nedan.

[21] Exklusive kollektivtrafikens fastigheter som trafiknämnden ansvarar för.
[22] Exklusive kollektivtrafikens försörjning av informationsteknik som trafiknämnden ansvarar för.

Fastighetsinvesteringar inom Hälso- och sjukvård Mkr	Status	Utfall 2020	Budget 2020	Budget avvikelse	Total ack utfall	Total prognos	Total budget	Total upparb. grad (%)	Färdig-ställande (år)
Ny- och ombyggnation av operation och radiologi, Karolinska Huddinge	Pågående	103	300	197	1 649	1 701	1 840	90%	2021
Vårdavdelningar och behandling, S:t Görans sjukhus	Pågående	400	425	25	1 952	2 537	2 537	77%	2023
Anpassning avdelningar etapp 2, Karolinska Huddinge	Pågående	25	148	123	31	423	423	7%	2024
Ombyggnad mottagningar etapp 2, Karolinska Huddinge	Pågående	5	65	60	5	266	266	2%	2025
Ny- och ombyggnad av akutmottagning, Karolinska Huddinge	Pågående	-16	62	78	1	180	190	0%	2022
Neonatal byggnad 07/52, Södersjukhuset	Pågående	61	90	29	81	150	150	54%	2022
Ny byggnad västläge – behandlingsbyggnad, Södersjukhuset	Avslutad	94	99	5	2 394	2 411	2 411	99%	2020
Vårdavdelningar, entré, Sollentuna sjukhus	Avslutad	46	0	-46	1 139	1 207	1 207	94%	2020
Anpassning två avdelningar per år, Karolinska Huddinge	Avslutad	9	0	-9	127	130	272	47%	2020
Ombyggnad två mottagningar per år, Karolinska Huddinge	Avslutad	25	0	-25	78	77	128	61%	2020

Ny- och ombyggnation av operation och radiologi, Karolinska Huddinge
Huvuddelen av investeringen har färdigställts och har överlämnats till Karolinska Universitetssjukhuset. Sterilcentral, bild och funktion och operation har kommit igång med sin verksamhet. Kvarvarande arbeten omfattar arbeten kopplade till sjukhusparken och fortsätter under första kvartalet 2021. Överlämning och klinisk driftsättning har gått bättre än planerat vilket bidragit till att slutkostnadsprognosen kunnat sänkas med 197 miljoner kronor. Avvikelsen mot årets budget härrör dels till den sänkta slutkostnadsprognosen, dels till att garantimedel har förskjutits till senare år.

Vårdavdelningar och behandling, S:t Görans sjukhus
Byggnad 20 överlämnades till S:t Görans sjukhus i november och inflyttning har påbörjats. I byggnad 45 pågår avhjälpande av besiktningsanmärkningar inför överlämning. I de befintliga byggnaderna 30 och 40 har operationsavdelning norra överlämnats. I övrigt pågår rivningsarbeten för ny röntgenavdelning samt markarbeten för nya parkeringar på Södra Terrassen. Tidplanen har förskjutits med sex månader vilket medfört att färdigställande av sista etappen har senarelagts till juni 2023.

Anpassning avdelningar etapp 2, Karolinska Huddinge
Investeringen avser etapp två av totalt 13 etapper i ombyggnationer av avdelningar inom Karolinska Universitetssjukhuset fram till 2024. Den första dubbelavdelningen har färdigställts och överlämnats. Den andra (K47-49) har projekterats klart men pausats då Karolinska Universitetssjukhuset har initierat ett omtag av projektet med akutmottagningarna där placering och omfattning ses över. Fortsättningen pausades i början av året med anledning av den översyn som gjordes av sjukhusets ekonomi men återupptogs under sista kvartalet med avsikten att fortsätta planeringen av ett genomförande. Årets utgifter understeg budget vilket berodde på att åtgärderna redan innan investeringen pausades och periodiserades över fler år än vad som var ursprungligt planerat. I november beslutades att investeringens totala budget skulle minskas med 187 miljoner kronor.

Ombyggnad mottagningar etapp 2, Karolinska Huddinge
Investeringen avser etapp två av totalt tio etapper i ombyggnationer av mottagningar inom Karolinska Universitetssjukhuset fram till 2025. Förstudier för två delprojekt samt ett omklädningsrum har färdigställts. Fortsättningen pausades av Karolinska Huddinge i början av året med anledning av den översyn som gjordes av sjukhusets ekonomi men återupptogs under sista kvartalet med avsikten att fortsätta planeringen av ett genomförande. Årets utgifter understeg budget vilket berodde på att åtgärderna redan innan investeringen pausades periodiserades över fler år än vad som var ursprungligt planerat. I november beslutades att investeringens totala budget skulle minskas med 132 miljoner kronor.

Ny- och ombyggnad av akutmottagning, Karolinska Huddinge
Investeringen har pausats i början av året innan genomförandefasen hunnit påbörjas. Detta med anledning av den översyn som gjordes av sjukhusets ekonomi. Beslut om återstart av projektet har tagits men projektet har blivit förskjutet i tid med minst ett år vilket också förklarar avvikelsen mellan årets utgifter och budget. Karolinska Huddinge har inkommit med nya behovsanalyser under hösten och en ny förstudie startades i november. I november beslutades att investeringens totala budget skulle minskas med tio miljoner kronor.

Neonatal byggnad 07/52, Södersjukhuset
Investeringen avser ombyggnad och anpassning av den gamla vuxenakuten till neonatalavdelning där för tidigt födda barn och nyfödda sjuka barn vårdas på Södersjukhuset. Årets utgifter understeg budget vilket berodde på en i budgeten grovt uppskattad tidplan gjord i ett tidigt skede som nu detaljerats och korrigerats.

Ny byggnad västläge – behandlingsbyggnad, Södersjukhuset
Huvuddelen av investeringen avseende ny behandlingsbyggnad har färdigställts och tagits i bruk. Kvarstående del av investeringen avseende byggnation av ny akutmottagning inklusive ambulanshall färdigställdes och driftsattes i sin helhet under juni 2020.

Vårdavdelningar, entré, Sollentuna sjukhus
Slutbesiktning av Sollentuna Sjukhus godkändes i april. Överskridandet mot årets budget berodde på att arbeten planerade 2019 senarelagts vilket medfört att investeringsmedel omfördelades till 2020 och senare år. Total utgift har bedömts inrymmas inom total beslutad budget.

Anpassning två avdelningar per år, Karolinska Huddinge
Investeringen avser etapp ett, ombyggnation av två vårdavdelningar på Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge. Alla avdelningar har

färdigställts och har överlämnats till verksamheten. Total utgift inrymdes inom total beslutad budget.

Ombyggnad två mottagningar per år, Karolinska Huddinge
Investeringen avser etapp ett, ombyggnation av två mottagningar på Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge. Den sista mottagningen (K51-53) färdigställdes under kvartal tre och har överlämnades till verksamheten. Total utgift inrymdes inom total beslutad budget.

Karolinska Universitetssjukhuset i Solna
Investeringar i Karolinska består i huvudsak av medicinteknisk utrustning, informations- och kommunikationsteknik och hyresgästanpassningar. Årets utgifter uppgick till 66 miljoner kronor vilket motsvarade en upparbetningsgrad på 54 procent i förhållande till årets budget på 123 miljoner kronor. Årets utgifter understeg budget med 57 miljoner kronor vilket främst berodde på att planerade hyresgästanpassningar pausades under 2020 på grund av covid-19-pandemin. Fastighetsinvesteringar som har färdigställts avser bland annat färdigställande av markytor runt N-kvarteret.

Utrustningsinvesteringarna är i det närmaste helt avslutade. Årets utgifter översteg budget med 85 miljoner kronor och härrör till förskjutningar från 2019. Total budget har bedömts kunna inrymmas.

Utrustningsinvesteringar
Utrustningsinvesteringarna är kopplade till regionens investeringar i fastigheter för genomförande av Framtidsplan för hälso- och sjukvården. De omfattar medicinteknisk utrustning, informations- och kommunikationsteknik och inredning. Årets utgifter uppgick till 369 miljoner kronor vilket motsvarar en upparbetningsgrad på 130 procent i förhållande till budget på 284 miljoner kronor. Årets utgifter översteg budget med 54 miljoner kronor vilket främst berodde på senareläggningar från 2019. Under året har de specificerade strategiska utrustningsprojekten vid Södertälje sjukhus, Danderyds sjukhus och Södersjukhuset avslutats. Projekten har upphandlat, installerat och driftsatt utrustning som nu nyttjas fullt ut utav sjukhusen. Projekten har formellt avslutats med ett utfall som understeg den totala budgeten. Strategiska utrustningsprojektet till Chopin vid Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge är i det närmaste avslutat. Kvarstående arbeten avser främst leverans av integrationslösning till operationssalarna som beräknas att avslutas under 2021. De ospecificerade strategiska utrustningsprojekten har också avslutats med utgifter understigande budget.

Serviceförvaltningen
Årets investeringsutgifter inom serviceförvaltningen uppgick till 154 miljoner kronor, vilket motsvarade en upparbetningsgrad på 60 procent i förhållande till årets investeringsbudget på 257 miljoner kronor. Årets budget fördelades mellan 71 procent för informationsteknik, 27 procent för samlokalisering och två procent för Berga naturbruksgymnasium.

Årets budget för IT-investeringar uppgick till 182 miljoner kronor varav merparten utgjordes av ersättningsinvesteringar. Investeringarna omfattade sjukhusens beställningar av nätinfrastruktur och klienter samt krav på datalagring och livscykelhantering. Årets utgifter understeg budget med 54 miljoner kronor vilket främst beror på att Karolinska Universitetssjukhuset och Södersjukhuset senarelagt livscykelhanteringen av nätinfrastruktur. Senareläggningar har gjorts med anledning av covid-19-pandemin och belastningen inom vården.

Årets budget för samlokaliseringsprojektet uppgick till 70 miljoner kronor. Årets utgifter understeg budget med 45 miljoner kronor vilket främst berodde på att samlokaliseringsprojekt fas 2 har senarelagts. Investeringarna har bedömts inrymmas inom total budget.

Årets budget för Berga naturbruksgymnasium uppgick till fyra miljoner kronor och årets utgifter understeg budget med två miljoner kronor.

Digitalisering
Möjligheten för medarbetare att arbeta hemifrån har utvecklats från 2 000 till 30 000 möjliga uppkopplade hemarbetsplatser. 30 000 användare inom vård, kollektivtrafik och administrativ verksamhet har fungerande it-stöd dygnet runt. Beslut är fattat att konsolidera bland annat it-tjänster mellan Stockholms läns sjukvårdsområde och serviceförvaltningen, samma inriktning med Södertälje sjukhus. Gemensamt arbete inom regionstyrelsen om att lämna över it-tjänster till serviceförvaltningen. Under 2020 har ett pilotförsök med kundteam genomförts inom it-området. Nytt för 2020 är att serviceförvaltningen även erbjuder tjänster avseende ekonomisk data och digitalisering, vilket innebär förändrings- och effektiviseringsarbetet med att bland annat identifiera manuella rutiner som lämpar sig för automatisering.

10.12 Revisorskollegiet
De förtroendevalda revisorernas uppgift är att granska och kontrollera den verksamhet som bedrivs i regionstyrelsen, övriga nämnder och bolag samt stiftelser.

Revisorskollegiets granskningar av verksamheter har påverkats av situationen med covid-19 vilket påverkat utformning och tidplaner för

granskningar. Revisorerna har i september tagit ställning till en reviderad revisionsplan.

Ekonomiskt resultat

Mkr	Utfall 2020	Budget 2020	Avvikelse	Avvikelse procent av omsättning	Utfall 2019
Revisorskollegiet	0,1	0,0	0,1	0,2 %	0,0

Det ekonomiska resultatet för Revisorskollegiet uppgick till 0,1 miljoner kronor, vilket är 0,1 miljoner kronor högre än det budgeterade resultatkravet på noll miljoner kronor. Den positiva avvikelsen förklaras av lägre kostnader för konsulter samt minskade kostnader för kontorsdrift då medarbetare arbetat hemifrån till följd av pandemin.

Investeringar

Revisorskollegiet budgeterade för året 0,2 miljoner kronor och har genomfört investeringar för 0,1 miljoner kronor.

Digitalisering

Revisionskontoret har infört digital signering av framförallt avtal, delegationsbeslut samt protokoll och expeditionsmissiv. De förtroendevalda har genom sina läsplattor kunnat delta hemifrån i revisorskollegiet och revisorsgruppernas möten samt presidiemöten med regionens nämnder och styrelser genom att det funnits digitala arbetsmöjligheter.

11. Bolag

11.1 Landstingshuset i Stockholm AB

Landstingshuset i Stockholm AB, LISAB, är helägt av Region Stockholm och är moderbolag i en koncern som består av dotterbolagen Södersjukhuset AB, Danderyds Sjukhus AB, Södertälje Sjukhus AB, S:t Eriks Ögonsjukhus AB, Folktandvården Stockholms län AB, Ambulanssjukvården i Storstockholm AB, Stockholm Care AB, MediCarrier AB, Locum AB, AB Stockholms Läns Landstings Internfinans. Bolaget ska äga och förvalta aktier i aktiebolag som Region Stockholm använder för sin verksamhet. Från och med 2021 samarbetar Region Stockholm och Stockholms stad för att stödja filmproduktion i regionen genom ett regionägt bolag. Det nya bolaget blir ett dotterföretag till Landstingshuset i Stockholm AB och verksamheten planeras att starta från och med våren 2021.

Ekonomiskt resultat

Mkr	Utfall* 2020	Budget 2020	Avvikelse	Avvikelse procent av omsättning	Utfall* 2019
Landstingshuset i Stockholm AB	-107,8	-18,0	-89,8		-16,7

*Avser resultat före bokslutsdispositioner och skatt

Det ekonomiska resultatet för Landstingshuset i Stockholm AB, uppgick till -108 miljoner kronor, vilket var -90 miljoner kronor sämre än det budgeterade resultatkravet på -18 miljoner kronor. Den negativa avvikelsen mot beslutat resultatkrav förklaras av nedskrivningar av värdet på aktierna i dotterbolagen. Värderingen av aktierna baseras på dotterbolagens egna kapital och är därmed inte möjlig för Landstingshuset i Stockholm AB att påverka. Justerat för nedskrivningen redovisade Landstingshuset i Stockholm AB ett resultat på minus åtta miljoner kronor, vilket är tio miljoner kronor bättre än budgeterat resultat.

11.2 Södersjukhuset AB

Södersjukhuset AB är ett av Region Stockholms akutsjukhus med ansvar för specialiserad akut och planerad somatisk specialistvård samt högspecialiserad kärl- och handkirurgisk vård.

Från och med mars 2020 har covid-19-pandemin påverkat sjukhusets verksamhet i mycket stor omfattning. Sjukhuset intog förstärkningsläge den 13 mars 2020. Den 11 juni återgick sjukhuset till stabsläge och slutligen till normalläge 1 juli. I och med att antalet covid-19-patienter successivt ökade under hösten, gick sjukhuset återigen upp i stabs- och förstärkningsläge.

Södersjukhuset AB har under året haft två uppdrag som har tilldelats av regionfullmäktige. Dessa uppdrag har under året avslutats. Uppdragen som har avslutats är *Utveckling av FHS[23], tredje steget* och *Möjliggöra FVM SLL*.

Mål

Södersjukhuset ska styra mot indikatorer kopplat till målet *En hälso- och sjukvård av god kvalitet*. För tre indikatorer fanns inget utfall tillgängligt i samband med årsbokslutet. Av de sex indikatorer som har gått att mäta uppnådde två indikatorer sitt målvärde.

	Utfall 2020	Utfall 2019	Målvärde 2020	Måluppfyllelse
EN HÅLLBAR REGIONAL UTVECKLING				
En hälso- och sjukvård av god kvalitet				
Andel patienter som vistas högst 4 timmar på akutmottagning	37,0%	38%	≥78%	**Uppfylls ej** ●
Andel patienter som får tid för första besök hos specialistläkare inom 30 dagar	59,0%	74%	≥73 %	**Uppfylls ej** ●
Andel patienter som får tid för behandling inom 90 dagar	72,0%	95%	≥90 %	**Uppfylls ej** ●
Förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner	7,3%	6,40%	≤ 7,7 %	**Uppfylls** ●
Genomsnittligt aktuellt kvalitetsindex för akutsjukhusen	N/A	87	Öka	-
Antal utskrivningsklara dagar per vårdtillfälle	2,2	-	≤ 2	**Uppfylls ej** ●
Genomsnittligt antal dagar per vårdtillfälle i sjukhusvården	3,68%	3,72%	Minska	**Uppfylls** ●
Kostnad per DRG-poäng (diagnosrelaterade grupper), SKL bearbetning[1)]	N/A	64 032 kr	Minska	-
Hög effektivitet i vården	N/A	-	≥ 60 %	-
Kärnverksamhet ska prioriteras				
Administrationens andel av kostnaderna	2,8%	2,9%	Minska	**Uppfylls** ●

[1)] Uppgifter från SKR, sluten och öppenvård exkl. ytterfall

En hälso- och sjukvård av god kvalitet

Väntetiderna på akutmottagningen för vuxna har inte förbättrats och målvärdet uppnåddes inte. Under årets pandemi har sjukhusets akutmottagning haft ökat tryck av svårt sjuka patienter av vilka en allt större andel har krävt slutenvård, intensivvård och röntgenundersökningar. Andelen lättare sjuka patienter har minskat. Allt detta sammantaget har inneburit att genomströmningen på akutmottagningen har varit lägre än förväntat och fyratimmars målet har inte kunnat nås.

Andelen patienter som väntat högst 30 dagar har påverkats mycket av pandemin bland annat beroende på att den elektiva vården till stor del ställdes in för att kunna ta emot covid-19 patienter.

Andelen patienter som fick tid för behandling inom 90 dagar var 72 procent. Målvärdet har inte uppnåtts på grund av covid-19. För att kunna öka IVA-kapaciteten på sjukhuset, har anestesipersonal, läkare samt sjuksköterskor och undersköterskor från andra verksamhetsområden tjänstgjort inom intensivvården, vilket resulterat i att operationsverksamheten kraftigt reducerats under året.

[23] FHS: Framtidens hälso- och sjukvård

Andelen patienter som ådrog sig vårdrelaterade infektioner ökade något under 2020, 7,3 procent, i jämförelse med 2019, 6,4 procent men målvärdet uppnåddes.

Södersjukhuset AB nådde inte målvärdet för antal dagar som färdigbehandlade patienter är kvar på sjukhuset. Lagen om utskrivning i samverkan, LUS, som trädde i kraft 1 jan 2018 börjar efter den regionala överenskommelsen från 1 jan 2020 få genomslag på bred front vilket de påtagligt förbättrade totalsiffrorna för året visar.

Indikatorn *Genomsnittligt antal dagar per vårdtillfälle i sjukhusvården* har under året sjunkit marginellt trots påverkan covid-19 patienter och de långa vårdtider som denna patientgrupp har haft. Patientmixen och fördelningen av slutenvårdspatienter mellan olika kliniker har förändrats på sjukhuset på grund av covid-19 i jämförelse tidigare år.

Administrationens andel av kostnaderna
Utfallet för indikatorn uppgick till 2,8 procent och är lägre än utfallet 2019 på 2,9 procent. Vakanser och färre nyanställningar av administrativ personal förklarar minskningen.

Vårdproduktion
Under 2020 lämnade 2 243 patienter som har haft covid-19 sjukhuset. Den genomsnittliga vårdtiden för alla patienter med bekräftad covid-19 är 7,04 dygn. En sjättedel av covid-19 patienterna har vårdats inom intensivvården.

Antalet besök har minskat kraftigt under året. Minskningen mot budget finns inom såväl akut, -20,8 procent, som elektiv vård, -12,7 procent. Antalet slutenvårdstillfällen har också minskat. En tydlig omställning har skett till mer slutenvård för covid-19-patienter och en ökning av IVA-platser. I jämförelse med budget har antalet vårdtillfällen inom akut slutenvård minskat med -8,0 procent och inom elektiv vård har minskningen varit -26,7 procent.

Antalet utomläns- och utrikespatienter var lägre inom såväl öppenvård, -26,2 procent, som slutenvård, -8,6 procent, i jämförelse med budget. Antalet förlossningar var -8,2 procent lägre än budget.

Medelvårdtiderna inom slutenvården har minskat något jämfört med föregående år från 3,72 vårddagar till 3,68 vårddagar. Medelvårdtiden har minskat på grund av förändrad patientmix på sjukhuset. Antalet elektiva operationer har minskat, som oftast har en längre vårdtid, och antalet akut inläggningar har sjunkit vilka ofta har en kortare vårdtid. Antalet vårdplatser har varierat under året beroende på hur situationen har varit

med covid-19 patienter. April månad var den månad som genomsnittligt hade flest öppna vårdplatser, 668 vårdplatser. Genomsnittligt antal öppna vårdplatser över året var 570 vilket var två färre än föregående år.

Kapaciteten för intensivvården har utökats under året för att tillgodose behovet för främst covid-19-patienter. I normalfallet finns 16 intensivvårdsplatser på sjukhuset. Som mest hade sjukhuset i slutet av april nästan fyrfaldigat kapaciteten upp till 60 disponibla intensivvårdsplatser. Vid årets slut fanns det 40 intensivvårdsplatser.

Ekonomiskt resultat

Mkr	Utfall* 2020	Budget 2020	Avvikelse	Avvikelse procent av omsättning	Utfall* 2019
Södersjukhuset AB	66,5	9,0	57,5	1,0 %	-111,6

*Avser resultat före bokslutsdispositioner och skatt

Södersjukhuset AB:s resultat uppgick till 66 miljoner kronor vilket är 58 miljoner kronor bättre än budget. Avvikelsen motsvarar 1,0 procent av omsättningen.

I resultatet ingår negativa ekonomiska effekter av covid-19-pandemin på sammanlagt -103 miljoner kronor. Posten består av förlorade intäkter samt merkostnader för december månad. I övrigt påverkas resultatet positivt av den vård som har skjutits upp på grund av covid-19.

Verksamhetens intäkter översteg budget med 146 miljoner kronor, 2,5 procent, i jämförelse med budget. Erhållna bidrag har haft en positiv avvikelse, 217 miljoner kronor, som främst avser sjukhusets erhållna statsbidrag för merkostnader för covid-19. Sjukhuset har under året även fått medel för att kompensera för ökade sjuklönekostnader. Vårdintäkterna har varit lägre än budget, -79 miljoner kronor, framförallt inom vårdval förlossning, men också inom vårdval ortopedi, höft och knä, med anledning av inställd elektiv vård. Intäkterna för utomläns- och utrikespatienter har minskat till följd av covid-19. Pandemin har påverkat intäkterna för sidoavtal då elektiv vård som har kunnat anstå och ställts in i perioder under året.

Verksamhetskostnaderna översteg budget med 134 miljoner kronor, 2,4 procent. Personalkostnaderna avviker negativt med -153 miljoner kronor, 4,5 procent, mot budget. Den främsta anledningen är ökade kostnader för inhyrning och kostnader för krislägesavtalet kopplat till covid-19. Ökningen av personalkostnaderna motverkas delvis av en positiv engångseffekt av förändrad pensionsskuld motsvarande 153 miljoner kronor.

Lokal- och fastighetskostnader har ökat med 13 miljoner kronor, i jämförelse med budget, 2,3 procent, på grund av högre kostnad för strategiska hyror än beräknat. Vidare har anpassningar av lokalerna genomförts till följd av pandemin. Kostnaderna för läkemedel, material, avskrivningar och finansnetto var lägre än budgeterad nivå på grund av en lägre produktion än budget samt en lägre investeringstakt än planerat.

Sjukhuset har under året haft ett åtgärdsprogram på 300 miljoner kronor. Åtgärder har genomförts till ett värde av 120 miljoner kronor. Kvarstående del av åtgärdsprogrammet har under 2020 nedprioriterats på grund av covid-19.

Investeringar
Årets utgifter exklusive strategiska utrustningsinvesteringar uppgick till 94 miljoner kronor och understeg årets budget med 79 miljoner kronor. Upparbetningsgraden var 56 procent i förhållande till årets budget på 169 miljoner kronor. Årets totala investeringsutgifter, inklusive strategiska fastighetsinvesteringar, uppgick till 181 miljoner kronor. Anledningen till det lägre utfallet var att det behövts göras nedprioriteringar på grund av covid-19 i investeringsbudgeten. Utfallet för investeringar kopplade till covid-19 var 16 miljoner kronor.

Digitalisering
Digitala processer så som distanskontakterna har ökat med strax över 20 000 besök jämfört med föregående år. Fysiska besök, särskilt gruppbesök så som arbetsterapi och sjukgymnastik, har minskat kraftigt. Ökningen av distanskontakter finns inom i stort sett alla kliniker. Färdplan för Södersjukhusets digitalisering för 2020–2025 har tagits fram med syfte att samordna och styra insatserna samt säkra leverans inom de prioriterade områdena. Ett initiativ som prioriterats är ett pilotprojekt för att överföra vitalparametrar direkt från medicinteknisk utrustning in i patientjournalen för att spara tid för den kliniska personalen samt minska risken för felaktiga inmatningar. Framgångsfaktorer för arbetet med digitalisering har under 2020 varit ett väldigt starkt ägarskap och för de digitaliseringsinitiativ som kärnverksamheten prioriterat.

11.3 Danderyds Sjukhus AB
Danderyds Sjukhus AB är ett av Region Stockholms akutsjukhus med ansvar för specialiserad akut och planerad somatisk specialistvård samt högspecialiserad rehabiliteringsmedicin. Från och med januari 2020 tog Danderyds Sjukhus AB över ansvaret för geriatrikverksamheten vid Danderyds sjukhus från Stockholms läns sjukvårdsområde.

Sjukhuset intog förstärkningsläge den 14 mars 2020 vilket innebar att vården leddes av Lokal särskild sjukvårdsledning, LSSL. Sjukhuset har

under pandemin haft tät kontakt och samarbete med den regionala särskilda sjukvårdsledningen, RSSL Under hösten har den högspecialiserade Rehabiliteringsmedicinska Universitetsklinik på sjukhuset fått ett uppdrag från HSF gällande högspecialiserad postcovid-rehabilitering.

Efter drygt fyra månader i förhöjd beredskap (stabsläge och förstärkningsläge) återgick sjukhuset till normalläge. I och med att antalet covid-19-patienter successivt ökade under hösten, gick sjukhuset återigen upp i förstärkningsläge.

Mål

Danderyds sjukhus AB ska styra mot indikatorer kopplat till målet *En hälso- och sjukvård av god kvalitet*. För tre indikatorer fanns inget utfall tillgängligt i samband med årsbokslutet. Av de sex indikatorer som har gått att mäta uppnådde två indikatorer sitt målvärde.

	Utfall 2020	Utfall 2019	Målvärde 2020	Måluppfyllelse
EN HÅLLBAR REGIONAL UTVECKLING				
En hälso- och sjukvård av god kvalitet				
Andel patienter som vistas högst 4 timmar på akutmottagning	45%	45%	≥78%	**Uppfylls ej** ●
Andel patienter som får tid för första besök hos specialistläkare inom 30 dagar	55%	90%	≥73 %	**Uppfylls ej** ●
Andel patienter som får tid för behandling inom 90 dagar	62%	87%	≥90 %	**Uppfylls ej** ●
Förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner	7,7%	6,1%	≤ 7,7 %	**Uppfylls** ●
Genomsnittligt aktuellt kvalitetsindex för akutsjukhusen	N/A	90,8	Öka	-
Antal utskrivningsklara dagar per vårdtillfälle	0,4	3,8	≤ 2	**Uppfylls** ●
Genomsnittligt antal dagar per vårdtillfälle i sjukhusvården	3,2	3	Minska	**Uppfylls ej** ●
Kostnad per DRG-poäng (diagnosrelaterade grupper), SKR bearbetning[1)]	N/A	57 471 kr	Minska	-
Hög effektivitet i vården	N/A	-	≥ 60 %	-
Kärnverksamhet ska prioriteras				
Administrationens andel av kostnaderna	2,7%	2,9%	Minska	**Uppfylls** ●

[1)] Uppgifter från SKR, sluten och öppenvård exkl. ytterfall

<u>En hälso- och sjukvård av god kvalitet</u>

Andel patienter som vistas högst 4 timmar på akutmottagningen uppnådde inte sitt målvärde. Den nya patientgruppen med covid-19 smitta tar mer resurser i anspråk och samtidigt har andra patienter undvikit att söka till akuten vid lättare besvär.

Under stora delar av året har planerad vård pausats, dels på grund av återbud från patienter men framför allt för att koncentrera akutsjukhusets resurser mot det akuta uppdraget, som ökade avsevärt i och med pandemin. Detta har påverkat både *Andelen patienter som väntat högst 30 dagar* och *Andelen patienter som fick tid för behandling inom 90 dagar* och Danderyds Sjukhus AB uppfyller inget av dessa indikatorers målvärde.

Andelen patienter som ådrog sig vårdrelaterade infektioner ökade något under 2020 i jämförelse med 2019 men målvärdet uppnåddes.

Antal utskrivningsklara dagar per vårdtillfälle har minskat från 3,8 till årets utfall på 0,4. En ny lag[24], regionala överenskommelser[25] samt ökat samarbete mellan sjukhuset och nästa vårdnivå har givit en minskning av antal utskrivningsklara dagar per vårdtillfälle. De låga siffrorna beror dels på att sjukhuset har jobbat med flödena i verksamheten, dels på den nya överenskommelsen med kommunerna om att ta emot patienterna tidigare. Under pandemin har det varit extra viktigt att förbereda plats för nya patienter som har behov av akutsjukhusets resurser.

Indikatorn *Genomsnittligt antal dagar per vårdtillfälle i sjukhusvården* har påverkats av två stora förändringar, covid-19 pandemin och övertagandet av den geriatriska avdelningen från SLSO. Exkluderas dessa två faktorer uppgick medelvårdtiden till 2,8 dagar, vilket är bättre än utfallet från föregående år.

Administrationens andel av kostnaderna
Utfallet för indikatorn sjönk till 2,7 procent jämfört med 2019 som var på 2,9 procent. Trots pandemin har stödfunktionerna delvis kunnat arbeta med sina åtgärdsplaner och på så vis kunnat hålla ned kostnaderna.

Vårdproduktion

Den första patienten med covid-19 smitta skrevs in den 7 mars och därefter har 2 241 patienter med huvuddiagnos covid-19 smitta behandlats på sjukhuset. Under året har Danderyds Sjukhus AB producerat mindre mot avtal inom både akut och elektiv vård. Mellan första och andra vågen av pandemin gick sjukhuset upp till normal kapacitet inom elektiv vård och ökade produktionen mot avtal. Men då smittspridningen ökade igen under hösten, den så kallade andra vågen, fick planerad vård stå tillbaka för det akuta uppdraget.

Antalet öppenvårdsbesök var 60 000, 14,1 procent, lägre än periodiserad budget. De akuta öppenvårdsbesöken var 12,8 procent och elektiva var 14,4 procent lägre. Jämfört med samma period föregående år har antalet öppenvårdsbesök minskat med 12,1 procent. I och med pandemin går digitaliseringen snabbt framåt, där en ökad andel fysiska besök ersätts av distanskontakter. Om detta inte skett skulle den negativa avvikelsen vara större. Videomöten ökar från i stort sett noll per månad under januari-februari till en topp på strax under 550.

---

[24] Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. 1 jan 2018
[25] Regional överenskommelse från 1 jan 2020.

Antalet slutenvårdstillfällen var 1 653, vilket var 3,1 procent färre än periodiserad budget. Den elektiva vården minskade med 13,4 procent då en stor andel av den elektiva vården skjutits upp på grund av covid-19. Akuta slutenvårdstillfällen minskade med 0,6 procent. Jämfört med utfallet föregående år ökade antalet slutenvårdstillfällen med 2,4 procent, där elektiva slutenvårdstillfällen ökade med 14,5 procent och akuta slutenvårdstillfällen ökade med 0,1 procent.

Medelvårdtiden har under 2020 påverkats av framför allt två stora förändringar, Covid-19-pandemin och tillkomsten av verksamheten Geriatrik från SLSO. Medelvårdtiden har ökat något mot föregående år från 3 till 3,2 dagar. Exkluderas geriatriken och patienter med covid-19 så hamnar medelvårdtiden på 2,88 dagar.

Ekonomiskt resultat

Mkr	Utfall* 2020	Budget 2020	Avvikelse	Avvikelse procent av omsättning	Utfall* 2019
Danderyds Sjukhus AB	18,6	8,0	10,6	0,2 %	-158,4

*Avser resultat före bokslutsdispositioner och skatt

Danderyd Sjukhus AB:s resultat uppgick till 19 miljoner kronor och avviker därmed med elva miljoner kronor mot det budgeterade resultatet. Avvikelsen motsvarar 0,2 procent av omsättningen.

I resultatet ingår negativa ekonomiska effekter av covid-19-pandemin på sammanlagt -146 miljoner kronor. Posten består av förlorade intäkter samt merkostnader för december månad. I övrigt påverkas resultatet positivt av den vård som har skjutits upp på grund av covid-19.

Verksamhetens intäkter överstiger budget med 285 miljoner kronor, 5,8 procent, i jämförelse med budget. Vårdintäkterna var -45 miljoner kronor lägre, framförallt inom vårdval. Intäkterna för utomläns- och utrikespatienter minskade till följd av covid-19.

Erhållna bidrag har varit en stor positiv avvikelse, 325 miljoner kronor, som främst avser sjukhusets erhållna statsbidrag för merkostnader för covid-19. Sjukhuset har under året även fått medel för att kompensera för ökade sjuklönekostnader.

Verksamhetskostnader översteg budget med 316 miljoner kronor, 6,8 procent. Personalkostnaderna avvek negativt med 177 miljoner kronor, 6,0 procent, mot budget. Den främsta anledningen är ökade kostnader för inhyrning och kostnader för krislägesavtalet kopplat till covid-19. En stor positiv förklaringspost är en engångseffekt av förändrad pensionsskuld motsvarande 139 miljoner kronor.

Sjukhusets omställning till att vårda covid-19 patienter har gjort att tidigare beslutat åtgärdsprogram på 300 miljoner kronor inte har kunnat realiseras i nödvändig utsträckning. Under september månad gjordes en uppskattning att uppnådda effekter motsvarade ett utfall på 108 miljoner kronor. Då sjukhuset åter gick upp i förstärkningsläge har ingen ytterligare uppföljning genomförts.

Investeringar
Årets investeringsutgifter exklusive strategiska utrustningsinvesteringar uppgick till 120 miljoner kronor och understeg årets budget med 63 miljoner kronor. Upparbetningsgraden uppgick till 66 procent i förhållande till årets budget på 183 miljoner kronor. Budgetavvikelsen berodde främst på effekter av covid-19 pandemin. Under året har vården prioriterat att upprätthålla den akuta och imperativa vården. I denna situation minskar även arbetet med att genomföra planerade ersättningsinvesteringar. Årets investeringsutgifter inklusive strategiska utrustningsinvesteringar uppgick till 127 miljoner kronor.

Digitalisering
Tidigt under första vågen av covid-19 accelererades införandet av digitala vårdmöten och används nu i princip inom all mottagningsverksamhet. Användandet av digitala möten ökade snabbt och det breda användandet kommer att fortsätta efter pandemin, liksom fortsatt användning av inspelningsfunktionerna för föreläsningar och utbildningar. Inneliggande patienter och närstående har fått möjlighet att ha kontakt genom videosamtal med hjälp av smartphones och plattor. Den digitala mognaden har under perioden ökat i organisationen vilket även gör att kommande införanden av nya digitala lösningar kan underlättas, detta skapar goda förutsättningar för en högre effektivitet.

11.4 Södertälje Sjukhus AB
Södertälje Sjukhus AB är ett av Region Stockholms akutsjukhus med ansvar för specialiserad akut och planerad somatisk specialistvård.

Sjukhuset intog förstärkningsläge den 13 mars 2020 vilket innebar att vården leddes av Lokal särskild sjukvårdsledning, LSSL. Sjukhuset har under pandemin haft tät kontakt och samarbete med den regionala särskilda sjukvårdsledningen, RSSL.

I slutet av juni 2020 gick sjukhuset tillbaka till stabsläge och från den 20 juli till normalläge. I och med att antalet covid-19-patienter successivt ökade under hösten, gick sjukhuset återigen upp i stabs- och förstärkningsläge.

Mål

Södertälje Sjukhus AB ska styra mot indikatorer kopplat till målet *En hälso- och sjukvård av god kvalitet*. För tre indikatorer fanns inget utfall tillgängligt i samband med årsbokslutet. Av de sex indikatorer som har gått att mäta uppnådde tre indikatorer sitt målvärde.

	Utfall 2020	Utfall 2019	Målvärde 2020	Måluppfyllelse
EN HÅLLBAR REGIONAL UTVECKLING				
En hälso- och sjukvård av god kvalitet				
Andel patienter som vistas högst 4 timmar på akutmottagning	62,9%	67%	≥78%	**Uppfylls ej** ●
Andel patienter som får tid för första besök hos specialistläkare inom 30 dagar	67,8%	91%	≥73 %	**Uppfylls ej** ●
Andel patienter som får tid för behandling inom 90 dagar	71,0%	95%	≥90 %	**Uppfylls ej** ●
Förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner	7,2%	4,00%	≤ 7,7 %	**Uppfylls** ●
Genomsnittligt aktuellt kvalitetsindex för akutsjukhusen	N/A	88	Öka	-
Antal utskrivningsklara dagar per vårdtillfälle	0,1	-	≤ 2	**Uppfylls** ●
Genomsnittligt antal dagar per vårdtillfälle i sjukhusvården	3,7	4,2	Minska	**Uppfylls** ●
Kostnad per DRG-poäng (diagnosrelaterade grupper), SKL bearbetning[1)]	N/A	68 929 kr	Minska	-
Hög effektivitet i vården	N/A	-	≥ 60 %	-
Kärnverksamhet ska prioriteras				
Administrationens andel av kostnaderna	5,5%	-	Minska	-

[1)] Uppgifter från SKR, sluten och öppenvård exkl. ytterfall

En hälso- och sjukvård av god kvalitet

Andel patienter som vistas högst 4 timmar på akutmottagningen (exklusive närakuten) har försämrats i jämförelse med föregående år och uppnådde inte målvärdet. Belastningen på akutmottagningen var periodvis väldigt hög. Situationen försvårades av att patienter med befarad covid-19 behövde separeras från övriga patienter.

Under stora delar av året har planerad vård pausats, dels på grund av återbud från patienter men framför allt för att koncentrera akutsjukhusets resurser mot det akuta uppdraget, som ökade avsevärt i och med pandemin. Detta har påverkat både *Andelen patienter som väntat högst 30 dagar* och *Andelen patienter som fick tid för behandling inom 90 dagar* och Södertälje Sjukhus AB uppfyller inget av dessa indikatorers målvärde.

Sjukhuset klarade av att uppfylla målnivån avseende förekomsten av vårdrelaterade infektioner. Jämfört med 2019 har en försämring skett vilket kan hänföras till pandemin.

Antal utskrivningsklara dagar per patient och vårdtillfälle är 0,1 för 2020. Arbete har pågått för att skapa en god samverkan mellan sjukhuset och kommunerna, men även för en god samverkan mellan avdelningar inom sjukhuset för ett bättre patientflöde. Under pandemin har sjukhusets avdelningar och utskrivningsteam haft tätare telefonkontakt med kommunens biståndsbedömare och distriktssköterskor inom primärvården vilket sannolikt snabbat på beslutsprocessen kring utskrivningar.

Administrationens andel av kostnaderna
Utfallet för indikatorn uppgick till 5,5 procent. Sjukhuset har särredovisat kostnaden för den del av verksamheten som kan hänföras till den övergripande administrationen inom sjukhuset. Siffrorna blir dock missvisande då den nu redovisade kostnaden även inkluderar sjukhusets egna it-kostnader och kostnader för sjukhusets bevakning. Inför 2021 har kostnaden för it-system och bevakning separerats på olika kostnadsställen vilket bidrar till en mer korrekt redovisning under 2021.

Vårdproduktion
Slutenvårdsproduktionen 2020 var 3,1 procent högre än föregående år, vilket dels beror på det ökade patientflödet kopplat till pandemin, dels på ett ökat antal förlossningar. Jämfört med budget var slutenvården -1,2 procent lägre än årets budget. Öppenvårdsproduktionen var, som en konsekvens av pandemin, -11,4 procent lägre än föregående år och -16,4 procent lägre än budget.

Medelvårdtiden minskade kraftigt jämfört med föregående år, inom akutsomatiken -7,8 procent och inom geriatriken -23,2 procent. Minskningen är ett resultat av ett bra samarbete mellan sjukhusets utskrivningsteam och kringliggande kommunerna samt primärvården runt de utskrivningsklara patienterna.

De elektiva vårdtillfällena påverkades under året av inställda planerade operationer till förmån för akut vård av inneliggande patienter med misstänkt eller konstaterad covid-19-smitta.

Förlossningsvården har haft fler vårdtillfällen, både jämfört med föregående år och budget. För att möta det ökade behovet och för att inte bidra till ökad smittspridning har verksamheten arbetat för tidig hemgång och utökat BB-hemma verksamheten. Verksamheten har nyttjat tillgången till digitaliserade vårdkontakter i hög utsträckning. På så sätt har medelvårdtiden minskat med -13,7 procent jämfört med föregående år.

Utomlänsproduktionen har minskat som en direkt konsekvens av förändrade riktlinjer för utomlänsvård enligt beslut från RSSL. Riktlinjerna uppmanade under våren, när pandemin var som störst, till restriktivitet avseende vård av patienter från andra län.

Ekonomiskt resultat

Mkr	Utfall* 2020	Budget 2020	Avvikelse	Avvikelse procent av omsättning	Utfall* 2019
Södertälje Sjukhus AB	94,9	2,0	92,9	6,1 %	22,8

*Avser resultat före bokslutsdispositioner och skatt

Södertälje Sjukhus AB:s resultat uppgick till 95 miljoner kronor och avviker därmed med 93 miljoner kronor mot det budgeterade resultatet. Avvikelsen motsvarar 6,1 procent av omsättningen.

I resultatet ingår negativa ekonomiska effekter av covid-19-pandemin på sammanlagt -20 miljoner kronor. Posten består av förlorade intäkter samt merkostnader för december månad. I övrigt påverkas resultatet positivt av den vård som har skjutits upp på grund av covid-19.

Resultatavvikelsen hänförs till förändrad pensionsprognos från KPA, fast ersättning för sjukhusavtalet samt lägre materialkostnader för ej utförd elektiv vård.

Sjukhusets rapporterade merkostnader för covid-19 uppgick till 93 miljoner kronor. Av merkostnaderna utgör bemanning 58 procent, material 27 procent och övriga kostnader 15 procent. Sjukhuset har erhållit statligt bidrag på 79 miljoner kronor avseende dessa merkostnader.

Sjukhuset erhöll per december en ny pensionsprognos. Prognosen medförde en positiv avvikelse jämfört med budget på 84 miljoner kronor avseende pensionskostnad inklusive finansiella kostnader.

Investeringar

Årets investeringsutgifter exklusive strategiska utrustningsinvesteringar uppgick till 29 miljoner kronor vilket motsvarade en upparbetningsgrad på 116 procent. Sjukhuset har med anledning av rådande pandemi tvingats nedprioritera många av årets ersättningsinvesteringar till förmån för nyinvesteringar avseende covid-19-vård. Investeringar på två miljoner kronor är kopplade till strategiska utrustningsinvesteringar Nya Södertälje Sjukhus och tolv miljoner kronor avser investeringar kopplade till utökning av vårdplatser med anledning av pandemin. Av de pandemirelaterade investeringsutgifterna avser merparten ventilatorer, övervakningsutrustning, infusionspumpar samt sängar och madrasser.

Digitalisering

En effekt av pandemin är de ökade kraven på digitala möten, både mellan medarbetare inom regionen men också med patienter och anhöriga. Behoven har tillgodosetts med applikationen "Alltid öppet" och andra

digitala tjänster. En lärdom är att när medarbetarna ser ett tydligt behov av en tjänst/system går implementeringen betydligt lättare och medarbetarna är motiverade och intresserade. Sjukhuset deltar i Europeiska socialfondens projekt för att öka den digitala kompetensen för medarbetare och chefer och syftar till att öka användande av digitala verktyg och eHälsatjänster, som i sin tur leder till minskad pappershantering samt mindre resande för patienter.

11.5 S:t Eriks Ögonsjukhus AB

S:t Eriks Ögonsjukhus AB bedriver specialiserad och högspecialiserad akut och planerad ögonsjukvård. Sjukhuset har ett universitetssjukvårdsuppdrag med en omfattande forsknings-, utvecklings- och utbildningsverksamhet i samverkan med Karolinska Institutet. Sjukhuset bedriver även rikssjukvård inom ögononkologi, barnkatarakt och barnglaukom.

S:t Eriks Ögonsjukhus AB har under året flyttat in i nybyggda lokaler i Hagastaden. Flytten har krävt stort engagemang och har varit lyckad och genomförts med lägre flyttkostnader än budgeterat.

Mål

S:t Eriks Ögonsjukhus AB ska styra mot indikatorer kopplat till målet *En hälso- och sjukvård av god kvalitet*. För tre indikatorer fanns inget utfall tillgängligt i samband med årsbokslutet. Av de sex indikatorerna som har gått att mäta uppnådde samtliga indikatorer sitt målvärde.

	Utfall 2020	Utfall 2019	Målvärde 2020	Måluppfyllelse
EN HÅLLBAR REGIONAL UTVECKLING				
En hälso- och sjukvård av god kvalitet				
Andel patienter som vistas högst 4 timmar på akutmottagning	95,3 %	96,0 %	≥78 %	**Uppfylls** ●
Andel patienter som får tid för första besök hos specialistläkare inom 30 dagar	78,8 %	94,0 %	≥73 %	**Uppfylls** ●
Andel patienter som får tid för behandling inom 90 dagar	92,4 %	94,0 %	≥90 %	**Uppfylls** ●
Förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner	0 %	0 %	≤ 7,7 %	**Uppfylls** ●
Genomsnittligt aktuellt kvalitetsindex för akutsjukhusen	N/A	-	Öka	-
Antal utskrivningsklara dagar per vårdtillfälle		-	≤ 2	**Uppfylls** ●
Genomsnittligt antal dagar per vårdtillfälle i sjukhusvården	2,1	2,1	Minska	**Uppfylls** ●
Kostnad per DRG-poäng (diagnosrelaterade grupper), SKL bearbetning	N/A	-	Minska	-
Hög effektivitet i vården	N/A	-	≥ 60 %	-
Kärnverksamhet ska prioriteras				
Administrationens andel av kostnaderna	3,1 %	2,7%	Minska	**Uppfylls ej** ●

En hälso- och sjukvård av god kvalitet

Tillgängligheten på akuten var god under 2020. I genomsnitt väntade 95,3 procent av patienterna högst fyra timmar och indikatorn *Andel patienter som vistas högst 4 timmar på akutmottagning* uppnådde sitt målvärde för året.

Tillgängligheten för nybesök har påverkats av pandemin och är något lägre i år än för 2019. Trots det klarar S:t Eriks Ögonsjukhus AB målvärdet för andel av patienterna som har fått tid för ett första besök hos specialistläkare inom 30 dagar. Utfallet uppgick till 78,8 procent.

Tillgängligheten för operation och behandling har varit god. I genomsnitt fick 92,4 procent av patienterna tid för behandling inom 90 dagar och därmed uppnåddes indikatorns målvärde.

Administrationens andel av kostnaderna
Administrationens andel av kostnaderna har ökat något till 3,1 procent från 2,7 procent. Ökningen mot föregående år beror på att kostnaderna för kärnverksamheten, såsom inköp av material och läkemedel och, har minskat till följd av uppskjuten vård med anledning av covid-19-pandemin, samt lägre pensionskostnader. Då de administrativa kostnaderna inte har minskat i samma omfattning innebär det att dessa kostnader i relation till de totala kostnaderna har ökat. Indikatorn uppnås inte för året.

Vårdproduktion
Sjukhuset uppfyllde under året vårdgarantin för såväl väntetid till operation som för nybesök till läkare.

Vårdproduktion har i alla former påverkats av covid-19-pandemin då färre patienter har kommit till sjukhuset. Vårdproduktionen var väsentligt lägre än budget mätt i både antal besök och antal vårdtillfällen, -24,4 procent respektive -19,3 procent. Jämfört med föregående år var antalet öppenvårdsbesök -17,6 procent färre och antalet vårdtillfällen -16,9 procent färre. Även utomlands-/utomlänsvård var lägre än budget, -26,9 procent för öppenvård och -29,2 procent för slutenvård. Medelvårdtiden var oförändrad från föregående år, 2,1 dygn.

Ekonomiskt resultat

Mkr	Utfall* 2020	Budget 2020	Avvikelse	Avvikelse procent av omsättning	Utfall* 2019
S:t Eriks Ögonsjukhus AB	9,4	3,0	6,4	0,9 %	55,7

*Avser resultat före bokslutsdispositioner och skatt

S:t Eriks Ögonsjukhus AB:s hade en ekonomi i balans under 2020. Resultatet uppgick till nio miljoner kronor och avviker positivt mot det budgeterade resultatkravet med tre miljoner kronor. Avvikelsen motsvarar 0,9 procent av omsättningen.

I resultatet ingår negativa ekonomiska effekter av covid-19-pandemin på sammanlagt -42 miljoner kronor. Posten består av förlorade intäkter främst från minskad utlands- och utomlänsvård samt merkostnader för december

månad. I övrigt påverkas resultatet positivt av den vård som har skjutits upp på grund av covid-19.

Under året minskade intäkterna för utlands- och utomlänsvård med -30,8 miljoner kronor jämfört med budget. Även patientavgifterna blev -3,4 miljoner kronor lägre än budgeterat. Kostnaderna för inhyrd personal var högre än budget främst relaterat till en förstärkning av it-stödet i samband med flytten till nya lokaler. Även sjuklönekostnaderna var högre och kan hänföras till pandemin på grund av ökad sjukfrånvaro.

Investeringar
Årets investeringsutgifter uppgick till 40,5 miljoner kronor och upparbetningsgraden var 101 procent i förhållande till årets budget på 40 miljoner kronor. Utgifterna bestod av nyinvesteringar på 29 miljoner kronor till det nya ögonsjukhuset samt ersättningsinvesteringar i medicinteknisk utrustning, it och övriga inventarier om 11,5 miljoner kronor.

Digitalisering
Under våren startades Alltid Öppet för digitala patientbesök. För personal infördes digitala möten och distansarbete. Lärdomarna är att alla möten som genomförs digitalt sparar både tid, pengar och miljö. Samtidigt fanns det utmaningar då de flesta anställda var ovana att delta i möten med denna teknik och behövde mycket stöd och hjälp initialt. Förutsättningarna att öka medarbetares delaktighet och kompetens i digitalisering av ögonsjukvården har förbättrats genom flytten till Hagastaden.

11.6 Folktandvården Stockholms län AB

Folktandvården Stockholms län AB ska bedriva folktandvård inom Region Stockholm och inom ramen för regionens ansvar enligt tandvårdslagen. Inom regionen utför Folktandvården Stockholms län AB uppdrag för hälso- och sjukvårdsnämnden, som enligt beställningen i huvudsak ska omfatta barntandvård. Folktandvården Stockholms län AB ska vara ett konkurrenskraftigt tandvårdsföretag.

På grund av utbrottet av covid-19-pandemin beslutade RSSL om att Folktandvården Stockholms län AB i mars skulle minska sin verksamhet genom att stänga kliniker för att frigöra skyddsutrustning och förbrukningsmaterial till sjukvården. Korttidsarbete infördes den 4 maj för en stor del av bolagets medarbetare som permitterades 40 procent av arbetstiden. Under juni månad kunde verksamheten successivt gå upp till full kapacitet. Under hösten har verksamheten bedrivits som normalt, men med uppskjuten vård att hantera.

Mål

	Utfall 2020	Utfall 2019	Målvärde 2020	Måluppfyllelse
EN HÅLLBAR REGIONAL UTVECKLING				
En hälso- och sjukvård av god kvalitet				
Andelen 19-åringar med kariesfria ytor	71 %	68,9 %	≥ 71 %	**Uppfylls** ●
Kärnverksamhet ska prioriteras				
Administrationens andel av kostnaderna	5,4 %	4,9 %	Minska	**Uppfylls ej** ●

En hälso- och sjukvård av god kvalitet

Andelen 19-åringar med kariesfria sidoytor uppgick till 71 procent, vilket är en ökning i jämförelse med föregående år på 2,1 procentenheter. Ökningen beror på förebyggande insatser, som bedrivits under en lång tid. Preventiva åtgärder såsom informationslektioner och fluorsköljningar i skolor samt uppsökande verksamhet har under en längre tid gjort att utvecklingen varit positiv. Indikatorn uppnås för året trots att alla förebyggande insatser, med anledning av covid-19, inte har kunnat genomföras.

Administrationens andel av kostnaderna

Utfallet för indikatorn uppgick till 5,4 procent, vilket är en minskning i jämförelse med delårsrapporteringen på 0,3 procentenheter, men en ökning i jämförelse med föregående år på 0,5 procentenheter. Ökningen mot föregående år beror på att kostnaderna för kärnverksamheten, såsom material och köpta tjänster, har minskat till följd av uppskjuten vård med anledning av covid-19-pandemin, samt lägre pensionskostnader. Då de administrativa kostnaderna inte har minskat i samma omfattning innebär det att dessa kostnader i relation till de totala kostnaderna har ökat. Indikatorn uppnås inte för året.

Vårdproduktion

Bolaget har arbetat av större delen av den uppskjutna vård som uppstod tidigare under året när det gäller patienter inom barn- och ungdomstandvården, som minskade med -1,5 procent i jämförelse med föregående år. Det har dock skett på bekostnad av ett kraftigt reducerat antal patienter inom vuxentandvården, som minskade med -17,5 procent i jämförelse med föregående år. Även inom specialisttandvården minskade vårdproduktionen med anledning av covid-19-pandemin. Den uppbyggda uppskjutna vården har redan fått och kommer fortsatt att få stora konsekvenser på bolagets ekonomi i form av minskade intäkter på grund av förlorade marknadsandelar avseende vuxenpatienter.

Tidigare års utmaningar med kompetensförsörjningen kvarstår, då det råder brist på erfaren tandvårdspersonal. Stora pensionsavgångar har lett till en pågående generationsväxling, där erfaren tandvårdspersonal ersätts med mer oerfaren tandvårdspersonal, vilket har påverkat produktionen negativt.

Ekonomiskt resultat

Mkr	Utfall* 2020	Budget 2020	Avvikelse	Avvikelse procent av omsättning	Utfall* 2019
Folktandvården Stockholms Län AB	112,5	112,5	0,0	0,0 %	112,5

*Avser resultat före bokslutsdispositioner och skatt

Folktandvården Stockholms län AB:s resultat uppgick till 113 miljoner kronor, vilket är i enlighet med budgeterat resultatkrav. I resultatet ingår 218 miljoner kronor avseende merkostnader och förlorade intäkter kopplat till covid-19 i form av 210 miljoner kronor i lägre intäkter, framförallt vuxenintäkter.

Intäktsbortfallet kompenseras i viss utsträckning av ökade intäkter avseende statlig ersättning för korttidsarbete om 17 miljoner kronor, ersättning för sjuklön om 15 miljoner kronor samt omställningsstöd avseende maj om fem miljoner kronor.

Kostnader för personal var -135 miljoner kronor lägre än budget, varav 59 miljoner kronor avser lönekostnader och 48 miljoner kronor avser pensionskostnader. Avvikelsen beror till stor del på att anställningsstopp infördes under våren för icke nödvändiga rekryteringar till följd av covid-19 och tidsbegränsade anställningar samt timanställningar avslutades.

Investeringar

Årets utgifter uppgick till 39 miljoner kronor och upparbetningsgraden var 46 procent i förhållande till årets budget på 85 miljoner kronor. Avvikelsen beror dels på att ett investeringsstopp infördes under våren för icke nödvändiga investeringar på grund av covid-19-pandemin samt att slitaget på utrustningen begränsades under den tiden, dels på att ett avtal för behandlingsenheter saknats, vilket orsakat förseningar.

Digitalisering

Folktandvården fick mycket positivt resultat i mätningen av digitalmognad, en organisationsförmåga att dra nytta av digitalisering, som regionen genomförde under 2020. I samband med pandemin gjordes en snabb och framgångsrik implementering av digitala möten för distansarbete och utbildning. En pilot för digitala vårdmöten har också genomförts men har pausats på grund av att den prissättningsmodell som har presenterats.

11.7 Ambulanssjukvården i Storstockholm AB

Ambulanssjukvården i Storstockholm AB, AISAB, ska utföra ambulanssjukvård åt Region Stockholm. AISAB kan utföra interhospitala transporter och transport av avlidna för Region Stockholm.

Pandemin covid-19 har präglat AISAB under nästan hela verksamhetsåret.

Utmaningarna har varit att klara bemanningen, alla uppdrag med driftsättning av extra enheter och ha jämn tillförsel av skyddsutrustning.

Mål

	Utfall 2020	Utfall 2019	Målvärde 2020	Måluppfyllelse
EN HÅLLBAR REGIONAL UTVECKLING				
Kärnverksamhet ska prioriteras				
Administrationens andel av kostnaderna	N/A		Minska	-

Administrationens andel av kostnaderna
Indikatorn mäts först 2021.

Vårdproduktion

Ambulansuppdragen under år 2020 uppgick till 104 759. Detta är fem procent högre än budget. Jämfört med föregående år noteras dock en minskning med tre procent. Uppdragen för transport av avlidna var åtta procent högre än budget och ökade med tolv procent jämfört med föregående år.

I statistiken ingår inte avbrutna ambulansuppdrag. AISAB får rörlig ersättning för antalet uppdrag och då ingår avbrutna uppdrag. Hade avbrutna uppdrag räknats med skulle antalet ambulansuppdrag för 2020 vara 114 000. Till dessa uppdrag ska cirka 8 600 uppdrag för den extra transportorganisationen i Älvsjö läggas till.

Ekonomiskt resultat

Mkr	Utfall* 2020	Budget 2020	Avvikelse	Avvikelse procent av omsättning	Utfall* 2019
Ambulanssjukvården i Storstockholm AB	30,5	12,0	18,5	4,4 %	26,2

*Avser resultat före bokslutsdispositioner och skatt

Ambulanssjukvården i Storstockholm AB:s resultat uppgick till 30,5 miljoner kronor och avviker därmed positivt med 18,5 miljoner kronor mot det budgeterade resultatet. Avvikelsen motsvarar fyra procent av omsättningen. Merkostnader om 46 miljoner kronor avseende covid-19 har, enligt överenskommelse, löpande under året fakturerats hälso- och sjukvårdsnämnden med motsvarande belopp. Det innebär att ASAB:s ekonomiska resultat inte påverkats av dessa extra kostnader.

Investeringar

Årets investeringsutgifter uppgick till 13 miljoner kronor att jämföra med en budget på 28 miljoner kronor. Med anledning av pandemin har inköp av alla planerade fordon inte genomförts och några inköp har blivit försenade och levereras i början av 2021.

Digitalisering

Pandemin har påverkat digitaliseringen negativt och medfört förseningar av olika projekt som att införandet av ny och uppdaterad it-infrastruktur, ny extern webbplats, nytt intranät, ny it-utrustning i ambulanserna och det fortsatta införandet av e-utbildningar har påverkats tidsmässigt.
För att öka den digitala kompetensen och förmåga har en senior it-samordnare rekryterats.

11.8 Stockholm Care AB

Stockholm Care AB ska förmedla utländska patienter till främst de högspecialiserade vårdverksamheterna inom Region Stockholm som kan förbättra sina utvecklingsmöjligheter genom att vidga patientunderlaget. Bolaget ska därvid bistå vårdverksamheterna med stöd och service av administrativ och praktisk karaktär. Stockholm Care AB förvaltar även Tobiasregistret.

Kommande verksamhetsförändringar innebär att Stockholm Care AB:s verksamhet avseende vård av utländska patienter upphör den 1 januari 2021 och överförs till Karolinska Universitetssjukhuset. Enligt förslag till beslut i Regionfullmäktige kommer Stockholm Care AB:s inriktning från och med 2021 vara att förvalta Tobiasregistret.

Covid-19 har haft en omfattande påverkan, vilket markant begränsat bolagets möjligheter att bedriva sitt uppdrag avseende vårdexport på grund av perioder av stängda landsgränser och inställd flygtrafik.

Regionfullmäktige har beslutat om en verksamhetsövergång av utlandsvården till Karolinska Universitetssjukhuset med start 1 januari 2021, vilket har påverkat resultatet 2020 negativt bland annat på grund av behov av nedskrivningar.

Mål

	Utfall 2020	Utfall 2019	Målvärde 2020	Måluppfyllelse
EN HÅLLBAR REGIONAL UTVECKLING				
Kärnverksamhet ska prioriteras				
Administrationens andel av kostnaderna	3,5%	3,5%	Minska	**Uppfylls ej** ●

Administrationens andel av kostnaderna

Utfallet för indikatorn uppgick till 3,5 procent, vilket är en tangering i jämförelse med delårsrapporteringen. Bolaget mäter mot delårets värde då det saknas mätning för 2019. Indikatorn uppnås inte då det inte sker någon minskning jämfört med delåret.

Vårdproduktion

Den totala omsättningen av fakturerade ärenden minskade med 45 procent jämfört med 2019. Andelen inkomna vårdförfrågningar minskade med 37

procent jämfört med 2019. Störst påverkan till det lägre utfallet är pandemin.

Antalet genomförda bekräftande confirmatory typing[26], CT, ökade med elva procent jämfört med föregående år och i snitt leder 20 till 25 procent av CT till en stamcellsskörd. Tobiasregistret förmedlade 107 stamcellskördar vilket är en mindre än föregående år. Årets målsättning av nya givare har överträffats och SIFO:s undersökning om allmänhetens kännedom om verksamheten visade glädjande att 53 procent, jämfört med 22 procent 2019, känner till Tobiasregistret samt vilken typ av verksamhet det är.

Ekonomiskt resultat

Mkr	Utfall* 2020	Budget 2020	Avvikelse	Avvikelse procent av omsättning	Utfall* 2019
Stockholm Care AB	-7,5	1,0	-8,5	-7,3 %	1,7

*Avser resultat före bokslutsdispositioner och skatt

Stockholm Care AB:s resultat uppgick till minus åtta miljoner kronor och avvek negativt med nio miljoner kronor mot det budgeterade resultatkravet. Poster av engångskaraktär såsom bland annat nedskrivning av bolagets samtliga utvecklingsprojekt på grund av verksamhetsövergång av utlandsvården har sammantaget påverkat resultatet negativt med cirka nio miljoner kronor.

I resultatet ingår negativa ekonomiska effekter av covid-19-pandemin på sammanlagt minus sju miljoner kronor. Posten består av förlorade intäkter samt merkostnader för december månad. I övrigt påverkas resultatet positivt av den vård som har skjutits upp på grund av covid-19.

Digitalisering

Pandemin har framförallt visat på att det finns goda förutsättningar att arbeta effektivt med digitala lösningar. Utmaningarna har varit att få samma teamkänsla vid distansarbete som när personalen träffas fysiskt.

11.9 MediCarrier AB

MediCarrier AB är Region Stockholms logistik- och transportföretag och ska på affärsmässiga grunder avropa, lagerhålla, förpacka samt distribuera sjukvårds- och förbrukningsartiklar till verksamheter inom Region Stockholm.

[26] Handläggningen/utredningen efter att ett behandlingscentrum fått en matchande träff mellan en patient och en potentiell stamcellsdonator.

Mål

	Utfall 2020	Utfall 2019	Målvärde 2020	Måluppfyllelse
EN HÅLLBAR REGIONAL UTVECKLING				
Kärnverksamhet ska prioriteras				
Administrationens andel av kostnaderna	3,5%	3,6%	Minska	**Uppfylls** ●

Administrationens andel av kostnaderna
Utfallet för indikatorn uppgick till 3,5 procent per sista december 2020 vilket är 0,1 procentenheter lägre än utfallet 2019 som var 3,6 procent**.**

Ekonomiskt resultat

Mkr	**Utfall* 2020**	**Budget 2020**	**Avvikelse**	**Avvikelse procent av omsättning**	**Utfall* 2019**
MediCarrier AB	36,6	6,0	30,6	3,2 %	5,1

*Avser resultat före bokslutsdispositioner och skatt

MediCarrier AB:s resultat uppgick till 37 miljoner kronor, 31 miljoner kronor över fastställt resultatkrav på sex miljoner kronor.

Under året har MediCarrier AB fått ett utökat uppdrag att tillhandahålla ett beredskapslager motsvarande tre månaders prognostiserad förbrukning av skyddsutrustning och andra kritiska artiklar. I början av pandemin ledde Karolinska Command Center detta uppdrag men det har tagits över av MediCarrier AB under året. I samband med övertagandet skedde en nedskrivning av lagervärdet då artiklar köpts in i pandemins början, under en bristsituation, som nu inte förväntas kunna säljas till inköpspris.

Intäkterna uppgick till 1 181 miljoner kronor, vilket är 22,6 procent över budget. Ökningen förklaras av den ökade efterfrågan av sjukvårdsmaterial orsakat av covid-19. MediCarrier AB har fått ersättning för merkostnader motsvarande en intäkt på 85 miljoner kronor för att täcka upp de extraordinära kostnaderna kopplade till nedskrivning av lagervärde, lokalhyra och extra personalkostnader drivna av covid-19.

Kostnaderna 187 miljoner kronor högre än budget, vilket motsvarar 19,6 procent. Största kostnaden avser nedskrivningen av lagret på 63 miljoner kronor. Vidare var kostnaderna för inhyrd personal 22 miljoner kronor, 13 miljoner kronor över budget. Övriga kostnader var 48 miljoner kronor, nio miljoner kronor över budget, främst drivet av hyror för externa lokaler i samband med att lagersaldot ökat markant.

I resultatet ingår negativa ekonomiska effekter av covid-19-pandemin på sammanlagt minus sju miljoner kronor. Posten består av förlorade intäkter samt merkostnader främst avseende avskrivning av lager, inhyrd personal och externa hyror, för december månad. I övrigt påverkas resultatet positivt av den vård som har skjutits upp på grund av covid-19.

Investeringar
Årets investeringsutgifter uppgick till 2,3 miljoner kronor, vilket innebar en upparbetningsgrad om 115 procent i förhållande till årets budget på 2,0 miljoner kronor. Investeringarna bestod av ersättningsinvesteringar i produktionen som inköp av varuvagnar samt investeringar i en ombyggnation av befintliga lokaler för att kunna ta emot verksamhet från nya utökade lokaler.

Digitalisering
Till följd av pandemin har medarbetare uppmanats att arbeta på distans vilket i sin tur har inneburit att chefer fått gå igenom befintliga rutiner och arbetssätt för att anpassa dessa till en digital hantering. Till allra största delen är pandemins effekt på digitalisering mycket positiv då man tvingats tillämpa nya rutiner och arbetssätt.

Den digitala kompetensen i bolaget höjdes snabbare än planerat då covid-19-pandemin bröt ut. I övrigt, också till följd pågående covid-19-pandemi, har bolaget inte genomfört några kompetenshöjande initiativ inom området digital kompetens.

11.10 Locum AB
Locum AB har i uppgift att svara för ägarfrågor av fastighetsförvaltande karaktär och ekonomisk administration avseende fastighets- och servicenämndens resultatenhet Landstingfastigheter Stockholm. Bolaget ska i övrigt bistå fastighets- och servicenämnden i fastighetsstrategiska frågor. I fastighets- och servicenämnden redovisas ägande av Region Stockholms fastigheter.

Locum AB har under året aktivt deltagit i Regional särskild sjukvårdslednings arbete bland annat för att utöka antalet vårdplatser för covid-19 patienter. Fokus har varit att säkerställa driften av fastigheterna.

Mål

	Utfall 2020	Utfall 2019	Målvärde 2020	Måluppfyllelse
EN HÅLLBAR REGIONAL UTVECKLING				
Kärnverksamhet ska prioriteras				
Administrationens andel av kostnaderna	4,1 %	5,7%	Minska	**Uppfylls** ●

Administrationens andel av kostnaderna
Utfallet för indikatorn uppgick till 4,1 procent per sista december 2020 vilket är 1,6 procentenheter lägre än utfallet 2019 som var 5,7 procent. Det lägre utfallet beror främst på lägre personalkostnader orsakat av pensionsavgångar samt att vakanser inte har ersättningsrekryterats. Minskningen överstiger tio procent och målet är därmed uppfyllt.

Ekonomiskt resultat

Mkr	Utfall* 2020	Budget 2020	Avvikelse	Avvikelse procent av omsättning	Utfall* 2019
Locum AB	13,3	7,0	6,3	1,6 %	13,6

*Avser resultat före bokslutsdispositioner och skatt

Det ekonomiska resultatet för Locum AB, uppgick till 13 miljoner kronor vilket är sex miljoner kronor bättre än det budgeterade resultatkravet på sju miljoner kronor. Den positiva avvikelsen mot beslutat resultatkrav förklaras av lägre personalkostnader på grund av pensionsavgångar samt vakanser som inte har ersättningsrekryterats.

Investeringar

Årets utgifter uppgick till 0,5 miljoner kronor och upparbetningsgraden var elva procent i förhållande till årets budget på 4,5 miljoner kronor. Utgifterna bestod av investeringar i IT och kontorsinventarier. Den låga upparbetningsgraden förklaras av att covid-19-pandemin medförde att investeringar i kontorsutrustning inte har genomförts som planerat.

Digitalisering

En lärdom och framgångsfaktor som identifierats är att inte vänta in och göra saker för storskaligt utan börja smått och skala upp efterhand. På det viset har Locum blivit mer agilt. Under året har det genomförts olika initiativ för att höja den digitala kompetensen inom Locum.

11.11 AB Stockholms Läns Landstings Internfinans

AB Stockholms Läns Landstings Internfinans är Region Stockholms internbank med huvuduppdrag att säkerställa regionens likviditet. Bolaget bistår, på affärsmässiga grunder, Region Stockholms nämnder, bolag och stiftelser med att förvalta central likviditet, låna upp medel på kapitalmarknaden och bedriva utlåning för investeringar till regionens nämnder och bolag.

Under 2020 har Internfinans förhandlat fram en syndikerad kreditfacilitet[27] för Region Stockholms räkning med åtta svenska och internationella banker som motpart. Kreditfaciliteten ersätter den tidigare kreditfaciliteten som signerades i december 2015.

[27] En syndikerad kreditfacilitet är ett lån som avtalats med flera finansiärer tillsammans.

	Utfall 2020	Utfall 2019	Målvärde 2020	Måluppfyllelse
EN HÅLLBAR REGIONAL UTVECKLING				
Kärnverksamhet ska prioriteras				
Administrationens andel av kostnaderna	100%[1)]	100%[1)]	Minska	-

[1)] Ej tillämpbart då 100% av verksamheten klassas som administrativ verksamhet

Administrationens andel av kostnaderna
De administrativa kostnaderna definieras som kostnader för administrativt stöd till kärnverksamheterna. Internfinans verksamhet är en stödverksamhet, vilket innebär att samtliga kostnader bedöms vara administrativa.

Ekonomiskt resultat

Mkr	Utfall* 2020	Budget 2020	Avvikelse	Avvikelse procent av omsättning	Utfall* 2019
AB SLL Internfinans	5,5	3,0	2,5	14,7 %	3,6

*Avser resultat före bokslutsdispositioner och skatt

AB Stockholms Läns Landstings Internfinans resultat uppgick till fem miljoner kronor och avviker därmed positivt med två miljoner kronor mot det budgeterade resultatet. Avvikelsen motsvarar 15 procent av omsättningen. Resultatet förklaras primärt av lägre kostnader än budgeterat. Under året har bolaget erhållit en ny pensionsprognos där skulden och pensionskostnaden minskat med cirka 1,6 miljoner kronor jämfört med budget.

Digitalisering
I och med att Internfinans redan tidigare implementerat ett digitalt verktyg stod bolaget väl rustat inför skiftet från fysiska möten till digitala. Pandemins effekt på digitalisering har lett till ökat behov av att implementera digitala signaturer.

11.12 AB Storstockholms Lokaltrafik
AB Storstockholms Lokaltrafik, AB SL, är samlingsnamnet och varumärket för den upphandlade allmänna kollektivtrafiken på land i Stockholmsregionen. Via SL förvaltar Region Stockholm vissa avtal och tillgångar.

Bolaget har tre helägda dotterbolag; AB SL Finans, SL Älvsjö AB samt Waxholms Ångfartygs AB. AB SL Finans tillhandahåller mot ersättning fordon, vagnar, maskiner samt andra inventarier och anläggningar för lokaltrafikutövare. SL Älvsjö AB äger, förvaltar och utvecklar fastigheter och förenlig verksamhet. Waxholms Ångfartygs AB, WÅAB, som ingår i SL-koncernen från och med juli 2019, sköter kollektivtrafiken på vatten i Stockholms skärgård och förvaltar vissa avtal och tillgångar åt Region Stockholm.

Ekonomiskt resultat

Mkr	Utfall* 2020	Budget 2020	Avvikelse	Avvikelse procent av omsättning	Utfall* 2019
AB Storstockholms Lokaltrafik och dotterbolag	-1 114,8	404,0	-1 518,8	-4,9 %	604,0

*Avser resultat före bokslutsdispositioner och skatt

AB Storstockholms Lokaltrafiks resultat uppgick till -1 115 miljoner kronor, vilket är -1 519 miljoner kronor lägre än budgeterat resultat. Avvikelsen mot budgeterat resultat motsvarar 4,9 procent av omsättningen. Avvikelsen förklaras främst av lägre biljettintäkter till följd av färre resenärer. Undantaget effekterna av minskade biljettintäkter samt merkostnader till följd av pandemin har bolaget uppnått sitt budgeterade resultatkrav.

12. Kommunalförbund och stiftelser

12.1 Kommunalförbund

Region Stockholm är medlem i tre kommunalförbund:

- Kommunalförbundet sjukvård och omsorg i Norrtälje
- Kommunalförbundet Svenskt Ambulansflyg
- Kommunalförbundet Avancerad Strålbehandling.

Enligt kommunallagen kan kommunalförbund ur de flesta aspekter betraktas som egna kommuner; bland annat gäller som för kommuner regeln att eventuella underskott ska återställas inom tre år.

12.1.1 Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje

Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje, KSON, har två medlemmar, Region Stockholm och Norrtälje kommun. KSON planerar och beställer hälso- och sjukvård samt omsorg för invånarna i Norrtälje kommun. KSON äger bolaget Tiohundra AB som bland annat bedriver vården vid Norrtälje sjukhus samt ett antal vårdcentraler och omsorgsverksamheter.

Pandemin har haft stor påverkan både inom verksamheterna men även på det ekonomiska resultatet vilket bland annat speglas i den minskade vårdkonsumtionen.

I övrigt kan nämnas att en fast tillfällig ersättning införts i både primärvården och i flera interna kontrakt med Tiohundra AB. Syftet har varit att minimera utförarnas administrativa börda, säkerställa en stabil finansiering och möjliggöra att enkelt omdisponera personal mellan vård- och omsorgsgivare. Primärvårdens personal har som en följd av detta kunnat avlasta Norrtälje sjukhus genom besök i hemmen och på särskilda boenden.

Mål

Tiohundra AB har haft nio indikatorer kopplat till målet *En hälso- och sjukvård av god kvalitet*. Tre av indikatorerna uppnådde sina målvärden, medan tre inte uppnådde sina målvärden. För två indikatorer fanns inget utfall tillgängligt i samband med årsbokslutet.

	Utfall 2020	Utfall 2019	Målvärde 2020	Måluppfyllelse
EN HÅLLBAR REGIONAL UTVECKLING				
En hälso- och sjukvård av god kvalitet				
Andel patienter som vistas högst 4 timmar på akutmottagning	73,8%	78%	≥78%	**Uppfylls ej** ●
Andel patienter som får tid för första besök hos specialistläkare inom 30 dagar	92,0%	93%	≥73 %	**Uppfylls** ●
Andel patienter som får tid för behandling inom 90 dagar	73,0%	98%	≥90 %	**Uppfylls ej** ●
Förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner	2,7%	5,6%	≤ 7,7 %	**Uppfylls** ●
Genomsnittligt aktuellt kvalitetsindex för akutsjukhusen	98,8[1)]	-	Öka	-
Antal utskrivningsklara dagar per vårdtillfälle	1,8	2,3	≤ 2	**Uppfylls** ●
Genomsnittligt antal dagar per vårdtillfälle i sjukhusvården	4,5	4,4	Minska	**Uppfylls ej** ●
Kostnad per DRG-poäng (diagnosrelaterade grupper), SKL bearbetning[2)]	52 076 kr[1)]	-	Minska	-
Hög effektivitet i vården	N/A	-	≥ 60 %	-
Kärnverksamhet ska prioriteras				
Administrationens andel av kostnaderna	3,1%		Minska	**Uppfylls ej** ●

[1)] Utfall avser 2019 då data för 2020 ej finns tillgängligt.

[2)] Uppgifter från SKR, sluten och öppenvård exkl. ytterfall

<u>En hälso- och sjukvård av god kvalitet</u>

Covid-19-pandemin har haft stor negativ effekt på måluppfyllelsen inom hälso- och sjukvården, i synnerhet avseende målet om behandling inom 90 dagar och andel patienter som får tid för första besök hos specialistläkare inom 30 dagar. Periodvis har den elektiva vården helt fått anstå till förmån för covid-19-vård, vilket i sin tur innebär att mängden uppskjuten vård ökat.

Målvärdet för andelen patienter som vistades högst fyra timmar på akutmottagning uppnåddes inte, främst på grund av färre tillgängliga vårdplatser orsakat av pandemin.

Andelen patienter som fick tid för första besök hos specialistläkare inom 30 dagar uppgick till 92 procent och indikatorn uppnådde sitt målvärde även om den understeg 2019 års värde på 93 procent. Ackumulerat för året är utfallet 80 procent.

Andelen patienter som fick tid för behandling inom 90 dagar uppgick till 73 procent vilket innebär att indikatorn inte uppnådde sitt målvärde. Ackumulerat utfall för året var 81 procent.

Andelen patienter som ådrog sig vårdrelaterade infektioner vid Norrtälje sjukhus uppgick till 2,7 procent och indikatorn uppnådde sitt målvärde. Den låga prevalensen av vårdrelaterade infektioner kan sannolikt till viss del relateras till färre vårdtillfällen och nya rutiner med anledning av covid-19. Mätningarna har dock inte genomförts på samma sätt som tidigare, på grund av covid-19 pandemin.

Indikatorn för antal utskrivningsklara dagar per vårdtillfälle uppgick till 1,8 dagar, vilket är lägre än målvärdet och lägre jämfört 2019.

Indikatorn genomsnittligt antal dagar per vårdtillfälle i sjukhusvården har ett utfall på 4,5 dagar men jämfört med 2019 är det en mindre ökning med 0,1 procentenheter.

Administrationens andel av kostnaderna
Utfallet för indikatorn uppgick till 3,1 procent. Mätning av indikatorn gjordes inte 2019. I delårsrapport 2020 uppgick utfallet för indikatorn till 3,4 procent. Orsaken till minskningen är lägre bemanning för administrativa tjänster eftersom vakanser inte återbesatts.

Vårdkonsumtion

Vård, exkl basal hemsjukvård och hemrehab	**Utfall 2020**	**Budget 2020**	**Avvikelse budget**	**Utfall 2019**	**Förändring %**
Vårdtillfällen	8 456	10 400	-18,7%	9 025	-6,3%
Läkarbesök	177 441	242 000	-26,7%	218 770	-18,9%
Övriga vårdgivarbesök	125 023	170 500	-26,7%	160 191	-22,0%

Vårdkonsumtionen visar genomgående negativa avvikelser till följd av covid-19 pandemin. Antal vårdtillfällen, läkarbesök samt övriga vårdgivarbesök nådde inte upp till budgeterat antal och var lägre jämfört 2019.

Under 2020 konsumerade invånarna i Norrtälje kommun 6,3 procent färre vårdtillfällen än föregående år. Antalet läkarbesök samt besöken hos övriga vårdgivare, som distrikts- och undersköterskor på husläkarmottagningar samt fysioterapeuter, logopeder, arbetsterapeuter och kiropraktorer blev också färre.

Antalet besök på husläkarmottagningarna minskade med 18 procent jämfört med föregående år och inom specialiserad fysioterapi var nedgången 33 procent jämfört med 2019.

Antalet besök på Norrtälje sjukhus minskade med 28 procent, jämfört med 2019. Antal vårdtillfällen på Norrtälje sjukhus minskade med tio procent medan antalet vårdtillfällen inom psykiatrin ökade med sju procent.

Vårdproduktion vid Norrtälje sjukhus
All planerad vård som kunde anstå sköts från och med den 23 mars upp enligt Region Stockholms beslut. Viss elektiv vård återupptogs i augusti. Då smittspridningen tog fart igen och vårdplatser för covid-19-patienter och andra akuta vårdbehov behövde säkerställas fick åter elektiv slutenvård skjutas upp. Under sommaren har sjukhusets vårdavdelningar haft problem med överbeläggningar, beläggningen har till och med varit högre än tidigare somrar.

Vårdproduktionen vid Norrtälje sjukhus var lägre än planerat för både slutenvårdstillfällen och öppenvårdsbesök. Jämfört med budget var antalet öppenvårdsbesök -14,6 procent färre och antalet slutenvårdstillfällen -18,2 procent färre. Antalet vårdplatser understeg budgeterade 87 med 15, en negativ avvikelse med 16,3 procent.

Ekonomiskt resultat

Mkr	Utfall* 2020	Budget 2020	Avvikelse	Avvikelse procent av omsättning	Utfall* 2019
Kommunalförbundet sjukvård och omsorg	62,0	0,1	61,9	3,5 %	-44,8
*varav TioHundra AB**	*46,4*	*0,0*	*46,4*	5,3 %	*-29,5*

*Avser Region Stockholms andel av resultatet som är 50 procent

**Avser resultat före bokslutsdispositioner och skatt

KSON:s resultat för året var positivt och uppgick för Region Stockholms andel till 62 miljoner kronor, vilket motsvarar 3,5 procent av omsättningen. Det positiva resultatet avser både kommunalförbundets verksamhet och verksamheten i Tiohundra AB. I resultatet avseende regionens andel ingår 43 miljoner kronor i merkostnader för covid-19. Uteblivna intäkter gällande patientavgifter uppgick till 23 miljoner kronor. Såväl KSON som TioHundra AB har erhållit ersättning från staten för covid-19 som täcker dessa merkostnader, därför påverkas inte resultatet.

I maj beslutade medlemmarna att tillföra extra medlemsbidrag där Region Stockholm svarade för 71 miljoner kronor. Bidraget har oavkortat finansierat förlängning av ersättningsvillkor för avtal med Tiohundra gällande Norrtälje Sjukhus inklusive dess sidoavtal fram till och med 31 december 2020.

Tiohundra AB startade året med ett lågt eget kapital, med ett aktiekapital på 17 miljoner kronor. Aktieägartillskott har erhållits motsvarande den beräknade kostnaden för sänkt diskonteringsränta i pensionssystemet med 52 miljoner kronor, varav 44 miljoner kronor avser Region Stockholms andel. Aktieägartillskottet tillsammans med ett positivt resultat för perioden har stärkt bolagets eget kapital, som vid årets utgång uppgår till 110 miljoner kronor.

12.1.2 Kommunalförbundet Svenskt Ambulansflyg

Ändamålet med Kommunalförbundet Svenskt Ambulansflyg, KSA, är att investera i ambulansflyg och driva ambulansflygverksamhet i hela Sverige. Samtliga regioner i Sverige är medlemmar i KSA. Under 2019 genomförde KSA en upphandling av sex flygplan som ska levereras under 2021. Förbundsfullmäktige beslutade i juni 2020 att verksamheten ska drivas med egna tillstånd och licenser och upphandlad personal.

Flygambulansverksamheten startar under 2021 i takt med att flygplanen levereras.

Region Stockholm betalade för 2020 ett medlemsbidrag på 2,3 miljoner kronor. Medlemsbidraget kommer att öka när ambulansverksamheten är i drift. KSA:s preliminära resultat för året uppgick till 1,6 miljoner kronor

12.1.3 Kommunalförbundet Avancerad Strålbehandling

Ändamålet med Kommunalförbundet Avancerad Strålbehandling är att uppföra och driva en nationell anläggning för strålbehandling med protoner, Skandionkliniken, samt att tillvarata möjligheterna till forskning och utveckling av verksamheten.

Under 2020 har kommunalförbundet startat behandling av 297 patienter, en ökning med 29 (11 procent). Antalet utländska patienter som behandlades uppgick till 31 vilket var en ökning med två. De utländska patienterna kom huvudsakligen från Norge. Sammanlagt 62 patienter kom från Region Stockholm vilket varen ökning med två jämfört med föregående år.

Kommunalförbundets preliminära resultat för år 2020 uppgår till 15 miljoner kronor vilket är åtta miljoner kronor bättre än budget

12.2 Stiftelser

En stiftelse är en självägd förmögenhet, utan ägare eller medlemmar, som har avsatts för att varaktigt tillgodose ett bestämt ändamål. Stiftelser inräknas inte i regionkoncernens resultat- och balansräkning för 2020 på annat sätt än att eventuella bidrag som har tilldelats redovisas som en kostnad i resultaträkningen. Nedan presenteras de verksamhetsstiftelser som Region Stockholm hade uppsiktsansvar över 2020. Inom parantes redovisas den andel styrelsemedlemmar som utsetts av Region Stockholm.

Verksamhetsstiftelser

Stiftelser i vilka Region Stockholm är ensam stiftare

- Stiftelsen Cancercentrum Karolinska (100 %)
- Stiftelsen Centrum för Molekylär Medicin (100 %)
- Stiftelsen Clara (0 %)[28]

Stiftelser där Region Stockholm är stiftare tillsammans med andra

- Stiftelsen Stockholms läns museum (44 %)
- Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum (50 %)
- Skärgårdsstiftelsen i Stockholms län (53 %)
- Stiftelsen Flemingsberg Science (25 %)

Stiftelse där Region Stockholm är huvudfinansiär

- Stockholms Konserthusstiftelse (67 %)

[28] Regionen utser från och med februari 2018 inga ledamöter eller revisorer i Stiftelsen Clara.

Stiftelsen *Cancercentrum Karolinska* syftar till att främja experimentell cancerforskning. Stiftelsen arbetar för utvecklingen av individualiserad cancerbehandling, i nära samarbete med Karolinska universitetssjukhuset och Karolinska Institutet.

Stiftelsen *Centrum för Molekylär Medicin* arbetar främst med forskning kring kroniska inflammationssjukdomar. Under året införskaffades ny avancerad molekylärdiagnostik.

Stiftelsen *Stockholms läns Äldrecentrum* är ett tvärvetenskapligt centrum för forskning och utveckling kring äldre personers hälsa, vård och omsorg.

Stiftelsen *Stockholms läns museum* är en så kallad länskulturfunktion med ändamål att bedriva vetenskaplig insamling och dokumentation samt utåtriktad verksamhet inom kulturminnesvården och museiverksamheten i länet. Stiftelsens styrelse har under 2020 beslutat att överlåta stiftelsens verksamhet till Region Stockholm per den 1 januari 2021, varvid den kommer att integreras i kulturnämndens förvaltning.

Skärgårdsstiftelsens förvaltar fastigheter och verkar för att bevara Stockholms skärgård och utvecklingen av friluftslivet i skärgården. Region Stockholm är huvudfinansiär till stiftelsen som ges årligt stöd för verksamhet och fastighetsunderhåll. Region Stockholm och stiftelsen tecknade 2019 ett avtal om drift- och investeringsmedel i form av beviljade bidrag för perioden 2020–2023.

Stiftelsen *Flemingsbergs Science* syftar bland annat till att stärka samverkan mellan aktörerna i Flemingsberg. Under perioden 2019–2022 arbetar stiftelsen för fortsatt campusutveckling och ökad samverkan inom områden som åldrande, mångfald och hälsa.

Stockholms Konserthusstiftelse ska driva en aktiv musikverksamhet genom att ge konserter och för detta ändamål upprätthålla och underhålla den Kungliga Filharmoniska Orkestern i Stockholm. Region Stockholm är huvudfinansiär till stiftelsen som ges årligt stöd för verksamhet och fastighetsunderhåll. Region Stockholm och stiftelsen tecknade 2019 ett avtal om drift- och investeringsmedel i form av beviljade bidrag för perioden 2019–2022.

13. Drifts- och investeringsredovisning

13.1 Driftsredovisning

Mkr	Intäkter* 2020	Kostnader* 2020	Utfall 2020	Budget 2020	Avvikelse mot budget
Hälso- och sjukvård					
Hälso- och sjukvårdsnämnden	71 234,0	-70 980,9	253,1	0,0	253,1
Vårdens kunskapsstyrningsnämnd	487,8	-486,7	1,0	0,0	1,0
Patientnämnden	34,3	-32,6	1,7	0,0	1,7
Kommunalförbundet sjukvård och omsorg	1 767,2	-1 705,3	62,0	0,1	61,9
varav TioHundra AB	*905,1*	*-858,7*	*46,4*	*0,0*	*46,4*
Stockholms läns sjukvårdsområde	12 858,2	-12 629,5	228,7	220,0	8,7
Karolinska Universitetssjukhuset	24 933,6	-24 860,4	73,2	53,0	20,2
Södersjukhuset AB	5 995,7	-5 929,3	66,5	9,0	57,5
Danderyds Sjukhus AB	5 227,5	-5 208,9	18,6	8,0	10,6
Södertälje Sjukhus AB	1 652,1	-1 557,2	94,9	2,0	92,9
S:t Eriks Ögonsjukhus AB	682,1	-672,7	9,4	3,0	6,4
Folktandvården Stockholms Län AB	1 599,6	-1 487,2	112,5	112,5	0,0
Ambulanssjukvården i Storstockholm AB	474,0	-443,5	30,5	12,0	18,5
Stockholm Care AB	83,5	-91,0	-7,5	1,0	-8,5
MediCarrier AB	1 180,7	-1 144,1	36,6	6,0	30,6
Hälso- och sjukvård totalt	**128 210,3**	**-127 229,3**	**981,1**	**426,6**	**554,6**
Kollektivtrafik					
Trafiknämnden	32 257,5	-33 353,6	-1 096,2	404,0	-1 500,2
varav Trafikförvaltningen	*11 040,7*	*-11 026,6*	*14,1*	*0,0*	*14,1*
varav Förvaltning för utbyggd tunnelbana	*183,4*	*-179,0*	*4,4*	*0,0*	*4,4*
varav AB Storstockholms Lokaltrafik	*20 500,1*	*-21 575,6*	*-1 075,5*	*404,0*	*-1 479,5*
varav Waxholms Ångfartygs AB	*533,2*	*-572,5*	*-39,3*	*0,0*	*-39,3*
Färdtjänstnämnden	1 906,8	-1 530,2	376,6	0,0	376,6
Kollektivtrafik totalt	**34 164,2**	**-34 883,8**	**-719,6**	**404,0**	**-1 123,6**
Kulturnämnden	**588,5**	**-588,1**	**0,5**	**0,0**	**0,5**
Tillväxt- och regionplanenämnden	**191,8**	**-191,8**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
Regionstyrelsen	**2 679,6**	**-2 115,1**	**564,5**	**0,0**	**564,5**
Fastigheter och service					
Fastighets- och servicenämnden	7 842,3	-6 745,5	1 096,8	468,0	628,8
varav Serviceförvaltningen	*1 718,9*	*-1 648,1*	*70,9*	*5,0*	*65,9*
varav Fastighetsförvaltningen	*6 123,3*	*-5 097,4*	*1 025,9*	*463,0*	*562,9*
Locum AB	376,9	-363,6	13,3	7,0	6,3
Fastigheter och service totalt	**8 219,2**	**-7 109,1**	**1 110,1**	**475,0**	**635,1**
Övriga					
Revisorskollegiet	38,1	-38,0	0,1	0,0	0,1
Landstingshuset i Stockholm AB	0,4	-108,1	-107,8	-18,0	-89,8
AB SLL Internfinans	17,0	-11,5	5,5	3,0	2,5
Koncerngemensamma funktioner					
Skadekontot	19,3	-19,1	0,2	0,0	0,2
Koncernfinansiering	101 365,3	-97 488,6	3 876,8	-979,2	4 856,0
Koncernjusteringar	-160 717,0	160 807,2	90,1	0,0	90,1
Resultat samtliga resultatenheter*	**114 776,7**	**-108 975,2**	**5 801,6**	**311,3**	**5 490,2**
varav omställningskostnader	0,7	-148,2	-147,5	-323,0	175,5
Resultat exklusive omställningskostnader	**114 776,0**	**-108 827,0**	**5 949,0**	**634,3**	**5 314,7**

* Intäkter motsvarar verksamhetens intäkter, skatteintäkter och generella statsbidrag samt finansiella intäkter. Kostnader motsvarar verksamhetens kostnader, avskrivningar och finansiella kostnader.

13.2 Investeringsredovisning

Mkr	Utfall 2020	Budget 2020	Avvikelse mot budget	Utfall 2019
Hälso- och sjukvård				
Hälso- och sjukvårdsnämnden	0,6	7,0	-6,4	10,3
Vårdens kunskapsstyrningsnämnd	0,0	0,0	0,0	0,0
Patientnämnden	0,0	0,0	0,0	0,0
Stockholms läns sjukvårdsområde	202,8	326,6	-123,8	242,5
Karolinska Universitetssjukhuset	662,7	374,7	288,0	549,3
Södersjukhuset AB	181,3	169,4	11,9	413,0
Danderyds Sjukhus AB	124,3	183,0	-58,7	612,2
Södertälje Sjukhus AB	31,4	27,0	4,4	69,8
S:t Eriks Ögonsjukhus AB	40,5	40,0	0,5	33,3
Folktandvården Stockholms Län AB	39,1	85,0	-45,9	47,8
Ambulanssjukvården i Storstockholm AB	12,8	28,0	-15,2	22,9
Stockholm Care AB	2,2	0,0	2,2	3,2
MediCarrier AB	2,3	2,0	0,3	2,9
Hälso- och sjukvård totalt	**1 300,0**	**1 242,7**	**57,3**	**2 007,2**
Kollektivtrafik				
Trafiknämnden	8 102,0	10 256,1	-2 154,1	6 190,5
varav Trafikförvaltningen	*632,7*	*497,2*	*135,5*	*613,0*
varav Förvaltning för utbyggd tunnelbana	*2 067,2*	*2 748,6*	*-681,3*	*1 160,3*
varav AB Storstockholms Lokaltrafik	*5 381,9*	*6 956,6*	*-1 574,7*	*4 338,4*
varav Waxholms Ångfartygs AB	*20,2*	*53,8*	*-33,6*	*78,8*
Färdtjänstnämnden	32,0	18,0	14,0	30,2
Kollektivtrafik totalt	**8 134,0**	**10 274,1**	**-2 140,1**	**6 220,8**
Kulturnämnden	**2,2**	**5,6**	**-3,4**	**0,8**
Regionstyrelsen	**0,9**	**99,7**	**-98,8**	**6,1**
Fastigheter och service				
Fastighets- och servicenämnden	1 478,0	3 306,8	-1 828,8	3 685,9
varav Serviceförvaltningen	*154,2*	*256,5*	*-102,3*	*227,4*
varav Fastighetsförvaltningen	*1 323,8*	*3 050,3*	*-1 726,5*	*3 458,6*
Locum AB	0,5	4,5	-4,0	2,1
Fastigheter och service totalt	**1 478,5**	**3 311,3**	**-1 832,8**	**3 688,1**
Övriga				
Revisorskollegiet	0,1	0,2	-0,1	0,0
AB SLL Internfinans	0,0	0,0	0,0	0,0
Investeringar totalt	**10 915,8**	**14 933,6**	**-4 017,8**	**11 922,9**

14. Noter

Not 1. Redovisningsprinciper
Årsredovisningen har upprättats enligt kommunallagen, lagen om kommunal bokföring och redovisning (LKBR) samt rekommendationer från Rådet för kommunal redovisning (RKR) som gäller den juridiska personen Region Stockholm och den sammanställda redovisningen.

Sammanställd redovisning
Den sammanställda redovisningen har upprättats enligt proportionell konsolideringsmetod (klyvningsmetoden) som innebär att endast den ägda andelen av de kommunala koncernföretagens räkenskapsposter tas med i de sammanställda räkenskaperna. Undantaget är intresseföretaget Barnbördshuset Stockholm AB som konsolideras enligt kapitalandelsmetoden.

Företag och kommunalförbund där Region Stockholm har ett betydande inflytande men som inte ingår i den sammanställda redovisningen eftersom verksamheten är av obetydlig omfattning, är samordningsförbunden, kommunalförbundet Svenskt Ambulansflyg, ALMI Företagspartner i Stockholm Sörmland AB, Mälardalstrafik AB samt verksamhetsstiftelser.

Jämförelsestörande poster
En jämförelsestörande post definieras inom Region Stockholm som en sällan förekommande post som överstiger 100 miljoner kronor. Beloppsgränsen är satt med hänsyn till regionens omsättning och verksamhet. Ett undantag är realisationsvinster från försäljningar av anläggningstillgångar som alltid definieras som jämförelsestörande. De poster som definieras som jämförelsestörande poster 2020 är realisationsvinster och omställningskostnader för genomförandet av Framtidsplan för hälso- och sjukvården.

Skatteintäkter
Skatteintäkterna redovisas enligt rekommendation R2 Intäkter från Rådet för kommunal redovisning, RKR. Den prognos av skatteavräkningen som Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, publicerar i december under räkenskapsåret används vid beräkning och periodisering av årets skatteintäkt.

Avskrivningar
Avskrivning av materiella och immateriella anläggningstillgångar för den beräknade nyttjandeperioden görs med en linjär avskrivning som baseras på anskaffningsvärdet exklusive ett eventuellt restvärde. Avskrivningen påbörjas när tillgången är färdig att tas i bruk.

Följande avskrivningsperioder tillämpas generellt:

Immateriella anläggningstillgångar	3–10 år
Maskiner och inventarier	3–10 år
Byggnader	Se komponenter
Byggnadsinventarier	17 år
Spårbundna fordon	10–30 år
Bussar	12 år
Spåranläggningar	Se komponenter
Fartyg	Se komponenter

För tillgångar som mark och konst görs inga avskrivningar.

Komponenter
För tillgångar där betydande komponenter har identifierats och där skillnaden i förbrukningen av dessa förväntas vara väsentlig, tillämpas sedan 2015 komponentavskrivning. Det gäller för nedanstående kategorier av anläggningstillgångar:

Anläggningstillgång	*Avskrivningsintervall för komponenter*
Spåranläggningar	10–50 år (underbyggnad 40–100 år)
Byggnader, kollektivtrafik	17–50 år (grund/stomme 20–50 år)
Fartyg	15–30 år (skrov 30, alternativt 80 år)

Lånekostnader
Region Stockholms huvudregel för redovisning av lånekostnader är att de belastar resultatet för den period som de berör. Fastighets- och servicenämnden gör undantag från huvudregeln och inräknar istället räntekostnader i tillgångens anskaffningsvärde under byggtiden om den direkt kan hänföras till inköp, konstruktion eller produktion av en tillgång. Fastighets- och servicenämnden använder en beräknad fiktiv kreditivränta vilket innebär ett avsteg från verklig ränta på upplåningen. Under 2020 aktiverades räntekostnader för fastighetsinvesteringar motsvarande 51 miljoner kronor.

Bolagsskatt
Företagen inom koncernen Landstingshuset i Stockholm AB samt koncernen AB Storstockholms Lokaltrafik betalar i nuläget inte inkomstskatt i enlighet med gällande skatteregler, eftersom de skattemässiga underskottsavdragen uppgår till betydande belopp. Skattekostnad uppstår endast om skatteverket upptaxerar det skattemässiga resultatet för tidigare år i något av företagen.

I Region Stockholm redovisas bolagens uppskjutna skatter inom posten obeskattade reserver som eget kapital. Region Stockholms företag har stora skattemässiga underskottsavdrag vilket gör att inga skattekostnader och ingen uppskjuten skatt uppstår.

Pensioner

Enligt den kommunala bokförings- och redovisningslagen redovisas pensioner enligt den kommunala blandmodellen. Det innebär att pensioner som är intjänade före 1998 redovisas under ansvarsförbindelser istället för avsättning i balansräkningen. Pensioner som är intjänade under året, samt utbetalda pensioner som är intjänade till och med 1998, redovisas över resultaträkningen. Förvaltningarnas pensioner beräknas enligt RIPS (Riktlinjer för pensionsskuldsberäkning) vilket motsvarar en diskonteringsränta på en procent.

I Region Stockholms bolagskoncerner redovisas pensionsåtagandena i balansräkningen som avsättning utifrån regelverket K3. Vid beräkningen i bokslutet 2020 användes Finansinspektionens diskonteringsränta för 2020 på 0,3 procent. Från och med årsbokslutet 2020 tillämpas innevarande års diskonteringsränta som fastställts av Finansinspektionen vid beräkningen av pensionsskulden. Detta är en förändrad bedömning jämfört med tidigare år, då istället nästkommande års diskonteringsränta användes vid beräkningen av pensionsskulden. Den förändrade bedömningen medför ingen ekonomisk effekt 2020, eftersom diskonteringsräntan för 2020 redan medräknats i pensionsskulden i årsbokslutet 2019.

För avtal med samordningsklausul utgår beräkningen från de förhållanden som är kända vid bokslutstillfället. Om inget annat är känt görs beräkningen utifrån att ingen samordning kommer att ske.

Visstidsförordnanden som ger rätt till särskild avtalspension redovisas som avsättning när det är troligt att de kommer att leda till utbetalningar. Avtal som inte lösts ut redovisas som ansvarsförbindelse.

Erhållna offentliga investeringsbidrag

Erhållna investeringsbidrag från stat och kommuner avser utbyggnad av kollektivtrafik samt del av statsbidrag avseende merkostnader kopplade till covid-19 som avser förvärv av anläggningstillgångar. Investeringsbidragen redovisas som intäkt i resultaträkningen, systematisk över tillgångens nyttjandeperiod, samt för stabskostnader under uppförandeperioden av nya tunnelbanan.

Derivat och säkringsredovisning

Säkringsredovisning tillämpas för samtliga externa derivatinstrument. En tillämpning sker både i Region Stockholm och i den sammanställda redovisningen. Alla genomförda säkringar styrs av de finansiella styrdokumentens krav på att reducera valuta- och räntekursrisker. De säkringsrelationer som var utestående per den 31 december 2020 var av tre olika typer: upplåning i svenska kronor, upplåning i utländsk valuta och valutaterminer.

Upplåning i svenska kronor. För dessa säkringsrelationer utgörs den säkrade posten av en upplåning i svenska kronor till rörlig ränta. Säkringsinstrumenten utgörs av ränteswappar där regionen netto erhåller en rörlig ränta och betalar en fast ränta. Region Stockholms syfte med dessa säkringsrelationer är att reducera osäkerheten för den framtida räntekostnaden vid upplåning till rörlig ränta. Osäkerheten är kopplad till förändringar i den rörliga räntan. Den säkrade risken utgörs av variabiliteten i framtida räntebetalningar på grund av förändringar i basräntan STIBOR.

Den 31 december 2020 hade Region Stockholm totalt 128 utestående säkringsinstrument av denna typ, med ett totalt nominellt belopp på 54 423 miljoner kronor. I swapportföljen finns både förlängande och förkortande swappar och nettobeloppet för ränteswapparna var 6 287 miljoner kronor per den 31 december 2020. Marknadsvärdet för samtliga ränteswappar, som utgör säkringsinstrument i säkringsrelationerna, uppgick till -709 miljoner kronor.

Under räkenskapsåret 2020 är räntekostnaderna för säkringsinstrumenten 150 miljoner kronor. Räntekostnaden avser nettot av den betalda, erhållna samt upplupna räntan på samtliga swappar. Orealiserade marknadsvärdesförändringar har i enlighet med RKR R8 inte upptagits i redovisningen.

Säkringsinstrumentens påverkan på den genomsnittliga räntebindningstiden och upplåningskostnaden framgår av nedanstående tabell.

Upplåning i svenska kronor	Före säkring	Efter säkring
Genomsnittlig räntebindning	3,44 år	5,76 år
Genomsnittlig upplåningskostnad, %	0,88 %	1,29 %
Genomsnittlig upplåningskostnad, MSEK	299 MSEK	440 MSEK

*) Avsikten med ovanstående säkringar är att minska osäkerheten med framtida räntebetalningar och erhålla en stabil räntekostnad som inte förändras över tid.

Upplåning i utländsk valuta. För dessa säkringsrelationer utgörs den säkrade posten av upplåning i utländsk valuta till en fast ränta. Säkringsinstrumenten utgörs av valutaränteswappar, där regionen erhåller en fast ränta i utländsk valuta och betalar en fast eller rörlig ränta i svenska kronor.

Lån i annan valuta tas upp när räntekostnaden inklusive valutasäkringen bedöms lägre än att ta upp lånet i svenska kronor. Region Stockholms syfte med denna säkringsstrategi är att reducera den valutakursrisk och ränterisk som är förknippad med upplåning i utländsk valuta. Osäkerheten är

kopplad till valutakursförändringar. Den säkrade risken är spotrisken, det vill säga framtida förändringar av spotkurser i jämförelse med säkringstillfället, samt ränterisken i respektive upplåningsvaluta.

Per den 31 december 2020 hade regionen totalt 10 utestående säkringsinstrument av denna typ. Det totala nominella beloppet uppgick till 1 175 miljoner euro vilket motsvarade 10 534 miljoner kronor. Marknadsvärdet för samtliga swappar som är säkringsinstrument i dessa säkringsrelationer uppgick till 1 247 miljoner kronor.

Under räkenskapsåret 2020 är räntekostnaderna för säkringsinstrumenten 66 miljoner kronor. Räntekostnaden avser nettot av den betalda, erhållna samt upplupna räntan på samtliga swappar. Räntekostnaden är förknippad med de valutasäkrade lån som upptagits i utländsk valuta. Orealiserade marknadsvärdesförändringar har i enlighet med RKR R8 inte upptagits i redovisningen.

Säkringsinstrumentens påverkan på den genomsnittliga räntebindningstiden och upplåningskostnaden framgår av nedanstående tabell.

Upplåning i euro	Före säkring	Efter säkring
Genomsnittlig räntebindning	2,90 år (EUR)	1,60 år (SEK)
Genomsnittlig upplåningskostnad, %	1,39 %	1,96 %
Genomsnittlig upplåningskostnad, MEUR/MSEK	16,3 MEUR	210 MSEK

*) Avsikten med ovanstående säkringar är att minska osäkerheten med framtida räntebetalningar och amorteringar i utländsk valuta.

Valutaterminer. För dessa säkringsrelationer utgörs den säkrade posten av kontrakterade eller mycket sannolika, samt prognosticerade och framtida kassaflöden i utländsk valuta. Säkringsinstrumenten utgörs av valutaterminer där regionen har köpt eller sålt utländsk valuta på termin. Region Stockholms syfte med denna säkringsstrategi är att reducera valutakursrisken som är förknippad med kassaflöden i utländsk valuta. Osäkerheten är kopplad till valutakursförändringar mellan svenska kronor och olika utländska valutor.

Den 31 december 2020 hade regionen totalt fyra utestående säkringsinstrument av denna typ, med ett totalt nominellt belopp som uppgick till 33 miljoner USD vilket motsvarar 280 miljoner kronor. Marknadsvärdet för samtliga terminskontrakt i dessa säkringsrelationer uppgick till 6 miljoner kronor.

Under räkenskapsåret 2020 var räntekostnaderna för säkringsinstrumenten 11 miljoner kronor. Räntekostnaden avser en periodiserad del av den negativa terminspremien på samtliga

terminskontrakt. Den negativa terminspremien beror på att det svenska ränteläget är lägre jämfört med det amerikanska. Orealiserade marknadsvärdesförändringar har i enlighet med RKR R8 inte upptagits i redovisningen.

Övrigt

Bedömningen är att den proprieborgen som regionen har för AB SL Finans leasingavtal utgör ett bindande åtagande för regionen. Därigenom kan leasingen inom AB SL Finans redovisas som en säkrad post i Region Stockholms sammanställda säkringsredovisning

Not 2. Verksamhetens intäkter och kostnader

Mkr	Regionkoncernen		Regionen	
	2020	**2019**	**2020**	**2019**
Patientavgifter sjukvård	772	859	418	461
Patientavgifter tandvård	432	527	0	0
Resenärsavgifter	5 549	8 972	148	199
Såld hälso- och sjukvård	1 819	1 869	1 483	1 513
Såld tandvård	250	294	0	0
Försäljning av övriga primärtjänster	284	289	72	78
Hyresintäkter, försäljn. övriga tjänster	4 363	4 345	4 618	4 377
Bidrag ifrån staten	12 199	5 403	10 719	5 333
Övriga bidrag	1 147	952	19	21
Övriga intäkter	2 978	1 527	1 840	1 078
varav jämförelsestörande intäkter	*1 129*	*67*	*442*	*6*
Verksamhetens intäkter	**29 794**	**25 036**	**19 317**	**13 060**
Personalkostnader	32 374	33 598	22 276	23 148
Köpt hälso- och sjukvård	21 333	20 624	32 003	30 226
Köpt tandvård	449	542	1081	1207
Köpt trafik	14 697	14 558	1 016	1 243
Köpta övriga primärtjänster	238	148	258	162
Verksamhetsanknutna tjänster (lab, röntgen)	1855	1319	1811	1279
Läkemedel inom läkemedelsförmånen	6 421	5 901	6 211	5 714
Övriga läkemedel	1 932	1 708	1 593	1 356
Övriga material och varor m.m.	7 702	5 962	4 098	2 541
Lämnade bidrag	1 799	1 753	3 237	3 701
Lämnade bidrag till SL och WÅAB	0	0	9 685	9 382
Lokalkostnader, hyra av utrustning	3 538	2 908	3 504	3 184
Skattekostnad i dotterbolag	10	1		
Övriga kostnader	7 664	7 199	6 446	6 040
varav jämförelsestörande kostnader	*415*	*226*	*150*	*226*
Verksamhetens kostnader	**100 011**	**96 220**	**93 218**	**89 183**

Not 3. Avskrivningar

Mkr	Regionkoncernen		Regionen	
	2020	**2019**	**2020**	**2019**
Avskrivningar på immateriella anläggningstillgångar	-133	-131	-24	-26
Avskrivningar på byggnader och anläggningar	-2 729	-2 736	-1 043	-1 081
Avskrivningar på maskiner och inventarier	-3 721	-3 335	-1 864	-1 632
Nedskrivningar	-7	0	0	0
Summa avskrivningar	**-6 589**	**-6 201**	**-2 931**	**-2 738**

Not 4. Skatteintäkter

Mkr	Regionkoncernen		Regionen	
	2020	**2019**	**2020**	**2019**
Preliminära skatteintäkter	78 595	76 469	78 595	76 469
Prognos för avräkningslikvid 2019 respektive 2018	-911	-505	-911	-505
Justeringspost för skatteintäkter 2018 respektive 2017	-292	80	-292	80
Summa skatteintäkter	**77 392**	**76 044**	**77 392**	**76 044**
Bidrag för läkemedelsförmånen	6 701	6 241	6 701	6 241
Övriga generella bidrag från staten	2 432	161	2 432	161
Summa generella statsbidrag	**9 132**	**6 402**	**9 132**	**6 402**
Införandebidrag	1 885		1 885	
Kostnadsutjämningsbidrag	0	599	0	599
Summa bidrag från utjämningen	**1 885**	**599**	**1 885**	**599**
Inkomstutjämningsavgift	-1 489	-1 174	-1 489	-1 174
Regleringsavgift	-567	-452	-567	-452
Kostnadsutjämningsavgift	-1 448		-1 448	
Summa avgifter till utjämningen	**-3 504**	**-1 627**	**-3 504**	**-1 627**
Summa kostnads- och inkomstutjämning	**-1 619**	**-1 028**	**-1 619**	**-1 028**
Summa skatteintäkter, generella statsbidrag och kommunalekonomisk utjämning	**84 905**	**81 418**	**84 905**	**81 418**

Not 5. Finansiella intäkter

Mkr	Regionkoncernen		Regionen	
	2020	**2019**	**2020**	**2019**
Ränteintäkter	3	3	548	566
Övriga finansiella intäkter	74	65	21	2
Summa finansiella intäkter	**78**	**68**	**569**	**568**

Not 6. Finansiella kostnader

Mkr	Regionkoncernen		Regionen	
	2020	**2019**	**2020**	**2019**
Räntekostnader på lån	-1 449	-1 317	-1 470	-1 300
Finansiell kostnad, förändring av pensionsavsättningar	-860	-1 278	-638	-798
Övriga finansiella kostnader	-67	-9	-42	-8
Summa finansiella kostnader	**-2 375**	**-2 604**	**-2 150**	**-2 106**
Genomsnittlig ränta %	1,31	1,54	1,31	1,54
Genomsnittlig ränta % exklusive derivat	1,02	1,16	1,02	1,16
Räntesäkringen har påverkat kostnaden med	-227	-270	-227	-270

Not 7. Jämförelsestörande poster

Mkr	Regionkoncernen		Regionen	
	2020	**2019**	**2020**	**2019**
Under verksamhetens intäkter:				
Reavinster	1 129	67	442	6
Under verksamhetens kostnader:				
Omställningskostnader	-147	-226	-147	-226
Omkostnader vid försäljning av fastigheter	-268	-	-3	-
Under finansnetto:				
Ränteförändring pensionsskuld	-	-667	-	-
Summa jämförelsestörande poster	**714**	**-826**	**292**	**-220**

Not 8. Realisationsresultat

Mkr	Regionkoncernen		Regionen	
	2020	**2019**	**2020**	**2019**
Övriga verksamhetsintäkter				
Realisationsvinst				
Försäljning av materiella anläggningstillgångar				
Fastighets- och servicenämnden	439	0	439	0
SL-koncernen	422	59		
övriga enheter	14	10	7	6
Övriga verksamhetskostnader				
Realisationsförlust				
Försäljning av materiella anläggningstillgångar				
SL-koncernen	-18	-2		
övriga enheter	0	0	-4	0
Realisationsresultat netto vid försäljning av materiella anläggningstillgångar	**857**	**67**	**442**	**6**

Not 9. Immateriella anläggningstillgångar

Mkr	Regionkoncernen		Regionen	
	2020	**2019**	**2020**	**2019**
Ingående anskaffningsvärde	824	696	177	164
Inköp	3	15	0	8
Omföring från pågående nyanläggningar	109	141	5	6
Försäljningar och utrangeringar	-2	-28	-2	0
Omklassificeringar	25	0	0	0
Utgående ackumulerade anskaffningsvärden	**958**	**824**	**180**	**177**
Ingående avskrivningar	-452	-349	-82	-56
Årets avskrivningar	-133	-131	-24	-26
Försäljningar och utrangeringar	2	28	2	0
Utgående ackumulerade avskrivningar	**-582**	**-452**	**-103**	**-82**
Årets nedskrivningar	-7	0	0	0
Utgående nedskrivningar	**-7**	**0**	**0**	**0**
Summa utgående värde	**369**	**372**	**77**	**96**
Genomsnittlig nyttjandeperiod (år)	7,2	6,3	7,6	6,9

Not 10. Mark, byggnader och tekniska anläggningar

Mkr	Regionkoncernen		Regionen	
	2020	**2019**	**2020**	**2019**
Ingående anskaffningsvärde	95 625	90 879	49 057	46 064
Inköp	0	19	0	0
Omföring från pågående nyanläggningar	3 373	5 099	1 495	3 017
Försäljningar och utrangeringar	-687	-357	-286	-12
Omklassificeringar	0	-15	0	-12
Utgående ackumulerade anskaffningsvärden	**98 311**	**95 625**	**50 266**	**49 057**
Ingående avskrivningar	-26 907	-24 413	-11 483	-10 403
Årets avskrivningar	-2 729	-2 736	-1 043	-1 081
Försäljningar och utrangeringar	473	242	170	1
Omklassificeringar	0	1	0	0
Utgående ackumulerade avskrivningar	**-29 163**	**-26 907**	**-12 356**	**-11 483**
Ingående nedskrivningar	-118	-118	-118	-118
Utgående ackumulerade nedskrivningar	**-118**	**-118**	**-118**	**-118**
Summa utgående värde	**69 031**	**68 600**	**37 792**	**37 456**
Utgående planenligt restvärde uppdelat på anläggningstyp:				
Byggnader	43 563	43 223	32 350	32 221
Mark	2 353	2 364	1 459	1 466
Markanläggningar	23 114	23 012	3 983	3 769
Summa utgående värde	**69 031**	**68 600**	**37 792**	**37 456**
Genomsnittlig nyttjandeperiod (år)	36	35	48	45

Not 11. Maskiner och inventarier

Mkr	Regionkoncernen		Regionen	
	2020	**2019**	**2020**	**2019**
Ingående anskaffningsvärde	61 751	51 036	25 052	17 544
Inköp	1 186	1 467	752	751
Omföring från pågående nyanläggningar	4 148	7 570	2 407	6 459
Försäljningar och utrangeringar	-1 398	-1 233	-433	-769
Omklassificeringar	11	2 910	11	1 066
Utgående ackumulerade anskaffningsvärden	**65 697**	**61 751**	**27 789**	**25 052**
Ingående avskrivningar	-28 966	-24 224	-10 389	-8 755
Årets avskrivningar	-3 720	-3 335	-1 864	-1 632
Försäljningar och utrangeringar	1 335	1 188	394	753
Omklassificeringar	-7	-2 595	-7	-755
Utgående ackumulerade avskrivningar	**-31 357**	**-28 966**	**-11 866**	**-10 389**
Ingående nedskrivningar	-11	-11	-1	-1
Omklassificeringar	1	0	1	0
Utgående ackumulerade nedskrivningar	**-10**	**-11**	**-1**	**-1**
Summa utgående värde	**34 329**	**32 774**	**15 923**	**14 662**
Utgående planenligt restvärde uppdelat på anläggningstyp:				
Bilar och andra transportmedel	10 044	9388	5	7
Medicinteknisk apparatur	4 012	3695	2 475	2 273
Ombyggnad i förhyrda lokaler	492	468	112	135
Byggnadsinventarier	12 723	11868	11 432	10 567
Konst och ej avskrivningsbara inventarier	108	106	107	104
Leasingavtal, maskiner och inventarier	4 186	4659	0	0
IT-utrustning	878	937	534	625
Övriga maskiner och inventarier	1 886	1653	1 258	951
Summa utgående värde	**34 329**	**32 774**	**15 923**	**14 662**
Genomsnittlig nyttjandeperiod (år)	17,7	18,5	14,9	15,4

Not 12. Pågående nyanläggningar

Mkr	Regionkoncernen		Regionen	
	2020	**2019**	**2020**	**2019**
Ingående balans	20 728	23 193	10 040	14 004
Under året nedlagda kostnader byggnader	9 337	9 333	1 982	4 506
Under året nedlagda kostnader maskiner och inventarier	400	1 101	295	1 034
Omföring till övriga anläggningstillgångar	-7 630	-12 810	-3 907	-9 482
Omklassificeringar	-25	-1	0	
Försäljningar och utrangeringar	-144	-88	-4 170	-22
Summa pågående nyanläggningar och förskott	**22 667**	**20 728**	**4 240**	**10 040**

En stor del av årets nedlagda kostnader hänför sig till investeringar hos SL och Landstingsfastigheter.

Not 13. Finansiella tillgångar

Mkr	Regionkoncernen		Regionen	
	2020	**2019**	**2020**	**2019**
Aktier och andelar				
AB Storstockholms Lokaltrafik	0	0	5974	5974
Landstingshuset i Stockholm AB	0	0	406	406
Barnbördshuset Stockholm AB	9	10	0	0
Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag	311	311	311	311
Svenskt ambulansflyg	2	2	2	2
Andra värdepappersinnehav	237	195		
Övriga aktier och andelar	0	1		0
Summa aktier och andelar	**560**	**519**	**6 693**	**6 694**
Långfristig utlåning				
AB Storstockholms Lokaltrafik			37888	30935
Landstingshuset i Stockholm AB			530	524
Waxholms Ångfartyg AB			320	320
Kommunalförbundet Norrtälje			28	28
Övriga långfristiga fordringar	636	625	1	16
Summa långfristig utlåning	**636**	**625**	**38 766**	**31 823**
Bostadsrätter	3	3	3	3
Summa finansiella anläggningstillgångar	**1 199**	**1 147**	**45 463**	**38 520**

Uppgift om organisationsnummer och säte

Dotterbolag	**Org. nummer**	**Säte**
AB Storstockholms Lokaltrafik	556013-0683	Stockholm
Landstingshuset i Stockholm AB	556477-9378	Stockholm

Not 14. Kortfristiga fordringar

Mkr	Regionkoncernen		Regionen	
	2020	**2019**	**2020**	**2019**
Kundfordringar	1 571	1 529	1 739	1 445
Statsbidragsfordringar	3 291	1 503	3 288	1 502
Skattefordringar	399	353	356	317
Förutbetalda kostnader	1 222	1 380	1 036	1 226
Upplupna intäkter	1 209	1 422	1 084	1 286
Övriga fordringar	1 934	1 824	5 677	6 054
Summa kortfristiga fordringar	**9 626**	**8 011**	**13 179**	**11 830**

Not 15. Eget kapital

Mkr	Regionkoncernen		Regionen	
	2020	**2019**	**2020**	**2019**
Ingående eget kapital	13 070	11 573	10 675	9 656
Årets resultat	5 802	1 497	6 492	1 019
varav ökning resultatutjämningsreserv	*3 247*		*3 247*	
Utgående eget kapital	**18 871**	**13 070**	**17 167**	**10 675**

Not 16. Avsättning och ansvarsförbindelse för pensioner och liknande förpliktelser

Avsättning för pensioner

Mkr	Regionkoncernen		Regionen	
	2020	**2019**	**2020**	**2019**
Ingående avsättningar till pensioner inkl löneskatt	**31 684**	**28 810**	**24 207**	**22 531**
Nyintjänad pension, varav				
-förmånsbestämd ålderspension	477	1 889	279	1 256
-pensionsavatalet PA-KFS	0	2	0	0
-särskild avtalspension	-1	-1	0	-1
-efterlevandepension	0	3	0	0
-övrigt	11	11	11	19
Årets utbetalningar	-556	-520	-433	-412
Ränte- och basbeloppsuppräkning	679	821	474	594
Ändring av försäkringstekniska grunder	37	535	0	2
Övrig post	-660	-193	-608	-109
Förändring av löneskatt	-67	327	-67	327
Summa avsatt till pensioner inkl löneskatt	**31 604**	**31 684**	**23 863**	**24 207**

Ansvarsförbindelse för pensioner

Mkr	Regionkoncernen		Regionen	
	2020	**2019**	**2020**	**2019**
Ingående ansvarsförbindelse till pensioner inkl löneskatt	**22 610**	**22 879**	**22 610**	**22 879**
Ränte- och basbeloppsuppräkning	534	666	534	666
Ändring av försäkringstekniska grunder	0	0	0	0
Årets utbetalningar	-1 064	-1 029	-1 064	-1 029
Övrig post	507	147	507	147
Förändring av löneskatt	-5	-53	-5	-53
Utgående ansvarsförbindelse till pensioner inkl löneskatt	**22 582**	**22 610**	**22 582**	**22 610**

Övriga upplysningar om pensioner

	Regionkoncernen		Regionen	
	2020	**2019**	**2020**	**2019**
Antal visstidsförordnanden				
Politiker	6	10	6	10
Tjänstemän	0	0	0	0
Aktualiseringsgrad	97%	97%	97%	97%

Beräkningsgrund för pensioner framgår av avsnittet Redovisningsprinciper.

Not 17. Andra avsättningar

Sammanställning mkr	2019	Ianspråktag under året	Återföring utnyttjat	Årets avsättning	2020
Koncernen					
Andra avsättningar	1 048	-26	0	285	1 307
Regionen					
Andra avsättningar	615	-26	0	1	590

Specifikation över avsättningar

Bolagen mkr	2019	Ianspråktag under året	Återföring utnyttjat	Årets avsättning	2020	Förväntad tidpunkt reglering
AB SL beräknade underhållskostnader	60	0	0	2	62	2024*
AB SL rivnings- och saneringsåtgärder	0	0	0	247	247	2021/22
AB SL miljöriskreserv för markföroreningar	35	0	0	0	35	**
AB SL förlikningskostnad	338	0	0	0	338	2021
AB SL sanktionsavgift tillsynsärende	0	0	0	11	11	2021
TioHundra AB	0	0	0	24	24	2021
Summa andra avsättningar	**433**	**0**	**0**	**284**	**717**	

* Tidigast 2024 - en ny bedömning ska göras 2024 när nytt tunnelbaneavtal finns.

** Kan ej anges eftersom tidpunkten för när mark ska börja användas inte är känd.

Regionen mkr	2019	Ianspråktag under året	Återföring utnyttjat	Årets avsättning	2020	Förväntad tidpunkt reglering,
Landstingsfastigheter Stockholm						
Fastigheten Beckomberga,	1	-1	0	0	0	-
Fastigheten Patienten Karolinska, försäljningsomkostnader	23	0	0	0	23	2021
Fastigheten Patienthotellet Karolinska, försäljningsomkostnader	2	0	0	0	2	2021
Fastigheten Medicinaren 5, exploateringsbidrag infrastruktur	0	0	0	0	0	-
Fastigheten Medicinaren 5, försäljningsomkostnader	15	-15	0	0	0	-
Tvist Arbetsmiljöverket avseende lokaler i Södersjukhuset	5	0	0	0	5	*
Tvist Arbetsmiljöverket avseende lokaler i Södertälje Sjukhus	6	0	0	0	6	2021
Tvist Arbetsmiljöverket Nya Karolinska Solna	0	0	0	0	0	-
Kulturnämnden						
Ersättning STIM	7	0	0	1	8	2021
Regionstyrelsen						
Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, tilläggspremie	286	0	0	0	286	2021
Medfinansieringsbidrag till Solna stad avseende Norra Hagastaden	250	0	0	0	250	**
Livsvarigt skadestånd	10	0	0	0	10	2044
Trafiknämnden						
Upphandlingsskadestånd	10	-10	0	0	0	-
Summa andra avsättningar	**615**	**-26**	**0**	**1**	**590**	

* Tidpunkt och utflöde av resurser är beroende av Arbetsmiljöverkets handläggning av ärenden och kan därför ej uppskattas.

** Tidpunkt och utflöde är beroende av när detaljplan vunnit laga kraft och kan därför ej uppskattas.

Not 18. Långfristiga skulder

Mkr	Regionkoncernen		Regionen	
	2020	**2019**	**2020**	**2019**
Skulder till banker och kreditinstitut	38 025	41 636	38 025	41 636
Långfristig skuld leasing	4 228	4 657	0	0
Investeringsbidrag	11 544	11 039	1 016	4 828
OPS-skuld Nya Karolinska Solna	5 819	6 177	5 819	6 177
Övriga långfristiga skulder	259	257	2	0
Summa långfristiga skulder	**59 876**	**63 766**	**44 862**	**52 641**
Uppgifter om lång och kortfristig upplåning				
Kapitalförfall andel av lån				
0-1 år	17 %	12 %	17 %	12 %
1-3 år	24 %	31 %	24 %	31 %
3-5 år	23 %	10 %	23 %	10 %
5-10 år	31 %	38 %	31 %	38 %
över 10 år	5 %	9 %	5 %	9 %
Genomsnittlig ränta %	1,31	1,54	1,31	1,54
Genomsnittlig ränta % exklusive derivat	1,02	1,16	1,02	1,16
Genomsnittlig kapitalbindningstid, år	4,47	4,65	4,47	4,65
Genomsnittlig räntebindningstid inkl derivat, år	4,2	4,1	4,2	4,1
Genomsnittlig räntebindningstid exkl derivat, år	2,6	2,5	2,6	2,5
Uppgifter om säkringsinstrument				
Säkrad låneskuld	22 688	26 422	22 688	26 422
Marknadsvärde derivat	544	1 079	544	1 079

Not 19. Kortfristiga skulder

Mkr	Regionkoncernen		Regionen	
	2020	**2019**	**2020**	**2019**
Kortfristiga skulder till banker och kreditinstitut	6 980	5 064	13 621	9 006
Förskott från kunder	1 123	1 133	654	622
Leverantörsskulder	7 438	7 076	6 367	6 284
Skulder till staten	2 026	779	2 026	779
Kortfristig skuld leasing	429	481	0	0
Semester- och löneskuld	2 653	2 046	1 830	1 397
Upplupna kostnader	5 842	4 881	3 723	3 217
Förutbetalda intäkter	1 051	1 120	530	375
Övriga skulder	2 656	3 171	2 717	2 928
Summa kortfristiga skulder	**30 197**	**25 751**	**31 468**	**24 608**

Not 20. Ansvarsförbindelser

Mkr	Regionkoncernen		Regionen	
	2020	**2019**	**2020**	**2019**
Ansvarsförbindelser till förmån för koncernföretag och intresseföretag*				
AB SL, finansiell leasing	-	-	5 947	6 747
Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje, kapitaltäckningsgaranti till TioHundra AB**	-	-	0	39
AB Storstockholms Lokaltrafik, pensionsförpliktelser	-	-	709	709
Waxholms Ångfartygs AB, pensionsförpliktelser	-	-	16	17
Locum AB, pensionsförpliktelser	-	-	343	355
Danderyds Sjukhus AB, pensionsförpliktelser	-	-	2 607	2 517
S:t Eriks Ögonsjukhus AB, pensionsförpliktelser	-	-	487	452
Södersjukhuset AB, pensionsförpliktelser	-	-	3 445	3 259
Södertälje Sjukhus AB, pensionsförpliktelser	-	-	682	671
TioHundra AB, pensionsförpliktelser	363	320	363	320
Folktandvården Stockholms län AB, pensionsförpliktelser	-	-	880	878
Övriga bolag, pensionsförpliktelser	-	-	111	105
Summa	**363**	**320**	**15 590**	**16 069**
Ansvarsförbindelser till förmån för koncernexterna parter***				
AB Transitio****	1 221	711	1 221	711
Skärgårdsstiftelsen i Stockholms län, pensionsförpliktelser samt lån	43	41	43	41
Övriga borgensåtaganden, pensionsförpliktelser	17	16	17	16
Summa	**1 281**	**768**	**1 281**	**768**
Summa ansvarsförbindelser***	**1 644**	**1 088**	**16 871**	**16 837**

*Region Stockholm har borgensåtaganden gentemot koncernföretag avseende finansiella leasingkontrakt, främst avseende SL. Dessa borgensåtaganden redovisas inte som ansvarsförbindelser i koncernen eftersom finansiella leasingåtaganden redovisas i koncernens balansräkning.

**Under 2019 har TioHundra AB mottagit aktieägartillskott av KSON som i sin tur mottagit tillkommande bidrag från Region Stockholm om 39 mkr i enlighet med ansvarsförbindelsen, vilket har kostnadsförts under 2019.

***Regioner ansvarar som delägare i Patientförsäkringen LÖF för bolagets förbindelser till ett belopp motsvarande 10 gånger den premie landstinget har haft att erlägga för vart år som förlust har uppkommit i patientförsäkringen. År 2020 uppgick premien för Region Stockholm till 373,3 mkr.

****Region Stockholm har ingått solidarisk borgen med ett tak på 8 miljarder kronor till förmån för AB Transitio avseende finansiering av spårfordon. Per 2020-12-31 har 5,4 miljarder kronor utnyttjats. Genom avtal med regressrätt begränsas Region Stockholms åtagande till den del som SL finansierat fordon genom AB Transitio. Denna del uppgick per 2020-12-31 till 1,2 miljarder kronor.

*****Ansvarsförbindelserna förväntas inte medföra framtida kostnader för koncernen Region Stockholm.

Not 21. Leasingavgifter

Mkr	Regionkoncernen		Regionen	
	2020	**2019**	**2020**	**2019**
Finansiella leasingavtal överstigande*				
Totala minimileaseavgifter	4 657	5 138		
Nuvärde minimileaseavgifter	4 417	4 887		
Därav förfall inom 1 år	406	468		
Därav förfall inom 2-5 år	2 932	3 526		
Därav förfall senare än 5 år	1 079	893		
Ej uppsägningsbara operationella leasingavtal				
Leasingavgifter med förfall inom 1 år	347	224	66	32
Leasingavgifter med förfall inom 2-5 år	1 150	851	385	396
Leasingavgifter med förfall senare än 5 år	1 811	842	92	114

*Finansiella leasingavtal avser spårfordon och bussar.

Finansiell leasing redovisas i balansräkningen och ingår i posten maskiner och inventarier.

Not 22. Kostnader för räkenskapsrevision

Mkr	Regionkoncernen		Regionen	
	2020	**2019**	**2020**	**2019**
Kostnader för räkenskapsrevision	9,1	8,4	5,2	4,9

Not 23. Upplysning om upprättade särredovisningar

Redovisningen avser	**Lagstiftning**
Tandvårdsverksamhet inom Folktandvården Stockholms län AB	Lagen om insyn i vissa finansiella förbindelser m.m. (2005:590)
Laboratorieverksamheten inom Karolinska Universitetssjukhuset	Lagen om insyn i vissa finansiella förbindelser m.m. (2005:590)

Särredovisningarna finns tillgängliga hos respektive verksamhet och på Region Stockholms hemsida enligt nedan.

- Folktandvården Stockholm län AB, telefon 08-123 166 00
- Karolinska Universitetssjukhuset, telefon 08-517 700 00
- https://www.sll.se/om-regionstockholm/ekonomi/finansiella-rapporter/

Not 24. Koncerninterna förhållanden

Enhet	Ägartillskott		Koncernbidrag		Utdelning	
Mkr	Lämnade	Mottagna	Lämnade	Mottagna	Lämnad	Mottagen
Region Stockholm						
Landstingshuset i Stockholm AB	124		481			
Danderyds Sjukhus AB				75		
Södersjukhuset AB				85		
Södertälje Sjukhus AB				97		
S:t Eriks Ögonsjukhus AB				14		
Ambulansjukvården i Storstockholm AB				31		
Stockholm Care AB						
Folktandvården Stockholms län AB		124		124		
Locum AB				14		
AB SLL Internfinans				6		
MediCarrier AB				36		
AB Storstockholms Lokaltrafik	86			410		
AB SL Finans			466			
SL Älvsjö AB		11				
Waxholms Ångfartygs AB		75		56		

Alla bolag ägs till 100% av Region Stockholm eller respektive moderbolag.

Enhet	Försäljning		Bidrag		Räntor mm	
Mkr	Intäkt	Kostnad	Intäkt	Kostnad	Intäkt	Kostnad
Region Stockholm	3 263	13 798		10 996	547	-9
Landstingshuset i Stockholm AB						7
Danderyds Sjukhus AB	4 296	840	631			
Södersjukhuset AB	5 331	1 059	422			
Södertälje Sjukhus AB	1 443	256	113			
S:t Eriks Ögonsjukhus AB	540	64	54			
Ambulansjukvården i Storstockholm AB	470	29				
Stockholm Care AB	17	32				
Folktandvården Stockholms län AB	692	66	16			
Locum AB	375	8				
AB SLL Internfinans	16					
MediCarrier AB	826	53	85			
AB Storstockholms Lokaltrafik	380	1 169	9 272		-7	526
AB SL Finans		286				11
SL Älvsjö AB	6					2
Waxholms Ångfartygs AB	27	21	403			2

Alla bolag ägs till 100% av Region Stockholm eller respektive moderbolag.

Enhet	Lån		Borgen	
Mkr	Givare	Mottagare	Givare	Mottagare
Region Stockholm	37 290		15 116	
Landstingshuset i Stockholm AB		530		
Danderyds Sjukhus AB				2 607
Södersjukhuset AB				3 445
Södertälje Sjukhus AB				682
S:t Eriks Ögonsjukhus AB				487
Ambulansjukvården i Storstockholm AB				
Stockholm Care AB				
Folktandvården Stockholms län AB				880
Locum AB				343
AB SLL Internfinans				
MediCarrier AB				
AB Storstockholms Lokaltrafik	71	36 440		6 656
AB SL Finans		0		
SL Älvsjö AB		71		
Waxholms Ångfartygs AB		320		16

Alla bolag ägs till 100% av Region Stockholm eller respektive moderbolag.

Not 25. Nyckeltal

Nyckeltal	Enhet	2020	2019	2018	2017	2016
Befolkning						
Stockholms län	Antal	2 391 841	2 374 550	2 339 640	2 303 417	2 264 111
- Befolkningsutveckling	%	0,7 %	1,5 %	1,6 %	1,7 %	1,5 %
Sverige	Antal	10 378 483	10 319 473	10 215 309	10 104 036	9 967 637
- Befolkningsutveckling	%	0,6 %	1,0 %	1,1 %	1,4 %	1,2 %
Andel i Stockholms län	%	23,0 %	23,0 %	22,9 %	22,8 %	22,7 %
Skatt						
Skatteintäkter, generella statsbidrag och utjämning	mkr	84 905	81 418	77 747	74 949	71 010
Skatteintäkter, generella statsbidrag och utjämning	kr/inv	35 498	34 288	33 230	32 538	31 363
Skatteintäktsutveckling	%	4,3 %	4,7 %	3,7 %	5,5 %	5,6 %
Skattesats Region Stockholm	kr	12,08	12,08	12,08	12,08	12,08
Genomsnitt landstingsskatt i riket	kr	11,56	11,49	11,39	11,36	11,35
Resultaträkning						
Omsättning	mkr	114 699	106 454	101 323	97 126	92 112
Resultat Region Stockholm	mkr	5 802	1 723	2 171	2 130	1 708
Resultatets andel av skatteintäkter, generella statsbidrag och utjämning	%	6,8 %	2,1 %	2,8 %	2,8 %	2,4 %
Verksamhetens intäkter, utveckling	%	19,0 %	6,2 %	6,3 %	5,1 %	8,7 %
Verksamhetens kostnader, utveckling	%	3,9 %	4,1 %	5,2 %	4,0 %	5,4 %
Avskrivningskostnader, utveckling	%	6,3 %	8,0 %	11,2 %	11,4 %	10,3 %
Nettokostnadsutveckling	%	-0,7 %	3,7 %	5,3 %	4,1 %	4,7 %
Balansräkning						
Balansomslutning	mkr	141 854	135 319	127 869	122 366	113 824
Eget kapital	mkr	18 871	13 070	11 573	9 477	8 239
Soliditet	%	13,3 %	9,7 %	9,1 %	7,7 %	7,2 %
Soliditet inkl ansvarsförbindelse	%	-2,6 %	-7,1 %	-8,8 %	-11,5 %	-13,9 %
Likviditet	mkr	4 012	3 385	1 894	1 983	2 878
Låne- och leasingskuld	mkr	49 471	51 838	50 726	45 965	44 597
Pensionsförpliktelser totalt (inkl löneskatt	mkr	54 186	54 294	51 689	50 905	49 649
Investeringar						
Investeringar	mkr	10 916	11 923	12 211	15 216	15 065
Självfinansieringsgrad av investeringar	%	100,0 %	100,0 %	82,1 %	75,3 %	61,5 %
Verksamhet						
Besök inom sjukvården	Antal	19 373 464	19 088 883	18 779 618	18 486 187	18 129 427
Vårdtillfällen inom sjukvården	Antal	300 456	310 574	309 285	312 647	318 786
Uthyrningsgrad fastigheter	%	97	96	90	92	90
Påstigande en vanlig vardag (1 000-tal)	Antal	1 859	2 851	2 814	2 744	2 716
Kollektivtrafik, skattefinansieringsgrad*	%	54	45	45	48	48
Kulturkostnad	kr/inv	226	223	201	227	211

**Från och med 2019 ingår Waxholmsbolaget i beräkningen för kollektivtrafik*

Personal						
Antal helårsarbeten Region Stockholm	Antal	43 533	43 561	42 951	42 578	42 249
- varav hälso- och sjukvård	Antal	41 183	41 256	40 811	40 468	40 211
- varav trafik	Antal	965	915	819	749	695
- varav kultur	Antal	112	112	106	57	52
- varav regionplanering	Antal	68	57	44	42	35
- varav övrig personal	Antal	1 205	1 221	1 171	1 260	1 256

14.1 Förkortningar

AISAB	Ambulanssjukvården i Storstockholm AB
Care	Stockholm Care AB
DSAB	Danderyds Sjukhus AB
FSN	Fastighets- och servicenämnden
FTN	Färdtjänstnämnden
FTV	Folktandvården Stockholms län AB
FUT	Förvaltning för utbyggd tunnelbana
HSF	Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
HSN	Hälso- och sjukvårdsnämnden
Internfinans	AB Stockholms Läns Landstings Internfinans
Karolinska	Karolinska Universitetssjukhuset
KcFi	Koncernfinansiering
KuN	Kulturnämnden
KuNF	Kulturförvaltningen
KSON	Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje
LFS	Landstingsfastigheter Stockholm
LISAB	Landstingshuset i Stockholm AB
Locum	Locum AB
Lrev	Landstingsrevisorerna
MediC	MediCarrier AB
NKS	Nya Karolinska Solna
PaN	Patientnämnden
PaNF	Patientnämndens förvaltning
RF	Regionfullmäktige
RK	Revisorskollegiet
RLK	Regionledningskontoret
RS	Regionstyrelsen
SL	AB Storstockholms Lokaltrafik
SLL	Stockholms läns landsting
SLSO	Stockholms läns sjukvårdsområde
S:t Erik	S:t Eriks Ögonsjukhus AB
StSAB	Södertälje Sjukhus AB
SÖS	Södersjukhuset AB
Tiohundra	Tiohundra AB
TF	Trafikförvaltningen
TN	Trafiknämnden
TRF	Tillväxt- och regionplaneförvaltningen
TRN	Tillväxt- och regionplanenämnden
VKN	Vårdens kunskapsstyrningsnämnd
WÅAB	Waxholms Ångfartygs AB

Region Stockholm

Miljöredovisning 2020

Redovisning av målen i Region Stockholms miljöprogram 2017–2021

Innehållsförteckning

1. Inledning 3
2. Sammanfattning 4
3. Resultat 7
3.1 Region Stockholms arbete med hållbar upphandling 7
3.2 Region Stockholms klimatåtagande 10
Mål 1 10
Mål 2 12
3.3 Miljömål för hälso- och sjukvården 13
Mål 3 13
Mål 4 15
Mål 5 16
Mål 6 18
3.4 Miljömål för kollektivtrafiken och övriga transporter 22
Mål 7 22
Mål 8 24
Mål 9 25
Mål 10 26
Mål 11 28
3.5 Miljömål för fastigheter och anläggningar 29
Mål 12 29
Mål 13 31
Mål 14 33
Mål 15 36
3.6 Riktlinjer Miljöprogram 2017–2021 39

1. Inledning

Region Stockholm bedriver en omfattande verksamhet inom hälso- och sjukvård och kollektivtrafik samt är en av Sveriges största upphandlare, vilket ställer höga krav på miljöarbetet. Region Stockholm har en stor möjlighet att bidra till regionala, nationella och globala miljömål genom att erbjuda en attraktiv kollektivtrafik som minskar Region Stockholms och invånarnas utsläpp av växthusgaser, samt en hälso-och sjukvård med minskade utsläpp av hälsoskadliga ämnen som växthusgaser,

Miljöarbetet inom Region Stockholm styrs dels genom Miljöprogram 2017–2021[1] dels genom mål i Region Stockholms budget. Med hjälp av dessa verktyg bidrar Region Stockholm till att uppnå nationella och internationella mål och stödja en hållbar utveckling. Redovisning av miljöarbetet sker enligt tillämpningsanvisning för uppföljning av Region Stockholms miljöprogram 2017–2021 (LS 2016–1486) som fastställer mätmetoder och tydliggör vilka nämnder och bolag som ska redovisa indikatorerna. Detta dokument är en sammanställning av resultatet för det miljöarbete som genomförts inom Region Stockholm under 2020.

[1] LS 2015–0092

2. Sammanfattning

Miljöprogram 2017–2021 innehåller 15 miljömål samt ett krav på en plan för hållbar upphandling. Måluppfyllnad bedöms genom mätning av totalt 24 indikatorer. Målåret för programmet är 2021 varvid bedömning av måluppfyllnad för de flesta målen ej kan göras 2020. Under 2021 kommer även de riktlinjer med grundläggande krav för miljöarbetet som inkluderats i Miljöprogrammet följas upp.

Region Stockholms nämnder och styrelser har beslutat om lokala miljöprogram eller miljömål baserat på deras ansvar för att nå målen i miljöprogrammet. Region Stockholms verksamheter är även miljöcertifierade enligt ISO 14 001:2015.

Som helhet präglas 2020 av goda resultat inom många områden såsom textilier, klimat, ekologisk mat och energi trots att verksamheterna haft en utmanande och oförutsägbar situation under större delen av året, som ställt stora krav på verksamheternas flexibilitet.

Region Stockholms klimatåtagande syftar till att minska klimatpåverkan med 50 procent gentemot 2011 och 75 procent gentemot 1990, men även att vidta åtgärder för klimatanpassning. Region Stockholms övergripande klimatpåverkan har under 2020 minskat till cirka 110 000 ton koldioxidekvivalenter jämfört med närmare 248 000 ton koldioxid-ekvivalenter 2011. Det innebär att klimatpåverkan minskat med 55 procent sedan 2011 och med 72 procent sedan 1990. Även om 2020 präglas av speciella omständigheter som gjort att utsläppen från exempelvis tjänsteresor minskat markant, visar siffrorna att det långsiktiga och systematiska miljöarbete som Region Stockholms verksamheter och bolag genomfört gett ett tydligt positivt resultat.

Viktiga åtgärder som bidragit till den stora minskningen är övergång till förnyelsebara drivmedel såsom HVO, biogas, el och RME inom kollektiv-trafiken och förnybar energi inom regionens fastigheter. El märkt Bra Miljöval har köpts in till 100% av volymen för förbrukningen i vårdfastigheterna. Vidare har det genomförts åtgärder för energieffektivisering inom fastigheter och trafik.

Miljömål för hälso- och sjukvården

Vårdverksamheterna inom Region Stockholm har under 2020 haft en mycket utmanande vardag. Trots detta har arbetet med att minska användningen av miljöbelastande läkemedelssubstanser utifrån lokala mål fortsatt. De lokala målen omfattar substanser från Region Stockholms förteckning över miljöbelastande läkemedelssubstanser som är relevanta och medicinskt möjliga för verksamheten att minska användningen av. Minskningarna har överlag varit mindre under 2020 jämfört med tidigare år, vilket i många fall sannolikt kan relateras till covid-19. Sett till hela programperioden har minskningarna dock varit stora för många av de substanser som verksamheterna har satt lokala mål för.

Verksamheterna har infört åtgärder för att minska onödig kassation av läkemedel. Det kan exempelvis vara bättre behovsanpassning av inköp, lagerhållning och hantering, vilket bidrar till minskad miljöpåverkan och många gånger även minskade kostnader. På grund av covid-19 har arbetet med kassationsförebyggande åtgärder inte alltid kunnat prioriteras under 2020, men prognosen för måluppfyllnad ser likväl god ut.

Under 2020 har den totala klimatpåverkan från utsläpp av anestesigaser (inhalationsläkemedel för sövning av patienter vid exempelvis operationer) minskat med 52 procent i förhållande till basåret 2011, vilket innebär att målet om 40 procents minskning till 2021 redan har uppnåtts med god marginal. Det är dock svårt att bedöma effekten av covid-19, och resultaten bör därför tolkas med viss försiktighet.

För 2020 är målet att andelen ekologiska livsmedel i patientmåltider ska vara minst 45 procent, vilket inte riktigt nåddes. Resultatet för 2020 är 44 procent. En bidragande orsak till att målet inte uppfylls är att det saknas incitament för de privata vårdgivarna att höja sitt resultat på grund av nuvarande målvärden i avtalen. Resultatet bedöms möjligt att förbättra när nya avtal träder i kraft.

Klimatpåverkan från patientmåltider har minskat med 21 procent per portion i relation till basår 2016, vilket innebär att målet på 20 procent sannolikt kommet att uppnås 2021. Vad gäller mängden matsvinn har vissa verksamheter haft svårt att genomföra mätningarna på grund av den ökade arbetsbelastningen till följd av covid-19. Därmed kan inte ett aggregerat värde för Region Stockholm redovisas för 2020.

Tvätt- och textilhanteringen i Region Stockholms verksamheter har effektiviserats under 2020. Andelen kläder som är uteliggande i verksamheterna i mer än 30 dagar har minskat från i genomsnitt 29,7 procent till 27,5 procent, med mål om 25 procent 2021. Under 2020 har cirka 1,71 miljoner engångstextilier använts i vårdverksamheterna vilket är cirka 5 procent lägre än 2019. Minskad användning av engångstextilier beror delvis på att antalet operationer skjutits upp på grund av covid-19, men även genom ett aktivt informationsarbete i verksamheterna. Arbetet med att inkludera miljöhänsyn i Region Stockholms klädregler på regionövergripande nivå har under året pausats på grund av covid-19.

Miljömål för kollektivtrafiken och övriga transporter

Andelen förnybar energi för Region Stockholms transporter uppgår under 2020 till 92 procent, med mål om 95 procent 2021. Detta är en förbättring sedan 2019 då andelen förnybar energi var 89 procent. Busstrafik och spårbunden kollektivtrafik står tillsammans för 87 procent av den totala energianvändningen för transporter och uppnår 97 respektive 100 procentandel förnybart, ett mycket gott resultat även i internationella jämförelser. Under 2020 har antalet påstigande och personkilometrar

kraftigt minskat jämfört med tidigare år, medan energianvändningen totalt ligger kvar på samma nivåer som föregående år. Detta får en tydlig effekt på nyckeltalen för energianvändning per personkilometer, och efter flera års minskning ses därför en relativt stor ökning för 2020.

Region Stockholms tjänsteresor har påverkats kraftigt av covid-19 pandemin. Under år 2020 har utsläppen från tjänsteresor med flyg och tåg minskat med 85 procent jämfört med föregående år. Jämfört med basåret 2016, har klimatpåverkan från tjänsteresor minskat med 87 procent. Antalet digitala arbetsmöten med exempelvis Skype och Teams har ökat kraftigt. Likaså har det skett en stor ökning av antalet har digitala vårdbesök.

Kollektivtrafiken ska enligt mål 10 minska mängden miljö- och hälsofarliga kemikalier för drift och underhåll med 30 procent, jämfört med basårsvärdet 2017. Under 2020 ökade inrapporterad mängd miljö- och hälsofarliga ämnen med 13 procent jämfört med 2019 och 91 procent jämfört med basåret 2017. Ökningen bedöms delvis bero på att rapporteringen av kemikalier har förbättrats successivt under miljöprogrammet, men också på att användningen av kemikalier varierar mellan åren på grund av periodiskt underhåll. Det är därmed svårt att utvärdera måluppfyllnaden. Miljömålsarbetet har dock gett värdefulla resultat i form av ökat fokus på kemikalieanvändning hos drift- och underhållsentreprenörer och bättre kunskap hos trafikförvaltningen om kemikalieanvändning i kollektivtrafikens drift och underhåll.

Miljömål för fastigheter och anläggningar
Sammantaget har miljöarbetet under 2020 bidragit till ökad klimat- och resurseffektivitet samt till minskade kemiska miljö- och hälsorisker.
Region Stockholm har antagit mål, arbetssätt och uppföljningsmetodik för att minska klimatpåverkan från bygg- och anläggningsprojekt. Utveckling och implementering av processer och åtgärder har fortsatt. Under året har en prognos tagits fram för minskning av klimatpåverkan för utbyggnaden av tunnelbanan. 77 500 ton CO_2-ekv, motsvarande en minskning om drygt 30 procent beräknas som ett resultat av systematiskt förbättringsarbete. Vad gäller materialåtervinning inom bygg- och anläggningsprojekt behövs fortsatt utveckling för att uppfylla målen för 2021, arbetet har dock kommit igång väl under 2020.

Vidare har arbete skett med att effektivisera energianvändningen, förebygga avfall och öka material-återvinningen samt minska förekomsten av miljö- och hälsofarliga ämnen i byggnader och anläggningar. Jämfört med 2011 har användningen av verksamhets- och fastighetsenergi minskat med 16 procent och målvärdet på tio procents minskning till år 2021 har överträffats. Jämfört med 2019 är minskningen tre procent.

Region Stockholm arbetar aktivt med att säkerställa att de material och produkter som byggs in i fastigheter och anläggningar har lågt eller inget innehåll av miljö- och hälsofarliga ämnen. Under 2020 har 88 procent av de material och produkter som bedömts enligt Byggvarubedömningens

kriterier fått bedömningen accepteras eller rekommenderas. Trafikförvaltningen bedömer att det kommer att vara svårt att utvärdera måluppfyllnad 2021 vad gäller andel miljöbedömda produkter och material till följd av att uppgifter om totalt antal använda produkter i verksamheten saknas.

3. Resultat

Miljöprogram 2017–2021 innefattar 15 miljömål samt ett övergripande mål om hållbar upphandling. Nedan redovisas målen med tillhörande indikatorer.

3.1 Region Stockholms arbete med hållbar upphandling

Region Stockholm ska genom upphandling och en resurseffektiv produktanvändning bidra till en hållbar konsumtion och produktion. Enligt Budget 2020 skulle arbetet med att nå målsättningarna att bli Sveriges bästa offentliga upphandlare och att vara drivande i Europa inom hållbar upphandling intensifieras. På grund av covid-19 pandemin har både upphandlingar och uppföljningar som skulle ha genomförts under året. fått skjutas upp För Region Stockholm har fokus varit att säkerställa tillgången på material till vården. De flesta upphandlingarna pausades under våren och det har varit svårt att utföra avtalsuppföljningar på grund av det pressade läget för leverantörerna.

Upphandling är ett mycket viktigt verktyg för att uppnå ett flertal av miljömålen, bland annat miljömål för patientmåltider, förnybara drivmedel samt för fastigheter och anläggningar. Nämnder och bolag omsätter miljömål till krav i upphandlingar där så är relevant.

Ett prioriterat område inom miljöprogrammet är att omsätta *Region Stockholms utfasningslista för miljö- och hälsofarliga kemikalier i varor* (LS 2015–1281) i upphandlingskrav för att främja produkter fria från miljö- och hälsofarliga ämnen. I de samordnade upphandlingar som har utförts under 2020 har utfasning av miljö- och hälsofarliga kemikalier varit prioriterat i bland annat i upphandlingar av förbrukningsmaterial och utrustning till vården samt vid upphandlingar av IT-produkter.

Region Stockholm arbetar för att bidra till en cirkulär och biobaserad ekonomi, bland annat genom kravställning i inköpsprocessen. Biobaserade alternativ har upphandlats genom innovationsfrämjande krav inom produktkategorier där förbrukningen är hög, till exempel skyddsförkläden och sopsäckar. Under 2020 användes 23,6 miljoner skyddsförkläden inom Region Stockholm, varav 4,8 miljoner (20 procent) var biobaserade. Det är en ökning från föregående år då andelen var 8 procent. Övergången till biobaserad råvara i skyddsförklädena minskar klimatpåverkan med cirka

65 procent[2] . På grund av covid-19 har det varit stor brist på skyddsförkläden samt en högre förbrukning, vilket kan ha påverkat andelen biobaserade skyddsförkläden. För att minska miljöpåverkan från engångstextilier har Region Stockholm även upphandlat biobaserade alternativ där så är möjligt. Andelen biobaserade engångsbäddtextilier har inte förändrats under året utan stod för 32 procent av förbrukningen, liksom 2019.

Under året har Region Stockholm tagit fram en färdplan för att uppnå cirkulära plastflöden till 2030, med en rad föreslagna åtgärdsområden. Rapporten slår bland annat fast att Region Stockholm har kommit långt inom området och att ytterligare samverkan krävs inom hela värdekedjan för att möjliggöra ökad återvinning av plast. Region Stockholm medverkar i ett projekt som syftar till att öka denna samverkan, ”Upphandlingsmodell för cirkulära material och produkter”, som leds av IVL Svenska Miljöinstitutet.

Region Stockholms arbete med efterlevnad av uppförandekoden för leverantörer (LS 1303-0353) sker genom att identifiera riskområden, ställa relevanta krav gällande mänskliga rättigheter, arbetsrätt och anti-korruption samt följa upp utvalda leverantörer. Region Stockholm medverkar i Sveriges regioners nationella samordning för hållbar upphandling kring prioriterade riskområden. Region Stockholm genomförde 2020 en riskanalys av samtliga kategorier i sitt kategoristyrda inköpsarbete för att komplettera den nationella riskanalysen. I samordnade upphandlingar finns det etablerade rutiner för kravställning och avtalsuppföljning. I lokala upphandlingar arbetar vissa förvaltningar och bolag med att identifiera risker och tydliggöra kraven gällande hållbara leveranskedjor i avtal. Vissa förvaltningar och bolag pausade sitt påbörjade uppföljningsarbete under 2020 på grund av pandemin. Under 2020 har arbetet med projektet ”Uppföljning hållbara leveranskedjor bygg och anläggning” (RS 2019–0952) där Locum, Förvaltning för utbyggd tunnelbana (FUT) och Trafikförvaltningen (TF) deltar fortgått och uppföljning av en materialleverantör fortsätter in i 2021.

Uppföljning av lokalt samordnade avtal
Under 2020 har Region Stockholm följt upp leverantörers åtgärdsarbete kopplat till identifierade avvikelser från tidigare års avtalsuppföljningar, genom dokumentgranskning och uppföljningsmöten. Berörda riskområden är bland annat livsmedel, IT och operationsartiklar. Leverantörers hantering av avvikelser som identifierades 2019 under revisioner av handskfabriker i Malaysia, genomförd inom ramen för den nationella samordningen, har fortsatt under året och lett till bättre förhållanden för arbetarna. Ett ärende gällande korruptionsmisstankar rörande rekryteringsprocessen av arbetare till fabriker avslutades under året.

Antalet nya avtalsuppföljningar kopplat till uppförandekoden för leverantörer begränsades kraftigt på grund av pågående pandemi men

[2] “Klimatpåverkan från livscykeln av polyetenbaserade engångsprodukter”, 2020

kontorsrevisioner genomfördes hos fyra IT-leverantörer. Vad gäller ställda miljökrav följdes sex avtal upp. Bland avtalen återfinns förbrukningsmaterial, medicinteknisk utrustning och tjänster. På grund av pandemin hade flera av leverantörerna svårt att få fram verifikat från sina fabriker och två revisoner som skulle utföras på plats hos leverantör fick göras digitalt i stället och en fick ställas in helt. Totalt identifierades sju avvikelser mot ställda krav. Efter vidtagna rättelser, sanktioner och åtgärder från leverantörerna återstod två avvikelser vid årsskiftet. Dessa bedöms kunna åtgärdas under första halvåret 2021.

Efter rapporter om allvarliga brott mot uigurers och andra turkiska och muslimska folkgruppers rättigheter i Kina skapades en samarbetsgrupp bestående av Region Stockholm, regionernas nationella kansli för hållbar upphandling, SKL Kommentus, Svenska kyrkan och Kammarkollegiet för att kartlägga avtal där risk förekommer. Uppföljning av riskområdet IT påbörjades under året. Övriga riskområden: textilier, förbrukningsmaterial, möbler och fordon följs upp under 2021.

3.2 Region Stockholms klimatåtagande

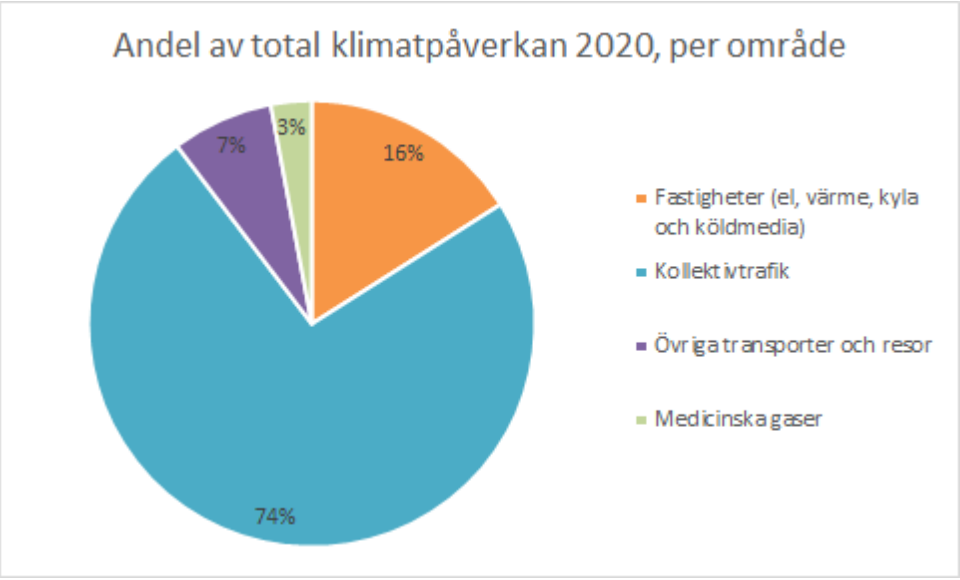
Mål 1
År 2021 har Region Stockholms utsläpp av växthusgaser minskat med minst 50 procent i jämförelse med år 2011 och med minst 75 procent jämfört med 1990.

Indikator 1.1 Klimatpåverkan från utsläpp av växthusgaser, ton koldioxidekvivalenter

Region Stockholms totala klimatpåverkan har minskat med 55 procent sedan 2011, från 247 000 ton koldioxidekvivalenter 2011 till cirka 110 000 ton koldioxidekvivalenter 2020. Resultatet för Region Stockholms klimatpåverkan 2020 har därmed överträffat målnivån 50 procents minskning mellan år 2021 och basåret 2011. I jämförelse med 1990 års klimatutsläpp[3] är resultatet 72 procent lägre. Även om 2020 präglas av speciella omständigheter som gjort att utsläppen från exempelvis tjänsteresor minskat markant, visar siffrorna att det långsiktiga och systematiska miljöarbete som Region Stockholms verksamheter och bolag genomfört gett ett tydligt positivt resultat.

Det största källorna för utsläpp inom Region Stockholm 2020 är kollektivtrafiken, som med sina hundratusentals passagerare per dag står för 74 procent av utsläppen, följt av fastigheter med 16 procent och därefter övriga transporter och resor, se figur 1.

Figur 1: Klimatpåverkan från Region Stockholm 2020.



[3] Region Stockholms klimatpåverkan 1990 har enligt en utredning uppskattats till 388 065 ton. Man behöver därmed ta i beaktande att viss data som kunnat uppmätas 2020 jämförs mot data där värdena för 1990 är antagna/uppskattade, ej uppmätta.

Beräkning av total klimatpåverkan sker utifrån ett livscykelperspektiv för olika bränslen, där även produktion och distribution av bränslen ingår. Minskningen har framförallt uppnåtts genom energieffektivisering av transporter och fastigheter, förnybara drivmedel i kollektivtrafiken samt minskade utsläpp av lustgas och anestesigaser inom hälso- och sjukvård.

Tabell 1: Klimatpåverkan från Region Stockholms verksamheter
Redovisas i koldioxidekvivalenter (ton).

Källa till utsläpp	**Utsläpp 2020**	**Utsläpp 2019**	**Utsläpp 2018**	**Utsläpp 2011**	**Förändring 2020 mot 2011**
Fastigheter (indikator 12.1) *	17 643	22 848	25 964	34 635	-49%
Kollektivtrafik (indikator 8.1)	81 207	91 634	94 390	193 178	-58%
Övriga transporter (del av indikator 8.1)**	8 109	6 695	7 020	9 423	-14%
Medicinska gaser***	3 255	2 931	4 254	5 634	-42%
Tjänsteresor (indikator 11.1, dock har indikator 11.1 basårsvärde 5062 ton)	668	4 580	5 141	4 742****	-86%
Summering	**110 882**	**128 688**	**136 791**	**247 612**	**-55%**

*Data från utsläpp från köldmedia är inkluderad och baserad på värden från 2019 (Locum AB) och 2020 (Trafiknämnden)

** I övriga transporter inkluderas vårdrelaterade persontransporter, transporter inom ramavtalade tjänster, transporter av konventionellt avfall och byggavfall, MediCarriers transporter och fordon samt resor i tjänsten med egna och leasade fordon.

*** Medicinska gaser omfattar lustgas samt anestesigaser (4.1)

****Data från 2011 saknas, siffran är därför beräknad på antal kilometer tjänsteresor från 2012 multiplicerat med en utsläppsfaktor baserad på genomsnittligt värde för koldioxidekvivalenter utsläpp/kilometer för perioden 2014-2017.

Mål 2
År 2021 arbetar Region Stockholm systematiskt och effektivt med klimatanpassning.

Indikator 2.1 Region Stockholm har en organisation för klimatanpassning och arbetar enligt en beslutad klimatanpassningsplan.

Region Stockholm bedriver ett systematiskt klimatanpassningsarbete och har under 2020 fortsatt arbetet med implementering av klimatanpassnings-planer i regionens verksamheter. Det behövs fortsatt utveckling för att uppfylla målet för 2021.

För att undvika behov av plötsliga och dyra investeringar i och med ett förändrat klimat, har klimatanpassningskrav inarbetats och integrerats i en koncernövergripande risk- och sårbarhetsanalys. Denna klimat-, risk-, och sårbarhetsanalys innehåller en åtgärdsplan och fastställdes av krisledningsnämnden 2019. Analysen utgör underlag i pågående revidering av regionens krisberedskapsplan, vilken ursprungligen planerades att fastställas i samband med budget 2021. Med anledning av covid-19 pandemin har tidplanen förändrats och den planeras istället att fastställas i samband med budget 2022.

Ett metodstöd för genomförande av risk- och sårbarhetsanalyser planeras att tillgängliggöras för nämnder och bolag under 2021. I detta beaktas även klimatrelaterade risker.

3.3 Miljömål för hälso- och sjukvården

Mål 3
Under programperioden arbetar Region Stockholm för en hållbar läkemedelskedja som med bibehållen patientnytta bidrar till att minska miljöpåverkan från läkemedel vid tillverkning, användning och kassation.

Vårdverksamheter i Region Stockholm arbetar enligt Plan för läkemedel och miljö (LS 2017–0129). Planen konkretiserar arbetet med att nå mål 3. Sammanfattningsvis kan målet anses vara delvis uppfyllt för 2020, med en god prognos för måluppfyllelse under 2021.

Indikator 3.1 Region Stockholms uppföljning visar på minskade utsläpp av miljöbelastande läkemedelssubstanser.

Region Stockholms förteckning över miljöbelastande läkemedelssubstanser (LS 2016–0634) definierar vilka läkemedelssubstanser som omfattas av målet och indikatorn. Förteckningen finns på Region Stockholms webbplats Janusinfo[4]. Där finns även tillhörande åtgärdsförslag för hur vårdgivare kan arbeta för att minska användningen av respektive substans.

Vårdverksamheterna inom Region Stockholm har under 2020 arbetat vidare med sina lokalt målsatta substanser, baserade på förteckningen över miljöbelastande läkemedelssubstanser. De lokala målen omfattar substanser som är relevanta och medicinskt möjliga att minska användningen av. Diklofenak, felodipin och olika antibiotika är de vanligaste substanserna som sjukhusen arbetar för att minska användningen av, men även glibenklamid, citalopram och venlafaxin finns med i lokala mål. Tiohundra AB arbetar även med att minska användningen av antidepressiva medel för äldre över 75 år. S:t Eriks Ögonsjukhus har under 2020 följt användningen av tre substanser, men har inte antagit kvantitativa mätetal för uppföljning. Användningen av läkemedel inom sjukhuset är dock generellt låg. Folktandvården arbetar med att minska förskrivningen av diklofenak och två sorters antibiotika. SLSO fokuserar på diklofenak och felodipin, samt att inom primärvården minska användningen av antidepressiva hos multisjuka äldre. Kvantitativa mål och mätetal har dock inte definierats än. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har under året fört in krav i avtal med geriatrik och avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) om att arbeta med substanser på förteckningen. Capio S:t Görans sjukhus har sedan tidigare motsvarande krav. Därmed har ett flertal privata vårdgivare dessa krav i sina avtal. På sikt ska sådana krav även arbetas in i avtal för husläkarmottagningar och psykiatri.

Inom ramen för indikatorn ska även kvantitativa resultat av de lokala målen redovisas. Covid-19 har inneburit en hård belastning och ett kraftigt ökat vårdbehov under 2020 och många verksamheter har därför inte haft

[4] https://janusinfo.se/download/18.5f0ead9216532d0a6a113e1f/1582279327814/Forteckning-over-miljobelastande-lakemedel.pdf

möjlighet att arbeta lika aktivt med sina miljömål rörande läkemedel. De flesta verksamheterna har ändå kunnat visa på en fortsatt minskning, alternativt en bibehållen nivå, av sina målsatta substanser.

Tiohundra AB har exempelvis under året arbetat aktivt för att minska användningen av det blodtryckssänkande läkemedlet felodipin. Ca 300 patienter kontaktades av medicinläkare och fick frågan om de kunde tänka sig byta ut läkemedlet mot fullgoda alternativ som inte belastar miljön lika mycket. Resultatet blev att 86 procent av patienterna bytte ut felodipin.

Region Stockholm har sedan 2005 undersökt halterna av läkemedelsrester i vatten. Under 2020 har vattenprover tagits i inkommande, respektive renat vatten vid tre avloppsreningsverk, samt i recipienten från Saltsjön och i en gradient ut i skärgården. Totalt analyserades 97 läkemedelssubstanser. Ett knappt femtiotal detekterades i såväl inkommande som renat vatten från avloppsreningsverken. Nästan hälften av dessa återfanns även i recipienten.

Sammanfattningsvis kan målet för 3.1 anses vara delvis uppfyllt för 2020, med en god prognos för måluppfyllelse under 2021.

Indikator 3.2 Kassation av läkemedel minskar genom säkrare och effektivare läkemedelshantering.

Att minska onödig kassation av läkemedel ger ett flertal positiva miljöeffekter. Förutom ett minskat behov av destruktion och tillhörande transporter ger det på sikt även ett minskat behov av produktion och de transporter som är kopplade till det. Dessutom bidrar åtgärder som ger en minskad kassation ofta även till en säkrare och mer effektiv läkemedelshantering och även till lägre kostnader för såväl inköp som kassation av läkemedel.

En viktig del i arbetet med att minska onödig kassation är att tillse att inköpta läkemedel inte passerar utgångsdatum. Detta görs på många sätt, exempelvis genom förbättrad datumkontroll i läkemedelsförråd, tydliggjord datummärkning och genom att aktivt dela med sig till andra avdelningar eller ambulansstationer när läkemedel närmar sig utgångsdatum. För att undvika överbeställningar och skapa bättre överblick i läkemedelsförråden arbetar många verksamheter med att begränsa sortimentet och lagerhållningen. Många har även övergått till att sortera läkemedlen i ATC-kodsordning. Allt fler har anställda farmaceuter eller specifika läkemedelsenheter som arbetar med att optimera läkemedelssortimentet och förbättra lagerhållningen vilket också bidrar till bättre uppföljning och ökad kontroll. Många verksamheter inom Region Stockholm har redan tidigare under miljöprogramsperioden infört olika typer av åtgärder och arbetar nu med att upprätthålla och utveckla dessa. På grund av covid-19 har dock arbetet med kassationsförebyggande åtgärder inte alltid kunnat prioriteras. Krav på åtgärder som bidrar till en minskad kassation av läkemedel finns även med i avtal med privata vårdgivare inom områden som hanterar stora mängder läkemedel, som ASIH (avancerad sjukvård i hemmet) och geriatrik.

Sammanfattningsvis kan målet för indikator 3.2 anses vara delvis uppfyllt för 2020, med en god prognos för måluppfyllelse under 2021.

Mål 4
År 2021 har Region Stockholms klimatpåverkan från utsläpp av anestesigaser minskat med 40 procent i jämförelse med år 2011.

Indikator 4.1 Klimatpåverkan från utsläpp av anestesigaser, ton koldioxidekvivalenter.

Fram till 2020 har den totala klimatpåverkan från utsläpp av anestesigaser minskat med 52 procent i förhållande till basåret 2011, vilket innebär att målnivån på 40 procent har uppnåtts med god marginal för 2020. Jämfört med koldioxid har anestesigaser en betydligt större påverkan på klimatet. Det är dock svårt att bedöma hur mycket covid-19 har påverkat resultaten, och dessa bör därför tolkas med viss försiktighet.

Tabell 2: Klimatpåverkan från anestesigaser

Klimatpåverkan/typ	**2020**	**2019**	**2011**	Förändring jämfört med 2019	Förändring jämfört med 2011
Desfluran Använd mängd (liter)	0	32	87		
Klimatpåverkan (ton koldioxidekvivalenter)	0	248	687	-100%	-100%
Sevofluran Använd mängd (liter)	1109	1113	1742		
Klimatpåverkan (ton koldioxidekvivalenter)	1326	1332	2084	-0,5%	-36%
Påverkan totalt (ton koldioxidekvivalenter)	**1349**	**1580**	**2827***	**-15%**	**-52%**
*Klimatpåverkan från 21 liter isofluran ingår i totalen för 2011					

Tidigare användes anestesigasen desfluran, men då dess klimatpåverkan är betydligt större än sevoflurans har alla vårdverksamheter inom Region Stockholm valt att sluta använda det[5]. Inom Region Stockholm används numera endast sevofluran. Att användningen av desfluran har upphört, samt att sjukhusen fortsatt arbeta utifrån optimerade metoder bidrar ändå sannolikt mycket till minskningen under 2020. Användningen av sevofluran har minskat med 0,5 procent jämfört med 2019 och med 36 procent jämfört med 2011.

[5] Även isofluran har tidigare använts inom Region Stockholm, men den används numera bara inom forskning och omfattas inte av målet.

Mål 5
År 2021 har Region Stockholm effektiviserat textilhanteringen samt minskat miljöpåverkan från användning av engångs- och flergångstextiler.

Indikator 5.1 Miljöhänsyn inkluderas i Region Stockholms klädregler.

Med miljöhänsyn menas ett förtydligande av i vilka vårdsituationer flergångstextilier är att föredra ur miljösynpunkt och samtidigt är ett fullgott alternativ ur patientsäkerhetssynpunkt. Ett antal förvaltningar och bolag, däribland Karolinska Universitetssjukhuset, Södersjukhuset, Folktandvården, SLSO, S:t Eriks ögonsjukhus och Danderyds sjukhus, har redan inkluderat miljöhänsyn i sina lokala klädregler. Däremot så är rutiner för uppföljning ej fullt implementerade.

Arbetet med att inkludera miljöhänsyn i Region Stockholms klädregler på regionövergripande nivå har under året pausats på grund av covid-19, och baserat på resultatet hittills är målet ännu inte uppnått.

Under 2020 har cirka 1,71 miljoner engångstextilier, använts i vårdverksamheterna vilket är cirka 5 procent lägre än 2019. Detta indikerar en minskning av miljöpåverkan från textilanvändningen under året och är en fortsättning på 2019 års nedåtgående trend. Minskad användning av engångstextilier beror delvis på att antalet operationer skjutits upp på grund av covid-19, men även genom ett aktivt informationsarbete i verksamheterna. Förbrukningen av värmejackor har till exempel minskat med 20 procent under året, vilket är en följd av informationsaktiviteter i verksamheterna, ett minskat behov under covid-19 då varm skyddsutrustning använts men även förbättrad tillgänglighet av flergångsalternativ.

Indikator 5.2 Andelen kläder som är uteliggande i verksamheterna i mer än 30 dagar.

För att reducera miljöpåverkan och undvika onödiga investeringskostnader vid nyproduktion av flergångstextilier inom hälso- och sjukvård behövs en effektiv logistik för tvätt- och textilhantering. Effektiviteten har ökat under 2020. Andelen kläder som är uteliggande (det vill säga antingen används, ligger i förråd och personliga skåp eller ännu inte transporterats till tvätt) i Region Stockholms verksamheter i mer än 30 dagar har minskat från i genomsnitt 29,7 procent[6] till 27,5 procent, med mål om 25 procent 2021. Patienttextilier är generellt uteliggande längre tid än personalkläder och är ett område med förbättringspotential framöver.

Under året har berörda verksamheter tagit fram och genomfört åtgärder för att effektivisera textilhanteringen och därmed skapat förutsättningar att nå

[6] I Miljöredovisning 2019 redovisades andelen plagg som legat ute mer än 30 dagar uppgå till 31,1 procent, vilket har korrigerats till 29,7 procent då data för Nya Karolinska inkluderats.

målet under programperioden. En närmare och mer frekvent dialog mellan leverantör, avtalscontroller och verksamheterna har generellt varit en stor bidragande orsak till det goda resultatet. Exempel på genomförda åtgärder och aktiviteter är månadsvis återkoppling till kliniker, proaktiva informationsinsatser inför semesterperioden, interna textilnätverk med regelbundna träffar, kontrollscanning, införande av mobila textilvagnar och arbete genom textilombud. Covid-19 har försvårat arbetet i och med att verksamhetsplaneringen har ändrats, personal flyttats och textilier restnoterats från textilleverantören.

Tabell 3: Jämförande statistik per verksamhet, andel uteliggande plagg mer än 30 dagar

Verksamhet	2020	2019[8]	Förändring procent jämfört med 2019
SLSO	34,1%	37,7%	-9,5%
S:t Eriks ögonsjukhus	23,4%	27,5%	-14,9%
Danderyds sjukhus	28,0%	29,0%	-3,4%
Folktandvården	19,6%	19,7%	-0,5%
Karolinska Huddinge	29,7%	31,2%	-4,8%
Karolinska Solna	34,1%	41,5%	-17,8%
Karolinska Danderyd	23,8%	25,1%	-5,2%
Nya Karolinska*	14,1%	15,1%	-6,6%
TioHundra	20,1%	20,4%	-1,5%
Södertälje sjukhus	24,8%	28,6%	-13,3%
Södersjukhuset	21,9%	23,0%	-4,8%
Årsmedelvärde alla verksamheter	**27,5%**	**29,7%**	**-7,4%**

*Nya Karolinska: Personalkläder inkluderade i data 2019 och fram till oktober 2020, då även patienttextilier började ingå i statistiken.

Omsättningshastighet är ett kompletterande mått på resurseffektivitet i textilhanteringen och mäter hur många gånger textilier i genomsnitt roterar i verksamheterna. Ju högre mått desto bättre. År 2020 var omsättnings-hastigheten 11,8 i jämförelse med 13,9 föregående år. Personaltextilier hade en högre omsättningshastighet under 2020 medan övriga textilier visar ett sämre resultat jämfört med föregående år. Covid-19 situationen kan påverkat omsättningshastigheten inom dessa områden då operationer skjutits fram och verksamheter ställt om.

Tabell 4: Jämförande statistik omsättningshastighet

Mätvärde	2020	2019	2018	Förändring procent jämfört med 2019
Omsättningshastighet (gånger/år)	11,8%	13,9%	12,5%	-15%

Mål 6
År 2021 serveras hållbara patientmåltider i Region Stockholm.

Målet anses vara delvis uppfyllt för 2020, då flera indikatorer och delmål för 2020 är uppfyllda eller nära målet. Indikator för matsvinn har inte kunnat följas upp under 2020 på grund av Covid-19 pandemin, men arbetet har fortsatt. Andel lokalproducerade livsmedel är för närvarande svårt att följa upp.

Indikator 6.1 Hållbarhetskrav ställs alltid vid upphandling av måltidstjänster och livsmedel.

I Region Stockholms plan för hållbara patientmåltider (LS 2017–0128) specificeras de hållbarhetskrav som ska ställas vid upphandling av måltidstjänster och livsmedel. Exempel är krav på djurskydd, låg antibiotikaanvändning i djurproduktion samt olika krav för att minska miljöpåverkan vid produktion av livsmedel.

Under 2020 har Södertälje sjukhus och Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) upphandlat måltidstjänster och ställt samtliga obligatoriska krav enligt Plan för hållbara patientmåltider. Därtill har även de rekommenderade kraven ställts i varierande omfattning. Det innebär att indikatorn är uppfylld för 2020.

Indikator 6.2 Andelen ekologiska livsmedel, i procent.

Andelen ekologiska livsmedel ska öka successivt mot målet om 50 procent år 2021. För 2020 är målet enligt Plan för hållbara patientmåltider att andelen ekologiska livsmedel i patientmåltider ska vara minst 45 procent. Årets resultat är 44 procent ekologiskt vilket innebär att målet för 2020 inte har uppnåtts (se tabell 5). Orsaken till att målet inte uppfylls är att många privata vårdgivare saknar incitament på grund av att det saknas högre målvärden för ekologiskt i deras avtal. Resultatet kommer successivt att förbättras när nya avtal träder i kraft och när Vårdval uppdateras.

Andelen ekologiska livsmedel i patientmåltider beräknas utifrån inköpssumman (inköpskostnaden för ekologiska livsmedel som andel av totala inköp av livsmedel). Totalt upphandlades livsmedel till patientmåltider för nästan 140 miljoner kronor under 2020.
Många vårdgivare har arbetat framgångsrikt med att öka andelen ekologiska livsmedel. Tre verksamheter som lyckats extra bra under 2020 är Maria Regina Hospice som har ökat andelen med 18 procentenheter, S:t Eriks ögonsjukhus som har ökat med tio procentenheter och Södertälje sjukhus som har ökat med åtta procentenheter. Södertälje sjukhus lyfter att detta har möjliggjorts genom att större ekonomiska resurser har tilldelats patientmaten vilket har medfört att de kunna utöka sortimentet med ekologiska produkter. Några verksamheter beskriver att utbudet av vissa ekologiska produkter har varit begränsat under året vilket har gjort det utmanande för dem att nå det uppsatta målet.

Tabell 5: Andel ekologiska livsmedel i patientmåltider

Verksamhet	2020	2019	2018	Förändring procentenheter jämfört med 2019
Danderyds sjukhus AB	45%	46%	41%	-1%
Stockholms läns sjukvårdsområde	45%	40%	41%	+5%
Karolinska universitetssjukhuset AB	46%	44%	40%	+2%
Södertälje sjukhus AB	51%	43%	36%	+8%
TioHundra AB	42%	46%	40%	-4%
Södersjukhuset AB	48%	46%	41%	+2%
S:t Eriks Ögonsjukhus AB	68%	58%	42%	10%
Capio S:t Görans sjukhus	51%	48%	42%	+3%
Övriga privata vårdgivare	36[7]%	35%	-	+1%
Totalt	**44%**	**42%**	**41%***	**+2%**
*2018 var det endast Capio S:t Göran som redovisade av de privata vårdgivarna.				

Indikator 6.3 Klimatpåverkan från patientmåltider, ton koldioxidekvivalenter.

Målet är att klimatpåverkan från patientmåltider per portion[8] ska ha minskat med 20 procent år 2021 jämfört med år 2016. Resultatet för 2020 är att klimatpåverkan har minskat med 21 procent (se tabell 6 nedan), vilket innebär att målet uppnås för 2020. Skillnaderna mellan verksamheterna är dock stora och utsläppen per portion varierar från 1,6 kilo koldioxidekvivalenter som minst till 3,2 kilo koldioxidekvivalenter som mest. Danderyds sjukhus, Södersjukhuset och SLSO är de som redovisar lägst klimatpåverkan per portion. Danderyds sjukhus och Södersjukhuset ligger långt under genomsnittet för regionen och Danderyds sjukhus har kraftigt minskat sin klimatpåverkan per portion, från 2,8 kilo 2019 till 1,6 kilo 2020. Verksamheterna har under flera år arbetat aktivt för att minska klimatpåverkan från patientmåltiderna och resultatet är mycket positivt. Åtgärder som genomförts har bland annat innefattat klimatberäkning av maträtterna och en minskning av matsvinnet. Klimatåtgärder har även genomförts vid menyval och menyplanering och dessa innefattar bland annat att öka andelen vegetariska alternativ och att välja protein- och kolhydratkällor samt mejeriprodukter med låg klimatpåverkan.

[7] Uppgifter saknas från några privata vårdgivare.
[8] Inkluderar även frukost, mellanmål och kvällsmat.

Tabell 6: Klimatpåverkan från patientmåltider, totalt

	2020	2019	2018	2017	2016	Förändring mot 2016 (basår)
Klimatpåverkan totalt (ton koldioxidekvivalenter)	4213	4512	4472	5879	5623	-25%
Klimatpåverkan/inköpt livsmedel (kg koldioxidekvivalenter/kg inköpt livsmedel)	1,6	1,7	1,7	1,9	1,7	-6%
Klimatpåverkan per portion (kg koldioxid-ekvivalenter/portion)	2,2	2,4	2,8	2,7	2,8	-21%
Målet och siffrorna gäller patientmåltider i egna verksamheter. Capio S:t Görans sjukhus är inte inkluderat i beräkningarna.						

Tabell 7: Klimatpåverkan från patientmåltider, per verksamhet

Klimatpåverkan per verksamhet 2020	Total mängd inköpta livsmedel (kg)	Klimat-påverkan totalt (ton CO2e)	Antal portioner	Klimatpåverkan/ inköpt livsmedel (kg CO2/kg livsmedel	Klimat-påverkan/ portion (kg CO2/portion)
Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje	45 696	92	42 236	2,0	2,2
Stockholms läns sjukvårdsområde	787 719	1 463	721 828	1,9	2,0
Karolinska Universitetssjukhuset	816 000	1 435	443 293	1,8	3,2
Södersjukhuset AB	446 482	596	324 145	1,3	1,8
Danderyds sjukhus AB	335 479	335	210 142	1,0	1,6
Södertälje Sjukhus AB	155 000	292	132 326	1,9	2,2
Summa totalt (exkl. Capio S:t Görans sjukhus)	**2 586 376**	**4 213**	**1 873 970**	**1,6**	**2,2**
Capio S:t Görans sjukhus*	235 352	416	131 467	1,8	3,2
*Capio S:t Görans sjukhus omfattas inte av indikator 6.3 och exkluderas därmed från totalsumman.					

Indikator 6.4 Andel av mängden mat som slängs, i procent.

Målet är att maximalt 15 procent av portionsvikten slängs år 2021. Denna indikator ska redovisas för första gången 2021 Maten är en viktig del för att främja tillfrisknandet och öka välbefinnandet hos patienterna. Verksamheternas arbete med att bättre anpassa måltidssituationen till patienternas behov och förutsättningar kommer att leda till att tallrikssvinnet minskar.

Indikator 6.5 Mängden matsvinn, ton.

För att målet ska uppfyllas ska mängden matsvinn från patientmåltider ha minskat med 40 procent år 2021 jämfört med 2017. Matsvinnet 2017 uppgick till 402 ton vilket utgör basårsvärde för programperioden. Beräkningen av mängden matsvinn görs genom stickprovsmätningar som utförs av verksamheterna 1–3 gånger per år. På grund av covid-19 har mätningar inom några av verksamheterna inte kunnat genomföras i den utsträckning som behövts. Exempelvis har SLSO inte kunnat genomföra någon mätning under året. Sammantaget innebär det att det inte går att redovisa ett totalt värde för Region Stockholm för 2020 då SLSO:s del vanligtvis utgör mer än hälften av det totala matsvinnet.

Även om mätning inte kunnat genomföras i alla verksamheter har arbetet med att minska matsvinnet fortsatt under året. Bland annat har flera av verksamheterna arbetat med information och utbildning av personal för att optimera sina beställningar, ökat möjligheterna för patienterna att välja vad de vill äta samt uppmuntrat till att servera mer energi- och proteinrik kost men i mindre portioner, vilket gör att patienterna orkar äta upp samtidigt som de får i sig mer näring och energi.

Indikator 6.6 Andelen lokalproducerade livsmedel, i procent.

Lokalproducerade livsmedel omfattar enligt definitionen i Region Stockholms plan för hållbara patientmåltider (LS 2017–0128) livsmedel producerade i Mälardalen och Gotland. Målet är att andelen lokalproducerade livsmedel ska vara minst 20 procent 2021. Resultat har inte kunnat redovisas på den nivån hittills under programperioden vilket även gäller för 2020. Det är svårt att få fram uppgifter om var livsmedel är producerade på den geografiska detaljnivån då det saknas tillräckligt stöd i lagstiftningen avseende ursprungsmärkning. Flera av verksamheterna har dock kunnat redovisa andelen svenskproducerade livsmedel som de har köpt in under 2020. Av Tiohundra AB:s inköp under 2020 var 67 procent svenskproducerade och för Södertälje sjukhus var siffran 55 procent. Även Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) och Karolinska Universitetssjukhuset har kunnat redovisa uppgifter om svenskproducerat för vissa delar av sina inköp. Uppgifterna är dock inte fullständiga och därför går det inte att redovisa en rättvisande siffra för dem, eller för Region Stockholm som helhet.

3.4 Miljömål för kollektivtrafiken och övriga transporter

Mål 7
Region Stockholm arbetar för att kollektivtrafik, gång, cykel och digitala möten ska öka så att övriga motoriserade resor minskar. Kollektivtrafikens andel av de motoriserade resorna har ökat år 2021 i jämförelse med år 2011.

Att erbjuda en attraktiv och tillgänglig kollektivtrafik, främja gång och cykel samt öka andelen digitala möten möjliggör för Region Stockholm att bidra till att utveckla Stockholmsregionen på ett hållbart sätt, bidra till minskad miljöpåverkan och öka regionens attraktivitet.

En region i tillväxt, med en växande befolkningsmängd innebär ett behov av att öka kollektivtrafikens attraktivitet för att bibehålla och öka andelen resenärer som väljer att resa kollektivt.

Indikator 7.1 Resvaneundersökningar om resor med cykel och gång samt digitala möten.

Resvaneundersökning genomförs endast var fjärde år och senast för 2019, vilken färdigställdes under 2020. Andelen resor med cykel var 7 procent i undersökningen 2019, vilket är oförändrat jämfört med basåret 2011. Andelen resor till fots har däremot ökat med 6 procentenheter till 21 procent 2019 jämfört basårsvärdet på 15 procent. Målet är nått om andel resor till fots och med cykel år 2021 är högre än basåret.

Under 2020 har den regionala cykelplanen för Stockholms län reviderats i syfte att påskynda genomförande och måluppfyllnad. Det övergripande målet är att 20 procent av resorna i länet ska göras med cykel till 2030. Planen pekar även ut ett regionalt cykelvägnät med målsättningen att det ska vara fullt utbyggt till 2030. Cykelplanen har reviderats i samverkan med länets kommuner och Trafikverket. Samråd och antagande sker under 2021. Ett regionalt cykelbokslut har även tagits fram under 2020 för att följa upp genomförandet av regional cykelplan under det gångna året. Cykelbokslutet visar att 28 km av det regionala cykelvägnätet byggdes ut eller åtgärdades under 2019.

Region Stockholm bedriver ett digitaliseringsarbete som bidrar till minskat resande och ökad mobilitet. Under 2020 har antalet digitala kontakter ökat mycket kraftigt. Det är dock för tidigt att dra långtgående slutsatser av detta då effekten från covid-19 pandemin är påtaglig.

Antal vårdkontakter på distans, det vill säga kontakter via videolänk, telefon eller brev som motsvarar ett fysiskt besök, har ökat markant under 2020. Antalet uppgår till cirka 2,5 miljoner under 2020, vilket motsvarar 13 procent av de totala vårdkontakterna för året. Resultatet visar en ökning om

118 procent jämfört med 2019 och 207 procent jämfört med 2016. För året uppgick antalet för videobesök till cirka 700 000, vilket är en ökning med 808 procent jämfört med 2019.

Region Stockholms medarbetare genomför även en stor mängd digitala arbetsmöten internt och externt, vilket är effektivt sett till såväl tid som ekonomi och klimatutsläpp. Under 2020 genomfördes cirka 582 200 digitala möten och samtal inom Region Stockholm[9]. Detta är en betydlig ökning gentemot föregående år och en starkt bidragande orsak är covid-19 pandemin. Översiktligt beräknat har dessa digitala möten sparat omkring 436 700 resor inom och utanför länet[10].

Indikator 7.2 Kollektivtrafikens marknadsandel

Kollektivtrafikens andel av de motoriserade resorna mäts och följs upp var fjärde år genom resvaneundersökningar där andelen resor med motoriserade färdmedel, gång, cykel samt andra färdmedel för länets medborgare undersöks. Under 2020 färdigställdes en nationell resvaneundersökning genomförd 2019 av myndigheten Trafikanalys.

Målet för indikatorn är att kollektivtrafikens marknadsandel ska öka från 49 procent som utgör basårsvärde från 2015. Målen i trafikförsörjningsprogrammet för Stockholms län, liksom i miljöprogrammet, är 51,5 procent 2020 och 54 procent 2030. Resvaneundersökningen (SL 2018-0116) visar att kollektivtrafikens andel av resorna en vanlig vardag är 47,5 procent 2019 och visar därmed på en minskning.

Det kollektiva resandet i regionen har fortfarande en mycket hög marknadsandel sett i internationell jämförelse. Minskningen från år 2015 visar dock att konkurrenskraften för kollektivtrafikresor jämfört med bilresor inte har utvecklats i nivå med uppsatta mål.

Resmönster och därmed mätetalen för kollektivtrafiken och övriga transporter inom Region Stockholm har därtill kraftigt påverkats av restriktionerna under covid-19 pandemin, med bland annat kraftigt minskat antal påstigande i kollektivtrafiken. Det är mycket som talar för att förändringar till följd av covid-19 pandemin kommer att ha stor påverkan på resandet även på lång sikt. Trafikförvaltningen genomför sedan våren 2020 löpande scenario- och konsekvensanalyser om förändrat resande på kort och medellång sikt.

[9] Uppgifter inhämtade centralt från Region Stockholm, E-Post & Digital Samverkan.
[10] Antalet sparade resor har tagits fram med antagandet att 75 procent av de digitala mötena ersätter en resa.

Viktiga händelser och arbete för att göra kollektivtrafiken mer attraktiv och för att öka marknadsandelen innefattar bland annat följande:

• Region Stockholm genomför omfattande investeringar i utbyggnad av kollektivtrafiken. Upprustning och utbyggnad av Roslagsbanan, förbättringar på Röda linjen, utbyggnad av tunnelbana mot Nacka, Arenastaden och Barkarby liksom förlängning av Tvärbanan är några av de viktiga investeringsprojekten.

• Under 2020 har arbetet fortsatt med att ta fram en kollektivtrafikplan planen beräknas bli klar för antagande under 2021. Den huvudsakliga frågan att besvara i den nya kollektivtrafikplanen är hur kollektivtrafiken i regionen bör utvecklas för att nå målen i den regionala utvecklingsplanen för Stockholm (RUFS) och det regionala trafikförsörjningsprogrammet.

Mål 8
År 2021 sker Region Stockholms transporter till 95 procent med förnybara drivmedel.

Indikator 8.1 Andelen förnybar energi för transporter, i procent.

Andelen förnybara drivmedel uppgår till 92 procent 2020, vilket är en ökning med 3 procentenheter i förhållande till föregående år. De stora trafikslagen busstrafik och spårbunden kollektivtrafik står tillsammans för 87 procent av den totala energianvändningen och uppgår till 97 respektive 100 procent i andel förnybart.

Då kollektivtrafiken med buss- och spårtrafik utgör en huvuddel av transporterna, påverkas inte helheten nämnvärt av förändringar inom de mindre transportområdena, även om det är viktiga förbättringar inom sina sektorer. En ökning från 18 procent till 50 procent förnybar andel i sjötrafiken uppnåddes under året. På grund av covid-19 och en ansträngd ekonomi har trafiknämnden beslutat att inte öka användningen av förnybart drivmedel till 90 procent under år 2021 för sjötrafiken, utan målet ha skjutits på obestämd framtid. Sjötrafiken kommer därmed inte att nå målen som tidigare var beslutade.

Tabell 8: Andel förnybar energi i Region Stockholms transporter

	2020	2019	2018
Busstrafik	97%	96%	97%
Kollektivtrafik till sjöss	50%	18%	17%
Särskild kollektivtrafik (färdtjänst)*	39%	43%	41%
Spårbunden kollektivtrafik	100%	100 %	100%
Spår- och arbetsfordon för spårunderhåll	7%	0%	5%
Vårdrelaterade persontransporter**	33%	24%	24%
Transporter inom ramavtalade tjänster	90%	92%	92%
Egna och leasade fordon (tjänsteresor)	33%	33%	27%
Transport av konventionellt avfall	98%	90%	91%
Transport av byggavfall	100%	98%	77%
Fordon Medicarrier AB	98%	93%	92%
Total andel förnybart	**92%**	**89%**	**90%**

* Uppgifterna om mängden drivmedel i färdtjänsten har beräknats enligt schablonvärden från Transportstyrelsens fordonsregister för de vanligast förekommande fordonsmodellerna inom varje drivmedelstyp.

**För vårdrelaterade persontransporter har resultat för 2019 används i 2020 års miljöredovisning och resultat för 2018 i 2019 års miljöredovisning. Detta då uppgiftslämnaren haft svårt att inkomna med underlag inför beräkningarna.

Mål 9
Energianvändningen för kollektivtrafiken har minskat med 10 procent år 2021 och med 15 procent år 2030, i jämförelse med år 2011.

Indikator 9.1 Energianvändning för kollektivtrafik per personkilometer.

Trafikförvaltningen arbetar systematiskt med att effektivisera energianvändningen inom kollektivtrafiken för spår-, väg- och sjötrafiken. Åtgärder som genomförs är exempelvis krav på energieffektivisering i avtalen med busstrafikutövare, upprustning av enheter för värme och ventilation samt ersättning av takbelysning med LED i befintliga tåg. Pendeltågen är utrustade med elmätare, vilket möjliggör kontinuerliga justeringar av energianvändningen.

Energianvändningen för kollektivtrafiken var 2020, 0,269 kWh per personkilometer. Det är en ökning med 43 procent från föregående år, vilket är en direkt följd av covid-19 pandemin.

Resandemönstret för länets invånare har väsentligt förändrats under året som en konsekvens av pandemin. Den har inneburit att antalet påstigande och personkilometrar kraftigt minskat jämfört med tidigare år, samtidigt som energianvändningen absoluta tal ligger på samma nivå som tidigare. Därigenom ses en ökad energianvändning per personkilometer.

Aktivt arbete behövs för att återta marknadsandelarna för kollektivtrafiken när pandemin är över. Med återtagna marknadsandelar och utan pandemi förväntas energianvändningen per personkilometer kunna återgå till normala nivåer. Med kvardröjt pandemiläge, alternativt om marknadsandelen ej kan återtas, riskerar trafikförvaltningen att inte nå målet för 2021.

Tabell 9: Energianvändning i kollektivtrafiken

	2020	2019	2011 (basår)	Förändring mot 2019	Förändring mot 2011
Energianvändning per personkilometer (kWh/pkm)	0,269	0,190	0,226	+43%	+20%

Mål 10
År 2021 har mängden miljö- och hälsofarliga kemikalier för drift och underhåll av kollektivtrafiken minskat med 30 procent, i jämförelse med år 2017.

Indikator 10.1 Mängden utfasningskemikalier, i kilogram eller liter.
Målet omfattar ämnen som ingår i Region Stockholms utfasningslista för miljö- och hälsofarliga kemikalier i kemiska produkter (LS 2015–1281). Alla förbuds- och utfasningsämnen, enligt utfasningslistan, som förbrukats i mer än 0,01 kilogram eller liter under året redovisas.

Trafikutövare och drift- och underhållsentreprenörer för spåranläggningar står för den största delen av förbrukningen av de ämnen, produkter och varor som trafikförvaltningen ska rapportera. Trafikförvaltningen har kartlagt vilka och mängderna av förbuds- och utfasningsämnen, enligt Region Stockholms utfasningslista, som förekommer i avtalad drift och underhåll av kollektivtrafiken.

Mängden inrapporterade miljö- och hälsofarliga kemikalier från trafikförvaltningen visar en ökning med 13 procent från föregående år och en ökning från basåret 2017 med 91 procent.

Basårsvärdet har reviderats under programperioden på grund av förbättrade rutiner för kemikalierapportering och bättre dataunderlag från entreprenörer och trafikutövare. Förvaltningen har under 2020 granskat inrapporterade kemikalieuppgifter för varje trafik- respektive drift- och underhållsavtal som omfattas av miljömål 10, för år 2017 och år 2019. Det finns olika orsaker till skillnader i rapporterade mängder mellan åren, exempelvis periodiska variationer i underhållet av fordon, ökat underhåll av äldre bussar, fel i kemikaliehanteringssystem och inrapportering samt successivt förbättrade rapporteringsrutiner. Trafikförvaltningen har dragit slutsatsen att det kommer att bli svårt att utvärdera måluppfyllnad vid miljöprogrammets slut eftersom det har varit svårt att kvalitetssäkra inrapporterade data, samt att kemikalieanvändningen varierar stort beroende på skiftande underhållsbehov mellan olika år. Miljömålsarbetet har dock gett värdefulla resultat i form av ökat fokus på kemikalieanvändning hos drift- och underhållsentreprenörer och bättre kunskap hos trafikförvaltningen om kemikalieanvändning i kollektivtrafikens drift och underhåll.

Tabell 10: Mängd utfasningskemikalier hos upphandlade trafikoperatörer

	2020	**2019**	**2018**	**2017 (basår)**
Mängd utfasningsämne (kilogram eller liter)	22 588	20 033	11 042	11 821**
Antal förbudsämnen som används	3 st	3 st	3 st	2 st
Mängd förbudsämnen (kilogram eller liter)	153	160	-*	-*

* Värde för 2017 och 2018 är under utredning
** Värdet för 2017 och 2019 reviderades under 2020

Mål 11
År 2021 har klimatpåverkan från Region Stockholms tjänsteresor minskat med 25 procent i jämförelse med år 2016.

Indikator 11.1 Klimatpåverkan från tåg- och flygresor, ton koldioxidekvivalenter.

Restriktionerna under covid-19 pandemin har tydligt påverkat resultatet för 2020. Utsläppen från Region Stockholms tjänsteresor med flyg och tåg har minskat med 85 procent jämfört med föregående år. Jämfört med basåret, 2016, har klimatpåverkan från tjänsteresor minskat med 87 procent. Klimatpåverkan till följd av tjänsteresor härrör näst intill uteslutande från flygresor. Totalt har cirka 8 700 tåg- och flygresor genomförts under 2020, mätt som antal resplansrader, varav 75 procent med tåg och 25 procent med flyg. Skillnaden är stor mot 2019 då 34 000 tåg- och flygresor genomfördes, varav 41 procent med flyg och 59 procent med tåg.

Flera av Region Stockholmsverksamheter förordar och använder hjälpmedel för att underlätta resfria möten, exempelvis motsvarande Skype och IT-stöd för videosamtal, vilket bidrar till såväl minskad klimatpåverkan som sparad restid och kostnader. Användningen av digitala möten har ökat kraftigt under 2020. Se mer kring digitala möten under mål 7.

Tabell 11: Utsläpp av koldioxid från Region Stockholms tjänsteresor

	2020	2019	2018	Basår 2016	Förändring mot 2019	Förändring mot basår 2016
Utsläppt mängd koldioxid-ekvivalenter (CO2e i ton)*	667	4 580	5 141	5 062	-85%	-87%
Utsläpp per kilometer (gram CO2e/km)	140	175	183	188	-20%	-26%
*Data levererad av Region Stockholms resebyrå. Metoden använder omräkningsfaktor 2,7 för radiative forcing för flygresor, med hänvisning till Intergovernmental panel for Climate Change (IPCC). I beräkningen ingår klimatpåverkan från tåg, flyg, flygtaxi och Arlanda express.						

3.5 Miljömål för fastigheter och anläggningar

Mål 12
Verksamhets- och fastighetsenergi i fastigheter ägda av Region Stockholm har minskat med 10 procent år 2021 och med 30 procent år 2030, i jämförelse med år 2011.

Indikator 12.1 Energianvändning, kilowattimmar per kvadratmeter (A-temp).

Jämfört med 2011 har användningen av verksamhets- och fastighetsenergi minskat med 16 procent och målvärdet på tio procents minskning till år 2021 har överträffats. Minskningen jämfört med 2020 ligger på tre procent.

Fastigheter för allmän kollektivtrafik
Totalt har värme-, el- och kylanvändningen minskat med sju procent relativt 2019 och med 19 procent relativt 2011. Om trenden håller i sig bedöms målet nås med god marginal till år 2021. Merparten av energisparåtgärderna som genomförts under år 2020 är inom pendeltågs- och tunnelbanedepåerna, samt delar av Citybanan och utgörs av metodisk optimering samt viss upprustning. Flera bussdepåer uppvisar lägre energianvändning till följd av bland annat mer energieffektiv uppvärmning av bussar inför avfärd.

Under 2020 har trafikförvaltningen utrett vilka energieffektiviseringsåtgärder som ger lika stor eller bättre lönsamhet än solcellsinvesteringar, samt leder till minskad klimatpåverkan. Planering för SL:s energieffektiviseringsarbete på kort och lång sikt har tagits fram under året, och redovisas under kommande år. I samband med det arbetet konstaterades att effektreducerande åtgärder som inte nödvändigtvis reducerar energianvändningen har potential att minska utsläppen av koldioxid betydligt. Det kan exempelvis ske genom att nyttja energi i returledningarna för fjärrvärme- och fjärrkyla.

Energiproduktionen från solceller på depåtak var 30 MWh under året, men det saknas fullständigt underlag och därmed var den faktiska produktionen egentligen högre 2020. Upphandling av solkraft som tjänst ska genomföras till ett flertal depåtak, eftersom solel innebär både ekonomisk lönsamhet och leder till minskad klimatpåverkan.

Landstingsfastigheter AB
Locum AB, som förvaltar fastigheter ägda av Landstingsfastigheter AB, uppvisar 2020 en minskning av den totala energianvändningen i lokalerna med 14 procent jämfört med basåret 2011 och målet för 2020 är därmed uppnått. Arbete pågår för att konkretisera det fortsatta energiarbetet för att uppnå målsättningen år 2030, som är ett utmanande mål. Under 2021 kommer fokus läggas på att tydliggöra energibesparingspotentialen och därefter formulera fastighetsobjektsspecifika mål för energieffektivisering.

Den minskade energianvändningen under 2020 är ett resultat av ett flertal olika åtgärder för energieffektivisering. Det är bland annat byten till mer energieffektiva fönster på flera sjukhus, utbyggnad och installation av värmeåtervinning av kondensorvärme från kylmaskiner på Karolinska sjukhusområdet i Solna och på S:t Görans sjukhus samt byte till LED-belysning. Under året har avyttring av Bromma sjukhus genomförts.

En genomgång av sjukhusens hantering av covid-19 och dess påverkan på energianvändningen har genomförts. Det som i huvudsak påverkat energianvändningen är förlängda drifttider av ventilation och utökade luftflöden samt driften av kompletterande utrymmen under året, i form av kylcontainrar, kylrum, byggbodar och tält. En grov uppskattning är att dessa åtgärder under 2020 har gett en ökning av energianvändningen med ca 300–500 MWh. Elanvändningen har samtidigt sjunkit på vissa sjukhus, vilket gör att nettoökningen uppskattas till något mindre.

Gällande egenproducerad förnybar energi har Locum installerat 7700 kvm solceller av 20 000 planerade kvm. Solcellsanläggningarna producerade 1120 MWh under 2020. Vidare utbyggnad hindras av gällande och nuvarande förslag på ändrad lagstiftning och regler om beskattning eller skattebefrielse för egenproducerad el. Utbyggnadsmöjligheten påverkas därtill av nya rekommendationer från Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB), som avråder från nyttjandet av solceller på akutsjukhus och viktiga vårdinrättningar ur ett säkerhetsperspektiv.

Locum har i och med försäljningen av Bromma sjukhus minskat med en solfångaranläggning under året. Idag finns tre solfångaranläggningar installerade för förvärmning av tappvarmvatten. Solfångaranläggningarna har under 2020 producerat 151 MWh, inklusive den sålda anläggningens produktion fram till försäljning. Under 2020 producerades totalt 1 271 MWh fastighetsnära förnybar energi.

Verksamhetsenergi
Av Locums energianvändning i befintligt fastighetsbestånd uppskattas cirka 35 procent vara verksamhetsenergi. En utmaning i arbetet med att minska energianvändningen ligger i att sjukvården blir allt mer teknikintensiv och verksamhetsenergin utgör därmed en allt större andel av den totala energianvändningen i sjukvårdsfastigheterna.

Locum arbetar långsiktigt med att effektivisera verksamhetsenergin ur flera olika perspektiv såsom informationsspridning, tillhandahållning av verktyg, samverkan, tydliggörande av verksamhetsenergins inverkan och rena tekniska åtgärder, exempelvis belysningsstyrning och byte till mer energieffektiva belysningskällor. Flera kommunikationsinsatser kring verksamhetsenergi och inomhusklimat har utförts under året.

Locum har ett grönt hyresavtal i dagsläget. Under det gångna året har inga nya gröna hyresavtal slutits. Avtalsformen har inte gett den positiva effekt som förväntats.

Tabell 12: Energianvändning (värme, kyla, el) i lokaler ägda av Region Stockholm (Atemp, kWh/m²)

	2020	2011* (Basår)	Förändring mot 2011	2019	Förändring mot 2019
Landstingsfastigheter AB	208	241	-14%	209	-0,5%
Fastigheter för allmän kollektivtrafik**	188	233	-19%	201	-6%
Total energianvändning	**200**	**237**	**-16%**	**206**	-3%

*Basårsvärden räknades om 2018.
** Nyckeltalet för använd energi kWh/m2 (A-temp) bör användas med försiktighet vid jämförelse med andra fastighetsägare då beräkningsgrunderna för dessa generellt skiljer sig åt.

Mål 13
Under programperioden har klimatpåverkan från byggprocessen i Region Stockholms bygg- och anläggningsprojekt beaktats och begränsats.

Indikator 13.1 Region Stockholm har en koncernövergripande plan för att begränsa klimatpåverkan i bygg- och anläggningsprojekt.

Region Stockholm är inne i en period med stora investeringar i såväl vårdfastigheter som infrastruktur för kollektivtrafik. Bygg- och anläggningsprojekt står för en stor del av Region Stockholms klimatpåverkan under programperioden. Vid uppförandet av byggnader uppskattas produkter och material stå för cirka 80 procent av klimatpåverkan i byggprocessen enligt branschen, medan byggproduktionen och transporter till byggarbetsplatsen står för resterande. Region Stockholm har antagit mål, arbetssätt och uppföljningsmetodik för att minska klimatpåverkan från bygg- och anläggningsprojekt.

Målet berör Förvaltning för utbyggd tunnelbana, Trafikförvaltningen och Locum AB. Samtliga har ett aktivt klimatarbete och fortsatt utveckling av att systematisera klimatarbetet i verksamheten pågår hos Locum AB och Trafikförvaltningen. Förvaltning förutbyggd tunnelbana har redan implementerat klimatreducerande arbete genomhela processen, och har dessutom kommit så långt i sina projekt att uppskattningar av uppnådd klimatreduktion kan börja redovisas.

Med syfte att uppnå miljöprogrammets målsättning om att en plan ska antas för begränsad klimatpåverkan i Region Stockholms bygg- och anläggningsprojekt, samt i enlighet med Integrerad ledning och styrning ILS, bilaga 5 i budget 2020 (RS 2019–0829), antog fullmäktige under 2020 indikatorer och målvärden för hur de olika nämnderna ska minska sin klimatpåverkan från bygg-och anläggningsprojekt. Därtill tog

regionledningskontoret fram en vägledning med definitioner, rekommenderade systemgränser och metoder för arbetet med att uppnå de nya indikatorerna.

Förvaltning för utbyggd tunnelbana
Förvaltningen bedriver ett aktivt och systematiskt arbete med att begränsa utbyggnadens klimatbelastning. Utifrån den beräknande prognosen går det att konstatera att förvaltningen är på god väg att uppnå det egna övergripande klimatmålet om att minska klimatbelastningen från utbyggd tunnelbana med minst 25 procent under uppdragets genomförande.

Genom att följa upp och tydliggöra utbyggnadens klimatpåverkan vill förvaltningen identifiera möjligheter att begränsa utsläppen och skapa en medvetenhet både internt och hos upphandlade projektörer kring hur olika lösningar och materialval påverkar utsläppen av växthusgaser.
Förvaltningens målsättning om minskad klimatbelastning och ökad resurseffektivitet har implementerats genom bland annat styrande dokument för projekten avseende projektering och produktion, som anger hur och vad som ska uppnås i respektive skede. Arbetssättet baseras på att en resurshanteringsplan upprättas där olika förbättringsåtgärder identifieras och genomförs för projekten. Effekten av de klimatreducerande åtgärderna kan beräknas utifrån planen genom klimatkalkyler.

Några exempel på lösningar i projekten är; lokalt återanvändande av bergmassor, klimatkrav i upphandlingar, optimeringar av anläggningar, klimatkrav på produkter och trästomme istället för stål/betong. Förvaltningen mäter minskning av klimatpåverkan genom att lägga ihop effekten av förbättringsåtgärderna och jämföra mot klimatbelastningen om man inte hade implementerat reduceringsåtgärderna. Målet är att reduceringsåtgärderna, när projekten är utbyggda, ska summeras till 25 procent av den totala belastningen. Under 2020 har det beslutats att även det nya projektet Tunnelbana till Älvsjö ska omfattas av detta klimatmål.

Under året har en prognos[11] tagits fram för hela förvaltningen där förbättringsåtgärder om 77 500 ton CO2-ekv, motsvarande en minskning om 31 procent är det förväntade resultatet.

Trafikförvaltningen
Under år 2020 har trafikförvaltningens systematiska arbete avseende minskad klimatpåverkan från byggprocessen vidareutvecklats. Förvaltningen har fastställt en rutin för att begränsa klimatpåverkan i bygg- och anläggningsinvesteringar och satt mål för avdelningen Investeringsprojekts verksamhet. Målen innebär att minst sex större projekt har satt klimatmål under året och för övriga projekt ska klimatkrav delvis ha införts.

[11] Prognosen är delvis baserad på preliminära siffror.

Under 2020 har 25 projekt har genomfört åtgärder för att minska klimatpåverkan från byggprocessen. Arbetet med att identifiera effektiva krav och åtgärder pågår. Bland annat diskuterar några projekt att utöver krav på material och varor även ställa krav på att minst 20 procent av energianvändningen från fordon och arbetsmaskiner ska utgöras av förnybar energi. Två projekt genomför klimatkalkyler på delar av investeringen och resultatet är del av beslutsunderlaget för vägval till konstruktionslösningar och gestaltning.

Locum AB
Locums övergripande klimatmål är att vara klimatneutrala år 2045 där ett prioriterat område är att minska klimatpåverkan från byggprojekt.

Locum arbetar systematiskt med kravställning och uppföljning av miljökrav i avtal, styrdokument och genom projektspecifika miljöprogram. Anpassning av kraven sker utifrån respektive projekts förutsättningar, men exempelvis ingår krav på fordon och arbetsmaskiners miljöprestanda och utredning om fastighetsnära förnybar energiproduktion. Arbetet med att utveckla kravställningen ytterligare avseende klimatreducerande krav har pågått under året.

Klimataspekten har prioriterats under projekteringen av den nya vårdbyggnaden på Danderyds sjukhus. I dagsläget bedrivs ett aktivt arbete för att synliggöra och förbättra klimatpåverkan från de material som föreskrivits. Certifiering med Miljöbyggnad 3.0 innebär att produktspecifika miljövarudeklarationer ska finnas för de material som utgör minst 50 procent av klimatpåverkan i stomme och grund. Under produktionstiden kommer ett fortsatt aktivt arbete bedrivas för att minska klimatpåverkan, bland annat från transporter.

Mål 14
År 2021 har Region Stockholm ökat materialåtervinningen i bygg- och anläggningsprojekt, samt genomfört åtgärder för att förebygga avfall.

Indikator 14.1 Region Stockholm arbetar för att förebygga avfall och öka materialåtervinningen i bygg- och anläggningsprojekt.

Bygg- och rivningsavfall utgör efter gruvavfall det största avfallsflödet i Sverige. I och med Region Stockholms pågående investeringar i kollektivtrafikanläggningar och vårdfastigheter utgör bygg- och rivningsavfall även det största avfallsflödet inom Region Stockholms verksamhet. Sortering skapar goda förutsättningar för materialåtervinning. Miljöprogrammets mål lägger fokus på högkvalitativ materialåtervinning, vilket innebär att material ska återanvändas eller återvinnas för att kunna ersätta nya material i så hög grad som möjligt. Målet innebär samtidigt att regionen ska arbeta systematiskt för att minska avfallsmängderna. Enligt tillämpningsanvisning för uppföljning av miljöprogrammet (LS 2016–1486)

är målet nått om berörda nämnder och bolag har beslutat om lokala mål och åtgärder som omfattar ökad materialåtervinning för prioriterade fraktioner, samt avfallsförebyggande insatser, vid nybyggnations-, ombyggnationsrespektive anläggningsprojekt, samt om det bedrivs ett aktivt och systematiskt arbete för genomförande av åtgärder enligt beslut.

Berörda nämnder och bolag genomför ett flertal åtgärder för att öka materialåtervinningen samt att systematiskt förebygga avfall i bygg- och anläggningsprojekt. Måluppfyllnad utifrån definition i tillämpning för uppföljning av miljöprogrammet är dock i dagsläget svår att bedöma. En fördjupad analys av styrning och åtgärder i förhållande till måldefinitionen kommer att genomföras inför slutredovisning av miljöprogrammet.

Samtliga berörda nämnder och bolag arbetat aktivt med att bygg- och rivningsavfall ska källsorteras enligt Sveriges Byggindustriers Resurs- och avfallsriktlinjer vid byggande och rivning, i enlighet med Region Stockholms riktlinjer för miljöarbetet.

Förvaltning för utbyggd tunnelbana
Begränsning av avfall och ökad materialåtervinning är integrerade delar av förvaltningens systematiska arbete och målsättning att minska klimatbelastningen och öka resurseffektiviteten i projekten. Förvaltningen ställer krav på materialåtervinning och avfallsförebyggande åtgärder i upphandling av entreprenaderna och använder CEEQUAL12 som ett verktyg och systematisk arbetsmetodik för hållbarhetsfrågor, där ovan nämnda kravområden ingår.

Tunnelbaneutbyggnaden producerar stora mängder schaktmassor. Masshanteringen är en viktig fråga eftersom den står för en betydande del av utbyggnadens klimatpåverkan. I Stockholmsregionen finns ett stort behov av bergmassor till infrastruktur och bostadsbyggande och under kommande år förväntas ett regionalt underskott. Bergmassorna omhändertas av upphandlade entreprenörer och återanvänds inom projekt, går obearbetat direkt till övriga projekt inom regionen eller transporteras till upplag där berget bearbetas och användas inom andra områden. Under 2020 har materialåtervinningen av bergmassor försvårats av att vissa tillsynsmyndigheter har klassificerat bergmassorna som avfall istället för biprodukter. Detta leder till att befintliga upplag i närområdet inte kan användas, transporterna ökar och att återanvändningen minskar.

Hanteringen av jordschaktsmassor styrs av massornas kvalitet och miljöklassificering samt möjliga användningsområden inom eller utanför projektet. I första hand återanvänds jordschaktsmassor inom den egna entreprenaden, i andra hand återanvändas massorna inom annan

[12]CEEQUAL är ett program för att bedöma och betygsätta hur väl anläggningsprojekt har hanterat
hållbarhetsfrågor. Programmet syftar till att uppmuntra beställare, projektörer och utförare till att göra
mer än lagkrav inom hållbarhetsområdet för att öka projektets hållbarhetsprestanda.
http://www.ceequal.com/

entreprenad. I sista hand transporteras massorna till godkänd mottagare för behandling eller deponering.

Locum AB
Locum arbetar med att främja en resurseffektiv avfallshantering genom att exempelvis förbygga uppkomsten av avfall innan det har uppstått, möjliggöra sortering, samt föra en löpande dialog med hyresgäster, entreprenörer och avfallsentreprenörer. Dialogen omfattar exempelvis anpassning av källsorteringsutrustning beroende av skede i byggprocessen samt anpassning och hänsyn till eventuell pågående vårdverksamhet i fastigheterna.

Locum arbetar systematiskt med Byggnadsinformationsmodellering (BIM) vid projektering och framtagande av standardiserade typrum för att optimera resursförbrukningen samt kontinuerlig uppföljning av byggavfall i projekt. Byggvarubedömningen används för att dokumentera och undvika ej önskvärda kemikalier och produkter vilket bidrar till möjliggörande av cirkulära flöden. Genom miljöinventeringar i tidiga skeden identifieras material som kan återanvändas och uppkomsten av byggavfall förebyggs. I arbetet beaktas faktorer som påverkar om återanvändning är möjligt, exempelvis teknisk livslängd, nya lagkrav och projektets tidplan. Under 2020 har exempelvis tegel återanvänts i konst på Sankt Görans sjukhus och gatubelysning på Södertälje sjukhus.

Målsättningen är att uppnå en sorteringsgrad om minst 90 procent i byggprojekt, vilket löpande följs under året. År 2020 uppnåddes målet med en sorteringsgrad på 92 procent. Under året har det skett omfattande ändringar i avfallslagstiftningen vilket innebär att det numera finns utpekade fraktioner som måste sorteras på byggarbetsplatserna. Syftet med utsorteringskraven är öka mängden material som kan förberedas för återanvändning och materialåtervinning. Locum är också i slutskedet att färdigställa en utredning om byggavfall, med syfte att identifiera tänkbara mål och åtgärder för de byggprojekt som väntas i framtida projektportfölj.

Trafikförvaltningen
Under 2018 beslutade trafikförvaltningen om ett inriktningsbeslut utifrån miljöprogrammet som innefattar god styrning och kontroll över avfallshantering för alla bygg- och anläggningsprojekt samt genomförande av materialinventering och identifiering av projektspecifika mål för återbruk i projekt över 50 miljoner kronor. I trafikförvaltningens projekt fungerar sorteringen väl och nu återstår att arbeta för att det sorterade materialet i så hög grad som möjligt återanvänds eller materialåtervinns samt att totalt sett minska avfallsmängderna. 2020 var sorteringsgraden i trafikförvaltningens bygg- och anläggningsprojekt 99,5 procent.

För att nå målet att minska avfall och nå ökat återbruk och materialåtervinning krävs att krav och beställningar i framtiden anpassas så att möjligheterna till avfallsminimering i projekten ökar. Exempel på detta är möjligheter att anpassa design och konstruktion samt att öka återanvändning av befintliga installationer, material och byggdelar vid

ombyggnation och rivning. För att kunna åstadkomma detta behövs bland annat bättre framförhållning och detaljerade inventeringar inför projektering.

Mål 15
Region Stockholm bedömer material och produkter som används vid ny- och ombyggnation enligt Byggvarubedömningens kriterier. 2021 ska 90 procent av material och produkter vara bedömda och år 2021 är minst 90 procent accepterade eller rekommenderade.

Indikator 15.1 Andelen material och produkter som har bedömts enligt Byggvarubedömningens kriterier, i procent.

Region Stockholm ställer höga krav på att de material och produkter som används i bygg- och anläggningsprojekt är säkra för människa och miljö, och att de har lågt eller inget innehåll av miljö- och hälsofarliga ämnen. Byggvarubedömningen används för att säkerställa att byggprodukter och dess innehåll kontrolleras, dokumenteras och kan identifieras om de i framtiden visar sig innehålla miljö- och hälsofarliga ämnen. Att registrera och följa upp produkter i Byggvarubedömningen är ett långsiktigt arbete som minskar miljöpåverkan och bidrar till en sund och hälsosam inomhusmiljö.

Målvärdet för kollektivtrafikens fastigheter och anläggningar är att 50 procent av material och produkter ska vara bedömda år 2021 och för övriga regionägda fastigheter är målet att 90 procent ska vara bedömda. Locum och förvaltningen för utbyggd tunnelbana har rapporterat en hög andel bedömda material som ligger över målvärdet för 2021. Uppgifter om totala antalet använda material och produkter saknas dock för Trafikförvaltningen, varför andel bedömda material och produkter inte har kunnat fastställas.

Locum AB
Locum rapporterar andel registrerade material och produkter för pågående och avslutade projekt. Rapporteringen omfattar de material och produkter som specificeras i Locums styrdokument för Byggvarubedömningen[13]. Under slutet av 2020, fanns 3260 material och produkter registrerade och av dem har 100 procent bedömts enligt Byggvarubedömningens kriterier. Målet om 90 procent bedömda material och produkter har därmed överträffats.

Trafikförvaltningen

[13] Under året gjordes en uppdatering för att följa kraven i Miljöbyggnad 3.0 och generellt tydliggöra gränsdragningar, varför produkter som omfattas av både nuvarande styrdokument (Riktlinje för produkt- och materialval) och tidigare styrdokument (Övergripande anvisning för produkt- och materialval, bedömningskriterier) redovisas i statistiken.

Trafikförvaltningen redovisar andel bedömda material och produkter av de som hittills är inlagda i Byggvarubedömningen kopplat till förvaltningens bygg- och anläggningsprojekt. Under 2020 fanns 5639 material och produkter registrerade och av dessa har 89 procent bedömts. Antalet produkter som registrerats i Byggvarubedömningen har mer än fördubblats sedan förra året, vilket är positivt. Det återstår dock arbete med att lägga in material och produkter i byggvarubedömningen för att få en översikt över det totala antalet material och produkter, vilket gör att andelen som bedömts i verkligheten kan skilja sig från den redovisade siffran. Förvaltningen bedömer att det kommer att vara svårt att utvärdera måluppfyllnad 2021 till följd av detta. En utmaning för anläggningsprojekt är även att många anläggningsprodukter saknas i Byggvarubedömningen men också att innehåll av utfasningsämnen inte slår igenom i bedömningen av komplexa produkter som hissar eller rulltrappor. I samarbete med FUT har därför en vägledning för vilka produkter som undantas från bedömning enligt BVB-kriterierna tagits fram och som istället ska bedömas på annat sätt.

Förvaltning för utbyggd tunnelbana
Förvaltning för utbyggd tunnelbana implementerade målet för andel bedömda material och produkter enligt Byggvarubedömningens kriterier i styrande dokument kring produkt- och materialval år 2017[14]. Förvaltningen rapporterar andel material och produkter för färdigställda entreprenader. Pågående projekt ingår därmed inte i inrapporterade siffror för indikator 15.1. För 2020 har två projekt avslutats. I dessa har 83 material och produkter använts, varav 95 procent bedömts enligt Byggvarubedömningens kriterier.

Tabell 13: Andel material och produkter som har bedömts enligt Byggvarubedömningens kriterier

	2020	2019	2018
Locum	99,8%*	99%*	98 %
Trafiknämnden			
Trafikförvaltningen	i.u.**	i.u.**	i.u.**
Förvaltningen för utbyggd tunnelbana	95%***	100%***	100%***

*Omfattar de material och produkter som specificeras i Locums styrdokument ”Övergripande anvisning – Produkt- och materialval, bedömningskriterier
**Uppgifter om totala antalet använda material och produkter saknas
***100% gäller för slutförda projekt, värdet för ej avslutade projekt går ej att få fram ännu då antalet ej bedömda material saknas.

[14] Mål 15 i miljöprogrammet avser bedömning enligt Byggvarubedömningens kriterier och förvaltningen tillämpar en översättningsnyckel mellan BVB:s kriterier och andra materialvalsdatabaser. Utifrån denna räknas produkter som är godkända i materialdatabaserna Sunda Hus eller BASTA till de accepterade produkterna i rapporteringen.

Indikator 15.2 Andelen accepterade eller rekommenderade material och produkter av de som har bedömts enligt Byggvarubedömningens kriterier, i procent.

Målvärdet för Region Stockholm är att 90 procent av de material och produkter som bedömts ska vara accepterade eller rekommenderade år 2021. Resultatet är som helhet 88 procent under 2020, och är därmed på god väg att uppfylla miljöprogrammets mål om 90 procent.

Förvaltning för utbyggd tunnelbana
Förvaltning för utbyggd tunnelbana rapporterar att 92 procent av bedömda material och produkter är accepterade eller rekommenderade. Redovisningen bygger på både avslutade och pågående projekt. Bedömningen är att det finns goda möjligheter att nå målet om 90 procent accepterade eller rekommenderade material år 2021.

*Locum A*B
Locum rapporterar att 93 procent bedömda material och produkter är accepterade eller rekommenderade under 2020. Locum överträffar därmed målet om 90 procent för fjärde året i rad under pågående miljöprogramsperiod.

Trafikförvaltningen
Trafikförvaltningen redovisar att 85 procent av bedömda material och produkter är accepterade eller rekommenderade för 2020.

Tabell 14: Andelen accepterade eller rekommenderade material och produkter av de som har bedömts enligt Byggvarubedömningens kriterier

	2020	2019	2018
Locum	93 %	94%	92%
Trafiknämnden			
Trafikförvaltningen	85%*	82%	83%
Förvaltningen för utbyggd tunnelbana	92%**	89%*	91%*
Totalt Region Stockholm	**88%**	**91%**	**91%**

* Uppgifter saknas om totalt antal använda material och produkter som inte har registrerats i Byggvarubedömningen. Uppgiften avser andel av produkter som är registrerade i Byggvarubedömningen

**Gäller alla projekt även ej avslutade.

3.6 Riktlinjer Miljöprogram 2017–2021

Riktlinjerna för miljöarbetet innehåller ett antal styrande principer som Region Stockholms förvaltningar och bolag ska arbeta utifrån för att minska sin miljöpåverkan. De styrande principerna sätter därmed basnivån för Region Stockholms miljöarbete.

Region Stockholm ska arbeta systematiskt och målmedvetet för att successivt och effektivt minska verksamhetens negativa miljöpåverkan. Miljöarbetet ska inspirera andra aktörer, stimulera till innovation och utveckling inom miljöområdet och bidra till att organisationen uppfattas som en attraktiv arbetsgivare. Riktlinjerna följdes upp detaljerat 2019 och på grund av att de nyligen följts upp, samt den pågående pandemin görs ingen uppföljning av dem för 2020.

Mer information om riktlinjerna och de styrande principerna finns i Miljöprogram 2017-2021 (LS 2015-0092).

Bilaga A: Resultatdispositioner år 2020 för resultatenheter inom nämnder

Tkr	UB Lokalt kapital 2020 före årets resultat	Årets resultat	Resultat-krav enligt budget	Förändring av centralt kapital [1]	IB Lokalt kapital 2021 efter resultat-disposition
Regionstyrelsen					
Regionledningskontoret	22 485	564 517	0	564 517	22 485
Skadekontot	55 000	183	0	183	55 000 [2]
Hälso- och sjukvårdsnämnden	13 404	253 143	0	253 143	13 404
Fastighets- och servicenämnden					
Serviceförvaltningen	0	61 065	5 000	61 065	0
Landstingsfastigheter	5 080 385	936 905	463 000	936 905	5 080 385
Gymnasieutbildning	71	-4 208	0	-4 208	71
NKS Bygg	0	89 027	0	89 027	0
SF IT	0	14 011	0	14 011	0
Stockholms läns sjukvårdsområde	562 047	228 641	220 000	228 641	562 047
Karolinska Universitetssjukhuset	360 013	73 192	53 000	73 192	360 013
Trafiknämnden					
Trafikförvaltningen	972	14 140	0	14 140	972
Förvaltning för utbyggd tunnelbana	2	4 442	0	4 444	0
Färdtjänstnämnden	47 650	376 596	0	376 596	47 650
Vårdens kunskapsstyrningsnämnd	0	1 041	0	1 041	0
Kulturnämnden	78	475	0	475	78
Tillväxt- och regionplanenämnden	0	2	0	2	0
Revisorskollegiet	1 400	13	0	-162	1 575 [3]
Patientnämnden	458	1 701	0	1 701	458
Summa Totalt	**6 143 965**	**2 614 886**	**741 000**	**2 614 713**	**6 144 138**

1) + = avsättning till centralt landstingskapital
- = täckning ur centralt landstingskapital

2) Enligt LS 0110-0580 ska det egna kapitalet lägst uppgå till 55 miljoner kronor

3) Resultatdisposition sker mot resultatenhetens landstingskapital

Bilaga B: Resultatdispositioner år 2020 för bolag inom koncernen Landstingshuset i Stockholm AB

Tkr	Eget kapital 2020-01-01	Utdelning reglerad 2020	Justering av eget kapital	Årets resultat	Aktieägar-tillskott erhållna (+)	Eget kapital 2020-12-31
Landstingshuset i Stockholm AB	441 264	0	0	373 143	0	814 407
Södersjukhuset AB	533 458	0	0	-18 638	0	514 820
Danderyds Sjukhus AB	297 650	0	0	-56 901	0	240 749
Södertälje Sjukhus AB	127 917	0	0	-1 818	0	126 099
S:t Eriks Ögonsjukhus AB	200 087	0	0	-4 197	0	195 890
Folktandvården Stockholms län AB	366 123	0	0	-11 075	123 530	478 578
AISAB	69 923	0	0	-346	0	69 577
Stockholm Care AB	18 123	0	0	-7 184	0	10 939
MediCarrier AB	45 511	0	0	394	0	45 905
Locum AB	131 912	0	0	-919	0	130 993
AB Terreno	3 701	0	0	0	0	3 701
AB SLL Internfinans	45 618	0	0	-57	0	45 561
Huddinge Universitetssjukhus AB, vilande	285	0	0	0	0	285

Bilaga C: Resultatdispositioner år 2020 för bolag inom koncernen AB Storstockholms Lokaltrafik

Tkr	Eget kapital 2020-01-01	Utdelning reglerad 2020	Korrigering av eget kapital	Årets resultat	Aktieägar-tillskott erhållna (+)	Eget kapital 2020-12-31
AB SL	6 828 662	0	0	-1 293 398	0	5 535 264
Waxholms Ångfartygs AB	35 335	0	0	16 471	75 000	126 806
AB SL Finans	121	0	0	1	0	122
SL Älvsjö AB	2 096	0	0	380	11 294	13 770

Bilaga D: Aktieägartillskott år 2020 inom koncernen Landstingshuset i Stockholm AB

Tkr	Årets resultat	Återbetalning av villkorade aktieägartillskott att reglera 2021	Aktieägar-tillskott att reglera 2021	Balans-omslutning 2020-12-31	Soli-ditet %
Landstingshuset i Stockholm AB	373 143	13 000	-123 530	2 158 393	38
Södersjukhuset AB	-18 638	0	0	4 611 726	11
Danderyds Sjukhus AB	-56 901	0	0	3 385 207	7
Södertälje Sjukhus AB	-1 818	0	0	1 096 063	12
S:t Eriks Ögonsjukhus AB	-4 197	0	0	712 576	28
Folktandvården Stockholms län AB	-11 075	0	123 530	1 358 432	30
Ambulanssjukvården i Storstockholm AB	-346	-13 000	0	232 526	26
Stockholm Care AB	-7 184	0	0	58 418	22
MediCarrier AB	394	0	0	408 155	11
Locum AB	-919	0	0	475 918	28
AB Terreno	0	0	0	3 764	98
AB SLL Internfinans	-57	0	0	57 933	80
Huddinge Universitetssjukhus AB (vilande)	0	0	0	285	100

Bilaga E: Aktieägartillskott år 2020 inom koncernen AB Storstockholms Lokaltrafik

Tkr	Årets resultat	Återbetalning av villkorade aktieägartillskott att reglera 2021	Aktieägar-tillskott att reglera 2021	Balans-omslutning 2020-12-31	Soli-ditet %
AB Storstockholms Lokaltrafik	-1 293	0	-86 294	58 967 015	9
SL Älvsjö AB	380	0	11 294	89 830	15
AB SL Finans	1	0	0	2 204 311	0
Waxholms Ångfartygs AB	16 471	0	75 000	629 956	20

Bilaga F: Ärenden som behandlas i samband med Årsredovisning 2020 för Region Stockholm

I denna bilaga beskrivs och motiveras följande ärenden som behandlas i samband med ärende RS 2020-0769, Årsredovisning 2020 för Region Stockholm:

Övriga ärenden

- Läget i Stockholmsregionen – 2020 års uppföljning av RUFS (RS 2021-0039)
- Överlämnande av slutrapport som avser genomlysning av Nya Karolinska Solna-projektet (LS 2016-1186)
- Avgift för besök hos läkare på specialistmottagning
- Riktlinjer mot kränkande särbehandling, diskriminering, trakasserier och sexuella trakasserier (RS 2019-0446)
- Fastställande av ansvaret för Tobiasregistret (2021-0083)
- Uppföljning av arbetet som skett utifrån kompetensförsörjningsstrategin (LS 2016-1482)
- Revidering av regionrevisorernas reglemente (LS 2017-1575)

Styrande dokument

- Life science-strategi för Stockholmsregionen (RS 2019-0751)
- Policy för verksamhetsskydd (RS 2020-0147)
- Riktlinjer för informationssäkerhet (RS 2020-0148)
- Riktlinjer för anti-korruption och representation (RS 2020-0266)

Motioner

- Motion 2019:28 av Jonas Lindberg (V), om att häva OPS-avtalet för Nya Karolinska Solna (NKS) (RS 2019-0636)
- Motion 2020:1 av Jens Sjöström (S) om elväg för SL-trafiken (RS 2020-0179)
- Motion 2020:5 av Jens Sjöström (S) angående kollektivtrafiken till Arlanda (RS 2020-0183)
- Motion 2020:06 av Maria Mustonen (V) om kravställning för bättre arbetsmiljö vid kollektivtrafikupphandlingar (RS 2020-0184)
- Motion 2020:8 av Jonas Lindberg (V) om verksamhetsnära forskning i vården (RS 2020-0186)
- Motion 2020:9 av Marit Normasdotter (V) om mammografi för transpersoner (RS 2020-0187)
- Motion 2020:11 av Mehdi Oguzsoy (V) om att Region Stockholm erbjuder lånecyklar till alla anställda som jobbar inom regionens verksamheter (RS 2020-0189)
- Motion 2020:13 av Leonid Yurkovskiy (SD) om att dra in det ekonomiska bidragsstödet till Ibn Rushd (RS 2020-0191)

- Motion 2020:15 av Gabriel Kroon (SD) och Simon Solberg (SD) om utvärdering av offentliga informationskampanjer (RS 2020-0193)
- Motion 2020:20 av Britt-Mari Canhasi (SD) och Leonid Yurkovskiy (SD) om information gällande risker kopplade till inavel mellan kusiner (RS 2020-0323)
- Motion 2020:21 av Anna Sehlin (V) om sänkta arvoden till politiker (RS 2020-0324)
- Motion 2020:22 av Anna Sehlin (V) m.fl. om att driva kollektivtrafiken i egen regi (RS 2020-0325)
- Motion 2020:24 av Jonas Lindberg (V) om att utreda kostnadsansvaret för medicinsk service och läkemedel (RS 2020-0327)
- Motion 2020:26 av Jonas Lindberg (V) om att privata vårdgivare måste bidra i kris (RS 2020-0438)
- Motion 2020:27 av Gabriel Kroon (SD) m.fl. om ekonomiska patientincitament (RS 2020-0439)
- Motion 2020:28 av Elinor Odeberg (S), Robert Johansson (S) och Lowisa Anderzon (S) om att öppna specialiserad mottagning för vårdpersonal med psykisk ohälsa (RS 2020-0544)
- Motion 2020:29 av Elinor Odeberg (S) m.fl. om elevhälsobaserad första linjens psykiatri – inget barn ska behöva hamna mellan stolarna (RS 2020-0545)
- Motion 2020:30 av Jens Sjöström (S) om att Region Stockholm bör lägga egen regi-anbud inom kollektivtrafiken (RS 2020-0546)
- Motion 2020:31 av Jens Sjöström (S) m.fl. angående sociala och arbetsrättsliga krav vid upphandlingar (RS 2020-0547)
- Motion 2020:32 av Talla Alkurdi (S) m.fl. om behovet av att skala upp folkhälsoarbetet i kölvattnet av coronakrisen (RS 2020–0548)
- Motion 2020:34 av Bengt Larsson (V) m.fl. om en strategi för att minska den ofrivilliga ensamheten (RS 2020–0550)
- Motion 2020:35 av Catarina Wahlgren (V) och Thomas Magnusson (V) om Norrtäljemodellen som föredöme för Region Stockholm (RS 2020-0551)
- Motion 2020:37 av Jonas Lindberg (V) m.fl. om Regionens medicinska insatser för äldre vid kommunernas särskilda boenden kräver en snabb förbättring (RS 2020-0553)
- Motion 2020:38 av Jonas Lindberg (V) om att regionen genom IOP eller egen regi startar en mottagning och verksamhet som riktar sig exklusivt till vårdpersonal med psykisk ohälsa och Utmattningstillstånd (RS 2020-0554)
- Motion 2020:39 av Jonas Lindberg (V) om städning i sjukhusens egen regi (RS 2020-0555)
- Motion 2020:40 av Victor Harju (S) m.fl. om patienter som experter i kris (RS 2020-0694)
- Motion 2020:41 av Tove Sander (S) m.fl. om att förbättra vården för sexuellt traumatiserade (RS 2020-0695)

- Motion 2020:42 av Jens Sjöström (S) och Khashayar Farmanbar (S) om Saltsjöbanans nygamla vagnar (RS 2020-0696)
- Motion 2020:43 av Talla Alkurdi (S) m.fl. om att rädda Norrtäljemodellen - dags för en rättvis ersättning till vården i Norrtälje! (RS 2020-0697)
- Motion 2020:44 av Talla Alkurdi (S) m.fl. att det är dags för en fast vårdkontakt i primärvården (RS 2020-0698)
- Motion 2020:46 av Jonas Lindberg (V) om införande av områdesansvar och obligatorisk listning till husläkarmottagningarna (RS 2020–0700)
- Motion 2020:47 av Jonas Lindberg (V) om att utreda den ökade användningen av digital utomlänsvård (RS 2020-0701)
- Motion 2020:48 av Lina El Yafi (V) och Anna Sehlin (V) om utökad regional försörjning av förnybar energi (RS 2020-0702)
- Motion 2020:49 av Kerstin Amelin (V) m.fl. om livscykelanalyser och miljöcertifiering vid investeringar (RS 2020-0703)
- Motion 2020:50 av Gabriel Kroon (SD) om medicinteknisk utrustning som internationellt bistånd (RS 2020-0704)
- Motion 2020:2 av Talla Alkurdi (S) om att inrätta en akutkommission (RS 2020-0180)

Beslut i respektive ärende motiveras nedan. Ytterligare beslutsunderlag, bland annat remisser, remissvar, motioner, finns att tillgå i diariet.

Övriga ärenden

Läget i Stockholmsregionen – 2020 års uppföljning av RUFS (RS 2021-0039)

Tillväxt- och regionplanenämnden har i uppdrag att, i samråd med regionstyrelsen, under 2019 - 2026 årligen följa upp RUFS 2050 och återrapportera till regionfullmäktige (LS 2015–0084, LS 2018–0279). 2020 års uppföljning har sammanställts i rapporten *Läget i Stockholmsregionen 2020 – Uppföljning av RUFS 2050* (TRN 2020–0219).

Rapporten visar att Stockholmsregionen utvecklas i både positiv och negativ riktning i förhållande till vision, mål, regionala prioriteringar och ambitioner vad gäller hållbar utveckling i RUFS 2050.

Uppföljningen av delmålen i RUFS 2050 visar en övervägande positiv utveckling, exempelvis vad gäller andelen som bor i de relativt mest tillgängliga lägena, luftkvalitet, medellivslängd, andelen gymnasieelever som fullföljer gymnasieexamen, sysselsatta med högre utbildning, årlig energianvändning per invånare, mängd hushållsavfall samt andelen med tillgång till snabbt bredband.

De delmål som inte har utvecklats i rätt riktning eller i tillräckligt snabb takt, behöver prioriteras. I årets uppföljning framstår detta med extra skärpa i och med den kraftfulla kris Coronapandemin lett till. Tre områden beskrivs i uppföljningen som nödvändiga att arbeta med för att öka förutsättningarna att gå stärkt ur krisen och hålla i arbetet med att nå Stockholmsregionens långsiktiga mål:

- Stärk kompetens- och bostadsförsörjningen för Stockholmsregionens invånare
- Stärk Stockholmsregionens tillgänglighet genom grön omställning
- Stärk Stockholmsregionens internationella ställning och attraktionskraft

Valet av dessa tre kraftsamlingsområden baseras dels på den framtidsanalys om Coronapandemins effekter som gjorts samt dels att föregående års prioriteringar även fortsättningsvis är aktuella för att Stockholmsregionen ska utvecklas i rätt riktning.

Region Stockholm avser framöver att fördjupa och förstärka analysen av regionens utveckling och skapa förutsättningar för att andra verksamheter inom Region Stockholm ska kunna bidra till denna analys. Eftersom tillväxt- och regionplaneförvaltningen och regionledningskontoret ska slås samman till en förvaltning finns goda förutsättningar för ett effektivare arbete framöver. I samband med genomförandet av de regionala

prioriteringarna ska det undersökas om förutsättningar kan skapas för regionala aktörer att bidra till den årliga analysen av regionens utveckling för att stärka det gemensamma lärandet i regionen. Regionledningskontoret föreslår att rapporten Läget i Stockholmsregionen 2020 – uppföljning av RUFS 2050 godkänns.

Överlämnande av slutrapport som avser genomlysning av Nya Karolinska Solna-projektet (LS 2016-1186)

Stockholms universitet har tidigare levererat tre delrapporter av universitetets oberoende genomlysning av Nya Karolinska Solna-projektet. Nu överlämnas den sammanfattande slutrapporten som regionfullmäktige föreslås lägga till handlingarna. Slutrapporten innehåller slutsatser som belyser komplexa samhällssatsningar från idé, genomförande och slutligt ianspråktagande av ett stort och för regionen viktigt universitetssjukhus. Slutsatser som har en bred tillämpning för komplexa projekt.

Landstingsfullmäktige i Stockholms län beslutade den 13 september 2016, (LS 2015-1106) att ge landstingsstyrelsen i uppdrag att genomföra en oberoende genomlysning av beslut rörande projektet att uppföra ett nytt universitetssjukhus i Solna. Landstingsstyrelsen beslutade den 30 maj 2017 (LS 2016-1186) att godkänna genomförandet av en oberoende genomlysning av Nya Karolinska Solnaprojektet.

Stockholms universitet, som getts i uppdrag att genomföra den oberoende genomlysningen av Nya Karolinska Solna-projektet, har sedan 2018 levererat tre delrapporter. I den första rapporten redovisades resultat från en studie av processerna bakom beslutet om att bygga Nya Karolinska Solna. Nästa delrapport behandlade analyser avseende beslut om genomförande av byggnationen, beslut om att sluta kontrakt enligt OPS-modellen samt beslut om verksamhetsinnehållet. Den sista delrapporten innehåller analyser om förändringsarbetet i Nya Karolinska Solna under åren 2012 till 2017.

Slutrapporten är en avslutande bok, där resultat från samtliga delprojekt diskuteras och syntetiseras. Slutrapporten liksom delrapporterna har analyserat ett stort samhällsbyggnadsprojekt ur olika aspekter. Slutsatserna har en bred tillämplighet för att effektivisera genomförande och förståelse av stora viktiga och komplexa samhällssatsningar från idé, genomförande och slutligt ianspråktagande som i detta fall av ett stort och för regionen viktigt universitetssjukhus.

Regionledningskontoret föreslår att regionfullmäktige lägger slutrapporten - Megaprojektet Nya Karolinska Solna. Beslutsprocesserna bakom en sjukvårdsreform. - till handlingarna.

Avgift för besök hos läkare på specialistmottagning (RS 2020–0469)

I samband med beslut om budget 2021 beslutade regionfullmäktige om bilagan Taxor och avgifter, i vilken regionfullmäktige anger att patientavgiften för besök hos läkare på specialistmottagning höjs till 400 kronor från och med den 1 januari 2021.

I bilagan redovisas också i tabellform en sammanställning av taxor och avgifter för hälso- och sjukvård i Stockholms län. I denna sammanställning ändrades av misstag endast en av de tre besökstyper som påverkas av beslutet om höjd avgift: Avgiften för besök hos läkare på specialistmottagning inklusive psykiatrisk mottagning är korrekt angiven till 400 kronor. Avgiften för planerat återbesök hos läkare på akutsjukhusens akutmottagningar/specialistakut anges däremot felaktigt till 350 kronor. Detsamma gäller avgiften för besök i dagsjukvård (dagkirurgi, dagmedicin och övrig dagsjukvård) som också felaktigt anges till 350 kronor.

Regionledningskontoret föreslår följande.
Patientavgift för besök hos läkare på specialistmottagning, enligt bilaga 7 till budget 2021 för Region Stockholm, Taxor och avgifter, omfattar a) besök hos läkare på specialistmottagning inklusive psykiatrisk mottagning, b) planerat återbesök hos läkare på akutsjukhusens akutmottagningar/specialistakut samt c) besök i dagsjukvård (dagkirurgi, dagmedicin och övrig dagsjukvård).

Riktlinjer mot kränkande särbehandling, diskriminering, trakasserier och sexuella trakasserier (RS 2019-0446)

I samband med beslut om budget 2021 beslutade regionfullmäktige om att fastställa Riktlinjer mot kränkande särbehandling, diskriminering, trakasserier och sexuella trakasserier (RS 2019-0446).

Regionledningskontoret föreslår nu att regionstyrelsen föreslår att regionfullmäktige beslutar följande.

Regionstyrelsen får vid behov besluta om ändringar i Riktlinjer mot kränkande särbehandling, diskriminering, trakasserier och sexuella trakasserier under förutsättning att de inte är av principiell betydelse.

Fastställande av ansvaret för Tobiasregistret (RS 2021-0083)

Regionfullmäktige beslutade den 17 november 2020 att verksamheten i Stockholm Care AB ska föras över till Karolinska Universitetssjukhuset från den 1 januari 2021. I den fördjupade utredningen inför verkställandet framkom sådana omständigheter att det sammantaget bedömdes olämpligt att riskera en försämring av registret genom att donatorer inte kommer att kvarstå i registret när en det överförs till en annan organisation. Bedömningen bygger på en analys av de regler som gäller för ansvaret för behandlingen av känsliga personuppgifter enligt EU:s Dataskyddsförordning (GDPR). Vid överföring till en annan juridisk person krävs enligt GDPR ett nytt uttryckligt samtycke för överföringen från var och en av de registrerade. Mot bakgrund av risken att donatorer efter en sådan förfrågan inte kommer kvarstå i registret har inte beslutet avseende verksamheten som gäller Tobias Registret förts över till Karolinska Universitetssjukhuset. Nu förslås istället med ändring av regionfullmäktiges beslut Tobias Registret fortsatt vara ett ansvar för Stockholm Care AB. Till följd av detta föreslås även ändringar och fastställande av ägardirektiv för bolaget samt ändring av bolagsordningen för bolaget. Bolagsnamnet föreslås ändras till Tobiasregistret AB. Vidare föreslås en ändring av Karolinska Universitetssjukhusets reglemente. Verksamheten i Stockholm Care AB som gäller övrig verksamhet har till alla delar förts över till Karolinska Universitetssjukhuset i enlighet med regionfullmäktiges tidigare beslut.

Regionfullmäktige beslutade den 17 november 2020 (RS 2020-0469 RS 2020-0622, RS 2019-1079,) att ansvaret för verksamheten i Stockholm Care AB ska avvecklas och bolagets ansvarsområden ska överföras till Karolinska Universitetssjukhuset från och med den 1 januari 2021. Generella och specifika ägardirektiv för Stockholm Care AB beslutades att upphöra att gälla från och med den 1 januari 2021

Karolinska Universitetssjukhuset fick vid samma tillfälle i uppdrag att tillsammans med Stockholm Care AB före den 31 december 2020 ingå ett överlåtelseavtal i vilket Stockholm Care AB:s tillgångar och skulder överförs till Karolinska universitetssjukhuset, genomföra övriga nödvändiga åtgärder med anledning av organisationsförändringen samt i samråd med Stockholm Care AB verkställa verksamhetsövergång i enlighet med avtal och regler samt verkställa nödvändiga åtgärder avseende personuppgiftshantering avseende Tobias Registret.

Verkställighet av regionfullmäktiges beslut påbörjades direkt efter regionfullmäktiges beslut. Vid årsskiftet överfördes verksamheten som gäller tjänsteexport av vård till Karolinska Universitetssjukhuset. Ett överlåtelseavtal är upprättat mellan Stockholm Care AB och Karolinska

Universitetssjukhuset för att reglera ekonomin kopplat till verksamheten och de personer som arbetar i verksamheten har bytt arbetsgivare.

Stockholm Cares verksamhet som avser Tobias Registret har inte, som regionfullmäktige beslutat, överlåtits till Karolinska Universitetssjukhuset det vill säga fullmäktiges beslut har inte verkställts. Stockholm Care AB har på samma sätt som tidigare fortsatt sitt arbete.

Tobias Stiftelsen bildades i februari 1992 med syfte att "stödja upprättandet och vidmakthållandet av ett svenskt stamcells(benmärgs)register samt stödja forskning på området". vilket är det svenska registret för blodstamceller.

En fördjupad utredning har genomförts av bland annat personuppgiftsansvaret avseende de personuppgifter som finns i Tobias Registret. Samtliga donatorer har vid anmälan till registret lämnat sitt uttryckliga samtycke till behandling av deras personuppgifter i Tobias Registret. Vid ett överförande av ansvaret för behandlingen av de känsliga personuppgifterna till en annan juridisk person krävs att samtliga donatorer lämnar sitt uttryckliga samtycke till att en annan juridisk person behandlar deras känsliga personuppgifter i enlighet med EU:s Dataskyddsförordning (GDPR). En sammantagen bedömning har därför lett fram till att nyttan av registret inte kan riskeras genom att det kan finnas donatorer som väljer att inte kvarstå i registret vid en förnyad förfrågan om samtycke till att personuppgifterna hanteras av en annan organisation. Nyttan av Tobias Registret för presumtiva patienters vårdbehov är så viktigt att ett överförande av ansvaret till en annan juridisk person inte kan riskeras på sätt som innebär att donatorer väljer att inte samtycka eller att inte svara på en fråga om de samtycker. Risken innebär att de som kan vara lämpliga donatorer i framtiden då inte finns kvar och kan bidra som givare av blodstamceller för att rädda liv för patienter i hela Sverige.

Nu föreliggande förslag innebär även förändringar i Karolinska Universitetssjukhusets reglemente. Punkt 11 i 2 § i reglementet för Karolinska Universitetssjukhuset som innebär att Karolinska Universitetssjukhusets ansvar för Tobias Registret upphör att gälla.

Vidare föreslås bolagsordningen för Stockholm Care AB justeras med anledning av bolagets nu föreslagna kvarvarande och ändrade uppdrag. Företagsnamnet på bolaget föreslås också ändras till Tobiasregistret AB för att tydliggöra bolagets uppgift.

Då Stockholm Care AB fortsättningsvis är ett aktivt bolag ska de generella ägardirektiven gälla för bolaget liksom justerade specifika ägardirektiv som

tydliggör ansvaret för Tobias Registret. Ägardirektiv och uppdrag till bolaget föreslås vara följande.

> Bolaget ska driva och utveckla Tobias Registret för att främja att registret på ett säkert sätt utökar antal donatorer till nytta för vården. Information till godkända och presumtiva donatorer om registret och hur Tobias Registret arbetar ska prioriteras.

Karolinska Universitetssjukhuset har tillstyrkt föreslagna ändringar.

Uppföljning av arbetet som skett utifrån kompetensförsörjningsstrategin (LS 2016-1482)

Den 15 november 2016 antog dåvarande landstingsfullmäktige kompetensförsörjningsstrategi för perioden 2016 -2021. I samband med det fick dåvarande landstingsstyrelsen i uppdrag att under år 2021 återkomma med en samlad uppföljning av arbetet som skett utifrån kompetensförsörjningsstrategin samt ge förslag till fortsatt styrning av arbetet med kompetensförsörjning. Regionledningskontoret följer arbetet med kompetensförsörjning kontinuerligt och har redovisat delar av uppföljningen i bokslut de senaste åren. Med anledning av den rådande pandemin har det inte funnits utrymme att genomföra en samlad uppföljning av arbetet med kompetensförsörjningsstrategin i tid för att kunna återkomma till regionfullmäktige med förslag på fortsatt styrning från och med år 2022. Hälso- och sjukvårdsverksamheterna i synnerhet men även de centrala förvaltningarna har varit mycket hårt belastade av arbetet med att hantera pandemin. Regionledningskontoret föreslår därför att den samlade uppföljningen av arbetet med strategin samt förslag på fortsatt styrning av kompetensförsörjningsarbetet från och med 2023 hanteras i samband med budget för 2023. Arbetet fortsätter med strategiska och långsiktiga satsningar på utbildning, kompetensutveckling samt bättre arbetsmiljö, utifrån den av regionfullmäktige beslutade ramhöjningen om 200 mkr (LS 2017–1455). Fokus ligger på Region Stockholms medarbetare i hälso- och sjukvården. Regionledningskontoret arbetar aktivt tillsammans med verksamheterna för att Region Stockholm ska vara en attraktiv och hållbar arbetsgivare som kan rekrytera, behålla och utveckla medarbetare.

Revidering av regionrevisorernas reglemente (LS 2017-1575)

Regionfullmäktige beslutade den 17 november 2020 om inrättande av en ny nämnd för miljö, hållbarhet och klimat från den 1 juli 2021 (RS 2019-1079). Den 8 december 2020 beslutade regionfullmäktige om bildande av

aktiebolag för utökad satsning på stöd till filmproduktion i Region Stockholm (RS 2019-1142). Med anledning av dessa organisationsförändringar föreslås följande ändringar inom revisionsområde I och III i bilagan till reglemente för regionrevisorerna (LS 2017-1575). Inom revisionsområde I tillkommer klimat- och hållbarhetsnämnden. Inom revisionsområde III tillkommer Filmbolaget AB.

Styrande dokument

Life science-strategi för Stockholmsregionen (RS 2019-0751)

Förslaget till Life science-strategi syftar till att identifiera insatsområden och konkreta åtgärder för att realisera målet om att Stockholmsregionen ska bli en av världens fem främsta life science-regioner.
I förslaget pekas fem strategiska områden ut.

1. Tillgång till strukturerade hälsodata och vårdprocessdata
2. En hälso- och sjukvård samt omsorg tillgänglig för samverkan med forskning, innovation och näringslivsutveckling.
3. Precisionsmedicin ger patient och invånare tillgång till högupplöst diagnostik, individanpassad prevention och behandling
4. Tvärvetenskaplig samverkan skapar lösningar på komplexa utmaningar
5. Life science-företag forskar, utvecklas och växer i Stockholmsregionen

Life science-strategi för Stockholmsregionen kommer att kompletteras med handlingsplaner som beskriver enskilda och gemensamma insatser för att realisera strategins målsättningar. Strategin har utarbetats av regionledningskontoret tillsammans med representanter från Karolinska Institutet och KI Holding i samråd med intressenter inom life science-sektorn i Stockholmsregionen. Förslaget till Life science-strategi har skickats på remiss till 41 remissinstanser. Regionledningskontoret har omarbetat strategin och gjort förtydliganden, i enlighet med de förslag och synpunkter remissyttrandena innehållit. Sammantaget har remissinstanserna varit mycket positiva till strategin och de flesta har meddelat att de vill bidra aktivt i arbetet att förverkliga målbilden.

Regionledningskontoret föreslår att Life science-strategi för Stockholmsregionen, (RS 2019-0751), föreslås fastställs.

Policy för verksamhetsskydd (RS 2020-0147)

En gemensam övergripande policy för verksamhetsskydd anger styrande principer för arbetet med att skydda Region Stockholms verksamheter och information, och vänder sig till medarbetare, chefer, studenter, förtroendevalda och till funktioner med stödjande roll, liksom till alla som genom avtal arbetar på uppdrag av Region Stockholm. Policyn för verksamhetsskydd är utgångspunkten för allt arbete med informationssäkerhet, säkerhet, säkerhetsskydd, krisberedskap och civilt försvar. Den anger att Region Stockholms verksamhet ska bedrivas med så få störningar och kriser som möjligt, och i de fall de uppkommer ska de kunna hanteras.

Policyn för verksamhetsskydd för Region Stockholm (RS 2020–0147) föreslås gälla från och med den 1 juni 2021 och därmed upphör Informationssäkerhetspolicy (LS 1112-1733) samt Policy för säkerhet (LS 2015-0093) att gälla.

Av de 17 remissinstanser som yttrat sig över förslaget är det åtta som har framfört att policyn för verksamhetsskydd inte kommer att medföra ekonomiska konsekvenser, medan två har framför att policyn kommer att medföra ekonomiska konsekvenser. Ytterligare två remissinstanser framför att det är oklart eller svårt att bedöma ekonomiska konsekvenser utan färdiga riktlinjer eller vägledning.

Regionledningskontoret föreslår att Policy för verksamhetsskydd (RS 2020-0147), fastställs från och med den 1 juni 2021 och nu gällande informationssäkerhetspolicy (LS 2018-0652) samt policy för säkerhet (LS 2015-0093) upphör därmed att gälla.

Riktlinjer för informationssäkerhet (RS 2020-0148)

Riktlinjer för informationssäkerhet konkretiserar Region Stockholms verksamhetsskyddspolicy och är styrande för skyddet av informationstillgångar som hanteras vid Region Stockholms samtliga nämnder och bolag. Informations- och cybersäkerhetsriskerna ökar i takt med den snabba tekniska utvecklingen och den ökande digitaliseringen, och nämnder och bolag behöver arbeta med skyddsåtgärder utifrån aktuell hotbild och bestämmelserna i dessa riktlinjer. Dokumentet vänder sig framförallt till chefer och funktioner med stödjande roll i nämnder och bolag. En vägledning som stöd vid tillämpningen av riktlinjerna kommer att tas fram efter beslut.

Det finns olika bedömningar från remissinstanserna avseende ekonomiska konsekvenser av riktlinjerna. En del menar att det inte har någon påverkan,

någon att det kan leda till besparingar och några att det kan leda till vissa kostnadsökningar. Riktlinjer som nämns som kan innebära kostnadsökningar är kring inventering av it-utrustning (RI 5.4.1), regiongemensam godkännandeprocess för distansanslutningar (RI 6.1.3), spårbarhet vid inpassering (RI 8.2.3), information om att loggning sker (RI 9.3.3) samt godkännandeprocess för vilken utrustning som får anslutas på Region Stockholms nätverk (RI 10.1.3). Vad gäller inventering av it-utrustning samt godkännandeprocesser har dessa i viss mån skrivits om i linje med de synpunkter som har inkommit. Vad gäller spårbarhet vid inpassering har riktlinjen tagits bort i sin helhet efter kostnadsavvägning, med ambitionen att införa denna skrivning på sikt. I delen om information om loggning har riktlinjen justerats i linje med de inkomna synpunkterna.

Regionledningskontoret föreslår att Riktlinjerna för informationssäkerhet föreslås att gälla från och med den 1 juni 2021 och därmed upphör nu gällande riktlinjer för informationssäkerhet (LS 2018-0652) och därtill hörande tillämpningsanvisningar att gälla.

Riktlinjer för anti-korruption och representation (RS 2020-0266)

Region Stockholms riktlinjer för anti-korruption och representation har setts över mot bakgrund av bland annat antagandet av Uppförandekod för Region Stockholm. I förslaget till nya riktlinjer har bland annat syftet med riktlinjerna förtydligats och målgruppen breddats. Riktlinjerna kompletterar Uppförandekod för Region Stockholm i de delar som direkt eller indirekt rör antikorruption i vid bemärkelse.

De nu gällande riktlinjerna för anti-korruption och representation beslutades av dåvarande landstingsfullmäktige 2016 (LS 2015-1342). Efter det att Uppförandekod för Region Stockholm beslutades under 2019 (LS 2017-1198) har riktlinjerna för anti-korruption och representation setts över och behov att revidera och förtydliga riktlinjerna har identifierats. Riktlinjerna konkretiserar och kompletterar Uppförandekod för Region Stockholm i de delar som direkt eller indirekt rör anti-korruption i vid bemärkelse. Bestämmelserna syftar till att skapa förutsättningar för ansvarsfulla personliga överväganden och beslut som styr bort från förtroendeskadliga beteenden och korruptionsbrott. Riktlinjerna föreslås gälla för förtroendevalda, anställda samt inhyrd personal och andra uppdragstagare som kan jämställas med anställda i Region Stockholms nämnder, bolag samt stiftelser där Region Stockholm är förvaltare eller utser majoriteten av styrelsen. Detta är en bredare målgrupp än för nu gällande riktlinjer som bara omfattar förtroendevalda och anställda. I de föreslagna riktlinjerna återfinns även en bestämmelse om att bolagen ska följa den s.k. näringslivskoden som antagits av Institutet mot mutor. Syftet

med riktlinjerna har också förtydligats. Vikten av ett gott omdöme och det personliga ansvaret betonas i förslaget till nya riktlinjer. Såsom i nu gällande riktlinjer regleras vad som är otillåtet att ta emot från en extern part. Det ges också exempel på förmåner som normalt anses tillåtna. Beloppsgränserna för extern representation sänks. Riktlinjerna innehåller även information om jäv samt regler om vad som gäller i fråga om intern representation och gåvor från arbetsgivaren. All representation som Region Stockholm erbjuder eller där medarbetare deltar ska ha ett tydligt samband med och ingå som ett naturligt och nyttigt led i medarbetarens arbete och som regel även kännetecknas av måttfullhet. Vidare innehåller förslaget till riktlinjer information om vad som ska göras vid misstanke om brott eller allvarliga oegentligheter.

Regionledningskontoret föreslår att förslaget till nya riktlinjer för anti-korruption och representation fastställs.

Motioner

Motion 2019:28 av Jonas Lindberg (V), om att häva OPS-avtalet för Nya Karolinska Solna (NKS) (RS 2019-0636)

Jonas Lindberg (V) har inkommit med en motion till regionfullmäktige i vilken föreslås att Region Stockholm under mandatperioden ska inleda processen med att häva avtalet om offentlig-privat samverkan (OPS-avtalet) för Nya Karolinska Solna (NKS) med projektbolaget Swedish Hospital Partners AB (SHP). En hävning av OPS-avtalet skulle innebära en överföring av finansiella och operativa risker från projektbolaget till Region Stockholm samt en kostnad för risköverföringen i form av ersättning för utebliven vinst till projektbolaget. Mot denna bakgrund föreslår regionledningskontoret att motionen ska avslås.

Motion 2020:1 av Jens Sjöström (S) om elväg för SL-trafiken (RS 2020-0179)

Jens Sjöström (S) har inkommit med en motion till regionfullmäktige i vilken föreslås att trafiknämnden får i uppdrag att inleda ett samarbete med Stockholms stad om att inrätta ett försök med trådlösa elvägar för SL-bussar. I motionen föreslås även att uppdra åt trafiknämnden att i samarbete med Stockholms stad identifiera lämpliga busslinjer och vägsträckor där induktionsteknik ska installeras. Regionledningskontoret konstaterar att trafikförvaltningen tidigare har drivit piloter inom elektrifiering med olika tekniker och gör bedömningen att fler piloter inom sakområdet för eldrivna bussar, inte är nödvändigt. Vidare innebär beslutet i trafiknämnden 19 februari 2019 (TN 2017–1727) att en storskalig satsning på infrastruktur för laddning under färd inte ska göras eftersom riskbilden vad gäller kostnad och genomförbarhet är hög. Mot denna bakgrund anser regionledningskontoret att motionen ska avslås.

Motion 2020:5 av Jens Sjöström (S) angående kollektivtrafiken till Arlanda (RS 2020-0183)

Jens Sjöström (S) har inkommit med en motion till regionfullmäktige i vilken trafiknämnden föreslås få i uppdrag att utreda möjligheterna att införa BRT-trafik till Arlanda på destinerade körfält i syfte att förstärka kollektivtrafiken, samt att utreda hur annan kollektivtrafik än buss kan förstärkas till och från Arlanda inklusive spårbunden trafik till och från Märsta Station. Regionledningskontoret framhåller att frågor som rör de strategiska utvecklingsbehoven av kollektivtrafiksystemet på övergripande nivå i länet hanteras inom ramen för arbetet med Kollektivtrafikplan 2050. I kollektivtrafikplanens delrapport 3 identifieras behov kopplade till Arlanda. I det fortsatta arbetet med planen kommer lämpliga åtgärder identifieras för att möta behoven. Mot bakgrund av ovanstående anser regionledningskontoret att motionen ska anses besvarad.

Motion 2020:06 av Maria Mustonen (V) om kravställning för bättre arbetsmiljö vid kollektivtrafikupphandlingar (RS 2020-0184)

Maria Mustonen (V) har inkommit med en motion till regionfullmäktige i vilken föreslås att inkludera krav på arbetsmiljö i alla kollektivtrafikupphandlingar samt att personalövergång, bibehållet kollektivavtal, medlarskydd och krav på samverkan för arbetsmiljö inkluderas. Vidare föreslås att personaltätheten regleras i alla upphandlingar samt att grundregeln är att ensamarbete och delade turer inte tillåts. Regionledningskontoret anser att det vid upphandlingar av kollektivtrafik görs prövningar och bedömningar i enlighet med gällande lagstiftning för att avgöra om det är behövligt att inkludera arbetsrättsliga villkor i upphandlingen. Vid bedömningar som resulterar i att krav ska ställas sker normalt dialog med de fackliga organisationerna. Mot denna bakgrund anser regionledningskontoret att motionen ska avslås.

Motion 2020:8 av Jonas Lindberg (V) om verksamhetsnära forskning i vården (RS 2020-0186)

I motionen föreslår Jonas Lindberg (V) att Region Stockholm ska arbeta fram en övergripande strategi för hur verksamheterna kan jobba på ett mer forskningsbaserat sätt för att förbättras. Vidare föreslås att forskning för verksamhetsförbättring bli en del av verksamhetsuppdraget i Region Stockholms vårdavtal samt att en utredning görs av vilka förändringar som kan behövas i Region Stockholms styrmodell och ersättningssystem. I och med arbetet med Region Stockholms forsknings- och utvecklingsstrategi, Region Stockholms avtalskrav på vårdgivarnas forsknings, utbildnings-och vårdutveckling samt Region Stockholms deltagande i den nationella kunskapsstyrningsorganisationen tillsammans med andra initiativ, konstaterar regionledningskontoret att flera av de delar som efterfrågas i motionen är implementerade sedan tidigare. Den så kallade

vårdvalsutredningen omfattar bland annat hållbara ersättningsmodeller, att säkra kompetensen på kort och lång sikt – forskning, kunskapsstyrning och utbildning samt avtal, ersättning och styrprinciper som prioriterar vård efter behov och stärker kvalitet och hälsofrämjande arbete. Mot denna bakgrund anser regionledningskontoret att motionen ska anses besvarad.

Motion 2020:9 av Marit Normasdotter (V) om mammografi för transpersoner (RS 2020-0187)

Marit Normasdotter (V) har inkommit med en motion till regionfullmäktige i vilken föreslås att Region Stockholm ska tillsätta en utredning som undersöker hur mammografi bäst kan tillgängliggöras för transmän och ickebinära och att utredningen får i uppdrag att förslå en lösning för hur de juridiska män som behöver mammografi ska kunna få valbara regelbundna kallelser. Region Stockholm erbjuder avgiftsfri screening för bröstcancer med mammografi i enlighet med lag samt Socialstyrelsens föreskrifter om villkor för avgiftsfri screening. Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland har tillsammans med bland andra föreningen för transpersoner (FPES) upprättat en rutin för att inte exkludera personer, som byter juridiskt kön, från medicinskt motiverande screeningundersökningar och för att medvetandegöra screeningprogrammen. Mot bakgrund av ovanstående, anser regionledningskontoret att det motionären föreslår är i linje med redan befintligt arbete och att motionen därmed ska anses besvarad.

Motion 2020:11 av Mehdi Oguzsoy (V) om att Region Stockholm erbjuder lånecyklar till alla anställda som jobbar inom regionens verksamheter (RS 2020-0189)

Mehdi Oguzsoy (V) har inkommit med en motion om att Region Stockholm ska erbjuda lånecyklar till alla anställda som jobbar inom Region Stockholms verksamheter samt service året runt. Regionledningskontoret gör bedömningen att införandet av lånecyklar som förmån för medarbetarna skulle medföra stora kostnader och en omfattande administration som inte står i proportion till värdet och attraktiviteten i ett sådan erbjudande för den enskilda medarbetaren. Mot denna bakgrund anser regionledningskontoret att motionen ska avslås.

Motion 2020:13 av Leonid Yurkovskiy (SD) om att dra in det ekonomiska bidragsstödet till Ibn Rushd (RS 2020-0191)

Leonid Yurkovskiy (SD) har inkommit med en motion till regionfullmäktige i vilken föreslås att det ekonomiska bidragsstödet till det muslimska studieförbundet Ibn Rushd dras in. Folkbildningsrådet har år 2019 låtit genomföra en genomlysning av Ibn Rushd och dess verksamhet där rådets slutsats är att studieförbundet bidrar till att stärka och utveckla demokratin samt att de inte bryter mot Folkbildningsrådets demokrativillkor. Folkbildningsrådets bedömning är även att Ibn Rushd tar den kritik som framförts på stort allvar och har en tydlig åtgärdsplan för att åtgärda de brister som uppdagats. Ärendet har remitterats till kulturnämnden som i

sitt yttrande framhåller att bidragsgivning utgår från höga krav på samtliga aktörer som uppbär aktuellt stöd och ett ständigt pågående arbete sker med att säkra att aktörerna lever upp till dessa krav. Mot denna bakgrund föreslår regionledningskontoret att motionen ska avslås.

Motion 2020:15 av Gabriel Kroon (SD) och Simon Solberg (SD) om utvärdering av offentliga informationskampanjer (RS 2020-0193)

Gabriel Kroon (SD) och Simon Solberg (SD) har inkommit med en motion till regionfullmäktige i vilken föreslås att regionfullmäktige ger regionstyrelsen eller av regionstyrelsen utsedd nämnd i uppdrag att utvärdera ändamålsenligheten vid nuvarande och framtida informationskampanjer sett till kostnad, exponering och förbättrad förståelse hos allmänheten. Regionledningskontoret konstaterar att utvärderingar av kommunikationsinsatser som efterfrågas i motionen genomförs redan idag inom Region Stockholm. Detta bekräftas och beskrivs också i hälso- och sjukvårdsnämnden respektive trafiknämndens yttranden. Mot bakgrund av ovanstående, anser regionledningskontoret att det motionären föreslår är i linje med redan befintligt arbete och att motionen därmed ska anses besvarad.

Motion 2020:20 av Britt-Mari Canhasi (SD) och Leonid Yurkovskiy (SD) om information gällande risker kopplade till inavel mellan kusiner (RS 2020-0323)

Britt-Mari Canhasi (SD) och Leonid Yurkovskiy (SD) har till regionfullmäktige lämnat en motion i vilken hälso- och sjukvårdsnämnden föreslås få i uppdrag att göra en informationssatsning om riskerna med inavel mellan kusiner samt att aktivt främja vårdgivare att informera om riskerna med kusingifte. Motionen har remitterats till hälso- och sjukvårdsnämnden som bekräftar att det finns en ökad risk för ärftliga sjukdomar hos barn till föräldrar som är nära besläktade. Regionledningskontoret har varit i kontakt med Socialstyrelsen som bekräftar att det finns planer på att ta fram ett informationspaket om faktorer som medför medicinska risker vid graviditet, där information om medicinska risker med kusingift kan ingå. Regionledningskontoret föreslår att Region Stockholm avvaktar Socialstyrelsens kommande arbete innan en eventuell informationssatsning genomförs. Mot bakgrund av detta föreslår regionledningskontoret att motionen ska anses besvarad.

Motion 2020:21 av Anna Sehlin (V) om sänkta arvoden till politiker (RS 2020-0324)

Anna Sehlin (V) har inkommit med en motion i vilken hon föreslår beslut om sänkta arvoden till politiker i Region Stockholm. Motionären menar att de politiska arvodena är mycket höga med tanke på de besparingar som Region Stockholm tvingas till. Arvodesberedningen beslutade den 4 mars 2020 att senast våren 2022 utarbeta ett förslag till principer och

arvodesreglemente för förtroendevalda att träda i kraft efter valet 2022. Det som motionären anför om sänkning av arvoden till regionråd och heltidsförtroendevalda ska enligt regionledningskontoret hanteras i samband med denna översyn av arvoden inför kommande mandatperiod. Mot denna bakgrund samt att arvodena inte längre uppräknas varje år anser regionledningskontoret att motionen ska besvaras.

Motion 2020:22 av Anna Sehlin m.fl. (V) om att driva kollektivtrafiken i egen regi (RS 2020-0325)

Anna Sehlin m.fl. (V) har till regionfullmäktige lämnat en motion i vilken de föreslår att trafiknämnden ges i uppdrag att utreda ett successivt övertagande av kollektivtrafiken med mål att driva kollektivtrafiken i egen regi. Motionen har remitterats till trafiknämnden som i sitt yttrande refererar till tidigare utredningar om att driva kollektivtrafik i egen regi eller som upphandlad tjänst. Flera utredningar bekräftar att det är kostnadseffektivt att bedriva trafik på en konkurrensutsatt marknad. De konstaterar vidare att konkurrenssituationen i Stockholms län innebär att upphandlingar av trafikavtal kan uppnå en god konkurrens. Mot bakgrund av detta föreslår regionledningskontoret att motionen ska anses besvarad.

Motion 2020:24 av Jonas Lindberg (V) om att utreda kostnadsansvaret för medicinsk service och läkemedel (RS 2020-0327)

Jonas Lindberg (V) har till regionfullmäktige lämnat en motion i vilken Region Stockholm föreslås utreda vilka konsekvenser kostnadsansvaret för medicinsk service och läkemedel har fått för patienter och vårdgivare. Motionen har remitterats till hälso- och sjukvårdsnämnden samt Karolinska Universitetssjukhuset. I hälso- och sjukvårdsnämndens beslut från 2008 och 2017 om decentraliserat kostnadsansvar framgår att syftet med en sådan princip är att möjliggöra för vårdgivaren att välja den mest fördelaktiga undersökningen eller behandlingen ur så väl ett medicinskt- som ett ekonomiskt perspektiv. Regionledningskontoret konstaterar vidare att det i hälso- och sjukvårdslagen framgår att hälso- och sjukvården ska organiseras så att den främjar kostnadseffektivitet och att en rimlig fördelning av kostnadsansvar för läkemedel och medicinsk service är en viktig princip för en kostnadseffektiv sjukvård. Mot bakgrund av detta föreslår regionledningskontoret att motionen ska anses besvarad.

Motion 2020:26 av Jonas Lindberg (V) om att privata vårdgivare måste bidra i kris (RS 2020-0438)

Jonas Lindberg (V) har till regionfullmäktige inkommit med en motion i vilken föreslås att det i Region Stockholms vårdavtal med privata vårdgivare skrivs in en skyldighet att de privata vårdgivarna vid kris, allvarlig händelse eller katastrof, gör en kompetens- och materialinventering av sina verksamheter och ställer personal, nödvändiga läkemedel och sjukvårdsutrustning till Region Stockholms förfogande.

Regionledningskontoret konstaterar att det redan i de befintliga vårdavtalen med privata vårdgivare finns tydliga skrivningar som reglerar de krav som ställs på dessa vid allvarlig händelse med ändrat beredskapsläge, extraordinär händelse och höjd beredskap. Vid sådana tillfällen ska vårdgivaren följa direktiv ställda av Region Stockholms Tjänsteman i Beredskap (TiB) eller Regional särskild sjukvårdsledning (RSSL). Det är också tveksamt huruvida mer tvingande skrivningar i avtalen överhuvudtaget skulle vara möjliga att införa utifrån bland annat svensk arbetsrättslagstiftning. Mot bakgrund av ovanstående föreslår regionledningskontoret att motionen ska anses besvarad.

Motion 2020:27 av Gabriel Kroon m.fl. (SD) om ekonomiska patientincitament (RS 2020-0439)

Gabriel Kroon m.fl. (SD) har till regionfullmäktige lämnat en motion i vilken hälso- och sjukvårdsnämnden föreslås få i uppdrag att utreda förutsättningarna samt föreslå relevanta pilotprojekt där patienter ges ekonomiska incitament för att förbättra sin hälsa med utgångspunkt i P4P4P-modellen ”Pay for performance for patient”. Motionen har remitterats till hälso- och sjukvårdsnämnden som bedömer att det är svårt att generalisera studierna till det svenska skattefinansierade hälso-och sjukvårdssystemet då majoriteten av forskningen är från länder med andra sjukvårdssystem samt att studierna saknar kostnadseffektivitetanalyser vilket gör att kostnadseffektiviteten inte kan styrkas. Det i dagsläget relativt grunda kunskapsläget om P4P4P initiativet gör att regionledningskontoret bedömer att det i nuläget inte ska prioriteras framför andra hälsofrämjande eller preventiva insatser. Mot denna bakgrund föreslår regionledningskontoret att motionen ska avslås.

Motion 2020:28 av Elinor Odeberg (S) Robert Johansson (S) och Lowisa Anderzon (S) om att öppna specialiserad mottagning för vårdpersonal med psykisk ohälsa (RS 2020-0544)

Elinor Odeberg (S) m.fl. föreslår att Region Stockholm i egen regi startar en psykiatrisk mottagning specialiserad på vårdpersonal med psykisk ohälsa, garanterar stöd från företagshälsovården och att ett systematiskt arbetsmiljöarbete bedrivs för att minska risken för psykisk ohälsa. Regionledningskontoret konstaterar att det vårduppdrag som motionärerna efterfrågar är tillgodosett i hälso- och sjukvårdsnämndens avtal med Capio Hjärnhälsan AB. Det bedrivs ett systematiskt arbetsmiljöarbete i Region Stockholms verksamheter. Det finns god tillgång till psykologiskt krisstöd från upphandlad leverantör och särskilda stödinsatser från företagshälsovården. Mot bakgrund av ovanstående föreslår regionledningskontoret att motionen ska avslås.

Motion 2020:29 av Elinor Odeberg m.fl. (S) om elevhälsobaserad första linjens psykiatri – inget barn ska behöva hamna mellan stolarna (RS 2020-0545)

Elinor Odeberg m.fl. (S) har till regionfullmäktige lämnat en motion i vilken de föreslår att hälso- och sjukvårdsnämnden får i uppdrag att utreda hur primärvårdens första linjes psykiatri kan integreras med kommunens elevhälsa och även samordna sig med socialtjänst vid behov. Motionärerna föreslår vidare att första linjens psykiatri ska vara ett obligatoriskt kriterium för att starta och bedriva vårdcentral i Region Stockholm och att allmänna hälsosamtal och möjlighet till digitala stödfunktioner bör utvecklas inom ramen för första linjens psykiatri. För att möta behovet av en stärkt första linje för psykisk hälsa har hälso- och sjukvårdsnämnden beslutat om höjda krav i förfrågningsunderlaget för husläkarmottagningarna och utökat mottagningarnas uppdrag vad gäller insatser för psykisk hälsa för barn och ungdomar. Gällande införande av digitala stödfunktioner för råd, bedömning och behandling vid psykisk ohälsa, har Region Stockholm sedan 2021 infört krav på digitala verktyg på alla husläkarmottagningar. Mot bakgrund av ovanstående föreslår regionledningskontoret att motionen ska anses besvarad.

Motion 2020:30 av Jens Sjöström (S) om att Region Stockholm bör lägga egen regi-anbud inom kollektivtrafiken (RS 2020-0546)

Jens Sjöström (S) har till regionfullmäktige inkommit med en motion i vilken föreslås att reglementet för trafiknämnden uppdateras för att tillåta drift i egen regi samt att trafiknämnden ges i uppdrag att lämna egen-regi anbud på driften av trafik. Region Stockholm upphandlar idag den operativa driften av trafik. I sitt yttrande över motionen beskriver trafiknämnden att de i samband med upphandlingar tar fram kalkyler för att bedöma vad det rimligen ska kosta att bedriva trafik med tillhörande tjänster inom ramen för ett visst avtalsområde. Regionledningskontoret konstaterar att trafiknämnden redan idag har möjlighet att jämföra och utvärdera kostnadseffektiviteten i olika trafikavtal utan att lägga egenregianbud. Med anledning av detta anser regionledningskontoret att motionen ska avslås.

Motion 2020:31 av Jens Sjöström m.fl. (S) angående sociala och arbetsrättsliga krav vid upphandlingar (RS 2020-0547)

Jens Sjöström m.fl. (S) har inkommit med en motion till regionfullmäktige i vilken föreslås att tilldelad leverantör vid upphandlingar avseende infrastruktur, kollektivtrafik och sjukvård ska uppfylla de villkor som gäller enligt SLL:s uppförandekod och Upphandlingsmyndighetens bestämmelser om arbetsrättsliga villkor. Vidare förslås att riktlinjer för upphandlingsdokumentation uppdateras med krav på villkor i nivå med kollektivavtal, krav på försäkringar i nivå med FORA—paket, krav på

verksamhetsövergångar samt begränsning i antalet underentreprenörsled. Regionledningskontoret anser att det vid upphandlingar av infrastruktur, kollektivtrafik och sjukvård med mera redan görs prövningar och bedömningar i enlighet med gällande lagstiftning för att avgöra om det är behövligt att inkludera arbetsrättsliga villkor i upphandlingen. Med anledning av ovanstående föreslår regionledningskontoret att motionen ska avslås.

Motion 2020:32 av Talla Alkurdi m.fl. (S) om behovet av att skala upp folkhälsoarbetet i kölvattnet av coronakrisen (RS 2020–0548)

Talla Alkurdi m.fl. (S) har inkommit med en motion om att ge Region Stockholm i uppdrag att utöka insatserna på folkhälsoområdet. Detta mot bakgrund av att det framkommit att vissa bostadsområden i Stockholmsområdet drabbats särskilt hårt av coronaviruset, däribland stadsdelarna i Järvaområdet. Regionledningskontorets bedömning är att Region Stockholm redan uppmärksammat behovet av utökade folkhälsoinsatser i Region Stockholm och genomför eller planerar att genomföra åtgärder för detta. Som exempel kan nämnas insatser för att utöka det hälsofrämjande uppdraget på husläkarmottagningar i socioekonomiskt utsatta områden till att gälla fler husläkarmottagningar, befintlig verksamhet med hälsoinformatörer och hälsokommunikatörer utökas, det pågående pilotprojektet för att motverka ofrivillig ensamhet intensifieras och utökas till fler områden, hälsosamtal erbjuds till äldre personer med kroniska sjukdomar, och det utökade hembesöksprogrammet på BVC sprids till fler områden m.fl. Dessa åtgärder ligger i linje med motionärens förslag, och regionledningskontoret föreslår därmed att motionen ska anses besvarad.

Motion 2020:34 av Bengt Larsson (V) m.fl. om en strategi för att minska den ofrivilliga ensamheten (RS 2020–0550)

Bengt Larsson (V) m.fl. har inkommit med en motion där regionfullmäktige föreslås besluta om att en strategi för att minska den ofrivilliga ensamheten med fokus på i första hand äldre ska tas fram. I 2021 års budget för Region Stockholm lyfts i avsnittet om seniorvård vikten av att samtliga verksamheter inom Region Stockholm arbetar aktivt med att minska den ofrivilliga ensamheten och att erfarenheter från pandemin med bland annat isolering ska tas tillvara. Regionledningskontoret gör den samlade bedömningen att i det arbete som bedrivs inom hälso- och sjukvården uppmärksammas ensamhetsproblematik på ett strukturerat sätt. Mot bakgrund av ovanstående, anser regionledningskontoret att det motionären föreslår är i linje med redan befintligt arbete och att motionen därmed ska anses besvarad.

Motion 2020:35 av Catarina Wahlgren (V) och Thomas Magnusson (V) om Norrtäljemodellen som föredöme för Region Stockholm (RS 2020-0551)

Catarina Wahlgren (V) och Thomas Magnusson (V) har till regionfullmäktige lämnat en motion i vilken de föreslår att Region Stockholm tillsätter en utredning som utifrån-samarbetsmodellen i Norrtälje undersöker hur regionen i samarbete med de andra kommunerna i regionen kan förbättra koordineringen av vård och omsorgsarbetet särskilt äldreomsorg, hemsjukvård och hemtjänst samt att Region Stockholm inleder en dialog med Södertälje och Nynäshamns kommuner för att undersöka deras intresse av att utveckla en liknande samarbetsmodell som den som idag finns i Norrtälje. Region Stockholms lyfter budget 2021 särskilt fram vikten av att utveckla samarbetet med kommunerna inte minst utifrån erfarenheter från arbetet med att bekämpa covid-19 pandemin. I budget 2021 framgår också att hälso- och sjukvårdsnämnden har i uppdrag att se över organisationen för läkarinsatser i kommunernas särskilda boenden, SÄBO, för att möjliggöra en bättre och mer jämlik vård för patienten genom stärkt kontinuitet och ett förbättrat och mer kvalificerat medicinskt omhändertagande. Regionledningskontoret bedömer att regionfullmäktiges uppdrag om utvecklad samverkan med kommunerna i budget 2021 har ett bredare anslag än motionens förslag. Mot bakgrund av ovanstående föreslår regionledningskontoret att motionen ska anses besvarad.

Motion 2020:37 av Jonas Lindberg (V) m.fl. om regionens medicinska insatser för äldre vid kommunernas särskilda boenden kräver en snabb förbättring (RS 2020-0553)

Jonas Lindberg m.fl. (V) har till regionfullmäktige inkommit med en motion i vilken föreslås att Region Stockholm inleder process för att säkerställa en bättre tillgång till medicinsk kompetens, utveckla samarbetet mellan vårdcentraler, avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), omsorgs- och äldreboenden och akutsjukhus, samt se över områdesindelning av husläkarmottagningar. Vidare föreslår motionären att Region Stockholm får i uppdrag att återkomma med förslag om hur äldres rätt till en god, nära och samordnad vård bäst ska tillgodoses. Region Stockholm beslutade i juni 2019 om en primärvårdsstrategi och i januari 2020 om en genomförandeplan för strategin med 22 prioriterade åtgärder, däribland åtgärder för ökad samverkan mellan vård-och omsorgsgivare. I samband med pandemin infördes även en så kallad klustersamordning vars syfte var att samordna vårdgivarna geografiskt i en pandemi och en katastrofsituation. I budget 2021 fick Region Stockholm i uppdrag att se över organisationen för läkarinsatser i kommunernas särskilda boenden, SÄBO, för att möjliggöra en bättre och mer jämlik vård för patienten genom stärkt kontinuitet och ett förbättrat och mer kvalificerat medicinskt omhändertagande. Regionledningskontoret konstaterar att det finns ett

flertal pågående uppdrag kopplade till det motionären föreslår. Med anledning av detta anser regionledningskontoret att motionen ska anses besvarad.

Motion 2020:38 av Jonas Lindberg (V) om att regionen genom IOP eller egen regi startar en mottagning och verksamhet som riktar sig exklusivt till vårdpersonal med psykisk ohälsa och utmattningstillstånd (RS 2020-0554)

Jonas Lindberg (V) har lämnat en motion i vilken han föreslår att Region Stockholm snarast, genom IOP-avtal eller i egen regi, startar en mottagning och verksamhet som riktar sig exklusivt till vårdpersonal med psykisk ohälsa och utmattningstillstånd. Regionledningskontoret konstaterar att Capio Hjärnhälsan AB har ett särskilt uppdrag att utföra psykiatrisk vård för hälso- och sjukvårdspersonal och gör bedömningen att det inte föreligger något behov av att utöka den psykiatriska vården för hälso- och sjukvårdspersonal. Med anledning av ovanstående föreslår regionledningskontoret att motionen ska avslås.

Motion 2020:39 av Jonas Lindberg (V) om städning i sjukhusens egen regi (RS 2020-0555)

Jonas Lindberg (V) har inkommit med en motion till regionfullmäktige i vilken föreslås att lokalvård i hälso- och sjukvården ska utföras i sjukhusens egen regi och att avtalen med akutsjukhusen ska ändras.
Regionledningskontoret menar att sjukhusen även fortsatt ska ges utrymme att avgöra hur lokalvården ska organiseras och om den ska upphandlas eller bedrivas i egen regi. Hälso- och sjukvårdsnämndens avtal med regionens akutsjukhus i egen regi är fyraåriga och sträcker sig över perioden 2020-2023. Frågan om avtalens konstruktion kommer att omprövas inför en ny avtalsperiod. Med anledning av ovanstående föreslår regionledningskontoret att motionen ska avslås.

Motion 2020:40 av Victor Harju (S) m.fl. om patienter som experter i kris (RS 2020-0694)

Victor Harju m.fl. (S) har till regionfullmäktige inkommit med en motion i vilken hälso- och sjukvårdsnämnden föreslås få i uppdrag att ta fram en modell för patientmedverkan och dialog med patientorganisationer i förändringar av vården också i en kris. Region Stockholms tjänstemän har i normalläget samverkansmöten med patientorganisationerna minst fem gånger per år och det finns även möjlighet att inrätta särskilda arbetsgrupper vid behov. För att förhindra smittspridning ställdes två samverkansmöten in under våren. Samverkan med patientorganisationerna återupptogs under hösten enligt ordinarie schema och rutiner för digital samverkan togs fram. Dessa rutiner innebär att Region Stockholm är bättre förberedd för att hantera samverkan i fall det inträffar en kris eller extraordinär händelse framöver. Mot bakgrund av ovanstående föreslår regionledningskontoret att motionen ska anses besvarad.

Motion 2020:41 av Tove Sander (S) m. fl. om att förbättra vården för sexuellt traumatiserade (RS 2020-0695)

Tove Sander m.fl. (S) har till regionfullmäktige lämnat en motion i vilken de föreslår att hälso- och sjukvårdsnämnden ges i uppdrag att ta fram en plan för utökad fortbildning av personal i primärvården vad gäller trauma som konsekvens av sexuella övergrepp samt att utreda förutsättningarna för ett regionalt kompetenscentrum för traumavård och inrättandet av en specialistklinik för behandling av sexualbrottsutsatta.
Regionledningskontoret konstaterar att Regionfullmäktige i budget 2019 gav i uppdrag till hälso- och sjukvårdsnämnden att genomföra en utredning gällande psykiatrisk traumavård där även personer som utsatts för sexuella övergrep ingår. Utredningen beräknas presenteras innan sommaren 2021. Mot bakgrund av ovanstående föreslår regionledningskontoret att motionen ska anses besvarad.

Motion 2020:42 av Jens Sjöström (S) och Khashayar Farmanbar (S) om Saltsjöbanans nygamla vagnar (RS 2020-0696)

Jens Sjöström och Khashayar Farmanbar (S) har till regionfullmäktige lämnat en motion i vilken de föreslår att trafiknämnden ges i uppdrag att utreda ifall nya vagnar på Saltsjöbanan är kostnadseffektivare på längre sikt än ombyggda vagnar från Röda linjen. Region Stockholms plan för att utreda Saltsjöbanans fordonsfråga är att under 2021 genomföra en återvalsstudie som bland annat ska utreda olika möjligheter för buss och Saltsjöbanan att tillsammans lösa det kapacitetsbehov som förväntas uppstå som konsekvens av att tunnelbanan försenats. Dessutom utreds olika möjligheter att lösa Saltsjöbanans fordonsfråga i det korta och medellånga perspektivet fram till dess att den utbyggda tunnelbanan öppnar. Mot bakgrund av ovanstående föreslår regionledningskontoret att motionen ska anses besvarad.

Motion 2020:43 av Talla Alkurdi (S) m.fl. om att rädda Norrtäljemodellen - dags för en rättvis ersättning till vården i Norrtälje! (RS 2020-0697)

Talla Alkurdi m.fl. (S) har lämnat en motion till regionfullmäktige i vilken de föreslår att regionstyrelsen ska få i uppdrag att tillsätta en oberoende utredning i syfte att säkerställa en rättvis ersättning till Kommunalförbundet för sjukvård och omsorg i Norrtälje (KSON). Region Stockholms finansiering av Kommunalförbundet för sjukvård och omsorg i Norrtälje sker utifrån de ekonomiska förutsättningar som fastställs av regionfullmäktige i respektive års budget. Modellen för anslagsfinansiering är primärt utifrån kommunallagens krav på en ekonomi i balans och enligt hälso- och sjukvårdslagens krav på att vården ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Medlemsbidraget grundas på de förutsättningar som rådde vid tidpunkten för bildandet av projektet år

2006 och alla de tillgängliga medel som då fanns för hälso- och sjukvården respektive omsorgen i Norrtälje. År 2006 till 2019 har medlemsbidraget per invånare till Kommunalförbundet för sjukvård och omsorg i Norrtälje ökat med 53 procent, att jämföra med en ökning på 47 procent till hälso- och sjukvårdsnämnden, inklusive vårdens kunskapsstyrningsnämnd. Region Stockholm, Norrtälje kommun och KSON har träffat en överenskommelse för åren 2021-2023 som syftar till att stärka förutsättningarna för en effektiv styrning så att verksamheten kan bedrivas med de fördelar som Norrtäljemodellen innebär och utvecklas med en hållbar ekonomi i balans. Överenskommelsen innebär att kommunalförbundet för år 2021 tilldelas extra medlemsbidrag med 55 miljoner kronor samt erhåller ett extra medlemsbidrag avseende kommunalförbundets andel av riktade statsbidrag som avser kostnader för uppskjuten vård. För år 2022 tilldelas kommunalförbundet ett extra medlemsbidrag avseende uppskjuten vårdskuld på motsvarande sätt som för 2021.Mot bakgrund av ovanstående föreslår regionledningskontoret att motionen ska anses besvarad.

Motion 2020:44 av Talla Alkurdi (S) m.fl. att det är dags för en fast vårdkontakt i primärvården (RS 2020-0698)

Talla Alkurdi m.fl. (S) har till regionfullmäktige lämnat en motion i vilken de föreslår att Region Stockholm får i uppdrag att utreda införandet av en särskild stimulansersättning för vårdcentraler som kan erbjuda en fast namngiven vårdkontakt, se över och minska befintliga uppföljnings- och ersättningsindikatorer samt att utreda återinförandet av husläkarmottagningarnas områdesansvar med ett förtydligat samverkans- och hälsofrämjande uppdrag. Regionledningskontoret konstaterar att det finns ett flertal pågående uppdrag kopplade till det motionären föreslår. Från och med år 2021 är en målrelaterad ersättning införd för de husläkarmottagningar som har minst 70 procent av sina listade patienter listade på namngiven läkare. Vad gäller fast vårdkontakt ska en sådan tilldelas utifrån patientens behov eller önskan. Vidare är ett geografiskt samordningsansvar infört från och med år 2021 för husläkarmottagningar med basal hemsjukvård. Mot bakgrund av ovanstående föreslår regionledningskontoret att motionen ska anses besvarad.

Motion 2020:46 av Jonas Lindberg (V) om införande av områdesansvar och obligatorisk listning till husläkarmottagningarna (RS 2020–0700)

Jonas Lindberg (V) har till regionfullmäktige inkommit med en motion i vilken föreslås att Region Stockholm inom Vårdval husläkarverksamhet med basal hemsjukvård ska utreda och införa områdesansvar, införa obligatorisk listning och listningsansvar, införa takkonstruktion över hur många vårdgivare som kan vara auktoriserade inom ett visst geografiskt område, avveckla det generella ”nyetableringsstödet” samt utforma ett särskilt stöd till vårdgivare som etablerar sig i områden med höga ohälsotal

och socioekonomisk utsatthet. Regionledningskontoret konstaterar att det den 1 februari 2021 infördes ett geografiskt områdesansvar mellan vård- och omsorgsgivare som invånarna i kommunen/stadsdelen kan vända sig till. Vad gäller obligatorisk listning framhålls att Region Stockholms verksamheter ska präglas av valfrihet för patienterna genom att patienten aktivt kan välja mellan olika vårdgivare. Enligt Lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, saknas rättslig grund för att införa ett tak avseende hur många vårdgivare som kan vara auktoriserade inom ett visst geografiskt område då lagen bygger på fri konkurrens på lika villkor. Mot bakgrund av ovanstående föreslår regionledningskontoret att motionen ska anses besvarad.

Motion 2020:47 av Jonas Lindberg (V) om att utreda den ökade användningen av digital utomlänsvård (RS 2020-0701)

Jonas Lindberg (V) har till regionfullmäktige inkommit med en motion i vilken föreslås att Region Stockholm ska utreda varför befolkningen i Region Stockholm i högre utsträckning vänder sig till den digitala vården än i resten av landet samt att ta fram åtgärder för att minska användandet av den digitala utomlänsvården. En utmaning för att följa upp den digital vården är att utomregional vård inte registreras i regionens databaser för vårdanalys i samma utsträckning som den egna produktionen. För att få mer information om behoven och konsumtionsmönstren hos invånare i länet har Region Stockholm uppdragit till Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning (CHIS) att genomföra en kartläggning av stockholmarnas digitala inom- och utomlänskontakter för att ur flera aspekter kunna beskriva vården och eventuella skillnader och likheter. I uppdraget ingår att jämföra den digitala utomlänsvården med den digitala vården och den fysiska vården som ges av vårdgivare regionen har avtal med. Regionledningskontorets uppfattning är att resultat från den kartläggningen bör inväntas innan ytterligare utredningar påbörjas.
Mot bakgrund av ovanstående föreslår regionledningskontoret att motionen ska anses besvarad.

Motion 2020:48 av Lina El Yafi (V) och Anna Sehlin (V) om utökad regional försörjning av förnybar energi (RS 2020-0702)

Lina El Yafi m.fl. (V) har inkommit med en motion om att regionfullmäktige ska verka för utökad regional förnybar energiproduktion, samt att solceller ska monteras på Region Stockholms byggnader och på kollektivtrafikens väderskydd och perronger. Region Stockholm arbetar för utökad regional produktion av förnybar el utifrån målet om att uppnå 100 procent förnybar energiproduktion i Stockholmsregionen till 2030 enligt RUFS 2050. Gällande produktion av solenergi har upphandling av solceller som tjänst genomförts under året. Locum AB installerat 7 700 kvm solceller, dock hindras vidare utbyggnad av gällande lagstiftning och regler om beskattning. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB)

avråder från nyttjandet av solceller på akutsjukhus och viktiga vårdinrättningar ur ett säkerhetsperspektiv. Mot bakgrund av ovanstående föreslår regionledningskontoret att motionen ska anses besvarad.

Motion 2020:49 av Kerstin Amelin (V) m.fl. om livscykelanalyser och miljöcertifiering vid investeringar (RS 2020-0703)

Kerstin Amelin m.fl har till regionfullmäktige lämnat en motion i vilken de föreslår att Region Stockholm alltid ska utföra livscykelanalyser vid investeringar i infrastruktur och byggnader samt vid större renoveringar i befintligt bestånd för att kartlägga projektens klimat- och miljöpåverkan. Därtill föreslår motionärerna att alla nybyggnader som Region Stockholm uppför ska certifieras enligt LEED och/eller Miljöbyggnad och minst uppnå silvernivå. Regionledningskontoret konstaterar att beslut om certifiering av infrastruktur och byggnader tas i varje enskilt projekt. Det står inte klart om certifieringssystemen kan användas vid alla anläggningar, exempelvis inom kollektrafikens infrastruktur. Vidare certifieras nybyggnationer och omfattande ombyggnationer enligt Miljöbyggnad silver. Gällande krav om Livscykelanalys (LCA) anser regionledningskontoret att verktyget ännu är för outvecklat för att Region Stockholm ska ställa som krav att det används i alla byggnadsinvesteringar. Mot bakgrund av ovanstående föreslår regionledningskontoret att motionen ska anses besvarad.

Motion 2020:50 av Gabriel Kroon (SD) om medicinteknisk utrustning som internationellt bistånd (RS 2020-0704)

Gabriel Kroon (SD) har till regionfullmäktige inkommit med en motion vilken föreslås att uttjänt medicinteknisk utrustning doneras som internationellt bistånd genom att ge Region Stockholm i uppdrag att ta fram regionövergripande riktlinjer som ålägger offentliga vårdaktörer med krav om att i första hand donera sin avvecklade medicintekniska utrustning. Regionledningskontoret konstaterar att ett förslag till hållbarhetsstrategi för Region Stockholm är under beredning, i vilken anges att resursförbrukning ska effektiviseras och förutsättningarna för en cirkulär resursanvändning stärkas. I framtagandet av förslag på hållbarhetsstrategi omfattas bland annat medicinteknisk utrustning, där bistånd kan utgöra en del av en ökad cirkularitet. Mot bakgrund av ovanstående anser regionledningskontoret att det motionären föreslår hanteras inom ramen för pågående uppdrag och att motionen därmed ska anses besvarad.

Motion 2020:2 av Talla Alkurdi (S) om att inrätta en akutkommission (RS 2020-0180)

Talla Alkurdi (S) har lämnat en motion till regionfullmäktige om inrättandet av en akutkommission med representanter från professionen och personalrepresentanter under ledning av ansvarig politiker. Kommissionen föreslås bland annat få i uppdrag att föreslå åtgärder för en

långsiktigt hållbar personalpolitik och en professionell styrning av vården. Landstingsfullmäktige beslutade 1 juni 2011 att inleda arbetet med att utveckla framtidens hälso-och sjukvård genom att bland annat ta fram Region Stockholms Framtidsplan för hälso-och sjukvård som innebar flera initiativ för förstärkt vård både vad gäller den akuta och planerade vården som vården på sjukhus och hos vårdgivare utanför akutsjukhusen. Region Stockholm arbetar även med att ta fram en fördjupad lägesbild av vården i regionen och identifiera områden där det krävs åtgärder, samt därefter ta fram strategier och förslag på insatser. Karolinska Universitetssjukhuset beskriver i sitt yttrande det arbete som sker för att utöka antalet disponibla vårdplatser genom att bland annat utveckla arbetssätten och attrahera fler sjuksköterskor till verksamheten. Regionledningskontoret konstaterar att ett omfattande arbete för att skapa en långsiktigt hållbar arbetsmiljö samt en säker och tillgänglig hälso- och sjukvård, både på kort och lång sikt, pågår kontinuerligt. Mot bakgrund av ovanstående föreslår regionledningskontoret att motionen ska anses besvarad.

Region Stockholm

Tillväxt- och regionplaneförvaltningen

UPPFÖLJNING RUFS 2050
2021-02-04

Diarienummer
TRN 2020–0219

Läget i Stockholmsregionen 2020 – Uppföljning av RUFS 2050

Innehåll

Introduktion 3

Stockholmsregionen utvecklas positivt, men inte inom alla områden 4

Läget i Stockholmsregionen 4

Positiv utveckling för flera delmål, men… 5

… för vissa delmål behöver utvecklingen vändas 5

Stockholmsregionen är en attraktiv region i världen 5

Stockholmsregionen bidrar till Agenda 2030 6

Utvecklingen under 2020 7

Det arbetas med de regionala prioriteringarna 7

Coronapandemin har lett till en avstannad utveckling 7

Stockholmsregionen behöver kraftsamla 9

Stärk kompetens- och bostadsförsörjningen för Stockholmsregionens invånare 10

Stärk Stockholmsregionens tillgänglighet genom grön omställning 11

Stärk Stockholmsregionens internationella ställning och attraktionskraft 13

Uppföljning av RUFS 2050 15

Uppfyllelse av delmålen 15

Stockholmsregionen i en internationell jämförelse 19

Stockholmsregionens utveckling i relation till Agenda 2030 23

Genomförande av de regionala prioriteringarna 26

Introduktion

Den regionala utvecklingsplanen för Stockholmsregionen, RUFS 2050, är Stockholms läns regionplan (LS 2015–0084, 2018–0279) och regionala utvecklingsstrategi (RS 2019–0533). Att utvecklingen i Stockholmsregionen går i rätt riktning är avgörande för såväl Stockholmsregionen som för hela Sverige. Tillväxt- och regionplanenämnden följer årligen upp RUFS 2050 och återrapporterar till Region Stockholms regionfullmäktige. Syftet är att ge en bild av Stockholmsregionens utveckling, hur regionens gemensamma arbete med att utveckla Stockholmsregionen går och kring vilka frågor Stockholmsregionen behöver kraftsamla för att uppnå regionala mål och ambitioner i enlighet med bland annat RUFS 2050.

Uppföljningen bygger på såväl måluppfyllelse i RUFS 2050 och Stockholmsregionens ställning i ett internationellt och europeiskt perspektiv, som hållbar utveckling i relation till Agenda 2030. Hur genomförandet av de regionala prioriteringarna i RUFS 2050 går är också en viktig del av uppföljningen.

Utvecklingen av Stockholmsregionen är en långsiktig process där enstaka år blir en del i en större helhet. Delmålens utveckling går ofta långsamt, men till stor del i en positiv riktning. De flesta indikatorer för att följa delmålen har använts sedan 2010 i samband med uppföljningen av RUFS 2010. Uppföljningen avser år 2019, därför visas utvecklingen till och med 2019 för en majoritet av indikatorerna. Stockholmsregionens långsiktiga utveckling påverkades 2020 av den oförutsedda coronapandemin. För att analysera den långsiktiga utvecklingen utifrån det aktuella läget inkluderas en framtidsanalys från hösten 2020 över regionens utveckling i förhållande till den pågående pandemins effekter.

2020 års uppföljning av RUFS 2050, tillsammans med slutsatser från framtidsanalysen gällande coronapandemins effekter, visar att Region Stockholm och Stockholmsregionen gemensamt behöver prioritera de kommande åren. I kapitlet *Stockholmsregionen behöver kraftsamla* beskrivs tre kraftsamlingsområden som är nödvändiga att tackla för att gå stärkta ur krisen och hålla i arbetet med att nå Stockholmsregionens långsiktiga mål fram till 2030 och år 2050.

Rapporten inleds med en sammanfattning av hur utvecklingen sett ut i Stockholmsregionen fram till 2019, även hur det gått under 2020 med tanke på coronapandemin. Därefter beskrivs vilka kraftsamlingsområden som är nödvändiga. Rapporten avslutas med en genomgång av uppföljningen av RUFS 2050.

Stockholmsregionen utvecklas positivt, men inte inom alla områden

Läget i Stockholmsregionen

Stockholmsregionen utvecklar sig både i positiv och negativ riktning i förhållande till vision, målen, regionala prioriteringar och ambitionerna vad gäller hållbar utveckling i RUFS 2050.

Uppföljningen visar att det finns många styrkor som skapar gynnsamma förutsättningar för att kunna ta sig an de utmaningar som Stockholmsregionen har generellt, och nu förstärkta i samband med coronapandemins effekter. Ingen aktör är ensam ansvarig eller har egen rådighet över Stockholmsregionens utveckling. Därför behöver regionens aktörer arbeta tillsammans för att driva på och skapa goda förutsättningar för regionens utveckling, bland annat genom att föra dialog med nationell nivå gällande nödvändiga lag- och regelförändringar.

Vid slutet av 2019 och därmed även i början av coronapandemin i mars 2020 hade Stockholmsregionen ett relativt starkt utgångsläge och ställning även i ett europeiskt perspektiv. Som tjänsteintensiv region har pandemins effekter slagit hårt mot Stockholmsregionens näringar, vilket har accentuerat flera av de frågor och utmaningar som lyfts fram i uppföljningar tidigare år. Sysselsättning framstår till exempel som en av de viktigaste frågorna för regionens aktörer att kraftsamla kring.

Tillväxt- och regionplanenämnden har tagit fram framtidsanalysen *Stockholmsregionens utveckling i spåren av covid-19* (TRN 2020–0148) gällande risker och möjligheter för regionens näringsliv, kompetensförsörjning och trafikmönster. I framtidsanalysen anges följande områden som särskilt viktiga att löpande bevaka i relation till dess effekter på Stockholmsregionens långsiktiga utveckling: segregation och folkhälsa, digitalisering och innovation, hållbar kompetensförsörjning, internationell tillgänglighet samt bidra till goda finansiella förutsättningar. Dessa områden är i stora drag överensstämmande med de indikatorer som i uppföljningen haft en negativ utveckling, samt vad som förändrats under året på grund av coronapandemins effekter. Pandemins effekter och omfattning saknar motstycke. Förmår Stockholmsregionen kraftsamla inom de mest angelägna frågorna, vilket är helt nödvändigt för återhämtningen, finns förutsättningar att vända krisen till möjligheter att stärka det goda läge Stockholmsregionen befann sig i när krisen slog till.

Positiv utveckling för flera delmål, men…

För flertalet av delmålen är utvecklingen positiv och går i rätt riktning. Till exempel ökar andelen som bor i de relativt mest tillgängliga lägena[1] i regionen. Detta skapar goda förutsättningar för en hållbar utveckling vad gäller exempelvis resmönster, tillgång till utbildnings- och arbetsplatser och därmed en möjlighet att försörja sig, samt tillgången till snabbt bredband. Dessutom har medellivslängden kontinuerligt ökat i Stockholmsregionen fram till 2019, dessvärre med stora inomregionala och inomkommunala skillnader. Förvärvsintensitet har ökat och ligger nu över målvärdet om 80 procent. Dock är nivån något lägre för kvinnor och det finns fortfarande ett stort gap mellan inrikes och utrikesfödda (16,8 procentenheter) trots att gapet har minskat successivt under de senaste åren.

… för vissa delmål behöver utvecklingen vändas

Enligt framtidsanalysen finns anledning att övervaka de inomregionala skillnader som kan ses i flertalet uppföljningsområden och som accentuerats under rådande coronapandemi. En prognos från SCB anger dessutom att medellivslängden i Stockholmsregionen från 2020 kan komma att sjunka på grund av covid-19. Det råder skillnader i invånarnas möjligheter och förutsättningar att leva hälsosamma liv och att försörja sig själva. Dessutom skiljer sig tillgängligheten till bostäder och utbildnings- och arbetsplatser med kollektivtrafik, gång och cykel åt mellan olika geografiska områden inom Stockholmsregionen.

Delmålen för bostadsbyggandet, kollektivtrafikens andel av de motoriserade resorna samt cykeltrafikens andel och kollektivtrafikens konkurrenskvot gentemot biltrafik visar en mindre gynnsam utveckling. Från en toppnotering i bostadsbyggandet 2017 har antalet färdigställda bostäder vänt nedåt igen. Detsamma gäller för investeringar i FoU som andel av bruttoregionalprodukten (BRP) och utvecklingen av nystartade företag, som fortsätter att minska. Under 2020 har dock en ökning i antalet nystartade företag skett. För att vända utvecklingen är det viktigt att Region Stockholm tillsammans med Stockholmsregionens aktörer fortsätter att prioritera dessa områden i sitt arbete att utveckla Stockholmsregionen.

Stockholmsregionen är en attraktiv region i världen

Visionen om att vara Europas mest attraktiva storstadsregion kräver en internationell jämförelse. Sammantaget har Stockholmsregionen många kvaliteter i den internationella jämförelse och de internationella rankningar

[1] *Delmålet i RUFS 2050 är att "Minst 95 procent av ny bebyggelse bör tillkomma i regionens relativt sett mest tillgängliga lägen" och avser regionala stadskärnor, strategiska stadsutvecklingslägen, primära bebyggelselägen och landsbygdsnoder på plankartan.*

som kopplar till genomförandet av RUFS 2050. Det handlar exempelvis om att Stockholmsregionen är en innovativ och konkurrenskraftig region. Samtidigt identifieras också områden där mer fokus behövs för att öka attraktiviteten, exempelvis avseende trygghet och klimatpåverkande utsläpp. Det är för tidigt att analysera hur coronapandemin kommer att påverka dessa rankningar då pandemin sannolikt kommer att ge olika effekter i olika regioner beroende på varje regions egna styrkor och utmaningar.

Jämförelsen med tio andra europeiska storstadsregioner visar att Stockholmsregionen placerar sig i topp tre vad gäller sysselsättningsgraden och andel av befolkning med högre utbildning 2019, och andel förnybar energi 2018, i enlighet med uppföljningen av delmålen. Stockholmsregionen ligger också bra till i ett europeiskt perspektiv vad gäller investeringar i FoU under 2017 och utsläpp av växthusgaser 2018, trots att nivåerna inte når uppsatta delmål i RUFS 2050.

Bostadsbyggandet i Stockholmsregionen når inte upp till delmålet, och det är fortsatt svårt att hitta en bostad till en acceptabel kostnad under 2019, liksom i flera av jämförelseregionerna. I jämförelsen om arbetslösheten för 15–24-åringar och om andelen som anser att platsen är bra för utrikesfödda att bo på, placerar sig Stockholmsregionen bland de sista av jämförelseregionerna år 2019. Dessa indikatorer visar sammantaget på utmaningen att skapa goda förutsättningar för en betydande del av Stockholmsregionens invånare att etablera sig på arbetsmarknaden och bostadsmarknaden.

Att långsiktigt följa och analysera Stockholmsregionens placering i internationella rankingar och att jämföra med andra storstadsregioner är en viktig del av ett lärande, och en motor för att fortsätta driva utvecklingen i en riktning som leder till toppnoteringar för Stockholmsregionen inom fler områden.

Stockholmsregionen bidrar till Agenda 2030

Med utgångspunkt i utvecklingen av delmålen och den internationella jämförelsen, tillsammans med Sveriges höga levnadsstandard och höga teknologiska nivå, har Stockholmsregionen generellt sett ett mycket bra utgångsläge för hållbar utveckling inom samtliga 17 globala hållbarhetsmål. Utveckling utifrån delmålen i RUFS 2050 och den internationella jämförelsen indikerar en övervägande hållbar utveckling, men de delmål som har en negativ utveckling får även en påverkan på möjligheterna till en långsiktigt hållbar utveckling.

Utvecklingen under 2020

Den oförutsedda coronapandemin har drabbat Stockholmsregionen mycket hårt under 2020 utifrån flera aspekter. Pandemins effekter på utvecklingen kommer dock att synas först i nästa års uppföljning av RUFS 2050 när delmålen kan uppdateras med 2020 års värden. Flera regionala aktörers arbeten med att utveckla Stockholmsregionen pågick trots allt under 2020 och är delvis identifierade inom ramen för arbetet med genomförandet av de regionala prioriteringarna under 2020.

Det arbetas med de regionala prioriteringarna

I 2020 års uppföljning har omkring 250 insatser identifierats inom Region Stockholms ansvarsområden som genomförs av såväl Region Stockholm som flera andra regionala aktörer och som bedöms bidra till genomförandet av de regionala prioriteringarna. De identifierade insatserna spänner över fälten kunskapsuppbyggnad, dialog med samverkansaktörer, bevakning och genomförande vilket visar på de olika behov som finns inom respektive regional prioritering. Generellt gäller för de redovisade insatserna att de genomförs i samverkan och bedömningen är att Stockholmsregionens olika aktörer arbetar aktivt med insatser som stärker genomförandet av de regionala prioriteringarna och därmed bidrar till måluppfyllelse av delmålen samt genomförandet av RUFS 2050.

Eftersom ingen enskild aktör har rådighet över de beslut och åtgärder som krävs för ett samlat genomförande av de regionala prioriteringarna är samverkan, helhetsperspektiv och aktiviteter från flertalet aktörer en kritisk framgångsfaktor. Kommuner, näringsliv, myndigheter, akademin och intresseorganisationer i regionen spelar en nyckelroll i genomförandet varför Region Stockholms samverkan med dessa aktörer, och samverkan aktörerna emellan, är central för att stärka genomförandet av de regionala prioriteringarna. Genomgående kan Region Stockholm bidra med en arena för dialog, samverkan och samordning samt kunskapsutveckling, utöver de konkreta insatser och verksamheter som bedrivs inom och av Region Stockholm. Inom flera regionala prioriteringar har Region Stockholm en ledande roll och har därmed aktivt bidragit till genomförandet av de regionala prioriteringarna. För en mer utförlig redovisning av Region Stockholms insatser hänvisas till *Läget i Stockholmsregionen 2020 – Fakta- och analysunderlag*.

Coronapandemin har lett till en avstannad utveckling

I det nuvarande läget med en ekonomisk lågkonjunktur, där många företag har drabbats hårt av coronapandemins effekter, är en av de viktigaste prioriteringarna i det regionala utvecklingsarbetet att återstarta

Stockholmsregionens ekonomi och tillväxt. Enligt framtidsanalysen öppnar den digitala omställningen upp för utveckling av nya teknologier, innovationer och företag i Stockholmsregionen, vilket innebär nya konkurrensfördelar och affärsmöjligheter.

Den positiva utvecklingen under de senaste åren med en allt högre andel sysselsatta i Stockholmsregionen riskerar att stanna av. Under coronapandemin har många blivit arbetslösa, men det har också uppstått nya möjligheter till ingångsjobb för lågkvalificerad arbetskraft. Trots stora utmaningar för de tjänsteintensiva näringarna på grund av coronapandemins effekter, konstaterar framtidsanalysen sammantaget att en grön omställning, teknikutveckling och ökad digitalisering kan skapa nya möjligheter på arbetsmarknaden, vilket blir viktigt för Stockholmsregionens aktörer att ta tillvara.

Stockholmsregionen behöver kraftsamla

För att återhämta och få fart på den regionala tillväxten behöver Stockholmsregionen kraftsamla och stärka förutsättningarna för alla invånare, för ökad tillgänglighet och internationell attraktionskraft för att nå en hållbar regional utveckling. EU-kommissionen vill att arbetet med att få Europas ekonomi på fötter efter coronapandemin ska utgå från den gröna given och vara förenligt med EU:s klimatmål.

Stockholmsregionens möjligheter att snabbare och säkrare nå de nationella och regionala klimatmålen ökar om regionens aktörer i detta krisläge klarar av att ytterligare öka takten i den gröna omställningen och anlägga ett klimatperspektiv på såväl sysselsättning och innovation som hur tillgängligheten i regionen stärks. De europeiska stimulanspaketen kommer att verka för att göra industrier klimatneutrala och EU-kommissionen vill undvika subventionering av kolintensiv verksamhet. I arbetet med återhämtningen från coronapandemins negativa effekter på Stockholmsregionens utveckling kan en grön återhämtning utgöra den röda tråden.

Utvecklingen av Stockholmsregionen är en långsiktig process där enstaka år blir en del i en större helhet. Delmålens utveckling går ofta långsamt, men till stor del i en positiv riktning. De delmål som inte har utvecklats i rätt riktning eller i tillräckligt snabb takt, behöver ett extra fokus. Det finns risker med att utvecklingen av medellivslängd, sysselsättning och kollektivtrafikandelar stannar av eller till och med minskar som en konsekvens av coronapandemin.

I 2019 års uppföljning drogs slutsatsen att det fanns ett behov att fokusera på att stärka genomförandet av tre regionala prioriteringar i RUFS 2050 för att Stockholmsregionen ska utvecklas i rätt riktning: *öka bostadsbyggandet och skapa attraktiva livsmiljöer*, *styra mot ett transporteffektivt samhälle* samt *ta tillvara kompetensen och underlätta matchningen på arbetsmarknaden*. Dessa regionala prioriteringar bedöms vara fortsatt viktiga att ha fokus på. Framtidsanalysen om coronapandemins effekter anger dock områden som folkhälsa och segregation, digital omställning, finansiella förutsättningar och internationell tillgänglighet som områden att fortsatt bevaka extra noga framöver i det regionala utvecklingsarbetet.

Coronapandemins effekter på Stockholmsregionens utveckling visar på utmaningar som berör flera regionala prioriteringar i RUFS 2050 vilket gör att det är viktigt att fokusera på framtidsanalysens utmaningar i genomförandet av de regionala prioriteringarna. Kraftsamling behövs inom

tre prioriterade områden, där flera regionala prioriteringar bedöms ha en direkt koppling.

Stärk kompetens- och bostadsförsörjningen för Stockholmsregionens invånare

Sedan tidigare råder olika förutsättningar för Stockholmsregionens invånare att tillgodogöra sig de möjligheter som finns för att ha en inkomst och leva hälsosamma liv. Invånarnas utbildnings- och inkomstnivå skiljer sig åt mellan olika geografiska områden och har stor påverkan på möjligheterna att efterfråga bostäder och få ett jobb, men också en direkt påverkan på folkhälsan inklusive medellivslängden.

Dessutom har covid-19 hittills drabbat en del sociodemografiska grupper hårdare än andra, specifikt äldre personer, män, individer med sämre socioekonomiska förutsättningar, individer födda i vissa länder och boende i vissa bostadsområden, enligt framtidsanalysen. Analyser från Region Stockholms Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin visar att inkomst var den socioekonomiska variabel som förklarade mest variation i covid-19-dödlighet i befolkningen i Stockholms län under våren 2020. Detta accentuerar utmaningen vad gäller den ojämlika utvecklingen som finns i Stockholmsregionen vad gäller just socioekonomiska faktorer som påverkar invånarnas olika livsförutsättningar.

<u>Regionala prioriteringar i fokus</u>

- ta till vara kompetensen och underlätta matchningen på arbetsmarknaden
- öka bostadsbyggandet och skapa attraktiva livsmiljöer

För att folkhälsoläget inte ska förvärras och segregationen inte ska öka behöver bostads- och kompetensförsörjningsfrågorna fortsatt stå i fokus i det regionala utvecklingsarbetet. Coronapandemin har slagit hårt mot Stockholmsregionens tjänsteintensiva näring, varför kraftsamlingen kring att skapa nya jobb och säkra en hållbar kompetensförsörjning är central. Genom det regionala arbetet med kompetens- och bostadsförsörjning bör förutsättningar för genomförandet av den regionala prioriteringen att *nå en jämlik och förbättrad folkhälsa och bidra till att sluta hälsogapet*. För den långsiktiga kompetensförsörjningen är det även av stor vikt att beakta genomförandet av den regionala prioriteringen att *stärka förutsättningarna för alla barn och unga att gå vidare till studier och arbete.*

Ett centralt verktyg i kompetensförsörjningsarbetet kommer att vara genomförandet av den regionala handlingsplanen för Europeiska

Socialfonden, ESF+, i den kommande programperioden. I arbetet med kompetensförsörjning bör särskilt fokus vara på att ta tillvara utrikes föddas kompetens och arbetskraft samt att skapa nya möjligheter till ingångsjobb för lågkvalificerad arbetskraft, liksom att dra nytta av digitaliseringens möjligheter till en omställning av arbetsmarknaden. Etableringen av Stockholmsregionens Kompetensråd och kompetensarena, som mobiliserar regionala aktörer kring de viktigaste utmaningarna för Stockholmsregionens arbetsmarknad och kompetensförsörjning, kommer att ha stor betydelse för att förstärka möjligheterna till arbete och försörjning i regionen.

Det är nödvändigt med samsyn bland Stockholmsregionens aktörer gällande vad som krävs för att öka invånarnas möjligheter att exempelvis efterfråga bostäder efter behov. De regionala bostadssamtalen bidrar till att komma framåt i frågan för att uppnå gemensamma positioner om Stockholmsregionens bostadssituation.

Region Stockholm har i sin budget 2021 prioriterat arbetet med den regionala bostadsförsörjningen med fokus på ökad samsyn och samhandling med kommuner, statliga myndigheter och byggbranschen samt arbetet med den regionala kompetensförsörjningen med fokus på kompetensutveckling och att underlätta matchningen på arbetsmarknaden.

Stärk Stockholmsregionens tillgänglighet genom grön omställning

I en europeisk jämförelse ligger Stockholmsregionen bra till vad gäller tillgången till kollektivtrafik för att nå studie- och arbetsplatser, samtidigt som det finns goda möjligheter att arbeta hemifrån med bra uppkoppling. Men eftersom transportsektorn är en av de största klimatutmaningarna för Stockholmsregionen är det viktigt att fortsätta utveckla såväl kollektivtrafiken, som cykelstråk och goda digitala möjligheter. När det gäller den gröna omställningen som behövs har Stockholmsregionen här en unik chans att uppnå klimatmålen. Viktiga insatser handlar bland annat om att verka för en ökad elektrifiering av transporter.

I det nya läge som Stockholmsregionen befinner sig i finns möjligheter att använda innovation för att bredda utvecklingen av vad god kollektivtrafik och tillgänglighet kan vara framöver. Uppföljningen visar att andelen kollektivtrafikresor av alla motoriserade resor i regionen har minskat sedan 2015, och att andelen cykeltrafik inte har ökat i den takt som är nödvändig för att nå måluppfyllelse. Framtidsanalysen konstaterar dessutom att coronapandemin påverkar människors rörelse- och boendemönster med

bland annat ökat digitalt distansarbete och ett förändrat resande, vilket intensifierar trender med bäring på digitalisering, transportsektor, fastighets- och bostadsmarknad.

Regionala prioriteringar i fokus

- styra mot ett transporteffektivt samhälle
- öka de eldrivna person- och varutransporterna

Givet den globala prägeln på Stockholmsregionens ekonomi behöver även den internationella tillgängligheten prioriteras för att konkurrenskraften ska kunna bibehållas och stärkas i återstarten av ekonomin. Om Stockholmsregionen kan utnyttja möjligheterna som finns till att ställa om transportsystemen i ett regionalt, nationellt och internationellt perspektiv i en klimatsmart riktning kommer Stockholmsregionen kunna komma ut starkare efter krisen.

Utvecklingen av Stockholmsregionens transportsystem ska bidra till en hållbar och resurssmart bebyggelseutveckling i de regionala stadskärnorna och strategiska stadsutvecklingslägena, primära stadsutvecklingslägena, landsbygdsnoder, serviceorter och kärnöar och behöver ha bland annat en fokus på grön omställning och underlätta för invånare att ta sig till utbildning och arbete på ett hållbart sätt. I detta sammanhang är även genomförandet av den regionala prioriteringen att *utveckla klimat- och resurseffektiva attraktiva regionala stadskärnor* av stor vikt.

Att stärka Stockholmsregionens tillgänglighet innebär också en fortsatt stärkt genomförande av den regionala cykelplanen. Arbetet med att genomföra landsbygds- och skärgårdsstrategin är viktigt i detta sammanhang för att fortsätta bidra till en levande landsbygd och skärgård, samt stärka kopplingarna mellan land och stad för att öka tillgängligheten av Stockholmsregionens landsbygd och skärgård.

Arbetet med och lärdomar från EU-Interreg projekten EV-Energy (hållbara energi- och eldrivna transportsystem i tätort) och Smart Edge (klimatsmarta och hållbara lösningar i stadskärnor utanför de stora citykärnorna) är viktiga i detta sammanhang.

Region Stockholm har i sin budget 2021 prioriterat arbetet med regional fysisk planering med fokus på transport och trafikplanering för att styra mot ett hållbart och transporteffektivt samhälle.

Stärk Stockholmsregionens internationella ställning och attraktionskraft

Uppföljningen av RUFS 2050 visar att Stockholmsregionen vid ingången av 2020 var attraktiv i den globala ekonomin med en stor tjänstesektor och en hög sysselsättningsnivå. Samtidigt är tjänstesektorn en av de hårdast drabbade under 2020. Därmed är sysselsättningen en av Stockholmsregionens viktigaste utmaningar att hantera för att Stockholmsregionen ska kunna behålla sin internationella ställning och vara en attraktiv plats att bo på. EU:s gröna giv och omställningspaket är en möjlighet för att snabbt återta en hög sysselsättningsgrad.

Regionala prioriteringar i fokus

- stärka strategiska forskningsstråk och innovationsmiljöer
- stärka den internationella ställningen genom fler etableringar, besök och ökad internationell handel

I ett läge där högspecialiserad forskning är allt mer efterfrågat är det viktigt att vända utvecklingen med en minskad andel privata och offentliga investeringar i forskning och utveckling i Stockholmsregionen. Regionfullmäktige kommer att ta beslut om en regional näringslivs- och tillväxtstrategi under 2021 efter att strategin har varit på remis. I och med coronapandemin har nulägesanalysen för strategin aktualiserats. Utifrån strategin ska bland annat påbörjas att arbete för att identifiera, undersöka och kommunicera lämpliga instanser, och därtill motverka regleringar, lagar och förordningar som hindrar, dämpar eller försvårar tillväxt, bostadsbyggande, innovation, infrastrukturutveckling och företagande i Stockholmsregionen.

De stora kliv som coronapandemin leder till inom digitalisering, särskilt på arbetsmarknaden, är av stor vikt att fortsätta utveckla och stimulera. Det kan exempelvis göras genom genomförandet av det regionala programmet för europeiska regionala utvecklingsfonden (ERUF) för programperioden 2021 – 2027. Programmet kommer att kunna stödja utvecklingsprojekt som stärker forskningsstråk och innovationsmiljöer och verka för en digital omställning för nya teknologier, innovationer och företag. Men även genomförandet av den regionala handlingsplanen för ESF+ är av vikt för att initiera projekt för att höja den digitala kompetensen som en del i den regionala kompetensförsörjningen.

En fortsatt stärkt kraftsamling kring Stockholmsregionens styrkeområden, exempelvis genom den regionala exportsamverkan inom Stockholm Global, i genomförandet av projektet Fordonsdalen Stockholm samt att fortsätta

med projekt och insatser för krisdrabbade företag inom besöksnäringen, är åtgärder som ska bidra i arbetet med att stärka den internationella attraktionskraften. I detta sammanhang är det även av stor vikt att landsbygdens och skärgårdens näringsliv stärks och utvecklas för att bidra till en levande landsbygd och skärgård.

Region Stockholm har i sin budget 2021 prioriterat det regionala arbetet med näringslivsutveckling och regionalt tillväxtarbete med fokus på att stärka Stockholmsregionens internationella ställning.

Uppföljning av RUFS 2050

Uppfyllelse av delmålen

I detta avsnitt studeras Stockholmsregionens utveckling utifrån de fyra målen i RUFS 2050 genom att redovisa utvecklingen för respektive mätbara delmål. De inledande tabellerna för varje mål redovisar det senast tillgängliga utfallet, pilen indikerar en utveckling jämfört med det föregående utfallet. I flera fall tillgängliggörs statistik årligen, i andra fall med större intervall.

En tillgänglig region med god livsmiljö

DELMÅL	UTFALL	ÅR	
Minst 22 000 bostäder per år behöver tillkomma	16 700	2019	↘
Kollektivtrafikens restid mellan regionala stadskärnor, och till Arlanda flygplats, ska vara konkurrenskraftig med bilens restid[2]	konkurrenskvot på 0,4–1,8	2019	
Andelen av länets invånare som upplever besvär av trafikbuller och dålig luftkvalitet ska inte öka	trafikbuller: 19,4 % luftkvalitet: 7,3 %	2015	↘ ↗
Minst 95 procent av ny bebyggelse bör tillkomma i regionens relativt sett mest tillgängliga lägen	befintlig bebyggelse 78 % befolkning 81,1 %	2015 2019	 ↗

Positiv riktning: *Luftkvalitet, befolkning i tillgängliga lägen*
Negativ riktning: *Tillskott av bostäder, trafikbuller*

Bostadsbyggandet tillsammans med trafikbullernivåer och kollektivtrafikens konkurrenskraft mellan de regionala stadskärnorna utgör de områden som kräver ett fortsatt fokus för uppnå en tillgänglig region med god livsmiljö. Utfallet av färdigställda bostäder för 2019 uppnår inte målet och enligt Länsstyrelsen Stockholms prognos för 2020 kommer nivån ytterligare att sjunka på grund av coronapandemins effekter. Region Stockholm har tagit fram en rapport som visar att regionens hushåll har en ekonomisk möjlighet och en vilja att endast efterfråga omkring 15 000 bostäder per år[3] vilket ytterligare förstärker behovet av att jobba med fler lösningar för att nå målet.

I dagsläget nås målet om en konkurrenskraftig restid, konkurrenskvot, i tre av tolv reserelationer mellan de regionala stadskärnorna på den södra halvan och en av tolv på den norra halvan av länet. Till Arlanda bedöms

[2] *På grund av metodutveckling finns endast ett värde och därmed ingen utveckling*

[3] *Efterfrågan på nya bostäder i Stockholmsregionen, Region Stockholm, 2020*

dock kollektivtrafiken vara konkurrenskraftig från samtliga regionala stadskärnor söder om Saltsjö-Mälarsnittet.

Sett till hela länet har andelen invånare som exponeras av trafikbuller ökat. Under våren 2020 när coronapandemin ledde till att fler stannade hemma minskade dock bullernivåerna tillfälligt. I Stockholmsregionen har luftkvaliteten förbättrats de senaste åren, det finns dock en stor variation i vilka delar av länet som påverkas av luftföroreningar.

Andelen invånare som bor i de relativt sett mest tillgängliga lägena har ökat något de senaste åren vilket skapar goda förutsättningar för en hållbar utveckling vad gäller exempelvis resmönster, tillgång till utbildnings- och arbetsplatser och därmed en möjlighet att försörja sig. I flera kommuner pågår en förtätning i centrala lägen och en utglesning i mer perifera lägen samtidigt. För att uppnå delmålet behöver utglesningen minskas.

En öppen, jämställd, jämlik och inkluderande region

DELMÅL	UTFALL	ÅR	
Skillnaderna i förväntad medellivslängd mellan olika socioekonomiska grupper och kommuner i länet ska minska och medellivslängden ska öka för samtliga	84,8 år för kvinnor 81,3 år för män	2019	↗
Förvärvsfrekvensen hos befolkningen mellan 20–64 år ska vara väl över 80 procent för både kvinnor och män och gapet mellan inrikes- och utrikes födda ska minska	79,5 % för kvinnor 81,5 % för män	2018	↗
Andelen gymnasieelever som inom tre år fullföljer utbildningen och får en gymnasieexamen ska vara högre än 80 procent, och skillnaderna mellan gymnasieskolorna och länets olika kommuner ska minska	74,5 %	2016/17	↗
Andelen som känner tillit till sina grannar ska öka samt otrygghetens påverkan på livskvaliteten och invånares utsatthet för våldsbrott ska minska	tillit: 87,1 % oro: 10 % utsatthet för brott: misshandel: 4,1 % hot: 10,5 % sexualbrott: 6,0 % personrån 1,9 %	2019 2020 2019	↗ ↘ →

Positiv riktning: *Medellivslängd, förvärvsfrekvens, gymnasieexamen*
Negativ riktning: *Oro*

Allt fler lever längre, men som en konsekvens av rådande covid-19-pandemi finns en risk att medellivslängden i Sverige minskar under 2020, även i Stockholmsregionen. Utbildningsnivå och inkomst är bland de mest betydande förklaringsvariablerna till skillnader i medellivslängd.

Förvärvsfrekvensen ökar på en regional nivå och ligger 2018 över 80 procent bland män, däremot finns det betydande inomregionala skillnader mellan och inom kommuner.

Fler gymnasieelever får sin gymnasieexamen inom tre år från påbörjat läsår men även inom detta område finns skillnader mellan gymnasieskolor och kommuner. Fler invånare upplever att de kan lita på sina grannar men även att de upplever oro som påverkar livskvaliteten negativt. Utsattheten för våldsbrott är på samma nivå som året innan.

En ledande tillväxt- och kunskapsregion

DELMÅL	UTFALL	ÅR	
Andelen sysselsatta med högre utbildning, respektive sysselsatta inom kunskapsintensiva yrken ska vara minst 55 procent för både kvinnor och män	högre utbildning: 51,5 % kunskapsintensiv: 51,7 %	2018 2018	↗ →
Antalet nystartade företag ska öka till 18 per 1 000 invånare	13,7	2019	↘
Privata och offentliga investeringar i forskning och utveckling (FoU) ska uppgå till minst 4,5 procent av bruttoregionalprodukten	3,4 %	2019	↘
Samtliga invånare, företagare och offentlig sektor ska ha tillgång till fast och mobil bredbandsuppkoppling med höga överföringshastigheter	94,4 % av hushållen 92 % av arbetsställen	2019	↗

Positiv riktning: *Sysselsatta med högre utbildning, tillgång till bredband*
Negativ riktning: *Nystartade företag, FoU-investeringar*

Andelen sysselsatta med högre utbildning ökar, men minskar inom kunskapsintensiva yrken. Den teknikdrivna strukturomvandlingen kommer förmodligen att accelerera på grund av coronapandemins effekter på arbetsmarknaden. För att möta det uppkomna behovet är det viktigt att fortsatt arbeta för att höja kompetensen på arbetsmarknaden, särskilt inom yrken där teoretisk specialistkompetens på högskolenivå är ett krav samt att öka möjligheterna till livslångt lärande.

Antal nystartade företag har minskat något. Investeringar i FoU minskar något i absoluta tal samtidigt som bruttoregionalprodukten ökar. Därmed minskar även det relativa talet något. Stockholmsregionen har en väl utbyggd bredbandsinfrastruktur, men det finns stora skillnader mellan länets tätbebyggda och glesbebyggda områden. Post och telestyrelsen bedömer att utbyggnaden kommande år kan påverkas av att kostnaderna ökar längre ut i glesbefolkade områden. Kostnaderna kan komma att påverka investeringsvilja och betalningsvilja hos slutkunder.

En resurseffektiv och resilient region utan klimatpåverkande utsläpp

DELMÅL	UTFALL	ÅR	
De årliga direkta utsläppen av växthusgaser ska vara mindre än 1,5 ton per invånare och utsläppen av växthusgaser ur ett konsumtionsperspektiv ska halveras	2,4 ton CO_2/capita	2018	↘
	8,87 ton CO_2/capita (konsumtion och nationell nivå)	2017	↗
Den årliga energianvändningen per invånare ska minska kontinuerligt till under 16 MWh, och regionens energiproduktion ska vara 100 procent förnybar	21,6 MWh per capita	2018	↘
	78,6 % förnybara källor	2018	↗
Kollektivtrafikens andel av de motoriserade resorna ska öka med fem procentenheter jämfört med 2015 och minst 70 procent av alla resor inom länet ska ske med gång, cykel och kollektivtrafik, och cykelandelen ska vara 20 procent i enlighet med den regionala cykelplanen	kollektivtrafik: 47 %	2019	↘
	kollektivtrafik, gång eller cykel: 57 %	2019	↗
	cykel: 7%	2019	→
Hushållsavfallet ska ha minskat till högst 360 kilo per person och år och minst 70 procent, inklusive matavfallet, ska materialåtervinnas	440 kg per capita	2019	↘
	32 % materialåtervinns	2019	→

Positiv riktning: *Energianvändning, färdmedelsandelar för kollektivtrafik, gång och cykel, hushållsavfall*
Negativ riktning: *Utsläpp ur konsumtionsperspektiv, kollektivtrafikandel av motoriserade resor*

De direkta utsläppen av växthusgaser minskar något och andelen förnybar energi ökar. Minskningen är liten i förhållande till målet varför utökade insatser behövs, framför allt inom transportsektorn. En fortsatt överflyttning från icke-förnybara till förnybara källor behövs för att länets energiproduktion ska baseras på 100 procent förnybara källor till år 2030.

Kollektivtrafikens andel av de motoriserade resorna har minskat något jämfört med 2015, och andelen cykelresor har inte utvecklats i den takt som behövs, trots att en stor andel av befolkningen bor i de relativt mest tillgängliga lägena. I Stockholmsregionen arbetar cirka 500 000 personer inom yrken där de potentiellt kan arbeta hemifrån. Det har lett till ett minskat resande med kollektivtrafiken under coronapandemin, och för de som behöver resa har en del valt att gå, cykla eller köra egen bil.

Det insamlade hushållsavfallet per person har minskat samtidigt som de totala avfallsmängderna har ökat i regionen. Andelen avfall som går till materialåtervinning ligger stabilt på 32 procent, långt ifrån målet om 70 procent. Exempelvis ansvarar kommunerna för insamling och behandling av matavfall, samtliga 26 kommuner i regionen erbjuder insamling av matavfall.

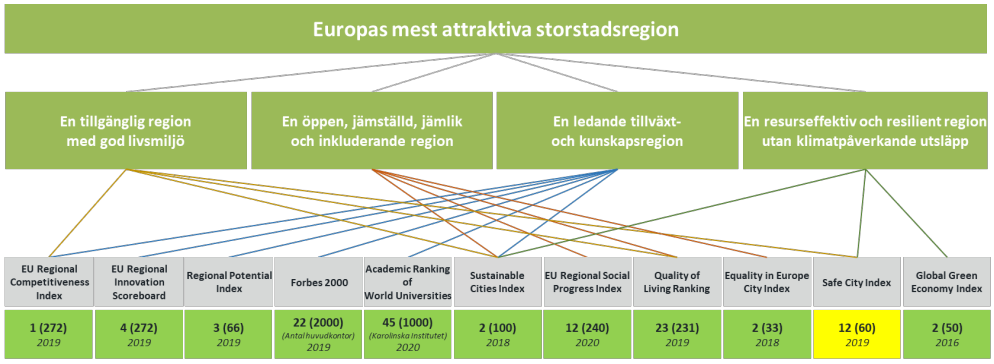
Stockholmsregionen i en internationell jämförelse

Visionen i RUFS 2050 anger att Stockholmsregionen ska vara Europas mest attraktiva storstadsregion. För att mäta detta har Stockholmsregionens placering i olika internationella rankingar kartlagts och analyserats utöver en jämförelse av utvalda indikatorer mellan tio andra storstadsregioner i Europa. Jämförelsen är även ett sätt att sätta utvecklingen av delmålen i en internationell kontext.

Stockholmsregionens utveckling i ett globalt perspektiv

Syftet med att kartlägga Stockholmsregionens placering enligt olika rankingar och index har varit att identifiera regionens styrke- och utvecklingsområden, samt hur dessa förhåller sig till visionen att bli Europas mest attraktiva storstadsregion och de fyra övergripande mål som anges i RUFS 2050.

Totalt redovisas elva rankingar som utifrån olika perspektiv belyser regioners eller städers styrkor och utvecklingsområden. I figuren nedan illustreras kopplingarna mellan de övergripande målen och det urval av rankingar som har gjorts, samt vilket år rankingen eller indexet publicerades. Grön färg indikerar en placering i den översta 10-percentilen, röd färg indikerar en placering i den lägsta 10-percentilen och gul färg indikerar en placering däremellan.



Styrkor: *Regional konkurrenskraft (EU), innovation (EU), hållbara städer, antal internationella huvudkontor*
Förbättringsområden: *Säkra städer*

I de elva rankingar som redovisas är det påtagligt hur högt Stockholmsregionen placerar sig, i alla utom en i den högsta 10-percentilen, att jämföra med nio föregående år.

Stockholmsregionen utmärker sig främst inom två av de övergripande målen - *En resurseffektiv och resilient region utan klimatpåverkande utsläpp* och *En ledande tillväxt- och kunskapsregion* i RUFS 2050. Det som bidragit till Stockholmregionens höga placering inom dessa målområden är främst det faktum att regionen är framstående inom innovation, har hög utbildningsgrad, en makroekonomisk stabilitet samt är framstående inom grön ekonomi och indikatorer kopplade till miljö och resiliens. Det är egentligen enbart vad gäller koldioxidutsläpp som Stockholmsregionens utveckling inte är lika positiv.

Överlag är Stockholmsregionen på rätt väg mot att nå målet om *En öppen, jämlik och inkluderande region*. Samtidigt finns det utvecklingspotential inom vissa områden. Rankningar som kopplar till målet *En öppen, jämställd, jämlik och inkluderande region* i RUFS 2050 visar att Stockholmsregionen ligger bra till inom jämställdhet och jämlikhet, men får lägre poäng avseende HBTQI-tolerans.

Avseende målet *En tillgänglig region med god livsmiljö* i RUFS 2050, presterar Stockholmsregionen bra i de respektive rankingarna, men får en relativt sett lägre placering i Quality of Living Ranking, möjligtvis på grund av de höga trösklar som råder på bland annat bostadsmarknaden.

Stockholmsregionens utveckling i ett europeiskt perspektiv
Syftet med att jämföra Stockholmsregionens utveckling i förhållande till europeiska storstadsregioner är att synliggöra vilka styrkor Stockholmsregionen har som behöver förvaltas, samt vad som behöver förbättras för att uppnå visionen om att vara Europas mest attraktiva storstadsregion.

Stockholmsregionens ställning i ett europeiskt perspektiv är beroende av vad som jämförs och med vilka storstadsregioner. Jämförelsen bygger på data från Eurostat och det senaste publicerade värdet för indikatorerna, som varierar utifrån variabler. Genomgående för alla indikatorer och Stockholmsregionens placering är att den är beroende av både hur utvecklingen ser ut i Stockholmsregionen och hur utvecklingen ser ut i övriga regioner.

Den europeiska jämförelsen med koppling till visionen åskådliggörs med elva indikatorer hur Stockholmsregionen presterar i relation till tio andra storstadsregioner i Europa: Amsterdam, Barcelona, Berlin, Dublin, Helsingfors, Köpenhamn, Milano, München, Oslo och Paris.

EUROPEISK JÄMFÖRELSE	UTFALL	År	PLATS
Mål: En tillgänglig region med god livsmiljö			
Det är lätt att hitta bostad till ett acceptabelt pris	9,0 %	2019	8 ⇨ 8
Mål: En öppen, jämställd, jämlik och inkluderande region			
Förväntad medellivslängd	83 år	2018	5 ⇨ 5
Sysselsättningsgrad	84,9 %	2019	1 ⇨ 1
Arbetslöshet 15–24 år	19,9 %	2019	8 ⇩10
Unga som varken arbetar eller studerar	5,0 %	2019	4 ⇨ 4
Staden du bor i är en bra plats för utrikesfödda att bo på[4]	80 %	2019	7
Mål: En ledande tillväxt- och kunskapsregion			
Bruttoregionalprodukt	50 500 PPS	2018	6 ⇨ 6
Andel befolkning med högre utbildning, 25–64 år	53 %	2019	2 ⇩3
Investeringar i FoU som andel av BRP	3,8 %	2017	3 ⇨ 3
Mål: En ledande tillväxt- och kunskapsregion			
Utsläpp av växthusgaser, Sverige	5,4 ton/capita	2018	1 ⇨ 1
Andel förnybar energi i slutkonsumtion, Sverige	54,6 %	2018	2 ⇨ 2

Positiv riktning: *Sysselsättningsgrad, utsläpp av växthusgaser, förnybar energi*
Negativ riktning: *Arbetslöshet 15–24 år, Lätthet att hitta en bostad till acceptabelt pris, staden du bor i är en bra plats för utrikesfödda att bo på*

Delmålet gällande bostadstillskott nåddes inte under 2019 vilket kan vara en delförklaring till att endast nio procent av de tillfrågade i Eurostats undersökning instämmer med att *det är lätt att hitta bra bostäder till ett acceptabelt pris*. De flesta jämförelseregionerna uppvisar liknande andel, endast Barcelona sticker ut med 30 procent som instämmer.

Medellivslängden i Stockholmsregionen sticker inte ut som särskilt hög eller låg i ett europeiskt perspektiv. Stockholmsregionen uppvisar en hög andel sysselsatta i befolkningen både vad gäller i förhållande till delmålet i RUFS 2050 och i ett europeiskt perspektiv, vilket tyder på en god etablering på arbetsmarknaden bland både män och kvinnor. Bland unga ser utvecklingen dock inte lika positiv ut. Utvecklingen av andelen unga som varken arbetar eller studerar står ganska stilla och 2019 placerade sig regionen på en fjärdeplats bland de jämförda regionerna.

Stockholmsregionen hade 2018 fortfarande den sjätte högsta bruttoregionalprodukten (BRP) i jämförelsen. Amsterdam, Köpenhamn och Oslo har alla liknande BRP och utveckling, vilket innebär att placeringen kan öka eller minska snabbt.

[4] *På grund av förändrad fråga i enkätundersökning är en jämförelse med tidigare år inte möjlig*

Vad gäller andelen högutbildade hamnade regionen på en tredjeplats, vilket bekräftar den positiva bild som uppföljningen av delmålet visar. Andelen FoU-utgifter som andel av BRP är i ett europeiskt perspektiv högt, trots en viss minskning de senaste åren och att det inte når upp till delmålet i RUFS 2050.

Sverige hade 2018 det lägsta koldioxidutsläppet i jämförelsen, 5,4 ton per år och invånare och hade 2017 den näst högsta andelen förnybar energi i den totala energikonsumtionen, 54,6 procent. Inom dessa områden redovisas endast statistiken på nationell nivå, Sverige står sig här starkt, endast Norge uppvisade en högre andel. Trots detta krävs åtgärder inom området för att minska de klimatpåverkande utsläppen mer och i snabbare takt för att nå regionala, nationella och globala klimatmål.

Stockholmsregionens utveckling i relation till Agenda 2030

Det är på den regionala och lokala nivån som de flesta kontakterna mellan det offentliga och invånare, näringslivet och civilsamhället finns. Det är även på den regionala och lokala nivån som många nationella mål, globala åtaganden, EU-rätt och nationell lagstiftning omsätts i praktisk handling. I princip samtliga mål i Agenda 2030 kan anses ha koppling till den verksamhet som bedrivs på regional och lokal nivå. Stockholmsregionens aktörers delaktighet och engagemang är därför centralt för att nå målen.

Regioner och kommuner bär en stor del av ansvaret för att genomföra Agenda 2030, med möjlighet att definiera och prioritera genomförandet utifrån sina egna förutsättningar och utmaningar. I regioners och kommuners grunduppdrag ingår till exempel vård, skola, omsorg, samhällsplanering, kollektivtrafik och regionalt utvecklingsansvar som är direkt eller indirekt relaterade till genomförandet av agendans delmål. Av lagen (2010:630) om regionalt utvecklingsansvar framgår bland annat att insatser för att skapa en hållbar regional tillväxt och utveckling är en integrerad del i regionernas uppdrag att utarbeta och fastställa en strategi för länets utveckling.

Inom ramen för det regionala utvecklingsansvaret arbetar Region Stockholm integrerat med Agenda 2030 både på övergripande nivå och i verksamheterna var för sig. Den regionala utvecklingsplanen tillika utvecklingsstrategin, RUFS 2050, har Agenda 2030 som en av utgångspunkterna. Dimensionerna miljö-, social, och ekonomisk hållbarhet genomsyrar hela RUFS 2050 och förhållningssättet som tillämpas i strategin stämmer väl överens med Agenda 2030. Genomförandet av RUFS 2050 blir därför en central del i det regionala genomförandet och bidrar till måluppfyllelse av Agenda 2030

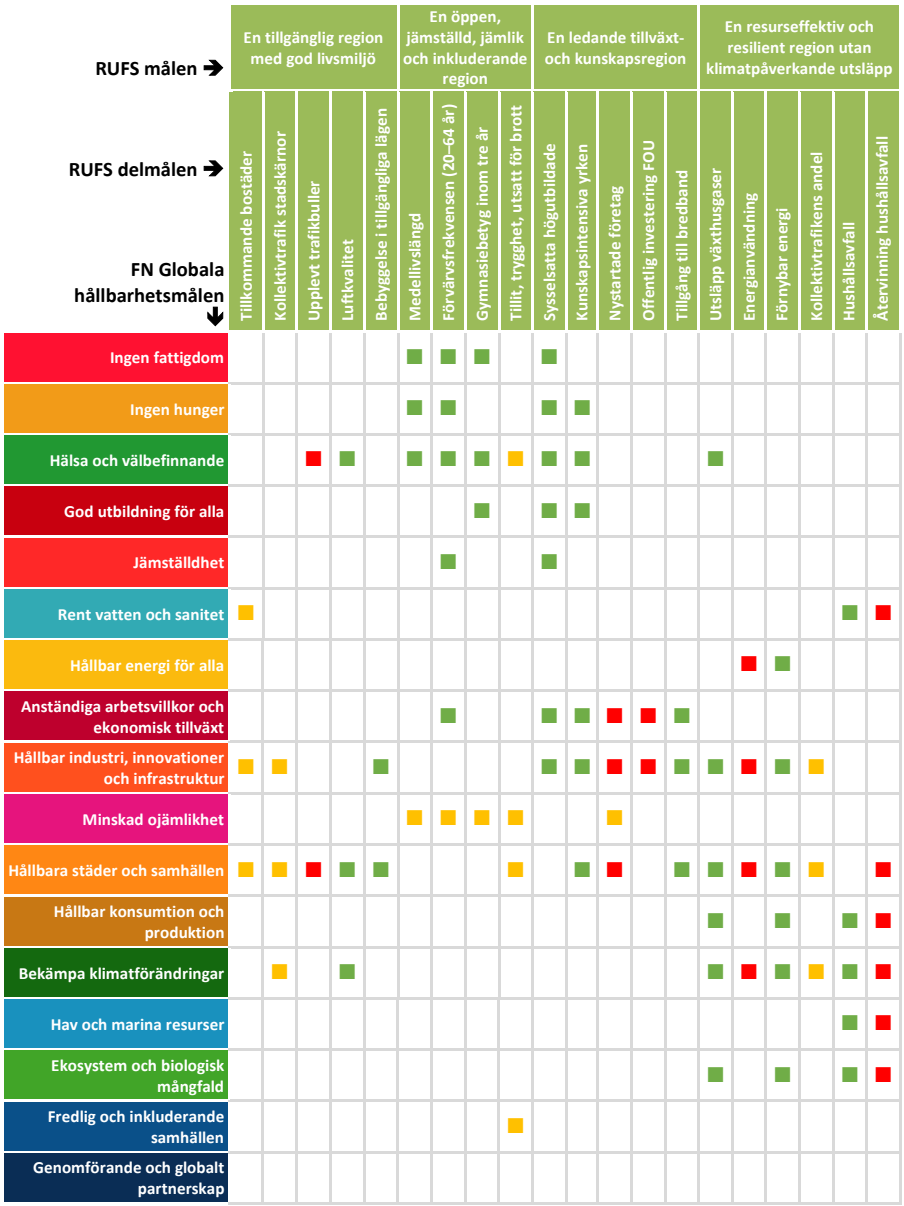
Klimatfärdplan 2050 för Stockholmsregionen[5] ger ett ramverk och en strategisk inriktning för hur klimatomställningen i Stockholmsregionen ska genomföras. Klimatfärdplanen är också ett viktigt verktyg för regionens aktörer att hitta de mest kostnadseffektiva och lämpliga insatserna för sina egna organisationer. En hållbarhetspolicy med Agenda 2030 som utgångspunkt tas fram som ett led i budgetuppdraget om att hållbarhetsperspektivet ska genomsyra hela Region Stockholms arbete och

[5] Klimatfärdplan 2050, Region Stockholm, 2019

verksamheter samt beaktas i beslutsfattandet. Detta visar regionens förhållningssätt till hållbar utveckling.

I figuren nedan redovisas huruvida utvecklingen av delmålen i RUFS 2050 bidrar till måluppfyllelse för respektive globalt hållbarhetsmål.

- delmålens utveckling bidrar till en positiv utveckling,
- delmålens utveckling bidrar till en negativ utveckling,
- delmålens utveckling påverkar inte utvecklingen.



För målet *En tillgänglig region med god livsmiljö* i RUFS 2050 är utvecklingen varken positiv eller negativ i förhållande till Agenda 2030. Två av fem indikatorer, luftkvalitet och bebyggelse i tillgängliga lägen, visar en positiv utveckling vilket bedöms bidra till måluppfyllelse för fyra globala mål. Om fler nya bostäder tillkommer, andelen utsatta för trafikbuller minskar och konkurrenskvoten för kollektivtrafiken mellan regionala stadskärnor förbättras framöver stärks den hållbara utvecklingen.

För målet *En öppen, jämställd, jämlik och inkluderande region* i RUFS 2050 pekar utvecklingen i positiv riktning i förhållande till Agenda 2030. Tre av fyra indikatorer, medellivslängd, förvärvsfrekvens och andelen med gymnasieexamen inom tre år, visar en positiv utveckling och bedöms bidra till måluppfyllelse för fem globala mål. Indikatorn för upplevd trygghet och tillit samt utsatthet för brott visar såväl en positiv som en negativ utveckling vilket kan äventyra en socialt hållbar utveckling på längre sikt. Ojämlikheten mellan olika socioekonomiska grupper och mellan olika geografiska områden har accentuerats under pågående coronapandemi och behöver ett förstärkt fokus för att utvecklingen ska kunna vända och bli socialt hållbar.

För målet *En ledande tillväxt- och kunskapsregion* i RUFS 2050 pekar utvecklingen i en övervägande positiv riktning i förhållande till Agenda 2030. Tre av fem indikatorer, andel sysselsatta med högre utbildning eller inom kunskapsintensiva yrken och tillgång till bredband, visar en positiv utveckling och bedöms bidra till måluppfyllelse för åtta globala mål. Indikatorn för antal nystartade företag respektive offentliga investeringar inom FoU visar dock en negativ utveckling som kan utgöra en risk för ekonomisk hållbar utveckling på längre sikt.

För målet *En resurseffektiv och resilient region utan klimatpåverkande utsläpp* i RUFS 2050 pekar utvecklingen i en övervägande positiv utveckling i förhållande till Agenda 2030. Tre av sex indikatorer, utsläpp av växthusgaser, andel förnybar energi och minskningen av hushållsavfall, visar en positiv utveckling och bedöms bidra till måluppfyllelse för åtta globala hållbarhetsmål. Indikatorn för kollektivtrafikens andel motoriserade resor har minskat något. Energianvändningen har ökat marginellt och återvinning av hushållsavfall har minskat vilket kan utgöra en risk för ekologisk hållbarbarhet på längre sikt.

Genomförande av de regionala prioriteringarna

Utifrån Region Stockholms ansvarsområden har omkring 250 insatser identifierats som bedöms bidra till genomförandet av de regionala prioriteringarna under 2020. Insatser som genomförs av andra regionala och lokala aktörer, och som bidrar till genomförandet av de regionala prioriteringarna, är inte inkluderade i årets uppföljning. För en mer utförlig redovisning av insatser som bidrar till genomförandet av de regionala prioriteringarna hänvisas till *Läget i Stockholmsregionen 2020 – Fakta- och analysunderlag*.

Ökat bostadsbyggande och skapa attraktiva livsmiljöer:



Exempel från 44 identifierade insatser:

Bebyggelseutveckling i kollektivtrafiknära lägen / Dialog inför riktlinjer för bostadsförsörjning / Platsverkstan / Analys av efterfrågan på nya bostäder i Stockholmsregionen / Bostadsbranschnätverket / BoTryggt2030 / Regionala bostadsgruppen / Regionala bostadssamtal / Idrotts- och friluftslivsstrategi / Tillfälliga konstutställningar i tunnelbanan / Utbyggnad av tunnelbanan

Identifierade insatser sker huvudsakligen genom att stärka regionens samlade kunskap om bostadsbehov, bostadsmarknad och kollektivtrafiknära och resurseffektiv markanvändning. Det sker genom dialog och samverkan med nyckelaktörer, där länets kommuner och branschernas aktörer spelar en huvudroll. Region Stockholm bidrar med en arena för dialog, och samordning kring gemensamma insatser samt bidra aktivt med kunskapsutveckling.

Många utmaningar kvarstår för Stockholmsregionens aktörer i att gemensamt skapa attraktiva livsmiljöer i en växande storstadsregion, bidra till fler invånares möjligheter att efterfråga en lämplig bostad och hur vi kan stärka regionens samlade finansiella resurser för att arbeta med hållbar stadsutveckling. Utmaningar handlar bland annat om att enas kring vad en god stadsmiljö är, vilka byggstenar det innehåller och hur vi gemensamt skapar attraktiva livsmiljöer i en starkt växande storstadsregion.

Styra mot ett transporteffektivt samhälle:



Exempel från 26 identifierade insatser:
Regional mobilitets- och trafikutvecklingsrapportering / Den regionala cykelplanen samt cykelbokslut / Fordonsdalen Stockholm / Bebyggelseutveckling i kollektivtrafiknära lägen / Kollektivtrafikplan för Stockholms län / Länsplan för regional transportinfrastruktur / Utbyggnad av tunnelbana och Spårväg Syd enligt Sverigeförhandlingen och Stockholmsförhandlingen / Framkomlighetskommissionen / ÅVS-arbeten / Sjötrafikutredningen / Innovationsfonden

Identifierade insatser handlar exempelvis om genomförande i form av utbyggnad av tunnelbana och Spårväg Syd och kunskapsuppbyggnad i form av åtgärdsvalsstudie för framkomlighet av stombuss samt revidering och genomförande av cykelplan. Region Stockholms arbete med länsplanen för regional transportinfrastruktur och regionalt trafikförsörjningsprogram bidrar till långsiktiga förutsättningar för genomförandet av denna regionala prioritering.

Ta tillvara kompetensen och underlätta matchningen på arbetsmarknaden:



Exempel från 14 identifierade insatser:
Kompetensarena Stockholm / Teknikcollege / Bazaren 2020 / Bidragsgivning till folkbildningens aktörer / Praktikjobb vid utbyggnaden av tunnelbanan / Folkbildningsstrategi / Plattformen Hållbart arbete, Nod Mellansverige / Samverkan med regionens lärosäten inom utbildningsområdet / Regional handlingsplan för Europeiska Socialfonden 2021–2027 (ESF+)

Pågående insatser genomförs delvis i form av strukturfondsprojekt med finansiering av den europeiska socialfonden (ESF), men även av aktörer inom Stockholmsregionen. För att uppnå ett varaktigt och långsiktigt genomförande av prioriteringen finns ett tydligt behov av ökad regional samordning mellan branschorganisationer och utbildningsanordnare inom strategisk kompetensförsörjning vilket har varit upphovet till att lansera Kompetensarena Stockholm.

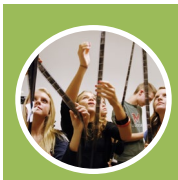
Nå en jämlik och förbättrad folkhälsa och bidra till att sluta hälsogapet:



Exempel från 69 identifierade insatser:
Utvecklat regionalt folkhälsoarbete / Folkhälsopolicy / Origo / Bazaren 2020 / Forum för regionplanering / Strategi för främjande av psykisk hälsa och förebyggande av psykisk ohälsa / Bullernätverket i Stockholms län / Guide för hälsofrämjande samhällsplanering / Framtidens hälso- och sjukvård (genomförande) / Folkhälsopilot / Hälsofrämjande arbetsliv / Kilsamverkan / Friluftslivsstrategi / Familjecentraler / Digital Demo Stockholm / Elevhälsoportalen / Rörelseprojektet / Hälsoobligationer

Pågående insatser genomförs främst i form av projekt eller framtagande av strategier och kunskapsunderlag. Det är svårt att bedöma om de redovisade insatserna på kort sikt kan bidra till att nå en jämlik och förbättrad folkhälsa men de bedöms skapa förutsättningar för att uppnå resultat på längre sikt. Region Stockholm har, utifrån sitt ansvar för hälso- och sjukvård, en självklar roll i att bidra till en ökad samordning för genomförandet av denna regionala prioritering. Dessutom arbetar Region Stockholm för att bidra till en god folkhälsa inom ansvarsområdena regional kompetensförsörjning, fysisk planering och god bebyggd miljö.

Stärka förutsättningarna för alla barn och unga att gå vidare till studier och arbete:



Exempel från 10 identifierade insatser:
Samverkan för ökad skolnärvaro / Getting ready 4 leaving care / Första steget mot ett ekologiskt Science center / Jobba frisk / Främja skolnärvaro och förebygga skolfrånvaro / Forskningsfinansiering / Kunskapsstyrning / Förstudie kring etablering av Fritidsbanken i Stockholmsregionen / Rörelseprojektet / Gemensam gymnasieregion

Kommuner har ansvar för utbildning av barn och unga. Regionens kommuner har inte tillfrågats att redovisa insatser i årets uppföljning av de regionala prioriteringarna och pågående insatser på lokal nivå ingår därför inte i redovisningen. En ökad kunskap om ungas livsvillkor generellt men också i den regionala kontexten är viktigt för ett stärkt genomförande.

Stärka strategiska forskningsstråk och innovationsmiljöer:



Exempel från 24 identifierade insatser:
Näringslivs- och tillväxtstrategi / DigiMission / Life Science strategi / Stockholm Science City / Urban ICT Arena / Scale-Up / Utveckling av den regionala stadskärnan Flemingsberg / Frontrunners for sustainable innovation / Karolinska Trial Alliance / Regional digitaliseringskoordinator / OpenLab / Utveckling av Norra Hagastaden / Innovationsstrategi / Innovationssprint Hitta rätt

Fokus för insatserna inom denna prioritering är vidareutveckling av de regionala stadskärnornas olika forsknings- och innovationsmiljöer. För att bidra till genomförandet är det viktigt att fortsatt stärka utvecklingen av regionala innovationsmiljöer liksom samverkan mellan de olika innovationsmiljöerna i regionen. En central utgångspunkt i detta är Region Stockholms arbete är den kommande näringslivs- och tillväxtstrategin och forsknings- och innovationsstrategin för smart specialisering. Det är vidare viktigt att arbetet för att stärka det regionala tillväxtarbetet liksom forskning, utveckling och innovation i regionen fortsätter.

Stärka den internationella ställningen genom fler etableringar, besök och ökad internationell handel:



Exempel från 22 identifierade insatser:
Affärsutvecklingscheckar Internationalisering / Connect Sweden / STING / CPMR, Baltic Sea Commission, Maritima arbetsgruppen / STHLM GLOBAL / Stockholm Archipelago / Projekt för att stötta regional besöksnäring / Forsknings- och utvecklingsstrategi / Stockholm Business Alliance / Navigera och Parera / Det globala Stockholm / Evolve / BioEurope / Fordonsdalen Stockholm

De redovisade insatserna har en bra spridning inom flera avgörande områden, särskilt när det gäller insatser för att ytterligare positionera Stockholmsregionen internationellt. Det finns dock ett fortsatt behov av förstärkta insatser för att stärka rekryteringen av spetskompetens och talanger till Stockholmsregionen som behöver adresseras i det regionala kompetensarbetet. Stödjande insatser behövs för näringslivets omställning i spåren av pandemin samt insatser för att säkerställa bibehållen och stärkt internationell tillgänglighet.

Öka de eldrivna person- och varutransporterna:



Exempel från 17 identifierade insatser:

Fossilfritt 2030 / EV Energy / Fixa laddplats / Elvägspilot på väg 73 / Bredda elektrifiering av busstrafiken / Utbyggnad av laddinfrastruktur på sjukhusområdena / Stärkta fysiska samband / Regional plan för infrastruktur för elfordon och förnybara drivmedel / Reel / Elektrifierade transporter Stockholm Syd / MEISTER / Godsstrategi för Stockholmsregionen

Flera insatser som redovisas indikerar att arbetet med att öka de eldrivna person- och varutransporterna har intensifierats och gått från planerings- och policyfas till test- och genomförandefas. För ett mer effektivt genomförande bedöms att den befintliga samverkan behöver utvecklas, där fler berörda aktörer bör inkluderas. Vidare behövs en ökad grön upphandling, där offentlig sektor effektivt kan stärka efterfrågan och ställa krav på exempelvis elfordon i offentliga upphandlingar av fordon och transporttjänster.

Utveckla klimat- och resurseffektiva attraktiva regionala stadskärnor:



Exempel från 26 identifierade insatser:

Nätverket för regionala stadskärnor / SmartEdge / ÖMS-nodstadsuppdraget / Uppdaterad näringslivsstatistik i de regionala stadskärnorna / Forum för regionplanering / Bebyggelseutveckling i kollektivtrafiknära lägen / Bikeable city – Barkarby / Vision Kista 5.0 / ÅVS Bytespunkt Flemingsberg / Arninge Resecenter / EKLIPS / Statsmiljöavtal

Det sker många insatser rörande flera av de regionala stadskärnorna, särskilt i kommunerna. Ett samlat och systematiskt arbetssätt krävs för ökat genomslag och effekt. Arbetet med att utveckla klimat- och resurseffektiva attraktiva regionala stadskärnor behöver stärkas för att få en ytterligare kraftsamling i det korta perspektivet och därmed bidra till att nå de regionala målen i RUFS 2050.

MEGAPROJEKTET NYA KAROLINSKA SOLNA

Beslutsprocesserna bakom en sjukvårdsreform

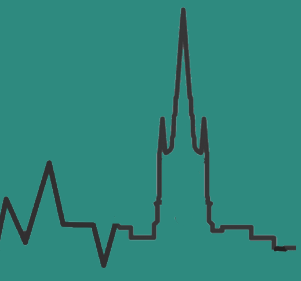


Maria Grafström, Martin Qvist
& Göran Sundström (red.)

MAKADAM









Nya Karolinska Solna (NKS) har fått stor medial uppmärksamhet under senare år. Sjukhusbygget har pågått under lång tid, rymt en stor budget och berört många människor. Det har ömsom hyllats, ömsom ifrågasatts. I den här boken redovisas resultaten av ett treårigt forskningsprojekt som har undersökt beslutsprocesserna bakom NKS. Boken handlar om de idéer som har varit betydelsefulla i beslutsprocesserna, om de aktörer som har agerat i dessa processer och om hur processerna har organiserats och kontrollerats. Ambitionen med boken är att öka förståelsen för och kunskapen om den typ av komplexa beslutsprocesser som kännetecknar megaprojekt som NKS.

Projektet har bedrivits vid Stockholms universitet i ett samarbete mellan Statsvetenskapliga institutionen, Stockholms centrum för forskning om offentlig sektor (Score) och Kulturgeografiska institutionen.



Stockholms universitet

MAKADAM FÖRLAG

Megaprojektet Nya Karolinska Solna

Beslutsprocesserna bakom en sjukvårdsreform

Maria Grafström,
Martin Qvist &
Göran Sundström (red.)

Makadam förlag

MAKADAM FÖRLAG
GÖTEBORG · STOCKHOLM
WWW.MAKADAMBOK.SE

Utgiven med bidrag från Region Stockholm

Detta verk är licensierat enligt Creative Commons Erkännande 2.5 Sverige. För att se en kopia av licensen, besök http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/se/ eller kontakta Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA



Megaprojektet Nya Karolinska Solna:
Beslutsprocesserna bakom en sjukvårdsreform
© respektive författare och Makadam förlag 2021
Informationsgrafik Martin Thelander
ISBN 978-91-7061-849-9 (pdf)

Finns även som tryckt bok (ISBN 978-91-7061-349-4)

Innehåll

Förkortningar 7

Förord 8

1. Megaprojektet Nya Karolinska Solna 9
Maria Grafström, Martin Qvist & Göran Sundström

DEL I. UTGÅNGSPUNKTERNA

2. En särskild typ av megaprojekt 26
Catrin Andersson, Lukas Smas & Göran Sundström

3. Om komplexa beslutsprocesser 52
Göran Sundström, Maria Grafström & Martin Qvist

4. Sjukhuset, staden och en vision om förändring 69
Martin Qvist & Lukas Smas

DEL II. IDÉERNA

5. Idén om ett sjukhus i världsklass 86
Lukas Smas & Lena Fält

6. Idén om att bygga framtidens sjukhus 102
Livia Johannesson & Lukas Smas

7. Idén om patienten i centrum 118
Catrin Andersson & Martin Qvist

8. Idén om högspecialiserad vård 133
Maria Grafström & Catrin Andersson

9. Idén om offentlig-privat samverkan 150
Carl Yngfalk & Staffan Furusten

Sammanfattning av del II 167

DEL III. AKTÖRERNA

10. Politikerna: konflikt eller samarbete? 172
Torbjörn Larsson & Göran Sundström

11. Tjänstepersonerna: ett brutet förvaltningskontrakt? 190
Göran Sundström & Catrin Andersson

12. Professionerna: pådrivare eller bakåtsträvare? 214
Martin Qvist

13. Managementkonsulterna: tjänare eller härskare? 229
Carl Yngfalk, Svenne Junker & Staffan Furusten

14. Medierna: maktspeglare eller maktspelare? 244
Maria Grafström

Sammanfattning av del III 264

DEL IV. ORGANISERINGEN

15. Hur styrdes beslutsfattandet? 268
Maria Grafström & Martin Qvist

16. Hur kontrollerades beslutsfattandet? 282
Göran Sundström & Livia Johannesson

17. Slutsatser och lärdomar 304
Göran Sundström, Martin Qvist & Maria Grafström

Referenser 329

Medverkande författare 359

BILAGA A: Intervjuförteckning 361

BILAGA B: Metodbeskrivning av medieanalysen 365

Förkortningar

3S	Utredningen om Stockholms sjukvårdsstruktur
BCG	Boston Consulting Group, konsultbolag
BUM	beställar–utförarmodellen
EY	Ernst & Young
ICHOM	International Consortium for Health Outcome Measurement
FoUU-utskottet	forsknings-, utbildnings- och utvecklingsutskottet
Framtidsplanen	Framtidsplanen för hälso- och sjukvården i Stockholm
HSL	hälso- och sjukvårdslagen
HSN	Hälso- och sjukvårdsnämnden
KI	Karolinska Institutet
KL	kommunallagen
KS	Karolinska universitetssjukhuset
KTH	Kungliga Tekniska högskolan
NKS	Nya Karolinska Solna
OPS	offentlig-privat samverkan
PBL	plan- och bygglagen
PwC	Öhrlings Pricewaterhousecoopers
RiR	Riksrevisionen
SHP	Swedish Hospital Partners
SLL	Stockholms läns landsting
SLSO	Stockholms läns sjukvårdsområde
SNUS	Stockholms nya universitetssjukhus, Utredningen om nytt universitetssjukhus

Förord

Nya Karolinska Solna (NKS) har fått stor medial uppmärksamhet under senare år. Sjukhusbygget har pågått under lång tid, rymt en stor budget och berört många människor. Det har ömsom hyllats, ömsom ifrågasatts. I den här boken redovisas resultaten av ett forskningsprojekt som har undersökt beslutsprocesserna och reformidéerna bakom NKS. Projektet har bedrivits vid Stockholms universitet i ett samarbete mellan Statsvetenskapliga institutionen, Stockholms centrum för forskning om offentlig sektor (Score) och Kulturgeografiska institutionen.

Boken handlar om de idéer som har varit betydelsefulla i beslutsprocesserna, om de aktörer som har agerat i dessa processer och om hur processerna har organiserats och kontrollerats. Ambitionen med boken är att öka förståelsen för och kunskapen om den typ av komplexa beslutsprocesser som kännetecknar megaprojekt som NKS.

Som redaktörer för boken vill vi lovorda de idérika, kloka och trevliga forskare som har ingått i forskningsgruppen och bidragit med forskningsrapporter, artiklar och kapitel i denna bok. Vi vill också tacka det vetenskapliga råd som har varit kopplat till projektet, med professorerna Bengt Jacobsson, Stig Montin och Maritta Soininen.

Vi vill rikta ett tack till Makadam förlag som låtit publicera boken och som på ett förtjänstfullt sätt har granskat och redigerat texten. Slutligen vill vi tacka Region Stockholm för ett gott samarbete och för ett generöst stöd till detta forskningsprojekt.

Stockholm i januari 2021
Maria Grafström
Martin Qvist
Göran Sundström (projektledare)

1. Megaprojektet Nya Karolinska Solna

Maria Grafström, Martin Qvist & Göran Sundström

INLEDNING

Den 25 maj 2018 invigdes Nya Karolinska Solna (NKS) med pompa och ståt. I entréhallen i sjukhusbyggnaden klippte Hans Majestät Konungen det symboliska bandet i sällskap av sjukhusdirektör Melvin Samsom, landstingets forskningsdirektör Jan Andersson, finanslandstingsråd Iréne Svenonius (M), hälso- och sjukvårdslandstingsråd Anna Starbrink (L) och ytterligare 600 åskådare. Därmed var det första nya sjukhuset i Stockholm på 40 år invigt.

Den här boken handlar om de beslutsprocesser som ledde fram till invigningen av NKS. Den handlar om de idéer som har varit betydelsefulla i beslutsprocesserna, om de aktörer som har agerat i dessa processer och om hur processerna har organiserats och kontrollerats. Ambitionen med boken är att öka förståelsen för och kunskapen om den typ av komplexa beslutsprocesser som kännetecknar stora projekt som NKS – beslutsprocesser som är utsträckta över lång tid, förenade med hög osäkerhet och stora pengar samt involverar många aktörer, ofta med motstridiga intressen. Vår ambition är därigenom också att bidra till lärande så att framtida liknande beslutsprocesser kan organiseras på ett sätt som möter krav på såväl demokrati som effektivitet.

ETT ”UNIKT” OCH ”TOPPMODERNT” SJUKHUS I ”VÄRLDSKLASS”

Förväntningarna på NKS har varit, och är fortsatt, stora. Region Stockholms egna skildringar av NKS-projektet har genomsyrats av modernitet. I den politiska visionen presenterades det som ett sjukhus för framtiden som ”skapas för att så optimalt som möjligt motsvara framtidens krav på säker vård, effektiva flöden, en starkare ställning för patienten,

och en framgångsrik forskning och utbildning" (SLL 2008f, s. 2). Sjukhuset har återkommande beskrivits som ett nav i det regionala och nationella sjukvårdssystemet med vård, forskning och utbildning i "världsklass", och som ett "prestigeprojekt" – inte bara i Sverige utan även internationellt (t.ex. SLL 2008e, 2008f). Det har också betonats vara "unikt på alla sätt" (Skanska & SLL 2013) – ett budskap som ibland har hamrats in på nästintill övertydliga vis, som i den avslutande bilden i en presentation om projektet: "NKS = unikt projekt; NKS = unikt genomförande; och NKS = unikt resultat!" (SLL 2008g, s. 21). I senare kommunikation om projektet har hashtaggen #meränettsjukhus fått symbolisera ambitionerna med det framtida sjukhuset.

De allomfattande ambitionerna med NKS-projektet har handlat om allt från projektgenomförandet och finansieringsformen till själva byggnaden, den medicintekniska utrustningen, verksamhetsinnehållet och hur denna verksamhet ska bedrivas, både i termer av arbetssätt och organisation, samt förbättrade möjligheter att bedriva både forskning och utbildning. Ett av de viktigaste ledorden för projektet har varit "patienten först". Det betyder att patientens säkerhet, integritet och komfort ska sättas i centrum. På hemsidan för NKS har man kunnat läsa att "patienterna kommer att mötas av ett toppmodernt sjukhus där planering och utformning hela tiden har utgått från vad som kommer att bli bäst för dem. Till exempel ska alla vårdrum vara enkelrum med egen dusch och toalett, samt en säng där anhöriga kan övernatta" (NKS 2017a).

Sjukhusbyggnaden har framställts som "toppmodern", med skimrande glasfasader, landningsplatta för 2 helikoptrar, 8 000 rum fördelade på 12 våningsplan, 36 operationssalar, 8 strålningssalar, 168 mottagningsrum, forskningslaboratorium, undervisningssalar, patienthotell och konstprogram. Så är det också Region Stockholms och Skanskas enskilt största och mest kostsamma byggprojekt någonsin. I beskrivningar av "framtidens universitetssjukhus" uppges byggentreprenören Skanska ha samlat sina "allra främsta kompetenser inom området runt om i världen" för att genomföra projektet, samtidigt som olika yrkeskategorier inom Region Stockholm sägs ha "besökt ett 20-tal ledande sjukhus på olika håll i världen för att inhämta de bästa idéerna kring utformning, organisation och arbetssätt" (Skanska & SLL 2013).

Men entreprenörens insatser stannar inte vid själva byggandet utan omfattar även driften och underhållet av sjukhuset, ända fram till 2040.

Region Stockholm har här använt sig av en för svensk del ny upphandlingsform, kallad offentlig-privat samverkan (OPS), som är en form av totalentreprenad. Också den bär modernitetens prägel och har beskrivits som en ”smart, nyckelfärdig ’paketlösning’”, som ger trygghet åt beställaren genom att den ger beställaren full kontroll på kostnaderna under hela avtalsperioden (ibid.). Hela OPS-avtalet – som alltså sträcker sig över 30 år (2010–2040) och som omfattar såväl byggnation som underhåll, drift och servicetjänster (t.ex. städning och tvätt) – uppgick när det tecknades 2010 till 52 miljarder kronor (SLL 2012), vilket gör det till världens största OPS-projekt inom sjukhussektorn. Själva investeringskostnaden beräknades i det ursprungliga avtalet till 14,5 miljarder kronor, men kom med tilläggsavtal och regionens egna byggrelaterade kostnader att slutligen hamna på 18,5 miljarder kronor. Till detta kommer investeringar i medicinteknisk utrustning och tilläggsavtal för anpassning av byggnaden till vald utrustning samt investeringar i informations- och kommunikationsteknik (IKT) om totalt 4,3 miljarder kronor. Total investering i det fullt utrustade sjukhuset uppgår därmed till 22,8 miljarder kronor (SOU 2020:15, s. 237–238).

Även när det gäller själva vårdverksamheten har NKS-projektet framställts som nydanande. Enligt Region Stockholms egna beskrivningar ska den mest avancerade sjukvården, för de svårast sjuka och skadade, bedrivas vid det nya sjukhuset i Solna, det vill säga högspecialiserad vård. Annan vård ska i enlighet med idéer om så kallad nivåstrukturering flyttas till andra sjukhus och primärvården. Samtidigt ska ökad samverkan mellan sjukvård och forskning främja patientnära klinisk grundforskning och utbildning, vilket i sin tur ska bidra till att nya forskningsresultat snabbare kan omsättas till behandlingsmetoder och läkemedel (NKS 2017a). När det gäller inköp och installation av medicinsk utrustning har ”flexibilitet och generalitet” betonats, något som bland annat har tagit sig uttryck i att planeringen av byggnaden har föregått preciseringar för verksamhet, arbetssätt, verksamhetsmodell och utrustning (jfr Öhrming 2017). Sjukhuset har byggts för att så snabbt och enkelt som möjligt kunna byta ut utrustning som efter hand föråldras, men också för att i alla dessa delar kunna hålla för all typ av tung utrustning.

Ledordet ”patienten först” har motiverat att frångå en traditionell organisering i kliniker för att i stället satsa på en ny verksamhetsmo-

dell (NKS 2017b). Redan från projektets planeringsfas och första år stod tanken på en temabaserad organisation inriktad mot patientflöden i fokus. Senare under projektet slogs idén om teman samman med idén om en värdebaserad vård, vilket gjorde att organisationsförändringarna utifrån den nya verksamhetsmodellen blev än mer omfattande (KS 2016). Den nya verksamhetsmodellen har inneburit att vårdverksamheten organiseras i ett antal medicinska temaområden och funktioner med en ny chefsstruktur. Runt patienten organiseras specialister från temaområden och funktioner i ”team” som följer patienten genom vården (se Region Stockholm 2020b). På så sätt skapas ”patientflöden” som syftar till att sätta patienternas behov i centrum på ett helt annat sätt än den traditionella organiseringen i kliniker, och som även har målet att korta patienternas tid på sjukhuset till i genomsnitt tre dygn. Flödesbaserade team ska även möjliggöra ett närmare samarbete mellan vårdande och forskande personal. Teman och funktioner har dock justerats över tid, och senast i oktober 2020 meddelade den nuvarande sjukhusdirektören att antalet teman och funktioner ska reduceras ytterligare för att ”förstärka vårdverksamheternas roll i styrningen av sjukhuset, minska antalet chefsnivåer och förenkla administrationen” (KS 2020b).

Men NKS-projektet har inte enbart handlat om ett modernt sjukhusbygge, med nya arbetssätt och ny vårdorganisation, utan det har också haft ambition att spela en central roll i ett större regionalt tillväxtperspektiv. NKS har beskrivits som en ”motor” och ”en helt avgörande hörnsten” (Williams & Nilsson 2015) i en strategi som utarbetades för att göra Hagastaden (som den nya stadsdelen mellan Stockholm och Solna kallas) till ”världens främsta område” för så kallad *life science*, och detta under varumärket Stockholm Life, eller Vetenskapsstaden (NKS 2017c). Strategin, som antogs 2007, kallas ”Vision 2025” och undertecknades av en rad organisationer i Stockholmsområdet: Stockholms stad, Solna stad, Stockholms läns landsting (SLL), Länsstyrelsen i Stockholm, Karolinska Institutet (KI), Stockholms universitet, Kungliga Tekniska högskolan (KTH), Handelshögskolan i Stockholm och regionens näringsliv (Brodda 2013; Stockholm Business Region 2007).

ETT MEGAPROJEKT

NKS-projektet har således framställts som ”unikt på alla sätt”, och då inte minst med avseende på dess storlek. Men i ett internationellt perspektiv är projekt av NKS karaktär inte alls ovanliga. Och de har dessutom blivit vanligare, vilket också forskningen om så kallade megaprojekt har blivit (Flyvbjerg 2014, 2017). Bent Flyvbjerg, dansk professor och internationellt ledande forskare om megaprojekt, definierar dem på följande vis:

> Megaprojekt är storskaliga, komplexa satsningar som typiskt sett kostar 1 miljard dollar eller mer, tar många år att utveckla och bygga, involverar många olika privata och offentliga aktörer, är transformativa och påverkar miljontals människor (Flyvbjerg 2014, s. 6, vår översättning; jfr Sahlin-Andersson 1989, s. 31).

Exempel på sådana projekt är höghastighetsjärnvägar, flygplatser, tunnlar, broar, hamnar, motorvägar, dammar, sjukhus, nationella IT-system och olympiader. Också NKS-projektet innehåller de ingredienser som anges i definitionen och kan därmed klassificeras som ett megaprojekt. Och som sådant projekt har det löpt stor risk att stöta på olika typer av problem. Det är nämligen vanligt att megaprojekt både blir dyrare och tar längre tid att bygga än beräknat (Flyvbjerg m.fl. 2003, s. 3). Detta inträffar så ofta att det till och med har formulerats en särskild ”lag” för fenomenet: ”the iron law of megaprojects”. Den lyder: ”Over budget, over time, over and over again” (Flyvbjerg 2011).

Att megaprojekt ofta blir dyrare än planerat och att de drar ut på tiden, och att de dessutom ofta inte ger alla de vinster som beslutsfattarna utlovat, sammanhänger med projektens höga grad av komplexitet. Denna komplexitet tar sig skilda uttryck. Bland annat medför megaprojektens storlek – att de omfattar mycket pengar, att de påverkar miljontals personer och att varje enskilt projekt påverkar flera olika politiska kärnfrågor (t.ex. sysselsättning, tillväxt och miljö) – att de drar till sig många olika typer av aktörer och intressen. De blir samlingspunkter för politiker, professioner, företag, olika typer av intresseorganisationer och enskilda medborgare, och därmed också en mångfald intressen och perspektiv (Blomquist & Jacobsson 2002; Harty m.fl. 2015). En del age-

rar motståndare och för fram protester och kritik, ofta med hänvisning till att projekten är för dyra och att de tar offentliga platser i anspråk. Inte sällan råder det också delade meningar om vem projekten är till för (Brorström 2010; Flyvbjerg 2014; Sahlin-Andersson 1989). Men projekten drar också till sig skilda typer av förespråkare, som lockas av möjligheten att förverkliga sina ”drömmar om framtiden” (Blomquist & Jacobsson 2002). Dessa för fram både ”för att”-argument och ”på grund av”-argument (Brorström 2010). Till de förra hör frågor om identitets-, symbol- och tillväxtskapande. Till de senare hör frågor om konkurrens, ansvarstagande och problemlösning.

En annan egenskap hos megaprojekt, som bidrar till deras komplexitet, är att de är utsträckta i tiden, ofta över decennier. Det gör ledning och planering till en utmaning. Exempelvis kan oförutsebara händelser, som ekonomiska kriser eller hastiga demografiska förändringar, inträffa och kullkasta tidigare beslut och planering. Nya idéer om verksamhetsformer samt utveckling av ny teknik kan också medföra att gamla beslut måste omprövas. Dessutom kan organisationer och individer som har varit viktiga i ett skede av beslutsprocessen ersättas i ett senare skede av nya organisationer och individer med delvis andra ambitioner och mål. Omsättningen av aktörer försvårar därför ytterligare ett starkt och över tid sammanhållet ledarskap – det institutionella minnet riskerar att gå förlorat.

Megaprojekt tenderar dessutom att förstås och hanteras som ”extraordinära” projekt (Sahlin-Andersson 1989, s. 30–33). Ofta har de organisationer som beslutar om och administrerar projekten inte hanterat liknande projekt tidigare. Det föranleder ofta skapandet av olika typer av särlösningar (Flyvbjerg m.fl. 2003, s. 5; Flyvbjerg 2014, s. 9). Detta betyder dels att etablerade rutiner och standardiserade teknologier, liksom erfarenheter och lärdomar från tidigare (”vanliga”) projekt, tenderar att skjutas åt sidan, dels att frågor, teman och till och med konflikter kan komma att hanteras i skilda, parallella besluts- och förändringsprocesser.

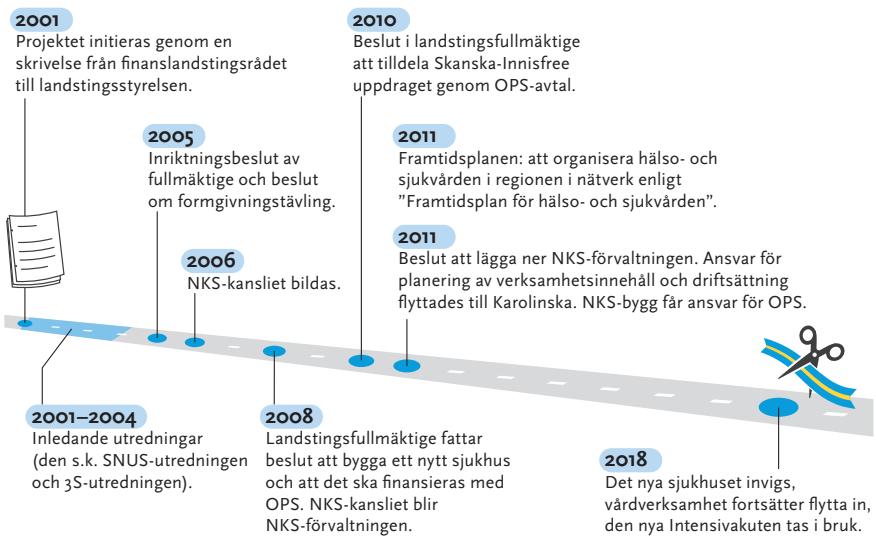
BESLUT I MEGAPROJEKT

Att megaprojekt är utsträckta i tid gör att de i praktiken inte utgör *en* beslutsprocess och *ett* beslut, utan i stället rymmer de ett antal på var-

andra följande beslut, där beslutens storlek och grad av offentlighet kan variera. Besluten kan också relatera till varandra på skilda sätt. En del beslut kan ha otydlig koppling, eller knappt relatera alls, till tidigare beslut, medan andra beslut kan skapa bindningar framåt, vilket leder till att processerna får inslag av stigberoenden (Flyvbjerg 2014, s. 9, 12). Så konstaterar företagsekonomen Sara Brorström i sin studie av tre olika projekt i tre svenska kommuner:

> Efter en tid, som kan vara olika lång, nås en punkt där det inte längre går att dra dem [projekten] tillbaka. Det har skett inlåsningar på grund av fattade beslut, ingångna partnerskap och inhämtad finansiering. Dessutom uppstår prestige mellan aktörer, de som är förespråkare och de som är motståndare (Brorström 2010, s. 324).

NKS-projektet är ett tydligt exempel på en process med många olika beslut av skilda karaktär. Vilka de viktiga besluten har varit, och hur de hänger samman, är en empirisk fråga. Några viktiga beslut har dock



Figur 1.1: Centrala beslut och händelser under NKS-projektet.

varit möjliga att peka ut på förhand, andra har vi identifierat under studiens gång.

För den typ av projekt som NKS utgör går det inte att ange någon (objektivt) ”korrekt” eller ”sann” startpunkt. Hur startögonblicket bestäms i en studie beror på såväl studiens frågeställningar som perspektiv. I denna undersökning sätter vi startpunkten vid senare delen av 1990-talet då flera problem sammanföll gällande dåvarande Karolinska universitetssjukhuset (KS) och styrningen av sjukvården i regionen. Detta följdes av ett antal offentliga beslut av skilda slag som fick stor betydelse för den fortsatta händelseutvecklingen. I figur 1.1 på föregående sida anges översiktligt dessa formella beslut och ett antal händelser som har varit särskilt viktiga för utvecklingen av NKS-projektet.

ATT ANALYSERA KOMPLEXA BESLUTSPROCESSER

Besluten kring NKS-projektet måste förstås i ljuset av de stora förändringsprocesser som sedan 1980-talet har kännetecknat offentlig sektor i stort, både i Sverige (Agevall 2005; Ehn & Sundström 2020; Jacobsson 2002; Montin & Granberg 2013) och i många andra OECD-länder (Hood 1991, 1995; Pollitt & Bouckaert 2011). I den meningen är NKS-projektet en del i en större berättelse om offentlig sektor i omvandling – om decentralisering, om marknadernas ökade betydelse, om stärkt konkurrens, om ett ökat anlitande av konsulter i de offentliga beslutsprocesserna, om professionernas förändrade position i beslutsfattandet, om mediernas alltmer ingående granskning av och inflytande över politik och förvaltning. Omvandlingen innebär fler gränsöverskridande utbyten av både idéer och praktiker – mellan privat och offentligt, mellan politik och förvaltning, mellan det nationella, regionala och lokala, och mellan det nationella och internationella.

I våra analyser av NKS-projektets beslutsprocess har vi använt oss av beslutsteoretiska perspektiv och modeller som särskilt beaktar idéskapande och idéspridning över organisationsgränser. Traditionell beslutsteori – som kan sammanfattas i *den rationalistiska beslutsmodellen* – bär starka instrumentella drag där beslut fattas enligt ett bestämt mönster: ett definierat problem leder till olika handlingsalternativ som i sin tur leder till att det bästa alternativet väljs. Modellen bygger på att beslutsfattaren vet vad som ska uppnås med beslutet, vilka val som finns och

vad varje val får för konsekvenser. Samtidigt som det är en modell som i organisationsstudier sedan länge har kritiserats för att ha lite gemensamt med hur beslut fattas i praktiken (t.ex. Brunsson & Brunsson 2014; March 1994) är det alltjämt en modell som i det moderna samhället har kommit att uppfattas som självklar och därmed är höggradigt normativ. I vår analys uppmärksammar och inkluderar vi den därför som en grundläggande och starkt styrande *idé* om hur samhällen är uppbyggda och hur organisationer *bör* bete sig för att uppfattas som korrekta och legitima.

För att förstå hur beslut har fattats i NKS-projektet och vilken betydelse dessa har fått behövs, menar vi, dock ett annat beslutsteoretiskt perspektiv. I kapitel 3 utvecklar vi därför en alternativ analysmodell som vi kallar för *den narrativa beslutsmodellen*. Det är en modell som tar utgångspunkt i en teori om att aktörers intressen varken är stabila eller självklara, utan i stället ofta vaga med oklara mål, att problem ofta är att förstå som ”elakartade” (*wicked*) och därmed sällan möjliga att tydligt och enkelt definiera, och att handlingsalternativ allt som oftast kan förstås i ljuset av tumregler och etablerade rutiner. Modellen understryker därmed betydelsen av idéer och beslutsfattares behov av att uppfattas som legitima. Enligt en sådan modell väljs ofta lösningar före definierandet av tydliga problem. Dessa val, eller beslut, behöver därför rättfärdigas, vilket gör att beslutsprocesser är politiska snarare än tekniska. Vår modell sätter därmed också slagkraftiga och trovärdiga berättelser i fokus. Dessa berättelser kräver dock just inslag av instrumentell-rationella argument i form av analys och evidens, ofta baserade på kvantitativ information.

BOKENS SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Boken syftar till att beskriva och förklara beslutsprocesserna kring NKS, från att det första initiativet till att bygga sjukhuset togs i slutet av 1990-talet till och med invigningen i maj 2018. Som samhällsvetenskapligt, och beslutsteoretiskt, projekt är ambitionen inte att försöka slå fast vem eller vilka som har gjort rätt eller fel, utan att öka förståelsen för och kunskapen om den typ av komplexa beslutsprocesser som kringgärdar megaprojekt som NKS. Inte minst handlar det om att lyfta fram olika organisatoriska aspekter som har påverkat kvaliteten i beslutsfat-

tandet med avseende på såväl olika demokratiska värden (som insyn, deltagande och ansvarsutkrävande) som handlingskraft och effektivitet. Förhoppningen är att resultaten i boken ska göra det möjligt att dra lärdomar från NKS-projektet, så att framtida liknande beslutsprocesser kan organiseras på ett sätt som ökar förutsättningarna att leva upp till dessa olika värden.

Fyra frågor har väglett studien:

1. Vilka är de viktigaste beslutstillfällena i processen bakom NKS?
2. Vilka idéer har varit betydelsefulla i beslutsprocesserna, och på vilket sätt har de påverkat processerna?
3. Vilka har de viktigaste aktörerna varit i beslutsprocesserna, och vilka strategier har de använt för att förverkliga sina ambitioner?
4. Vilka organisatoriska arrangemang har format beslutsprocesserna, genom att både möjliggöra och förhindra olika aktörers ageranden?

FORSKNINGSPROJEKTETS GENOMFÖRANDE

Forskningsprojektet har organiserats i fem delprojekt. Delprojekt 1 har analyserat processen fram till beslutet i april 2008 om att bygga NKS. Delprojekt 2 har analyserat olika beslut avseende organiseringen av genomförandet av NKS-projektet. Delprojekt 3 har analyserat processen bakom beslutet 2010 att sluta avtal enligt OPS-modellen och det efterföljande arbetet med att förvalta avtalet. Delprojekt 4 har analyserat olika beslut om verksamhetsinnehåll på och driftsättning av NKS. Delprojekt 5 har analyserat NKS ur ett övergripande planeringsperspektiv.

Gemensamt täcker delprojekten in både planerings- och genomförandefaserna av NKS-projektet, det vill säga hela den studerade perioden. Resultat från respektive delprojekt har presenterats tidigare i form av ett antal rapporter. I februari 2018 skedde den första delrapporteringen med fokus på den tidiga planeringsprocessen (Johannesson & Qvist

2019) samt OPS-modellen (Junker & Yngfalk 2019). En andra delrapportering kom i mars 2019 med fortsatt fokus på OPS-modellen (Yngfalk & Junker 2019) samt på den organisatoriska styrningen av projektet (Andersson & Grafström 2019) och planeringsarbetet av det framtida verksamhetsinnehållet vid det nya sjukhuset (Grafström & Andersson 2019). Därefter har ytterligare rapporter tillkommit: om hanteringen och utvecklingen av OPS-modellen efter 2012 (Johannesson & Yngfalk 2020), om NKS-projektets lokala och regionala sammanhang (Smas 2020), om den politiska oppositionens roll och betydelse (Larsson & Sundström 2020) samt om det fortsatta arbetet med verksamhetsinnehåll och ny verksamhetsmodell efter att KS hade övertagit ansvaret (Andersson & Grafström 2020).

För att analysera och skapa förståelse för hur beslutsprocesserna utvecklades i NKS-projektet har våra studier med nödvändighet haft ett långt tidsperspektiv. Vi har behövt följa beslut långt bakåt i tiden och i flera avseenden lägga pussel med hjälp av olika empiriska datakällor. Ett processperspektiv har också gjort det möjligt att inte bara fånga hur fenomen och frågor rörande projektet har förändrats över tid, utan också belysa varför och hur detta gjordes. Tidsperspektivet är centralt då aktörer inte bara kan ha fler än ett syfte med att engagera sig i ett projekt, utan dessa syften tenderar också att utvecklas och förändras efter hand. Vi har på så sätt förstått NKS-projektet som en arena – ett gränsland mellan olika organisationer – där etablerade grupperingar, professioner och relationer har mötts och formats. Hur, när och varför beslut fattats handlar om hur dessa aktörer sam- och motspelat på projektarenan (jfr Sahlin-Andersson 1989).

Projektets övergripande ambition har varit att öka förståelsen för hur beslutsprocesser i ett megaprojekt som NKS tar sig uttryck samt att med hjälp av organisations- och beslutsteori utveckla möjliga förklaringar till varför det blev som det blev. Vi uttalar oss om vilka de tongivande idéerna har varit och hur dessa förändrades över tid, vilka de centrala aktörerna har varit och hur de har kommit och gått under projekttiden, samt hur beslutsprocessen har organiserats. Vi visar i vår analys hur idéer, aktörer och organisering är beroende av varandra. Studiernas upplägg-ning innebär samtidigt vissa avgränsningar. Vår analys besvarar varken frågor om vem eller vilka som har gjort rätt eller fel i dessa processer eller utvärderar huruvida vårdverksamheten vid nuvarande KS bedrivs

på ett bra sätt. Vi uttalar oss inte heller om eventuella konsekvenser av alternativ som aldrig blev av. Sådana kontrafaktiska analyser är alltid förbundna med betydande metodproblem. Det kan också noteras att vår studie rör frågor där själva besluten inte är möjliga att göra om, men där kunskap om beslutsprocessen kan användas i framtida projekt, både inom Region Stockholm och i ett vidare sammanhang.

Analyserna bygger på tre typer av empiriska källor: dokument, intervjuer och medieinnehåll (för detaljer kring metod och analys, se respektive delrapport). *Dokumentanalyser* har genomförts inom ramen för samtliga delprojekt och täcker in ett omfattande material. Analysarbetet har genomförts i två steg, där vi i en första fas har samlat in och översiktligt studerat en stor mängd dokument med fokus på händelser relevanta för NKS-projektet. Utifrån denna översiktliga analys har vi sedan identifierat centrala dokument som specifikt rör processerna för händelsen eller frågan. I en andra fas har vi sedan närstuderat de dokument som vi har bedömt vara särskilt relevanta för analysen. Dokumenten består av utredningar, tjänsteutlåtanden, fullmäktigedebatter, remisser, revisionsrapporter, styrelse- och (andra) mötesprotokoll, arbetsmaterial samt andra utlåtanden och skrivelser. Dokumenten har hämtats från det NKS-arkiv som fanns i början av vårt projekt, SLL:s arkiv, KS arkiv och Locums arkiv samt från NKS-projektets dåvarande hemsida, SLL:s hemsida och andra sajter med relevans för projektet. I vissa fall har vi också fått tillgång till material genom intervjupersoner.

Dokumentanalysen har kompletterats och kontrasterats med *intervjuer*. Genom att sätta dokument och intervjuer i relation till varandra har vi kunnat säkra och stärka våra beskrivningar och tolkningar av vad som har hänt. Studierna täcker också in en, åtminstone tidvis, turbulent period med konflikter och rörlighet av personer på ledande positioner. Under NKS-projektets sista tid – som till stora delar sammanfaller med genomförandet av våra studier – präglades också förståelsen av det nya sjukhuset av en intensiv och högst kritisk mediebevakning. Den starka medienärvaron har ytterligare betonat vikten av att samla en mångfald av röster och perspektiv. Vi har därför genomfört intervjuer med strategiskt utvalda personer som har haft betydelse för och insyn i NKS-projektet. Givet inte minst det långa tidsperspektivet hade vissa personer lämnat sina dåvarande roller i NKS-processen, medan andra har varit fortsatt verksamma (ibland med förändrat ansvar och nya arbetsupp-

gifter). Vi har också strävat efter spridning i positioner, organisationer och professioner bland intervjupersonerna. Personerna har identifierats genom dokumentanalyser och genomgången av medieinnehåll samt genom ett så kallat snöbollsurval där intervjuade personer har fått uppge andra personer som de anser besitter viktiga kunskaper.

Totalt har vi intervjuat 83 personer (i tre fall har samma person intervjuats två gånger). Våra intervjupersoner kan grupperas i fem kategorier: (1) offentliganställda med ledande befattningar inom landstings-/regionförvaltningen (inkl. NKS-förvaltningen, HSN-förvaltningen och det regionägda fastighetsbolaget Locum), (2) politiker inom SLL/Region Stockholm, (3) representanter för sjukhusledning, styrelse och läkarprofessionen på KS, (4) representanter för KI, (5) övriga för projektet viktiga personer (t.ex. konsulter och journalister). Värt att notera är att några personer ur gruppen politiker (och i enstaka fall offentliganställda) som vi har kontaktat inte har besvarat våra förfrågningar eller avböjt deltagande. Vissa centrala personer under de tidiga planeringsskedena har också avlidit. Här har vi i den utsträckning det har varit möjligt använt andra källor, såsom skriftligt material och partikollegor, för att fylla dessa luckor. En fullständig förteckning över intervjuer finns i bilaga A där intervjupersonernas roll och organisationstillhörighet framgår. Enskilda citat är anonymiserade.[1]

Den tredje och sista datakällan består av en genomgång av *medieinnehåll*. Genomgången har gett möjlighet att skapa förståelse för vilka händelser och frågor som har uppmärksammats i offentligheten, när i tiden och av vilka aktörer. Analysarbetet har genomförts i tre steg. I ett första steg har vi gjort sökningar i Retriever Mediearkivets databas. Ett urval gjordes av de källor (totalt 35 svenska dagstidningar, fack-/branschpress, gratistidningar samt TT, se bilaga B) som bedömdes vara mest relevanta. Fokus för våra sökningar har varit från och med 2008 då det formella projektnamnet Nya Karolinska Solna/NKS etablerades. I ett andra steg gjordes en första kodning av materialet där artiklar i vilka NKS-projektet endast nämns perifert sorterades bort. Slutligen, i ett tredje steg, gjordes en noggrann läsning av samtliga artiklar (notiser, nyhetsartiklar,

1. I presentationen av vår analys i den här boken har vi endast i ett fåtal fall inkluderat direkta citat från våra intervjuer. Mer utförlig återgivning av intervjuerna finns i de publicerade delrapporterna.

ledare, krönikor, debattartiklar och insändare) där dessa kodades enligt ett schema med fokus på tema i artikeln, vilka centrala aktörer som fick uttala sig samt den värdering som gjordes av NKS-projektet (positivt, negativt eller neutralt) (för mer detaljerad metodgenomgång, se bilaga B).

BOKENS FORTSATTA INNEHÅLL

Resterande kapitel i boken är strukturerade i fyra delar: (1) *utgångspunkter* för vår analys och för en förståelse av NKS-projektets beslutsprocess, (2) de dominerande *idéer* som har varit styrande i projektet, (3) centrala *aktörer* som på olika sätt har drivit på, ifrågasatt, format och genomfört förändringsarbetet, (4) de *organisatoriska arrangemang* genom vilka NKS-processen har styrts och genomförts.

Del I: Utgångspunkter
En organisationsteoretisk analys av NKS-projektet kräver att vi förstår det sammanhang som projektet har ägt rum i. I kapitel 2 redogör vi därför både för politikområdet hälso- och sjukvården generellt och mer specifikt för det organisatoriska sammanhang som Region Stockholm utgör. I kapitel 3 utvecklar vi vårt organisations- och beslutsteoretiska perspektiv, som beskrevs kortfattat ovan. Bokens första del avslutas med att i kapitel 4 ge en bakgrund till hur NKS-projektet kom upp på den politiska dagordningen. Här identifieras också fem reformidéer som projektet baserades på, och detta blir en utgångspunkt för bokens andra del.

Del II: Idéerna
I denna del fördjupar vi oss i de fem reformidéerna om ”världsklass” (kap. 5), att ”bygga för framtiden” (kap. 6), ”patienten i centrum” (kap. 7), ”högspecialiserad vård” (kap. 8) och ”offentlig-privat samverkan” (kap. 9) och hur dessa tog sig uttryck över tid i NKS-processen. Idéerna representerar bredare ”narrativ” som har varit dominerande för projektet och som var starkt formerande för vad som uppfattades som lämpligt och önskvärt att göra. Med utgångspunkt i den narrativa beslutsmodellen belyser kapitlen på olika sätt hur vaga visioner har översatts i mer konkreta beslut och åtgärder, hur berättelser har formats över tid

och hur dessa inte sällan har varit resultatet av olika aktörers försök till tolkningsföreträde.

Del III: Aktörerna
Idéer, hur starka de än må vara, är beroende av ett aktörskap. I den tredje delen fokuserar vi därför vår analys på de främsta aktörsgrupper som har haft betydelse för NKS-projektets utveckling: politikerna (kap. 10), tjänstepersonerna (kap. 11), professionerna (kap. 12), konsulterna (kap. 13) och medierna (kap. 14). Analysen åskådliggör utmaningarna med megaprojektens utsträckta tidsramar och episodiska karaktär där personer kommer och går i processer. Den visar också på betydelsen av att komma in tidigt i processer som sträcker sig över lång tid och att idéer som har planterats av aktörer i initiala skeden kan vara mycket svåra att avstyra under senare skeden. Vilka aktörer, idéer och berättelser som får komma till uttryck är samtidigt en fråga om styrning, hur beslutsprocesser organiseras och vilka inslag av kontroll som skapas.

Del IV: Organiseringen
I den avslutande delen utvecklas analysen av de organisatoriska arrangemangens betydelse för beslutsprocesserna. Hur beslutsprocesserna har organiserats har lagt grunden för vilka idéer och aktörer som har getts utrymme – eller med andra ord, vilken berättelse som har dominerat och ansetts ha legitimitet. I denna del diskuterar vi politisk styrning (kap. 15) och kontroll (kap. 16) som två centrala aspekter av de organisatoriska arrangemangen.

I kapitel 17 sammanfattar vi bokens resultat och diskuterar lärdomar från besluten bakom NKS.

DEL I

UTGÅNGSPUNKTERNA

2. En särskild typ av megaprojekt

Catrin Andersson, Lukas Smas & Göran Sundström

INLEDNING

I föregående kapitel klargjordes att vi betraktar Nya Karolinska Solna (NKS) som ett *megaprojekt* och att fokus i vår studie ligger på de beslut som ledde fram till färdigställandet av det nya sjukhuset, det vill säga fram till dess officiella öppnande 2018. Vår studie avser således *politikskapandet* av ett megaprojekt, vilket betyder att frågor som rör själva arbetet på *verksamhetsnivå* faller utanför studien.[2] Samtidigt ägde detta fall – NKS-projektet – rum i ett visst specifikt sammanhang. Som nämndes i kapitel 1 kan megaprojekt vara av mycket olika slag. De kan handla om alltifrån olympiska spel via satellitsystem och militärflygplan till motorvägar och skyskrapor. Även om alla dessa projekt uppfyller kriterierna för ett megaprojekt – i termer av kostnader, tid och antal berörda individer – skapas de under vitt skilda förutsättningar. Sjukhusprojekt som NKS har sina särpräglade egenskaper.

I detta kapitel ska vi närmare analysera det sammanhang inom vilket NKS-projektet ägde rum. Genom att ringa in olika grundläggande strukturella faktorer som präglade detta sammanhang blir det möjligt att betrakta och analysera NKS som en *särskild typ av megaprojekt*. En sådan precisering möjliggör en djupare diskussion om tänkbara teorier och analytiska begrepp som kan vara relevanta för att studera och begripliggöra politikskapandet bakom den typ av megaprojekt som NKS-projektet utgör – en diskussion som vi för mer utförligt i nästa kapitel. Det gör det också möjligt att föra generaliserande diskussioner kring våra

2. Det betyder att studien inte fokuserar på frågor om hur sjukhuset fungerar i dag, efter dess färdigställande, t.ex. om hur mötet mellan patienter och anställda fungerar, hur många lyckade operationer som genomförs per år, hur långa köerna är till olika behandlingar eller hur samarbetet med andra sjukinrättningar fungerar.

slutsatser, det vill säga resonera om i vilken utsträckning våra slutsatser kan tillämpas även på andra megaprojekt av samma typ som NKS.

Men för att det ska bli möjligt för en fallstudie att på detta sätt bidra med kunskaper om en mer generell problematik måste det specifika sammanhang som fallet är inplacerat i diskuteras på en viss abstraktionsnivå. I grund och botten är förstås alla händelseförlopp unika, inte minst större reformprocesser inom offentlig sektor. Man kan urskilja nästan hur många organisatoriska och kulturella aspekter som helst som bidrar till förståelsen av ett visst specifikt händelseförlopp, bara man studerar det tillräckligt nära och länge. Vid sådana närstudier får dock varje enskild aspekt begränsad förklaringskraft i relation till den större process man vill förstå. Forskare som arbetar med fallstudier försöker därför koncentrera sig på aspekter på en något mer abstrakt nivå – de försöker identifiera ett mindre antal centrala dimensioner som tillsammans gör det möjligt att förstå händelseförloppet på ett överskådligt och begripligt sätt (Flyvbjerg 2001; Merriam 1993).

I den här studien lyfter vi, utifrån befintlig litteratur och våra egna empiriska studier, fram tre strukturella aspekter som präglade det sammanhang inom vilket NKS-projektet ägde rum och som vi menar hade särskilt stor betydelse för händelseutvecklingen. För det första att projektet genomfördes inom hälso- och sjukvården, som i Sverige är ett *offentligt och decentraliserat åtagande*. För det andra att hälso- och sjukvårdsområdet, och svensk offentlig sektor i stort, präglas av en långtgående *marknadisering* och *företagisering*. Och för det tredje att hälso- och sjukvården är ett starkt *professionaliserat* verksamhetsområde.

I det följande förs inledningsvis en diskussion om hur dessa tre aspekter mer konkret tog sig uttryck och bildade utgångspunkt för besluten bakom NKS. Därefter redogörs översiktligt för hur regionerna – dessa för gemene man relativt okända kommunala enheter – mer allmänt är reglerade och organiserade, vilket följs av en närmare redogörelse för hur Region Stockholm är organiserad och för större organisatoriska förändringar som ägde rum inom regionen under den undersökta perioden, det vill säga från slutet av 1990-talet fram till 2018.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN I SVERIGE

Ett statligt åtagande …

Hälso- och sjukvården är i grunden ett statligt åtagande. Redan i regeringsformens andra paragraf anges det att det allmänna ska verka för social omsorg och för goda förutsättningar för hälsa (RF 1:2). Ett centralt värde inom hälso- och sjukvården är *likvärdighet*. Hälso- och sjukvård ska enligt lag erbjudas över hela landet, den ska vara (lika) tillgänglig för alla medborgare och vara behovsstyrd (HSL 3:1). Området är samtidigt mycket resurskrävande, vilket ofta påkallar prioriteringar. Det offentligas maktposition gentemot den enskilda patienten är också stark, inte bara på grund av att verksamheten fordrar en hög grad av expertis utan också för att vårdpersonalen i sin vardag ofta behöver göra svåra etiska överväganden som inte sällan rör liv och död (Berlin & Kastberg 2011; Falkenström & Höglund 2018; Hallin & Siverbo 2002). De starka kraven på likvärdighet, de stora kostnaderna och den speciella relationen mellan vårdgivare och patient, i kombination med att centralt placerade politiker (regering och ministrar med ansvar för hälso- och sjukvård) ofta utkrävs ansvar när brister uppdagas i vården, gör att staten styr hälso- och sjukvården relativt hårt.

I grunden omfattas även hälso- och sjukvården av den statliga reglering som omfattar offentlig sektor i stort och som syftar till ett såväl demokratiskt och rättssäkert som effektivt beslutsfattande, exempelvis regeringsformens krav på saklighet och opartiskhet i myndigheters handlande (RF 1:9), förvaltningslagens bestämmelser om god förvaltning och jäv (FL 5–8 §§, 16–18 §§), tryckfrihetsförordningens krav på offentlighet och meddelarfrihet (TF 2:1, 1:1) och kraven på kostnadseffektivitet i lagen om offentlig upphandling (LOU 16:1–3).[3] Kopplade till denna typ av generella bestämmelser finns det också olika centrala granskningsorgan, som JK, JO och Arbetsmiljöverket.

Utöver denna allmänna reglering har staten även utfärdat en stor mängd sektorsspecifika, eller sakpolitiska, bestämmelser för hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) innehåller mer övergri-

3. Lagen om offentlig upphandling (LOU) innehåller omfattande regler om hur upphandlingar ska gå till. LOU reglerar dock inte offentlig-privat samverkan (OPS), dvs. den upphandlingsform som gällde för NKS-projektet (SOU 2020:15, s. 35).

pande bestämmelser avseende mål, ansvarsförhållanden, organisation och verksamhet inom hälso- och sjukvården (SOU 2020:15, s. 30).[4] HSL reglerar också den så kallade vårdgarantin, som är en försäkran om att patienter ska ges vård inom en viss tid (HSL kap. 9). Vid sidan av HSL finns det mer riktade statliga författningar, såsom lagen om åliggande för personal inom hälso- och sjukvården, patientlagen, abortlagen, smittskyddslagen, patientsäkerhetslagen och förordningen om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Dessa författningar preciseras genom föreskrifter och allmänna råd som ges ut av statliga myndigheter, främst Socialstyrelsen (se http://kunskapsguiden.se). Staten utfärdar även nationella handlingsplaner och strategier för hälso- och sjukvården (se Riksrevisionen 2017).

Allmänt kan sägas att denna sakpolitiska reglering främst fokuserar på hälso- och sjukvårdens *löpande verksamhet*. Den tar i stor utsträckning sikte på antingen hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens och arbetssätt eller dess möte med och hantering av patienterna. För att se till att reglerna följs finns det också ett antal granskande och kunskapsproducerande myndigheter, som Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), Myndighetens för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) samt Inspektionen för vård och omsorg (IVO). I detta sammanhang ska också nämnas att det är staten som planerar, dimensionerar och bestämmer innehållet i utbildningarna för läkare och sjuksköterskor. Det är också staten som beslutar om vem som får tillhöra dessa professioner genom att Socialstyrelsen beslutar om legitimation för såväl läkare som sjuksköterskor (se Brante m.fl. 2015).

Vad som däremot regleras i betydligt mindre utsträckning i denna saklagstiftning är politikskapandet inom hälso- och sjukvården, till exempel om och var sjukhus ska byggas, hur de ska konstrueras och vilken verksamhet de ska innehålla. HSL innehåller bara allmänna bestämmelser om vårdens omfattning och geografiska förekomst. Ett undantag gäller den så kallade nationella högspecialiserade vården (fram till 2018 benämnd rikssjukvård). Det är Socialstyrelsen som beslutar om dels vil-

4. I november 2020 fattade riksdagen beslut om en ny primärvårdsreform, som innebar förändringar i HSL. Syftet är att stärka primärvården och göra den till navet i svensk sjukvård. Ett nationellt grunduppdrag för primärvården kommer att regleras i HSL. Ambitionen är också att möjliggöra för flera fasta läkarkontakter. Förändringarna i lagen gäller från den 1 juli 2021.

ken hälso- och sjukvård som ska utgöra nationell högspecialiserad vård, dels hur många enheter som ska bedriva sådan vård (HSL 7:5). För att få bedriva nationell högspecialiserad vård krävs det också tillstånd som utfärdas av Socialstyrelsen (HSL 7:5a).

… med utföraransvaret förlagt till regionerna …

Att staten inte reglerar politikutformningen inom hälso- och sjukvården mer precist hänger samman med att riksdag och regering har valt att decentralisera utföraransvaret för denna verksamhet till kommunal nivå, och då främst till landets 21 regioner (HSL 8:1; se även Blomqvist 2007, s. 26).[5] Allmänt syftar decentralisering av verksamhet till flexibilitet och lokal anpassning. Idén är att de som arbetar nära medborgarna är bättre lämpade att hitta de mest effektiva formerna för verksamheten än de som arbetar längre ifrån medborgarna. Det ligger också ett demokrativärde i att beslut fattas så nära medborgarna som möjligt (Edström Fors 2020, s. 74–75).

I Sverige har regioner och kommuner tämligen goda möjligheter att anpassa verksamheter efter lokala förutsättningar. Det beror inte minst på att det i Sverige finns en starkt levande idé om så kallad kommunal självstyrelse (Strandberg 2016). Denna självstyrelse, som regleras i regeringsformen (RF 1:1 och 14:1), brukar framhållas som ett av de utmärkande dragen i den svenska förvaltningsmodellen (se Hall 2015; Premfors m.fl. 2009). Regionernas rätt att ta ut skatt för sina angelägenheter och den så kallade proportionalitetsprincipen[6] utgör centrala aspekter av den kommunala självstyrelsen (RF 14:4 och 14:3).

Regionernas självständighet märks också i att de gradvis har getts allt större möjligheter att bestämma sin egen organisation. Sedan ett antal år tillbaka ska den statliga styrningen av regionerna vägledas av mål- och resultatstyrning samtidigt som riksdag och regering har haft

5. I HSL talas det om regionens ansvar som ”huvudman”. Utföraransvaret för hälso- och sjukvården är delat mellan regioner och primärkommuner. De senares ansvar lämnas därhän i detta kapitel. Fortsättningsvis används benämningarna ”regioner” och ”kommuner” som beteckning för regioner (de tidigare landstingen) och primärkommuner.

6. Proportionalitetsprincipen innebär att en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den.

som ambition att styra regionerna mer med generella bidrag – en ambition som dock bara delvis har kommit att infrias (Anell 2020; RiR 2017; Statskontoret 2020, 2019a, 2019b, 2018). Kommunallagen (KL), som rymmer allmänna bestämmelser om regioners och kommuners organisation och verksamhetsformer, har avreglerats under senare år (se vidare avsnittet ”Nämndorganisationen i övrigt”). När det gäller verksamhetsformerna stadgar KL bland annat att ärenden som avgörs av fullmäktige måste beredas, antingen av en nämnd vars verksamhet ärendet berör eller av en fullmäktigeberedning – det så kallade beredningstvånget (KL 5:26–38) – och att regionerna ska ha god ekonomisk hushållning i sin verksamhet (KL 11:1; se även SOU 2020:15, s. 30). Den kommunala kompetensen fastställs inte närmare i KL utan regleras i praktiken via överklaganden (så kallad lagprövning eller ”kommunalbesvär”) i domstol eller annan överordnad myndighet, vilket ger regioner och kommuner betydande autonomi att sköta sina egna angelägenheter. Till detta kommer att alla kommunala beslut är giltiga så länge ingen av regionens eller kommunens medlemmar överklagar dem. I många fall saknas det dessutom sanktionsmöjlighet som gör det möjligt att bestraffa regioner och kommuner som vägrar att följa domstolsutslag, särskilt i frågor där fullmäktige har fattat beslut (Petersson 2010, s. 224).

Regionernas handlingsfrihet kringskärs delvis av speciallagstiftningen. Som påpekades ovan tar speciallagstiftningen på hälso- och sjukvårdens område dock främst sikte på själva verksamheten inom hälso- och sjukvården, inte på sjukvårdens organisation, med frågor om planering och byggandet av sjukvårdsinrättningar. Vissa bestämmelser av sådant slag finns dock i HSL, men de är allmänt formulerade (HSL kap. 7–8). Det framgår exempelvis att regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt i regionen och även öppen vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar. Vården ska ges nära befolkningen. Det sägs också att regionen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar och i den hälso- och sjukvård som erbjuds av privata vårdgivare. Planeringen ska ske i samverkan med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare. Regionerna ska också allmänt samverka om hälso- och sjukvård som berör flera regioner.[7]

7. Om primärvården sägs även att den ska organiseras så att alla vårdtagare

Av stor betydelse för planering och byggande av sjukvårdsinrättningar är också plan- och bygglagen (PBL). Den fysiska planeringen är enligt PBL en kommunal angelägenhet (kommunerna har s.k. planmonopol). Alla kommuner ska ha uppdaterade översiktsplaner som ska ge vägledning för beslut om hur mark- och vattenområden ska användas och hur den byggda miljön ska användas, utvecklas och bevaras (PBL 3:1–2). Översiktsplanerna är dock inte bindande utan det krävs såväl detaljplaner som bygglov för att ändra markanvändningen och exempelvis bygga ett nytt sjukhus. Kommunerna ska samråda kring planerna med såväl länsstyrelser som regioner. De statliga myndigheterna Boverket och länsstyrelserna övervakar att PBL följs. I Stockholm finns det dessutom en i Sverige unik tradition av regional planering (Smas 2019), som innebär att Region Stockholm ska ta fram en regionplan som ska vägleda den kommunala planeringen.

Det ska här slutligen framhållas att all denna författningsreglering har kompletterats under senare år av en ökande mängd överenskommelser av skilda slag mellan staten och regionerna, där Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har agerat som avtalspart till regeringen (Gavelin 2018). Det gäller inte minst inom hälso- och sjukvården (RiR 2017). En sådan typ av överenskommelser rör prestationsbaserad ersättning, där regionerna alltså får ersättning för en viss insats först efter det att den genomförts (Vårdanalys 2013).

Figur 2.1 på nästa sida sammanfattar hur det svenska sjukvårdssystemet ser ut utifrån ett nationellt perspektiv. Region Stockholm har presenterat en motsvarande ”pyramid” för hur regionen önskar att den regionala nivåstruktureringen ska se ut. Karolinska universitetssjukhuset (KS) bedriver såväl nationell som regional högspecialiserad vård (se kap. 8).

Primärvården är basen i den svenska hälso- och sjukvårdspyramiden. Där ingår vårdcentraler, husläkarmottagningar med mera som regionerna ansvarar för, men även hemsjukvård och särskilda boenden som kommunerna ansvarar för.[8] Nästa steg i pyramiden är *länssjukvården* som finns i alla regioner på länssjukhus som har kompetens för de flesta sjuk-

kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Regionen ska också utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat.

8. Kommunerna har dock normalt inga anställda läkare, utan det är regionerna som bidrar med läkarinsatser i hemsjukvård och på särskilda boenden.



Figur 2.1: Den svenska sjukvårdens organisation ur ett nationellt perspektiv. Källa: SOU 2020:15.

domar. De mindre länsdelssjukhusen har vanligen inte samma specialistkompetens men båda har ofta akutmottagningar och fungerar som så kallade akutsjukhus. *Regionsjukvården* tar hand om mer avancerade och sällsynta sjukdomar och skador och finns vid sju universitetssjukhus i landet. De regioner som inte har egna universitetssjukhus har avtal med närliggande regioner. Högst upp i sjukvårdspyramiden finns den *nationella högspecialiserade vården*, vilken bedrivs vid som mest fem enheter i landet. Vid klassificering av nationell högspecialiserad vård ska hänsyn tas till om vården är komplex eller sällan förekommande och om den kräver viss volym eller ställer särskilda krav på multidisciplinär kompetens. Hänsyn ska också tas till om det krävs stora investeringar eller medför höga kostnader (SOU 2020:15, s. 32).

Sammantaget har riksdag och regering lagt stora delar av utförar-ansvaret för hälso- och sjukvården på regionerna. Självstyrelsen för regionerna är framträdande, särskilt när det gäller politikutformningen. Den förutsätter att regionerna har ett betydande handlingsutrymme, där de folkvalda politikerna tar ett eget ansvar och utifrån befolkningens vilja gör prioriteringar mellan verksamheter och bestämmer om serviceformer och servicenivåer (Edström Fors 2020, s. 70).

… och med en långtgående marknadisering och företagisering …

Samtidigt som svensk hälso- och sjukvård är decentraliserad präglas den av en långtgående marknadisering och företagisering. Som påpekades i kapitel 1 har hälso- och sjukvården här påverkats av samma idéströmningar som övrig offentlig verksamhet, idéströmningar som brukar sammanfattas med beteckningen *new public management* (NPM).

NPM:s idégrund kan sägas bestå i en allmän övertygelse om att skillnaderna mellan offentlig och privat sektor inte är så viktiga och att offentliga och privata organisationer både bör och kan organiseras och arbeta på ett likartat sätt. Näringslivet och företaget är normbildande för förvaltningen och myndigheten. Denna grundidé kom under 1980- och 1990-talen att generera ett stort antal reformer och åtgärder runt om i världen, också i Sverige. Reformerna kan delas in i två huvudkategorier, där den första rör förvaltningens omfattning och funktioner och den andra förvaltningens styrning och ledning (Blomqvist 2016; Karlsson 2017; Ehn & Sundström 2020).

Den första kategorin – ofta kallad *marknadisering* – har handlat om att koncentrera offentlig verksamhet till vissa områden och till vissa uppgifter och roller; bara ”kärnverksamheterna” ska behållas. Generella påbud har sedan sent 1980-tal funnits om att så långt som möjligt separera beställarrollen från producentrollen och pröva entreprenader och upphandling på marknaderna som alternativ till verksamhet i offentlig regi (Andersson m.fl. 2017). Konkurrens har blivit en alltmer populär, och alltmer förgivettagen, samordningsmekanism i samhället, vilket inte bara medfört avregleringar och överföring av offentlig verksamhet till marknaderna, utan även att olika konkurrensmekanismer har införts inom offentlig verksamhet.

Den andra kategorin av NPM-reformer – ofta kallad *företagisering* – tog också fart mot slutet av 1980-talet, och dess tydligaste uttryck blev införandet av mål- och resultatstyrning i det offentliga. Det offentliga har hämtat in en hel begreppsapparat från näringsliv och managementlitteratur, med sådant som produktivitet, verksamhetsmål, resultatredovisningar, styckkostnader, nyckeltal, indikatorer och kunder. Förvaltningarna har tilldelats egna mål, eget resultatansvar, de gör egna årsredovisningar, egna verksamhetsplaner med mera. I försök att skapa en attraktiv bild av den egna (konkurrensutsatta) organisationen har de har även skaffat sig egna visioner, värdeord, loggor och hemsidor. Eko-

nomiadministrationen har byggts ut, med nya befattningar och enheter (Hall 2020; Ivarsson Westerberg 2020).

Dessa NPM-idéer kom i kombination med den avreglerade kommunallag som trädde i kraft 1991 och en förändrad regionalpolitik från mitten av 1990-talet – där omfördelning av resurser ersattes av idéer om regional konkurrensdriven tillväxt (Mittander m.fl. 2019; Säll 2014) – att öppna upp för olika reformer inom kommuner och regioner. Marknadiseringen har tagit sig uttryck i bolagiseringar och privatiseringar av vårdinrättningar, med ökad konkurrens som följd, såväl mellan offentliga vårdgivare inom en region som mellan privata och offentliga vårdgivare (Karlsson & Gilljam 2015; Meijling 2020). Ytterligare ett exempel på marknadisering är när det offentliga gör upphandlingar av privata utförare. Regionerna har experimenterat med en rad olika marknadsmodeller (se t.ex. Berlin & Kastberg 2011; Hallin & Siverbro 2002). Företagiseringen märks bland annat i att enskilda sjukvårdsinrättningar, och enheter inom dessa inrättningar, alltmer behandlas som självstyrande organisationer, med egna budgetmål och resultatkrav. Löpande uppföljningar och återrapporteringar, med indikatorer och nyckeltal, har införts på samtliga nivåer inom sjukvården. Så kallade beställar–utförarmodeller och interndebiteringar är numera vanligt förekommande i regionerna (Montin & Granberg 2013). De tidigare nämnda prestationsersättningarna ligger också i linje med företagiseringen, likaså införandet av olika styrmodeller, som *lean* och värdebaserad vård.

...och med en stark profession

Hälso- och sjukvårdsområdet är således både höggradigt decentraliserat och NPM-orienterat. Till detta ska slutligen läggas att området brukar framhållas som starkt professionaliserat. Idén om att verksamheten ska bedrivas utifrån vetenskaplighet och erfarenhetsbaserat lärande är stark, och det finns därför långtgående krav på oberoende för professionen – en profession som brukar utmålas som stark, vilket inte minst gäller läkarna (Berlin & Kastberg 2011; Hallin & Siverbro 2002).

Det finns således en grundläggande norm om att politikerna bör styra hälso- och sjukvården på betydande avstånd. Riksdag och regering har också på olika sätt markerat professionalismen inom området. Det har bland annat tagit sig uttryck i lagen om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården, som inledningsvis stadgar: ”Den som tillhör häl-

so- och sjukvårdspersonalen skall utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet" (SFS 1994:953, 2 §). Även förordningen om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst (SFS 2015:155, 2 §) syftar till att säkerställa att hälso- och sjukvården bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

I praktiken har professionen också haft betydande kontroll över såväl den praktiska sjukvårdsverksamheten som kunskapsutvecklingen på området. Fältet har karakteriserats av rikliga horisontella och gränsöverskridande relationer och lojaliteter inom professionen, parat med en begränsad identifiering med och lojalitet mot (organisatoriskt sett) överordnade chefer och politiker (se t.ex. Brorström & Nilsson 2004; Rehnman 1969). Dock visar forskning att senare års företagisering av hälso- och sjukvården, till exempel införandet av interna modeller för kvalitetsstyrning, mål- och resultatstyrning och uppföljning, har begränsat professionens handlingsutrymme (Anell 2020; Bejerot & Hasselbladh 2003).

Ett svårstyrt och fragmenterat område

Sammantaget visar denna redogörelse att NKS-projektet har planerats och genomförts i en struktur med viktiga särdrag. Hälso- och sjukvården är ett statligt åtagande med starka krav på likvärdighet. Samtidigt är det svårt för nationella politiker att styra hälso- och sjukvården. Decentraliseringen av utföraransvaret gör att den kommunala självstyrelsen blir en utgångspunkt för det svenska sjukvårdssystemet, och hälso- och sjukvårdslagens utformning som en ramlag är tänkt att ge stort utrymme för regionerna att utforma vården efter lokala behov.

Denna spänning mellan kraven på å ena sidan likvärdighet och å andra sidan lokal anpassning präglar i hög grad hälso- och sjukvården. Decentralisering rymmer en idé om skillnader, och även om dessa skillnader inte får äventyra likvärdigheten i verksamheten är det i praktiken svårt att förena kraven på flexibilitet och lokal anpassning med kravet på likvärdighet. Denna balansakt har under årens lopp återkommande utpekats som problematisk med krav på ömsom ökad statlig styrning, ömsom stärkt kommunal självstyrelse (se t.ex. SOU 2016:2; SOU 2012:33; SOU 2009:43; SOU 2009:11; SOU 2007:12; SOU 2007:10). Samtidigt kan det konstateras att när staten har skärpt styrningen av detta

politikområde har detta främst skett genom att öka regleringen och granskningen av verksamhetsnivån.[9] De delar av beslutsprocessen som rör politikskapandet har varit av mindre intresse. Här har utvecklingen snarare gått i motsatt riktning – från ett system där staten samordnade, beslutade och gav stöd till regionerna till en situation där respektive region numera ansvarar för i princip all planering och alla investeringar (SOU 2020:15, s. 134–135).

Att hälso- och sjukvården även präglas av dels en långtgående marknadisering och företagisering, dels en stark profession underlättar inte heller för den politiker som vill styra verksamheten. Båda faktorerna understryker betydelsen av oberoende, att politikerna ska styra verksamheten på armlängds avstånd. I det första fallet handlar det om att marknadskrafterna ska få råda, i det andra om att professionen är experterna på verksamheten och vet bättre än politikerna hur denna ska skötas. Och det är inte minst i rollen som så kallade organisationsexperter som professionen har stärkt sin ställning, där läkare intar rollen som både sakprofessionella och chefer med ansvar för organisation och styrning (se kap. 12; Evetts 2009).

Alla dessa tre faktorer – decentralisering, NPM-orientering och professionalisering – riskerar att verka i fragmenterande riktning. Lokala politiker kan ha svårt att se hur olika regioners sjukvårdsverksamheter hänger samman med varandra. Höggradigt marknadiserade och företagiserade utförarorganisationer, som fokuserar på sina egna mål, resultat och budgetramar, kan ha svårt att samordna sig med varandra och att tänka långsiktigt.[10] Och professioner kan ha svårt att se hur olika delar av hälso- och sjukvården griper in i andra delar, och hur hälso- och sjukvården griper in i, och ibland måste ställas mot, annan offentligt finansierad verksamhet.

---

9. Det har t.ex. hävdats att den ökade statliga styrningen främst, och ”i allt för hög grad”, har riktats mot vårdprofessionerna och att den ”utmanar den professionella autonomin och kan orsaka administrativt merarbete” (Castillo & Ivarsson Westerberg 2019; SOU 2016:2, s. 2; se även Statskontoret 2020, 2019a, 2019b, 2017).

10. Här pågår det också en diskussion om att vårdvalen har fått som konsekvens att vissa grupper har erbjudits vård i en omfattning som går bortom deras faktiska behov. Forskning pekar på att detta har lett till ökade hälsoskillnader och till minskad likvärdighet inom hälso- och sjukvården (Anell 2020).

REGIONERNAS GRUNDLÄGGANDE ORGANISATION

Som framgick ovan har regionerna gradvis fått större möjligheter att organisera sin egen verksamhet. De har också i olika utsträckning låtit sig inspireras av de marknadiserings- och företagiseringsidéer som behandlades i föregående avsnitt. Det betyder att regionerna i dag sinsemellan kan ha mycket olikartade organisationer. Nedan redogör vi i korthet för de delar av organisationen som är lagstyrda. Det gäller regionfullmäktige, regionstyrelsen, nämndorganisationen i övrigt, revisionen samt den opolitiska förvaltningen. Bolag måste inte finnas enligt lag men är vanliga inom regionerna och diskuteras därför också.

Regionfullmäktige

Enligt kommunallagen ska det i varje region finnas en beslutande församling, ett fullmäktige. Detta är det enda av medborgarna direktvalda organet.[11] Fullmäktige beskrivs som ”den beslutande församlingen”, det vill säga i bestämd form singular. I praktiken har dock beslut under en lång följd av år delegerats från fullmäktige till nämnder och förvaltningar. Nämnderna har dessutom egen beslutsrätt när de tillämpar speciallagstiftning. Fullmäktige ska dock alltid besluta ”i ärenden av principiell beskaffenhet eller av större vikt för regionen” (SOU 2020:15, s. 64), vilka omfattar mål och riktlinjer för den regionala verksamheten samt budget, skatt och andra viktiga ekonomiska frågor.

Fullmäktige har till uppgift att tillsätta styrelsen och övriga nämndledamöter samt att välja revisorer. Den avgör också hur nämnderna ska organiseras och vilken verksamhet de ska ha. Till fullmäktiges uppgifter hör även att utforma förvaltningens organisation och verksamhetsformer. Den fattar dessutom beslut om ersättning till de förtroendevalda och beslutar om årsredovisning och ansvarsfrihet. Till detta kommer också beslut om eventuella folkomröstningar och extra val.

Regionstyrelsen – en ”samlingsregering”

Regionstyrelsen kan förstås som den regionala motsvarigheten till regeringen. Med en sådan liknelse är den att betrakta som en typ av sam-

11. Det finns i dag ca 4 600 förtroendevalda i landets 21 regioner. Av dessa är 94 procent fritidspolitiker, dvs. uppdraget sköts vid sidan av ett annat arbete eller studier (SKR 2020a).

lingsregering, eftersom styrelsens sammansättning återspeglar mandatfördelningen i fullmäktige. Detta mönster återfinns i samtliga nämnder (styrelsen är alltså en nämnd), även om väldigt små partier inte kan räkna med att få en plats i alla nämnder. Samlingsregerandet har inte sällan pekats ut som problematiskt, särskilt vad gäller ansvar och ansvarsutkrävande där oppositionen inte får den tydligt granskande roll som den har i ett renodlat parlamentariskt system (se kap. 10; Larsson & Sundström 2020; Montin & Granberg 2013, s. 40; Karlsson & Gilljam 2015, s. 26–27; Bergman 1999; Erlingsson & Wänström 2015).

Styrelsen har ett övergripande ansvar för regionens verksamhet och samordnar verksamheten. Den har också att bereda alla ärenden som beslutas i fullmäktige, däribland budgeten. Styrelsen ska utse en direktör – en högsta tjänsteperson i regionen – som ska ha den ledande ställningen bland de anställda och vara chef för styrelsens förvaltning. Regionstyrelsen har dessutom till uppgift att verkställa fullmäktiges beslut, vilket betyder att styrelsen i praktiken gör många av de politiska prioriteringarna (Montin & Granberg 2013, s. 40).

Även om styrelsen generellt sett inte är överordnad andra nämnder, och alltså i normalfallet saknar formella möjligheter att påverka dessa, har styrelsens roll som samordnande politiskt organ stärkts sedan 1990-talet. I den nya KL från 2017 infördes en ny bestämmelse om att fullmäktige kan bestämma att styrelsen får fatta beslut om ”särskilt angivna förhållanden som rör andra nämnders verksamhet” (KL 6:8). Det betyder alltså att styrelsen numera även formellt kan ges en överordnad roll gentemot övriga nämnder, särskilt i övergripande ekonomiska frågor (Lundin & Madell 2018, s. 174–175). Styrelsens förstärkta roll har gjort att fullmäktige alltmer har kommit att beskrivas som ett ”transportkompani”, som enbart fattar formella beslut i frågor som i praktiken redan har avgjorts i andra fora (Montin & Granberg 2013, s. 41; Karlsson & Gilljam 2015, s. 7). Styrelsen är tillsammans med valnämnden – som fungerar som regional valmyndighet – numera den enda obligatoriska nämnden i regionen.

Nämndorganisationen i övrigt

Kommunallagen stadgar att de uppgifter som är specialreglerade ska skötas av regionstyrelsen eller av annan nämnd. HSL (7:1) fastslår också att det för ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten ska finnas

minst en nämnd i regionen. Ledamöterna i nämnderna utgörs normalt av förtroendevalda politiker, men även andra kan utses till ledamöter om två tredjedelar av fullmäktige röstar för det (KL 5:58). Varje nämnd har ansvar för ett särskilt område, såsom hälso- och sjukvård eller regionala utvecklingsfrågor. Sjukhus bedrivna i offentlig regi är ofta nämnder.

Nämnderna har främst beredande uppgifter men kan som sagt även fatta vissa beslut själva. Förutom att förbereda ärenden till fullmäktige ansvarar nämnderna för den löpande verksamheten inom sitt område och för att genomföra fullmäktiges beslut. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt (KL 6:3–6). I praktiken är det tjänstepersoner som sköter det mesta av genomförandet av verksamheten, men politikerna har alltid det yttersta ansvaret (SKR 2020b).

Enligt kommunallagen kan en nämnd bestämma – om inte fullmäktige redan har gjort det – att den under sig ska ha särskilda utskott eller beredningar (KL 3:5). Utskott och beredningar utgörs också normalt av förtroendevalda. Med stöd av KL kan en nämnds beslutanderätt delegeras till ett utskott, men inte till en beredning (KL 6:41). Utskottets uppgifter är dock normalt att bereda nämndens ärenden. Det finns således (möjlighet till) en delegeringskedja av beslutanderätt från fullmäktige till nämnder och vidare till utskott som komplicerar bilden av fullmäktige som *det* (enda) beslutande politiska organet inom regionen.

Förvaltningsorganisationen

Den opolitiska förvaltningen är sparsamt reglerad i KL. Det framgår som sagt att det ska finnas en direktör som är chef över förvaltningen (KL 7:1). Styrelsen ska i en instruktion fastställa direktörens uppgifter och hur den ska leda förvaltningen under styrelsen (KL 7:2). Nämnder kan delegera beslut till chefer i den underställda förvaltningen, och dessa chefer kan i sin tur delegera beslut till anställda under sig (KL 7:5–7). Anställda är också inkluderade i beredningstvånget genom att de har en skyldighet att lämna upplysningar till fullmäktige om fullmäktige begär det (KL 5:41). Denna upplysningsplikt gäller även i relation till regionens revisorer (KL 12:9).

Förvaltningens huvudsakliga uppgift är att utarbeta underlag till de politiska organen. I praktiken deltar de anställda i hög utsträckning i utformandet av politiken, och detta deltagande har under senare år ökat

i takt med att det har skett en professionalisering av förvaltningen. Den regionala förvaltningsorganisationen har beskrivits som särskilt komplicerad (Montin & Granberg 2013, s. 85–87). Detta förklaras av att det inom förvaltningen finns flera typer av tjänstepersoner, där professioner inom vården finns representerade. Komplexiteten ökar också med regionens storlek, som för med sig ett ökat antal enheter och chefsnivåer. Marknadiseringen och företagiseringen har också skapat en mer sammansatt förvaltningsorganisation med försök att bryta upp offentliga verksamheter i olika beståndsdelar (organisationer, enheter och funktioner) och att skilja mellan beställare och utförare.

Den kommunala revisionen

Fullmäktiges viktigaste kontrollinstrument är den kommunala revisionen (Montin & Granberg 2013, s. 38). Efter varje val tillsätter fullmäktige revisorer. Kommunallagen stadgar att det ska finnas minst fem revisorer vid en samlad revision av hela verksamheten eller vid en särskild revision av en viss, eller vissa nämnders, verksamhet (KL 12:5). Revisorerna utgörs av förtroendevalda politiker, men sedan 2009 får de inte samtidigt vara förtroendevalda (ordinarie eller ersättare) i fullmäktige (KL 4:4). Att revisorerna är politiker har ofta kritiserats (Bäck 2018; Lundin 2010). Revisorerna ska dock bistås av sakkunniga biträden och av en förvaltning (KL 12:8, 12:10–11).

Revisorerna prövar om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt sätt, om räkenskaperna är rättvisande och om den interna kontrollen inom nämnderna är tillräcklig (KL 12:1). Revisorerna gör en årlig årsberättelse och de kan rikta anmärkningar mot nämnder, beredningar eller enskilda förtroendevalda. I större regioner som Stockholm genomför revisionen varje år ett stort antal revisioner, som omfattar såväl årsberättelser för olika verksamheter som projektrapporter. Det rent praktiska arbetet med att genomföra en revision läggs numera ofta ut på privata revisionsbyråer (Bäck 2018).

Bolag

Fullmäktige får med vissa undantag fatta beslut att lämna över skötseln av en regional angelägenhet till ett bolag (KL 10:1). Bolaget kan vara hel- eller delägt av regionen. Vid överlämnande av verksamhet till helägda bolag ska fullmäktige utse samtliga styrelseledamöter och fast-

ställa ändamålet med verksamheten samt se till att ändamålet och de kommunala befogenheterna anges i bolagsordningen. I bolagsordningen ska också anges att fullmäktige får ta ställning till beslut i verksamheten som är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt innan de fattas samt se till att bolaget ger allmänheten insyn i den verksamhet som genom avtal lämnas över till privata utförare (KL 10:3).[12]

Från slutet av 1980-talet till 1990-talets mitt skedde en stor ökning av antalet kommunala bolag. Sedan 2007 har en ny våg av bolagsbildningar på regional (och primärkommunal) nivå genomförts. Många sjukhus är i dag av regionen helägda bolag, vilket exempelvis gäller för flera sjukhus i Region Stockholm.[13] Bolagens styrelser kan antingen utgöras av politiker eller av experter av olika slag.

REGION STOCKHOLMS ORGANISATION

Vi har tidigare konstaterat att regionerna numera uppvisar en betydande variationsrikedom avseende organisation och arbetssätt. Region Stockholm särskiljer sig gentemot övriga regioner genom sin storlek och därmed också i organisatorisk komplexitet. Enbart KS har drygt 15 500 anställda, vilket innebär att sjukhuset har ett par tusen fler anställda än många större statliga förvaltningsmyndigheter, exempelvis Försäkringskassan. Regionen har också visat sig vara särskilt öppen för organisationsexperiment och för NPM-orienterade reformer, vilket ytterligare bidrar till organisatorisk mångfald (Jacobsson 2002; Montin & Granberg 2013). Regionen har i dag avtal med en stor mängd privata aktörer, cirka 1 000 stycken. Den största andelen av dessa aktörer är verksamma inom hälso- och sjukvården. Region Stockholm säger sig i dag ha flest vårdavtal med privata vårdgivare i landet. De marknadiserings- och företagiseringsidéer som diskuterades tidigare i detta kapitel har alltså fått ett stort genomslag i Region Stockholm (Anell 2020; Falkenström & Höglund 2018).

12. Om verksamheten överlämnas till ett delägt bolag ska fullmäktige se till att bolaget blir bundet av de villkor som avses i KL 10:3 i den omfattning som är rimlig med hänsyn till andelsförhållandena, verksamhetens art och omständigheterna i övrigt (KL 10:4).

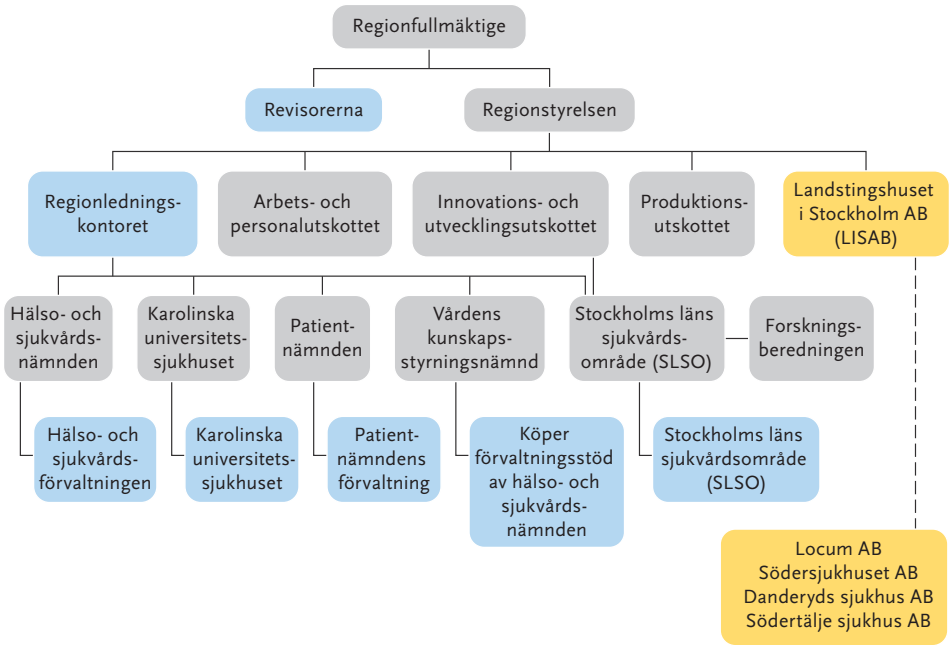
13. Södersjukhuset AB, Södertälje sjukhus AB och Danderyds sjukhus AB.

Regionens organisationsexperimenterande gäller även den interna organisationen. Regionen genomför mer eller mindre kontinuerliga organisationsförändringar – genom nedläggningar av nämnder, utskott och beredningar och inrättandet av nya (SLL 2014a, 2018a). Organisationsförändringarna har syftat till att genom centralisering stärka den politiska styrningen och kontrollen över ekonomin, att tydliggöra ansvarsförhållandena samt att förbättra uppföljningen av mål och resultat.

Detta avsnitt består av två delar. I det första finns en övergripande beskrivning av hur regionen är organiserad när detta skrivs. I det andra redogör vi för de delar av organisationen som har haft ett särskilt ansvar för NKS-projektet. Denna del är kronologiskt upplagd och skildrar de många organisatoriska förändringar som genomfördes under NKS-projektets långa historia.

Den politiska organisationen: flera politiska styrcentra av vården

Det här avsnittet fokuserar på de politiska organ som har ansvar för hälso- och sjukvården i Region Stockholm. I figur 2.2 nedan framgår vilka



Figur 2.2: Organisationsschema för Region Stockholm 2020.

dessa organ är och hur de relaterar till varandra. Figuren visar också vilka förvaltningar som lyder under respektive nämnd.

Regionfullmäktige i Stockholm är Sveriges näst största beslutande församling med sina 149 ledamöter (bara riksdagen är större). Under den mandatperiod då detta skrivs (2018–2022) finns det åtta partier representerade i fullmäktige, samma partier som i riksdagen. Under tidigare mandatperioder i NKS-projektets historia har antalet partier dock varierat, Centerpartiet och Sverigedemokraterna har ibland saknat representation. Politiken inom regionerna brukar allmänt beskrivas som konsensusorienterad (Larsson & Sundström 2020; Montin & Granberg 2013), men Region Stockholm har ofta setts som ett avvikande fall: konfliktnivån mellan opposition och majoritet har generellt varit hög, också gällande hälso- och sjukvårdsfrågor (se kap. 10; Andersson & Grafström 2019; Hallin & Siverbro 2002).

I Region Stockholm har *styrelsen* 20 ordinarie ledamöter. Ordförande är finansregionrådet, en post som innehas av den politiska majoriteten. Majoriteten har även positionen som förste vice ordförande medan oppositionen har platsen som andra vice ordförande. Regionråden är hel- och halvtidsanställda förtroendevalda,[14] vilka tillsammans bildar *regionrådsberedningen* som lägger fram förslag till beslut till styrelsen. Genom att styrelsen har det ”övergripande ansvaret”, inbegripet att sköta den ”strategiska styrningen” av regionens verksamheter, är styrelsen i praktiken ett politiskt centrum för makten över vården i Stockholm (Region Stockholm 2020a).

Under styrelsen finns det för närvarande tio politiskt sammansatta underorgan, i form av utskott och beredningar. Av dessa tio är fem särskilt centrala för hälso- och sjukvården. I styrningen av bolag är *produktionsutskottet* – under perioder kallat för ägarutskottet – särskilt relevant då det ansvarar för ägarstyrningen av bolagen (SLL 2018d).[15] Denna

14. Majoriteten, dvs. Alliansparterna tillsammans med Miljöpartiet, har regionråd som ansvarar för sakområden; förutom finansregionråd finns hälso- och sjukvårdsregionråd, vård- och valfrihetsregionråd, vårdutvecklingsregionråd, trafikregionråd, fastighets- och serviceregionråd, tillväxt-, samhällsplanerings- och skärgårdsregionråd, miljö- och kollektivregionråd samt fyra regionråd vikta åt oppositionen.

15. Produktionsutskottet har i praktiken utnämningsmakten för regionens bolag då det föreslår fullmäktige ledamöter till bolagens styrelser.

styrning omfattar såväl de regionägda bolagen som de förvaltningar som drivs ”i bolagsliknande former”: KS och Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO). Danderyds sjukhus, Södersjukhuset och Södertälje sjukhus är alla av regionen helägda bolag. Det är också Locum AB, som är regionens fastighetsförvaltare med särskilt ansvar för sjukhusbyggnader. *Landstingshuset i Stockholm AB* (LISAB) har delvis överlappande uppgifter med produktionsutskottet och består av samma ledamöter som utskottet. LISAB är alltså också ett politiskt sammansatt underorgan till styrelsen som drivs i form av ett bolag. Det utövar regionstyrelsens ”uppsiktsplikt” över regionägda bolag och de förvaltningar som drivs under bolagsliknande former.

Regionstyrelsens *arbets- och personalutskott* har ett helhetsansvar för regionstyrelsens verksamhet, vilket innebär att det sköter uppgifter som rör övergripande styrnings-, system- och strukturfrågor (Region Stockholm 2020a). Utskottet ansvarar också för regionens ekonomiska och verksamhetsmässiga resultat. Utskottet har elva ledamöter. Arbets- och personalutskottet har alltså en övergripande och samordnade roll i förhållande till regionstyrelsens övriga underorgan.

Innovations- och utvecklingsutskottet har nio ledamöter och ansvarar särskilt för e-hälsa, digitalisering, medicinteknik samt hantering av patientdata. Utskottet bevakar också frågor om vårdexport. Under sig har innovations- och utvecklingsutskottet ett eget beredande organ, *forskningsberedningen*. Beredningen, som har samma ledamöter som utskottet, har ett särskilt ansvar för forskning och utbildning (FoU) inom hälso- och sjukvården.

Utöver dessa politiskt sammansatta organ har regionstyrelsen också en egen förvaltning, *Regionledningskontoret*. I augusti 2020 hade detta kontor – som, även om jämförelsen haltar något, kan ses som en motsvarighet till Regeringskansliet – 307 anställda, varav 103 var politiskt rekryterade.[16] Kontoret har till uppgift att stödja styrelsen i dess arbete med att leda, styra, samordna och följa upp regionens verksamhet. Det fungerar därmed som förvaltning även för de politiskt sammansatta organen under styrelsen. Den centrala förvaltningsorganisationen, det vill säga Regionsledningskontoret, inklusive nämndernas förvaltningar i övrigt, har cirka 800 anställda, varav hälften arbetar med IT.

16. Uppgifter från Region Stockholm, HR-avdelningen, 2020-08-25.

Den starka koncentrationen av styrningsansvar och styrningskapacitet, inklusive rollen som ägare, till regionstyrelsen är ett uttryck för Region Stockholms variant av beställar–utförarmodellen (BUM), kallad för Stockholmsmodellen (Charpentier & Samuelson 1999). Enligt BUM ska rollerna som ägare, beställare och utförare av vård åtskiljas (Hallin & Siverbo 2002, s. 85–87). Medan styrelsen således innehar *ägarrollen* är *Hälso- och sjukvårdsnämnden* (HSN) den huvudsakliga *beställaren* av vård. Nämnden ansvarar för att utreda regionbefolkningens vårdbehov, och utifrån detta behov beställer den vård av *utförare*. Dessa utförare kan vara privata eller offentliga. Region Stockholm har särskilt drivit idén om att patienterna ska ges möjlighet att välja vårdgivare genom att skapa ett stort utbud av sådana. HSN har i dag nio underorgan. Åtta av dessa är beredningar.[17] Det nionde organet är avtalsutskottet som tecknar avtal med vårdgivare – utförarna – inom ramen för Region Stockholms vårdval.

En av regionens största utförare av vård är förstås *KS*, som sedan 2004 består av Karolinska sjukhuset i Solna och Huddinge sjukhus. KS leds av Nämnden för Karolinska (tidigare kallad ”Karolinskas styrelse”). Till skillnad från övriga nämnder i regionen är de sju ledamöterna i denna nämnd inte förtroendevalda politiker. Den är i stället ”professionellt sammansatt” (ibland även kallat ”externt tillsatt”) och består av personer med bakgrund inom vården. Regionen har mot denna bakgrund beskrivit KS som en ”förvaltning styrd i bolagslika former” (Andersson & Grafström 2019). Denna ordning har av regionens revisorer återkommande ifrågasatts och beskrivits som en sammanblandning av privaträttslig och offentligrättslig styrning som saknar stöd i KL. Detta kan också ses som ett uttryck för regionens långtgående företagisering. KS uppdrag bestäms genom ett avtal mellan Nämnden för Karolinska (utföraren) och HSN (beställaren) som beskriver uppdragets innehåll och omfattning (vilken vård och hur mycket vård som ska bedrivas).[18]

17. De åtta beredningarna är: valfrihets- och tillgänglighetsberedningen, kompetensförsörjningsrådet, kvalitetsrådet, folkhälsoberedningen, seniorrådsberedningen, tandvårdsberedningen, psykiatriberedningen samt långtidsberedningen.

18. Från den 1 januari 2020 har regionpolitikerna beslutat om förändringar i vårdavtalet för akutsjukhusen. Förändringarna innebär att man går från en avtalsmodell byggd huvudsakligen på anslag mot ett mer prestationsbaserat ersättningssystem. Detta kallas för ”rörlig produktionsbaserad ersättning” och utgör för

KS utgör den förvaltning som lyder under nämnden. Förvaltningen leds av en förvaltningschef – sjukhusdirektören – som ansvarar för verksamheten inför nämnden.

Övriga nämnder som ansvarar för hälso- och sjukvården är SLSO och Patientnämnden. SLSO bedriver i regionens regi primärvård, psykiatri, geriatrik, avancerad vård i hemmet (ASIH), somatisk specialistvård och habilitering. SLSO bedriver även forskning och utbildning tillsammans med Karolinska Institutet. Patientnämnden är en ”fristående och opartisk instans” dit patienter och anhöriga kostnadsfritt kan vända sig med sina klagomål om problem uppstått i kontakt med vården.[19]

Sammanfattningsvis kan det konstateras att den politiska organisationen är komplex. Det visar sig bland annat genom att det finns flera politiska styrcentra som påverkar vården generellt såväl som specifikt, gällande KS. Flera politiska organ är direkt eller indirekt involverade i styrningen av KS. Analysen av Region Stockholms organisation har också visat att politiska idéer och värderingar fått stort genomslag i organisationen. Exempelvis märks det att Alliansens betoning av privatisering och införande av vårdval har lett till att det numera finns flera politiska organ som ansvarar för frågor som rör valfrihet och vårdval.

Den politiska organiseringen för NKS-projektet

I föregående avsnitt diskuterades hur Region Stockholms organisation ser ut när detta skrivs. I detta avsnitt flyttas fokus till de delar av den politiska organisationen som haft ett särskilt ansvar för NKS-projektet. Här beskrivs också hur ansvaret, under projektets gång, har flyttats mellan olika delar av organisationen och hur dessa förändringar har motiverats. Avsikten är att skapa en övergripande bild av händelseförloppet för NKS-projektet, ett händelseförlopp som kommer att skildras tämligen detaljerat och främst tematiskt i bokens kommande kapitel.

Karolinskas del (från den 1 januari 2020) 40 procent av ersättningarna (se Region Stockholm 2019c).

19. *Vårdens kunskapsstyrningsnämnd* skapades så sent som 2018, dvs. det år denna studie slutar, och lämnas därför därhän här. Till de politiska organen hör också *Kommunalförbundet sjukvård och omsorg i Norrtälje* samt *Samverkansnämnden Stockholm–Gotland*. Den senare är en av de sex sjukvårdsregionerna som Sverige, efter beslut av riksdagen, är indelat i. Medlemsregionerna i Samverkansnämnden ska samarbeta om frågor som rör sjukvård.

Under NKS-projektet inledande fas (2001–2006) var ansvaret på förvaltningsnivå knutet till styrelsens förvaltning genom en särskild styrgrupp som styrde med hjälp av särskilda utredningar (Johannesson & Qvist 2019). Det politiska ansvaret var också koncentrerat till styrelsen, närmare bestämt till arbets- och personalutskottet. Utskottet hade då, liksom nu, ett övergripande samordnande ansvar för styrelsens styrning av vården. Detta kan ses som ett uttryck för att dåvarande politiker eftersträvade att helhetssyn och samordning skulle prägla NKS-projektet. Motiveringen till att arbets- och personalutskottet gavs politiskt ansvar för projektet var också att de styrande politikerna då ansåg att det borde sättas in i ett bredare perspektiv avseende Stockholms hälso- och sjukvård.

Efter denna inledande period av utredningar gick NKS-projektet in i en ny fas. Från början fanns det dock fortfarande en ambition bland styrande politiker att man på politisk nivå skulle eftersträva helhetssyn och samordning. En utgångspunkt var därför att de centrala organisationerna i Stockholmsmodellen skulle få de viktigaste positionerna i projektet, det vill säga HSN som *beställare*, styrelsen (med dess samordningsansvariga arbetsutskott och dess ägarstyrningsansvariga produktionsutskott) som *ägare* samt KS som *utförare*.

Denna idé övergavs dock av den nyvalda styrande politiska majoriteten 2006 som i stället koncentrerade den politiska makten till det då nyinrättade *FoUU-utskottet* (forsknings-, utbildnings- och utvecklingsutskottet) under styrelsen, som försågs med en relativt stor egen förvaltning. Detta gjordes bland annat på grund av att den politiska ledningen ville hålla KS och HSN på avstånd från processen (se kap. 11). Ett annat skäl var att ledningen antog att ett projekt av NKS storlek krävde en särskild organisation som enbart arbetade med projektet. Befintliga organ skulle helt enkelt inte ha tillräckliga resurser (varken tid eller kompetens) för att klara av ett sådant ansvar.

FoUU-utskottet ansvarade för NKS-projektet från 2006 till 2010, då utskottet lades ner. Nedläggningen kan ses som ett resultat av en växande kritik från såväl opposition som revisorer, som ansåg att utskottet hade getts alltför omfattande egen beslutsmakt samt att insynen var begränsad. Nedläggningen bör också ses i ljuset av de eskalerande konflikterna mellan å ena sidan FoUU-utskottet och å andra sidan andra politiska underorgan till styrelsen: arbetsutskottet och produktionsutskottet.

Kritik riktades också från HSN och dess förvaltning (se kap. 11). Denna kritik handlade om att FoUU-utskottet, genom att inte i tillräcklig utsträckning samordna sig med andra politiska underorgan, inte hade lyckats ta det helhetsgrepp om planeringen av NKS och Stockholms hälso- och sjukvård som krävdes för att driva projektet i hamn.

FoUU-utskottet ersattes 2010 av den så kallade *NKS-beredningen*, som genom att vara just en beredning saknade beslutsmakt. Besluten togs nu i stället av styrelsen. Nu inleddes också en period då HSN och dess förvaltning flyttade fram sina positioner. Detta kom framför allt till uttryck i initieringen av projektet Framtidens hälso- och sjukvård (FHS, se kap. 8). NKS-beredningen lades dock ner efter bara ett år. Dess ersättande av FoUU-utskottet ansågs inte ha undanröjt problemen med insyn och transparens (Andersson & Grafström 2019). År 2011 övertog därför arbetsutskottet återigen ansvaret för styrelsens räkning. Detta innebar att de styrande politikerna återigen ville placera NKS-projektet i ett bredare regionalpolitiskt sammanhang. Samtidigt togs det första beslutet om den så kallade Framtidsplanen, vilket innebar att HSN, och särskilt dess förvaltning, ytterligare stärkte sin position, medan den politiska styrningen av projektet Framtidens hälso- och sjukvård kritiserades för att ha varit för svag (Andersson & Grafström 2020; SLL 2018d). Under en kort period, 2017–2018, fanns det ett politiskt organ under HSN, *Utskottet för framtidens hälso- och sjukvård*, som ansvarade för att samordna, verkställa och följa upp beslut som rörde detta projekt. Efter nedläggningen av utskottet har revisorerna återkommit med deras kritik om en för svag politisk styrning av Framtidsplanen.

Det kan således konstateras att det under åren 2001–2018 gjordes flera förändringar avseende den politiska organisationen för NKS-projektet. Dessa kan ses som uttryck för vad som vid olika tidpunkter har setts som viktiga politiska prioriteringar. Det kan förstås också ses som ett uttryck för makt: vem som ska bjudas in att påverka och vem som ska hållas utanför. Detta blir på förvaltningsnivå särskilt tydligt, något som diskuteras utförligt i kapitel 8 och 11. Det kan också ses som ett tydliggörande av vad som *inte* är politiskt prioriterat; särskilt gäller detta Framtidsplanen, där det politiska ansvaret har varit begränsat och för vilken det bara under en kort period har funnits en tydlig politisk organisering (med Utskottet för framtidens hälso- och sjukvård). Skildringen visar också att de konfliktlinjer som uppstod på politisk nivå inte

gick, som det oftast gör i demokratiska system, mellan den styrande majoriteten och oppositionen, utan att de snarare gick mellan olika politiska organ, under styrelsen.

AVSLUTANDE DISKUSSION

I detta kapitel har vi visat att NKS-projektet ägde rum i ett särpräglat strukturellt sammanhang. Spänningen mellan kraven på å ena sidan likvärdighet och å andra sidan lokal anpassning präglar i hög grad hälso- och sjukvården. Ibland har staten skärpt sin styrning för att stärka likvärdigheten, för att i nästa skede avreglera för att förbättra flexibiliteten och öka det lokala demokratiska inflytandet. Samtidigt kan det konstateras att när staten har skärpt styrningen har det främst skett genom att öka regleringen och granskningen i verksamhetsledet, det vill säga i de delar av hälso- och sjukvården som rör vårdens arbetssätt och mötet mellan vårdgivare och vårdtagare. De delar av beslutsprocessen som rör politikskapandet, med frågor om planering och byggandet av sjukvårdsinrättningar, har varit av mindre intresse. Här har statens inblandning i stället stadigt minskat över tid.

Utöver decentralisering präglas hälso- och sjukvården även av en långtgående marknadisering och företagisering, samtidigt som den är starkt professionaliserad. Tillsammans riskerar dessa tre faktorer att verka fragmenterande. Utrymmet för politikerna på regional nivå är samtidigt kringskuret. I teorin ges regionerna betydande självstyrelse, men i praktiken formuleras övergripande prioriteringar och (ofta kostnadsdrivande) målsättningar på nationell nivå. Professionen, med sin överlägsna kunskap visavi de regionala politikerna och möjlighet till opinionsskapande, har samtidigt en framträdande roll i utformandet av den lokala organiseringen av sjukvården och dess insatser, vilket ofta leder till ökade kostnader. Ekonomisk effektivisering och rationalisering ankommer på den regionala förvaltningen. Kvar för de regionalt förtroendevalda politikerna att göra blir att inför väljarna försöka legitimera de höga kostnader som sjukvården i dag kräver samt att hitta sätt att finansiera dessa kostnader, inte sällan genom kritiserade nedläggningar av vårdenheter och neddragningar av verksamhet.

Kapitlet har också i korthet redogjort för den grundläggande statliga regleringen av regionerna och för vilka organ regionerna enligt denna

reglering måste ha och hur de är tänkta att fungera. Skildringen avser fullmäktige, styrelsen, övriga nämnder, den opolitiska förvaltningen, revisorerna och bolag. Vi visar att kommunallagen har formen av en ramlag och att utrymmet för kommuner och regioner att själva bestämma sin organisation är stort. Och givet att kommuner och regioner har låtit sig inspireras i varierande grad av de marknadiserings- och företagiseringsidéer som har sköljt över Sverige sedan slutet av 1980-talet kan man nu bevittna en uppsjö av skilda organisationslösningar bland kommunerna och regionerna.

Slutligen visar vi att Region Stockholm tillhör de regioner som har tagit marknadiseringen och företagiseringen längst. Dess organisation är komplex, både på politisk nivå, där det finns ett flertal politiska styrcentra, och på förvaltningsnivå, där centralförvaltningar har delvis överlappande ansvar och utförarorganisationer, som sjukhus, har formen av hybrider med beteckningar som ”bolagsliknande”. Vi visar också att NKS-projektet under åren 2001–2018 tämligen flitigt kom att flyttas runt mellan olika politiska organ och att det även skapades nya politiska organ för projektet. Detta var delvis uttryck för en politisk kamp, en kamp som inte enbart, eller ens främst, utkämpades mellan den styrande majoriteten och oppositionen utan snarare mellan olika politiska organ.

3. Om komplexa beslutsprocesser

Göran Sundström, Maria Grafström & Martin Qvist

INLEDNING

Den här boken handlar om de *beslut* som ledde fram till skapandet av Nya Karolinska Solna (NKS) – vilka de viktiga besluten var och hur de kan förstås. Följaktligen har vi utgått från olika beslutsteoretiska perspektiv i våra försök att beskriva och begripliggöra beslutsprocesserna kring NKS.

Ofta utgår beslutsteoretiska studier från vad som brukar kallas *den rationalistiska beslutsmodellen* (Brunsson 2007; Edelman 1988). Modellen är betydelsefull, inte bara för att många anser att den beskriver hur aktörer – såväl individer som organisationer – faktiskt fattar beslut; den anses vara en bra empiriskt förklarande teori. På grund av modellens betoning av logik och insamling av information för att undanröja oklarheter betraktar många också modellen som ett ideal, som beskriver hur aktörer *bör* fatta beslut. Den är således även en omhuldad normativ teori.

Empirisk forskning visar dock att beslut i komplexa miljöer ofta avviker från den rationalistiska beslutsmodellen och att beslutsprocesser tenderar att vara ganska stökiga fenomen, präglade av oklara mål, knapphändig information, bristfällig kommunikation och begränsat lärande. Under sådana förhållanden kan beslut mer ses som utfall av maktkamper, där aktörer använder sig av olika strategier och åtgärder för att hävda och driva igenom sina ståndpunkter, avseende såväl problem som lösningar. Beslutsprocesser handlar därför många gånger om att formulera och föra fram den mest övertygande berättelsen om vad som behöver göras och varför.

Som utgångspunkt för analysen av besluten bakom NKS utvecklar vi i detta kapitel ett perspektiv som bygger på organisations- och beslutsteori baserad på antaganden om ”begränsad rationalitet” (Cohen m.fl. 1972; March 1994; Simon 1947). Ett sådant perspektiv understryker betydelsen av att beakta aktörer och deras strategier i analyser av besluts-

processer, men tar samtidigt hänsyn till att intentioner och strategier är formade av sammanhanget. Det betyder att inte bara aktörerna blir intressanta att studera, utan att vi även behöver inkludera och förstå vilka idéer som dominerar och vilka organisatoriska arrangemang som formar processen (Ahlbäck Öberg & Sundström 2020; Blomquist & Jacobsson 2002; Brunsson 2007; Kingdon 1984). Förmågan att skapa fängslande berättelser är central för att förstå beslutsfattande och därför kan vi, som också föreslås av företagsekonomen Erik Ronnle (2019), tala om en *narrativ beslutsmodell* som står i kontrast mot den rationella.

I det följande redogör vi mer utförligt för denna narrativa beslutsmodell, och vi lyfter särskilt fram hur beslut kan rättfärdigas utifrån denna modell. Att vi i vår analys utgår från den narrativa modellen innebär dock inte att vi helt kan bortse från den rationalistiska beslutsmodellen. Genom dess starka normativa position påverkar den beslutsfattare och deras sätt att rättfärdiga beslut. Vi inleder därför med att kort redogöra för denna modell.

DEN RATIONALISTISKA BESLUTSMODELLEN

Enligt den rationalistiska modellen fattas beslut enligt ett visst bestämt mönster. Det finns en naturlig tidsföljd i tänkandet och handlandet när aktörer ställs inför problem, som innebär att problem alltid föregår handlingsalternativ, att handlingsalternativ alltid föregår beslut och att beslut alltid föregår handling. Problem, handlingsalternativ, beslut och handling är urskiljbara stadier i processen. För att vara rationella måste aktörer alltid först identifiera ett problem och klargöra sina viljor, därefter lista möjliga handlingsalternativ och uppskatta konsekvenserna av varje alternativ, sedan välja det alternativ som bäst svarar mot preferenserna och slutligen handla i enlighet med beslutet (se t.ex. Laver 1997; Ward 1995). Behovet av analys och evidens understryks, inte minst kvantitativ information, vilket anses underlätta för beslutsfattare att väga olika handlingsalternativ mot varandra (March 1994; Ronnle 2019).

I moderna samhällen har den rationalistiska beslutsmodellen som sagt inte bara status som förklarande teori, utan också som normativ. Det normativa inslaget är så starkt att modellen ofta uppfattas som självklar (Brunsson 2007). På så sätt utgör den en grundläggande, och starkt styrande, *idé* om hur moderna samhällen är uppbyggda och hur aktörer

(särskilt organisationer) bör bete sig för att vara korrekta och legitima.

Att modellen är höggradigt normativ tar sig uttryck i att den på olika sätt har organiserats in i de offentliga verksamheterna. Olika författningar föreskriver till exempel att statliga förvaltningar allmänt ska förse regeringen med information av betydelse för dess verksamhet (SFS 2007:515, 6–7 §§). Omvänt stadgar regeringsformen att regeringen vid beredning av sina ärenden ska inhämta behövlig information från berörda förvaltningar, och även från andra aktörer (RF 7:2). Som vi påpekade i kapitel 2 finns detta så kallade beredningstvång vid beslut också på kommunal nivå, men detta tvång innebär endast att ärenden som avgörs av fullmäktige måste beredas i en nämnd eller en särskild fullmäktigeberedning, vilket innebär att beredningen helt kan skötas av folkvalda politiker (KL 5:26–28).

Även andra bestämmelser i våra mest grundläggande författningar stöder idén om en vidsträckt plikt för förvaltningen att söka objektiv och saklig information (Bull 2017), bland annat dem om objektivitetsprincipen (RF 1:9), meddelarfriheten och meddelarskyddet (TF 1:1, kap. 3). Statliga offentliga utredningar (SOU) ska också alltid genomföra ekonomiska konsekvensanalyser av sina förslag (Regeringen 2000). Inom olika politikområden finns det även författningar som ställer krav som utgår från den rationalistiska beslutsmodellen, exempelvis planprocessen enligt plan- och bygglagen, som följer ett antal angivna steg i prövandet av ett förslag till markanvändning (Strömgren 2007). Inom infrastrukturområdet finns det också krav på att vid utarbetandet av olika handlingsalternativ genomföra samhällsekonomiska kalkyler (Ronnle 2019; Thoresson 2011) och att tillämpa den så kallade fyrstegsprincipen, där enklare ingrepp, som att påverka resebeteenden (1) och att optimera befintliga transportsystemsystem (2), ska ställas mot mer omfattande ingrepp, som att bygga om (3) och bygga nytt (4) (Qvist 2017).

Även rådande styrmodeller, särskilt mål- och resultatstyrningen, vittnar om den rationalistiska beslutsmodellens primat i offentlig verksamhet. Modellen föreskriver att de offentliga verksamheterna ska agera utifrån en målrationalitet, som innebär att de formulerar mål, överväger så många handlingsalternativ som möjligt, värderar och jämför dessa alternativ med varandra, och väljer det alternativ som bäst uppfyller målet. Målen ska också brytas ner på olika verksamhetsnivåer. Efter att åtgärder har vidtagits ska sedan verksamheternas resultat följas upp och

värderas på de olika verksamhetsnivåerna, aggregeras uppåt och läggas till grund för beslut om nya mål – således en utpräglad rationalistisk, instrumentell beslutsmodell (ESV 2007; Sundström 2003).

Alla dessa bestämmelser kan betraktas som uttryck för den mer allmänna, och särpräglade, förvaltningskultur som ofta sägs kännetecknа det offentliga beslutsfattandet i Sverige, där politisk förankring och konsensussökande har parats med en hög grad av rationalism och kunskapssökande (Anton 1969; Rothstein 1992; Wittrock & Lindström 1984). Idén om att fatta politiska beslut ”på upplysningens grund” har varit stark (Hermansson 2002).

DEN NARRATIVA BESLUTSMODELLEN

Beslutsfattande i komplexa miljöer har i praktiken lite gemensamt med den rationalistiska beslutsmodellen. Svårigheterna är av flera slag och rör antaganden om såväl stabila intressen som problem och lösningar – något som kullkastar idén om att problem, alternativ, beslut och handling kommer i en viss bestämd ordning. Den rationalistiska beslutsmodellens krav på beslutsfattare att ha fullständig information och skapa sig översikt över alla tänkbara handlingsalternativ och deras konsekvenser är också något som sällan är vare sig möjligt eller motiverat i termer av tid och resurser. Det är dessutom ett förfarande som bygger på att beslutsfattare kan göra tillförlitliga prognoser (att de har kompetens att se in i framtiden), vilket många gånger är förknippat med stora svårigheter och hög osäkerhet. För att förstå hur beslut har fattats och vad dessa har fått för betydelse för NKS behöver vi därför söka andra förklaringsmodeller. I vår analys blir rationalistisk beslutsteori just en normativ modell – en stark idé som har påverkat beslutsfattare. För att nå djupare förståelse för dessa beslutsprocesser behöver vi en annan analysapparat, som vi kallar den narrativa beslutsmodellen. Nedan utvecklar vi den beslutsmodellen genom att diskutera ”visionär oklarhet”, svårbedömda handlingsalternativ, att lösningar tenderar att söka sina problem och betydelsen av policyentreprenörer.

Om visionär oklarhet

Den rationalistiska beslutsmodellen betonar klara och stabila intressen. Aktörer anses veta vad de vill. Om de bara lägger manken till anses de

också kunna omsätta denna vilja i politiska program och mål, och med moderna styrmodeller som mål- och resultatstyrning har kraven på detta omsättande ökat – med avseende på såväl antal mål som deras detaljeringsgrad. Studier visar dock att politiker har svårt att leva upp till dessa krav. När politiker vill åstadkomma mer genomgripande förändringar på ett område brukar de i regel inte ha särskilt detaljerade idéer om hur förändringarna mer konkret ska gå till; snarare än precisa mål och åtgärder präglas deras program och uttalanden allt som oftast av ”visionär oklarhet” (Gioia m.fl. 2012; Sahlin-Andersson 1989). Denna oklarhet kan handla om att de, på grund av kunskapsbrist, inte *kan* formulera sig så särskilt tydligt – politiker är ju ofta lekmän (inte minst på kommunal nivå). Men vagheten kan också bottna i att de inte *vill* besluta om mer precisa åtgärder och mål (Tarschys 2002, s. 63–64). Som statsvetaren Lennart Lundquist har uttryckt saken:

> Inte sällan är den politiska beslutsprocessen av den art att det inte är möjligt att formulera besluten tydligt om aktörerna önskar få majoritet för dem. Kompromisser, som medvetet utformas otydligt, är därför inte ovanliga och säkerligen ibland nödvändiga om man överhuvudtaget ska få till stånd ett beslut, och vissa beslut måste man fatta om verksamheten ska kunna gå vidare (Lundquist 1998, s. 177).

Politikerna vill således ofta ha ett betydande mått av handlingsfrihet. De föredrar många gånger att inledningsvis formulera sig öppet, att vänta och se hur processer utvecklar sig och efter hand precisera sig, allteftersom processerna fortskrider (Matland 1995; Page 1976). I megaprojekt handlar det om att organisera för ett visst mått av öppenhet i beslutsprocesser och att låta projekten vara ”rimligt flexibla” (Blomquist & Jacobsson 2002). Därigenom kan projektet löpande anpassas till förändrade intressen och presenteras i samklang med vad som för tillfället anses vara ”rätta” idéer. Det finns alltså sällan precisa viljor och preferenser på förhand, utan nog så ofta skapas och omskapas de under processernas gång, inte sällan i mötet med andra aktörer (Brunsson & Brunsson 2014, s. 18; Jacobsson m.fl. 2015).

I dessa möten med andra aktörer sticker de offentliganställda ut. Som regel överlåter nämligen politikerna det närmare genomförandet av sina

(vaga) visioner till förvaltningen, som normalt befolkas av personer som är utpräglade experter och som inte sällan har lång erfarenhet av det område inom vilket de arbetar (Jacobsson m.fl. 2015; Page & Jenkins 2005; Page 2008). Men att politiker på detta sätt involverar förvaltningen i beslutsfattandet beror inte bara på att de anställda kan förse politikerna med expertis. Det handlar också om att få med förvaltningen på den förändring som eftersträvas. För att större förändringar ska bli framgångsrika krävs det inte sällan att synen på såväl problem som lösningar – och på den kunskapssyn som mer allmänt dominerar inom området – revideras, inte minst inom förvaltningen, och sådana revideringar måste ofta ske gradvis, via interna processer inom förvaltningen. Som den amerikanske professorn i management Dennis A. Gioia med kollegor (2012, s. 369, vår översättning) formulerar det:

> ”Ny” organisatorisk kunskap uppstår inte bara genom import utifrån, utan också via revidering och anpassning av befintlig kunskap inom organisationen. För förståelsen av organisatorisk förändring är innebörden, att när individer överväger idéer och begrepp på organisatorisk nivå (t.ex. övergripande visioner), och tolkar och omvandlar dem för att passa deras egna sammanhang, syften och krav (lokal anpassning), skapar de väsentligen ny kunskap som manifesteras genom olika ”revisioner” av befintliga idéer och begrepp.

Trots att en förändring i efterhand kan te sig som mer eller mindre självklar är idéers innebörd eller deras påverkan inte given på förhand. I stället tillskrivs idéer innebörd i processer som i hög grad formas av det organisatoriska sammanhang och det aktörskap – de idébärare – som ges utrymme och har förmågan att översätta idéer, det vill säga att forma och ge dem innehåll och mening. Vem som översätter och var översättningen sker blir alltså avgörande för vad idéer ges för betydelse och vilka praktiska konsekvenser de får. Det betyder i sin tur att politiker – för att kunna styra en förändringsprocess med hjälp av idéer och utan att vara alltför specifika och därmed riskera att skapa initiala och hämmande konflikter – ofta har behov av att styra förändringen genom organisation, det vill säga genom att bestämma var och av vem översättningen ska göras. Framgångsrika reformer handlar således i hög grad om att

inkludera förvaltningar, och få dem att gradvis ”översätta” och begripliggöra reformidéer utifrån deras egna erfarenheter och hävdvunna synsätt. Detta är särskilt viktigt när reformerna handlar om att förändra själva förvaltningen – dess organisation och arbetssätt – då den kan ha svårt att acceptera ny kunskap som ”prackas på den” utifrån (Gioia m.fl. 2012; Lindgren, C. 2018; Weick 1995).

Samtidigt som politikerna på detta sätt förutsätts visa förtroende nedåt, och involvera berörda förvaltningar i förändringsarbeten, förväntas de också upprätthålla hierarkin. Det handlar då inte primärt om att utfärda detaljerade direktiv och mål – sådan detaljerad styrning är de ofta inte kapabla till, och dessutom skulle den kunna äventyra de nödvändiga kunskapsreviderande processer som diskuterats ovan. Snarare handlar upprätthållandet av hierarkin om att ha beredskap för att, vid behov och efter bästa förmåga, föra klargörande samtal och resonemang med de anställda om de övergripande visionerna och målen (Bengtsson 2012; Jacobsson m.fl. 2015; Niemann 2013).

Om elakartade problem och svårbedömda handlingsalternativ

Svårigheterna att upprätthålla den rationalistiska beslutsmodellen i samband med stora komplexa projekt handlar emellertid inte bara om vaga intressen och oklara mål. De handlar också om förekomsten av och beskaffenheten på de problem som besluten syftar till att komma till rätta med. Många samhällsproblem som det offentliga har att hantera är speciella till sin karaktär – de har kallats ”elakartade” (*wicked*), vilket betyder att de är vagt definierade, instabila och i grunden omstridda (Head 2008; Rittell & Webber 1973). Forskare har länge pekat på att problem inte dyker upp av sig själva och plötsligt bara finns där i ett slags objektiv mening. I stället är fastställandet av ett problem (att det alls finns ett problem) och dess natur (problemets närmare beskaffenhet) ett resultat av politiska processer. Problem är *konstruerade*, och de konstrueras ofta genom förhandlingar och maktkamper mellan olika aktörer med skilda intressen (Bacchi 2009; Bacchi & Goodwin 2016; Edelman 1988; March & Olsen 1976).

Även synen på lösningar, eller handlingsalternativ, inom den rationalistiska beslutsmodellen har visat sig vara problematisk. Som nämndes tidigare är det både kostsamt och tidskrävande att utarbeta många olika handlingsalternativ för ett visst problem, och att bedöma de olika

alternativens konsekvenser långt in i framtiden (Brunsson & Brunsson 2014). Detta sammanhänger med att det är svårt, nästintill omöjligt, att förutse olika åtgärders effekter på otydliga och rörliga samhällsproblem som sjukdom, fattigdom, kriminalitet och arbetslöshet (Sandahl & Petersson 2016). Sådana problem påverkas dessutom ofta av en mängd faktorer och är i händerna på ett stort antal aktörer – de tenderar att vara ”many hands-problems” (Thompson 1980).

Detta betyder inte att allt kalkylerande av detta slag är onödigt, utan att det i princip alltid blir ofullständigt. Aktörer är *begränsat rationella* (Simon 1947). I sina försök att realisera politikernas oklara visioner söker inte tjänstepersoner optimala alternativ utan alternativ som är tillräckligt bra. Och i dessa sökprocesser tenderar de att krångla sig fram (Lindblom 1959), bland annat genom att hantera en fråga i taget, genom att låta olika (potentiellt motstridiga) frågor hanteras av olika delar av organisationer, genom att stänga ute vissa intressen och inkludera andra, genom att söka information på platser där man brukar söka information och genom att agera på sådant sätt att det man gör för tillfället sitter ihop någorlunda bra med det man har gjort tidigare. Tumregler och handlingsrutiner styr handlandet lika mycket som, eller kanske mer än, förutsättningslöshet och öppenhet (Lipsky 1980; Jacobsson 1994; March & Olsen 1989; Olivier 1991; Pache & Santos 2010; Weick 1995).

Megaprojekt som NKS innehåller i flera avseenden särskilt komplexa beslutsprocesser, inte minst då de tenderar att involvera – och intressera – en mångfald av aktörer. Det tenderar därför att bli konfliktfyllda processer där expertisen sällan kan ge entydiga svar och visa vägen framåt. Megaprojekt fungerar därför ofta som en arena för intressekamper, där olika expertunderlag ställs mot varandra och där valet av vilken typ av kunskap som ska utvecklas och premieras blir en politisk och intressedriven fråga (De Bruijn & Leijten 2008; Hajer & Wagenaar 2003). Den brittiske sociologen Anthony Giddens skriver:

> Vi kan inte bara ”godta” de upptäckter som vetenskapen producerar, om inte annat därför att vetenskapsmännen så ofta är oeniga med varandra, speciellt i frågor som rör fabricerad risk. Och alla är i dag medvetna om vetenskapens mycket ombytliga karaktär (Giddens 2003, s. 43).

Kunskap och expertis är således omstridd. Helt avgörande blir därför ofta hur politikerna väljer att organisera beslutsprocessen, där en central fråga blir vem (vilken förvaltning och vilka personer) som får huvudansvaret för att leda beslutsprocessen och hur denna ledningsfunktion organiseras ihop med andra aktörer i dess omgivning – andra förvaltningar och personer såväl som andra kringliggande intressenter, såsom professioner, experter och berörda parter (Ahlbäck Öberg & Sundström 2020; Jacobsson m.fl. 2015; Sundström 2020a).

Om lösningar som söker problem

All denna komplexitet som kringgärdar större reformer inom det offentliga – där målen är oklara och motstridiga, problembilderna undflyende och säkra handlingsalternativ svåra och kostsamma att ta fram – gör att hela den rationalistiska beslutsmodellens idé om beslutsprocessers sekventialitet ställs på ända. Det visar sig ofta vara svårt att i praktiken avgöra när i tiden problem och lösningar konstrueras, liksom hur konstruerandet av problem och lösningar relaterar till varandra. Många forskare menar till och med att beslutsprocesser i realiteten oftare startar i lösningar än i problem: ”Men det slående kännetecknet för kopplingen mellan politiska problem och lösningar i vardagen är att lösningen vanligtvis kommer först, kronologiskt och psykologiskt”, hävdar exempelvis den amerikanske statsvetaren Murray Edelman (1988, s. 21f., vår översättning; se även Sahlin-Andersson 1998).

I sådana situationer handlar en beslutsprocess inte om att göra ett val, utan är i stället något som följer av att ett val har gjorts. Snarare än att via ett förutsättningslöst utredande söka ett optimalt handlingsalternativ till ett initialt formulerat problem blir det viktigt för de aktörer som förespråkar det på förhand valda alternativet att skapa momentum för det (Ronnle 2019, s. 29–30). Detta har visat sig vara vanligt i megaprojekt (Flyvbjerg m.fl. 2002; Flyvbjerg 2009; Priemus 2008), men också i samband med andra typer av reformer (se t.ex. Wisell 2019). Momentum kan skapas genom att det valda handlingsalternativet kopplas till ett för tillfället uppmärksammat problem. Det kan också skapas genom att ramarna för projektets inriktning redan från början sätts snävt. Dessa ramar (konceptuella, organisatoriska, ekonomiska eller tekniska) tenderar att vara svåra att förändra i senare skeden (Miller & Lessard 2008). Genom att tidigt i processen gå över till detaljfrågor och tekniska lös-

ningar hamnar också fokus på frågor om hur projektet bäst kan genomföras, snarare än på om projektet i sig är bra (Williams & Samset 2010). Tvärtemot den rationalistiska beslutsmodellen begränsas således möjligheterna att förutsättningslöst utarbeta och jämföra olika handlingsalternativs brister och fördelar. För att behålla fart gäller det i stället att utarbeta så få konkurrerande handlingsalternativ som möjligt, eller att ta fram alternativ som får det redan valda alternativet att framstå som det bästa (Ronnle 2019, s. 29–30). Det valda alternativet kan också skyddas genom att avstå från att precisera det. Vaghet öppnar för tolkningar, vilket kan göra det svårare att rikta kritik mot det föreslagna alternativet samtidigt som vagheten kan göra det lättare att få med fler aktörer på vagnen (Gioia m.fl. 2012).

Att på detta sätt försöka få upp en given lösning på den politiska dagordningen och få den beslutad har fångats i begreppet ”policyfönster” (Kingdon 1984). Här är idén att politik, problem och lösningar kan ses som tre separata ”strömmar”. När dessa tre strömmar länkas samman öppnas ett ”policyfönster” där beslut kan fattas. Denna modell utgår från att det i en politisk kontext – som den regionalpolitiska – ständigt finns en mängd problem som lyfts och gör sig påminda genom rapporter, indikatorer och medierapportering. Alla problem kan dock inte diskuteras samtidigt, utan för att ett visst problem ska få uppmärksamhet och hamna högst på agendan krävs det att det finns en färdig lösning som problemet kan kopplas till. Det krävs dessutom att den rådande politiska situationen är gynnsam med avseende på exempelvis styrkeförhållandena mellan de politiska partierna, prioriterade frågor i den allmänna opinionen, olika intressegruppers fokus och aktiviteter samt aktuella händelser (såsom en alarmerande granskningsrapport, en skandal eller en katastrof) inom det politiska systemet.

Om policyentreprenörer

Politik, problem och lösningar sammanstrålar dock inte alldeles slumpmässigt. Beslutsprocesser är organiserade på så vis att de begränsar vilka aktörer, problem och lösningar som kan komma upp på bordet vid varje givet tillfälle (Ahlbäck Öberg & Sundström 2020). Alla aktörer och intressen har inte tillgång till beslutsarenan hela tiden. I stället är det vanligt att olika episoder i varierande utsträckning kännetecknas av öppenhet respektive slutenhet gentemot omgivningen.

Beslutsarenan kringgärdas också av en mängd aktörer som aktivt försöker att få upp ”sina” lösningar på agendan (Kingdon 1984). Denna typ av aktörer brukar benämnas ”policyentreprenörer” och kännetecknas av att de just företräder och utvecklar lösningar och policyförslag. De är ofta experter och informella makthavare i en beslutsprocess, men kan även vara politiker, tjänstepersoner eller företrädare för organiserade intressen. Möjligheter med ett megaprojekt kan exempelvis locka företrädare för byggindustri, arkitektfirmor och konsulter att uppvakta politiker. Politiker – och andra – kan också lockas av möjligheten att få resa monument och att föra sig till den aura av framsteg och proaktivitet som kringgärdar stora projekt (Flyvbjerg 2014, s. 8–9). I fallet med sjukhus har hälso- och sjukvårdens professioner en central roll. Även ledande och inflytelserika professionsföreträdare kan fungera som policyentreprenörer och ta tillfället i akt att påverka ett nytt världsledande sjukhus, men också se det som en mer generell möjlighet att föra fram reformidéer kring sjukvårdens organisering (Johannesson & Qvist 2020).

Det är inte ovanligt att dessa olika typer av policyentreprenörer förenas vid megaprojekt och bildar en starkt drivande kraft för projektet. När sådana koalitioner lyckas förena sina ambitioner med för tiden starka och dominerande idéer blir de särskilt betydelsefulla (t.ex. Blomquist & Jacobsson 2002). Samtidigt kan andra typer av policyentreprenörer, som utgår från andra värden och problembilder, gå samman och formera ett starkt motstånd. Det uppstår en politisk kamp, och i denna kamp kan båda formationerna använda sig av olika resurser (såsom pengar, kunskap och förtroende) och av olika strategier (såsom att anpassa och förfina sina förslag, hålla alternativa idéer och förslag på avstånd, förhala vissa utredningar och beslut, skapa allianser med likasinnade, söka kompromisser och kohandla) (Blomquist & Jacobsson 2002; Brorström 2010). Särskilt viktigt blir det att i texter och tal rättfärdiga sitt förändringsprojekt.

ATT RÄTTFÄRDIGA BESLUT

När gamla tiders kungar, präster och andra överheter ville få igenom sina beslut räckte det ofta med att de hänvisade till en nedärvd auktoritet, en tradition eller Guds vilja. I det moderna samhället duger inte detta. För att rättfärdiga beslut i dag måste offentliga beslutsfattare (och

policyentreprenörer) i stället kunna hävda, och försöka påvisa, att deras förslag och beslut dels leder till någonting bättre (för medborgarna), dels är genomtänkta och väl underbyggda. Detta är dock ingen okomplicerad och konfliktfri övning. Som vi har visat ovan vänder sig det narrativa beslutsperspektivet mot idén att det finns värderingsfria teorier som kan förse beslutsfattarna med modeller och instrument som, med hjälp av oförvitliga experter, kan räkna fram och mäta effekterna av olika förslag med sådan precision att de på ett enkelt och oantastligt sätt kan rangordnas. Denna instrumentella syn på beslutsprocesser ersätts av en mer konfliktfylld och maktorienterad syn. Beslutsprocesser ses som politiska snarare än tekniska.

När beslut ska rättfärdigas blir argument viktiga (Fischer & Forester 1993; Fischer & Gottweis 2012). Och argumenten måste sättas in i ett större sammanhang. Det narrativa beslutsperspektivet säger oss att offentliga beslutsfattare och policyentreprenörer, i sina försök att rättfärdiga förändringsprojekt, kommer att försöka bygga upp slagkraftiga och trovärdiga berättelser om hur både problemen inom ett visst område ser ut – till exempel gällande ett visst sjukhus (som Karolinska universitetssjukhuset) eller ett visst sjukvårdsområde (som Stockholmssjukvården) – och hur problemen bäst kan lösas. En del av detta berättande handlar om att försöka överträffa och misskreditera andra, konkurrerande berättelser om hur problemen ser ut och hur de bör lösas, berättelser som förs fram av andra beslutsfattare och policyentreprenörer (Stone 2002).

Forskare har länge understrukit betydelsen av berättelser som ett sätt för reformatörer att begripliggöra reformer, initiera förändring, motivera och inspirera berörda aktörer och stärka deras moral och förtroende (Christensen 2003; Czarniawska 1997; Elgie 2003; McBeth m.fl. 2014; Neuhauser 1993; Roe 1994; Weick 1995). Dessa forskare menar att berättelserna, för att kunna bli framgångsrika, behöver vara innehållsrika och rymma resonemang inte bara om vilka problem som finns inom området och hur de bäst kan lösas, utan också om hur man hamnade i den situation där man har hamnat, varför andra handlingsalternativ är odugliga, vilka aktörer som har att vinna vad på att de förordade åtgärderna vidtas, vad som har prövats (och misslyckats) tidigare och varför just de förslag som man förordar kommer att vara lyckosamma (Jacobsson m.fl. 2015; Kaplan 1986). Den danska statsvetaren Eva Sørensen skriver:

> Genom berättelser är det möjligt att forma bilder av rationellt beteende genom att konstruera intressen, vän/fiende-relationer, visioner av det förflutna och möjliga framtider för individer och grupper, liksom för samhället i stort (Sørensen 2006, s. 101, vår översättning).

Som citatet visar bör berättelserna, för att bli slagkraftiga, ha vissa egenskaper (Morrell 2006, s. 371–372). Exempelvis ska de gärna innehålla viss dramatik, med vinnare, förlorare, hjältar, vänner och fiender. De ska också vara förändringsinriktade och nydanande samtidigt som de måste vara trovärdiga.

Beslutsfattare kan försöka uppnå trovärdighet genom att tala om att den förändring de föreslår redan har genomförts av andra (viktiga) aktörer i andra (liknande) projekt. De kan också hänvisa till experter som förordar förändringen och som kan bekräfta att den inte bara är nödvändig utan också genomförbar. Genom den rationalistiska beslutsmodellens starka normativa ställning blir det särskilt viktigt att stötta projekten med logik och systematik. Det gäller att kunna hävda att all relevant information har funnits tillgänglig och beaktats, att olika handlingsalternativ har utretts och vägts mot varandra, att alternativen har ställts mot ett på förhand uppsatt mål eller formulerat problem, och att det bästa alternativet har valts givet situationen och uttryckta preferenser. Robusta analyser och otvetydig evidens blir således viktigt. Och eftersom människor, på grund av ”den mänskliga faktorn”, lätt gör fel blir det viktigt att hänvisa till olika typer av instrument, modeller och andra hjälpredor som anses minska risken för misstag. Det kan handla om olika typer av procedurer och matematiska beslutskalkyler, men även om konsulter som utger sig för att vara experter på att ta fram relevanta och korrekta beslutsunderlag.

Starka och övertygande berättelser kräver siffror (Porter 1995). Förslag till förändringsprojekt måste backas upp av siffror – ofta framtagna av experter – avseende bland annat projektets kostnader, dess påverkan på människor och dess konsekvenser för ekonomin, företag och andra organisationer. Betydelsen av att presentera siffror för att få igenom politiska förslag är enligt vissa bedömare mycket stor. Exempelvis skriver den tidigare finansministern Anders Borg (M):

> Politik handlar om visioner och ideologier, men det måste också finnas skarpa siffersatta förslag med fördelningsanalyser som håller måttet. Det första är viktigt, men det andra utgör nog 90–95 procent av arbetsinsatsen (Borg 2019, s. 196).

Tilliten till siffror är så stor i dagens samhälle att vi, enligt en del forskare, kan förvänta oss att siffror som inte fullt ut stöder ett förändringsprojekt kan komma att anpassas för att gynna projektet (Wachs 1989). Det är i ljuset av sådana grepp vi kan förstå att megaprojekt nästan alltid blir dyrare än beräknat (Flyvbjerg m.fl. 2002). Siffror kan också användas opportunistiskt, genom att aktörer som förordar en viss förändring lyfter fram vissa siffror som stärker deras argumentation medan de tonar ner andra siffor som talar emot deras idéer (Albæk 1995; Ronnle 2017).[20] Eller så kan siffrorna användas rent symboliskt, där aktörerna hänvisar till dem för att framstå som rationella utan att faktiskt använda dem (Feldman & March 1981; Meyer & Rowan 1977). Som Ronnle skriver:

> Att begära och hänvisa till forskning är en ritual som legitimerar beslut i allmänhetens och andra intressenters ögon. Den stora tilliten till ekonomisk teori föranleder organisationer att anställa ekonomer som kan producera ekonometriska analyser helt enkelt för att det anses lämpligt. Även fast ingen egentligen läser, förstår eller tror på analyserna, kan de hjälpa till att skapa legitimitet för en organisations planer hos investerare, kunder och bland organisationens egna medlemmar (Ronnle 2019, s. 32–33, vår översättning).

För att öka berättelsers trovärdighet fylls de också ofta av ”magiska begrepp” (Pollitt & Hupe 2011). Det är begrepp som är så positivt laddade att de nästan inte går att motsätta sig. Exempel på begrepp som har varit ”magiska” under en längre tid inom offentlig sektor är resultat, konkurrens, kvalitet, frivillighet, transparens, oberoende och samordning. Man

20. Sådant opportunistiskt agerande har t.ex. hävdats förekomma i samband med den pågående coronakrisen, där kommuner i Sörmland medvetet sägs ha undanhållit siffror om smittspridningen (Persson m.fl. 2020).

kan uttrycka det som att berättelserna, för att bli starka, måste haka i andra starka berättelser i samtiden. Sådana berättelser finns på olika ”nivåer”. Det finns metaberättelser som har karaktären av breda ”moden” – ett slags ”rationella myter” – som påverkar organisationer och individer, såväl nationellt som internationellt (Furusten 2007; Meyer & Rowan 1977; Røvik 2000). Ett exempel på en sådan gränsöverskridande metaberättelse av mer generell karaktär, som vi nämnde i kapitel 2 och som har haft stor betydelse för i princip alla större förändringsprojekt inom offentlig sektor under senare år, är den om *new public management* (NPM) – ett idépaket som framhåller nödvändigheten av att ställa om såväl strukturer som arbetssätt inom offentlig sektor efter näringslivets sätt att fungera. Denna berättelse rymmer starka idéer om både management (t.ex. målstyrning, produktivitet, resultat, kvalitet, effektivitet, chefskap, ansvar och granskning) och marknader (konkurrens, kunder, upphandling, frivillighet och valbarhet) (Ehn & Sundström 2020; Hood 1991; Karlsson 2017). Men det finns också smalare, mer sakpolitiskt bundna berättelser. Inom sjukvården har det under senare år varit populärt att prata om exempelvis evidensbaserad vård, nivåstrukturering, nätverk, patientcentrering och teamarbete (se t.ex. Berlin & Carlström 2013; Lindberg & Blomgren 2009).

Vid sidan av tidsbundna och gränsöverskridande berättelser och idéer finns det även rumsbundna berättelser och idéer som förespråkare av en reform kan knyta upp sina berättelser mot för att rättfärdiga dem. Här rör det sig om idéer som har vuxit fram lokalt, inom ett land eller en organisation, och som över tid har fått karaktären av vanor och traditioner (March & Olsen 1989). Exempelvis finns det inom svensk förvaltning generellt ett antal idéer med ankarfästen djupt ner i historien som har kommit att uppfattas som närmast självklara ”heliga principer” (Wennemo 2020, s. 23–26), vilka tillsammans bildar vad som brukar benämnas ”den svenska förvaltningsmodellen”, där särskilt framträdande idéer är de om kommunal självstyrelse, autonoma myndigheter och öppenhet. I början på detta kapitel nämndes också att politisk förankring och konsensussökande (korporatism) i kombination med en hög grad av rationalism och kunskapssökande har setts som ett svenskt särdrag (Hall 2015; Premfors m.fl. 2009). Senare har svensk förvaltning också kommit att uppfatta sig själv som modern, effektiv samt medborgar- och brukartillvänd.

På motsvarande sätt växer vanor och traditioner också fram inom enskilda organisationer. Här pratar man ibland om att varje organisation (myndighet, företag, intresseorganisation) har sin särskilda ”organisationskultur”. Region Stockholm kan exempelvis ha vissa sätt att organisera och arbeta som, av organisationsmedlemmarna (dvs. politiker och tjänstepersoner), ses som framgångsrika och självklara. Likaså kan enskilda sjukhus ha sina egna organisationskulturer, som det gäller att ta hänsyn till för den som vill initiera ett förändringsprojekt.

Aktörer och idéer är beroende av varandra. Och givet att idéer ofta initialt i en process är öppna och vagt formulerade – ”visionärt oklara” (Gioia m.fl. 2012) – lämnar detta stora möjligheter, och behov, att skapa innehåll, konkretisera abstrakta visioner och anpassa idén till de lokala förutsättningarna eller de för stunden dominerande intressena.

AVSLUTANDE DISKUSSION

Sammanfattningsvis menar vi att den rationalistiska beslutsmodellen inte räcker till för att beskriva och nå djupare förståelse för hur beslutsprocesser i komplexa miljöer i själva verket går till. Eftersom modellen har så stark normativ ställning har den samtidigt stor betydelse för hur beslut fattas. Den påverkar hur beslutsfattare både organiserar beslutsprocesser och rättfärdigar sina beslut. Trots att beslutsfattare av olika anledningar inte kan, och heller ofta inte vill, leva upp till den rationalistiska beslutsmodellen måste de ändå framställa beslutsprocesser på ett sätt som överensstämmer med modellen. Deras narrativ måste således präglas av logik, stringens, orsakssamband, expertutlåtanden, utredningar och siffror.

Att beslutsteoretiskt analysera processen bakom NKS handlar därför i hög grad om att skapa förståelse för berättandet – själva konstruktionen av lösningar och problem. Det betyder att vi behöver förstå vilka *aktörer* som har stått bakom olika argument, resonemang, utredningar och siffror och vilka aktörer som inte har varit med: *vem har haft makten att formulera berättelsen och därmed besluten?* Det blir också viktigt att analysera hur berättelserna har byggts upp – vilka omständigheter och siffor som har lyfts fram, vilka problem som pekats ut, vilka åtgärder som uppgetts ska lösa problemen och vilka som sagts vinna på de föreslagna förändringarna, och hur allt detta relateras till starka idéer i rummet

(moden) och i tiden (vanor och traditioner), kort sagt: *hur har besluten rättfärdigats?* Analysen handlar slutligen också om att utveckla förståelse för varför vissa aktörer har haft makten att formulera berättelsen och besluten, och varför de har kunnat formulera dem som de har gjort: *vilka organisatoriska arrangemang har möjliggjort berättelsen och besluten?*

4. Sjukhuset, staden och en vision om förändring

Martin Qvist & Lukas Smas

INLEDNING

Att en gång för alla fastställa en idés ursprung, det vill säga när och varför den en gång dök upp, är i regel en omöjlighet. I laddade politiska frågor tenderar sådana diskussioner att präglas av de inblandade aktörernas intressen och perspektiv. Idéer formulerade som lösningar, såsom byggandet av ett ”sjukhus i världsklass”, är dessutom sällan helt nya när de lanseras. Ofta har de diskuterats i olika sammanhang under en längre tid, modifierats efter hand, satts samman med andra lösningar, och inte sällan har de inspirerats av olika förebilder. Dock vet vi från tidigare forskning att de tidiga skedena i planeringen av megaprojekt är centrala för att förstå resultatet. Aktörer tenderar att tidigt i en process låsa sig för ett specifikt alternativ. Ofta kan de beslut som tas tidigt bli formativa och ”låsa in” viktiga ramar för processen (Miller & Lessard 2008; Williams & Samset 2010). Ibland sker detta utan att de ledande aktörerna är medvetna om det och långt innan några formella beslut har tagits. Detta kan också göra att centrala, om än informella, beslut inte blir föremål för bred debatt med opposition, intressenter och allmänheten.

Det här kapitlet undersöker hur och varför byggandet av det nya universitetssjukhuset dök upp på den politiska agendan i Stockholms läns landsting (SLL) i början av 2000-talet. Precis som ofta är fallet med stora politiska reformer var detta en fråga som hade diskuterats av och till under en längre period bland olika berörda aktörer. Men hur gick det till när projektet gick från att vara något som det pratades om till att bli ett skarpt politiskt förslag? Vi undersöker denna kritiska fas av initiering och det ”möjlighetsfönster” (Kingdon 1984) som uppstod för ett megaprojekt i landstinget kring millennieskiftet.

För att fullt ut förstå denna fas räcker det dock inte att bara studera initieringsfasen i landstinget. Nya Karolinska Solna (NKS) kom även

att bli en del av en stadsomvandlingsprocess som vid den här tiden formeras kring Karolinska universitetssjukhuset (KS) och Norra stationsområdet – det område som i dag benämns Hagastaden. Dessa två processer hade tydliga kopplingar till varandra men kan inte beskrivas som en enda stor planeringsprocess. Snarare handlade det om två processer som i stor utsträckning utvecklades separat från varandra, men som också länkades samman under vissa skeenden och i vissa sammanhang under planeringsarbetet. Det som förenade de två planeringsprocesserna var framför allt en gemensam vision om förändring (för översikt, se tabell 4.1 nedan). En framåtinriktad, vag och inkluderande vision är ofta en viktig drivkraft i megaprojekt då den gör det möjligt att mobilisera olika aktörer och inkludera olika typer av reformidéer i ett paket (Sahlin-Andersson & Söderholm 1987).

Kapitlet inleds med en analys av hur det gick till när förslaget om det nya sjukhuset lanserades i den landstingspolitiska kontexten och hur själva förslaget såg ut i detta tidiga skede i processen. Därefter inplacerar vi projektet i den delvis separata men också sammanlänkade stadsutvecklingsprocessen kring Norra stationsområdet. Utifrån detta identifierar vi fem reformidéer som NKS-projektet kan sägas ha vilat på. Beskrivningen av dessa fem idéer utgör sedan utgångspunkten för bokens nästa del där vi följer vad som hände med dem under projektets gång.

	Megaprojektet NKS	**Stadsplaneringsprojektet Hagastaden**
2001	Beslut att utreda ett nytt sjukhus	Beslut att utreda förutsättningar för en ny stadsdel
2002	SNUS-utredningen presenteras	
2003	3S-utredningen startar	
2004	Gemensamma planeringsförutsättningar publiceras	
2005	Inriktningsbeslut 3S/formgivningstävling utlyses	
2006	Tävlingsresultat presenteras	
2007	*Vision 2025:* Inbjudan att skapa världens främsta område för life science presenteras	
2008	Beslut att bygga	Fördjupad översiktsplan för området antas

Tabell 4.1: Översikt över beslut och utredningar under de tidiga skedena, åren 2001–2008.

FORMERANDET AV NKS I LANDSTINGET

Framtiden för KS i Solna var ett återkommande samtalsämne bland ledande aktörer i och kring landstinget under hela 1990-talet. Det var känt att sjukhuset stod inför omfattande renoveringsbehov, men diskussionerna rörde också andra frågor som handlade om verksamhetens inriktning, dess roll inom forskningen och relationen till landstingsledningen. Under 1990-talet genomfördes också flera betydande reformer inom hälso- och sjukvården. Det var då de styrningsideal som hämtade inspiration från marknaden och näringslivet, och som kom att benämnas *new public management* (NPM), började få genomslag inom den svenska hälso- och sjukvårdssektorn. Decentralisering, prestationsbaserade ersättningssystem och styrsystem baserade på ”beställar–utförarmodellen” var viktiga reformer som kom att lägga grunden för det utökade inslaget av privata utförare, vilket har accelererat under 2000-talet. Stockholm var tidigt ute med att införa vårdval i primärvården 2007, vilket kom att införas i hela landet tre år senare (Vårdanalys 2013). Den andra centrala utvecklingstrenden under 1990-talet var att förändra den svenska vårdstrukturen mot mer av öppenvård och mindre andel slutenvård, samt från specialiserad vård mot att öka primärvårdens roll. I ett internationellt perspektiv sticker den svenska vården ut med en hög andel sjukhusbaserad vård, och dessa reformer – som i hög grad fortgår i dag – syftar till att utveckla en modell för primärvården som mer liknar den i övriga Europa, där husläkare har en betydligt större roll än i det svenska systemet med vårdcentraler.

Vad gäller KS och Stockholms sjukvård fanns det, i denna tid av reformer, kring millennieskiftet flera olika problembilder som diskuterades inom landstinget, på Karolinska Institutet (KI) och bland andra intressenter i Stockholms sjukvård (se Johannesson & Qvist 2019). Det första var *fastighetsproblemet*. Den gamla huvudbyggnaden, som stod klar 1940, hade successivt kompletterats och kopplats samman med nya byggnader men i slutet av 1990-talet stod hela fastighetsbeståndet inför omfattande renoveringsbehov. Vidare menade vissa aktörer, inte minst inom landstinget och på KI, att paviljongutformningen av det gamla sjukhusområdet med huskroppar utspridda över en större yta var omodern och dåligt anpassad till framtidens vård och forskning (se vidare kap. 5). Förutom att förbindelserna med kulvertar under mark skapade

logistiska problem, fanns det också en kritik om att husen skapade samverkansbarriärer och fysiska begränsningar för tvärprofessionella och processorienterade arbetssätt.

För det andra var KS förknippat med *styrningsproblem*, vilket framför allt betonades av politikerna i landstingshuset. Det är närmast ett karaktärsdrag hos hälso- och sjukvården, med dess starka professioner, att den är politiskt svårstyrd (Anell 2007; Berlin & Kastberg 2011; Öhrming 2008). Konflikter och intressemotsättningar mellan politik, administration och professionerna, samt mellan olika medicinska discipliner är också vanliga bland sjukvårdens organisationer (Berlin & Kastberg 2011, s. 45–47). Landstingsledningen i Stockholm uppfattade dessa problem som särskilt utmärkande för KS. Konflikterna handlade framför allt om ekonomi, där landstingsledningen menade att sjukhuset expanderade på ett sätt som var utanför landstingets kontroll som ”beställare” (Johannesson & Qvist 2019). Utöver en ständig dragkamp om budgeten fanns det också, såsom beställaren uppfattade det, en särskild motvilja inom KS till förändringsinitiativ utifrån och ett starkt revirtänkande mellan enheter och kliniker. Denna kombination av expansion och reformovilja gick stick i stäv med den rådande trenden mot att styra om vårdflöden från de stora sjukhusen till öppenvård och primärvård samt att genomföra marknadsreformer.

Vidare fanns det tunga företrädare för den medicinska forskningen, framför allt vid KI, som ansåg att Stockholmsregionen riskerade att komma på efterkälken i den internationella forskningen (se vidare kap. 6). Vid den här tiden betonades satsningar på spjutspetsforskning och att bygga starka tvärdisciplinära forskningsmiljöer, så kallade *centres of excellence*. Det relativt breda uppdrag universitetssjukhuset hade, bland annat i form av att vara ett akutsjukhus för regionens norra delar, ansågs inte ligga i linje med denna utveckling. Detta *excellensproblem* fångades också upp av politiker som kopplade frågan till behov av att satsa på forskning och innovation för att stimulera tillväxt i enlighet med den regionala utvecklingspolitiken. Det var en politik som betonade kluster och samverkan mellan offentliga aktörer, akademin och näringslivet.

I början av 2000-talet kopplades dessa problembilder samman med lösningen att bygga ett nytt, mindre spetssjukhus inriktat mot högspecialiserad vård. Det var dock inte problemen i sig som gjorde att frågan om ett nytt sjukhus dök upp på agendan – de var inte nya utan hade

”stötts och blötts” under många år. Inte heller kan tidpunkten för lanseringen av NKS förklaras av förändringar i politiken; den sittande borgerliga majoriteten gick mot slutet av sin mandatperiod och hade inte gått till val på ett stort sjukhusprojekt. I stället kan öppningen förklaras av att ett av problemen kom att beskrivas och ramas in på ett nytt sätt och därigenom skapades ett vad som inom forskning om politiskt beslutsfattande ibland benämns som policyfönster eller möjlighetsfönster (jfr Kingdon 1984; Knaggård 2015).

Landstingets fastighetsbolag, Locum, genomförde under år 2000 en översyn av renoveringsbehoven vid KS som senare skulle presenteras i en fastighetsutvecklingsplan. Detta var första gången som de totala kostnaderna för renoveringen blev kända för landstingsledningen. Det visade sig, enligt de beräkningar som gjordes då, att renoveringen skulle kosta i storleksordningen sju miljarder kronor och ta tio till tolv år att genomföra. I processen för denna utredning kom investeringsbehoven att uppskattas till en kostnad lika stor som den för att bygga ett helt nytt sjukhus. Presenterat på detta sätt blev problemet också till en möjlighet och det var detta som låg till grund för att projektet lanserades under mantrat ”sluta lappa och laga”, vilket närmast kom att bli NKS-projektets ”slogan” under de första åren av planering. Fastighetsproblemet var med andra ord katalysatorn men det fick genomslag först när det i detta möjlighetsfönster kopplades samman med styrningsproblemet och excellensproblemet.

Även om ett möjlighetsfönster öppnas leder det inte alltid till att beslut tas eller initiativ realiseras. För att leda till förändring måste aktörer kliva fram och presentera realistiska och gångbara lösningar som kan kopplas till problemen. I forskningen om policyprocesser används ofta begreppet policyentreprenörer för att beskriva denna kategori av experter och innovativa påverkansaktörer (se kap. 3). Dessa aktörer utmärks av att de utvecklar och företräder lösningar, men det är sällan de som fattar besluten utan de fungerar snarare som informella makthavare i en beslutsprocess (Mintrom & Norman 2009). Ofta är tajmingen – samtidigheten mellan problem, politiska förutsättningar och lösningar presenterade i rätt läge – avgörande för att det ska bli ett skarpt politiskt förslag (Cohen m.fl. 1972; Kingdon 1984).

I NKS-projektets allra tidigaste skede fanns det flera personer, framför allt kopplade till KI, som lanserade de idéer som senare kom att

utvecklas till förslaget om att bygga ett nytt sjukhus. Inom KI fanns företrädare som länge hade diskuterat möjligheterna att skapa ett nytt spetssjukhus, och dessa diskussioner hade bland annat förts med organisationer kopplade till bioteknik, företrädesvis stiftelsen Stockholm Science City Foundation (Öhrming 2017, s. 37). Dessa företrädare – inte minst KI:s rektor Hans Wigzell, som av många beskrivs som den kanske främsta ”visionären” bakom idén – drev vid denna tid ett idékoncept för forskning och innovation tillsammans med KTH och Stockholms universitet kallat Stockholm Bio-Science. Detta koncept hade stort inflytande på det förslag om ett nytt toppmodernt sjukhus i anslutning till KI som landstingsrådet Ralph Lédel (M) presenterade i en skrivelse till landstingsstyrelsen i november 2001. Samtidigt inkluderades även Stockholms stad som planerade en ny stadsdel bredvid NKS i idékonceptet. Även vissa ledande tjänstepersoner vid landstinget kom att bli viktiga för att föra fram det nya sjukhuset som en möjlighet att driva på reformeringen av Stockholms sjukvårdsstruktur mot en ökad nivåstrukturering och utbyggd primärvård i regionen (Johannesson & Qvist 2020). Med andra ord var det flera personer i landstinget och på KI som såg att ett möjlighetsfönster öppnade sig och förde fram idéer som de länge hade drivit men som nu kopplades till ett stort sjukhusprojekt. Flera av dessa personer kom senare att få tongivande roller i den projektorganisation som formerades i slutet av 2001.

Lösningen med det nya spjutspetssjukhuset ”låses in”

Genom Lédels skrivelse lyftes frågan till den politiska nivån och de tidiga planeringsstegen i processen påbörjades. I denna tidiga planering skapades en liten organisation kring personer som kan ses som policyentreprenörer för idéerna bakom NKS. Lédels strategi var, som han beskrev det i en intervju, att få ”rätt folk på rätt stolar” (Ennart & Mellgren 2016, s. 298) och att så snabbt som möjligt sätta processen i rullning. Den första utredningen om ett nytt universitetssjukhus, den så kallade SNUS-utredningen (efter ”Stockholms nya universitetssjukhus”), startades i början av 2002 och leddes av den lilla projektorganisation av drivande personer från landstinget och KI som beskrevs ovan (SLL 2002a). Utredningstiden var kort, endast ett halvår, och redan från början var arbetet inriktat mot att bygga ett forskningsinriktat sjukhus där den högspecialiserade vården skulle centraliseras. Detta innebar en min-

dre andel bassjukvård och färre slutenvårdsplatser än vid gamla KS. Förändringen skulle i sin tur kräva utbyggnation av närsjukvård och ökad samverkan med andra delar i sjukvårdssystemet, inte minst vad gällde grundutbildningen för läkare. Utredningen tog även upp en eventuell sammanslagning av KS och Huddinge sjukhus, men denna kom att bli aktuell först några år senare och föranleddes då främst av ett behov av kostnadsbesparingar för att hantera ett budgetunderskott.

Den snabba SNUS-utredningen fick som följd att de övergripande konceptuella ramarna ”låstes in” på ett tidigt stadium i processen. Till saken hör att de ledande företrädare för sjukhuset som i stället förordade ett renoveringsalternativ, parallellt med SNUS (och mot landstingsledningens gillande), hade fortsatt att utveckla den ovan nämnda fastighetsutvecklingsplanen till ett alternativt förslag. SNUS-processen blev därmed ett sätt att på ett tidigt stadium, och ganska bryskt, avfärda KS egen ”alternativutredning” till förmån för nybyggnadsalternativet.

Även om SNUS var relativt övergripande innehöll den inslag av mer specifik fysisk planering. Bland annat undersöktes förutsättningarna för att skapa en byggnad av den storlek man föreställde sig på sydvästra delen av KS-området (där NKS senare kom att byggas). Detta var ett sätt att låsa in en annan viktig ram: var i länet sjukhuset skulle byggas. KI hade övertygat landstingspolitikerna om att det var nödvändigt att bygga sjukhuset i nära anslutning till KI:s campus för att möjliggöra ökad samverkan mellan forskning, utbildning och vård, för att därigenom lösa excellensproblemet. Genom att visa att denna lokalisering var möjlig kom andra tänkbara platser (t.ex. i Huddinge) att uteslutas redan under det första året av planering.

Även finansieringsformen med offentlig-privat samverkan (OPS) fanns med som en idé redan innan NKS-projektet formellt drogs igång. Lédel och andra ledande politiker på den borgerliga sidan var vid den här tiden allmänt intresserade av marknadslösningar. OPS var därför en idé som följdes med intresse, både internationellt och i de få svenska exempel som fanns, främst i form av Arlandabanan. Dock kan man inte säga att denna idé ”låstes in” som en lösning i de initiala planeringsstegen då de inledande utredningarna landade i en avvisande inställning till finansieringsformen (se kap. 9).

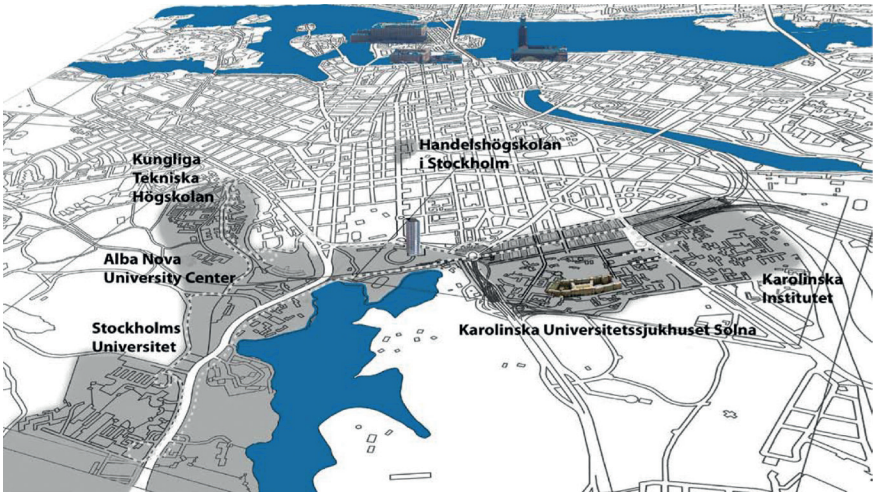
Det som däremot fastslogs direkt var inriktningen mot högspecialiserad vård, och detta gjorde att det tidigt stod klart att NKS-projek-

tet skulle få återverkningar i hela Stockholms sjukvård. För att hantera konsekvenserna av det nya förslaget kom nästkommande utredning att fokusera på sjukvårdsstrukturen. Den så kallade 3S-utredningen (förkortningen står för Stockholms sjukvårdsstruktur) genomfördes mellan 2003 och 2004 och bestod av tre parallella delutredningar: den första om utveckling av närsjukvården, den andra om akutsjukvården och det nya sjukhuset i Solna, den tredje om byggnationen av det nya sjukhuset (SLL 2004). På ett liknande sätt som i SNUS leddes arbetet av en ledningsgrupp där landstingsdirektören var ordförande. Flera av de personer som hade varit ledande i SNUS fick också viktiga roller i 3S-utredningen, inte minst projektledaren för sjukhusdelen. Till projektet knöts också flera referensgrupper med professionsföreträdare från olika specialiteter, vars uppgift blev att fastställa vad som bedrevs inom högspecialiserad vård, specialiserad vård och närsjukvård inom respektive område, samt vad av detta som kunde koncentreras till färre enheter. 3S-utredningen bekräftade inriktningen för det nya sjukhuset och utvecklade bland annat förslag om en utbyggd primärvård samt närakuter för att möta det behov som skulle uppstå med ett minskat intag av akutpatienter på KS. Det nya sjukhuset skulle med andra ord inte (direkt) ersätta det gamla sjukhuset.

I maj 2005 togs ett inriktningsbeslut i landstingsfullmäktige om att gå vidare, dels med de principer om sjukvårdsstrukturen som lades fram i 3S-utredningen, dels med universitetssjukhuset genom att utlysa en formgivningstävling (SLL 2005).

FRAMVÄXTEN AV ETT URBANT TILLVÄXTPROJEKT

Förutom att processen kring NKS i landstinget i sig utgör ett invecklat förlopp av händelser, kom detta projekt att dessutom bli en del av en stadsutvecklingsprocess kring Norra stationsområdet. Medan landstingsföreträdare förde fram idéer om att reformera sjukvårdsstrukturen och sjukvårdens organisation, var det genom detta lokala sammanhang som NKS kom att kopplas till idéer om tillväxt och utveckling av ett kluster för innovation och teknisk utveckling som kunde sätta hela området på den internationella kartan och skapa något i ”världsklass”. Samtidigt var detta stadsutvecklingsprojekt en egen process som drevs parallellt med planeringen av det nya sjukhuset.



Figur 4.1: Perspektivbild från norr som illustrerar KS och Norra stationsområdets lokalisering i Stockholm. Bilden användes i Vision 2025 *för att illustrera områdets strategiska position i "en av Europas forskningstätaste miljöer" (Stockholm Business Region 2007, s. 14) och i de gemensamma planeringsförutsättningarna för att visa på institutionernas position i "mötet mellan staden och det historiska parklandskapet" (Stockholms stad m.fl. 2004, s. 11). Källa: White Arkitekter.*

I början av 1990-talet förändrades gränsområdet mellan Stockholms stad och Solna stad genom att godstrafiken till Norra station upphörde och byggandet av motorvägsförbindelsen Norra länken (figur 4.1). Med detta skapades möjligheter att omvandla ett gods- och terminalområde omgärdat av utbildnings- och forskningsinstitutioner vid innerstadens utkant till en "urban" och internationellt konkurrenskraftig stadsdel med fokus på vetenskap och företagande i enlighet med rådande stadsideal och den nya regionala utvecklingspolitiken. Under slutet av 1900-talet började många städer och regioner anamma en mer marknadsliberal och urbant orienterad tillväxtpolitik för att bemöta en intensifierad globalisering och hantera övergången från ett industriellt till ett postindustriellt samhälle. Enligt denna världsbild konkurrerar platser med varandra och det gäller för städer och regioner att attrahera utländska direktinvesteringar och internationella institutioner, företag och entreprenörer, turister och nya invånare. Samhällsplaneringen har

inom ramen för denna politik fått en tydlig ekonomisk inriktning med fokus på att selektivt prioritera och skapa urbana och konkurrenskraftiga platser och regioner – ofta genom olika former av offentlig-privat samverkan (se t.ex. Harvey 1989; Mitander m.fl. 2017).

Tiden kring millennieskiftet var, som beskrevs i föregående avsnitt, en avgörande period för lanseringen av förslaget om det nya universitetssjukhuset. Det var också under denna period som processen kring Norra stationsområdet tog fart. Detta område pekades i Stockholms stads översiktsplan från 1999 ut som ett strategiskt stadsutvecklingsområde för bostäder och arbetsplatser. I planen lanserades också idén att ”bygga staden inåt”, vilket var ett betydande trendbrott i den dittillsvarande traditionen av en centrifugal utbyggnad av Stockholm längs radiella kommunikationslinjer ut från centrum. Det som framhölls i den nya planen var en tät och blandad stad med kvarter, gator och torg. Samhällsplaneringens funktion blev i detta att genom visioner och holistisk samsyn ”’bygga stad’ i linje med dagens stadsideal snarare än att dimensionera eller lokalisera olika funktioner” (Tunström 2009, s. 157). Den övergripande strategin blev nu att förtäta och exploatera industri- och hamnområden runt Stockholms innerstad och omvandla dem till attraktiva och levande stadsdelar. Runt den så kallade stenstaden utvecklades under 2000-talets första decennier en ring av nya stadsdelar: Hammarby sjöstad, Liljeholmskajen, Norra Kungsholmen, Norra Djurgårdsstaden och inte minst Norra stationsområdet.

I planeringen av Norra stationsområdet vävdes dessa stadsplaneringsidéer samman med en ny regional tillväxtpolitik som också utvecklades för att möta globaliseringen. I den nya regionala utvecklingspolitiken prioriterades åtgärder för att stödja kluster, offentlig-privat samverkan och regionala innovationssystem framför att omfördela resurser och utjämna geografiska olikheter, vilket innebar en övergång från en keynesiansk omfördelningslogik till en nyliberal konkurrenslogik (Mitander m.fl. 2013; Moisio & Paasi 2013).

I den svenska samhällsplaneringstraditionen har stadsplanering och regional utveckling existerat parallellt i mer eller mindre separata stuprör med utgångspunkt i olika kunskapsområden (Emmelin & Nilsson 2016). I Norra stationsområdet fanns det dock en möjlighet att skapa en världsledande företagsmiljö *och* en attraktiv boendemiljö – att integrera idéer om kluster *och* urbanitet (se figur 4.1). Det förslag som växte fram

kan liknas vid en kombination av IT-klustret i Kista, som i slutet av 1990-talet var ett av världens främsta, och det internationellt erkända stadsutvecklingsprojektet Hammarby sjöstad som planerades och började byggas vid den här tiden.

I föregående avsnitt beskrev vi hur ett möjlighetsfönster öppnades i landstinget för ett stort reformprojekt och att olika aktörer förde fram idéer som kunde kopplas till en rad olika problem som diskuterats i den landstingspolitiska kontexten. Även i fallet med den parallella stadsutvecklingsprocessen kan vi tala om ett möjlighetsfönster som öppnades i början av 2000-talet. I detta fall gällde det frågan om hur Norra stationsområdets framtid skulle lösas, och öppningen möjliggjordes genom att drivande aktörer lyckades koppla samman regional utvecklingspolitik med idéer om att bygga stad enligt rådande urbana ideal. Också här stod fastighetsfrågorna i centrum, både i termer av problem och lösningar, då regionen behövde fler bostäder för den växande befolkningen.

Från Norra station till Hagastaden

Stockholms stad började undersöka hur området kring Norra station skulle kunna utvecklas under 1990-talet, men projektet ansågs ligga långt fram i tiden då det bland annat förutsatte stora infrastrukturinvesteringar och en överdäckning av Norra länken. Idéerna fick dock ny aktualitet i början av 2000-talet då den ekonomiska konjunkturen var mer gynnsam och fastighetsägare och byggherrar visade intresse för att bygga bostäder i området. KI uppvaktade samtidigt Stockholms stad om idékonceptet Stockholm Bio-Science som nämndes ovan. Här ser vi hur de två processerna kom att föras samman genom detta koncept, som betonade behovet av att säkerställa bra villkor och utrymme för forskning och företagande i nära anslutning till universiteten. Här fanns möjligheten att inte bara skapa ett bostadsområde utan en stadsdel fokuserad på forskning och företagande i världsklass och bemöta det upplevda excellensproblemet.

År 2001 tog Gatu- och fastighetsnämnden i Stockholms stad ett inriktningsbeslut kring utbyggnaden av Norra stationsområdet, som innebar att Gatu- och fastighetskontoret fick mandat att inleda förhandlingar med berörda aktörer (Jernhusen) om en exploatering av området och att gå vidare med diskussioner kring konceptet Stockholm Bio-Science. I underlaget nämndes också att landstinget hade framfört till staden att

KS lokalbehov och verksamheter var under utredning, att det eventuellt fanns ett behov av att expandera sjukhuset och att en framtida överdäckning av Norra länken skulle kunna hjälpa till att säkerställa detta.

I ett samarbetsprojekt mellan KI, SLL, Stockholms stad, Akademiska Hus och Jernhusen samt byggaktörer utreddes förutsättningar för ett stadsutvecklingsprojekt där sjukhuset framhölls som en viktig del. I början intog dock sjukhuset och politiken en perifer roll i projektet. De som inledningsvis drev processen var privata och offentliga markägare, byggherrar och tjänstepersoner. År 2003 tillsattes dock en politisk styrgrupp och projektet utvecklades från ett lokalt inriktat stadsutvecklingsprojekt till ett regionalt utvecklingsprojekt med mål att stimulera tillväxt i hela Stockholmsregionen (Swanson 2012).

I de gemensamma planeringsförutsättningar som presenterades 2004 formulerades projektets vidare inriktning i en vision: ”Den nya stadsdelen kring Norra station förenar i en unik miljö stadens kvaliteter med världsledande forskning, företagande och boende i Europas mest spännande tillväxtregion” (Stockholms stad m.fl. 2004, s. 5). Detta dokument, som var resultatet av ett vidare samarbetsprojekt (som nu också inkluderade Solna stad), beskrev området kring Norra station, KI och KS i en regional kontext, redogjorde för den fysiska infrastrukturen inklusive sjukhuset i staden, och utgjorde även ett så kallat program för detaljplanering. Det efterföljande samrådet kring den sista nämnda planprogramdelen resulterade, på grund av projektets komplexitet och tidshorisont, i ett förslag om att en fördjupad översiktsplan för området skulle utarbetas. Samtidigt med detta arbetade delvis andra aktörer fram en bredare och mer tillväxtorienterad vision om att ”skapa världens främsta område för life-science” (Stockholm Business Region 2007) kring vilken också universitet och näringslivsföreträdare kunde mobiliseras. I visionen kopplades olika lösningar och problem samman och den gav projekten en vidare betydelse bortom såväl sjukhuset som stadsdelen (se figur 4.1).

År 2008 antog Solnas respektive Stockholms kommunfullmäktige den fördjupning av två översiktsplaner för Norra station och Karolinska området som de hade tagit fram gemensamt (Stockholms stad & Solna stad 2008). Detta är samma år som landstinget beslutade att bygga NKS. Under utarbetandet av den planen framkom en rad meningsskiljaktigheter mellan nyckelaktörerna (mellan Solna och Stockholm

respektive mellan KI och KS) och efterlevnaden av den antagna planen har ifrågasatts (se Swanson 2012). Parallellt med detta pågick dessutom också detaljplanering i respektive kommun och fastighetsförvärv i området. Medan omvandlingen av Norra stationsområdet i princip förutsatte en överdäckning av Norra länken planerades NKS också utifrån att det skulle vara möjligt att bygga sjukhuset även om överdäckningen inte förverkligades. Solnas kommunstyrelse gav i mars 2008 Stadsbyggnadsnämnden i uppdrag att starta detaljplaneringen för det nya sjukhuset som i sin tur gav Stadsbyggnadsförvaltningen i uppdrag att ta fram en detaljplan. Drygt ett år senare vann detaljplanen för NKS laga kraft. Den första detaljplanen för Hagastaden, som kan härledas till inriktningsbeslutet fattat av Gatu- och fastighetsnämnden 2001 och de gemensamma planeringsförutsättningarna, antogs av Stockholms kommunfullmäktige 2010. Beslutet överklagades och vann laga kraft först efter ett regeringsbeslut 2011.

Samtidigt som Solna och Stockholm mödosamt hade arbetat fram de övergripande planerna för området och de nödvändiga detaljplanerna, arbetade landstinget och Locum med formgivningen och gestaltningen av det urbana sjukhuset. Från hösten 2003 till våren 2004 utredde arkitektkontor i parallella uppdrag förutsättningarna för lokaliseringen av sjukhuset inom området och relationen till stadsmiljön. I fastighetsavsnittet i 3S-utredningen betonade sedan Locum att sjukhuset skulle integreras i stadsmiljön och stadens kvartersstruktur. En bedömningspunkt i arkitekturtävlingen som arrangerades från november 2005 till augusti 2006 blev således ”sjukhuset i staden” (se kap. 6).

Spänningsförhållandena mellan långtgående samarbeten och samtidiga behov av självständighet var genomgående i relationerna mellan megaprojektet NKS och stadsutvecklingsprojektet Hagastaden, men liknande spänningar fanns även i relationerna mellan KS och KI. Det vinnande gestaltningsförslaget i arkitekttävlingen för sjukhuskomplexet innehöll exempelvis en administrationsbyggnad och aula väster om Solnavägen på campusområdet. Detta var dock inte KI särdeles intresserat av, då det sedan länge hade önskat sig en egen signaturbyggnad. År 2001 hade Akademiska Hus utlyst en arkitekttävling för en ny aula på campusområdet. Projekteringen försenades av olika anledningar men 2007 fick projektet ny kraft tack vare en donation. Aula Medicina, som invigdes 2013, och NKS blev två olika projekt som dock till viss del

länkades samman genom en gångbro och det så kallade Akademiska stråket. Att särskilja projekten och byggnaderna gav KI en möjlighet att stärka sitt oberoende och sin egen identitet (Wærn 2014). Det var även fördelaktigt för KS som tydligare kunde avgränsa och arbeta vidare med sjukhusprojektet (Swanson 2012, s. 105).

Projektledaren för utredningarna om de gemensamma planeringsförutsättningarna konstaterade dock 2012: ”Istället för att tillsammans bygga kunskapsstaden Hagastaden bygger Landstinget ett sjukhus (NKS), KI bygger en aula och forskningsenheter och Stockholm bygger ett bostadsområde” (Swanson 2012, s. 6). Men vi kan också konstatera att sjukhusprojektet fått (och delvis tagit) kraft av stadsutvecklingsprojektet och vice versa.

Sammanfattningsvis visar analysen att relationen mellan NKS och Hagastaden på inget sätt har varit linjär eller spänningsfri. Däremot passar den väl in på de amerikanska företagsekonomerna Roger Millers och Donald Lessards (2008) beskrivning av stora projekt som kaotiska system av interrelaterade episoder. I vissa episoder har de länkats samman, i andra hållits isär av inflytelserika aktörer och policyentreprenörer, med olika underliggande intressen, för att legitimera olika reformidéer. Och även om projekten till stor del utvecklades i parallella beslutsprocesser så påverkade de på ett tydligt sätt varandra. Ett exempel på detta är visionen om ett ”sjukhus i staden”. På en övergripande nivå kunde nyckelaktörer enas i en gemensam vision att sjukhuset inte bara skulle vara ett nav, en centralpunkt i regionens hälso- och sjukvårdsorganisation, utan även en viktig del i den magnet för världsledande forskning och företagsetableringar som planerades till KS och Norra stationsområdet. Sjukhuset skulle vara en integrerad del av den nya stadsdelen, och även fysiskt länka samman Solna och Stockholm samt KS och KI.

ETT PROJEKT BASERAT PÅ FEM REFORMIDÉER

NKS-projektet var redan från början mycket mer än ett fastighetsprojekt. Även om det var de omfattande renoveringsbehoven som skapade ett möjlighetsfönster, så användes detta av inflytelserika aktörer för att lansera ett helt paket av reformidéer. Det parallella stadsomvandlingsprojektet Hagastaden möjliggjordes också av förändrade betingelser på platsen. De parallella projekten kopplades samman under planerings-

processen i en gemensam vision om förändring vilken fungerade som ett poröst omslag för paketet av reformidéer. Vi kan sammanfatta dem på följande sätt:

1) En idé om att skapa *ett sjukhus i världsklass*. Denna idé handlade om att skapa ett unikt sjukhus med världsledande vård, forskning och utbildning och utveckla ett av världens främsta urbana kluster för livsvetenskap. För att göra detta var det viktigt att inspireras och lära sig av andra ledande sjukhus i Europa och USA och studieresor gjordes kontinuerligt långt fram under projektet.

2) En idé om ett *sjukhus för framtiden*, vilket kom att handla om att försöka bygga ett generellt och flexibelt sjukhuskomplex som kunde anpassas till framtida behov och hantera den snabba medicinska och tekniska utvecklingen. Detta var också en idé som rymde uppenbara spänningar mellan att förbereda för och acceptera en osäker framtid och behovet av att förutse och reducera osäkerhet både för den fysiska byggnaden och den finansiella lösningen.

3) En idé om *högspecialiserad vård*, som var helt central för lanseringen av NKS-projektet, där det nya sjukhuset skulle fungera som ”förändringslokomotiv” för hela Stockholms sjukvårdsstruktur. Det var samtidigt en vag idé gällande vad som mer exakt skulle betraktas som högspecialiserad vård och vilka sjukvårdsenheter som skulle utföra den.

4) En idé om *patienten i centrum*. I princip alla nya sjukvårdsprojekt måste förhålla sig till denna dominerande idé på sjukvårdsområdet om att göra sjukvården mer anpassad efter patientens behov, ofta utifrån en personcentrerad omsorgsfilosofi. NKS-projektet var inget undantag och här låg betoningen framför allt på att utveckla vård och forskning i nätverk, samt på att skapa en tematisk organisation för det nya sjukhuset.

5) En idé om *offentlig-privat samverkan*. Denna idé var en del av det rådande marknadsparadigmet för reformer inom offentlig sektor, som vid tiden för NKS-projektets lansering hade särskilt starkt inflytande inom SLL. Det var därför en logisk förlängning av de marknadsreformer som redan pågick. Samtidigt var det en helt ny och oprövad lösning i Sverige för att bygga sjukhus och därmed också en idé som behövde legitimeras för att få fäste i beslutsprocessen.

Dessa fem idéer diskuterades i olika fora i och kring landstinget och Norra stationsprocessen i slutet av 1990-talet. Inte minst förslagen om en satsning på Stockholm Bio-Science, där företrädare för KI var dri-

vande, blev betydelsefulla för både sjukhuset och den stadsutvecklingsprocess som senare blev Hagastaden. Idéerna kom också att formaliseras som utgångspunkter för dessa processer vid millennieskiftet – i fallet med NKS genom Lédels skrivelse 2001. De fanns sedan med genom hela den tidiga planeringen fram till besluten om att bygga ett sjukhus och om finansieringsformen 2008, och de var närvarande genom hela genomförandeprocessen och i det sjukhus som finns på plats i dag. Dock har mycket hänt under resans gång; de ursprungliga visionerna och abstrakta idéerna mötte successivt en praktik och även betydande motstånd under vägen. Vad som hände med dem, hur de omförhandlades, kopplades samman, kopplades isär och översattes när de till slut skulle sättas i verket är ämnet för bokens nästa del.

DEL II

IDÉERNA

5. Idén om ett sjukhus i världsklass

Lukas Smas & Lena Fält

INLEDNING

En bärande idé i Nya Karolinska Solna (NKS) var att skapa ett sjukhus i *världsklass*. Det nya sjukhuset skulle inte bli vilket sjukhus som helst utan ett extraordinärt högspecialiserat sjukhus med världsledande sjukvård, forskning och utbildning. Tidigt uttalades förhoppningar om att NKS skulle bli ”ett av världens tio ledande sjukhus”.[21] För att säkerhetsställa det nya sjukhusets internationella status sökte politiker och tjänstepersoner inspiration från sjukhus i Europa och USA. Genom att bygga ett nytt världsledande sjukhus ville de också stärka Stockholms och Sveriges internationella position och sjukhuset blev en viktig del i planen att ”skapa världens främsta område för life-science” (Stockholm Business Region 2007). Att skapa ett sjukhus i världsklass handlade alltså om att stärka svensk sjukvård och medicinsk forskning i ett globalt perspektiv, likaväl som att sätta Stockholm på kartan och i bredare bemärkelse stärka Sveriges internationella konkurrenskraft.

I det här kapitlet analyserar vi hur idén om världsklass hjälpte till att mobilisera olika aktörer och legitimera byggandet av det nya sjukhuset. Kapitlet introducerar först forskning om geografiska kluster, magiska begrepp, världsklassidén och internationella utbyten av idéer. Därefter diskuteras vikten av den lokala kontexten för planeringen och förverkligandet av NKS. Vi visar att Stockholms nya urbana regionalpolitik, som betonade kluster, närhet och samarbete som centrala byggstenar i skapandet av innovation och tillväxt, var av stor vikt för möjliggörandet och lokaliseringen av NKS. Vidare visar vi att tre olika projekt som sammanföll i tid och rum, pådrivna av tre skilda aktörer, kom att bli

21. Jan Andersson, prorektor för KI, intervjuad i filmen *Nya Karolinska Solna*, u.å. (Region Stockholm 2020c).

betydelsefulla för förverkligandet av NKS. Dessa var Stockholms läns landstings (SLL) plan för ett nytt sjukhus, visionen om ett biovetenskapligt kluster pådrivet av Karolinska Institutet (KI) och Stockholms stads plan för en ny stadsdel vid Norra station. Idén om världsklass knöt samman dessa projekt och aktörer, även om bakomliggande intressen samtidigt skapade spänningar när de vaga idéerna översattes till konkreta fysiska åtgärder.

I kapitlets andra hälft skiftar vi fokus till hur idén om att skapa ett sjukhus i världsklass gavs mening inom NKS-projektet och hur internationella influenser påverkade projektet. Denna berättelse är uppdelad i tre avsnitt. Först visar vi att internationella referenser, inhämtade genom internationella studieresor och utblickar, var av stor vikt i den tidiga planeringsfasen av NKS. Därefter analyserar vi hur internationella referenser strategiskt översattes och sattes samman i ett koncept för sjukhuset. Slutligen synar vi hur detta koncept sedermera konkretiserades och implementerades genom NKS. Kapitlet avslutas med en summering där vi betonar den lokala, regionala och internationella kontextens betydelse för planeringen och genomförandet av NKS och hur selektiva internationella referenser i de inledande skedena av planeringen för NKS kom att få stor betydelse för det nya sjukhusets inriktning och verksamhetsinnehåll.

KLUSTER, VÄRLDSKLASS OCH IDÉERS GEOGRAFIER

I en sedan slutet av 1990-talet alltmer globaliserad och marknadsliberal värld växte det fram strategiska behov hos olika typer av verksamheter av att positionera sig internationellt gentemot andra aktörer för att bli konkurrenskraftiga. Detta gällde inte bara företag utan även universitet som konkurrerar om internationell finansiering, världsledande forskare och studenter, såväl som städer och regioner som konkurrerar om att attrahera utländska direktinvesteringar, institutioner och företag, arbetare och konsumenter. Paradoxalt nog har den lokala miljön blivit allt viktigare för att skapa internationellt konkurrenskraftiga företag och verksamheter. Enligt företagsekonomen Michael E. Porter (1998) domineras den globala ekonomin av olika framgångsrika kluster, det vill säga geografiska koncentrationer av sammanlänkade företag och institutioner inom en viss sektor, som exempelvis Silicon Valley eller Kista.

Porters idéer fick stort genomslag i Sverige i slutet av 1990-talet då de introducerades i den svenska politiska debatten, först som en intressant teori och sedan som en politisk strategi för den regionala utvecklingspolitiken (Säll 2014). Detta skedde samtidigt som planerna på NKS började ta form. Att skapa ett sjukhus i världsklass kom därmed ett bli ett strategiskt element i visionen om att positionera staden och regionen i den globala ekonomin genom byggandet av ett världsledande biomedicinskt kluster.

Men vad betyder det egentligen att skapa någonting i världsklass? Idén om världsklass är abstrakt, vag och syftar till att skapa uppmärksamhet (Ramirez m.fl. 2016). Detta innebär att det är lätt att få stöd för idén, samtidigt som det också är lätt att bortse från dess (vaga) innehåll när idén ska översättas till praktik. Dessa egenskaper passar väl in på beskrivningen av vad som har kallats ”magiska begrepp” (se kap. 3). Enligt statsvetarna Christopher Pollitt och Peter Hupe (2011) finns det inom planeringsforskning och praktik ett begränsat antal begrepp som under specifika tidsperioder blir populära tack vare deras höga abstraktionsgrad, positiva konnotering, breda tillämpningsområde samt deras anspråk på att lösa tidigare problem och dilemman. Dessa begrepp presenteras också som apolitiska och döljer därmed motsatser och meningsskiljaktigheter på ett nästintill ”magiskt” sätt. Idén om världsklass kan förstås som en magisk idé som drev på och formade såväl de lokal- och regionalpolitiska agendorna i Stockholm runt millennieskiftet som byggandet av NKS.

Även om världsklassidén är vag är den intimt sammankopplad med en rad underliggande idéer och praktiker, där kärnan kretsar kring vikten av att positionera sig internationellt utifrån en marknadsliberal logik, i likhet med idén om geografiska kluster. Idén speglar tillväxten av gruppen internationella konsulter som arbetar med frågor kring organisering, vilket har skapat ett ökat behov av att kunna mäta och jämföra verksamheter internationellt. Idén om att skapa verksamheter i världsklass bygger också på en historisk de-kontextualisering där både nationalstatens inflytande och lokalt förankrade tankemönster och praktiker har minskat i betydelse (Ramirez m.fl. 2016). Samtidigt betonar idén betydelsen av att ta till sig kunskap från andra platser, vilket har blivit allt vanligare när beslutsfattare inom olika verksamheter söker inspiration vid förändringsarbeten i syfte att dra nytta av andras

erfarenheter för att höja sin egen status i en internationell kontext.

Att studera liknande verksamheter utomlands förstås och presenteras alltså ofta som ett steg i en rationell beslutsprocess. Forskningen betonar dock att den geografiska spridningen av idéer och policys alltid utförs av specifika aktörer utifrån specifika syften och därmed bör förstås som politiska och strategiska processer (Peck & Theodore 2010; Temenos & McCann 2012). Som det poängterades i kapitel 3 krävs det att problemformuleringar, lösningar och politisk handlingskraft länkas samman för att en given modell, policy eller idé ska få genomslag. Geograferna Cristina Temenos och Eugene McCann (2012) har visat att ”importerade policys” ofta används för att peka ut och specificera problem på hemmaplan för att därefter legitimera specifika lösningar utifrån internationella erfarenheter. Detta förfarande innebär indirekt att andra problemformuleringar och lösningar utesluts. Importerade idéer och policys kan därmed komma att fungera som avpolitiserade, ofta abstrakta, ramverk eller magiska begrepp, som är svåra att motsäga, vilket underlättar sammanlänkningen av problemformuleringar, lösningsförslag och politisk slagkraft. Policys eller modeller överförs dock sällan från en plats till en annan i sin helhet, utan det är oftast strategiskt utvalda delar som plockas hem. Dessa delar översätts sedan i den nya kontexten och blir till beståndsdelar i nya koncept eller modeller (Peck & Theodore 2010), vilket NKS-projektet illustrerar väl.

Att sätta Stockholm och NKS på kartan

Stockholm betraktades och beskrevs efter 1990-talets finanskris som Sveriges tillväxtmotor av lokala, regionala och nationella politiker. Detta speglade den förändrade regionala utvecklingspolitiken, som innebar att regionerna tog över huvudansvaret för den regionala utvecklingen från staten, vilket medförde att staten blev beroende av regionerna och inte tvärtom. Ett viktigt uppdrag för de offentliga aktörerna blev i detta sammanhang att tillsammans med näringslivet utveckla Stockholm till en attraktiv storstadsregion i Europa (Elmhorn 2013), vilket framhölls i såväl lokala visioner (Stockholms stad 2007) som i regionala planer (SLL 2010a). I detta blev regionens tre internationellt inriktade kluster – som fokuserade på finans, biomedicin och informations- och kommunikationsteknologi (ITK) – särskilt viktiga. Finansklustret var

sedan länge etablerat i stadens centrala delar medan Kista under början av 2000-talet utvecklades till ett världsledande ITK-kluster. Området kring Karolinska universitetssjukhuset (KS), KI och Norra station blev ett utmärkt ”experimentfält” (Elmhorn 2013) för den regionalpolitiska idén om att kluster och samverkan leder till innovation och tillväxt (Säll 2014), i detta fall inom det biomedicinska fältet.

I linje med den nya regionalpolitiska ansatsen utformade Stockholms stad under början av 2000-talet en vision för hur staden skulle växa och utvecklas i en förändrad omvärld, med fokus på hur stadens internationella konkurrenskraft skulle stärkas och hur nya krav från företagare, invånare och besökare skulle bemötas. Detta resulterade i att kommunfullmäktige 2007 antog policydokumentet *Ett Stockholm i världsklass: Vision Stockholm 2030*. KS och Norra stationsområdet var en del av denna vision, även om Karolinska området ligger i Solna stad. Utvecklingen av detta område beskrevs som ett projekt där staden tillsammans med andra offentliga aktörer och näringslivet kunde skapa förutsättningar för världsledande forskning, företag och innovationer genom en blandad stadsdel (Stockholms stad 2007).

Det nya sjukhuset, i sin tur, var ett angeläget projekt för KI som tillsammans med Stockholms universitet och Kungliga Tekniska högskolan (KTH) drev projektet Stockholm Bio-Science, som syftade till att skapa ett ”internationellt attraktivt kluster för biovetenskaplig forskning och företagande, där världsledande flerdisciplinär forskning lägger grunden för nya innovationer och företag” (SLL 2004, s. 61). Det var framför allt närheten mellan forskningen, sjukhuset och företagen som framhölls, men närheten till staden ansågs också vara av vikt för att stärka klustrets attraktionskraft och möjliggöra skapandet av ett område i världsklass. SLL betonade också tidigt att det nya sjukhuset inte bara var ett regionalt intresse utan även ett nationellt, och att ”[e]tt framgångsrikt universitetssjukhus är en viktig resurs när det gäller att stärka och utveckla Sveriges konkurrens- och attraktionskraft inom främst de biomedicinska och biotekniska områdena” (SLL 2002a, s. 3).

År 2007 presenterades en specifik vision för området där NKS skulle byggas med titeln *Vision 2025: Inbjudan till att skapa världens främsta område för life science*. Detta dokument skrevs under av politiker från Solna och Stockholm, rektorerna för KI, KTH, Stockholms universitet och Handelshögskolan i Stockholm, näringslivsföreträdare samt represen-

tanter för Stockholm Business Region och Stockholm Science Foundation. Även om denna vision inte formellt antogs av någon fullmäktige eller styrelse refereras det återkommande till denna viljeyttring i olika stadsplaner, program och politiska debatter. Visionsdokumentet förenade olika aktörer i en gemensam vision men var samtidigt en brokig sammansättning av idéer om världsklass, lokal och regional utveckling, platsens unika förutsättningar och möjligheten att skapa något unikt. Det handlade exempelvis om att skapa ”en magnet för företagsetableringar”, ”en grogrund för nya företag” och ”en av världens ledande kunskapsmiljöer”, ”en stadsdel med nära till allt” samt ”hög internationell attraktionskraft”. Underliggande idéer om betydelsen av kluster, närhet och samarbete i skapandet av en stad i världsklass förenade på en övergripande nivå nyckelaktörer i denna gemensamma vision.

Att det nya sjukhuset skulle lokaliseras till denna centrala del i regionen låstes fast tidigt i NKS-projektet och motiverades utifrån idéer om att kluster, närhet och samverkan leder till innovationer, tillväxt och verksamheter i världsklass. Närheten till KI ansågs vara en nödvändig omständighet enligt denna logik om önskad fördjupad samverkan mellan forskning, sjukvård och utbildning. Den geografiska närheten ansågs också skapa goda förutsättningar för samverkan inte bara mellan KI och KS utan även med andra forskningsinstitut och aktörer inom det livsvetenskapliga klustret i närområdet. Denna koncentration av verksamheter skulle sedan successivt öka och beredas plats genom stadsbyggnadsprojektet i området, och fungera som en magnet för andra aktörer att lokalisera sig där. Enligt klusterlogiken skulle denna miljö skapa internationellt konkurrenskraftiga företag.

Lokaliseringen var med andra ord inte någon kontroversiell politisk fråga. På detta sätt skilde sig planeringen av NKS från tidigare sjukhusplanering där lokaliseringen ofta hade varit en viktig och omstridd politisk fråga (se kap. 6). Planeringen av NKS var logisk och rationell utifrån den nya regionala utvecklingspolitiken och den strategiska rumsliga planeringen som handlade om att främja och stimulera strategiskt utvalda platser med unika förutsättningar och samverkan mellan akademi, näringsliv och offentliga aktörer (Hermelin 2009). Dessutom legitimerades lokaliseringen av internationella utblickar som betonade behovet av närhet och samverkan mellan forskning, vård och utbildning.

På jakt efter världens bästa sjukhus

SLL:s tidiga visioner för NKS legitimerades till stor del genom selektiva internationella utblickar. Stockholms finanslandstingsråd Ralph Ledél (M) lade 2001 fram sitt förslag om att bygga ett nytt universitetssjukhus i Stockholm i världsklass efter studiebesök i bland annat USA och Spanien. Och redan i SNUS-utredningen 2002 var det tydligt att det nya sjukhuset förväntades positionera sig internationellt i enlighet med landstingsrådets önskemål. Världsklassbegreppet användes inte i utredningen, men det betonades att NKS skulle erbjuda högspecialiserad vård i nära anknytning till forskning och utbildning av ”yppersta kvalitet”. Vidare betonade utredningen att det nya sjukhuset förväntades bli ”världsledande”, ”attraktivt”, ”internationellt konkurrenskraftigt”, ”framgångsrikt” och ”modernt”.

För att säkerställa att NKS gavs förutsättningar att bli internationellt konkurrenskraftigt efterfrågade SNUS-utredningen ”visionärt tänkande” och inspirerades av sjukhus utomlands (SLL 2002a, s. 8). Under arbetet med utredningen gjordes ett flertal studiebesök i Norge, Storbritannien och Holland, samtidigt som möten arrangerades med representanter från universitetssjukhus i Danmark. I bakgrundsredogörelsen för SNUS-utredningen beskrevs 14 universitetssjukhus i dessa länder. Varför just dessa länder och/eller sjukhus hade valts ut framgår inte. Vidare var sjukhusbeskrivningarna ostrukturerade, med olika fokus, och de omfattade både övergripande information och detaljer. Både upplevda framgångar och problemområden lyftes fram. Mängden information som togs med om de olika sjukhusen varierar påtagligt, men det var tydligt att sjukhusen på flera punkter skilde sig åt gällande verksamhetsinnehåll, organisation och styrning. Exempelvis upptogs både sjukhus med och utan öppen akutmottagning, gamla likaväl som nybyggda, sjukhus med bassjukvård och de som fokuserade på avancerad sjukvård, sjukhus med medicinska grundutbildningar och sådana som endast erbjöd forskarutbildning.

Trots variationen av erfarenheter som presenterades var sammanfattningen av vad som benämns som ”universitetssjukvården i vår omvärld” anmärkningsvärt enkelspårig (SLL 2002b, s. 67). Enligt sammanfattningen pekade internationella erfarenheter på ett ”antal tydliga utvecklingslinjer”, trots att vissa av dem endast hade identifierats i ett enda land (ibid.). Dessa utvecklingslinjer sammanföll till stor del med de för-

slag som SNUS-utredningen och framtida utredningar lade fram för hur NKS skulle utformas och kan sammanfattas i åtta punkter:

- Preklinisk och klinisk forskning integreras.
- Nya sjukhus läggs nära medicinsk fakultet.
- Universitetssjukhus bör fokusera på forskning och högspecialiserad vård, vilket innebär att bassjukvård inte bör bedrivas vid dessa enheter.
- Centrumbildningar ersätter tidigare klinikstrukturer.
- Vårdplatser är sjukhusgemensamma (dvs. ej klinikspecifika).
- Styr- och uppföljningssystem är datoriserade (papperslösa sjukhus).
- Offentlig-privat samverkan (OPS) prövas för att möta eftersatta investeringsbehov.
- Profilering av sjukhusens verksamhet om de ligger geografiskt nära varandra.

Det är tydligt att SNUS-utredningen valde att importera valda delar av de olika ländernas respektive sjukvårdsstruktur. Dessa delar sattes sedan samman till en ramberättelse om den internationella utvecklingen av sjukhus, vilken i sin tur lade grunden för narrativet om hur ett universitetssjukhus i världsklass borde utformas i Stockholm. Erfarenheter i utlandet kom därmed att användas för att legitimera de tidiga visionerna om NKS, samtidigt som andra alternativ indirekt uteslöts. Bortsett från finansieringsformen OPS, som i detta skede inte ansågs vara ett bra alternativ för NKS, byggde stora delar av förslagen i SNUS-utredningen gällande det nya sjukhusets verksamhetsinnehåll och organisering på det relativt enkelspåriga narrativet om hur universitetssjukhus utomlands arbetar.

SNUS-utredningen betonade vikten av integration mellan vård och forskning (både preklinisk och klinisk) och föreslog att NKS skulle fokusera på medicinsk forskning och högspecialiserad vård, i enlighet med norska, brittiska och nederländska exempel. Som en del av detta borde

centres of excellence uppföras, vilket nederländska sjukhus hade satsat på. Detta innebar i sin tur att en stor del av bassjukvården borde utlokaliseras till andra vårdinrättningar, som i ett av de norska exemplen. Vidare fästes stor vikt vid att sjukhuset fysiskt borde ligga nära KI, i syfte att stärka både forskning och vård, återigen i enlighet med nederländska och brittiska exempel. SNUS-utredningen föreslog inte att kliniker skulle ersättas med centrumbildningar, men betonade att ”vårdkedjor i nätverk skall underlättas” (SLL 2002a, s. 12). Allt detta låg i linje med vad som hade angetts i direktiven till utredningen.

3S-utredningen, som publicerades två år senare, underströk i likhet med SNUS vikten av att stora satsningar görs inom medicinsk forskning för att Sverige inte ska ”marginaliseras” inom fältet (SLL 2004, s. 60). Återkommande i rapporten betonades därför att målsättningen med NKS var att skapa ett internationellt konkurrenskraftigt universitetssjukhus. Det sjukhuset främst konkurrerade om, enligt utredningen, var forskare, remisspatienter och kvalificerad sjukvårdspersonal. För att uppnå detta sökte 3S, liksom SNUS, inspiration från utlandet, och de internationella erfarenheter som rapporten tar fasta på är mycket lika dem som hade lyfts fram i den tidigare utredningen.

Till skillnad från SNUS, som riktade sin omvärldsbevakning mot europeisk sjukvård, vände sig 3S också till den amerikanska sjukvården för inspiration. Totalt åtta sjukhus studerades under arbetet med 3S: fyra i USA, ett i Norge, ett i Nederländerna och två i Tyskland. Utifrån denna genomgång slog utredningen fast att den ”amerikanska universitetssjukvården befinner sig i en mycket dynamisk utveckling”, medan den ”europeiska sjukvården befinner sig i en finansiell kris” (SLL 2004, s. 9). Narrativet betonade därmed vikten av att lära från de amerikanska exemplen, och i utredningens inledande summering framhävdes att ”3S utredningens förslag på en ny universitetssjukhusbyggnad med verksamhet fokuserad på specialiserad och högspecialiserad vård och ett nära samband med multidisciplinär forskning är helt i överensstämmelse med utvecklingen inom universitetssjukhusvården i USA” (ibid.).

Europeiska erfarenheter användes också för att legitimera förslagen för NKS verksamhetsinriktning. Exempelvis betonade 3S att besökta sjukhus i Norge och Nederländerna – med målbilder att bli internationellt konkurrenskraftiga – var intressanta förebilder då de hade satsat på högspecialiserad vård, forskning och undervisning. De besökta sjuk-

husen i Tyskland lyftes fram som exempel på en sjukvård i ”kris”, men trots detta legitimerade även dessa exempel utredningens förslag om hur NKS borde utformas då lösningarna för tysk sjukvård gick hand i hand med vad som föreslogs för NKS (SLL 2004, s. 39). I likhet med SNUS användes alltså internationella erfarenheter och förebilder på ett strategiskt sätt inom 3S för att legitimera de tidiga visionerna för NKS utformning.

Att skapa ett världsledande koncept

De internationella lärdomarna som gjordes i de två första utredningarna levde kvar när planeringen gick in i nästa skede där olika idéer sattes samman och befästes genom skapandet av ett enhetligt sjukhuskoncept. Återigen användes internationella exempel för att legitimera det föreslagna konceptet. NKS-förvaltningen presenterade ett första förslag för det nya sjukhusets verksamhetsinnehåll och organisering, Koncept NKS, ett år efter att fullmäktige 2008 hade beslutat om uppförandet av ett nytt universitetssjukhus i Solna. Konceptet var baserat på sex delprojekt, varav ”internationella referensobjekt” var ett (SLL 2009c, s. 13–22). Inom ramarna för detta delprojekt identifierade politiker och tjänstepersoner ett 50-tal sjukhus utomlands som ansågs vara intressanta referensobjekt för NKS, och av dessa identifierades 18 som särskilt intressanta. Politiker och tjänstepersoner gjorde också studiebesök vid åtta sjukhus i USA, Storbritannien, Tyskland och Nederländerna under arbetet med rapporten. Genom att hänvisa till hur universitetssjukvård organiseras på dessa platser slog Koncept NKS fast att ”patienten först” bör vara mottot för NKS, i enlighet med devisen hos ”ledande amerikanska och europeiska sjukhus” (SLL 2009c, s. 31). Ett patientfokuserat arbetssätt hade redan tidigare identifierats vid internationella studiebesök, men då inte explicit plockats upp i utredningarnas förslag för NKS.

Koncept NKS betonade också att ”NKS kommer liksom många andra ledande universitetssjukhus att behöva koncentrera sig på de delar av vårdprocessen som kräver sjukhusets särskilda resurser och kompetenser” (SLL 2009c, s. 33). Därmed föreslogs det att det nya sjukhuset primärt skulle fokusera på högspecialiserad vård och forskning, medan övrig vård skulle utlokaliseras till andra sjukvårdsenheter inom regionen, i enlighet med upplägget hos olika internationella förebilder samt rekommendationerna i SNUS- och 3S-utredningarna. Det föreslogs

också att NKS bör satsa på ett antal profilområden för att kunna uppnå status som rikssjukhus (i dag kallat nationell högspecialiserad vård), vilket i sin tur ansågs skapa förutsättningar för internationell konkurrenskraft, i likhet med de internationella referenserna.

Koncept NKS föreslog vidare att det nya sjukhusets kliniker skulle ersättas med en tematisk organisation, i likhet med centrumbildningar och temaområden som finns vid många amerikanska sjukhus som rapporten hänvisade till. Detta förslag var nytt och lades alltså inte fram i SNUS- och 3S-utredningarna. Dock utgjorde slopandet av kliniker till förmån för (tematiska) centra en av de utvecklingslinjer som bakgrundsbeskrivningen till SNUS-rapporten identifierade i sin internationella omvärldsbevakning. Intressant att notera är att denna bakgrundsbeskrivning redogjorde för en omfattande kritik av centrumbildningar och patientorienterad vård, utifrån farhågor som hade förts fram av läkare vid Trondheims nya regionsjukhus. Kritikerna hade menat att ”patientorienterade” sjukhus riskerade att leda till ”splittrade specialiteter”, att centrumbildningarna skulle medföra uppdelade och utspridda verksamheter och ett fördubblat personalbehov, att konsekvenserna för internmedicin, jourverksamhet och specialistutbildningar inte var klarlagda och att utformningen inte var anpassad efter de många multisjuka och odiagnostiserade patienter som söker sjukhusvård (SLL 2002b, s. 58). Trots detta omnämns de norska farhågorna kring patientorienterad vård samt centrumbildningar, eller tematiskt organiserad vård, inte alls när de förespråkas inom ramen för Koncept NKS. I stället fastställer NKS-förvaltningen att den föreslagna tematiska strukturen för vården är det ”naturlig[a]” valet för sjukhuset (SLL 2009c, s. 34). Detta visar återigen på det selektiva urvalet av internationella lärdomar som användes för att motivera och legitimera NKS utformning.

I dokumenten som diskuteras ovan användes internationella erfarenheter strategiskt för att stärka den officiella berättelsen om hur NKS skulle kunna bli ett universitetssjukhus i världsklass. Kärnan i berättelsen om det nya konkurrenskraftiga universitetssjukhuset som målas upp med hjälp av internationella referenser var det lilla högspecialiserade sjukhuset med stark forskningsanknytning. Men bakom den officiella linjen om hur inhämtandet av *best practice* från utlandet legitimerar projektet fanns det olika åsikter om hur internationella erfarenheter bör värderas och användas lokalt. Dessa meningsskiljaktigheter var bland

annat synliga i olika reserapporterna som skrevs efter att NKS-förvaltningen tillsammans med olika fackliga organisationer 2010 hade rest till USA för att besöka tre sjukhus (Cleveland Clinic, Memorial Sloan Kettering Cancer Center och New York Presbyterian Hospital).

I NKS-förvaltningens delrapport beskrevs lärdomarna från studiebesöken enbart i positiva termer. Fem ”mycket viktiga lärdomar” från studiebesöken specificerades, vilket tyder på att förvaltningen ville dra nytta av dessa i den fortsatta planeringen för NKS. Lärdomarna känns delvis igen från tidigare utredningar:

- IT-stödet är väl utvecklat vid sjukhusen.
- Sjukhusen är del av större nätverk av vårdgivare.
- Sjukhusen sätter ”patienten först”.
- Sjukhusen har en tematisk vårdstruktur.
- Sjukhusen har ”mycket starka och väldigt resultatinriktade kulturer”.

De två första punkterna sammanföll med idéer presenterade i SNUS- och 3S-utredningarna, medan de två efterföljande fanns i Koncept NKS. Formuleringen om resultatinriktade kulturer var däremot ny, även om NKS-projektet från start hade varit inriktat på att skapa ett världsledande sjukhus och därmed betonat vikten av internationell konkurrens. NKS-förvaltningen avsatte också en och en halv sida i rapporten till reflektion kring Cleveland Clinic, medan reflektioner från de båda andra sjukhusen saknas, vilket innebar att en strukturerad reflektion från studieresan som helhet saknades.

Fackförbunden var mer kritiska i sina redogörelser av vad studiebesöken gav, och lärdomarna de tog med sig hem skilde sig delvis från NKS-förvaltningens. SACO, genom Sveriges Läkarförbund, betonade tre insikter från studieresan. För det första skrev de om vikten av fungerande IT-system för vårdkvalitet och styrning. För det andra betonade de vikten av en god sjukhusmiljö för både patienter och anställda. För det tredje uttryckte de att kvalitets- och patientsäkerhetsarbete kräver engagemang i hela sjukvårdsorganisationen. Den tematiska vårdstrukturen som NKS-förvaltningen presenterade som ett föredöme tycks

inte ha övertygat SACO, som underströk att ”inget av sjukhusen hade frångått den medicinska specialistindelningen”, samt att organisationen vid New York Presbyterian Hospital ”föreföll svår att överblicka eller ens begripligt beskriva” (SLL 2010b, del 1). Kommunal var också av åsikten att de ”inte fick någon tydlig bild av att det förekom just detta team arbete”, och de riktade kritik mot att de inte gavs insikter i hur det kliniköverskridande arbetet utfördes, vilket de hade uppfattat som ett av syftena med studiebesöken (SLL 2010b, del 3).

Vårdförbundet lyfte fram både aspekter värda att ta efter från de besökta sjukhusen, såsom samarbeten mellan olika medicinska specialiteter och journalskrivning i färdiga mallar, och aspekter som de såg som problematiska, till exempel sjukhusens personalpolitik. Både Vårdförbundet och SACO underströk också det problematiska med att de bara hade fått träffa personer ur ledningsgrupperna och inte personal som arbetade ”på golvet”, vilket enligt dem hade gett värdefull information om hur sjukhusen fungerar rent praktiskt. SKTF fann att studiebesöken inte gav dem någonting av värde alls. Dessa utsagor illustrerar tydligt att inhämtandet av internationella idéer, modeller och erfarenheter var färgade av olika aktörers förförståelse och normativa agendor. Användandet av internationella erfarenheter i syfte att legitimera de olika vägval som gjordes inom NKS kan alltså anses ha varit en högst politisk process (jfr Temenos & McCann 2012).

Att förverkliga ett sjukhus i världsklass

Dagen efter att resedelegationen landade i Stockholm, den 3 september 2010, togs det första spadtaget för bygget av NKS och det fysiska förverkligandet av detta prestigefyllda megaprojekt påbörjades. Projektet och ceremonin dokumenterades i en film där politiker, högre tjänstepersoner och läkare upprepade att det nya universitetssjukhuset kommer att uppnå världsklass (Region Stockholm 2020c). Idén om ett sjukhus i världsklass levde alltså vidare när planerna för NKS skulle materialiseras och tycktes fortfarande i detta skede ha haft en ”magisk” förmåga att skapa ett brett stöd för projektet och ge det positiv uppmärksamhet. En av personerna vid invigningsceremonin var James Stoller, läkare och ordförande för utbildningsinstitutet vid Cleveland Clinic som NKS-förvaltningen just hade besökt. Hans deltagande är ett illustrativt exempel på hur tjänstepersoner och politiker i Stockholm aktivt sökte

placera NKS i en internationell kontext. Stoller intervjuades också i filmen om NKS och ombads besvara vad som är viktigast att tänka på vid bygget av ett nytt universitetssjukhus. Han uppgav att det handlar om att bygga upp en kultur som stöder förändring och innovation. Dessa ledord gick hand i hand med landstingets vision om att transformera sjukhusvården i Stockholm och lösa excellensproblemet inom vård och forskning (Johannesson & Qvist 2019).

Året därpå, 2011, presenterade NKS-förvaltningen en ny lägesrapport över arbetet med att fastställa NKS mål och verksamhetsinriktning. Rapporten syftade till att utgöra ett beslutsstöd för framtida sjukvård i Stockholms län. I rapporten användes världsklassidén explicit, och förvaltningen skrev att ”visionen är att NKS ska bli ett universitetssjukhus av världsklass i centrum av ett av världens främsta områden för *life science*” (SLL 2011a, s. 5). Det betonades alltså att både sjukhuset i sig, och området där NKS byggs, skulle sättas på kartan och bli internationellt framstående. Vidare fanns att läsa att ”[a]nläggningen som sådan, med sin generella utformning, enkelrum för alla inneliggande patienter, korta avstånd, bra logistik och omedelbara närhet till Karolinska Institutet, skapar mycket goda förutsättningar för ett universitetssjukhus i världsklass” (ibid.). Närheten till KI var alltså, liksom vid projektets början, en bärande idé i hur projektet skulle kunna leva upp till världsklass. De regionalpolitiska idéerna om behovet av fysisk närhet mellan olika aktörer inom life science och vikten av att skapa kluster var alltså högst levande också inom arbetet med att utforma verksamhetens inriktning. Rapporten föreslog vidare att vården vid NKS skulle vara organiserad runt sex specificerade teman samt att både akutmottagningen och sjukhuset som helhet skulle vara inriktade på högspecialiserad vård. Idéerna om högspecialiserad och tematiskt organiserad vård som hämtades från sjukhus utomlands i den tidiga planeringsfasen, och därefter sattes samman i Koncept NKS, befästes och preciserades alltså i detta skede.

När de första verksamheterna började flytta in i det nya sjukhuset 2016 blev det tydligt att de internationella studiebesöken och utblickarna fick reella konsekvenser för sjukhusets utformning och verksamhetsinnehåll. Inflyttningen blev startskottet för sjukhusets övergång från kliniker till en tematiskt organiserad vård. Det var också nu det stärkta samarbetet mellan forskning, utbildning och vård skulle realiseras och det nya IT-systemet aktiveras. Detta kantades till en början av

problem, som kom att bli omskrivna i medierna (se kap. 14). Bland annat visade det sig vara svårt att integrera forskning, utbildning och vård, trots att dessa funktioner hade placerats geografiskt nära varandra. Den statliga utredningen som tillsattes för att granska strukturförändringar inom svensk sjukvård, inklusive NKS, drog till och med slutsatsen att ”forskning och utbildning har påverkats negativt” av det nya sjukhusets förverkligande (SOU 2020:15, s. 323).

I dag arbetar NKS utifrån idén om ”patienten först”, och vården är organiserad kring ett antal medicinska teman och ett färre antal funktioner. Sjukhuset fokuserar på högspecialiserad och specialiserad vård och satsar på att integrera sjukvård, forskning och utbildning. Många idéer som hämtades hem från utlandet under planeringens gång har alltså implementerats, och visionen om att det nya sjukhuset ska vara av världsklass lever vidare. På NKS hemsida beskrivs bland annat operationssalar, patientregister och kompetens på sjukhuset med just ordet ”världsklass”. Jakten på internationell bekräftelse fortgår också, och när sjukhuset 2020 utsågs till världens tionde mest framstående sjukhus, av tidningen *Newsweek*, deklarerade sjukhusdirektören att ”det är ett stort erkännande för oss som universitetssjukhus att kollegor runtom i världen ser att vi tillhör de absolut bästa” (KS 2020a).

AVSLUTANDE DISKUSSION

I det här kapitlet har vi visat hur ”världsklass” fungerade som en magisk idé som hjälpte politiker, tjänstepersoner och policyentreprenörer att mobilisera ett brett stöd för NKS. Världsklassidén är vag men rymmer en tydlig ambition om berömmelse, status och internationell konkurrenskraft, i linje med liberala marknadsidéer. Ambitionen att göra sjukhuset internationellt ledande samt viljan att skapa en internationellt konkurrenskraftig forsknings- och undervisningsmiljö skapade på ett övergripande plan gehör hos många involverade aktörer. Projektet gick också hand i hand med den regionalpolitiska tillväxtlogik som fick fäste i Sverige under 1990-talet, och idén om att skapa ett geografiskt kluster kring life science i Karolinska området och Norra stationsområdet kom att fungera som en hävstång för byggandet av NKS. Den nästintill magiska tankekedjan om att kluster, närhet och samverkan leder till innovationer, tillväxt och verksamheter i världsklass förklarar

därmed sjukhusets lokalisering och avsaknaden av debatt kring denna.

Inom NKS-projektet kom världsklassidén också att betona betydelsen av att ta till sig kunskap från sjukhus i Europa och USA i skapandet av ett konkurrenskraftigt sjukhus. Idéer från utlandet användes för att legitimera många förslag som lades fram kring det nya sjukhusets inriktning, organisering och verksamhetsinnehåll. I den tidiga planeringsfasen handlade det om att plocka hem lärdomar från sjukhus i utlandet, vilka kom att forma NKS-projektet på ett genomgripande sätt. I utredningarna presenterades dock importen av idéer godtyckligt och osystematiskt, vilket på ett ”magiskt” sätt osynliggjorde alternativ och dolde invändningar. I ett andra skede sattes utvalda idéer, de flesta med tydliga internationella referenser, ihop till ett sammantaget koncept för det nya sjukhuset. Även i detta skede legitimerades det föreslagna konceptet till stor del genom internationella utblickar. Slutligen implementerades konceptet på plats i den nya sjukhusbyggnaden, och det blev tydligt att många av de idéer som hade importerats från utlandet i ett tidigt skede fick långtgående konsekvenser för vården, forskningen och undervisningen på NKS.

En lärdom från det här kapitlet är vikten av att systematisera internationella lärandetillfällen och utblickar inom planeringen av megaprojekt som NKS, inte minst i den tidiga planeringen, då dessa kan komma att få en mycket omfattande påverkan på projektets fortsatta utformning. Vidare är det viktigt att betona att inhämtandet och översättandet av internationella idéer, modeller och erfarenheter alltid är färgat av olika aktörers förförståelse och normativa agendor, vilket innebär att användandet av internationella erfarenheter i syfte att legitimera olika vägval är en högst politisk process.

6. Idén om att bygga framtidens sjukhus

Livia Johannesson & Lukas Smas

INLEDNING

All planering kräver att framtiden på något sätt visualiseras. Oavsett om planeringen rör vardagliga saker som helgens utflykt eller stora strategiska beslut som att planera Stockholms framtida sjukvård måste antaganden om framtiden göras: Kommer det att behövas regnkläder på utflykten på söndag? Hur stor del av befolkningen kommer att behöva akutvård om tio år? Eftersom ingen med bestämdhet kan veta vad som händer i framtiden (varken på söndag eller om tio år) innehåller alla antaganden vi gör ett mått av osäkerhet. I detta kapitel diskuterar vi hur framtiden och dess inneboende osäkerhet hanterades i projektet Nya Karolinska Solna (NKS).

Med tanke på att NKS planerades med den uttalade ambitionen att ”möta morgondagens utmaningar och möjligheter” och att bli ett av världens mest moderna sjukhus (SLL 2011a, s. 4), blev antaganden om och planering för framtiden en central del av projektet redan från start. Att projektet dessutom sträckte sig över mer än ett decennium från beslut till öppnande av det nya sjukhuset gjorde att framtiden blev en viktig del av planeringsprocessen. Tidigt i projektet utarbetades en strategi för framtiden som byggde på ledorden *flexibilitet* och *generalitet*, vilket vittnar om att projektledningen på landstinget accepterade att framtiden är oviss och därmed svår att förutse och kontrollera. I stället för att försöka kontrollera framtiden var ambitionen att möta framtidens osäkerhet med hjälp av generella lokaler och ett flexibelt förhållningssätt till det framtida verksamhetsinnehållet. Samtidigt fanns starka krav från politikernas håll på att NKS-projektets uppsatta mål och visioner om ett världsledande sjukhus och forskningscentrum skulle realiseras och då behövde vissa aspekter av framtiden slås fast på ett tidigt stadium av processen. I NKS-projektet uppstod därmed en märkbar spänning

mellan ambitionen att acceptera osäkerhet och behovet av förutsebarhet och kontroll i planeringen av detta megaprojekt. Hur hanterades dessa motstridigheter inom projektet och vilka implikationer fick de antaganden som gjordes om framtiden för projektets utformning och målsättning?

I detta kapitel besvarar vi dessa frågor genom att ta utgångspunkt i tre olika idealmodeller för planering: en instrumentell för att *förutse och reducera osäkerhet*, en kommunikativ för att *förbereda och acceptera osäkerhet* (Koppenjan m.fl. 2011) och en marknadsliberal modell som betonar att framtiden bör överlåtas åt den privata och konkurrensutsatta marknaden (Strömgren 2007), som vi benämner *förbereda och reducera osäkerhet*. Utifrån dessa tre modeller för planering av framtiden analyserar vi hur spänningar mellan flexibilitet och kontroll tog sig uttryck i NKS-projektet med fokus på hur byggnaden utformades för att vara flexibel och generell samt hur upphandlingsmodellen offentlig-privat samverkan (OPS) rättfärdigades med hänvisning till framtiden.

Kapitlet inleds med en kort genomgång av de tre idealmodellernas förhållningssätt till framtiden. Utifrån dessa idealmodeller analyserar vi sedan de framtidsstrategier som användes i NKS-projektet och diskuterar de spänningar som uppstod mellan de olika strategierna. Specifikt redogör vi för hur framtiden visualiserades i formgivningen av sjukhuset samt i rättfärdigandet av OPS-upphandlingen. Vi visar också vilka reaktioner de olika framtidsstrategierna väckte under senare skeden av projektplaneringen. Avslutningsvis sammanfattar vi våra iakttagelser om hur framtiden hanterades inom NKS-projektet och diskuterar vilka aktörer och organisatoriska arrangemang som bidrog till att dessa idéer om framtiden främjades i projektet.

FÖRUTSE ELLER FÖRBEREDA FRAMTIDEN?

Hur framtiden föreställs och hanteras i enskilda projekt påverkas av vilka idéer och ideal om projektledning och samhällsplanering som finns i omgivningen vid en viss tidpunkt. Inom samhällsplaneringsforskningen brukar man göra en uppdelning mellan en instrumentell och en mer kommunikativ planeringsmodell som har olika syn på hur planeringen bör och kan förhålla sig till framtiden (Connell 2009). Dessa båda modeller grundar sig delvis på olika vetenskapstraditioner med olika syn på

vad som är legitim kunskap (Flyvbjerg 2004). I enlighet med den rationalistiska beslutsmodellen som diskuterades i kapitel 3 idealiserar den instrumentella planeringsmodellen tekniska utredningar, beräkningar och statistiska modeller och försöker med hjälp av dessa förutse framtiden. Genom att förutse framtiden tänker man sig inom detta ideal att osäkerheter kan begränsas eller till och med reduceras (Koppenjan m.fl. 2011). Vi kallar detta planeringsideal *förutse och reducera osäkerhet*.

Den kommunikativa planeringsmodellen idealiserar i stället rationell kommunikation med sikte på att nå konsensus om en önskvärd och möjlig framtid. Framtiden är inget förgivettaget utan något som *skapas* genom den kommunikativa processen. Genom dialog mellan olika intressenter är målet att förbereda det planerade projektet inför en önskad framtid. Det finns dock risk att denna idealiserade kommunikativa process utnyttjas strategiskt av inflytelserika aktörer (Flyvbjerg 2004). Projekt som styrs enligt det kommunikativa förhållningssättet utgår från att framtiden i princip är omöjlig att förutse och därför accepteras en hög grad av osäkerhet genom att man planerar in en öppenhet för förändringar under projektets gång, snarare än att försöka reducera osäkerhet (Koppenjan m.fl. 2011). Vi kallar detta planeringsideal *förbereda och acceptera osäkerhet*.

Att framtiden görs förutsebar genom expertdrivna och instrumentella beslutsprocesser har länge varit ett ideal inom svensk samhällsplanering och offentlig förvaltning (se kap. 3). Detta ideal har dock successivt kompletterats av planeringsideal som bygger på kommunikation och dialog med berörda parter. Det ska exempelvis enligt planlagstiftningen göras konsekvensbedömningar och tekniska utredningar – vilket vittnar om ett instrumentellt synsätt på framtiden – samtidigt som det ska samrådas med allmänheten, privata intressenter och offentliga aktörer kring planer och projekt i flera steg – vilket är uttryck för ett mer kommunikativt synsätt på framtiden.

På senare år har dock båda dessa planeringsideal kommit att utmanas av marknadsliberala idéer om att framtiden bör överlåtas åt spontana marknadskrafter (Strömgren 2007). I stället för att förlita sig på rationella beräkningar eller kommunikativa processer hävdas det inom denna marknadsliberala planeringsmodell att framtiden bör vara resultatet av marknadens innovationskraft. Denna modell bygger på en ekonomisk rationalitet som handlar om att skapa spelregler och goda

förutsättningar för marknaden och främja tillväxt. Även om denna modell ifrågasätter traditionella former av samhällsplanering kombinerar den olika aspekter av de båda andra planeringsidealen. Framtiden ska inte förutses eller regleras med hjälp av kalkyler och beräkningar utan förberedas genom att överlåta till marknaden att ta fram innovationer och lösningar som driver framtiden i en viss, ännu så länge okänd, riktning. Samtidigt ska osäkerheter reduceras snarare än accepteras genom att skapa förutsebara spelregler på marknaderna. Vi kallar denna idealmodell, som kombinerar aspekter av de båda andra modellerna, för att *förbereda och reducera osäkerhet*.

FORMGIVNING OCH UPPHANDLING FÖR FRAMTIDEN

Framtiden hanterades i alla olika delar av NKS-projektet. I detta kapitel har vi dock valt att analysera hur framtiden kom till uttryck i två specifika delar av det större projektet: i planeringen av den fysiska utformningen av sjukhusbyggnaden och i rättfärdigandet av finansierings- och upphandlingsmodellen OPS. I planeringen av både sjukhusets utformning och upphandlingsmodell gjordes tydliga antaganden om framtiden som sedan kom att bli omdebatterade, om än på olika sätt.

En flexibel och generell byggnad för framtiden

> NKS signum är flexibilitet och generalitet – att lokalerna kan användas till alla typer av verksamhet och enkelt ställas om när nya behov uppstår inom sjukvård och forskning. Vi bygger ett universitetssjukhus som kommer att fungera i många generationer.[22]

En viktig idé i planeringen av NKS var att bygga ett hus för framtiden, en generell byggnad som i framtiden skulle vara möjlig att anpassa till olika typer av verksamheter, vilket citatet ovan illustrerar. Citatet är hämtat från NKS-förvaltningens slutrapport från 2011 som i ord och bild presenterar utformningen av sjukhuset (SLL 2011a). Den så kalla-

22. Intervju med den tillförordnade chefen för NKS-förvaltningen, Björn Ekström, i boken *Det ljusa sjukhuset* (SLL 2011a, s. 83).

de designboken kan också ses som slutresultat av den gestaltningsprocess som inleddes med en arkitekttävling 2005. Denna föregicks dock av ett antal utredningar, vilka redan hade fastställt de strategiska ledorden flexibilitet och generalitet (SLL 2002a, 2004). Hur den generella byggnaden skulle möjliggöra flexibilitet i verksamheten och samtidigt fysiskt planeras och byggas är intressant att analysera då det visar hur olika antaganden om framtiden kombinerades i beslutsprocessen.

Idéer om flexibilitet och generalitet var egentligen inget nytt inom planering och projektering av sjukhus, det nya var *hur* det planerades för detta. Generalitet var exempelvis huvudprincipen för planeringen av Huddinge sjukhus på 1970-talet och kom då till uttryck genom att ”[k]linikbyggnaderna gavs en generell utformning som skulle göra det möjligt att placera olika verksamheter i princip överallt i sjukhuset” (Witting 2010, s. 16). Flexibilitet var även ett nyckelord i planeringen av Sunderby sjukhus utanför Luleå under 1990-talet. Byggnaden och lokalerna skulle vara flexibla så att de kunde anpassas till den medicinteknologiska utvecklingen (Hansson 2004, s. 205).

Flexibilitet som formgivningsprincip för sjukhusbyggen har således funnits i svensk sjukhusplanering sedan åtminstone 1960-talet. Det som var nytt i NKS-projektet var den innebörd som begreppet flexibilitet gavs för att definiera och styra en viss typ av organisationsstruktur. Enligt generalplanen för Huddinge sjukhus var det viktigt att lokalernas användning inte på förhand låstes fast i en given klinikindelning eller organisationsstruktur (Hallenborg & Witting 1965). I planeringen av NKS var däremot en viktig utgångspunkt att det fanns en tydlig utvecklingslinje för den framtida vården mot ”en mer processorienterad organisation” (SLL 2004, s. 17). Dessutom skulle den nya byggnaden främja ett multidisciplinärt arbetssätt och integration mellan forskning, sjukvård och utbildning för att skapa ett sjukhus i världsklass. Redan de tidiga utredningarna ifrågasatte den traditionella organisationen av sjukvården i kliniker och förordade i stället centrumbildningar (SLL 2002a, 2004).

Idén om att bygga ett generellt sjukhus var således öppen inför framtiden men utgick samtidigt från vissa föreställningar om den. NKS-projektet skilde sig från tidigare liknande projekt då det redan tidigt i processen fanns uttalade ambitioner om att införa nya arbetssätt på sjukhuset och att själva byggnaden skulle säkerställa en sådan organisa-

tionsförändring. Detta samtidigt som verksamhetsinnehållet inte specificerades förrän sent i processen.

I fastighetsutredningen om att bygga ett nytt sjukhus poängterades behovet av en generell sjukhusbyggnad ”för att ge utrymme för framtida, i dag helt okända” behov (SLL 2004, bilaga, s. 31) vilket tyder på ett accepterande förhållningssätt till framtidens osäkerhet. Det behövdes en generell byggnad som kunde fyllas med verksamheter efter behov. Det konstaterades tidigt att bara en ny byggnation kunde tillgodose dessa krav (inte olika former av om- och tillbyggnadsalternativ av de äldre sjukhusbyggnaderna). De inledande utredningarna koncentrerade sig på förutsättningarna för ett nytt sjukhus med särskilt fokus på fastighets- och sjukhusekonomiska aspekter. Det ansågs inte möjligt att i detta utredningsskede göra en behovsanalys, då innehållet i det framtida sjukhuset ännu inte var tydligt specificerat utan lokalytor uppskattades utifrån (internationella) erfarenheter från andra universitetssjukhus (se kap. 5).

Arbetet med att planera NKS organiserades, sedan landstingsfullmäktige fattat ett inriktningsbeslut 2005, i två parallella processer, där den ena fokuserade på verksamhetsinnehållet och den andra på utformningen av byggnaden. Idén om en generell och flexibel byggnad förutsatte att den fysiska strukturen i så stor utsträckning som möjligt kunde skiljas från verksamhetsinnehållet – form från funktion. Samtidigt var en av utgångspunkterna, som också användes för att rättfärdiga projektet, att de gamla lokalerna inte var ändamålsenliga för den framtida vårdens arbetssätt eller lämpliga för den organisationsstruktur som förutsågs.

I slutrapporten från NKS-förvaltningen slogs återigen fast att nya arbetssätt krävde nya lokaler (SLL 2011a). Verksamhetsinnehåll, arbetssätt och organisationsstruktur ansågs således vara beroende av den rumsliga utformningen, det vill säga byggnaden och lokalerna ansågs ha betydelse för hur vården i framtiden skulle kunna organiseras. Samtidigt bedömdes det möjligt att utforma en generell och flexibel byggnad utan särskild hänsyn till dess verksamhetsinnehåll. Relationen mellan den fysiska strukturen (rumsdimensionen) och framtiden (tidsdimensionen) var således inte entydig: å ena sidan förutsågs att framtiden skulle se ut på ett visst sätt vad gäller arbetssätt, å andra sidan hölls verksamhetsinnehållet strategiskt åtskilt från planeringen, formgivningen och gestaltningen av byggnadskomplexet. Denna inneboende motsättning skapa-

de komplexa förutsättningar för den arkitekttävling som inleddes under slutet av 2005 och avslutades under andra halvan av 2006.

Svensk samhällsplanering har en lång tradition av arkitekttävlingar som grundar sig på föreställningar om att fri konkurrens tillsammans med offentliga samtal leder till de bästa lösningarna (Ramberg 2012, s. 39). Här kombineras alltså liberala idéer med rationella kommunikativa ideal, men också med idéer om betydelsen av sakkunskap och möjligheten att genom expertis förutse framtiden.

En arkitekttävling innehåller i princip tre moment (Ramberg 2012). Det första består i att beställaren formulerar förutsättningarna i ett tävlingsprogram. I detta fall var förutsättningarna osedvanligt otydliga då verksamhetsinnehållet inte specificerades. Tävlingen utformades därför som en så kallad idétävling med fokus på formgivningen och syftade till att ta fram visionära gestaltningsförslag för ett universitetssjukhus inriktat på specialiserad och högspecialiserad vård. I tävlingsprogrammet fanns dock tydliga idéer om verksamhetens framtida organisationsstruktur och vilken rumslig form som skulle säkerställa denna organisation (SLL 2005, s. 16). Växelverkan och beroendeförhållandet mellan lokalerna och innehållet (se Smas 2020) blev tydligt då programmet å ena sidan framhöll vikten av att byggnaden skulle kunna ”tillgodose olika verksamheters krav i princip var som helst i byggnaden utan att byggnadsstrukturen behöver ändras” (SLL 2005, s. 19), men å andra sidan poängterade att utformningen av lokaler skulle stödja och främja såväl vård som forskning (SLL 2005, s. 16).

I det andra momentet i en arkitekttävling bjuds arkitektkontor in för att utarbeta lösningsförslag. På uppdrag av landstinget bjöd Locum i december 2005 in fem arkitektbyråer till en formgivningstävling. Inom ramen för stadsbyggnadsprojektet i området kring Karolinska universitetssjukhuset (KS), Karolinska Institutet (KI) och Norra station hade redan ett par arkitektoniska förslag och lösningar tagits fram genom parallella uppdrag. Det handlade dels om hur KI och det nya sjukhuset skulle kunna integreras, dels om hur sjukhuset skulle kunna inordnas i staden.

Det tredje momentet är bedömningen och juryarbetet. Tävlingsjuryn bestod av sex regionpolitiker plus representanter för huvudaktörerna (SLL, KS, KI, Locum, Akademiska Hus, Solna stad och Stockholms stad) samt arkitekter. Till detta knöts även fyra beredningsgrupper med sakkunniga. Juryn konstaterade att förutsättningarna för tävlingen var

ovanligt komplexa då det inte fanns några preciserade lokalprogram och de framtida behoven var oklara (SLL 2006). I augusti 2006 kunde dock ändå resultatet av tävlingen presenteras.

Det vinnande förslaget var Forum Karolinska, framtaget av White Arkitekter (som också deltog i de föregripande parallella uppdragen). Detta förslag ansågs vara mest intressant, genomtänkt och förtroendeingivande och i sin helhet bäst överensstämma med förväntningarna på intern och extern logistik, struktur och gestaltning. Förslaget erbjöd ”ett idealt tredimensionellt organisationsschema” och en flexibel och generell struktur (SLL 2006, s. 26). Gestaltningen och utformningen speglade det processorienterade arbetssättet och en ny organisationsform i teman och flöden. Den föreslagna huvudbyggnaden var uppbyggd kring ett antal ”kärnor” med de centrala verksamheterna, vilka omslöts av en ”mantel” där olika ”länkar” knöt samman de olika delarna av sjukhuset. Närhet mellan funktioner och åtskillnad mellan flöden var grundläggande kriterier för granskningen av arkitekturförslagen och något som de andra förslagen kritiserades för att sammanblanda (flöden) eller separera (funktioner) (Smas 2020).

Efter tävlingen bearbetade NKS projektkansli i samarbete med White Arkitekter det vinnande förslaget till ett projektprogram som blev klart 2007. Generalitet och flexibilitet tillsammans med den fysiska strukturen i form av kärnor och mantlar framhölls fortsatt som ett par av huvudidéerna. I programmet betonades målet att ”så långt som möjligt arbeta med generella lösningar som tillåter kontinuerlig verksamhetsutveckling”, men generalitet diskuterades även i relation till målet att ”[s]jukvård, forskning och undervisning ska vara så integrerade att det effektivt stödjer framtagande av ny kunskap”. Det konstaterades vidare att ”[e]n generell stomme med väl studerade dimensioner, generella installationer och flexibla byggtekniska lösningar ger möjlighet att anpassa lokalerna till framtida förändringar, såväl organisatoriska, tekniska som medicinska” (SLL 2007a, s. 10). I programmet framhölls också den fysiska miljöns betydelse för verksamheten och kunskapsutvecklingen. Internationellt och nationellt konkurrenskraftig vård, forskning och utbildning ansågs kräva fysisk närhet, och det var exempelvis viktigt att tillhandahålla rum ”för informella och spontana möten” då sådana framställdes som ”en nyckelfaktor för kunskapsutveckling och innovation” (SLL 2007a, s. 21).

För att summera kan arkitekttävlingen och formgivningen av NKS ses som en strategi för att genom en generell och flexibel byggnad *förbereda* sig för framtiden och att underlätta för förändringar i verksamheten över tid. Idén om flexibilitet och det accepterande förhållningssättet inför framtiden gällde framför allt verksamhetsinnehållet som förväntades förändras med den tekniska och medicinska utvecklingen. Att den framtida sjukvården skulle bedrivas enligt nya principer var dock en tydligt fastslagen framtidsbild och även idéerna om en framtida organisationsstruktur formulerades tidigt i processen. Den bilden *förutsåg* att sjukvården i framtiden skulle utvecklas i en processorienterad riktning och att ett internationellt ledande universitetssjukhus kräver fysisk närhet mellan sjukvård, forskning och utbildning. Successivt användes också gestaltningen och byggnaden som ett medium för att implementera en ny organisation och indirekt för att styra utvecklingen bort från en struktur med kliniker till en tematiskt organiserad vård.

Kostnadskontroll och punktlighet genom OPS-upphandlingen

På grund av att OPS-upphandlingar sträcker sig över ovanligt långa tidsperspektiv – i NKS-fallet handlar det om 40 år – och att de finansiella transaktionerna från den offentliga parten till den privata innefattar beräkningar av framtida risker kräver OPS-upphandlingar alltid uttalade antaganden om framtiden (se kap. 9 för mer utförlig beskrivning av vad OPS innebär). Att studera OPS-upphandlingen i NKS-projektet utifrån de antaganden som gjordes om framtiden är intressant eftersom spänningen mellan å ena sidan förutsebarhet och riskreducering och å andra sidan förberedelse för och acceptans av osäkerhet blev tydlig i den processen.

I de initiala diskussionerna och rapporterna som behandlade frågan om OPS, innan det officiella beslutet att använda en sådan upphandling fattades 2008, fanns det framför allt två narrativ om framtiden som kom att få betydelse för rättfärdigandet av OPS. Det första handlade om att stora och komplexa byggprojekt som NKS ofta blir försenade och dyrare än beräknat (Flyvbjerg 2014). Politiker och tjänstepersonal inom landstingsledningen uttryckte denna risk redan i samband med initieringen av den första utredningen om ett nytt universitetssjukhus kring år 2000 (Johannesson & Qvist 2019, s. 16). Landstingets eget fastighetsbolag Locum hade heller inte politikers och ledande tjänstepersoners förtro-

ende att hantera ett så komplext byggprojekt som NKS eftersom tidigare större projekt ledda av Locum hade blivit både försenade och dyrare än planerat (Johannesson & Qvist 2019, s. 33; Yngfalk & Junker 2019, s. 22). Det fanns med andra ord en oro för att även detta stora prestigefyllda projekt skulle komma att dras med fördyrningar och förseningar. En OPS-upphandling framställdes av förespråkarna som en garanti för att sådana misstag inte skulle kunna ske eftersom både pris och tidsåtgång fastställs i avtalet och varje försening automatiskt innebär reduceringar av den hyreskostnad som den offentliga parten löpande betalar till den privata utföraren (Yngfalk & Junker 2019, s. 20).

Vid traditionella upphandlingsformer, såsom samverkansentreprenad eller så kallad partnering, står den offentliga parten för all risk för framtida räntehöjningar eftersom det är denna part som tar upp lånen. I en OPS tar i stället den privata parten den risken, eftersom det är denna part som tar upp lån. Denna riskomfördelning blev också en del av det narrativ som rättfärdigade beslutet att välja OPS framför traditionella upphandlingsformer (se vidare kap. 9). Hur upplåningsräntan skulle utvecklas under de närmaste 40 åren var en fråga som ingen med säkerhet kunde förutse vid tiden för beslutet om OPS, men risken som beslutsfattarna kalkylerade med var att räntan skulle stiga kraftigt. I en av våra intervjuer från 2017 reflekterar en av de ledande politikerna över hur osäkra sådana antaganden om framtiden kan vara och sammanfattar med att påpeka att ”ingen hade en aning då [2008] om att vi skulle vara nere i noll eller minusränta, ingen i världen”.

OPS motiverades alltså delvis som en upphandlingsform som reducerade risker i termer av tid och kostnader för landstingets räkning. Forskning från andra megaprojekt om hur risker har hanterats visar att just tidsåtgång och kostnader är vanliga variabler som projektplanerare försöker hantera genom kontroll och förutsebarhet, eftersom det är variabler som externa granskare i efterhand brukar kritisera (Koppenjan m.fl. 2011). Här lutade sig alltså politikerna och ledande tjänstepersoner mot den instrumentella planeringsmodell som vi kallar *förutse och reducera osäkerhet*.

Det andra narrativet som hjälpte till att rättfärdiga beslutet om OPS utgick från den kommunikativa planeringsmodellen som handlar om att *förbereda och acceptera osäkerhet*. Som nämnts tidigare drevs det dominerande narrativet kring framtiden inom NKS-projektet av en ambition

att bemöta framtiden genom att försöka förbereda sig för de förändringar som framtiden ofrånkomligen skulle innebära. Flexibilitet var ett starkt ledord i planeringen av NKS både vad gäller finansieringen och utformningen av sjukhuset. OPS-upphandlingen behövde därför också anpassas till detta narrativ.

Enligt de konsultrapporter som låg till grund för OPS-beslutet framhölls att denna upphandlingsform, trots sin starka kontroll av kostnader och tidsomfång, även gav utrymme för flexibilitet i fråga om verksamhetsinnehåll och lokalernas användningsområden (Yngfalk & Junker 2019, s. 16). OPS-upphandlingar är nämligen konstruerade för att den offentliga parten ska kunna ställa krav på funktion i stället för tekniska lösningar. Det innebar att om landstinget ville ha flexibilitet i byggnaden var de tvungna att ställa det som ett funktionskrav som skulle kunna gälla över hela kontraktstiden, det vill säga fram till 2040. Landstinget kunde däremot överlämna till den privata, utförande parten att på bästa sätt hitta de tekniska lösningar som levde upp till detta funktionskrav. Konsultrapporterna var dock tydliga med att ett sådant krav på flexibla lokaler skulle medtas i kostnadsberäkningarna. Det skulle leda till högre fastslagna hyreskostnader för landstinget eftersom det innebär högre kostnader för den privata parten att bygga in dessa möjligheter i det nya sjukhuset (PwC 2007, s. 9). Flexibiliteten hade med andra ord ett ekonomiskt pris.

Sammantaget fanns det alltså två narrativ om framtiden som tillsammans hjälpte till att rättfärdiga OPS-beslutet. Det ena handlade om att OPS-upphandlingen var ett bra sätt att kontrollera tidsomfång och kostnader under så lång tid in i framtiden. Det andra handlade om att OPS-avtalet gav utrymme för ett stort mått av flexibilitet i utformningen av verksamheten i sjukhuset genom att landstinget kunde ställa funktionskrav i stället för krav på tekniska lösningar, vilket var det traditionella sättet att göra upphandlingar på. Detta narrativ bygger på en marknadsliberal idé om att *förbereda och reducera osäkerhet*, vilket innebär att det i första hand är marknaden som bör forma och påverka framtiden och inte experter (som det instrumentella idealet förespråkar) eller användare och medborgare (som det kommunikativa idealet förespråkar). Att de politiker och tjänstepersoner som förespråkade OPS, med hjälp av managementkonsulter, initialt lyckades framställa denna upphandlingsform som en fördelaktig kombination av att förbereda för

framtiden genom flexibilitet och samtidigt reducera osäkerhet i kostnad och tidsåtgång kan ha varit en bidragande faktor till att OPS till sist användes i NKS-projektet.

Reaktioner på NKS-projektets framtidsstrategier

I de föregående avsnitten visade vi hur idéer om framtiden kom till uttryck i NKS-projektets inledande skeden. Vi konstaterade att planeringsideal som handlar om att förbereda sig och acceptera osäkerhet fick stort utrymme under denna fas och påverkade vilka beslut som fattades om både sjukhusets utformning och den upphandlingsmodell som användes. När det gällde kostnader och tidsomfång kring projektet och den framtida organisationen användes dock ett marknadsorienterat planeringsideal om att reducera osäkerhet med hjälp av marknadens aktörer. Men vad hände med dessa idéer om att dels förbereda sig inför och acceptera osäkerheter, dels förutse och reducera osäkerheter i senare skeden av NKS-projektet, under byggfasen och när sjukhuset skulle driftsättas?

Genom att följa planeringsarbetet med NKS-projektet kan vi se att kritik på senare år har riktats mot både det accepterande och det kontrollerande planeringsidealet. Kritiken handlade både om att NKS-projektet väntade med att bestämma vilken vård som skulle bedrivas i sjukhuset– och alltså accepterade osäkerhet i för hög utsträckning – och att kostnaderna för sjukhuset blev högre än beräknat, trots att förutsebarhet i kostnader hade framställts som själva poängen med en OPS.

Idéer om att bygga generella och flexibla sjukhus var inget nytt för NKS, men till skillnad från exempelvis Huddinge sjukhus frångick planeringen av NKS delvis den instrumentella planeringsmodellen som stegvis utreder behov, bedömer olika alternativ och sedan definierar funktionen för att slutligen projektera. En generell byggnad i sig behöver inte betyda att behoven inte var möjliga att utreda, men idén med NKS var inte i att första hand att ersätta det gamla sjukhuset utan att skapa något nytt och lösa delvis andra problem (se Johannesson & Qvist 2019). Tidigt i processen framhölls att det nya sjukhuset skulle bli ett högspecialiserat universitetssjukhus för forskning, vård och utbildning och inte ett regionalt sjukhus för att tillgodose regionala vårdbehov.

Däremot definierades inte högspecialiserad vård särskilt utförligt och specificeringen av verksamhetsinnehållet särskildes från byggprojektet och sköts på framtiden. I senare skeden, mellan 2012 och 2013 då arbetet med att precisera verksamhetsinnehållet intensifierades, modifierades idén om högspecialiserad vård, då antalet vårdplatser utökades och Huddinge inkluderades i planerna (Andersson & Grafström 2020). Men i princip användes inledningsvis strategin att *förbereda och acceptera osäkerhet* snarare än att försöka förutse och reducera osäkerhet, vilket den instrumentella planeringsmodellen utgår från.

NKS-projektet avvek således vad gäller relationen mellan planering och byggnation, organisation och verksamhetsinnehåll från den planeringsmodell som historiskt idealiserats i svensk förvaltning (se kap. 3) och som använts vid tidigare sjukhusprojekt. Denna avvikelse stötte dock på kritik både från den politiska oppositionen i landstinget och från sjukvårdsprofessionen. En del av kritiken från professionen handlade om att senareläggandet av beslut om verksamhetsinnehållet var en medveten strategi från projektledningens sida för att inte fastna i konflikter om vem som skulle få tillgång till det nya och påkostade prestigesjukhuset (Johannesson & Qvist 2019). Även forskare har kritiserat denna strategi och beskrivit den som icke-rationell då ”allt görs liksom baklänges” och för att sätta form före funktion (Öhrming 2017). Vad denna kritik inte tar fasta på är att NKS-projektet utgick från en planeringsmodell som eftersträvade att förbereda och acceptera osäkerhet i stället för att förutse och reducera osäkerhet. Denna modell är inte mindre rationell än en instrumentell planeringsmodell utan utgår från en annan sorts rationalitet där framtiden anses vara omöjlig att kontrollera. Idealt sker planeringen i denna modell genom öppet samtal och en rationell kommunikativ process. I realiteten kan dock, i likhet med andra idealmodeller, en sådan till synes öppen planeringsprocess vara svår att upprätthålla då mer inflytelserika aktörer kan använda processen utifrån sina intressen (Flyvbjerg 2004). I planeringen av verksamhetsinnehållet på NKS tilläts inte professionen vara med och påverka i en öppen och förutsättningslös dialog som det kommunikativa idealet förutsätter. I stället visar flera studier att professionens deltagande var villkorat och begränsat till redan förutbestämda och avgränsade frågor som inte handlade om de viktiga strategiska besluten utan om detaljer kring sjukhusets utformning och gestaltning (Johannesson & Qvist 2019; Andersson & Grafström 2019).

Men det var inte bara de delar av NKS-projektet som styrdes utifrån idén om att förbereda sig och acceptera osäkerhet som fick kritik. Även de delar av projektet som styrdes utifrån det motsatta idealet – att *förutse och reducera osäkerhet* – fick utstå kritik i senare skeden av projektet. Denna kritik kom dels från den mediala granskningen, dels från den politiska oppositionen inom landstinget.

En stor del av den massiva mediala granskningen av NKS-projektet som inleddes från 2015 handlade om att sjukhuset hade blivit mycket dyrare än vad som hade varit nödvändigt och jämförelser gjordes med andra sjukhusbyggen (se kap. 14). ”Världens dyraste sjukhus” blev en återkommande beteckning på NKS i den mediala granskningen. Att risköverföringen från offentlig till privat part som en OPS-upphandling innebär samt flexibilitetskravet på lokalerna gjorde att projektet blev dyrare än andra jämförbara byggprojekt var argument som inte bet på denna kritik när de verkliga kostnaderna för projektet började diskuteras i medierna. Inte heller räckte det faktum att byggnaden i stort sett blev klar i tid för att tysta kritiken. Sedan den mediala kritiken om oskäliga kostnader väl fått fäste, lyckades förespråkarna av OPS helt enkelt inte rättfärdiga modellen genom att hänvisa till att kostnader och tidsåtgång kan förutses och kontrolleras bättre med denna upphandlingsmodell.

Den politiska oppositionen hade visserligen godkänt OPS-avtalet 2010, men kritiken växte i landstingsfullmäktige mot att de verkliga kostnaderna för NKS blev mycket högre än vad som framkommit inför ingåendet av avtalet med projektbolaget (Johannesson 2021). Detta berodde till stor del på de många tilläggsavtal som skrevs under denna period (Johannesson & Yngfalk 2020). Förutom de sedvanliga förändringar och justeringar som sker över en nioårig byggperiod fanns det en annan anledning till att tilläggsavtalen under byggfasen blev så många och dyra. I förhandlingarna om det grundläggande avtalet 2010 hade nämligen vissa delar av byggnationen lyfts ut från avtalet för att möta de politiskt beslutade kostnadsramarna på drygt 14 miljarder kronor. Det stod dock klart för båda parter vid tecknandet av avtalet 2010 att dessa delar inom en snar framtid skulle återkomma och därmed belasta projektet kostnadsmässigt (Yngfalk & Junker 2019, s. 43). Därmed hade parterna redan från början när avtalet slöts själva frångått ett av de starkaste argumenten för en OPS, nämligen att det skapade total överblick och kontroll över alla kostnader i projektet redan vid tecknandet av avtalet.

Dessa exempel på konsekvenser av planeringsidealet om att *förutse och reducera osäkerhet* visar dels på svårigheterna att förutse alla tänkbara framtida risker under en lång byggprocess, dels att komplexa och utdragna projekt som NKS kan få utstå mycket medial kritik även om de lyckas reducera risker med oförutsedda kostnader och förseningar. I NKS-fallet blev ironiskt nog en av de mest kritiserade delarna av projektet just ambitionen att förutse och kontrollera hur mycket sjukhuset skulle kosta inte bara under byggfasen utan också över en lång period av underhåll och förvaltning efteråt.

AVSLUTANDE DISKUSSION

Att planera handlar om att på olika sätt förhålla sig till framtiden. Inledningsvis ställde vi frågan om hur motstridigheter och spänningar mellan olika planeringsideal kom till uttryck i NKS-projektet och vilka implikationer de antaganden som gjordes om framtiden fick för projektets utformning och målsättning. I NKS-projektet hanterades framtiden utifrån tre olika och delvis motsägelsefulla planeringsideal och projektmodeller. Det dominerande narrativet som präglade NKS-ledningens förhållningssätt till framtiden blev att förbereda för en oförutsebar framtid genom att anamma flexibilitet. Det fanns dock också inslag av att vilja reducera osäkerhet i NKS-projektet, framför allt när det gällde vilken organisationsstruktur sjukhuset skulle ha, hur mycket det skulle kosta och när det skulle byggas. Nu befinner vi oss delvis i den framtid som det planerades för, det högspecialiserade sjukhuset är färdigbyggt, verksamheterna har flyttat in och är nu organiserade i teman. Visserligen har idéer om innehåll och organisation modifierats under projektets gång men framtiden får utvisa hur flexibel och generell byggnaden är för andra typer av arbetssätt, organisationsformer och verksamheter.

Den pragmatiska, selektiva och strategiska kombination av instrumentella, kommunikativa och marknadsliberala ideal för framtidsplanering som anammades inom NKS-projektet liknar i stort hur svensk samhällsplanering generellt utförs i dag. I NKS-projektet betydde inte de kommunikativa strategierna att intressenter såsom medborgare eller professionsrepresentanter fick särskilt stort inflytande över hur framtiden målades upp. I stället gav de politiska beslutsfattarna i landstinget den privata marknaden stort utrymme att utforma framtidens sjukvård

genom OPS-avtalet. Detta skedde dels genom att privata byggbolag delegerades ansvar för att ta fram lösningar genom funktionskraven i OPS-upphandlingen, dels genom att det var den medicintekniska utvecklingen som ansågs driva förändringar inom framtidens sjukvård, inte sjukvårdsprofessionerna, politikerna eller patienterna. Frågan är hur framtiden hade gestaltats om patienter, Stockholms medborgare eller vårdprofessionerna hade fått mer inflytande över projektplaneringen.

7. Idén om patienten i centrum

Catrin Andersson & Martin Qvist

INLEDNING

”Att sätta patienten i centrum” har blivit ett ledord för hälso- och sjukvården både i Sverige och internationellt. Det är därför inte förvånande att idén om patienten i centrum har varit en central del i visionerna bakom Nya Karolinska Solna (NKS). Målet om ett mer patientcentrerat arbetssätt fanns med redan i de första planeringsinitiativen, och kom att bli än mer framträdande under processens gång. Det här kapitlet undersöker hur innebörden av ”patienten i centrum” har skiftat över tid och vilken betydelse föreställningen har haft för NKS-processens genomförande.

Idén om patienten i centrum har nått en status av närmast självklarhet i hälso- och sjukvårdspolitiken. Den kan rentav beskrivas som en ”tvingande idé” som alla nya reforminitiativ måste förhålla sig till för att bli tagna på allvar och betraktas som legitima (Bejerot 2008). Samtidigt som detta ledord är en tydlig och ständigt återkommande markör för nytänkande och moderna arbetssätt, har det också en påtaglig vaghet (Sharma m.fl. 2015; SOU 2016:2). Denna vaghet gör att innebörden kan anpassas för att föra fram olika, och rentav motstående, alternativ. Till exempel underbyggdes både landstingets förslag om att bygga NKS och den så kallade alternativutredningen om en upprustning av gamla Karolinska universitetssjukhuset (KS) med argument om en mer patientcentrerad vård.

I fallet med NKS har idén om patienten i centrum kanske allra tydligast kopplats samman med ambitioner om att införa mer tvärdisciplinära och interprofessionella strukturer, såsom att organisera arbetet i ”teman” i stället för den traditionella klinikstrukturen. Det är framför allt i den betydelsen – som en idé för organisering av vård och forskning – som det här kapitlet kommer att undersöka den skiftande innebörden

av ”patienten i centrum”. Begreppets mångtydighet gör dock att det har kopplats till olika typer av reformförslag. En annan aspekt av patient- eller personcentrering är att ge den enskilde större valmöjligheter och rättigheter som ”konsument” av vårdtjänster. I studier som lyfter fram denna innebörd kopplas patientcentrering till den marknads- och valfrihetsdiskurs som har slagit igenom brett inom hälso- och sjukvården de senaste decennierna (Anell 2005; Hasselbladh & Bejerot 2017). Begreppet har även blivit viktigt bland hälso- och sjukvårdens professioner. Här betonas i stället vikten av den enskildes perspektiv, ett holistiskt arbetssätt; detta perspektiv har inte minst varit betydelsefullt för sjuksköterskor och omvårdnadspersonal, fast då oftast i form av det närliggande men bredare begreppet ”personcentrerad vård” (se Håkansson Eklund m.fl. 2019).

Detta kapitel utgår från en diskussion om hur patientcentrering har beskrivits i tidigare forskning och hur begreppet har kopplats till organisationskoncept som ”integrerad vård” och nätverk. Därefter följer vi hur idén om patienten i centrum kom till uttryck i NKS-processen: de inledande skedena, under NKS-förvaltningens tid och slutligen hur den sedan blev en viktig del i konceptet med värdebaserad vård sedan KS hade tagit över ansvaret i samband med nedläggningen av NKS-förvaltningen. Avslutningsvis diskuterar vi hur innebörden av ”patienten i centrum” har skiftat under processens gång och hur detta speglar att begreppet använts för att motivera olika typer av lösningar.

PATIENTCENTRERING OCH NÄTVERKSORGANISERING

”Patienten i centrum” är ett återkommande uttryck i NKS-processen. Ibland förekommer i stället närliggande uttryck, som ”patienten först”, eller begrepp som patientcentrerad alternativt personcentrerad vård. I detta kapitel används ”patienten i centrum” som ett slags samlingsterm för dessa uttryck och begrepp, även om det är viktigt att betona att det finns skillnader i innebörd (se Ekman m.fl. 2014). Detta görs för att ringa in en övergripande idé som har varit central för NKS-projektet och för att vårt fokus ligger på att studera hur denna idé har använts för att lyfta fram olika organisatoriska lösningar för vården, snarare än på att analysera den underliggande omsorgsfilosofin.

Redan i mitten av 1900-talet började perspektivet att delaktiggöra och involvera patienten i beslut om vård och behandling växa fram på bekostnad av det tidigare paternalistiska synsättet på patienten (SBU 2017, s. 16). Vissa spårar rentav idéerna om patientcentrering tillbaka till Florence Nightingale och hennes arbete för att modernisera sjuksköterskeyrket på 1800-talet, somliga till och med längre bakåt i tiden än så (se t.ex. Mitchell 2008). Begreppet patientcentrerad vård myntades dock under 1990-talet och betonade patientens delaktighet i vården. Under 2000-talet har man inom vård och omsorg mer och mer gått över till att tala om personcentrering, för att ytterligare betona att det är personens hela situation och förutsättningar som ska vara utgångspunkten, inte enbart personen i egenskap av patient (SBU 2017). Patientcentrering kan sägas ha en mer funktionell betoning på patientens livskvalitet, medan personcentrering handlar om att personen ska ha ett meningsfullt liv (Håkansson Eklund m.fl. 2019). Båda har dock det gemensamt att de lägger särskild vikt vid individualisering, kommunikation och ett ömsesidigt förhållande mellan patient och vårdgivare samt ett holistiskt perspektiv på individens hela situation (ibid.; Sharma m.fl. 2015). Även om individens valmöjligheter kan kopplas samman med idéer om marknad har personcentrering en i huvudsak annorlunda betydelse i denna professionella diskurs. Inte minst för sjuksköterskor och omsorgspersonal har begreppet varit centralt för en strävan mot professionalisering och upphöjning av omsorgsarbetet. Den patientcentrerade vården har därmed blivit ett sätt för omsorgspersonalen att stärka sin professionella autonomi (se t.ex. McCrae 2013). Till skillnad från i äldre tider är sjuksköterskan, dietisten, logopeden och sjukgymnasten inte längre läkarens ”förlängda arm”, utan kan i stället ses som ”patientens tjänare” utifrån det personcentrerade perspektivet (Ekman m.fl. 2014, s. 72).

Vad som är än mer centralt för NKS-projektet är att ”patienten i centrum” också bygger på idéer om nya sätt att organisera vården för att skapa förutsättningar för den individualisering och delaktighet som eftersträvas. Det bärande temat för denna organisation är koordinering och samverkan över disciplin- och organisationsgränser. Här kopplas ”patienten i centrum” ofta till begreppet ”integrerad vård” som är koordinerad mellan vårdgivare, professioner, platser och över tid (Pelletier & Stichler 2014). Integrerad personcentrerad vård utgör en internationell trend för vårdens organisering och förordas bland annat av Världshälso-

organisationen (WHO) som beskriver detta som ett sätt att bekämpa fragmentering, främja samordning och göra vårdens insatser mer anpassade efter människors behov (WHO 2015).

Vårdens strävan mot ökad specialisering tillsammans med en mer fragmenterad hälso- och sjukvårdssektor, bland annat till följd av marknadsreformer, skapar behov av koordinering och samverkan mellan specialiteter, kliniker och vårdgivare. Genom att dessa organiserar sig i nätverk runt patienten, till exempel i form av multidisciplinära team, skapas möjligheter till individualisering och mer effektiv vård i en sammanhållen vårdkedja. Detta beskrivs som särskilt viktigt för multisjuka eller patienter med behov av flera olika typer av specialistkompetens. När hela sjukvårdsstrukturen arbetar utifrån detta patientcentrerade perspektiv skapas ett *vårdnätverk*, ett för Region Stockholms framtidsplan centralt begrepp som lanserades i landstinget i den tidiga planeringen av NKS. En återkommande idé inom landstinget har också varit att forskning och undervisning på motsvarande sätt, mer och mer, organiseras i forskningsnätverk som följer patientförloppen snarare än organisationsstrukturer (Martling & Klareskog 2019).

Nätverksorganisering är på inget sätt en unik reformidé för hälso- och sjukvården. Tvärtom speglar detta en bredare reformtrend inom offentlig sektor där utveckling av olika typer av nätverksarrangemang har setts som en gyllene medelväg mellan hierarki och marknad, inte minst för att hantera problem som uppkommit med dessa styrformer (Osborne 2010; Qvist 2016; Sörensen & Torfing 2007). Behovet av nätverk för horisontell koordinering inom hälso- och sjukvården har framför allt uppkommit som en konsekvens av specialisering mot smalare och mer högteknologiska expertområden, vilket närmast utgör en inneboende drivkraft hos vårdprofessionerna. Vidare har vårdval och marknadsinslag i vården ökat antalet vårdgivare, både privata och offentliga, vilket skapar större behov av interorganisatorisk samverkan (Peters 2015). Integrering av vård handlar om att koppla samman delar av olika organisationer, och ytterst enskilda specialister, i horisontella strukturer kring patienterna (Kodner & Spreeuwenberg 2002; jfr Hjern & Porter 1981).

Som reformbegrepp är samverkan och nätverk, liksom patienten i centrum, ”magiska” i bemärkelsen att det är svårt att vara emot dem och att de retoriskt kan ”svälja” konflikter mellan olika positioner (Pollitt & Hupe 2011). Dock går det att under NKS-processens gång se att

de har använts för att främja och legitimera olika typer av lösningar vid olika tidpunkter. Detta kan åskådliggöras med hjälp av två dimensioner, där den ena är *inomorganisatorisk–interorganisatorisk*. Detta syftar på att patientcentrering ibland har använts för att främja reformer inom NKS specifikt (inomorganisatoriskt) och ibland har varit inriktat på reformer av hela sjukvårdsstrukturen, att organisera relationerna mellan olika organisationer inom vårdsektorn (interorganisatoriskt). Den andra dimensionen är *vård–forskning*, där nätverksorganisering och tvärdisciplinära arbetssätt har lyfts fram som en önskvärd utveckling inom båda dessa områden, och där fokus i planeringsprocessen skiftat över tid mellan dessa två områden.

PATIENTEN I CENTRUM I NKS-PROCESSEN

I detta avsnitt följer vi hur idén om patienten i centrum kom till uttryck i NKS-processens inledande skeden, under NKS-förvaltningens tid och under KS ledning sedan den hade fått ansvar för verksamhetsinnehållet i det nya sjukhuset.

Visionen lanseras: forskningen eller patienten i centrum?

I de tidigaste utredningarna i början av 2000-talet var ”patienten i centrum” inte det mest framträdande begreppet för att lyfta fram fördelarna med projektet. Detta har förmodligen att göra med att det inte var vården som stod i första rummet för argumentationen om att bygga ett nytt universitetssjukhus; när projektet lanserades var det framför allt forskningen som man lade vikt vid. I SNUS-utredningen fanns ett starkt fokus på tvärdisciplinära centrumbildningar, *centres of excellence*, där det nya universitetssjukhuset i Solna skulle bli ett ”nav” i en nätverksorganisation för forskning och vård i regionen. Detta kopplades dock till att ”patient- och medarbetarperspektiven skall prägla lokalutformning och funktioner som vårdkedjor i nätverk skall underlättas” (SLL 2002a, s. 12). Ett patientcentrerat arbetssätt i vården blir närmast en logisk följd av ett system som strävar efter dessa starka centrumbildningar som korsar klinik- och ibland organisationsgränser. Därför betonas också i de tidiga utredningarna att forskare och lärare vid universitetssjukhuset måste ha tillgång till hela sjukvårdssystemet, inte minst till primärvården.

Dessa ambitioner om att NKS ska bereda vägen för ett forsknings- och vårdnätverk kan ses i ljuset av kritik som har kommit under senare år mot idén om ett mindre spetssjukhus som fokuserar på ”udda” och ovanliga sjukdomar. Visionen som projektet utgick från var dock på inget sätt att universitetssjukhusets forskning endast skulle inrikta sig på dessa ovanliga sjukdomar. Tanken var att *alla patienter* i hela Stockholms län (och även utanför) skulle utgöra underlaget för forskningen vid sjukhuset, inte endast de som behandlas där. Samtidigt som projektet har byggt på en idé om högspecialiserad vård (se kap. 8) har denna hela tiden kombinerats med en idé om patientcentrering genom nätverksorganisering. Detta har fungerat som ett slags korrektiv – i alla fall på en retorisk nivå – för konsekvenserna med en mer nivåstrukturerad sjukvård. Redan i SNUS betonades att ”all forskning och utbildning varken kan eller bör ske endast vid den fysiska anläggningen ’universitetssjukhuset’” (SLL 2002a, s. 3). En viktig orsak till att forskning prioriterades så starkt vid denna tid var att Karolinska Institutet (KI) inledningsvis hade en central roll. KI:s företrädare var de tydligaste aktörerna som drev konceptet med excellenscentrum och forskning i nätverk. Här blev ”patienten i centrum” ett sätt att lyfta fram den typ av sjukhus som behövdes för att främja den spjutspetsforskning man såg framför sig.

Idén om NKS (tillsammans med KI) som navet eller centrum i ett forsknings- och vårdnätverk utvecklades ytterligare i 3S-utredningen. Då den utredningen hade fokus på hela sjukvårdsstrukturen framträder tydligt argumentet om nätverksorganisering som ett sätt att hantera konsekvenserna av nivåstrukturering. Patienten i centrum handlade här om att en patient endast ska befinna sig en kort tid på universitetssjukhuset för att sedan få efterbehandling hos andra vårdgivare, vilket krävde samordning mellan nivåer och organisationer i sjukvårdssystemet. Det var i första hand termen ”sammanhållna vårdkedjor”, snarare än patientcentrering, som användes för att beskriva detta arbetssätt. Utredningen betonade en mer processorienterad organisation, eller en ”matrisorganisation”, för att komma till rätta med risker för fragmentering och som ett sätt att skapa horisontella kopplingar mellan kliniker och vårdgivare.

Sammantaget var begreppet patienten i centrum mer nedtonat i de inledande skedena jämfört med senare delar i processen. Det, och angränsande termer som sammanhållna vårdkedjor, användes framför allt

för att legitimera och beskriva hur man skulle kunna hantera de vårdrelaterade konsekvenserna av nätverksorganiseringen. Den nära kopplingen mellan vård och klinisk forskning gjorde att detta också handlade om att säkerställa ett patientunderlag som omfattar alla delar i vården, vilket är nödvändigt för exempelvis forskning på folksjukdomar. Betoningen låg på forskning i första hand och perspektivet var tydligt *interorganisatoriskt* – det handlade om att åstadkomma en patientcentrering genom samordning mellan olika vårdgivare och forskningscentra på olika nivåer i sjukvårdssystemet.

Idén om tematisk vård tar form: från externt till internt fokus

Från och med att NKS-kansliet inrättades för att bereda förslaget om det nya sjukhuset till beslut om detsamma fick planeringsarbetet ett tydligare inomorganisatoriskt fokus. Nu fördes också begreppet patienten i centrum mer explicit in i programförslagen och kopplades till den fysiska utformningen av sjukhuset, bland annat till förslagen om att bygga enkelrum och korta transporter (SLL 2007a). Även konceptet med en tematisk organisering av vården (i stället för kliniker) blev mer framträdande och sjukhusets fysiska struktur planerades efter den tematiska organisationen. Efter beslutet 2008 och bildandet av NKS-förvaltningen blev arbetet med teman en helt central del i planeringen av verksamhetsinnehållet. Inspirationen till patientcentrering och tematisk vård hämtades vid den här tiden framför allt från internationella förebilder, snarare än från pågående reformer i Sverige där denna typ av arbetssätt har präglat reformarbetet runt om i landet under lång tid. NKS-förvaltningen hämtade in upplägget för den nya temaorganisationen från internationella förebilder, främst från USA. Från de internationella förebilderna hämtade projektledningen dessutom argumenten för denna organisation: att satsningar på ett fåtal teman skulle öka förutsättningarna att bli världsledande och konkurrenskraftig inom dessa specifika områden (SLL 2009c).

Genom NKS-förvaltningen gick projektet in i en genomförandefas och syftet var nu att utforma verksamhetsinnehållet och den framtida organisationen. Utmärkande för förvaltningens arbete var dock att dessa frågor förblev påtagligt vaga och abstrakta, vilket gjorde att de rapporter som publicerades möttes av kritik (Grafström & Andersson 2019; Öhrming 2017). En viktig del av kritiken var just att idéerna om

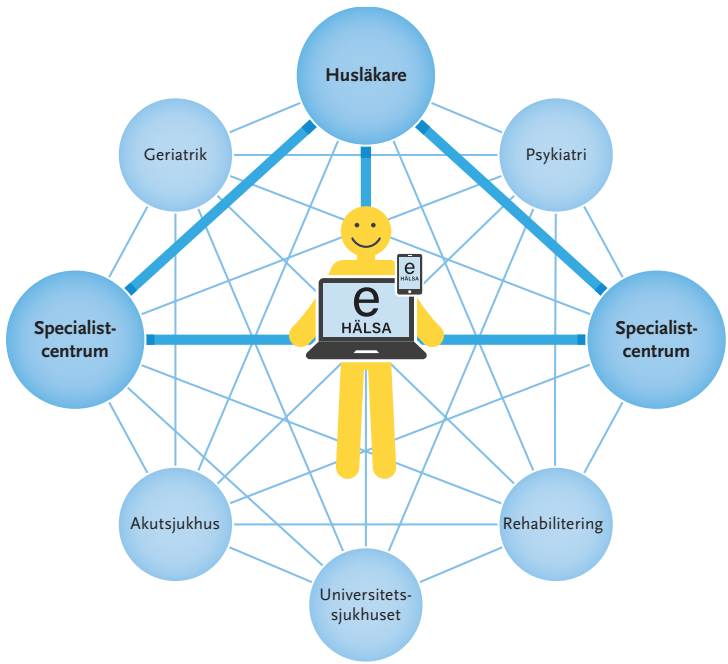
patienten i centrum och tematisk organisering hämtades från internationella exempel, inte minst från USA som har en helt annan typ av sjukvårdssystem än Sverige. Spjutspetssjukhus som verkar inom privatiserade system, som i det amerikanska fallet, har inte samma krav på sig att ansvara för vården utanför det egna sjukhuset och rollen i ett större system. Vidare reste idén om en tematisk organisation på NKS frågor om hur denna organisation skulle fungera med andra delar av sjukvårdssystemet. Skulle förslaget innebära att hela Stockholms sjukvård behövde anta samma tematiska organisering? Sådana långtgående implikationer i form av organisationsförändring väckte motstånd, inte minst bland professionsföreträdare. På samma sätt blev idén om NKS som ett nav i ett vård- och forskningsnätverk problematisk eftersom den var beroende av en nära samverkan med andra vårdgivare, men samtidigt saknades det inom NKS-förvaltningen en tydlig analys av vilka konsekvenser detta skulle få för övriga delar av sjukvårdssystemet (Grafström & Andersson 2019; se även kap. 8).

Sammantaget hade planeringsarbetet i både NKS-kansliet och NKS-förvaltningen ett internt fokus där ”patienten i centrum” framför allt användes för att legitimera och motivera en temaorganisation som helt eller delvis skulle ersätta den gamla klinikstrukturen. Frågan om forskningen vid det nya sjukhuset var fortfarande viktig. Bland annat diskuterades hur omfattande integrationen mellan vård och forskning skulle vara på det nya sjukhuset, även detta med de amerikanska spjutspetssjukhusen som referensobjekt (SLL 2009c). Under NKS-kansliets och, framför allt, NKS-förvaltningens tid fokuserade man alltså såväl på vårdens organisering som på hur forskningsuppdraget skulle integreras med vården. Jämfört med den föregående perioden, då man framför allt diskuterat forskning i nätverk, hade man således nu också kommit att ta sig an frågan om vårdens organisering. Samtidigt höll sig detta arbete på en mer övergripande nivå, medan den konkreta utformningen av verksamhetsinnehållet gång på gång sköts på framtiden när förslagen mötte motstånd.

Den interna orienteringen speglade också den organisatoriska särlösning som NKS-förvaltningen utgjorde (Andersson & Grafström 2019). Det bredare och interorganisatoriska perspektiv som hade anlagts under 3S-utredningen kom att bli kraftigt nedtonat i NKS-processen. Frågan om patienten i den större sjukvårdsstrukturen ”flyttade ut” och kom i

stället att hanteras i en parallell process kring planeringen av Framtidsplanen för Stockholms sjukvård. Denna process hade också en egen organisation, men medan NKS-kansliet var underställt landstingsstyrelsens FoUU-utskott drevs arbetet med Framtidsplanen inom Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) och dess förvaltning. Inom Framtidsplanen, som antogs 2011 i landstingsfullmäktige, utvecklades nätverksorganiseringen som en central idé för den framtida sjukvårdsstrukturen. Jämfört med 3S fanns också ett tydligare fokus på vården och på hur nätverk och samverkan skulle understödja ett patientcentrerat arbetssätt. Inom nätverkssjukvården ska enligt Framtidsplanen individens hälsa och samlade behov stå i centrum i alla möten, i linje med ett personcentrerat arbetssätt. Samordning mellan vårdgivare är det bärande temat där man ger uttryck för en vilja att gå från vård hos enskilda vårdgivare till samordning och teamarbete.

Det patientcentrerade perspektivet, med ett tydligt interorganisatoriskt fokus, har inom Stockholms läns landsting (SLL) ofta presenterats



Figur 7.1: Illustration av patientcentrering i "den framtida nätverkssjukvården". Källa: SLL 2011b, s. 28.

med hjälp av bilden i figur 7.1 här intill, som förekommer i många rapporter, presentationer och måldokument. Förutom att åskådliggöra nätverksorganisering och patientcentrering visar bilden också på den vikt som fästs vid digitaliseringens möjligheter. Patienten har datorn i högsta hugg. Denna tilltro till digitaliseringens möjligheter går tillbaka till de tidiga utredningarna av NKS där det också fanns en stor tilltro till den tekniska utvecklingen som lösning för att kommunicera över organisationsgränserna och realisera tanken att forskarna och vårdpersonalen på NKS skulle vara uppkopplade till hela vårdsystemet. Digitala verktyg löper med andra ord som en röd tråd genom idén om patienten i centrum, både som ett sätt att stärka kommunikationen med den enskilde och som en lösning för att hantera samordningsproblem mellan vårdgivare.

Tematisk vård blir värdebaserad vård

Sedan NKS-förvaltningen lades ner i slutet av 2011 och den fortsatta planeringen av verksamhetsinnehållet flyttade över till KS, mötte idéerna om patientcentrering och teman på ett påtagligare sätt den existerande praktiken. På KS var dessa idéer och arbete med flöden inte något nytt, men hade där framför allt bedrivits inom ramen för managementmodellen *lean*.[23] Detta kom dock snart att förändras i och med att en ny styrelseordförande tillträdde 2013. Ordförandens engagemang i olika privata vårdbolag banade väg för att *lean* byttes ut mot en annan managementmodell, värdebaserad vård. Drivande bakom värdebaserad vård var konsultföretaget Boston Consulting Group (BCG). Flera andra ledamöter i KS ledning och styrelse hade nära kontakter med konsultbolaget. Mest uppmärksammad blev KS produktionsdirektör som gick direkt från en anställning på BCG till sjukhusets ledning. Produktionsdirektören var delaktig i upphandlingen av sin tidigare arbetsgivare och införandet av den värdebaserade vården (Andersson & Grafström 2020). BCG backades även upp av tunga företrädare för akademin, främst den dåvarande prorektorn vid KI som genom den internationella organisationen ICHOM också hade kopplingar till BCG. Nuvarande

23. *Lean* handlar om att utveckla processerna i en organisation för att skapa ett sammanhängande flöde utan onödigt spill av resurser. ”Spill” förstås som allt som ger onödiga kostnader eller inte tillför värde till det som produceras (se Andersson & Grafström 2020, s. 20).

och tidigare medarbetare vid KI var alltså drivande i att försöka införa värdebaserad vård i Sverige och flera av dessa kom att vara aktiva i den intensiva mediala debatten om den värdebaserade vården (se Krohwinkel m.fl. 2019). KI var dock splittrat i frågan och många företrädare har, särskilt på senare tid, riktat kritik mot den värdebaserade vården, bland annat för att skapa sämre förutsättningar för forskning och utbildning.

Modellen värdebaserad vård (*value-based heathcare*) har sitt ursprung i USA och är utvecklad av ekonomen Michael E. Porter och ingenjören Elizabeth Olmstead Teisberg, som 2006 skrev boken *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Som abstrakt modell innehåller den värdebaserade vården flera komponenter som omfattar allt från planering och ersättningssystem av vården på systemnivå till hur nya arbetssätt ska organiseras på enskilda sjukhus. Den mest centrala komponenten i värdebaserad vård är ökad kostnadseffektivitet genom kvalitetsmätning. ”Värde” avser uppnådda hälsoresultat i förhållande till resursanvändning. För att mäta hälsoresultaten har Porter sedan framfört ett antal ”patient-relevanta” mått för olika diagnoser som senare vidareutvecklats i den internationella organisationen ICHOM, där målet är att utveckla internationella standarder för att mäta vårdkvalitet.[24]

Viljan att mäta kvalitet är också kopplad till konkurrens, vilket är en annan central komponent i värdebaserad vård. Med utgångspunkt i den amerikanska kontexten såg Porter och BCG att konkurrens skulle leda till att sjukhus specialiserar sig på olika typer av vård och därigenom lockar till sig ledande läkare och forskare inom sina spetsområden. Denna del av Porters tänkande går att se spår av även i tidigare skeden av NKS-projektet, och då som en del av idén om att uppnå ”världsklass” genom centrumbildningar med excellensforskning (se kap. 5).[25] Liknan-

24. International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) är ett icke-vinstdrivande företag som bildades av Michael Porter, BCG och KI (främst av professor Martin Ingvar). KS blev medlem i ICHOM 2015. KS och KI drog sig ur samarbetet efter att mediegranskningar (Gustafsson & Röstlund 2019) ledde till en omfattande kritisk samhällsdebatt om värdebaserad vård. För sjukhuset handlade det också om att granskningarna uppmärksammade juridiska och etiska problem med att företaget samlade in registeruppgifter om patienter.

25. Tänkandet kring ”kluster”, med geografisk koncentration av företag och andra aktörer inom ett visst affärsområde i syfte att skapa komparativa konkur-

de tankegångar återfanns också i NKS-förvaltningen som särskilt drev idén att det nya sjukhuset skulle begränsas till ett fåtal teman. Dessa idéer kan också härledas till att de internationellt mest konkurrenskraftiga sjukhusen koncentrerade sin verksamhet till ett fåtal specialiteter, såsom Memorial Sloan Kettering Cancer Center.

Än mer betydelsefullt för NKS-projektet blev den värdebaserade vårdens organisatoriska komponent. Precis som andra managementmodeller inom vården, till exempel *lean*, förordar värdebaserad vård teamarbete och flödesorientering av verksamheten. När planeringen av sjukhuset gick över till KS fungerade detta som en viktig ingång för sjukhusledningen att kunna införa värdebaserad vård. Samtidigt som värdebaserad vård antogs som KS nya huvudstrategi fanns kravet på att införa en tematisk organisation från landstingets sida i form av fullmäktigebeslutet från 2008 om att bygga sjukhuset. Det som kom att ske var att dessa två komponenter kopplades samman under benämningen *den nya verksamhetsmodellen*.

Kombinationen öppnade för en radikal omorganisering av KS som innebar ett avskaffande av klinikerna och ett flödesbaserat system baserat på värdebaserad vård. Den nya organisationen innebar också ett införande av den tidigare nämnda chefsorganisationen samt en helt ny nomenklatur. Detta ansågs bidra till att skapa ”attraktiva chefstjänster” (Andersson & Grafström 2020) och i förlängningen ett sjukhus i ”världsklass”. Den nya verksamhetsmodellen motiverades och legitimerades utifrån att sätta patienten i centrum och organisera verksamheten runt denna i stället för de medicinska specialiteterna. Vidare betonades en starkare koppling mellan vård och forskning (främst mellan NKS och KI) genom att knyta en lärare/forskare till varje patientflödeschef i den nya organisationen. Integration mellan vård och forskning och ett patientcentrerat perspektiv skulle realiseras genom multidisciplinära och multiprofessionella team. Samtidigt är kärnan i värdebaserad vård att mäta och jämföra resultat samt låta detta vara kostnadssättande för verksamheten. Arbetet med att skapa en tematisk organisation handlade därför mycket om att utveckla vårdkedjor och definiera patientgrupper

rensfördelar, har också utvecklats av Porter (1990). Dessa tankar var tydligt närvarande redan vid projektets initiering i planerna på en satsning på life science i området som senare fick namnet Hagastaden (se kap. 4 och 5).

och -flöden anpassade till den nya ekonomiska styrmodellen med målet att skapa ”värde för patienten”, ”åstadkomma faktiska resultat” och därmed också möjliggöra jämförelse med världsledande sjukhus.

Sammanfattningsvis användes patienten i centrum i detta skede av processen för att motivera interna organisationsförändringar, vilket handlade om att konkretisera den tematiska organisationen och att förena denna med införandet av den värdebaserade vården som en del av den nya verksamhetsmodellen. Under denna period låg betoningen på vårdens organisering, men forskning var samtidigt viktigt och kom med värdebaserad vård in i bilden på ett lite annorlunda sätt än tidigare. Det genomgående mönstret i NKS-processen är att det patientcentrerade arbetssättet har kopplats till behov av att bättre integrera vård och klinisk forskning. I fallet med den värdebaserade vården var forskningsintressena snarare kopplade till Porters idéer om organisering av sjukvård och till insamlandet av stora mängder data på internationell nivå för utveckling av standarder. I detta internationella projekt finns inte minst intressen inom industrin kring life science. Företag inom life science hade också direkta kopplingar till KS ledning, dels genom flera före detta representanter för BCG, dels genom ordföranden och medlemmar i KS styrelse med bakgrund i bland annat läkemedelsindustrin. Enskilda företrädare för KI var djupt involverade i den värdebaserade vården och förespråkade modellen i den offentliga debatten. Samtidigt har många andra forskare varit kritiska och snarare pekat på att den nya modellen skapar problem för klinisk forskning och undervisning. Under senare tid har den värdebaserade vården dessutom kommit att omprövas i Sverige. Detta skedde efter att en omfattande kritik började resas, först inom professionerna, och sedan även medialt. I dag har både KS och KI tagit avstånd ifrån värdebaserad vård – inte minst som en följd av de omfattande problem som har påvisats i den interna styrningen på NKS (se Andersson & Grafström 2020; Krohwinkel m.fl. 2019).

AVSLUTANDE DISKUSSION

Idén om patienten i centrum löper som en röd tråd genom NKS-projektet, men den har samtidigt getts olika innebörd vid olika tillfällen, och har därigenom använts till att motivera skilda typer av lösningar. I projektets inledande skeden stod forskningen snarare än vården i centrum

för visionen om det nya universitetssjukhuset. Under denna tidiga fas kopplades idén om patienten i centrum framför allt till en ambition om att skapa en nätverksorganisation för vård och forskning i Stockholm där NKS och KI tillsammans skulle utgöra ett nav för forskning och innovation. Här beskrevs långtgående ambitioner om att koppla samman och integrera vård hos olika vårdgivare och olika delar i systemet. Inför beredningen av beslutet 2008 och senare under genomförandefasen skedde en övergång till ett internt perspektiv på organisationsförändringar. Här användes patientcentrering med tydligare koppling till vårdinnehållet för att motivera en tematisk organisation. Denna mer inomorganisatoriska inriktning fortsatte under NKS-förvaltningens tid, samtidigt som den större frågan om patienten i sjukvårdssystemet flyttade ut till en egen, och i hög grad separat, process inom ramen för Framtidsplanen. När NKS-förvaltningen lades ner och frågan flyttade över till KS sammanfogades förväntningarna på en temaorganisation med den värdebaserade vården. Patienten i centrum blev då ett sätt att motivera och rama in den nya managementmodellen.

Analysen visar att perspektivet på patienten i centrum under processens gång har skiftat från ett *interorganisatoriskt* till ett *inomorganisatoriskt* fokus. Resultatet står i kontrast till de inledande ambitionerna som tog ett betydligt bredare grepp om nätverk och samordning. Detta återspeglas också i delar av vår undersökning, där personer som var ”arkitekter” bakom visionen om NKS uttrycker besvikelse över att de mer långtgående strukturförändringarna inte realiserades på det sätt som avsetts.

Vi kan också se att det har skett förskjutningar mellan att använda patienten i centrum som ett sätt att reformera förutsättningarna för *forskning* mot att betona omorganisering av *vården*. I de inledande skedena fanns det överlag ett starkt fokus på forskning i planeringsarbetet. De idéer som etablerades då fanns kvar och utvecklades i viss mån under NKS-förvaltningens tid, men här skedde också ett fokusskifte då vårdens organisering och verksamhetsinnehållet hamnade i centrum. Vårdens organisering är sedan helt central för det planeringsarbete som tar vid på KS där det patientcentrerade perspektivet slutligen implementerades som den nya verksamhetsmodellen, vilken bygger på en kombination av värdebaserad vård, som en modell för kostnadsstyrning, och temaorganisation. Kritiker menar att förutsättningarna för forskning och utbildning åsidosattes i arbetet med att införa denna modell. Samtidigt kom

forskningens betydelse in på ett annat sätt i processen då konceptet med värdebaserad vård och ambitionen att etablera ett internationellt system för insamling av stora mängder patientdata drevs och legitimerades av forskare och har kopplingar till intressen inom life science-industrin.

Slutligen kan vi konstatera att frågan om hur idén om patienten i centrum ska realiseras i Stockholms sjukvård är en pågående förändringsprocess där den värdebaserade vården nu helt har omprövats, men där idealet om ett vårdnätverk består inom ramen för Framtidsplanen. Mycket tyder på att patienten i centrum fortsätter att vara en ”tvingande idé” som även kommande reformer på ett eller annat sätt måste kunna förhålla sig till.

8. Idén om högspecialiserad vård

Maria Grafström & Catrin Andersson

INLEDNING

Den högspecialiserade vården har synliggjort och skapat konflikter om hur sjukvården bäst bör organiseras. På nationell nivå gäller sedan den 1 juli 2018 en ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården. Det var ett förslag som gav upphov till omfattande diskussioner (SOU 2015:98; Regeringen 2017b), och har beskrivits som både ett ”inbördeskrig” (*Dagens Medicin* 2017) och en ”sjukhusstrid” (SVT 2018). Debatterna illustrerar att denna typ av vård skapar konkurrenssituationer både på nationell nivå (mellan regioner) och på regional nivå (mellan olika sjukhus inom en region). I Nya Karolinska Solna (NKS) har idén om den högspecialiserade vården orsakat statuskonflikter och väckt frågor om vem som får göra vad, det vill säga vem som kommer att ges det prestigefyllda uppdraget att utföra högspecialiserad vård. Det har också lett till en debatt om de risker som kan tänkas vara förknippade med omfattande förändringar av befintlig organisering av högspecialiserad, och annan, vård i regionen. Det är alltså på flera sätt en politiskt laddad idé. Samtidigt har den högspecialiserade vården ett stort symbolvärde för NKS, och kan sägas stå i konflikt med andra centrala värden i projektet – inte minst ambitionerna om att skapa förutsättningar för att bedriva utbildning och forskning i världsklass.

Fortfarande efter att sjukhuset togs i full drift har det pågått en kamp där idén om den högspecialiserade vården spelar en nyckelroll. I december 2019 krävde drygt 150 läkare i ett upprop en rad förändringar vid Karolinska universitetssjukhuset (KS) i Solna (se Broomé m.fl. 2019). Bland dessa förändringar fanns krav på att universitetssjukhuset skulle breddas från, enligt uppropet, alltför ensidig högspecialiserad vård till att även erbjuda rutinsjukvård. På kravlistan fanns också att den nya Intensivakuten skulle göras om till, eller kompletteras med, en vanlig

akutmottagning. Anledningarna var enligt uppropets talespersoner flera, som att klara av utbildningsuppdraget och trygga behov av att kunna träna för att bibehålla sin kompetens och skicklighet – inte minst inom de kirurgiska specialiteterna – och därigenom behålla personal och kompetens i huset.

Redan i den första utredningen om att bygga ett nytt sjukhus i Stockholm var idén om den högspecialiserade vården central (Johannesson & Qvist 2019). Det var en idé som på flera sätt passade dåtidens problem och politiska förutsättningar. De politiska ambitionerna om att skapa ett sjukhus som skulle kunna flytta fram Sveriges positioner internationellt genom att utveckla medicinsk forskning till att ligga i framkant ansågs kräva helt nya sätt att organisera vården. En förändring av den högspecialiserade vården får konsekvenser för annan typ av vård och en koncentration av denna till ett sjukhus skulle kräva ett större upptagningsområde. Detta var i sin tur tänkt att öppna upp för nya sätt att tänka kring regionalpolitiska frågor och landstinget som konstruktion (ibid.). Det var alltså en idé som innehöll ambitioner om att förändra sjukvårdens organisering bortom det nya sjukhuset, men där sjukhuset skulle vara ”navet” och till och med ”kronan på verket” i Stockholms sjukvårdsorganisation (se kap. 4).

I det här kapitlet diskuterar vi vilken betydelse idén om den högspecialiserade vården har haft för NKS och hur denna betydelse har förändrats över tid, beroende på i vilket sammanhang och av vem den har översatts. Idén var först stark, med stort inflytande, samtidigt som den var – eller just för att den var – abstrakt och otydlig, men längre fram i genomförandearbetet försvagades den. I mötet med praktiken gjordes justeringar och en alltför hård koncentration ifrågasattes från flera håll. Mötet kan också, något förenklat, förstås som en krock mellan politiska visioner och ambitioner och de förutsättningar och behov som fanns i den faktiska verksamheten på universitetssjukhuset. I en avslutande projektfas, och i samband med driftsättningen av det nya sjukhuset, gavs idén delvis återigen kraft och inflytande.

I nästa avsnitt presenterar vi närmare hur högspecialiserad vård har definierats i utredningar och visar hur idén handlar om hur sjukvården organiseras. Därefter analyserar vi de fyra mest centrala ”översättarna” av idén, nämligen NKS-förvaltningen, Karolinska Institutet (KI), Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (HSN-förvaltningen) och KS.

Vi tar avstamp i den ursprungliga, starka politiska idén om den högspecialiserade vården – där denna högsta vårdnivå var tänkt att koncentreras till det nya sjukhuset i Solna – och visar hur idén omtolkades, utmanades och över tid blev föremål för kompromisser beroende på hur projektet organiserades och styrdes. Vi avslutar med att diskutera den betydelse som dessa översättningsprocesser har haft för NKS-projektet.

ETT DYNAMISKT BEGREPP SOM ORGANISERAR SJUKVÅRDEN I NIVÅER

Högspecialiserad vård har alltså varit en central fråga redan sedan den första utredningsfasen av NKS-projektet. År 2005 fattade Stockholms läns landsting (SLL) ett inriktningsbeslut om en förändrad hälso- och sjukvårdsstruktur i länet och i denna ingick att koncentrera högspecialiserad vård till KS – och följaktligen flytta ut specialiserad vård till andra sjukhus i länet. Det har dock inte varit självklart vad som skulle inkluderas i den typen av vård. Det var också redan i denna tidiga fas uttalat att själva begreppet högspecialiserad vård per definition är dynamiskt och att det därför inte skulle låsas fast i en för tiden rådande förståelse av vad som var högspecialiserat, utan att det behövde förändras i takt med den medicintekniska utvecklingen och andra framtida tänkbara krav på en sjukvård i ”världsklass” (SLL 2008c; se även kap. 5). En del av projektarbetet kom därför också att handla om att ringa in och definiera vad som *borde* inkluderas i den högspecialiserade vården – ett arbete som har fortsatt genom hela projektet. På Region Stockholms hemsida går det i dag att läsa att den högspecialiserade vården, såsom den förstås regionalt och vid KS i Solna, innefattar ”avancerad sjukvård som är särskilt resurs- och kompetenskrävande när det gäller medicinteknisk utrustning och sjukvårdspersonalens utbildning och erfarenhet”. Det är också vård som är ”nära kopplad till forskning och utbildning” (Region Stockholm 2020b).

Den högspecialiserade vården handlar om hur sjukvården är organiserad. Begreppet omfattar den högsta vårdnivån i en strukturering av vård inom en region eller på nationell nivå. Viktigt att notera är att regionerna själva bestämmer över regional högspecialiserad vård, medan vilka som får utföra nationell högspecialiserad vård bestäms av staten och den för området ansvariga myndigheten Socialstyrelsen. KS har i

sin roll som universitetssjukhus båda uppdragen, det vill säga att utföra tilldelad nationell såväl som regional högspecialiserad vård. Ett sätt att beskriva nivåstrukturering av ett sjukvårdssystem är som en pyramid där den högspecialiserade vården utgör toppen (jfr figur 2.1, kap. 2). När vårdgivares ansvar för viss typ av vård förändras påverkas per automatik också andra vårdgivare. En koncentration av regional högspecialiserad vård till det nya universitetssjukhuset i Solna skulle därför kräva att annan vård som bedrevs vid sjukhuset flyttades ut till andra vårdgivare. Nivåstrukturering skapar därför behov av att se till hela sjukvårdssystemet – i vårt fall Stockholmsregionen.

En ökad nivåstrukturering har i SLL:s arbete med planering av framtidens hälso- och sjukvård (den så kallade Framtidsplanen) kopplats till idéer om nätverk (se kap. 7). Vårdgivare ska enligt nätverkstanken fylla olika roller och om deras uppdrag renodlas skapas, enligt resonemanget, en tydlighet för individen som söker vård. ”Nätverkssjukvård” går på så sätt hand i hand med idén om patienten i centrum och i arbetet med Framtidsplanen har återkommande betonats att det handlar om att säkerställa att rätt kompetens finns på rätt plats och vid rätt tid (t.ex. motiveringen av ny struktur för det akuta omhändertagandet i SLL, se SLL 2017a).

En koncentration av högspecialiserad vård skapar dock särskilda utmaningar. Det handlar framför allt om att göra centrala patientgrupper tillgängliga för lärare, studenter och forskare. I en nätverkssjukvård betyder det därför att utbildning och forskning behöver genomföras i samarbete med olika aktörer och på olika platser i nätverket. Det som tidigare i större utsträckning kunde genomföras i nära samarbete mellan KS och KI skulle i en nätverkssjukvård behöva hanteras på nya sätt och kräva lösningar och samarbete kring forskning med andra aktörer, privata såväl som offentliga. I en utredning av hur den kliniska forskningen ska genomföras i nätverkssjukvården har SLL självt pekat på detta som problematiskt. I rapporten beskrevs hur de intentioner som fanns i Framtidsplanen om att främja innovationstakten genom att koppla forskningen närmare den dagliga vården, på så sätt att nya aktörer utanför universitets- och akutsjukhusen skulle delta i utbildnings- och forskningsaktiviteter, inte hade infriats (SLL u.å.). Här utmålades problemet som att ”patienterna har flyttat ut från sjukhusen, hur ser vi nu till att forskarna kan verka även utanför sin traditionella arena på universitets-

och akutsjukhusen?" (ibid., s. 6). Trots att vårdavtalen med privata vårdverksamheter föreskriver att dessa ska delta i forskning och utbildning hade detta alltså inte fungerat i praktiken.

Samtidigt som den nationella nivåstruktureringen av högspecialiserad vård har stått i fokus för flera utredningar kom idén också att bli en central knäckfråga i NKS-projektet och organiseringen av vård inom Stockholmsregionens sjukvårdssystem. Beroende på vilken aktör – vilken "översättare" eller idébärare (se kap. 3) – som har haft positionen att driva arbetet med att planera framtida vårdverksamhet vid det nya sjukhuset och i regionen har idén om den högspecialiserade vården laddats med betydelse och förändrats. Vi visar vidare i det här kapitlet att översättningsarbetet har präglats av, samt både synliggjort och gett upphov till, (intresse)konflikter.

FRÅN POLITISK VISION TILL MODIFIERAD PRAKTIK

Idén om den högspecialiserade vården var, som vi har visat ovan, central i den politiska visionen om det nya sjukhuset. I visionen betonades att detta var ett dynamiskt begrepp som måste tillåtas förändras i takt med tiden och alltså inte låsas i betydelse för tidigt i processen. Mer precisa beslut om NKS uppdrag avseende vård, forskning och utbildning behövde därför ske "så sent som möjligt i förhållande till driftstarten för det nya universitetssjukhuset" (SLL 2008c, s. 17). Andra skäl som ansågs motivera att skjuta preciserande beslut på framtiden var eventuella sammanslagningar av landsting till färre regioner, förändringar i SLL:s sjukvårdsstruktur samt "det pågående arbetet med profileringen av verksamheter inom dagens Karolinska universitetssjukhuset mellan Solna och Huddinge" (SLL 2008d, s. 5).

NKS-förvaltningen: stark politisk vision och idé

Under NKS-projektets första fyra år, mellan 2008 och 2011, drevs arbetet i en nyinrättad förvaltningsorganisation, NKS-förvaltningen (se Andersson & Grafström 2019; kap. 11). Det var en särorganisatorisk lösning som kopplades nära politiken, direkt underställd landstingsstyrelsens FoUU-utskott, vilket gjorde att det skapades en särskild struktur på politik- och förvaltningsnivå för NKS-projektet. NKS-förvaltningen, bäraren av idén om den högspecialiserade vården, organiserades därmed

nära de politiker som initierat och drivit visionen om det nya sjukhuset. Den särorganisatoriska lösningen var inte bara ett verktyg för att hålla projektarbetet nära politiken, utan också ett sätt för styrande politiker att skapa avstånd till etablerad verksamhet, som KS och HSN-förvaltningen (Andersson & Grafström 2019).

Under denna första period av NKS-projektet hade de styrande politikerna, tillsammans med ledande tjänstepersoner på NKS-förvaltningen, stor makt att formulera berättelsen om vilken typ av vård som skulle bedrivas vid det nya universitetssjukhuset i Solna. Deras huvudstrategi blev att hålla frågan öppen och undvika att precisera idéns innebörd så länge som möjligt (Grafström & Andersson 2019). Det var en strategi som gjorde det möjligt för styrande politiker och tjänstepersoner inom NKS-förvaltningen att i den inledande projektfasen undvika eventuella konflikter som en precisering av idén skulle kunna ha gett upphov till. Den ”visionära oklarheten” skapade under den här perioden ett slags ytlig konsensus där ingen var emot en satsning på högspecialiserad vård i världsklass i sig. Dock började ett antal konfliktlinjer som rörde idén ändå framträda i takt med att den sattes på pränt i form av rapporter och presentationer.

Den första konfliktlinjen rörde den pågående sammanslagningen av KS två geografiska platser, Huddinge och Solna. Det hade varit ett komplext och krävande arbete att från sammanslagningen den 1 januari 2004 skapa *ett* universitetssjukhus (se t.ex. Choi 2011), ett arbete som inte minst hade handlat om att reda ut vilken vård, inklusive den högspecialiserade, som skulle bedrivas på vilken plats. När det nu i samband med NKS uttrycktes ambitioner om att koncentrera den högspecialiserade vården till Solna rimmade det illa med det pågående förändringsarbetet som bedrevs på KS. Visionen om ett litet, högspecialiserat sjukhus i världsklass överensstämde inte med ett universitetssjukhus uppdelat på två platser. Visionen kunde alltså förstås som att de båda sjukhusen – bara några år efter att de slagits samman – på nytt skulle delas upp.

I remissvar till NKS-förvaltningens förslag om verksamhetsinnehåll för det nya sjukhuset uttrycktes från flera håll kritik mot att Huddinges roll i det framtida universitetssjukhuset saknades. SACO/Stockholms läkarförening (2009, s. 1) ifrågasatte till och med dokumentets användbarhet som beslutsunderlag eftersom det ”kännetecknas av en påtaglig brist på beskrivning av hela Karolinska Universitetssjukhuset”, och

skrev att om sjukhuset ”åter skall delas borde detta framgå. Ett intryck ges i rapporten av två sjukhus med skilda arbetssätt och uppdrag.” Liknande kritik riktade också Kommunal Stockholms län, KI och KS dåvarande sjukhusledning mot NKS-förvaltningens förslag.

Den andra kritiken gällande NKS-projektets inriktning och planering handlade om framtida möjligheter att bedriva forskning och säkerställa förutsättningar för utbildning. En långtgående koncentration av högspecialiserad vård beskrevs som riskfylld då det ansågs äventyra möjligheter att hålla ihop och få tillgång till patientgrupper. Ett alltför snävt tänk kring ett högspecialiserat uppdrag skulle också kunna leda till att ”superduktiga doktorer”, som en intervjuperson i vår undersökning uttrycker det, kanske inte skulle kunna fylla sin arbetsdag (tjänsteperson, SLL). I skrivningar kring det högspecialiserade uppdraget fanns dock ofta formuleringar om att det även skulle vara fokus på ”forskningsintensiv” vård (t.ex. SLL 2009a, s. 7; se även Region Stockholm 2020b). Det var dock oklart vad som skulle rymmas i denna vård och hur ”högspecialiserad” och ”forskningsintensiv” skulle relatera till varandra. I den avslutande skriften – *Det ljusa sjukhuset* – som publicerades i samband med att NKS-förvaltningen lades ner 2011 beskrevs relationen som ”NKS + KI = sant”, och det gavs flera exempel på hur och med vilken nytta detta samarbete skulle ta sig uttryck och hur det skulle möjliggöras genom det nya sjukhusets utformning. Att koncentrationen av den högspecialiserade vården till NKS skulle komma att påverka utbildningen nämndes i korta ordalag (på så sätt att denna skulle komma att förändra utbildningsinnehållet vid NKS). Vidare framfördes att ”grundutbildningen vid NKS kommer att behöva modifieras och kräva ett fördjupat samarbete med övrig sjukvård och primärvård i landstinget och med berörda högskolor” (SLL 2011a, s. 64).

Det tredje temat för denna tidiga kritik var det framtida sjukhusets roll och påverkan på övriga vårdgivare i regionen. Redan vid projektets formella start presenterades det nya sjukhuset som ett ”nav” i ett nätverk (se kap. 7). Samtidigt som NKS skulle vara ett litet sjukhus och erbjuda en högst begränsad typ av vård skulle det alltså också utgöra en mittpunkt kring vilken övrig vård i regionen kretsade. Det var en roll som hade ritats som en pyramid med högspecialiserad vård högst upp och egenvård längst ner (Johannesson & Qvist 2019). En intervjuperson förklarar att metaforen med en pyramid med en typ av vård – i det här

fallet ett sjukhus – i toppen skapade problem: ”Alla vill ju befinna sig där på toppen” (tjänsteperson, SLL, se även t.ex. remissvar från Danderyds sjukhus 2009, där mer jämlikt nätverkstänkande efterfrågades).

KS (2009) slog också fast att uppdraget för NKS om att vara ett nav i ett universitetssjukhussystem inte överensstämde med det uppdrag och den inriktning som det dåvarande sjukhuset hade. I flera remissvar efterlystes en ”generalplan” som skulle reda ut uppdragen för landstingets samtliga sjukvårdsproducenter och därigenom visa hur dessa skulle samverka i ett framtida sjukvårdssystem. Vårdförbundet formulerade det som att NKS ”är en av pusselbitarna i Stockholms läns framtida hälso- och sjukvård, för att få en bild av sjukhusets del i helheten hade vi gärna haft tillgång till de övriga pusselbitarna” (Vårdförbundet 2010, s. 1). Liknande kritik uttrycktes av HSN-förvaltningen som pekade på det problematiska med att NKS-förvaltningens arbete inte hade synkroniserats med övrig planering av framtidens hälso- och sjukvård i regionen (SLL 2009e). Situationen kan förstås som en krock mellan att hålla alla dörrar öppna – för att vara flexibel inför den snabba medicintekniska och kunskapsmässiga utvecklingen – och att säkerställa att konsekvenserna av en långtgående koncentration av den högspecialiserade vården till Solna kunde hanteras av berörda vårdgivare i regionen.

Gemensamt för kritiken om Huddinge/Solna, forskning/utbildning samt NKS roll i Stockholmsregionens sjukvårdssystem var avsaknaden av preciseringar för verksamhetsinnehållet och vad som skulle inkluderas i den högspecialiserade vården. I en artikel i *Dagens Medicin* (2009) beskrev ordföranden i Stockholms läkarförening NKS-förvaltningens förslag som ett skämt: ”bygget är igång och huset ska rymma 600 slutenvårdsplatser, men hur verksamheten ska se ut finns det inga utvecklade tankar om”. Trots denna kritik fortsatte NKS-förvaltningens arbete i en visionär anda med motiveringen att idén om den högspecialiserade vården inte kunde preciseras förrän närmare inflytt. Oklarheten möjliggjorde också att eventuella konflikter sköts på framtiden och att ett ”inbördeskrig”, såsom det beskrevs i inledningen, åtminstone tillfälligt kunde undvikas.

Utifrån den narrativa beslutsmodellen, som vi presenterade i kapitel 3, kan vi förstå syftet med NKS-förvaltningen som just att hålla centrala parter på avstånd från processen – och hålla berättelsen om det nya sjukhuset nära de styrande politikerna och projektledningen. Det

är ur ett sådant perspektiv inte förvånande att NKS-förvaltningen inte ändrade inriktningen på arbetet med verksamhetsinnehållet trots den omfattande kritiken. Lite tillspetsat kan vi förstå det som att förvaltningen inte hade i uppdrag att lyssna på den typen av kritik, utan att dess uppdrag i stället var att bryta mot det etablerade – och att det i det arbetet ingick att bli kritiserad.

Karolinska Institutet: både kritiker och påhejare

En koncentration av högspecialiserad vård till det nya sjukhuset i Solna har i debatten ibland beskrivits som en motsats till vad ett universitetssjukhus förväntas innehålla och vara. Tre professorer verksamma vid KI skrev i en debattartikel redan 2005 att ”ett universitetssjukhus blir aldrig ett framgångsrikt universitetssjukhus om inte de vanliga sjukdomarna behandlas där” (Lindahl m.fl. 2005). Det är just på de vanliga folksjukdomarna (som hjärt-kärlsjukdomar, diabetes och inflammatoriska sjukdomar) som, enligt debattörerna, nästan all klinisk forskning sker. De ansåg därför att ”det är angeläget att det nya Karolinska universitetssjukhuset Solna planeras på ett sådant sätt att det där från 2010 och kommande decennier (minst 20–30 år) kan bedrivas medicinsk forskning som ska vara navet för den kliniska forskningen i norra Stockholm och placera svensk klinisk medicinsk forskning bland de internationellt ledande nationerna” (ibid.). I en annan debattartikel, ett år senare, beskrev två överläkare en koncentration av högspecialiserad vård till KS i Solna som att detta skulle skapa en ”elitklinik” men inte ett ”universitetssjukhus” (Bolinder & Lagercrantz 2006). Några år senare kritiserade en grupp professorer en flytt av forskningsintensiv vård från NKS med argumentet att detta riskerade att slå sönder forskningsmiljöer och leda till att högkvalitativ och viktig klinisk forskning flyttar utomlands (Ekbom m.fl. 2012).

Samtidigt har somliga på KI sett fördelar med en koncentration av den högspecialiserade vården till det nya sjukhuset. En koncentration ansågs ur det perspektivet gå hand i hand med att de patientgrupper som i framtiden inte rymdes på KS skulle vara tillgängliga för forskare och studenter hos andra vårdgivare (Grafström & Andersson 2019; intervju med verksam på KI). Det var också så det presenterades i dokument från NKS-förvaltningen.

I samband med NKS-förvaltningens första rapport om verksam-

hetsinnehåll för NKS ställde sig KI också i huvudsak positiv till förslaget (KI 2009), men betonade samtidigt behovet av att inkludera även Huddinge i planerna då en betydande del av den forskningsintensiva verksamheten bedrevs där. Att endast fokusera på Solna skulle vara för snävt, enligt remissyttrandet, och ”navet” behövde därför inkludera både Huddinge och Solna. KI poängterade också i yttrandet att den förändring som NKS innebar skulle komma att kräva att forskning och utbildningsverksamheter gavs tillgång till den hälso- och sjukvård som bedrivs utanför universitetssjukhuset.

Så sent som i maj 2017 gjordes en intern utredning på KI gällande konsekvenserna av det förändrade verksamhetsinnehållet vid KS i Solna (se KI 2017). I utredningen slogs fast att ”på det sätt vårdlandskapet nu förändras, förändras även förutsättningarna för att bedriva utbildning” och att detta innebär ”en mycket stor utmaning och tidskrävande process att anpassa sig till” för SLL och KI. Utredningen betonade också att särskilt läkarprogrammet påverkas i ”stor omfattning” och bland de förslag på lösningar som presenterades ingick, förutom att involvera andra vårdgivare i regionen, att utöka antalet diagnoser/sökorsaker vid KS i Solna och att tillse att antalet platser på kliniska utbildningsavdelningar och -mottagningar bibehålls i Solna. Detta skulle kunna åstadkommas genom bland annat akademiska specialistcentra som möjliggör universitetssjukvård utanför akutsjukhusen (se SLL 2018b).

KI:s representanter har både engagerat sig för en koncentration av högspecialiserad vård – men villkorat en sådan utveckling med krav på inkludering av Huddinge samt ökad tillgång och samverkan med andra vårdgivare – och samtidigt varit bland de mest tydligt kritiska rösterna till en sådan utveckling. Paradoxalt nog verkar både förespråkare och motståndare till idén om den högspecialiserade vården vara besvikna över det utfall som sedan blev. Den översättning som gjordes av idén skapade en situation där den ursprungliga visionen varken blev fullt ut omsatt i praktik eller tillräckligt justerad för att behålla tillgången till patientgrupperna på sjukhuset och bevara den tidigare strukturen för samarbete mellan KI och KS. Sammantaget har det alltmer dominerande problemet över tid blivit de eftersläpningar i utbyggnad av, och de möjligheter till samverkan med, andra vårdgivare – förutom KS – som KI är i behov av för att fullfölja sitt uppdrag inom utbildning och forskning.

HSN-förvaltningen: idén som en central pusselbit i Framtidsplanen

Kritiken mot NKS-förvaltningen skapade nya organisatoriska förutsättningar för NKS-projektet. Kritiken hade inte minst handlat om att det nya sjukhuset inte hade inplacerats i ett regionalt perspektiv och att det hade saknats en tydlig ansvarsfördelning och ett mandat att beräkna konsekvenserna av det nya sjukhuset gällande förändrade vårduppdrag för andra sjukhus. HSN-förvaltningen, som hade hamnat på avstånd från NKS-projektet genom den särorganisatoriska lösningen med NKS-förvaltningen (Andersson & Grafström 2019), gavs 2010 i uppdrag att analysera framtidens hälso- och vårdbehov i regionen – det som ovan har benämnts generalplan och som gavs namnet Framtidsplanen.

I mars 2011 presenterades en slutrapport från HSN-förvaltningens arbete (SLL 2011b), en rapport som har beskrivits som det första samlade dokumentet där SLL faktiskt anger vad man vill (Grafström & Andersson 2019, s. 29). Rapporten blev starten på ett fortsatt arbete med Framtidsplanen som skulle ske i tre steg under de kommande åren. Projektet handlade om att strukturera om hela regionens sjukvård och här skulle NKS fylla en central roll: NKS beskrevs som en hävstång för andra omfattande förändringar. Genom Framtidsplanen blev NKS och idén om den högspecialiserade vården en viktig del av en omstrukturering – med fokus på ökad nivåstrukturering – av regionens hela sjukvårdssystem. De tidigare beskrivna bilderna av en pyramid med den högspecialiserade vården högst upp blev fortsatt central i arbetet. I planeringsarbetet var det akuta patientmottagandet av stor betydelse där en anpassad akut på det nya sjukhuset placerades i toppen på ett förändrat akutvårdssystem som skulle byggas ut med utökade akutmottagningar på akutsjukhusen samt fler närakuter. Det var också ett system som innebar att vård skulle flyttas till privata vårdgivare. Oppositionen i form av Vänsterpartiet kritiserade detta och menade bland annat att ”den omstrukturering som ska göras leder till en ganska omfattande ny privatisering av hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting”, en privatisering som partiet menade skulle komma att leda till ”nya utmaningar för samarbete inom vården, delade vårdkedjor och så vidare” (SLL 2011c, s. 173).

Samtidigt som idén om högspecialiserad vård kunde användas för att rättfärdiga den långtgående otydligheten, skapade det stora problem att säkra hem just denna vård i framtiden (inte minst då de berörda parterna helt enkelt inte kunde planera för vilken kompetens eller personal

som skulle komma att krävas). Det handlade också om brist på vårdplatser då bortfallet av platser vid det nya sjukhuset inte hade täckts upp av en tillräcklig utbyggnad av andra vårdgivare. Även detta kritiserades av oppositionen, till exempel av en miljöpartist i ett anförande i SLL (2011c, s. 63) som menade att problemet med för få vårdplatser hade kunnat angripas genom att ge NKS ett bredare uppdrag: ”Jag vet inte om det just nu är läge för högstatusprojekt som uppdraget för Nya Karolinska – att bara ägna sig åt högspecialiserad vård – eller om vi måste titta på detta en gång till.”

NKS-projektet och dess arbete med vilken vård som skulle flytta in i det nya sjukhuset blev på så sätt också en del av HSN-förvaltningens arbete. Initierandet av Framtidsplanen kan förstås som att makten över berättelsen om den högspecialiserade vården ”späddes ut”. Fler aktörer både gavs och tog sig rollen som översättare av den visionära och oklara idén. Från HSN-förvaltningens perspektiv blev den högspecialiserade vården en central bit i det framtida sjukvårdspusslet i regionen.

Karolinska: idén möter praktiken

Kritiken mot NKS-förvaltningen, inte minst den ”visionära oklarheten” i arbetet med verksamhetsinnehållet, bestod och i juni 2011 beslutades att lägga ner förvaltningen och bland annat flytta ansvaret för verksamhetsinnehållet till KS (Andersson & Grafström 2019; Grafström & Andersson 2019). Från januari 2012 fick KS formellt ansvaret för planeringen av vilket vårdinnehåll som skulle flytta in i och ut från sjukhuset i samband med driftsättningen av den nya byggnaden. Den nya ansvarsfördelningen har beskrivits som en brytpunkt för projektet, och enligt professorn i företagsekonomi Jan Öhrming (2017, s. 33) backade nu politiken från målet om ett dominant sjukhusnav och deklarerade i stället att all högspecialiserad vård inte skulle koncentreras till Solna.

I och med att KS övertog ansvaret för planering och driftsättning av det nya sjukhuset förändrades översättningen av idén om den högspecialiserade vården. Sjukvårdens faktiska behov (inklusive utbildning och forskning) här och nu betonades mer, vilket innebar att en alltför hård koncentration av den högspecialiserade vården inte ansågs vare sig önskvärd eller lämplig. Den dåvarande sjukhusledningen vid KS hade varit en av de starkaste kritiska rösterna under NKS-förvaltningens tid. Redan i februari 2011 (några få månader innan beslut fattades om att

lägga ner förvaltningen och flytta över ansvaret till KS) skrev dåvarande sjukhusledningen i en skrivelse till NKS-förvaltningen om de stora risker den såg med en alltför långtgående koncentration till Solna:

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

I en tidningsintervju förklarade också den dåvarande sjukhusdirektören att det inte var aktuellt att flytta på högspecialiserad verksamhet som var väl fungerande i länet (Thornblad 2012, i *Sjukhusläkaren*). Ett återkommande exempel är transplantation, ett högspecialiserat vårdområde som nu bestämdes skulle ha fortsatt placering i Huddinge (Andersson & Grafström 2020; Öhrming 2017).

Inom ramen för KS programkontors arbete med verksamhetsinnehållet växte det framtida sjukhuset både fysiskt (i antal vårdplatser) och verksamhetsmässigt. I ett tjänsteutlåtande som var resultatet av KS arbete – och som hade formulerats i samråd med SLL:s programkontor samt KI – betonade landstingsförvaltningen fortsatt den högspecialiserade vården, men nu med skrivningar där även Huddinge inkluderades (SLL 2013a). I den efterföljande debatten i landstingsfullmäktige kritiserades fortsatt otydligheter i preciseringar av vårdinnehållet, men nu bland annat med konsekvensen att dröjsmålen ansågs ha lett till att det inte längre var möjligt att koncentrera högspecialiserad vård enligt den ursprungliga visionen. Landstingsrådet Helene Hellmark Knutsson (S) påpekade att det breddade uppdraget för NKS hade lett till att ”i stället för att åstadkomma en omstrukturering har det blivit ett skifte av olika sorters specialistvård mellan de olika sjukhusen” (SLL 2013b). I samma debatt svarade landstingsrådet Stig Nyman (KD), en av de centrala politikerna bakom NKS som formulerade och företrädde den politiska visionen om det framtida sjukhuset, att det inte alls hade varit avsikten att koncentrera all högspecialiserad vård till Solna.

Omorganiseringen av ansvaret skapade alltså på nytt förändrade för-

utsättningar för översättningen av idén om den högspecialiserade vården. I och med KS övertagande av projektet kom nu idén längre från den ursprungliga politiska visionen och närmare praktiken (vårdgolvet, de yrkesverksamma på KS). KS övertagande av verksamhetsinnehållet innebar att idén om den högspecialiserade vården åtminstone delvis inorganiserades i den etablerade verksamheten. Under åren 2012 och 2013 framstod nu ambitionen om att koncentrera all högspecialiserad vård till det nya sjukhuset som mindre attraktiv. Inte ens de politiker som tidigare hade varit dess främsta anhängare gav längre idén sitt uttalade stöd.

I projektets slutfas: en idé med kompromisser

I slutfasen av projektet, även efter inflyttning i det nya sjukhuset, var debatten och kampen om den högspecialiserade vården fortfarande i allra högsta grad levande (t.ex. det läkarupprop som vi nämnde inledningsvis). Planeringen av den anpassade akuten på NKS är ett illustrativt exempel på hur konflikter tog sig uttryck och visar på de olikheter som fanns långt in i processen mellan sjukhuset och SLL:s programkontor. I KS arbete skulle idén om den högspecialiserade vården omsättas till en fungerande vårdapparat för universitetssjukhuset, medan landstingsförvaltningens arbete med Framtidsplanen handlade om att omstrukturera vården i hela Stockholms län. Framtidsplanen bar ambitioner om att nivåstrukturera vården (där just det nya universitetssjukhuset i Solna var en viktig pusselbit och skulle motsvara den högsta vårdnivån), något som reflekterades i en omställning av det akuta omhändertagandet i länet. Att koncentrera den högspecialiserade vården till Solna skulle göra nivåstruktureringen tydlig och var en del av arbetet med att renodla de olika vårdgivarnas uppdrag.

Trots att KS, tillsammans med KI, uttryckte kritik mot beräkningar av besöksvolymer till den anpassade akuten och fortsatt poängterade problem med en alltför hård koncentration av den högspecialiserade vården till Solna, tryckte HSN-förvaltningen nu återigen på behovet och genomförandet av en sådan koncentration (SLL 2017a). I planeringen beskrevs KS Huddinges roll nu som ett mer renodlat akutsjukhus (t.ex. SLL 2014b; SLL 2015). År 2017 formulerades KS Solna och KS Huddinge som två olika uppdrag och det faktum att Solna skulle tillhöra nivån högspecialiserad vård krävde en omprofilering av Huddinges

verksamhet (SLL 2017a). Nu gavs den anpassade akuten i Solna namnet Intensivakut och betonades som en del av regionens satsning på att säkerställa ”rätt kompetens på rätt plats och vid rätt tid” (SLL 2017a, s. 34, bilaga 2).

Intensivakuten togs i bruk den 1 maj 2018. En vecka efter starten rapporterade SLL att öppnandet ”har gått över förväntan” (SLL 2018c), men kritiken lät inte vänta på sig. I det läkarupprop som refererats är just Intensivakuten central. Under våren 2019 ställde också KS, i en hemställan till hälso- och sjukvårdsdirektören, krav på att få öka volymen av besök till Intensivakuten – en hemställan som accepterades (Region Stockholm 2019a). I svaret från hälso- och sjukvårdsdirektören uppgavs bland annat att antalet besök kunde utökas genom att fortsätta justera och förtydliga definitionen av en ”Karolinska Solna-aktuell patient”.

Ytterligare ett exempel på att idén om den högspecialiserade vården har modifierats och att ambitionerna om att koncentrera sådan vård till Solna har nedprioriterats är barnsjukvården. Även denna skulle renodlas med högspecialiserad vård till Solna, men i en utredning från september 2019 slogs det fast att detta inte var en fungerande lösning (Region Stockholm 2019b). Patientunderlaget bedömdes bli för litet. Beslut fattades därför om att barnsjukvården vid NKS inte skulle renodlas till att enbart omfatta högspecialiserad vård, enligt den uppsatta målbilden, utan att den även fortsättningsvis skulle tillhandahålla både specialiserad och högspecialiserad vård.

När vi nu kan se hela processen, från idén som vision till dess omsättande i praktisk verksamhet, ser vi att resultatet är mångfasetterat. Idén har ömsom getts avgörande betydelse, ömsom tonats ner. Situationen påminner oss om vikten av både aktörskap och organisatoriskt sammanhang för idéers överlevnad och för hur de översätts i en verksamhet. Vår analys pekar mot att det främst har funnits ett politiskt drivet intresse för att koncentrera den högspecialiserade vården till det nya sjukhuset – ett intresse som över tid har engagerat och stötts av företrädare för de medicinska professionerna, inte minst under NKS-förvaltningens tid. Ambitionen ska ses som ett försök att omstrukturera hela regionens vårdsystem där en ökad renodling av de olika vårdgivarnas verksamhet var en del av tanken om nivåstrukturering och att skapa nätverkssjukvård. Sjukhusledningar, enskilda läkare och andra professionsföreträdare

har ibland varit uttalat kritiska då de har pekat på ett antal risker som kommer med en sådan koncentration. Vi återkommer till professionens, eller professionernas, agerande i kapitel 12.

AVSLUTANDE DISKUSSION

Idén om den högspecialiserade vården kom att symbolisera det nya sjukhuset och det prestigefyllda projektet NKS. Enligt den ursprungliga berättelsen skulle NKS vara ”kronan på verket” i det framtida sjukvårdssystemet (Johannesson & Qvist 2019) och det var därför svårt, men inte heller önskvärt, för styrande politiker att helt släppa idén. Att göra det nya sjukhuset till ett ”vanligt” universitetssjukhus, med även rutinsjukvård, skulle kunna beskrivas som ett misslyckande inte bara för projektet utan kanske framför allt för omställningen av regionens hela sjukvårdssystem. Det skulle signalera mer av ”transfer” än ”transform” – och troligen uppfattas som att det etablerade KS hade fått sin vilja igenom, att det nya sjukhuset var mer av ett nytt hus och mindre av en förändringsmotor för en omstrukturering av hela regionens sjukvårdssystem. Idén om den högspecialiserade vården i NKS-projektet hade alltså bäring på en större förändringsprocess än det nya sjukhuset, därför blev den så viktig och så känslig.

Det är också särskilt viktigt att notera att de politiker, läkare och andra intressenter som har uttalat sitt stöd för och som drivit arbetet med en koncentration av den högspecialiserade vården till Solna samtidigt ofta har betonat att detta är en förändring som är villkorad av just en utbyggnad och förändring av *hela* sjukvårdssystemet. Eftersom denna förändring av sjukvårdssystemet inte har genomförts fullt ut i den takt som planerades och utlovades ligger troligen delar av kritiken mot och försvagningen av idén just i det faktum att detta inte har skett. Det paradoxala är dock att när idén var stark – och preciseringar av vårdinnehållet vid NKS sköts på framtiden och tilläts vara oklara långt in i projektarbetet – bidrog idén i sig till att skapa glapp i planeringen av hur övriga vårdgivare i regionen skulle påverkas av NKS. Arbetet med en generalplan kom igång sent och organiserades senare som en parallell förändringsprocess. När idén sedan försvagades var det alltså inte minst på grund av att just detta omstruktureringsarbete inte hade genomförts,

och att vårdgivare i regionen inte kunde möta upp den förändrade roll som det nya universitetssjukhuset innebar. Idén kan därigenom sägas ha haft en inneboende spänning som har försvårat dess genomförande.

9. Idén om offentlig-privat samverkan

Carl Yngfalk & Staffan Furusten

INLEDNING

Vid tiden för de inledande diskussionerna om ett nytt universitetssjukhus i början av 2000-talet fanns det ett starkt intresse inom den moderatledda koalitionen för privata alternativ inom vården. Inte minst välkomnade dåvarande finanslandstingsrådet Ralph Lédel (M) alla kopplingar till näringslivet (Johannesson & Qvist 2019), där kommersiella aktörer ansågs kunna bidra med kostnadseffektivitet och innovation på ett sätt som de offentliga inte kunde. Kommersiella intressen kom också att organiseras in i Nya Karolinska Solna (NKS) på en rad olika sätt under projektets gång, exempelvis genom skapandet av en ny verksamhetsmodell (med tydliga inslag av värdebaserad vård), ett omfattande anlitande av externa konsulter, en systematisk rekrytering av personer från näringslivet till styrelseposter samt en ”bolagslik styrning” generellt av Karolinska universitetssjukhuset (KS) (Andersson & Grafström 2020).

Det kanske tydligaste uttrycket för det privata näringslivets starka involvering i NKS-projektet är dock den upphandlings- och finansieringsmodell som användes för sjukhusbygget. I grunden fanns här idén om den så kallade beställar–utförarmodellen. Innebörden i denna modell är att det offentliga ska utnyttja marknaden genom att beställa varor och tjänster av privata utförare. Genom konkurrens antas dessa privata utförare bli bättre än offentliga aktörer på att vara nyskapande och innovativa. Därigenom kan offentlig verksamhet effektiviseras och medborgarna ”få mer för pengarna”.

I början av 2000-talet var beställar–utförarmodellen inte alls ny, utan den hade använts flitigt i offentlig verksamhet sedan slutet av 1980-talet (Brorström & Solli 2017; se kap. 2). Det finns dock en rad olika typer av denna modell. Den som har dominerat i offentlig sektor är så kallad utförandeentreprenad, där det offentliga ansvarar för en mer eller min-

dre detaljerad projektering liksom för finansieringen. NKS kom dock att byggas med en annan typ av modell, en så kallad offentlig-privat samverkan (OPS). Detta är ett slags fullgången ”totalentreprenad”, där den privata utföraren ersätter den offentliga aktörens roll inte bara som utförare utan också som projekterare, finansiär och förvaltare (för en viss bestämd tid) av en offentlig verksamhet. Den offentliga beställaren ska endast ställa krav på en viss funktion.

Den borgerliga Alliansen, med Lédel i spetsen, pläderade under åren fram till 2002 för en OPS-lösning i NKS-projektet. Denna idé avslogs dock av de båda centrala landstingsutredningarna, SNUS (SLL 2002) och 3S (SLL 2004), som pekade på stora risker och problem med OPS, inte minst för att modellen var oprövad i Sverige och för att det saknades kunskap och kompetens inom förvaltningen att kunna agera effektivt som beställare och kravställare. Utredningarna förordade i stället en traditionell samverkansupphandling för NKS. Trots detta lanserade Alliansen OPS som en lösning igen direkt efter att den hade vunnit landstingsvalet 2006. Under 2006–2010 arbetade sedan Alliansstyret hårt för att vända den landstingsinterna kritiken mot OPS, som fanns bland såväl oppositionspartier som centrala förvaltningar. Läget var prekärt, och det förbättrades inte av den världsomspännande finanskris som inträffade 2008.

I juni 2010 lyckades dock Alliansstyret få igenom ett (eller i realiteten två) beslut i landstingsfullmäktige om att bygga NKS genom en OPS – och utan att oppositionen röstade emot (se kap. 10). Från att i början av 2006 ha varit mer eller mindre uträknad gick således OPS-idén till att endast några år senare ligga till grund för detta megaprojekt via ett avtal med projektbolaget SHP (Swedish Hospital Partners, ägt av Skanska och brittiska investmentbolaget Innisfree) om att projektera, finansiera, bygga och förvalta NKS fram till 2040. Hur gick det till?

I detta kapitel visar vi hur den styrande Alliansen under åren 2006–2010 lyckades rättfärdiga OPS-modellen som en lösning för NKS. Vi gör det genom att diskutera och problematisera tre moment i NKS-projektet. I det första visar vi hur OPS, trots tidigare utredningars rekommendationer, åter gavs prioritet inom landstinget med start i ett särskilt uttalande från landstingsstyrelsen, endast två dagar efter att Alliansen hade tagit över styret i september 2006. I det andra momentet visar vi hur det skapades en ”marknadsinriktad” organisation för NKS-projek-

tet med en mer ”exekutiv” förvaltning med en separat ekonomienhet, men även hur denna organisation genomförde särskilda marknadsföringsinsatser för att rättfärdiga en OPS-lösning. I det tredje momentet diskuterar vi hur OPS rättfärdigades genom särskilda insatser för att få upphandlingen att framstå som konkurrensutsatt, trots att det bara fanns ett anbud, vilket i sig väcker frågan om inte avtalet kunde och kanske skulle ha ogiltigförklarats i ett inledande skede.

Nedan presenterar vi OPS som upphandlingsmodell och visar hur den skiljer sig från mer traditionella upphandlingsmodeller. I avsnittet efter analyserar vi olika beslut och handlingar som syftade till att rättfärdiga OPS under 2006–2010. Därnäst summerar vi våra iakttagelser och lyfter fram de centrala aktörerna i de undersökta processerna, vilka strategier de använde sig av för att rättfärdiga OPS och vilka olika organisatoriska arrangemang som vi menar möjliggjorde deras ageranden.

OPS – EN UPPHANDLINGSFORM MED UTGÅNGSPUNKT I MARKNADEN

OPS är en upphandlings- och finansieringsform som ursprungligen introducerades i Storbritannien inom ramen för det som i litteraturen benämns *public private partnership*, eller PPP (Bexell & Mörth 2010; Hellowell & Pollock 2009). OPS bygger på beställar–utförarmodellen, vars innebörd är att det offentliga ska utnyttja marknaden genom att beställa varor och tjänster av privata utförare. Beställar–utförarmodellen i dess skarpa utformning lanserades och började tillämpas i svenska kommuner och landsting i slutet av 1980-talet. Införandet av modellen följde logiskt på en uppkommen och utpräglad decentraliseringsfilosofi och på den problematik som införandet av resultatenheter och målstyrning av offentlig verksamhet innebar (Brorström & Solli 2017).

Kortfattat innebär den variant av beställar–utförarmodellen som OPS är att den privata sektorn helt eller delvis planerar, genomför samt utformar finansieringen av offentliga projekt. Den offentliga aktören ska inta rollen som beställare av en ”tjänst” från en privat aktör, ofta ett konsortium av företag som representerar olika verksamhetsområden, och där de tillsammans bildar ett projektbolag som under konkurrens ansvarar för detaljprojektering, utförande samt underhåll och drift under projektets hela livscykel, eller åtminstone under en lång tid.

Det som skiljer OPS från andra former av totalentreprenad är framför allt den ekonomiska riskfördelningen, eftersom den privata parten förväntas ansvara för finansieringen av projektet, genom antingen kapitalanskaffning eller upptagande av egna lån. Den privata finansieringen gör också att det som entreprenören tillhandahåller ska klassificeras som en ”tjänst”, nämligen den att projektleda, bygga, underhålla och tillhandahålla ett specificerat projekt under en överenskommen tid (jfr Nilsson & Pydokke 2007, s. 2–4). Betalningen för tjänsten sker sedan årligen som en avgift, eller ett ”vederlag”, där driftskostnader, räntor och avbetalningen bakas ihop till en fast och förutbestämd summa. Villkoren för tjänsten förväntas vara formulerade i OPS-avtalet, vilket innebär att den offentliga beställaren fortlöpande under projektets gång kan avbryta kontraktet om villkoren inte uppfylls. Dessutom brukar OPS-avtalen innehålla klausuler som reglerar att det årliga vederlaget betalas först när vissa delar av projektet är färdigställda.

Kombinationen av byggande, drift och finansiering i privat regi kännetecknar således OPS. Ett centralt syfte med OPS är att effektivitetsvinster ska uppnås genom att den privata sektorns kommersiella kompetens utnyttjas, eller som Statskontoret uttrycker det i en rapport från 1998: ”En avgörande skillnad mellan traditionella projekt och [OPS-]projekt är att det senare ger den privata sektorn bättre incitament att utföra ett bra arbete” (Statskontoret 1998, s. 11). Ett huvudargument för OPS-modellen är således föreställningen att det finns stora behov av att konkurrensutsätta offentliga investeringar på marknaden. Denna föreställning bygger på ett grundantagande att konkurrens skapar innovation och leder till effektivitet – ju fler konkurrenter, desto bättre.

I Sverige har den här formen för att finansiera och upphandla offentliga projekt diskuterats sedan 1990-talet. Däremot har endast två konkreta OPS-projekt genomförts: den statliga Arlandabanan och sedermera NKS, vilka dock utgör två separata projekt som är svåra att jämföra i omfång och komplexitet. Det föreligger dessutom god grund för att ifrågasätta huruvida Arlandabanan överhuvudtaget kan betraktas som en OPS-lösning om man sammanväger olika faktorer och den risk som fördes över till privata aktörer.[26] I den bemärkelsen kan man

26. I fallet med Arlandabanan svarade staten för en betydande del av kostnaderna för projektet: ett ekonomiskt bidrag om ca 1,4 miljarder till byggandet

säga att det helt saknades svensk erfarenhet av OPS före NKS. I andra länder har däremot metoden tillämpats i betydligt större omfattning. Enligt uppgifter som lämnades av den brittiska regeringen 2013 hade ett hundratal OPS-projektet genomförts i Storbritannien, varav 19 för att inrätta sjukhus (UK Government 2013).

OPS kan ställas mot ”utförandeentreprenad”, som brukar benämnas som traditionell upphandling. I en sådan ansvarar den offentliga beställaren för såväl detaljprojektering som finansiering. Beställaren handlar i dessa fall upp en eller flera entreprenörer för själva utförandet och därefter, vid behov, även för underhåll och drift. Projekten finansieras av antingen offentliga anslag eller lån. Utförandeentreprenad och OPS beskrivs ibland som två motsatta entreprenadformer på en glidande skala (Nilsson & Pydokke 2007). Det betyder också att många upphandlingar i praktiken har drag av bägge dessa entreprenadformer. Det finns exempelvis projekt där den offentliga aktören ansvarar för detaljprojektering och finansiering, medan den privata partnern står för utförande liksom för underhåll och drift under lång tid. Att ett offentligt projekt som till exempel NKS genomförs med privat finansiering är således avgörande för att kategorisera en offentlig entreprenad som ett OPS-projekt.

RÄTTFÄRDIGANDET AV OPS

Nedan presenterar vi de tre momenten genom vilka den styrande Alliansen 2006–2010 rättfärdigade OPS-modellen. De tre momenten bidrog sammantaget till att retoriskt förpacka och presentera OPS-modellen som en lösning som passade för just NKS-projektet.

”Ny” lösning på ”gamla” problem: OPS aktualiseras på nytt 2006–2007

Redan under hösten 2006 initierade Alliansstyret en förändringsprocess inom landstinget med fokus på att rättfärdiga OPS som en sorts modern ”lösning” på problem med effektivitet i offentlig förvaltning, vilket ansågs prägla konventionella arbetssätt. Denna förändringsprocess bygg-

av den s.k. Norra böjen (mellan Arlanda och Odensala), därtill kostnaden för att ansluta Arlandabanan till stambanan plus ett statligt villkorslån till den privata parten om 1 miljard kronor. Dessutom bekostade staten utbyggnad av järnvägen med två nya spår för 1,9 miljarder (RiR 2016).

de på att allmänt bereda utrymme för privata aktörer i NKS-projektet och drevs av dåvarande NKS-kansliet. Detta skedde framför allt genom att kansliet beställde två konsultutredningar som bägge förespråkade, och till och med skapade en idealiserad bild av, OPS som en innovativ form av lösning för NKS. Även om dessa utredningar formellt skulle utvärdera OPS som en *alternativ* lösning gjordes det aldrig någon regelrätt jämförelse där den traditionella modellen, samverkansentreprenad, grundligt analyserades och utvärderades i förhållande till OPS (se även kap. 12).

I dessa två utredningar, från 2007 respektive 2008, av två av de större internationella managementkonsultbolagen verksamma i Sverige, framställdes landstingets förvaltningsorganisation i dess dåvarande form som oförenlig med OPS. Samverkansentreprenad framställdes generellt som en modell som missar marknadens potential att skapa effektivitet och innovation i NKS-projektet. Fokus i utredningarna låg på att fortsätta skapa institutionella förutsättningar för OPS inom landstinget genom att på olika sätt hänvisa till och lyfta in marknaden och kommersiell logik som kraftkälla i projektet. Detta skulle inte minst ske genom att förändra styrningen av projektet. Det gällde att nedprioritera teknisk sakkunskap och ansvar för byggnation och drift till förmån för kunskap om marknader, avtal och kravspecifikationer.

Utredningarnas analyser och slutsatser, vilka under perioden återkommande kom att framhävas av ansvariga förvaltningar (NKS-kansliet och därefter NKS-förvaltningen), utgjorde det huvudsakliga underlaget för beslutet i juni 2008 att genomföra NKS utefter en OPS. Utredningarna låg därmed i linje med de politiska signaler som tjänstepersoner verksamma i NKS-kansliet hade uppfattat alltsedan hösten 2006, trots att NKS-kansliets ledning formellt endast hade tilldelats uppgiften att utreda OPS som en alternativ lösning. En av de involverade tjänstepersonerna berättar att det var en utmaning att helt acceptera utredningarnas slutsatser eftersom det fortfarande fanns stora frågetecken kring OPS-modellen och att OPS för NKS inte minst skulle innebära att man frånsade sig mycket ansvar och styrning av projektet:

> Helt plötsligt så ville man, från att vi skulle styra ganska många saker i en upphandling så ville man vända det så att vi inte skulle ta ansvar för saker. Utan det här ansvaret skulle i stället ligga på

> projektbolaget och att man skulle ge dem väldigt mycket möjligheter för innovation (tjänsteperson, NKS-kansliet).

Citatet illustrerar dessutom hur organisationskulturen inom förvaltningen inte var särskilt tillåtande för kritik av OPS. Snarare hölls ifrågasättanden från tjänstepersoner nere genom den strikta hierarki som rådde i organisationen. Detta manifesterades inte minst av ledarskapet hos den externt rekryterade förvaltningschefen (tidigare programdirektören). En tjänsteperson på NKS-förvaltningen, som arbetade både före och efter OPS-beslutet i juni 2008, beskriver hur hen sällan fick gehör för sina riskbedömningar gällande OPS:

> Att det fanns kulturskillnader, och det har faktiskt [förvaltningschefen] och jag pratat ett antal gånger om när vi från min tekniska sida kom med olika alternativ. Vi ville ha analys, vi ville liksom belysa konsekvenser av de beslut och till slut sa han till mig: ”[…] jag är hjärnkirurg i botten, jag har inte tid med sådant här, vi har helt andra beslutsgångar, jag har två sekunder och antingen dör patienten eller inte, så kom inte hit med [dina] analyser” (tjänsteperson, NKS-förvaltningen).

På liknande sätt uttrycker en annan tjänsteperson hur hen själv liksom många av kollegorna och särskilt de som var handplockade i början av sina karriärer upplevde att det var en skjuts i karriären att vara en del av NKS-projektet. Detta främjade en organisationskultur med lite utrymme för motstånd eller ”analys”, som en av respondenterna ovan uttryckte det vidare:

> Jag tror att det var ju så att [OPS-chefen] hade ju sin synpunkt kring det här och de tyckte att… nu vet jag inte om det var han som tog beslut om det eller om det kom från en annan del av landstinget eller politiker eller så, med att man skulle driva vidare den här OPS-grejen, oavsett vad vi andra i förvaltningen tyckte. Så att det var ju en sådan grej som vi [andra kollegor] pratade mycket om […] Det var nog flera som ifrågasatte och tyckte att vi ser att det finns de här riskerna och det här känns inte bra, hur löser vi, och så där. Vilket vi egentligen inte fick så mycket gehör

> för i de fallen. Det är lite märkligt hela beslutsgången kring just det där, tänker jag (tjänsteperson, NKS-förvaltningen).

Med denna organisationskultur i botten konstaterade de nya utredningarna att flera svenska och internationella aktörer i och för sig hade uttryckt intresse för en OPS-upphandling av det nya sjukhuset, men att tillfrågade entreprenörer hade angett att det var av avgörande betydelse för om man skulle inkomma med anbud att OPS-modellen fick ”en bred politisk acceptans i Sverige” (SLL 2008a, s. 23). Att det fanns stöd för OPS i staten såväl som i andra landsting och kommuner ansågs vara centralt för att företagen skulle kunna räkna med fler OPS-projekt på den svenska marknaden (ibid.). Denna av konsulterna kallade sondering av marknaden framhävdes som en viktig del i att skapa förutsättningar för OPS i NKS-projektet genom att man formellt tydliggjorde för potentiella anbudsgivare att det dels fanns politisk acceptans, dels fanns en framtida marknad för fler OPS-projekt i Sverige.

Marknadsanpassning och statushöjande åtgärder för förvaltningen

I maj 2008 övergick NKS-kansliet i NKS-förvaltningen med en egen, separat ekonomienhet i landstingsförvaltningen. Till att leda enheten, och därmed det fortsatta OPS-arbetet, handplockades en ekonom med flerårig bakgrund inom landstinget men framför allt från privat sektor och finansvärlden. Beslutet att skapa en särskild förvaltning för NKS-projektet föregicks och motiverades med överväganden som hade gjorts redan under hösten 2007 då man bland annat hade utvärderat organisationsformen aktiebolag som en speciallösning för att skapa handlingskraft i OPS-projektet. I ett tjänsteutlåtande från den 22 november 2007 finns att läsa:

> Den organisationslösning som hittills tillämpats för NKS-projektet har fungerat väl men bedöms inte vara den mest ändamålsenliga när projektet – efter fullmäktiges behandling – går in i en ny och genomförandeinriktad fas. Med tanke på projektets stora komplexitet och långvarighet ökar då kraven på att det finns en tydlig organisation med väl definierade ansvars- och befogenhetsgränser som har det samlade ansvaret för det fortsatta ar-

> betet. Förvaltningen har övervägt flera olika organisationslösningar, bl.a. inrättande av ett särskilt aktiebolag, men stannat för att föreslå att en särskild nämnd, NKS-nämnden, med egen förvaltning, inrättas fr.o.m. den 1 mars 2008 (SLL 2007b, s. 41).

Dessa överväganden om vilken typ av organisation som framöver bäst kunde driva och hantera NKS-projektet menar vi låg till grund för hur rättfärdigandet av OPS-lösningen fortskred. Vid denna tidpunkt hade Alliansstyret dessutom rekryterat en ny landstingsdirektör, som instämde i att en tydlig ansvarsfördelning krävde en separation av NKS-projektet från Locum och en förflyttning av beslutsberedningen närmare politiken för att på så sätt skapa större handlingsfrihet gentemot övriga landstingsförvaltningen. Som en högt uppsatt tjänsteperson som verkade på NKS-förvaltningen uttrycker det: ”Svagheten eller problemet för NKS-förvaltningen [före maj 2008], det var ju just att den låg under landstingsstyrelsens förvaltning.” Från de styrande politikernas sida fanns det ett behov av en separat förvaltning för NKS-projektet, eller som en vid tidpunkten aktiv landstingspolitiker beskriver det:

> Ja, det kändes lite som att det blev naturligt, eftersom det var ett stort uppdrag och, nej egentligen kommer jag inte ihåg att det var någon särskild utredning runt ska man göra en förvaltning eller inte förvaltning, utan det var ganska självklart. Om man ska vara ärlig så hade man inte riktigt det förtroendet för Locum att göra en sådan här stor byggnation, eller ett så här stort projekt som det här handlar om, utan man vill från landstingsstyrelsens sida, vad jag förstår, hålla i det här själv. Man ansåg att det där var ett så strategiskt viktigt uppdrag så det kunde man liksom inte riktigt […] det skulle ligga mycket närmare politiken… (landstingspolitiker).

Inte minst kan beslutet att skapa en separat förvaltning för hanteringen av NKS-projektet ses som en statusförhöjande åtgärd för att ge projektorganisationen ett högre anseende inom landstinget och därmed makt att driva frågan om OPS i den riktning man ville (se även kap. 10). En tjänsteperson med lång erfarenhet av att hantera ekonomiska frågor inom landstinget och som arbetade där under perioden i fråga menar att

NKS-förvaltningens image vid denna tidpunkt bland annat bottnade i att dess arbete var oerhört prioriterat och att organisationen mer eller mindre ansågs ha en ”obegränsad budget” för sitt arbete, trots att så inte var fallet i realiteten.

Vidare kom arbetet med OPS att medföra en mer marknadsföringsinriktad arbetsprocess inom NKS-förvaltningen med förebild från det privata näringslivet. Här låg fokus på att stärka NKS-projektet och landstingets image på den internationella marknaden genom marknadsföringsmässiga principer och metoder. Fyra månader efter att landstingsfullmäktige hade gett klartecken till OPS, den 3 oktober 2008, lanserades exempelvis prekvalificeringsfasen, där privata aktörer skulle utvärderas, ”prekvalificeras”, till att lämna anbud. Inbjudan till det som till och med kallades ”Market day”, och som ägde rum på Arlanda Conference Center, hade utannonserats brett i nordisk och internationell affärspress, och här informerades byggföretag och intressenter för första gången om detaljer i OPS-upphandlingen. Det var festligt och osade pengar och möjligheter, vilket videoinspelningar från dagen tydligt visar. Enligt den formella rapporteringen lockade mötet omkring 250 personer från cirka 100 organisationer och det sågs som mycket framgångsrikt, att döma av de intervjuer med beslutsfattare i landstinget som medverkade i en filminspelning från mötet som senare fanns tillgänglig på NKS-projektets hemsida. Den sammantagna bedömningen av dessa intervjuer var att intresset för att delta i OPS-förhandlingen var omfattande. Schemat för Arlandamötet var späckat. Utöver att upplysa om detaljer i OPS-upphandlingen presenterades sjukvårdsvisionen i Stockholms län innan man gjorde en snabbvisit på området i Solna där det nya universitetssjukhuset skulle byggas. En punkt på dagordningen var ”NKS som en affärsmöjlighet”, där NKS-förvaltningen presenterade tre huvudsakliga motiv för en OPS-upphandling: kostnadssäkerhet, tidsvinster och mer värde över livscykeln vad gäller design och teknisk innovation.

När prekvalificeringen formellt var påbörjad bedrevs marknadsföring av projektet på bred front genom att projektledare och chefer på NKS-förvaltningen gjorde ett antal utlandsresor, till bland annat London, Madrid och Berlin, för att besöka nybyggda projekt och företagskonglomerat som uttryckt intresse för NKS. Här kom den marknadsanpassade organiseringen av projektet till uttryck framför allt i arbetet

med att stärka projektets attraktionskraft på den internationella marknaden via vad som kan beskrivas som olika säljresor, där fokus låg på att sälja in NKS-projektet till så många potentiella samverkansaktörer som möjligt. I processen behövde landstinget, enligt utredningarna, dessutom göra fundamentala avvägningar för att förmå ”tillräckligt många intresserade anbudsgivare att utarbeta fullständiga anbud och samtidigt säkerställa att antalet anbud möjliggör konkurrens mellan anbudsgivarna” (PwC 2007, s. 47).

Påstådd konkurrens trots endast ett anbud:
OPS till vilket pris som helst?

När prekvalificeringen till att delta i OPS-upphandlingen stängde den 15 december 2008 hade landstinget alltså erhållit endast en ansökan, från byggföretaget Skanska. Detta trots alla förväntningar inom NKS-förvaltningen som i sin kommunikation under våren 2008 med framför allt NCC hade fått starka indikationer på att de skulle inkomma med ett anbud. Konkurrenten Peab hade dock meddelat NKS-förvaltningen att man inte tänkte delta i upphandlingen. Företaget hade kontaktat en rad europeiska byggföretag, men inget hade varit berett att bära risken för projektet. Vidare stod det i Peabs brev att ”om endast ett fåtal byggföretag är intresserade av att pre-kvalificera sig finns en uppenbar risk att Ni inte kommer att kunna uppnå en låg kostnad”. Peab föreslog att projektet skulle delas upp i mindre delar, vilket bedömdes ”få avsevärt fler intressenter och därigenom en helt annan konkurrens än vad vi, mot bakgrund av våra ovan redovisade erfarenheter, bedömer att Ni kommer att få med nuvarande upplägg” (SLL 2008b, s. 2).

I arbetet med prekvalificeringen fanns därmed även en strategi för att hävda eller påstå konkurrensutsättning. Sekretess i upphandlingar och ”hot” om konkurrenter som i själva verket inte existerar, alternativt att det konkurrensutsatta kontraktet i framtiden kan komma att omförhandlas och på nytt utsättas för konkurrens, är exempel på hur förespråkarna för OPS hävdade att konkurrens förelåg i NKS-projektet trots att det rent faktiskt bara fanns en anbudsgivare. I de nya konsultutredningar som genomfördes under perioden konstaterades dessutom att användandet av OPS med stor sannolikhet skulle leda till en långt bättre konkurrenssituation till följd av större internationellt intresse. I sammanhanget hänvisades till flera utländska sjukhusbyggen där OPS

hade använts, vilka framhölls som föredömen för NKS. Trots den erfarenhet som fanns inom landstinget genom egna utredningar, där våra studier visar att ingen av representanterna för de brittiska sjukhusprojekt som byggde på en OPS-modell och som besöktes i detta utredningsarbete hade kunnat rekommendera en OPS-lösning för NKS, så framställdes OPS som ett överlägset alternativ till den konventionella projektmodellen för att skapa konkurrens.

Men hur det nu än var gällande det faktum att endast ett anbud hade inkommit föreslog NKS-förvaltningen i sitt tjänsteutlåtande om prekvalificering i januari 2009 (SLL 2009d) att FoUU-utskottet skulle besluta att gå vidare med OPS-upphandlingen. NKS-förvaltningen uppgav: ”Med beaktande av den rådande finansiella situationen i samhället, storleken av byggnationen, det begränsade antalet stora byggbolag och andra omständigheter, kan en anbudssökande anses vara i linje med förväntningarna” (ibid., s. 3). NKS-förvaltningen konstaterade här också, om än regelmässigt tvivelaktigt, eftersom anbudstiden närmade sig sitt slut, att en anbudsgivare är förenligt med lagen om offentlig upphandling. Utlåtandet framhöll dock att en utvärdering av huruvida anbudet är ”konkurrenskraftigt” endast kunde göras efter att anbudstiden hade löpt ut i månadsskiftet september/oktober 2009. NKS-förvaltningen betonade också att någon ”ny analys av olika entreprenadformer och dess konsekvenser för landstinget” inte hade utförts eftersom det med största sannolikhet inte skulle tillföra något mer.

När landstinget den sista september 2009 fick in det enda anbudet, från Skanska, låg det betydligt högre än det beloppstak för investeringskostnader på 14,1 miljarder kronor i 2007 års penningvärde som hade beslutats av landstingsfullmäktige i april 2008. Det kom förmodligen inte som någon överraskning för NKS-förvaltningen. I samband med ett informationsmöte med anbudsgivaren den 4 maj 2009 hade Skanska, enligt protokollet (SLL 2008b), ställt frågan: ”Är en nyinvesteringskostnad understigande 14,1 miljarder kronor ett absolut krav i upphandlingen?” NKS-förvaltningen hade då, enligt samma protokoll, svarat: ”En nyinvesteringskostnad understigande 14,1 miljarder kronor är inte ett absolut skall-krav i upphandlingen.” Däremot fanns det uttalade ambitioner på NKS-förvaltningen att förhandla fram ett lägre pris.

För att vidare hävda eller skapa en illusion av konkurrens under förhandlingen med Skanska hade NKS-förvaltningen vid tidpunkten för

anbudets överlämnande upphandlat en konsultfirma specialiserad på att kalkylera och utvärdera byggkostnader. Uppdraget omfattade stöd till NKS-förvaltningen i granskningen av byggkalkyler i det inkomna anbudet. För att kritiskt kunna bedöma kostnader i anbudet upprättades kalkyler för förslaget Forum Karolinska ritat av White Arkitekter, som också hade varit utgångspunkten för själva OPS-upphandlingen. På NKS-förvaltningen benämndes detta arbete som beräkningar på det så kallade referensobjektet, eller en sorts ”spökanbudsgivare”. Dessa kostnadskalkyler skulle alltså utgöra motparten i förhandlingarna med den enda anbudsgivaren, och därigenom säkerställa konkurrens som i sin tur skulle resultera i marknadsmässiga kostnader. Så här säger en tjänsteperson som arbetade i ledande ställning inom landstinget om den tillämpade strategin:

> För då var det så här, hur ska vi kunna veta, när vi väl får ett anbud, att det är konkurrenskraftigt, för vad har vi för jämförelseobjekt? Normalt sett så har man ju ett antal anbud som man jämför emellan, på samma kravställning, så där får man ju marknadsbedömningen. Det hade man ju då inte utan då hade man ju det här referensobjektet, som man själv hade gjort, som man såg som ett anbud, som ett jämförelsematerial, helt enkelt (tjänsteperson, SLL).

Den förhandlade OPS-upphandlingen innebar att en rad arbetsgrupper tillsattes och möten genomfördes mellan NKS-förvaltningen och företrädare för Skanska under hösten 2009 för att diskutera och justera olika delar av anbudet. Referensobjektet var således ett viktigt verktyg i denna förhandling.

Förhandlingsarbetet ledde i slutändan till en sänkning av anbudet på mellan en halv och en miljard kronor, enligt en av respondenterna som deltog i arbetet (tjänsteperson, SLL). I praktiken innebar detta att det gjordes en rad förändringar i projektet, där vissa delar lyftes ut ur avtalet, men där det redan vid denna tidpunkt bedömdes att dessa delar med stor sannolikhet skulle återkomma senare under byggnationsprocessen i form av tilläggsavtal (se även kap. 6). Detta skedde således tvärtemot det ursprungliga syftet med OPS:en, som ju var att fastställa kostnader och skapa förutsebarhet. Exempelvis kom detta till uttryck i att vissa ut-

rymmen togs bort eller hela avdelningar flyttades inom sjukhuset. Men ett halvår in i den förhandlade upphandlingen hade NKS-förvaltningen fortfarande inte lyckats pressa priset tillräckligt lågt. I en sekretessbelagd kalkylrapport som tillställdes NKS-förvaltningen den 21 december 2009 konstaterade en konsultfirma att anbudsgivarens redovisade byggkostnad översteg referensnyckeltalen med omkring 17 procent, motsvarande 1,6 miljarder kronor (tjänsteperson, SLL). Så här säger samma tjänsteperson, med insyn i förhandlingen om referensobjektets förmåga att sänka kostnaderna:

> Om jag uttrycker mig på följande sätt: Skanska visste ju att vi inte kunde spela ut någon annan mot dem, så att när vi sade: ”Den här kostnaden ser åt helvete för hög ut, den avviker ju från alla gängse nyckeltal och så där”, då sade de ungefär så här: ”Ja, men vi går hem och tittar på det där och ser”. Ja, så gick de hem och tittade på det och sade: ”Ja, du har rätt, vi får nog dra ner lite grann där”. Så drog de av lite grann så här [visar på pappret en liten sänkning]. Så vi hade ju ingen förmåga, vi kunde ju inte få ner dem till den nivå vi tyckte var rimlig och så (tjänsteperson, SLL).

I arbetet med att pressa priserna gjordes vissa avsteg från funktionskraven som NKS-förvaltningen hade utformat i förfrågningsunderlaget, vilket är naturligt i en sådan process. I förhandlingarna hade Skanska i vissa fall möjligheter att driva egna ”innovativa” förslag som gick emot förfrågningsunderlaget men som samtidigt innebar en lägre kostnad. Förändringar i förhållande till förfrågningsunderlaget, strategier att lyfta delar ut ur det ursprungliga avtalet samt prisförhandlingar med anbudsgivaren i förhållande till kalkylerade kostnader för referensobjektet utgjorde således strategiska delar i den förhandlade OPS-upphandlingen som genomfördes under 2009 och början av valåret 2010. Alla dessa delar drev OPS-upphandlingen framåt, vilket därmed också bidrog till att rättfärdiga idén om OPS och projektet såväl internt i landstinget som mot externa intressenter.

AVSLUTANDE DISKUSSION

I det här kapitlet har vi visat hur centralt placerade politiker och tjänstepersoner genom olika beslut och handlingar försökte rättfärdiga OPS som finansieringsmodell för NKS, trots förutsättningar som talade emot en sådan lösning. En förklaring till att OPS-modellen till slut valdes är att idén vilade på en sedan länge institutionaliserad idé inom offentlig sektor om betydelsen av att i effektivitetssyfte göra förvaltningen mer marknadslik genom att bland annat införa konkurrens mellan olika utförare, där förvaltningar kan agera som beställare.

Ansvariga aktörer försökte således skapa ett narrativ för OPS-idén där de utmålade den konventionella projektmodellen inom offentlig sektor som förlegad och där det krävdes nya konkurrensbaserade finansieringsmodeller för att skapa effektivitet och stärka innovationskraften. OPS framställdes som det nya och moderna, medan den traditionella utförarentreprenaden behövde förpassas till historiens skräphög. Vi visar samtidigt att OPS som idé inte alls var självklar. Tvärtom fick förespråkarna kämpa hårt för att rättfärdiga den. I kapitlet har vi lyft fram tre moment som visar det strategiska arbete som projektorganisationen utvecklade för att rättfärdiga OPS-idén i landstingets förvaltningsorganisation trots dåliga förutsättningar i början.

Sedan frågan om OPS hade aktualiserats och fått prioritet i NKS-projektet efter maktskiftet 2006 utgjorde det första momentet en strategisk involvering av managementkonsulter som kom att agera som nyckelaktörer i en OPS-idealiserande process (se vidare kap. 13). Andra aktörer, med andra idéer eller med kritik mot OPS, avskärmades från arbetet. I det andra momentet pekade vi på hur en mer ”marknadsinriktad” organisation skapades kring NKS. Denna organisation var mer ”exekutiv” och bolagslik, med en separat ekonomienhet som arbetade strategiskt efter en kommersiell modell för att bygga projektets image på den internationella marknaden för OPS-projekt inför anbudsprocessen. I ett tredje moment rättfärdigades OPS ytterligare genom särskilda insatser som syftade till att hävda konkurrens i anbudsprocessen, trots att bara ett anbud hade inkommit, inte minst genom nyttjandet av ett fiktivt referensobjekt i förhandlingsprocessen.

Dessa tre moment i det strategiska arbetet med att bygga ett slagkraftigt narrativ för OPS grundades i en etablerad övergripande mark-

nadsidé för offentlig sektor kallad beställar–utförarmodellen. Dock kom den modellen att anpassas efter nya politiska signaler efter valet 2006. Man kan uttrycka det som att Alliansstyret prövade gränserna för idén om beställar–utförarmodellen. Under arbetet med upphandlingen var det i själva verket ganska mycket som talade mot OPS-lösningen (jfr Öberg 2020). Inledningsvis handlade det om bristen på erfarenhet av OPS-projekt i Sverige, senare om bristen på konkurrens – att det endast inkom ett anbud gick stick i stäv med såväl teorin som det strikta regelverket för offentlig upphandling. Trots detta rättfärdigades OPS i beslutsprocessen varpå landstingsfullmäktige alltså först röstade för en sådan lösning 2008 och därefter för en fortsatt upphandling när endast ett anbud hade inkommit.

Rättfärdigandet av OPS visar hur beslutsfattare inom offentlig sektor inte bara är villiga att gå långt för att få igenom sina idéer och sin politik utan, framför allt, att de också *kan* gå ganska långt för att driva igenom idéerna. För det första tycks regelverket vara väldigt tillåtande, gällande såväl upphandling som organiseringen av besluts- och beredningsprocesser. För det andra, baserat på våra studier, är det uppenbart att det tilläts finnas, och till och med främjades, en problematisk kultur inom förvaltningsorganisationen där det inte fanns utrymme för ifrågasättanden och analys; hur mycket av regeringsformens krav på saklighet och opartiskhet som praktiserades i denna projektorganisation kan diskuteras.

Allt detta väcker frågor om huruvida lagstiftningen rörande upphandling av stora komplexa projekt av typen NKS är otillfredsställande och i någon del bör ändras, till exempel kraven på ordentlig beredning, faktisk konkurrens och sekretess (se kap. 16). Det väcker också frågor om kapaciteter inom förvaltningen. En fråga gäller behovet av att i samband med nya stora projekt inte bara utreda själva projektet i sig utan också förvaltningens förutsättningar att alls ta sig an projektet. Nya upphandlingsmodeller kan visserligen leda till utveckling i form av lägre kostnader, nya lösningar och högre kvalitet. Det gäller dock att först säkerställa att förvaltningen har den kompetens och de resurser som krävs för att hantera de nya modellerna – i synnerhet om man är pionjär på området. I detta fall gällde det kompetens om såväl marknader i stort som upphandlingar och avtal.

Ytterligare en fråga rör organisationskultur. Förvaltningen, oavsett

hur den organiseras och leds, måste i sitt arbete genomsyras av en korrekt värdegrund med ledord som demokrati, legalitet, objektivitet, fri åsiktsbildning och effektivitet (Statskontoret 2019). Det sätt på vilket kritik och ifrågasättanden av OPS kuvades inom projektorganisationen är förkastligt i en modern demokrati (Lundqvist 2012). Det kan alltså finnas anledning att se över regleringen av beslutsprocesser i kommunal förvaltning, i alla fall för megaprojekt som NKS.

I dag är det många som hävdar att OPS är ”död” som modell för framtida offentliga projekt. Samtidigt lever den i allra högsta grad vidare, dels i den politik som fortfarande förs inom Stockholmsregionen, dels, och inte minst, i NKS-projektet och avtalet med SHP som sträcker sig till 2040 och där regionen kontinuerligt tvingas att arbeta med de förutsättningar som avtalet ger.

Sammanfattning av del II

NKS-projektet är sprunget ur en vision om förändring som förenade olika drivande aktörer i och kring landstinget vid millennieskiftet. Denna vision knöt också samman NKS med den parallella processen kring det som kom att bli Hagastaden. Det var en djärv och omfattande reformagenda som landstingets politiker förde fram: ett nytt sjukhus för framtiden skulle byggas, det skulle vara i världsklass, men också fungera som en förändringsmotor för hela Stockholms sjukvårdsstruktur med sitt högspecialiserade uppdrag och sin integrerade och patientcentrerade organisation. Sjukhuset var tänkt att bereda vägen för framtida Nobelpris genom satsningar på excellenscentrum, bidra till tillväxt i ett framväxande innovationskluster för life science, och ovanpå det finansieras med en ny och oprövad modell för offentlig-privat samverkan (OPS). I denna del av boken har vi följt vad som hände med dessa reformidéer under resans gång.

De fem idéerna om *världsklass*, *framtiden*, *högspecialiserad vård*, *patienten i centrum* och *offentlig-privat samverkan* var, med undantag av den sistnämnda, vid initieringen av projektet högst abstrakta och övergripande beskrivna. Ett tydligt mönster som framträder av kapitlen i denna del av boken är att idéerna med tiden kom att sammanflätas till ett kraftfullt narrativ av hur förändringen skulle åstadkommas. Att bygga för framtiden genom flexibilitet och generalitet handlade om att inte låsa fast byggnaden vid ett visst högspecialiserat verksamhetsinnehåll, men däremot till idén om patienten i centrum och en tematisk, nätverksbaserad organisering av vården. Idén om världsklass blev till en berättelse om hur kluster, närhet och samverkan skulle leda till innovationer, tillväxt och internationell ryktbarhet, vilket är en viktig orsak till att sjukhuset hamnade på den plats det ligger i dag. Denna idé hade ock-

så tydliga kopplingar till OPS: båda kan sägas vara del av den bredare marknadsdiskurs som länge präglat reformer inom offentlig sektor – och som dessutom var särskilt stark i Stockholms läns landsting i början av 2000-talet.

Ett annat mönster är att idéerna – så länge de får befinna sig på en mer övergripande och abstrakt nivå – är framgångsrika i att driva processen framåt, att skapa momentum och uppslutning. Men ju längre beslutsprocesser framskrider, desto mer måste idéer och visioner konkretiseras och fyllas med innehåll. Detta gör också att de stöter på motstånd och ifrågasättande då konkretiseringar innebär att idéernas konsekvenser blir mer påtagliga för olika intressenter, exempelvis hur den egna kliniken kommer att påverkas, att utbildningsmöjligheter begränsas eller att förutsättningarna att bedriva en viss typ av klinisk forskning förändras. I vissa sammanhang har detta motstånd hanterats genom att konkurrerande berättelser och idébärare har utestängts från processen för att därigenom främja de drivande aktörernas narrativ. Det har också handlat om att den gemensamma berättelsen successivt har anpassats, eller översatts, i mötet med nya förutsättningar eller omständigheter. Här har de bärande idéernas vaghet eller oklarhet varit en tillgång för beslutsfattarna.

Idén om världsklass är kanske det tydligaste exemplet på hur vaghet skapar möjligheter att forma innehållet för vad som är att betrakta som just ”världsklass”. Analysen visar hur internationella referensobjekt, främst från USA och Europa, genomgående har använts i NKS-processen för att forma innebörden av världsklass. Valet av referensobjekt att besöka och vad man har tagit fasta på vid besöken har också använts för att legitimera många av de förslag som lagts fram för sjukhusets utformning, inriktning och organisation. Idén om världsklass och strävan efter internationellt erkännande har dessutom levt kvar genom hela processen, trots den omfattande kritiken i mediedebatten (se vidare kap. 14).

Idéerna om högspecialiserad vård och patienten i centrum rörde båda den känsliga frågan om vilket vårdinnehåll det nya sjukhuset skulle få samt hur verksamheten skulle organiseras och bedrivas. De har också det gemensamt att de länge tilläts befinna sig på en relativt övergripande nivå. Orsakerna till detta ligger i hur NKS-förvaltningen mellan 2008 och 2011 inte lyckades driva igenom och konkretisera de ursprung-

liga idéerna på ett sätt som fick legitimitet bland berörda aktörer, inte minst vid KS. Oförmågan, eller kanske oviljan, att precisera ett högspecialiserat uppdrag för sjukhuset bidrog till ett glapp i planeringen av hur övriga vårdgivare i regionen skulle påverkas av NKS. Denna idé har hela tiden varit avhängig av en utbyggnad av övriga delar av vården och när denna utbyggnad inte genomfördes i den takt som initialt planerades, har idén försvagats och sjukhuset anpassats för ett något bredare uppdrag än den ursprungliga visionen om ett litet spetssjukhus.

Innebörden av idén om patienten i centrum har också modifierats under processens gång. Inledningsvis handlade denna idé främst om att anpassa vården till starka centrumbildningar och en nätverksorganisering av såväl forskning som vård i Stockholms län. När idén sent i projektet till sist genomfördes var det i form av införandet av den nya verksamhetsmodellen vid NKS, som kombinerade ambitioner om tematisk organisation med värdebaserad vård, och som till skillnad från ursprungsidén om patienten i centrum var en organisationsintern modell.

Idén om framtiden utgick från ett narrativ om att anamma flexibilitet i syfte att förbereda sig för – men också bejaka – en osäker framtid som drevs av den snabba medicintekniska utvecklingen. I praktiken kom planeringen dock att präglas av olika, delvis motsägelsefulla planeringsideal. Formgivningen av den nya byggnaden utifrån principen om generalitet speglade detta bejakande perspektiv där man förbereder sig för, snarare än förutser eller eliminerar, osäkerhet. Det fanns dock även exempel på beslut som syftade till att förutse och reducera osäkerhet, exempelvis i valet av OPS som finansieringsform där man strävade efter att låsa fast vissa ramar, främst i form av organisationsstruktur, kostnad och tidsåtgång.

Slutligen framträder i denna del av boken också en viktig skillnad mellan vissa av idéerna i form av hur institutionaliserade och ”självklara” de var i NKS-processen. En institutionaliserad idé som patienten i centrum tas närmast för given; den måste på något sätt beaktas för att en sjukvårdsreform i dag ska betraktas som legitim. Idén om OPS var däremot betydligt mer kontroversiell redan från början. Även om den hämtade legitimitet från det rådande marknadsparadigmet, var den oprövad i en svensk kontext. Den var också från början betydligt mer konkret än övriga idéer. Detta gör att OPS är den av de fem idéerna som

mest aktivt har behövt motiveras och rättfärdigas av de drivande politikerna i landstinget. Som vi kommer att utveckla mer i detalj i kapitel 13 blev konsulter viktiga idébärare i detta legitimeringsarbete. Det är också denna idé som i ljuset av den omfattande kritiken tydligast har förlorat sin lyskraft, medan de övriga fortsätter att forma hälso- och sjukvårdens reformer. Detta innebär dock inte att marknadsidéer generellt har minskat i betydelse, utan snarare att de numera tar sig andra uttryck.

Även om starka idéer har kommit att forma NKS-projektet, dess berättelse och vad som har uppfattats som legitimt och möjligt att göra i projektarbetet, har idéerna inte burits fram av sig själva. För att förstå hur de har förts in i projektet, översatts och stött på motstånd måste vi också undersöka de olika aktörer som har varit betydelsefulla i beslutsprocessen. Dessa blir ämnet för bokens nästa del.

DEL III
AKTÖRERNA

10. Politikerna: konflikt eller samarbete?

Torbjörn Larsson & Göran Sundström

INLEDNING

Tillkomsten av Nya Karolinska Solna (NKS) har granskats och debatterats flitigt i olika medier under senare år. Som framkommit i tidigare kapitel i denna bok har diskussionerna inte bara gällt själva bygget – och då särskilt finansieringen – utan även hur sjukhuset har planerats i ett större regionalt perspektiv och hur sjukhusledningen har agerat i samband med att den införde en ny verksamhetsmodell i sjukhuset.

Även om denna kritiska diskussion har varit omfattande och ihärdig, och även om NKS-projektet har kostat skattebetalarna mycket pengar och påverkat många patienter och medarbetare inom Stockholmssjukvården, kan det konstateras att kritiken kom väldigt sent i processen. I medierna tog den inte fart på allvar förrän 2015 (se kap. 14), och då var NKS i princip redan på plats. Hur kommer det sig?

En del av svaret på den frågan står att finna på politisk nivå, i relationen mellan den styrande sidan och oppositionen. Man kan tycka att raden av viktiga beslut borde ha gett oppositionen goda möjligheter att redan på ett tidigt stadium kritisera styret för till exempel resursslöseri, svek, oklarheter om vem som har ansvarat för vad och långtgående sekretess som har inverkat menligt på demokratin. I en demokrati är det meningen att oppositionen ska fungera och agera som kontrollant av den regerande sidan. Kontrollen ska inriktas dels på lämpligheten i den politik som drivs igenom, dels på om styret håller sig inom det konstitutionella regelverket. Oppositionens kritik ska också nå väljarna så att de på ett informerat sätt kan utkräva ansvar nästa gång de står vid valurnorna.

Processen som ledde fram till byggandet av NKS kännetecknades dock länge av stort samförstånd mellan så gott som samtliga politiska partier, och när det senare uppstod svåra konflikter mellan de båda poli-

tiska blocken avseende finansieringen av NKS-bygget kunde även dessa till slut lösas i bästa samförstånd. Hur kan vi förstå detta stora samförstånd? Vad hade egentligen den politiska dialogen och diskussionerna mellan de politiska partierna och de båda blocken bidragit med för att demokratiskt förankra och kvalitetssäkra besluten bakom NKS, sett ur väljarnas (tillika skattebetalarnas) perspektiv?

I detta kapitel förklaras händelseutvecklingen 1998–2010, då de viktigaste politiska besluten fattades, utifrån demokratiteoretiska resonemang om konflikt och samarbete i relationen mellan styrande och opposition. Argumentet som drivs är att oppositionens och den styrande sidans handlande i betydande utsträckning kan förstås utifrån den typ av demokratiskt system som Region Stockholm hade utvecklat vid denna tidpunkt. Systemet kan sägas ha utgjorts av en blandning av två idealtypiska demokratiska modeller: dels en parlamentarisk och mer konfliktfylld modell, dels en mer samarbetsinriktad modell. Denna blandning fanns på både ett organisatoriskt och kulturellt plan och medförde att oppositionen och den styrande sidan kom att använda sig av konfliktstrategier vid vissa beslut och samarbetsstrategier vid andra. Det var dock inte alltid som strategivalen sammanföll, utan vid vissa beslut använde sig den ena parten av konfliktstrategin medan den andra tillgrep samarbetsstrategin. Detta skapade osäkerhet och instabilitet, som varken gagnade demokratin eller effektiviteten. Informationen till väljarna begränsades, ansvarsutkrävandet blev oklart och den kritiska granskningen av beslutsunderlagen föll mellan stolarna.

I det följande diskuteras inledningsvis olika strategier som styrande och opposition kan använda sig av gentemot varandra i ett demokratiskt system. Diskussionen, som tar sikte på begreppsparet konflikt/samarbete, utmynnar i en matris som beskriver fyra olika situationer som kan uppstå i hur styrande och opposition väljer att agera gentemot den andra parten. Därefter diskuteras, med hjälp av matrisen, olika beslut som fattades under åren 1998–2010 och där styrande och opposition använde sig av de olika strategierna. Kapitlet avslutas med en konkluderande diskussion.

RELATIONEN MELLAN STYRANDE OCH OPPOSITION

Vår tids demokrati utspelar sig i hög grad genom de politiska partiernas konkurrens och inbördes kamp om makt och inflytande. Detta påverkar i sin tur medborgarnas kunskap om hur politiska beslut fattas och vilka möjligheter de har att delta i och påverka den politik som bedrivs. Väljarnas möjligheter att påverka politiken handlar både om att kunna utkräva ansvar av de styrande – vilket i sin tur kräver kännedom om vem som har deltagit i beslutsfattandet och vilka beslut som har fattats – och om att få information och kunskap om var partierna står i olika frågor.

Förhållandet mellan den styrande sidan och oppositionen spelar här en viktig roll. Om relationen präglas av konflikt ges helt andra förutsättningar än om den präglas av samarbete. *Konflikt* som strategi mellan partier är mest förenligt med den parlamentariska demokratimodellen. Här koncentreras makten till en styrande exekutiv med starkt stöd i den folkvalda församlingen (Dahl 2002; Held 1997). Denna modell inkluderar också en stark och tydlig opposition. Idealet är ett tvåpartisystem, där oppositionens roll i huvudsak är att ifrågasätta och kritisera, vilket kan leda till exekutivens avgång och oppositionens maktövertagande. Kompromisser och reella diskussioner som ska leda till samsyn mellan majoriteten och oppositionen är främst förbehållna krisartade situationer.

Styrkan med denna konfliktorienterade modell är att den styrande sidans politik kan genomföras tämligen snabbt och att det blir tydligt vem som styr och därmed är ansvarig för fattade beslut. En annan styrka är att den förda politiken noga nagelfars av oppositionen och att frågorna därmed kan bli allsidigt belysta. Och om konflikterna når medierna blir också allmänheten bättre informerad. Att gå i konflikt ger därigenom också partierna möjlighet till profilering och opinionsbildning, vilket på sikt kan leda till ökade väljarsympatier. Nackdelen med modellen är att de som inte delar majoritetens värderingar inte får något gehör för sina åsikter. Mindre partier kan sitta i åratal i beslutsförsamlingarna utan att få något som helst inflytande över de beslut som fattas. I värsta fall kan majoritetens dominans leda till att minoriteter förtrycks.

I praktiken avviker parlamentariska statsskick ofta från denna idealbild. Inte sällan blir regeringens makt svagare än vad idealet föreskriver (Johnson 1993). Storbritannien ligger tämligen nära idealet medan

Sverige, som brukar karakteriseras som ett parlamentariskt system på nationell nivå, ofta har styrts av minoritetsregeringar och, på senare tid, dessutom ofta av koalitioner. Denna svagare form av parlamentarism brukar kallas för minoritetsparlamentarism.

I stället för konflikt kan relationen mellan den styrande sidan och oppositionen präglas av *samarbete*. Fördelen med ett konsensusorienterat system är att flera samhällsintressen får sina behov tillgodosedda, det vill säga att en mindre del av medborgarna än i ett parlamentariskt system hamnar i renodlad opposition och utan reella möjligheter till inflytande (Lijphart 1984, 2012). Det blir därmed också svårare att förtrycka minoriteter. Nackdelen är att den styrande exekutiven i praktiken omfattar både majoritet och opposition, vilket kan göra det svårt att se vem som har beslutat om vad och att utkräva ansvar när något går fel. Frågor riskerar också att bli mindre diskuterade och genomlysta när alla (viktiga) partier sitter tillsammans vid maktens köttgrytor (Mouffe 2005; Weiler 1993). Allmänheten riskerar att få mer begränsad och/eller mer tillrättalagd information om pågående reformer och utvecklingsarbeten.

Nederländerna var tidigare den främsta representanten för denna samarbetsmodell. Där tillämpades en ordning där de partier som företrädde de viktigaste befolkningsgrupperna alltid garanterades platser i regeringen och andra viktiga institutioner. Styret i svenska regioner och kommuner har också, genom att oppositionen ofta bereds plats i samtliga nämnder, många likheter med denna modell, även om riksdag och regering under många år har försökt att förändra regelverket i riktning mot mer av parlamentarism (se kap. 2). En annan omständighet som verkar för samarbete på kommunal nivå är att många frågor är mycket konkreta (och därmed ofta mindre ideologiska). Inte sällan känner också partier på kommunal nivå ett behov att hålla ihop för att kunna hävda sig gentemot centralmakten.

Sammanfattningsvis är det ett återkommande problem för partierna om de ska söka konflikt eller samarbete i relation till de politiska motståndarna i olika frågor. För oppositionen handlar det om en avvägning mellan å ena sidan att via diskussioner och kompromisser kunna påverka den politik som bedrivs av det parti, eller de partier, som för tillfället har makten (samarbete) och å andra sidan att via kompromisslös kritik och med hjälp av opinionen försöka tvinga bort de styrande för att själv kunna överta makten (konflikt).

För den styrande sidan handlar det om avvägningen mellan å ena sidan att släppa in oppositionen i beredningen av politiken för att öka möjligheterna att få igenom de viktigaste delarna av sin politik, och samtidigt göra oppositionen medansvarig och därigenom även minska risken för uppslitande mediala debatter (samarbete), och å andra sidan att hålla oppositionen utanför beredningen av politiken för att få igenom större delar av sin egen politik (konflikt), men med risken att förlora omröstningar i den beslutande församlingen (särskilt vid minoritetsstyre) eller att motståndarna vid ett framtida maktövertagande driver igenom ”återställare”.

Generellt är det rimligt att anta att partierna är mer beredda att samarbeta när impopulära men nödvändiga beslut ska fattas och när besluten är av långsiktig karaktär och sträcker sig över flera mandatperioder. Till detta kommer också faktorer som hur starkt stöd den styrande majoriteten har i beslutsförsamlingen, i det egna partiet eller partierna och i opinionen samt förväntningar på framtida beslut och kommande val. Av betydelse är också oppositionens styrka och organisering: möter den styrande majoriteten en i huvudsak enig och samlad opposition eller är den splittrad på flera politiska partier som drar åt olika håll? Hur långt ifrån den politiska mittpunkten ett visst parti befinner sig spelar också roll. Partier med mer extrema åsikter har vanligtvis svårare både att nå regeringsmakten och att påverka den politik som bedrivs. Man kan därför förvänta sig att partier på ytterkanterna bedriver en mer högljudd oppositionspolitik och tydligare och oftare invänder mot de styrandes politik (Dahl 1966).

När det gäller Stockholm läns landsting (SLL) bestod fullmäktige 1998–2010 av sex till åtta partier indelade i två informella block efter den ideologiska dimensionen vänster–höger. Inom vänsterblocket dominerade Socialdemokraterna, som vanligtvis fick fler platser än Miljöpartiet och Vänsterpartiet tillsammans, och i det borgerliga blocket hade Moderaterna genomgående fler platser än övriga borgerliga partier tillsammans. Schematiskt kan man därför säga att två politiska block stod mot varandra, där varje block dominerades av ett parti. Noterbart är också att SLL under denna period var känt för sina starka konflikter mellan vänster- och högerblocken. Till skillnad från flertalet andra regioner nåddes politiska överenskommelser av betydelse sällan över blockgränsen. Maktskiften ägde rum vid varje val under perioden från

1990-talets början till och med 2010 års val, vilket möjligen bidrog till den konfrontativa miljön.

I tabell 10.1 sammanfattas i renodlad form de olika strategier som den styrande sidan och oppositionen kan använda sig av i termer av konflikt och samarbete. En korstabulering av de båda aktörernas strategier medför fyra möjliga utfall.

Styrets strategier	Oppositionens strategier	
	Samarbete	Konflikt
Samarbete	1	2
Konflikt	3	4

Tabell 10.1: Fyra olika utfall avseende styrets och oppositionens strategier gentemot varandra.

I rutorna 1 och 4 föreligger det kompatibilitet mellan den styrande sidan och oppositionen, det vill säga det finns någon form av överensstämmelse om hur man ska förhålla sig till varandra i det rådande systemet – konflikt eller samarbete. Rutorna 2 och 3 representerar i stället mer oklara situationer, där den ena parten agerar för samförstånd medan den andra söker konflikt. Med hjälp av dessa fyra renodlade utfall vill vi tydliggöra och skapa förståelse för en del av de problem som var förknippade med den politiska beslutsprocess som ledde fram till byggandet av NKS.

DET POLITISKA SPELET BAKOM TILLKOMSTEN AV NKS

I det följande redogörs för ett antal skeenden i den beslutsprocess som ledde fram till skapandet av NKS. Dessa handlar om hur politikerna – de styrande och oppositionen – agerade mot varandra, och de analyseras i termer av de fyra utfall som visas i tabellen ovan. Redan här kan dock konstateras att vi inte har kunnat hitta några avgörande beslutssituationer där den styrande sidan sökte samarbete men oppositionen avstod från att samarbeta (ruta 2). NKS-fallet rymmer dock gott om exempel som kan sorteras in i övriga tre situationer.

Samarbetande styrelse och opposition

Denna typ av relation mellan den styrande sidan och oppositionen (ruta 1 i tabell 10.1) är vad man kan förvänta sig i ett konsensussystem. Fördelen är att stora delar av väljarkåren, och därmed deras preferenser, blir företrädda när gemensamma beslut fattas. Däremot kan den kritiska granskningen bli lidande, vilket ger minskad insyn för medborgarna och möjligen sämre kvalitet på besluten. Ett annat problem kan vara att kompromissandet i sig överordnas allt annat, på bekostnad av ideologiska frågor och resultat i form av lösta samhällsproblem. Ansvarsutkrävandet riskerar också att försvåras: vem ska väljarna rösta på om de är missnöjda med politiken, om alla partier gemensamt fattar besluten?

Inledningsvis präglades NKS-processen av stort samförstånd. Politiska beslut föregås vanligtvis av en dagordningssättande fas och en initieringsfas, som till stora delar är av informell karaktär och ofta inte medger någon insyn för medborgarna. När det gäller NKS nådde diskussionerna ut till offentligheten först när dåvarande gruppledaren för Moderaterna, Ralph Lédel, 2001 i ett brev till landstingsstyrelsen begärde att en utredning skulle tillsättas om det dåvarande sjukhusets framtid.

Brevet som Lédel skickade till landstingsstyrelsen var i praktiken ett brev ställt till honom själv, eftersom han vid denna tidpunkt var finanslandstingsråd och därmed ordförande i landstingsstyrelsen. I brevet lämnades tydliga anvisningar om inte bara vilka problem som skulle behandlas utan också hur arbetet skulle läggas upp och organiseras (Larsson & Sundström 2020, s. 23). Landstingsstyrelsen tycks inte ha haft några invändningar mot att tillsätta utredningen och instämde även i Lédels förslag till utformning och organisering av den. Den politiska oppositionen verkar inte heller ha haft några invändningar. Tvärtom tycks stor enighet om behovet av att bygga ett nytt sjukhus, i stället för att renovera det gamla, ha nåtts tidigt i beslutsprocessen. Denna enighet omfattade också idén om att det nya sjukhuset skulle ha en annan inriktning än det gamla, ha mer begränsad akutvård och större fokus på forskning och ovanliga sjukdomar. Neddragningen av den traditionella sjukvården skulle kompenseras genom ökade satsningar på andra sjukvårdsenheter i regionen (se kap. 4).

Till saken hör att Lédel, till en början, var väl medveten om att inte alla delade hans uppfattning om behovet av att bygga ett nytt sjukhus. Tvärtom gav han uttryck för åsikten att många verkade vara emot för-

slaget och att dessa kritiker i stället förordade en renovering av det befintliga sjukhuset (Larsson & Sundström 2020, s. 25–26). Till detta ska också läggas att det bara var knappt ett år kvar till valet och att det fanns tydliga indikationer på att det borgerliga styret skulle förlora makten. Lédel var därför angelägen om att snabbt få igång beslutsprocessen i en riktning som var i linje med hans uppfattning om hur problemet med Karolinska skulle lösas. Det ligger nära till hands att anta att han ville starta en process som eventuellt nya makthavare skulle få svårt att stoppa eller förändra. Därför tog han, i god tid innan han skickade sitt brev till styrelsen, kontakt med Socialdemokraternas gruppledare för att förankra sina idéer om att bygga ett nytt sjukhus (ibid.). Förslaget kom därför knappast som en överraskning för Socialdemokraterna. Det verkar alltså som om åtminstone delar av den politiska oppositionen ganska tidigt var med i båten, om än inte drivande i frågan, om att bygga ett nytt sjukhus. Frågan dök därmed heller inte upp i valrörelsen 2002.

SNUS-utredningen, som tillsattes på Lédels initiativ, och som presenterade sin rapport strax efter valet 2002, kom fram till att det i princip skulle bli nästan lika dyrt att renovera det befintliga sjukhuset som att bygga nytt, och dessutom att stora praktiska problem skulle uppstå om man försökte renovera sjukhuset samtidigt som vård bedrevs där, om än i reducerad omfattning. Utredningen föreslog därför byggandet av ett nytt sjukhus. Det ska dock noteras att det fanns en alternativ utredning, genomförd av Locum på initiativ av Karolinska universitetssjukhusets (KS) ledning, som hade dragit motsatt slutsats, det vill säga en rekommendation om att renovera, inte bygga nytt. Denna utredning tonades dock ner inom förvaltningen och av SNUS och dess förslag kom därför inte att uppmärksammas av ledande politiker (Johannesson & Qvist 2019, s. 20; Larsson & Sundström 2020, s. 25–26).

Konstaterandet att det gick att bygga ett nytt sjukhus för ungefär samma kostnad som att renovera det gamla blev ett viktigt argument för att komma överens, både inom och mellan partierna. Att bygga nytt framstod som betydligt mer aptitligt än att fortsätta att ”lappa och laga”. Samtliga partier ställde sig nu bakom idén om att bygga nytt och någon partipolitisk strid uppstod inte i frågan. Detta innebar också att maktskiftet 2002 inte kom att innebära något brott i händelseutvecklingen. Det nya styret, med Socialdemokraterna i spetsen, tillsatte i stället en ny utredning, kallad 3S, för att klargöra vilka krav som skulle komma att

ställas på övriga sjukvårdsinrättningar i Stockholm om ett nytt sjukhus byggdes med färre vårdplatser och lägre kapacitet för vård av vanliga sjukdomar. Senare, hösten 2005, initierade också styrelsen en arkitekttävling för det nya sjukhuset (se kap. 6).

Sammantaget kom alltså den tidiga planeringsperioden, från slutet av 1990-talet fram till valet 2006, att präglas av samförstånd mellan de båda politiska blocken. Även vänsterstyret 2002–2006 var angeläget om att driva NKS-projektet framåt, där särskilt Socialdemokraterna verkar ha varit måna om att bevara enigheten över blockgränsen. Priset för detta samförstånd kan dock ha blivit högt, i alla fall för medborgarna. Som vi har sett kan det sättas frågetecken kring om alla argument som fördes fram för det nya sjukhuset verkligen fick adekvat genomlysning. Hur självklart var det att bygga nytt i stället för att reparera det gamla sjukhuset? Hur såg argumenten ut i den alternativa utredning som tillsattes av KS styrelse och som förordade upprustning? Var det verkligen så självklart bra att det nya sjukhuset skulle bli så litet och så högspecialiserat? Fanns det kapacitet bland övriga sjukinrättningar i Stockholm att ta emot alla patienter som behövde omdirigeras från KS när det nu skulle minska sin kapacitet? Och var det alls bra att sjukvården specialiserades på det sätt som tillskyndarna för NKS förordade?

Alla dessa frågor var synnerligen viktiga och rymde, skulle det senare visa sig, ett stort antal och vitt skilda ståndpunkter. Men i dessa tidiga skeenden ventilerades inte dessa ståndpunkter. Den styrande majoriteten och oppositionen tycks ha varit mer angelägna om att komma överens i det tysta och föra processen framåt än att ordentligt skärskåda olika argument, föra fram olika ståndpunkter i ljuset och synliggöra dem för medborgarna.

Konfliktorienterad styrelse och opposition

Denna situation (ruta 4 i tabell 10.1), där alltså både styrande och opposition använder sig av konfliktstrategin, är att förvänta i ett renodlat parlamentariskt system med två dominerande partier. Fördelen är att oppositionen genomför ordentliga och kritiska granskningar av i stort sett alla frågor och beslut. Medborgare blir informerade, ansvarsfördelningen blir tydlig och oppositionen blir ett reellt alternativ för väljarna att rösta på om de är missnöjda med den förda politiken. Risken är att det blir för många konflikter och att frågor politiseras som inte är sär-

skilt kontroversiella. Och om maktskiften är vanliga kan det bli svårt att hantera frågor som kräver långsiktighet och uthållighet i beslutsfattandet. Eftersom oppositionen hålls på avstånd från beslutsprocesserna ökar risken för ”återställare” efter maktskiften. I en sådan situation riskerar båda parter att bli förlorare: ständiga omläggningar av politiken leder till att inget parti får igenom sin politik på lite längre sikt och de förtroendevalda tappar väljarnas förtroende.

De processer som ledde fram till lösningen med offentlig-privat samverkan (OPS) passar in i detta mönster. Knappt hade det formella, och i stort sett enhälliga, beslutet om att bygga det nya sjukhuset fattats i april 2008 innan ett andra beslut skulle fattas om hur byggandet och driften av det nya sjukhuset skulle finansieras. Tonläget blev nu ett annat. I huvudsak stod två alternativ mot varandra. Det ena innebar att landstinget, som brukligt, skulle låna upp de pengar som krävdes och sedan stå för driften och ägandet av det nya sjukhuset. Det andra alternativet innebar att man genom ett anbudsförfarande skulle låta finansiärer tävla om att få bygga och underhålla sjukhuset. Denna lösning var OPS och innebar att privata intressen övertog en stor del av risktagandet för finansieringen av byggandet av sjukhuset samt underhållet under många år efter färdigställandet. Det som uppfattades som fördelen med OPS var att man i förväg skulle kunna fastställa hur stor kostnaden skulle bli samt tidsramen för när sjukhuset skulle stå klart. Detta till skillnad mot tidigare, när offentliga upphandlingar i landstingets egen regi nästan aldrig höll de beslutade ekonomiska eller tidsmässiga ramarna. En OPS-lösning skulle dock innebära högre räntekostnader för landstinget jämfört med att sköta upphandlingen och driften i egen regi; dessutom fanns det nästan inga tidigare erfarenheter av denna metod (se kap. 9).

Frågan om traditionell upphandling eller OPS hade funnits med redan i direktiven till SNUS-utredningen och hade sedan dess varit med i diskussionen. Motståndet mot OPS var dock starkt på flera håll, bland annat beroende på den bristande inhemska erfarenheten av denna typ av finansiering. Men de borgerliga partierna, inte minst Moderaterna och Folkpartiet (nuvarande Liberalerna), hade en ideologisk preferens för starkare inslag av marknad och privatföretags medverkan i offentlig verksamhet och såg därför till att OPS-frågan låg kvar på agendan fram till valet 2006 (Junker & Yngfalk 2019).

När det formella beslutet om att bygga NKS skulle fattas våren 2008 tycks partierna ha varit överens om att beslutet skulle tas vid två tillfällen: först ett beslut att bygga ett nytt sjukhus (i april 2008) och därefter (i juni 2008) ett andra beslut om hur det hela skulle finansieras. Detta indikerar att de båda blocken förstod att beslutet om finansieringen skulle bli problematiskt. Och mycket riktigt blev det så.

Vänsterblocket ansåg att en uppgörelse om att inte använda OPS-konstruktionen hade ingåtts mellan blocken. Det borgerliga blocket menade dock att diskussionerna mer hade varit av sonderande karaktär. Båda sidorna anklagade nu varandra för svek, dåligt ledarskap och löftesbrott – enligt oppositionen var alla broar härmed brända och allt förtroende mellan blocken förbrukat. Det borgerliga styret drev ändå igenom OPS-lösningen i beslutet i juni 2008. Men konflikten bestod. Oppositionen reserverade sig och svarade med att lova riva upp upphandlingsbeslutet om de vann nästa val (Larsson & Sundström 2020, s. 40; Junker & Yngfalk 2019, s. 17–18).

Hur kan vi förstå denna tvära omsvängning från samarbete till konflikt? Två saker hade hänt. För det första hade de borgerliga partierna fått en klar majoritet vid valet 2006, vilket skapade en möjlighet för dem att driva sin egen politik utan att behöva ta hänsyn till oppositionen. I och med detta hade NKS-frågan hamnat i den vanliga ideologiska konfliktfållan, vänster mot höger, i SLL. Det kan knappast ha kommit som en överraskning för de borgerliga att vänsterblocket skulle avvisa en OPS-lösning, med tanke på hur utredningsarbetet och diskussionerna tidigare hade förts. Det kan dock inte heller ha varit helt överraskande för vänsterblocket att de borgerliga skulle driva en OPS-lösning om de fick chansen – möjligen missbedömde vänsterblocket hur kraftfullt de borgerliga var beredda att agera för att få igenom sin favoritlösning.

Det andra som hade hänt var att det borgerliga styret hade organiserat om hela hanteringen av NKS-frågan. Omorganiseringen syftade till att skapa ökad kraft att driva NKS-projektet framåt i allmänhet och OPS-lösningen i synnerhet (Junker & Yngfalk 2019; se kap. 11). Det ska i det sammanhanget noteras att kritiken mot OPS inte bara kom från oppositionen, utan även stora delar av förvaltningen ställde sig tveksamma (se kap. 11). Dessutom hade den borgerliga Alliansen på central nivå, med finansminister Anders Borg (M) i spetsen, uttryckt sig kritiskt kring OPS (Larsson & Sundström 2020, s. 37). Det är i detta skede

som det borgerliga styret inrättar en ny förvaltningsenhet – NKS-förvaltningen – som geografiskt placerades långt ifrån övrig förvaltning, och under ett nytt politiskt sammansatt organ, FoUU-utskottet (forsknings-, utbildnings- och utvecklingsutskottet). Detta utskott var ett beredande organ åt landstingsstyrelsen. Avsikten var att skapa en struktur som ledde till en tydligare politisk ledning av beredningsarbetet och som också borde leda till större åsiktshomogenitet bland de närmast beredande tjänstepersonerna och det ökande antalet deltagande konsulter (Junker & Yngfalk 2019, s. 18). Rimligtvis var en konsekvens av denna nyordning också att oppositionens insyn i beredningsprocessen minskade, även om samtliga oppositionspartier hade säte i utskottet, Miljöpartiet dock endast som suppleant.

Sammantaget kom beslutet i juni 2008 att använda OPS för NKS att präglas av omfattande stridigheter. Båda blocken tillgrep konfliktstrategin och tonläget blev högt. Det borgerliga styret vidtog olika åtgärder som syftade till att hålla kritikerna inom både oppositionspartierna och förvaltningen på avstånd från beslutsprocesserna. Genom att stänga ute de kritiska rösterna kunde beslutet att använda en OPS-lösning drivas igenom tämligen raskt. Priset kan dock ha blivit högt. Det höga tempot och de slutna beredningsprocesserna medförde att OPS-lösningen drevs igenom utan grundligare analyser och diskussioner (Junker & Yngfalk 2019; Yngfalk & Junker 2019). Det fanns därmed en uppenbar risk att OPS-lösningen inte skulle hålla måttet när den prövades i praktiken.

Konfliktinriktad styrelse och samarbetande opposition

Denna typ av relation (ruta 3 i tabell 10.1), innebär att den styrande sidan använder sitt övertag för att hålla oppositionen på avstånd och se till att den får begränsat inflytande över besluten samtidigt som oppositionen vill samarbeta och söka kompromisser för att kunna påverka. Ett problem med denna konstruktion är att oppositionen riskerar att hamna i ett alltför stort underläge gentemot de styrande. Den styrande sidan släpper endast motvilligt in oppositionen, och i den mån den låter oppositionen delta ser den till att dess inflytande begränsas. På så sätt kan den styrande sidan behålla stark kontroll över besluten samtidigt som den kan hävda att oppositionen har deltagit i besluten och att den därför kan hållas medansvarig. I sin iver att försöka delta och påverka kan oppositionen också komma att nedprioritera sin kritiskt granskan-

de uppgift, vilket gör att den styrande sidan slipper uppslitande konflikter som riskerar att hamna i medierna.

Frågan är om inte denna situation är mest problematisk för såväl demokrati som effektivitet. För oppositionen är den särskilt besvärlig: litet inflytande på den förda politiken, stor risk för att hållas medansvarig för dåliga beslut, svag genomlysning av den styrande sidans förslag och litet opinionsmässigt genomslag. Denna situation tycks dock ha varit ganska vanlig inom SLL under den studerade perioden. Detta sammanhänger med att oppositionen alltid har platser i nämnder och styrelser som både lockar, och i praktiken tvingar, oppositionen att delta i alla beslutsprocesser – även sådana som är svåra att påverka och där den styrande sidan agerar för att förhindra att oppositionen får inflytande.

I fallet med NKS följer det så kallade tilldelningsbeslutet 2010 detta mönster. Efter beslutet att använda en OPS-lösning hade den efterföljande upphandlingsprocessen inte riktigt gått som det borgerliga styret hoppats på. Visserligen hade processen börjat lovande. Vänsterblockets tal i samband med OPS-beslutet i juni 2008 om att det borgerliga styret hade bränt alla broar och att allt förtroende nu var förbrukat, tycktes snabbt ha glömts bort. I alla fall sköts missämjan åt sidan när det borgerliga styret ett halvår senare bjöd in världens finansiärer och byggbolag till möte på Arlanda. För trots det stora rabaldret och de kraftiga protesterna mot upplägget med OPS ställde Socialdemokraterna upp på detta möte. Deras medverkan syftade till att visa upp politisk enighet, vilket förhoppningsvis skulle leda till ett stärkt förtroende för NKS-projektet och den beslutade finansieringsmodellen, vilket i sin tur skulle öka intresset hos finansiärer och byggherrar att delta i budgivningen om att bygga NKS. Det något paradoxala inträffade således att företrädare för den opposition som hade körts över i fullmäktige bara några månader tidigare kom till Arlanda (dock inte alla, t.ex. uteblev gruppledaren för Vänsterpartiet) för att ge intryck av politisk enighet och samförstånd (Larsson & Sundström 2020, s. 40–41). Således ett typexempel på där de styrande låter oppositionen delta när det passar dem och där oppositionens inflytande är svagt.

Ett viktigt element i OPS-upphandlingen var också att den skulle genomföras under konkurrens. Det borgerliga styret hade i samband med beslutet i juni 2008 att använda en OPS-lösning utsagt att en traditionell upphandlingsmodell skulle användas om inte nödvändig konkur-

rens uppnåddes; det talades om att minst tre anbud behövde inkomma (Yngfalk & Junker 2019, s. 26–28). Situationen blev därför besvärlig när bara ett bud kom in, från Skanska/Innisfree – ett bud som dessutom låg högre än det som satts som riktmärke för vad som var acceptabelt. Trots detta valde den borgerliga majoriteten att gå vidare med upphandlingen. Genom olika argument och beräkningar försökte den övertyga kritikerna om att konkurrens hade förelegat, trots att alltså bara ett anbud hade inkommit (Yngfalk & Junker 2019; se kap. 9).

I den fortsatta upphandlingsprocessen med Skanska/Innisfree inbjöds oppositionen att delta. Och trots att den var fortsatt kritisk, och ansåg att det borgerliga styret och NKS-förvaltningen mest ägnade sig åt illusionsnummer i sina försök att hävda att konkurrens hade förelegat, så spelade oppositionen återigen med. Men i praktiken blev oppositionens deltagande återigen begränsat. Processen belades nämligen med långtgående sekretesskrav, vilket ledde till problem med att förstå de underlag som förmedlades. En stor del av de viktigaste handlingarna från Skanska/Innisfree fick till exempel inte lämna det rum där de förvarades, och de fåtal politiker som fick tillgång till de hemligstämplade handlingarna fick inte berätta om innehållet för utomstående. Detta innebar att oppositionens företrädare inte, som brukligt, fick ta med sig dokument eller berätta om innehållet för kollegor. Detta försvårade förstås arbetet med att granska och kontrollera tillförlitligheten i underlaget och kritiskt diskutera dess innehåll, särskilt som underlaget var omfattande och detaljerat. Även här fanns således ett tydligt exempel på hur den styrande sidan lyckades driva processen framåt och i princip få igenom hela sin vilja, samtidigt som den lyckades få med oppositionen i beredningen – som på så sätt skänkte legitimitet åt processen – utan att ge oppositionen reella möjligheter att påverka.

Dragkampen om OPS-lösningen var emellertid inte över med detta. Socialdemokraterna höll fast vid löftet att riva upp beslutet om att sluta ett OPS-avtal med Skanska/Innisfree om de vann nästa val – ett val som nu närmade sig snabbt. Den 4 maj 2010, knappt ett halvår före valet, drabbade de båda blocken samman. Den borgerliga majoriteten föreslog, efter godkännande av såväl FoUU-utskottet som landstingsstyrelsen, fullmäktige att ge Skanska/Innisfree uppdraget att bygga det nya sjukhuset till en kostnad av 14,5 miljarder kronor. Oppositionen, som fram till nu hade varit helt avvisande, intog nu en ny position. Den reste inga

krav på att helt avbryta processen. I stället gav den sig på kostnadsberäkningarna för det nya sjukhuset, som man menade var för låga. Oppositionen hävdade att kostnaderna skulle bli väsentligt högre, 21 miljarder. Mot den bakgrunden ville oppositionen skjuta upp beslutet och inleda diskussioner med det borgerliga styret om kostnaderna för sjukhuset.

Att oppositionen nu plötsligt intog denna mer samarbetsinriktade strategi förklaras av att Socialdemokraterna en kort tid före omröstningen i fullmäktige hade bytt gruppledare. Den nye gruppledaren, Ilija Batljan, hade en annan syn på hur frågan om NKS skulle hanteras. Han ansåg att slaget om OPS, och vilket företag som skulle få bygga och driva NKS, var förlorat. För oppositionens del handlade det nu därför om att påverka prislappen, och här tyckte sig den nye gruppledaren ha hittat svagheter i det borgerliga styrets kalkyler. Han fokuserade kritiken på detta och fick snart med sig övriga delar av oppositionen.

Oppositionen drev nu således en annan argumentation som gick ut på att den kunde acceptera Skanska/Innisfree som byggherre om finansieringen fick en annan uppläggning, där landstinget genom ett förskott återtog en stor del av den finansiella risken. Detta skulle leda till betydande kostnadssänkningar för landstinget. Batljan lyckades dock inte få med sig det borgerliga styret på att ändra upplägget av affären. Det var naturligtvis svårt för de borgerliga att vid sittande bord gå med på ett förslag från oppositionen som i praktiken visade att borgarnas förslag – som under lång tid hade stötts och blötts i landstingsförvaltningen och i olika politiska instanser – var så illa beräknat att en nyinkommen fullmäktigeledamot på bara någon månad genom ett annat upplägg kunde spara flera miljarder kronor. De borgerliga stod således fast vid sitt förslag, och röstade igenom det med siffrorna 75 mot 55.

Batljan fortsatte dock att bearbeta det borgerliga styret, och till slut, bara fyra dagar efter det första beslutet, den 8 maj 2010, lyckades han få med sig den borgerliga majoriteten på en reviderad finansiering som även övriga oppositionspartier avstod från att rösta emot. Miljöpartiet och Vänsterpartiet avgav visserligen en röstförklaring om fortsatt motstånd till OPS-lösningen, men eftersom den reviderade finansieringsplanen innebar en väsentligt minskad kostnad för landstingets skattebetalare ville de inte motsätta sig det nya finansieringsbeslutet. Således hade det stora samförståndet uppstått igen, och ledarna för de två största partierna – Moderaterna och Socialdemokraterna – gick bokstavligen

i armkrok ut tillsammans efter det extra fullmäktigesammanträde som bekräftade uppgörelsen (Larsson & Sundström 2020, s. 47). NKS och dess finansiering blev inte heller en fråga i valrörelsen hösten 2010. Det borgerliga blocket vann stort och för första gången på länge var segraren samma block som under förgående period.

Sammantaget präglades perioden 2008–2010 av ett borgerligt styre som drev NKS-projektet, och då särskilt OPS-lösningen och processen bakom tilldelningsbeslutet, framåt i högsta fart. Utredningar och beredningar ägde rum avskärmat och leddes av en mindre krets av tjänstepersoner och politiker. Avståndet mellan politik och förvaltning krympte. Oppositionen hölls på avstånd. Även om den ställde upp på möten, i utskott och informella förhandlingar hade den små möjligheter att påverka de större och avgörande besluten. Dess deltagande gav samtidigt besluten legitimitet. Och eftersom diskussionerna fördes informellt och bakom lyckta dörrar, och eftersom stora delar av beslutsunderlagen var försedda med sekretess nådde inte diskussionerna medierna. Medborgarna förblev därmed ovetande om händelseutvecklingen och de handlingsalternativ som stod till buds. Och även om oppositionen bara påverkade händelseutvecklingen marginellt blev den i hög grad medansvarig. Det blev tydligt när journalister så småningom började gräva i frågan och när kritiska frågor om vad som egentligen hade hänt började ställas. Enigheten var då som bortblåst. Ingen ville plötsligt veta av OPS-lösningen och partierna började skylla på varandra om vem och vilka som hade ansvaret för det som hade hänt, hur väl genomtänkt det hade varit och vems fel det i slutändan var.

AVSLUTANDE DISKUSSION

Ett utmärkande drag för det politiska systemet i SLL under den period som här avhandlas är dess strukturella instabilitet. Det kommunala politiska systemet i Sverige hade vid denna tidpunkt fortfarande ett regelverk som till stora delar tänktes verka för en kultur av samförstånd och kompromisser. Samtidigt fanns det en utpräglad konfliktorienterad kultur inom Stockholms läns landsting, en kultur som möjligen hade stärkts genom de försiktiga steg som tagits på central nivå i försöken att föra kommunalpolitiken i riktning mot ett parlamentariskt system.

SLL kan således säga ha präglats av dubbla demokratisystem: det

parlamentariska, mer konfliktorienterade och ett mer samarbetsorienterat. Det är förvisso vanligt att statsskick innehåller element av olika typer av ideala system. I praktiken har de dock ofta en klar tyngdpunkt mot en av idealmodellerna, vilket ger stadga åt systemet. Men i SLL tycks de båda systemen ha förekommit samtidigt, utan att någotdera dominerade. Man skulle kanske kunna tro att genom att tillämpa två demokratiska idealmodeller samtidigt skulle resultatet bli mer demokrati – men i detta fall blev inte ett plus ett tre, utan snarare ett.

Ett grundproblem i fallet med NKS är att det rörde sig om ett megaprojekt; det handlade om en fråga som var utsträckt i tiden och som krävde långsiktiga lösningar, samtidigt som det omfattade mycket pengar och hade stora konsekvenser för många aktörer. Att projektet hade denna storlek innebar att de politiska partierna inledningsvis kände stort tryck att samarbeta och komma överens. Partierna kom också överens till en början, men den konfliktorienterade kulturen gjorde att initiativtagarna inom högerblocket inte riktigt litade på att vänsterblocket skulle driva projektet vidare om de övertog makten. Därför skyndades processen på. Kritiska frågor avfärdades och åtgärder vidtogs för att se till att händelseutvecklingen låstes fast på den stig som hade anträtts. Detta innebar att många av de nackdelar som riskerar att uppträda i ett konsensusorienterat system – att frågor blir mindre diskuterade och genomlysta och att allmänheten får begränsad och tillrättalagd information – fick ett betydande genomslag redan tidigt i NKS-fallet.

När de båda blocken senare rök ihop om OPS-lösningen – och båda tillgrep konfliktstrategin – kände sig det borgerliga styret på nytt nödgat att driva på händelseutvecklingen. Genom att särorganisera NKS-projektet och skapa särskilda förvaltningar och politiska instanser hölls oppositionen och andra kritiker på avstånd. Resultatet blev förvisso handlingskraft, men det höga tempot och de slutna beredningsprocesserna medförde att OPS-lösningen drevs igenom utan grundligare analyser och diskussioner. Återigen fick systemets (denna gång det parlamentariska) nackdelar stort genomslag.

När sedan det borgerliga styret på ett ganska graverande sätt – och utifrån en tydlig konfliktstrategi – försökte trumfa igenom OPS-lösningen 2010, och besluta om tilldelning trots att det bara hade inkommit ett anbud, blev det tydligt vad detta megaprojekts långa utsträckning i tiden hade för betydelse. För även om oppositionen länge hotade

med att dra tillbaka hela processen, och starta om från början med en traditionell upphandlingsmodell, så var projektet nu så pass långt gånget och så många investeringar gjorda att det upplevdes som omöjligt att stoppa projektet. Att oppositionspartierna själva hade suttit vid makten 2002–2006 och drivit projektet framåt försvårade också möjligheterna att nu blåsa av det hela. Oppositionen valde därför att möta det borgerliga blockets konfliktstrategi med en samarbetsstrategi för att åtminstone få igenom delar av sin vilja. Men priset blev betydande. Frågan försvann från dagordningen och därmed från valdebatterna 2010. De enstaka artiklar i medierapporteringen som tog upp frågan plockades inte upp och ledde varken till ytterligare mediebevakning eller fortsatt debatt. Först flera år senare blommade en mediediskussion upp på nytt om upphandlingen av OPS (se kap. 14), men då var NKS i princip redan på plats.

Noterbart är också att den hypotes som inledningsvis presenterades – att när de politiska partierna är oense leder detta till uppmärksamhet från massmedierna och väljarna får mer allsidig och djuplodande information om det problem som beslutet ska lösa – inte riktigt stämmer i fallet med NKS. Visserligen var massmediernas bevakning inledningsvis i huvudsak okritisk, men det förekom ändå enstaka rapporter om konflikten om OPS och kravet på hemligstämpling vid upphandlingen. Detta ledde dock inte till den opinionsstorm som senare skulle ta fart från 2015. Oenighet mellan de politiska partierna är alltså inte nödvändigtvis tillräckligt för att medierna ska uppmärksamma en fråga. Det som också behövs är ett slags informellt samarbete mellan oppositionen och medierna, och troligen också att frågan kan knytas till aktuella och kännbara – ganska akuta – problem. Det är svårt för medierna att driva en kritisk granskning av megaprojekt som pågår under längre tid om inte oppositionen är beredd att haka på och bygga vidare på kritiken (se vidare kap. 14). En av flera möjliga förklaringar till detta händelseförlopp kan därför vara det särskilda politiska system som hade utvecklats i landstinget, där det i ena stunden var samarbete som gällde och i nästa stund konflikt. Ibland har denna typ av hybrid mellan olika politiska system kallats för kvasi-parlamentarism, en olycklig blandning av flera demokratiska idealmodeller (Bäck m.fl. 2015, s. 209, 308). Blandningen är olycklig för att de svaga sidorna av respektive system ofta får större genomslag än de starka. NKS är ett exempel på detta.

11. Tjänstepersonerna: ett brutet förvaltningskontrakt?

Göran Sundström & Catrin Andersson

INLEDNING

I tidigare kapitel har vi kunnat se hur frågan om Nya Karolinska Solna (NKS) från början, och ganska långt in i beslutsprocessen, präglades av vad vi kallar ”visionär oklarhet”. Det fanns tidigt en politiskt uttryckt vilja att skapa någonting nytt. Denna vilja omfattade inte bara en ny flexibel sjukhusbyggnad, utan också en ny regional (och kanske nationell) sjukvårdsstruktur, nya verksamhets- och arbetsformer, en ”vetenskapsstad” i världsklass samt ett ökat utrymme för marknadskrafterna att verka inom sjukvårdssektorn, tydligast uttryckt i idén om offentlig-privat samverkan (OPS).

Hur allt detta skulle åstadkommas visste dock inte politikerna när visionen tog form under åren kring millennieskiftet. Detaljerna fanns inte på plats. I det avseendet var situationen högst ordinär. När politiker vill åstadkomma större förändringar på ett område brukar de i regel inte ha särskilt detaljerade program och idéer för hur förändringen mer konkret ska gå till. Det närmare genomförandet av (vaga) politiska visioner och program överlåts i stället ofta till förvaltningen, som normalt besätts med experter och andra med lång erfarenhet av området i fråga. Politikerna tar alltså hjälp av den expertis som finns i förvaltningen – en expertis som omfattar både sakfrågor (i detta fall inom sjukvården) och procedurfrågor (hur beslut i politiska organisationer bereds och fattas).

Relationen mellan politik och förvaltning kan här liknas vid ett ”förvaltningskontrakt” (Hood & Lodge 2006; Niemann 2013).[27] För svensk del innebär kontraktet att politiker förväntas agera med förtroende

27. Här avses inte ett formellt kontrakt, utan i stället handlar det om normer, dvs. förväntningar på hur relationen mellan politiker och tjänstepersoner bör se ut. Detta kontrakt ser olika ut i olika länder.

gentemot förvaltningen genom att använda den expertis och de erfarenheter som de anställda bär på, vara tillgängliga och öppna i relationen till de anställda och ta ett övergripande ansvar för politiken genom att se till att förvaltningen har rimliga resurser och genom att avstå från att skylla ifrån sig på förvaltningen. I gengäld förväntas tjänstepersonerna agera med lojalitet gentemot politikerna genom att visa lyhördhet och följsamhet, förse politikerna med korrekta och genomarbetade beslutsunderlag och att varna överordnade när de anser att kollegor eller chefer agerar på ett sätt som de anser är felaktigt.

Grundkontraktet förväntas gälla alla offentliganställda, men samtidigt betonas delar av kontraktet olika mycket beroende på var i förvaltningen en anställd befinner sig. Denna fråga har två centrala dimensioner. Den ena gäller den position en förvaltning har mellan de båda idealtypiska organisationsformerna ”myndighet” och ”företag” (Brunsson & Sahlin-Andersson 2000). Som diskuterades i kapitel 2 har det sedan mitten av 1980-talet bedrivits ett ihärdigt förvaltningspolitiskt reformarbete på både statlig och kommunal nivå med syfte att göra de traditionella förvaltningarna mer lika privata företag (Johansson m.fl. 2018). Centrala företagsegenskaper, som individualitet, målrationalitet och chefs- och ledarskap, har betonats och delvis trängt undan centrala myndighetsegenskaper, som gemenskap, regelföljande och eget ansvarstagande (Jacobsson 2020; Sundström 2019a). Detta har lett till förändrade rolluppfattningar och identiteter hos de anställda, där olika ekonomivärden (funktionell rationalitet, kostnadseffektivitet och produktivitet) har blivit viktigare på bekostnad av olika demokrativärden (politisk demokrati, rättssäkerhet och offentlig etik) (Ehn 2020; Lundquist 2012). Denna förskjutning kan också förväntas medföra en försvagning av ”förvaltningskontraktet”.

Samtidigt har företagsegenskaperna organiserats in och betonats olika mycket inom olika delar av förvaltningen. I praktiken finns det i dag en mängd typer av förvaltningar, som alla är att betrakta som ett slags (mer eller mindre långtgående) hybrider mellan ”myndigheter” och ”företag” (Alexius & Furusten 2019; SOU 2015:24, s. 284–288). Inom hälso- och sjukvården har hybridiseringen pågått sedan slutet av 1980-talet då beställar–utförarmodellen (BUM) infördes inom flertalet landsting. Forskning visar att detta har medfört ökad formalisering, centralisering, hierarkisering och en försämrad relation mellan politiker och sjukhus-

ledningar, med höjd konfliktnivå och ökad misstro som följd (Berlin & Kastberg 2011; Hallin & Siverbo 2002; Jacobsson 2002; Montin & Granberg 2013). I Stockholm infördes BUM i början av 1990-talet, under namnet Stockholmsmodellen, och Karolinska universitetssjukhusets (KS) dåvarande sjukhusledning menar att modellen skapade försämrade relationer mellan politiker och sjukhusledningar (Bygdeman m.fl. u.å.; Lindsten u.å.). Man gick från en relation präglad av nära, många och täta kontakter till distanserade, formaliserade och färre kontakter, vilket av sjukhusledningen uppfattades som ett minskat politiskt engagemang och intresse och en situation präglad av en ”ömsesidig misstro”. Förvaltningskontraktet tycks alltså inte ha varit särskilt starkt när NKS-projektet sjösattes.

Den andra dimensionen som bestämmer ”förvaltningskontraktets” styrka i en förvaltning rör hur förvaltningen är positionerad mellan politikerna och medborgarna. I den ena änden finns här de offentliganställda som arbetar längst ner i förvaltningens serviceorganisationer, såsom poliser, handläggare vid Försäkringskassan och arbetsförmedlare på statlig nivå respektive läkare, sjuksköterskor, lärare och vårdpersonal vid äldreboenden på kommunal nivå. Dessa så kallade gatubyråkrater (Lipsky 2010) befinner sig långt ifrån politikerna, och en stor del av deras arbete handlar om att hantera enskilda ärenden, där de utifrån lagen, och med utgångspunkt i sin expertis och profession, fattar beslut som på ett mer direkt sätt rör medborgarna. Därför förväntas de agera med ett relativt stort mått av oberoende och integritet gentemot olika aktörer, inklusive politikerna. För hälso- och sjukvårdens del är denna oberoendeaspekt särskilt framträdande genom att de anställda inom detta område (särskilt läkarna) utgör en stark profession som många (inte minst de själva) anser bör arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och med en markerad självständighet gentemot politikerna (Berlin & Kastberg 2011; Blomqvist 2007; Hallin & Sivebo 2001).[28]

I den andra änden finns de som arbetar högst upp i förvaltningshierarkin, inom departement, riksdagsutskott samt verksledningar på statlig nivå och inom centralförvaltningar och ledningar för större ser-

28. I patientlagen (2014:821, 7 §) stadgas: ”Patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.”

viceorganisationer (som sjukhus) på kommunal nivå. Dessa utmärks normalt av särskilt goda kunskaper dels om politikernas viljor och önskemål inom den egna sektorn, dels om i vilken utsträckning och på vilka sätt man måste ta hänsyn till politiska och administrativa viljor och önskemål inom andra berörda sektorer och förvaltningsenheter. De har dessutom goda kunskaper om *hur* politiska beslut ska beredas och fattas. Dessa tjänstepersoner får därför en viktig roll som medlare och samordnare, såväl horisontellt, mellan olika sektorer och enheter, som vertikalt, mellan politikerna och gatubyråkraterna (Brunsson & Jönsson 1979; Regeringen 2017a, s. 194). Genom att kommunala nämnder ofta avspeglar partiernas styrka i fullmäktige är kraven på (politisk) bredd och allsidighet samtidigt större för kommunala tjänstepersoner i centralförvaltningen än för tjänstepersoner i departementen, som primärt har att beakta regeringens viljor och önskemål. Här liknar de kommunala tjänstepersonernas roll mer den tjänstepersonerna i riksdagen har. Med detta sagt ska det också konstateras att det finns flera olika typer av högre tjänstepersoner, inte minst inom hälso- och sjukvården. Medan tjänstepersoner inom den centrala förvaltningen har en närmare relation till politikerna – och därmed relativt goda förutsättningar att utveckla starka lojaliteter och förtroenden – är sjukhusledningarnas, och särskilt sjukhusdirektörernas, position mer komplicerad. Forskning visar att sjukhusdirektören har att tampas med dubbla lojaliteter, dels nedåt mot professionen, dels uppåt mot politikerna och att detta ofta upplevs som problematiskt då politikernas och professionernas intressen och värderingar inte sällan står i konflikt med varandra (Grünberg 1996).

Det här kapitlet handlar om hur politikerna och anställda högre upp i förvaltningshierarkin (i centralförvaltningen och i sjukhusledningar) i Region Stockholm agerade i fallet NKS. Den grundfråga som behandlas är om politikerna och tjänstepersonerna levde upp till förvaltningskontraktet. Om inte, på vilket sätt kan det sägas ha brutits, varför bröts det, och vad fick det för betydelse? Genom olika exempel från beslutsprocesserna bakom NKS argumenterar vi för att förvaltningskontraktet bröts på olika sätt. Vi resonerar också kring möjliga orsaker till att kontraktet bröts på de sätt som skedde och vilka konsekvenser det fick.

Tre avsnitt följer. Härnäst skisseras mer utförligt det vi kallar förvaltningskontraktet. Därpå analyserar vi med hjälp av vår kontraktsteori olika skeenden i beslutsprocessen bakom NKS. I det sista avsnittet sum-

merar vi våra iakttagelser och diskuterar olika organisatoriska arrangemang som vi menar möjliggjorde de olika aktörernas ageranden.

FÖRVALTNINGSKONTRAKTET

Som diskuterades i kapitel 3 föredrar politiker många gånger att formulera sig öppet och först efter hand, och vid behov, precisera sig. Det närmare innehållet i reformer överlämnar de till tjänstepersonerna att utforma (Hysing & Olsson 2012; Jacobsson m.fl. 2015; Page & Jenkins 2005; Page 2008). Det betyder dock inte att förvaltningen inte styrs av politikerna. Studier av svensk kommunal förvaltning visar att det generellt finns ett betydande mått av närhet och tillit i relationen mellan politiker och tjänstepersoner (Bengtsson 2012; Bergström & Eklund 2019, s. 204; Jonsson m.fl. 2012; Solli 2017; Montin & Granberg 2013, s. 92–94; Mouritzen & Svara 2002). Denna närhet och tillit är i hög grad normstyrd och betyder att politikerna förväntas agera med *förtroende nedåt*, gentemot förvaltningen. De förutsätts respektera förvaltningen och använda den expertis och de erfarenheter som de anställda bär på. Detta inkluderar att visa intresse för de anställda och involvera dem i både utformningen och genomförandet av politiska reformer.[29] Politikerna förväntas agera realistiskt och pragmatiskt och lyssna på och bemöta sakliga argument från förvaltningen (Hellström m.fl. 2013; Jonsson m.fl. 2012).

Som framhölls i kapitel 3 handlar denna inkludering inte minst om att få förvaltningen att gradvis ”översätta” och begripliggöra reformidéer utifrån sina erfarenheter och hävdvunna synsätt. Detta är särskilt viktigt när reformerna syftar till att förändra själva förvaltningen (Gioia m.fl. 2012; Lindgren 2018; Weick 1995). Samtidigt upprätthåller politikerna hierarkin genom att formulera övergripande visioner och mål och sedan ha beredskap för att vid behov, och efter bästa förmåga, klargöra dessa visioner och mål i utbyten med förvaltningen.[30] Klargörande kan

29. Studier av tjänstepersoner inom primärkommuner visar att deras efterfrågan på politisk styrning har ökat under senare år (Johansson m.fl. 2018).

30. ”Tjänstemännen driver beslutsprocessen och politikerna går efter och kontrollerar och legitimerar”, som Rolf Solli konstaterar i en stor utvärdering av Västra Götalandsregionens politiska organisation (Solli 2017, s. 9; se även Liff & Nowé Hedvall 2017).

också göras genom tal, skrivelser, debattartiklar och pressmeddelanden. Om politikerna inte tycker att förvaltningen agerar på ett önskvärt sätt kan de också lyfta upp frågan från förvaltningen eller organisera om i förvaltningen, exempelvis genom att ändra i regelverken, ge mer resurser till någon del av verksamheten eller utse nya chefer (se t.ex. Bartholdsson 2007).[31]

Politikerna förväntas också ta ansvar för verksamheten genom att se till att förvaltningen är ändamålsenligt organiserad med avseende på sådant som regler, resurser, organisatoriska enheter, ledningsformer, chefer och övrig personal. En viktig organisationsfråga är också hur olika förvaltningar kopplas samman med andra organisationer – offentliga och privata – så att de löpande får impulser och idéer från omgivningen som både effektiviserar och kvalitetssäkrar genomförandet av politiken (Hellström m.fl. 2013; Sundström 2020a). Att ta övergripande ansvar innebär också att man som politiker aldrig skyller ifrån sig på förvaltningen.

Medan politikerna förväntas agera med förtroende nedåt förväntas tjänstepersonerna att agera med *lojalitet uppåt*, gentemot politikerna. De förutsätts visa lyhördhet och följsamhet och anstränga sig för att se till att det praktiska genomförandet av politiken hamnar så nära politikernas viljor som möjligt, även om dessa viljor – på grund av begränsade kunskaper, politiska kompromisser, en ovilja att precisera sig och en vilja att ge förvaltningen tolkningsutrymme och handlingsfrihet – allt som oftast är vagt uttryckta och fulla av motstridigheter. I lojaliteten ligger det även att på basis av erfarenheter från praktiken förse politikerna med korrekt information och genomarbetade underlag som kan läggas till grund för nya politiska beslut och justeringar av tidigare eller pågående reformer (SOU 2015:24, s. 288–289). I detta arbete förväntas förvaltningen ha integritet och säga ifrån, och varna politikerna, när den anser att kollegor eller överordnade (inklusive politikerna) agerar – eller är på väg att agera – på ett sätt som är ineffektivt eller olagligt, olämpligt eller oetiskt (Lundquist 2012).[32]

---

31. Det sistnämnda är riskfyllt, då styrande politiker lätt kan bli anklagade för politisering om de utan tydlig saklig grund byter ut opolitiska tjänstepersoner. Det gäller även vid maktskiften. Så kallat spoilssystem är inte förenligt med svensk förvaltningstradition. Cregård m.fl. (2019) konstaterar dock att det på kommunal nivå har skett ett ökat byte av ledande tjänstepersoner efter val.

32. I kommunallagen finns det en skyldighet för anställda i kommuner att

Uttryckt i styrningsmekanismer visar tjänstepersonerna sin lojalitet gentemot politikerna främst genom en utpräglad och välutvecklad anteciperingsförmåga (Bengtsson 2012; Niemann 2013; Page & Jenkins 2005). Studier av svensk förvaltning visar att det förekommer rikligt med utbyten mellan politik och förvaltning på alla förvaltningsnivåer, inte minst på den kommunala (Bengtsson 2012; Jonsson m.fl. 2012; Lindgren 2018, s. 158–160; Montin 2018, s. 69, 84), där det weberska idealet om en strikt tudelning mellan politik och förvaltning (ännu) inte är lika framträdande som inom statlig förvaltning (Cregård m.fl. 2019). Genom närheten och de många utbytena lär sig de anställda över tid hur politikerna mer allmänt ser på problem och lösningar och hur de i övrigt resonerar kring frågor inom det politikområde där de anställda i fråga verkar.[33] De kan därför tämligen väl förutse hur politikerna skulle ha agerat om de hade befunnit sig i samma situation som de själva, och de kan sedan agera i linje med dessa förutsägelser. Svenska tjänstepersoner är också benägna, och skickliga på, att i politiska texter och uttalanden leta efter vägledning (”vinkar”) för hur de ska agera.

Om myndigheterna inte klarar av att antecipera politikernas viljor och önskemål via tidigare utbyten eller vinkar kan de ”bjuda in” politikerna till samtal om den beslutssituation de står inför. Dessa samtal har ofta en icke-hierarkisk karaktär och handlar om att på tämligen lika villkor resonera kring frågor – vad Leif Jonsson med kollegor (2012, s. 17–20) kallar en ”gyllene zon”. Ibland räcker dock varken anteciperingförmågor eller samtal för att lösa problem och tjänstepersonerna kan då ”hissa” ärenden upp till politikerna för beslut.[34]

---

lämna upplysningar vid fullmäktiges sammanträden (2017:725, 5 kap, 41 § KL).

33. Studier visar att det finns ett tätare samarbete mellan tjänstepersoner och politiker i presidium/arbetsutskott än i nämnder (Lundberg Rodin 2018; se även Hellström m.fl. 2013, s. 9).

34. Att tjänstepersoner som regel sitter kvar vid maktskiften gör, i kombination med deras utvecklade anteciperingsförmåga och benägenhet att leta efter vinklar i olika dokument, att de också ofta har en god uppfattning om var oppositionen står i olika frågor. De kan därmed hjälpa ett styre i minoritet – eller ett majoritetsstyre som söker en bredare politisk uppgörelse – att utforma förslag som, genom att till viss del tillgodose oppositionens krav, kan gå igenom fullmäktige. Det betyder också att tjänstepersonerna relativt fort kan ställa om vid maktskiften, vara det nya styret behjälpligt och påvisa lyhördhet och följsamhet. På så vis

Sammantaget kan man uttrycka det som att styrrelationen mellan politiker och förvaltning i normalfallet är höggradigt tillitsbaserad, där det finns ett slags kontrakt mellan de båda nivåerna (Montin & Granberg 2013, s. 92). Statsvetaren Cajsa Niemann (2013) har sammanfattat detta kontrakt som att *politikerna tar ansvar för verksamheten* (genom att respektera förvaltningens expertis, finnas till hands och inte skylla ifrån sig på förvaltningen), medan *förvaltningen ger politikerna skydd* (genom att förse politikerna med tillmötesgående och realistiska beslutsunderlag och genom att genomföra beslut på ett lyhört och professionellt sätt, vilket inkluderar att säga ifrån när det är påkallat).

KONTRAKTSBROTT

I det följande redogörs för olika skeenden i de beslutsprocesser som ledde fram till färdigställandet av NKS och där olika centrala aktörer – såväl politiker som tjänstepersoner – agerade på ett sätt som kan tolkas som att de bröt mot förvaltningskontraktet. Dessa kontraktsbrott fick också betydelsefulla konsekvenser av skilda slag.

Karolinska och de tidiga utredningarna

Det första exemplet på kontraktsbrott härrör från den tidiga planeringen av NKS där den befintliga förvaltningens sakliga expertis och erfarenhet ställdes åt sidan av de styrande politikerna och där förvaltningen svarade med att agera på ett sätt som kan uppfattas som avogt. Närmare bestämt handlar det om hur politikerna valde att organisera de båda utredningar som låg till grund för beslutet att bygga NKS: SNUS- och 3S-utredningarna från 2002 respektive 2004.

Som framgått av tidigare kapitel i denna bok kom de politiska visionerna bakom NKS redan från början att omfamna mycket mer än enbart ett nytt sjukhusbygge (kap. 4; Johannesson & Qvist 2019). Inte minst handlade de om att förändra sjukvårdsstrukturen i Region Stockholm och att skapa en tydligare nivåstrukturering av sjukvården, där NKS skulle ges ett mer renodlat högspecialiserat uppdrag (Grafström & Andersson 2019). Samtidigt ville politikerna komma till rätta

kan ett upplevt behov hos ett nytt styre att byta ut de opolitiska tjänstepersonerna undvikas (Granfors 2015; Toreheim 2019).

med den styrningsproblematik och ”förändringsobenägenhet” som de ansåg präglade KS, och som i mångt och mycket sågs som en kulturell fråga – som något som ”satt i väggarna” (Andersson & Grafström 2019, s. 21; Johannesson & Qvist 2019, s. 14, 20; Öhrming 2017).

Eftersom politikerna såg det befintliga sjukhuset som en väsentlig del av den problematik som det nya sjukhuset skulle lösa valde de att hålla sjukhuset på avstånd när frågan om NKS skulle utredas. I SNUS tog sig detta uttryck bland annat i att utredningen gavs snäva direktiv och kort tid (endast sex månader) där utrymmet för att föra fram alternativa idéer var begränsat (Johannesson & Qvist 2019, s. 20–22). Det tog sig även uttryck i att KS (genom sjukhusdirektören) inte tilldelades en ordinarie ledamotsplats i utredningen utan fick nöja sig med en plats som adjungerad, vilket innebar en rätt att närvara och delta i diskussioner men inte att delta i utredningens beslut (Andersson & Grafström 2019, s. 10). Det gällde, som dåvarande finanslandstingsrådet Ralph Lédel (M) uttryckte saken i en intervju ett antal år senare, att ”ha rätt folk på rätt stolar” (Ennart & Mellgren 2016, s. 298).

I den efterföljande 3S-utredningen fick KS ingen representation alls i ledningsgruppen. Här var i stället tanken att personalen vid KS, tillsammans med personal från andra sjukhus, skulle bistå utredningen, men då i egenskap av experter för sina skilda discipliner och inte som representanter för sina organisationer (Johannesson & Qvist 2019, s. 28). Detta innebar att KS, i egenskap av *förvaltning*, blev helt utan inflytande i utredningen. Dessutom begränsade tidspressen möjligheterna till faktisk påverkan för de experter som deltog i arbetet. De aktörer som drev förändringsarbetet medgav också senare att den förändring i synsätt som konceptet med det nya sjukhuset krävde tog betydligt längre tid än vad 3S-utredningen medgav (ibid., s. 28–29). Men framför allt begränsades möjligheterna till påverkan av att konceptet om att bygga ett litet, högspecialiserat, forskningsdrivet och flexibelt universitetssjukhus nära Karolinska Institutet (KI) redan hade låsts fast innan utredningsarbetet inletts. De expertgrupper som 3S-utredningen upprättade kom alltså att diskutera mer avgränsade frågor inom ramen för en i hög grad given grundstruktur.

Vad fick detta utestängande av KS sjukhusledning för konsekvenser? Vår kontraktsteori säger oss att förvaltningar som känner sig åsidosatta kan ha svårt att acceptera idéer och förslag utformade av andra aktörer,

särskilt om dessa idéer och förslag rör den förvaltning som har åsidosatts. Snarare än att vara beslutsfattare och policyskapande utredningar – av den typ som SNUS och 3S utgjorde – behjälpliga med kunskaper och erfarenheter riskerar utestängda förvaltningar att bli misstänksamma och börja ifrågasätta, och till och med aktivt motarbeta, utredningarnas resonemang och förslag. Dessutom försämras möjligheterna till ett effektivt genomförande av utredningarnas förslag om den förvaltning som ska stå för genomförandet inte har fått delta i utredningen.

I detta fall kan vi spåra den typen av ageranden från KS sida. När SNUS-utredningen initierades var sjukhuset mitt uppe i ett eget förändringsarbete som utgick från en särskild fastighetsutvecklingsplan. Denna plan var i sin tur baserad på en utredning av Locum från år 2000 som visade att en ombyggnation av KS var ett möjligt alternativ till en nybyggnation – även om de båda alternativen beräknades kosta ungefär lika mycket (Johannesson & Qvist 2019, s. 14, 19). Det fanns således både idéer och kunskaper inom sjukhuset som ledningen ansåg behövde tillföras SNUS-utredningen.

Sjukhusledningen valde i detta läge att luta sig mot en egen parallellutredning till SNUS – en utredning som inte var sanktionerad av den politiska ledningen i landstinget. Denna utredning, där även Locum fanns med, kom fram med ett förslag på ombyggnation av sjukhuset med ett i huvudsak bevarat grunduppdrag. Rapporten präglades överlag av en vilja av att behålla så mycket som möjligt av det befintliga, och det är inte utan att man kan ana en viss trotsighet när utredarna som ett slags parafras till att ”problemen sitter i väggarna” i stället slår fast att ”styrkan sitter i väggarna” (ur ibid., s. 19). Utredningens förslag gick alltså stick i stäv med de styrande politikernas önskemål och det arbete som SNUS bedrev. Föga förvånande fick parallellutredningen också ett svalt mottagande av politikerna.

I SNUS slutfas lämnade också den adjungerade sjukhusdirektören en längre skriftlig, och högst kritisk, kommentar till utredningen. Inte minst gällde kritiken att sjukhuset inte hade getts möjligheter att delta i tillräcklig utsträckning i utredningens arbete och att viktig kunskap och kompetens därmed inte hade tillvaratagits. Att det gnisslade mellan SNUS-utredningen och sjukhuset märks också av minnesanteckningar från SNUS styrgrupp. I dessa framgår att gruppen tampades med ett dilemma. Å ena sidan upplevde den ett behov av att kontinuerligt

förankra idéer och förslag hos KS, men när gruppen närmade sig sjukhusledningen uppstod allt som oftast meningsskiljaktigheter mellan de båda (Andersson & Grafström 2019, s. 10–11).

Även 3S-utredningens ledningsgrupp kunde mot slutet av sin utredningstid konstatera att den hade misslyckats med det förankringsarbete som ingick i uppdraget från landstingspolitikerna. I minnesanteckningar från gruppen går det att läsa att den eftersökta breda och aktiva dialogen med sjukvårdens personalgrupper hade uteblivit. Följden blev att utredningens förslag stannade på en visionär nivå som övergripande beskrev *vad* som skulle göras, men det saknades en tydlig handlingsplan över *hur* genomförandet skulle gå till. Detta sågs av ledningsgruppen som ett stort misslyckande: ”Drömmar kan man ju ha men hur skall de förverkligas?” frågade sig gruppen på ett av sina sista möten (ibid., s. 11).

Att förslagen om sjukhuset stannade på en övergripande nivå ställde också till problem för 3S vidare uppdrag att utreda det nya sjukhusets effekter på sjukvårdsstrukturen i stort i Stockholms län. I slutändan kom utredningens båda delprojekt – det om NKS och det om Stockholms hälso- och sjukvård – att presenteras som två separata rapporter utan gemensamma och sammanhängande planer för genomförandet, något ledningsgruppen själv ansåg vara ”ett *rejält problem*” (ibid., s. 12).

De organisatoriska särlösningarna

Det andra exemplet på kontraktsbrott handlar om de olika organisatoriska särlösningar som de styrande politikerna skapade för NKS-projektet. Direkt efter valet 2006, då Alliansparti erna återtog makten i Stockholms läns landsting (SLL), organiserades planeringsarbetet närmare politiken genom att det programkontor som efter 3S-utredningen hade inrättats för NKS-projektet flyttades från landstingsdirektören till FoUU-utskottet, ett politiskt organ under landstingsstyrelsen. För att öka den politiska ledningens inflytande över planeringsarbetet handplockades också en ny landstingsdirektör till kontoret. Den tidigare direktören, som hade begärt att få arbeta med samma breda mandat som tidigare, avgick (Johannesson & Qvist 2019, s. 31).

Att politikerna genom denna omorganisation ville stärka greppet om NKS-projektet har olika skäl. Ett var att det nya Alliansstyret hade bestämt sig för att det nya sjukhuset skulle byggas med upphandlingsmodellen OPS. Eftersom den modellen redan hade avfärdats av två ut-

redningar (SNUS och 3S), gjorda inom den ordinarie förvaltningen, ville den politiska ledningen att OPS-frågan skulle drivas vidare av någon annan, mer öppensinnad, förvaltning (Junker & Yngfalk 2019; Yngfalk & Junker 2019).[35] Men omorganisationen syftade även till att fortsatt hålla KS ledning på avstånd från NKS-projektet (Andersson & Grafström 2019, s. 15; Öhrming 2017, s. 49). I sin betraktelse över NKS-projektets framväxt skriver professorn i företagsekonomi Jan Öhrming angående *NKS-kansliet*, som programkontoret bytte namn till 2007:

> Organiseringen och bemanningen av kansliet var ett medvetet val och en markering från landstingsledningens sida att man inte riktigt litade på alla delar av den egna organisationen. NKS-kansliets tillkomst kan därför ses som ett misstroende riktat mot Karolinskas ledning och verksamheterna och deras vilja att åstadkomma förändring (Öhrming 2017, s. 43).

KS ledning var dock inte den enda centrala förvaltningen som distanserades från NKS-projektet genom omorganisationen. Även Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (HSN-förvaltningen) hamnade ute i kylan. Denna förvaltning – som har som grunduppdrag att utreda behovet av hälso- och sjukvård i regionen och utifrån det beställa vård och följa upp vårdens resultat – ansågs inte fungera och betraktades som ett ”särintresse” som därför behövde hållas på visst avstånd från projektet (Andersson & Grafström 2019, s. 21; Öhrming 2017, s. 49).

Ytterligare en central aktör som hamnade på avstånd från NKS-projektet var fastighetsbolaget Locum. Detta bolag, med grunduppdraget att förvalta, bygga och utveckla vårdfastigheter åt Region Stockholm, hade spelat en framträdande roll i de tidiga skedena av planeringen, genom att stå för en betydande del av beslutsunderlagen (Johannesson & Qvist 2019, s. 33). Bland annat hade Locum ansvarat för den undersökning från år 2000, där det slogs fast att en nybyggnation skulle kosta ungefär lika mycket som en ombyggnation. Bolaget hade också ingått i 3S-utredningens ledningsgrupp och även ansvarat för arkitekttävlingen 2005–2006. I dessa funktioner hade Locum haft ett nära samarbete med

35. I praktiken beordrade den politiska ledningen NKS-kansliet att genomföra NKS-projektet med en OPS-lösning (Junker & Yngfalk 2019, s. 13–14).

KS och HSN-förvaltningen. 3S hade också i sina diskussioner om det fortsatta arbetet med NKS-projektet föreslagit att Locum skulle ges en central roll.[36] Nu blev bolaget dock ifrågasatt av den styrande politiska majoriteten, som ansåg att dess kompetens inte räckte till för ett så stort projekt som NKS, särskilt som NKS i hög grad sågs som ett vårdorganisatoriskt projekt och inte bara som ett byggnadsprojekt (ibid.; Andersson & Grafström 2019, s. 17).

NKS-kansliet försågs visserligen med ett råd, där KS ledning, Locum och HSN-förvaltningen bereddes platser, men mandatet var tämligen svagt och handlade om att ”bistå” kansliet. Förhållandena liknade således dem under SNUS-utredningen: förvaltningarna tilläts delta i vissa diskussioner som kansliet valde att ta upp på rådsmötena, men dagordningssättandet och det formella beslutsfattandet hölls de borta från. I syfte att bredda kunskapsunderlaget följde NKS-kansliet i stället 3S-utredningens exempel med mer informella arbetsgrupper och seminarier dit vårdpersonal från olika delar av Stockholmssjukvården bjöds in i egenskap av experter. De konceptuella ramarna för projektet var nu emellertid ännu mer fastspikade än under 3S, vilket innebar ännu mer begränsade möjligheter till påverkan för de inbjudna experterna (Johannesson & Qvist 2019, s. 32, 38).

I samband med att beslutet fattades om att bygga NKS (beslutet togs den 8 april 2008) omorganiserades NKS-projektets ledningsfunktion på nytt. Innebörden var att ledningen centrerades ytterligare – på både politisk och förvaltningsmässig nivå. På politisk nivå fick FoUU-utskottet fortsatt ansvar för projektet, men det gavs nu ett kraftigt utökat beslutsmandat av landstingsstyrelsen. Det hela betecknades som ”en speciallösning” och innebar att utskottet i praktiken kom att utgöra den politiska ledningen för NKS-projektet. Noterbart är att Vänsterpartiet och Miljöpartiet endast fick adjungerade ledamöter till utskottet (Andersson & Grafström 2019, s. 18).[37]

---

36. 3S-utredningen lämnade två skilda förslag på hur det fortsatta arbetet med NKS-projektet skulle organiseras. I det ena skulle Locum ansvara för bygget av Karolinska. I det andra skulle Locum ingå i en särskild projektorganisation för NKS tillsammans med andra centrala förvaltningar, som HSN-förvaltningen, KS ledning och landstingsstyrelsens förvaltning (Andersson & Grafström 2019, s. 12–14).

37. Några år senare ändrades detta och de båda partierna fick ordinarie platser i utskottet.

På förvaltningsnivå innebar omorganisationen att NKS-kansliet omvandlades till *NKS-förvaltningen*. Även denna reform innebar en förstärkt beslutskapacitet. Till skillnad från NKS-kansliet, som hade varit ett renodlat beredande organ åt FoUU-utskottet, kom NKS-förvaltningen att förses med exekutiv makt (Öhrming 2017, s. 45). Reformen, som bereddes och genomfördes mycket snabbt (Yngfalk & Junker 2019, s. 22), motiverades med att NKS-förvaltningen behövde få tillräcklig ”status, legitimitet och makt” i relation till andra förvaltningar inom landstinget för att kunna driva idéer och förslag som kunde upplevas som problematiska för dessa andra förvaltningar (ibid.; Andersson & Grafström 2019, s. 19–20). Men till viss del handlade det också om att inte ta för mycket resurser från de ordinarie förvaltningarna, inte minst KS som hade fullt upp med att försöka få till sammanslagningen mellan KS och Huddinge sjukhus, beslutad bara några år tidigare (Andersson & Grafström 2019, s. 19, 22).

NKS-förvaltningen kom att omfatta en arbetsstyrka motsvarande cirka 30 heltidsanställningar. Den kom att präglas av ett slags elitkultur där de anställda dominerades av nyrekryterade personer som arbetade hårt och målmedvetet mot NKS-ledningens målsättningar. Hierarkin var stark inom den nya förvaltningen och utrymmet för kritiska reflektioner och ifrågasättanden begränsat (Yngfalk & Junker 2019, s. 22–24). NKS-förvaltningen blev också i hög grad beroende av externa konsulter (ibid., s. 25). Samtidigt kom NKS-förvaltningens ledning att utveckla mycket nära kontakter med den politiska ledningen. NKS-förvaltningen skulle senare själv komma att uppmärksamma sin särskilda ställning gentemot såväl den politiska ledningen som andra förvaltningar:

> NKS-förvaltningen har varit direkt underställd landstingsstyrelsens FoUU-utskott, sedermera NKS-beredning, och har där löpande (månadsvis) rapporterat status samt fört upp större frågor för beslut. NKS-förvaltningen har med denna beslutshierarki haft en jämförelsevis självständig ställning visavi andra förvaltningar och verksamheter i landstinget (ibid., s. 20).

Men samtidigt som NKS-förvaltningen gavs ett tydligt mandat att självständigt driva NKS-projektet behövde den kunskaper från andra förvaltningar, inte minst från KS. Den fortsatte därför på den inslagna

vägen med dels ett råd knutet till NKS-förvaltningens ledning med representanter från KS, KI och landstingets centralförvaltning, dels olika arbets- och referensgrupper med experter av olika slag.[38] Dessutom rekryterade NKS-förvaltningen cirka 200 personer från KS att arbeta i förvaltningen på 20 procent. Dessa ”20-procentare” var yngre, lovande förmågor utan mer uppburna maktpositioner i sjukhuset. Idén var att få med dessa personer på reformatörernas sida och att de på sikt sedan skulle ta över de styrande positionerna på sjukhuset (ibid., s. 25). I övrigt arbetade NKS-förvaltningen mycket med information. Det tycks ha funnits en idé om att den kritik som fanns mot NKS-projektet främst handlade om kunskapsbrist hos vårdpersonalen. NKS-förvaltningens kommunikationsavdelning arbetade därför hårt med att ta fram färdigförpackat och enhetligt informationsmaterial som personer som talade om projektet skulle använda sig av (ibid., s. 26–27).

Sammantaget kom alltså NKS-frågorna, genom FoU U-utskottet och NKS-kansliet/NKS-förvaltningen, medvetet att organiseras samlat och avskärmat från såväl andra politiska organ som andra centrala förvaltningar. Avskärmningen förstärktes också av att många NKS-ärenden var belagda med sekretess (ibid., 20). Denna organisering gick på tvärs mot 3S-utredningens förslag. Den hade menat att den fortsatta hanteringen av NKS-frågorna behövde organiseras centralt, och nära såväl landstingsstyrelsen som landstingsfullmäktige, så att frågorna kunde behandlas i ett helhetsperspektiv och efter en samordningsprincip där olika centrala förvaltningar fanns med i arbetet, exempelvis genom att inrätta en gemensam projektorganisation där alla berörda förvaltningar kunde vara representerade (Andersson & Grafström 2019, s. 12–14, 18).

Vad fick denna avskärmningsstrategi för konsekvenser? Återigen kan vi ta hjälp av vår kontraktsteori för att tolka de fortsatta skeendena. Överlag kom många centrala förvaltningar, i form av nämndförvaltningar och sjukhusledningar, men även fackliga och politiska organ samt Locum, att uttrycka missnöje med det centrerade och avskärmade sättet att leda NKS-projektet (ibid., s. 17, 23–24, 30–33). Kärnan i denna kritik var att förvaltningarna kände sig utestängda och att deras kunskaper och erfarenheter inte i tillräcklig utsträckning togs tillvara eller att deras

38. Det fanns också ett formellt politiskt beslut att KS ledning skulle bistå NKS-förvaltningen (Andersson & Grafström 2019).

synpunkter inte blev hörsammade – de kom att uppfatta sig som distanserade rådgivare och ”remissinstanser”. Följden blev, menade dessa kritiska förvaltningar, att NKS-förvaltningen och FoUU-utskottet drev NKS-frågorna på ett sätt som var dåligt samordnade med annan verksamhet som pågick inom landstingets olika centrala förvaltningar. Det gällde såväl det konkreta bygget av NKS som Stockholmssjukvården i stort. Detta ledde inte bara till ineffektivitet och betydande svårigheter att planera den framtida sjukvården i länet, utan det medförde också att det spreds motsägelsefulla budskap till såväl vårdpersonalen som medborgarna om vad förändringsarbetet egentligen gick ut på och hur sjukhuset och Stockholmssjukvården i stort skulle komma att se ut och påverka anställda och patienter (SLL 2009b).

Kontraktsteorin säger oss inte bara att berörda förvaltningar som blir utestängda från ett reformarbete kan utveckla en misstänksamhet mot det arbete de är utestängda från, utan den säger oss också att det ingår i förvaltningarnas roll att förse den politiska ledningen med korrekt information och genomarbetade underlag som kan läggas till grund för nya politiska beslut och justeringar av pågående reformer. Här ska förvaltningen också uppvisa integritet och varna politikerna när den anser att reformarbete bedrivs på ett sätt som den anser är ineffektivt eller olagligt, olämpligt eller oetiskt.

I detta fall finns det anledning att tro att flera förvaltningar – särskilt KS ledning och HSN-förvaltningen – uppfattade NKS-förvaltningens arbete som både ineffektivt och olämpligt, kanske till och med olagligt. Det är därför begripligt att dessa förvaltningar med tiden blev alltmer kritiska till NKS-förvaltningen och att det uppstod en konkurrenssituation och en maktkamp mellan å ena sidan NKS-förvaltningen och å andra sidan KS ledning och HSN-förvaltningen. KS var redan under NKS-kansliets tid ovilligt att låna ut personal till de arbetsgrupper som kansliet upprättade (Johannesson & Qvist 2019, s. 38). År 2010 drog sjukhuset också tillbaka de ”20-procentare” som sjukhuset hade lånat ut till NKS-förvaltningen, vilket påtagligt försvårade NKS-förvaltningens arbete. Men parallellt med dessa maktdemonstrationer började sjukhuset och HSN-förvaltningen också bedriva ett påverkansarbete gentemot den politiska ledningen, ett arbete som kan tolkas som ett sätt att uppvisa lojalitet mot ledningen genom att varna den för de oönskade följder som NKS-förvaltningens arbete, enligt deras

uppfattning, höll på att få (Andersson & Grafström 2019, s. 34–35).

Sjukhusets och HSN-förvaltningens agerande krävde ämbetsmannakurage, eftersom deras varningar i praktiken innebar en kritik av det sätt varpå politikerna hade organiserat NKS-arbetet. Agerandet bar frukt. I juni 2011 fattade politikerna beslut att avveckla NKS-förvaltningen och genomföra en omorganisering, som i stället för avskärmning låg mer i linje med 3S-utredningens samordningsprincip (ibid., s. 36–38). Den nya organisationen kom att träda i kraft den 1 januari 2012.

Sjukhusledningens arbete från 2012

En annan förklaring till omorganisationen var att sjukhusledningen (särskilt sjukhusdirektören) hade kommit till rätta med de omfattande ekonomiska problem KS dragits med under en längre tid. Politikerna förklarade att KS, under den nuvarande ledningen, hade genomgått en ”metamorfos när det gällde arbetssätt och ekonomi” (Andersson & Grafström, 2019, s. 35). Sjukhusets ansvarstagande för den egna ekonomin kan alltså sägas ha belönats av politikerna genom att sjukhuset nu tilldelades en central roll i NKS-projektet.

Relationen mellan politiker och sjukhusledning blev nu mer förtroendefull. Även relationen mellan ledningen och de anställda längre ner i sjukhuset förändrades. För att stärka legitimiteten för NKS-projektet internt på sjukhuset betonade sjukhusdirektören att professionerna skulle inkluderas. Direktören presenterade även en långsiktig plan för hur arbetet skulle drivas vidare, inte minst vad gällde organiseringen. Större omorganiseringar skulle undvikas i samband med flytten till det nya sjukhuset. I stället förordades ett gradvist förändringsarbete enligt styrmodellen *lean*.

Förutsättningarna för relationerna mellan de olika aktörerna skulle dock komma att förändras genom rad beslut tagna under de följande åren av såväl politikerna som sjukhusets styrelse och dess ledning.[39] Ett första beslut togs redan 2012 då sjukhuset under en tvåveckorsperiod tog emot ”gratis” konsulthjälp från konsultbolaget Boston Consulting

39. Som påpekades i kap. 2 består Karolinskas styrelse (numera Nämnden för Karolinska) inte av förtroendevalda. Det är en s.k. professionellt sammansatt styrelse. Styrelsen är dock ändå att betrakta som en del av den politiska organisationen.

Group (BCG), som via sjukhusets programkontor redan var involverat i sjukhusets NKS-arbete. När sjukhuset senare fattade beslut att införa värdebaserad vård skulle ledningen, som ett stöd för detta arbete, komma att upphandla just BCG, som var specialiserat på värdebaserad vård.

Ett annat beslut togs 2013, då de styrande landstingspolitikerna utsåg en ny styrelseordförande för KS. Utnämningen skedde trots att en extern granskare bedömde den föreslagna kandidaten som olämplig för uppdraget. Kandidaten hade stora intressen i, och hade själv startat flera, privata vårdbolag som var konkurrenter till KS inom högspecialiserad vård. Granskaren ansåg därför att kandidaten satt på dubbla stolar, vilket riskerade att skada förtroendet för KS. Vänsterpartiet protesterade och krävde en kandidat med ”erfarenhet och kompetens från offentlig sektor” (ibid.; Andersson & Grafström 2020, s. 24). Beslutet att utse kandidaten fattades ändå.

I vår intervju uppgav ordföranden att han drev den typ av ”aktiva styrelsearbete” som han hade goda erfarenheter av från tidigare uppdrag, i större privata bolag (se vidare Andersson & Grafström 2020). Han hävdade att näringslivets funktionssätt borde introduceras brett i sjukhuset, med fokus på ett gott och tydligt ledarskap, effektivitet, snabbhet, flexibilitet och målmedvetenhet. Offentlig sektor generellt, och KS ledning specifikt, beskrevs av ordföranden omvänt som präglad av dåligt ledarskap, brist på initiativförmåga, förändringsobenägenhet och usel ekonomiadministration. Mot den bakgrunden ville ordföranden fasa ut sjukhusdirektörens gradvisa strategi för utvecklingsarbetet på sjukhuset och införa en ny strategi präglad av de näringslivsorienterade värden och ledarskapsideal som ordföranden sade sig värna och som betonade affärsutveckling, alliansskapande, snabbhet och införandet av värdebaserad vård – preferenser som delades av andra näringslivsföreträdare i sjukhusets styrelse (Andersson & Grafström 2020). Beslutet om en ny strategi fattades mot sjukhusdirektörens vilja, och denne valde att avgå.

Genom att på kort tid till sjukhusledningen rekrytera flera personer som delade ordförandens bakgrund och synsätt gavs den nya strategin kraft. Förutom en ny sjukhusdirektör rekryterades även en ny produktionsdirektör: en av de båda BCG-konsulter som hade arbetat gratis för sjukhuset. Produktionsdirektören kom att leda omorganiseringen av KS och införandet av den värdebaserade vården. För det sistnämnda upphandlade direktören sin före detta arbetsgivare, det vill säga BCG,

som kom att sköta stora delar av förändringsarbetet. De omfattande och snabba organisatoriska förändringar som nu genomdrevs – och som genomdrevs på betydande avstånd från personalen – innebar att den gamla chefsstrukturen övergavs och att en helt ny nomenklatur infördes.

Sammantaget kom den politiska ledningen från 2012 genom ett antal beslut, främst rörande KS styrelse, att se till att KS ledning började arbeta efter nya ideal och värderingar, som innebar att näringslivets funktionssätt blev styrande för förändringsarbetet. Men trots att den omorganiserade styrelsen mycket raskt lyckades förändra sjukhusledningens synsätt, och därmed dess huvudstrategi för utvecklingsarbetet, skulle samma styrande Allians som hade omorganiserat styrelsen bara några år senare (2018) uppge att den saknade förtroende för den näringslivstyngda styrelsen, varpå hela styrelsen fick avgå.

Hur kan denna händelseutveckling förstås? Vi menar att perioden präglades av en snabb och kraftfull förskjutning från idealtypen myndighet mot idealtypen företag, med en betoning på egenskaper som individualitet, målrationalitet och ledarskap och en försvagning av egenskaper som gemenskap, regelföljande och eget ansvarstagande som följd. Av stor betydelse var här dels att Karolinska styrdes enligt vad som kallades ”bolagslika former”, dels att Nämnden för Karolinska var vad som kallades ”professionellt sammansatt” (ledamöterna utgjordes alltså inte av politiker), vilket möjliggjorde för politikerna att till styrelsens ordförande 2013 utse en person med starka rötter i näringslivet och som starkt idealiserade dess funktionssätt.

Med utgångspunkt i vår kontraktsteori menar vi att denna förskjutning blev konsekvensrik. Den som tydligast uttryckte kritik med innebörden att den nya ordföranden införde idéer och arbetssätt som bröt mot förvaltningskontraktet var den dåvarande sjukhusdirektören. Direktören ställde sig kritisk till den ”kommersiella synen” som ordförande gav uttryck för (ibid., s. 28). Han menade också att de stora förändringarna som ordföranden omgående ville genomföra inte var möjliga då de bröt mot det långsiktiga utvecklingsarbete som redan var initierat och att ordföranden därigenom hade lagt sig i det operativa arbetet och inte respekterade gränsen mellan politik och förvaltning. Direktören kände sig förbigången och avgick. Man kan tolka händelserna som att konfliktlinjen hade skjutits ner en nivå – från att tidigare ha legat mellan landstingspolitikerna centralt och sjukhuset som organisation

till att nu gå mellan sjukhusets styrelse och dess administrativa ledning.

Även det tidiga utbytet med BCG, och olika beslut som följde av detta utbyte, kom att kritiseras på ett sätt som kan tolkas som att förvaltningskontraktet bröts. En återkommande fråga gällde sammanblandningen av roller och därmed jävsproblem, det vill säga frågor som gäller grundlagens krav på saklighet och objektivitet. I en rapport från 2018 riktade exempelvis KS internrevisorer stark kritik mot sjukhusledningens beslut att låta två konsulter från BCG arbeta gratis för sjukhuset. Revisorerna menade att förfarandet var ”direkt olämpligt”, eftersom det fanns risk för att BCG skaffade sig fördelar inför kommande upphandlingar (Andersson & Grafström 2020, s. 27). Desto mer problematiskt blev det, hävdade revisorerna, då sjukhuset senare kom att upphandla tjänster av just BCG, något som skulle kunna ses som stridande mot upphandlingsreglernas krav på likabehandling och opartiskhet. Upphandlingsbeslutet kom också att kritiseras hårt i medierna, som beskrev det som otillbörligt, inte minst då det visade sig att sjukhuset inte hade tagit det billigaste anbudet. Dessutom fanns det stora frågetecken kring till exempel fakturor och om rimlighet i konsulternas arbetstider (Andersson & Grafström 2020; Gustafsson & Röstlund 2019).

Kritik riktades också mot sättet som den stora omorganisationen och införandet av nya styrmodeller sköttes på. Många menade att arbetet gick alltför snabbt, att det var alltför konsultdrivet och att det bedrevs utan förankring hos personalen (Andersson & Grafström 2020; SOU 2020:15; Krohwinkel m.fl. 2019). Det snabba, slutna och konsultdrivna arbetssättet innebar risker för att fel begicks. En utvärdering uppdagade exempelvis att sjukhusledningen i samband med den stora omorganisationen, och i strid med gällande författningsbestämmelser, hade avskaffat tjänsten som verksamhetschef. Förändringsarbetet möttes också av omfattande kritik från de anställda på sjukhuset som i medarbetarundersökningar uttryckte ett ogillande av den nya organisationen och ett mycket lågt förtroende för sjukhusledningen (Andersson & Grafström 2020). Facket och flera enskilda medarbetare deltog aktivt i den mediala diskussionen genom att skriva kritiska debattartiklar (ibid.). Därmed hade konfliktlinjen skickats ner ytterligare en nivå och gick nu främst mellan sjukhusledningen och sjukhusets anställda.

Det är således all denna kritik, gällande olika typer av brott mot förvaltningskontraktet, som 2018 fick politikerna att reagera och avsätta

styrelsen.[40] Beslutet kopplades entydigt till NKS-projektet och motiverades bland annat med hur upphandlingar och konsultbolag hade hanterats och hur ekonomin hade (miss-)skötts. Det ska noteras att den nya styrelseordföranden, som tillsatts 2013, då redan hade tvingats avgå sedan en ny extern granskning 2014 på nytt pekat på jävsproblematik.[41] Även produktionsdirektören och sjukhusdirektören hade tvingats avgå på grund av den kraftiga mediala kritiken. Att alla dessa chefer – och styrelsen – hade genomfört förändringar som den styrande majoriteten i landstinget ville se spelade ingen roll. Den förlust av legitimitet som brotten mot förvaltningskontraktet medförde kunde inte vägas upp av den förskjutning från myndighet till företag som politikerna, genom sina utnämningar, hade eftersträvat.

AVSLUTANDE DISKUSSION

Den organisering som politikerna beslutade om i exemplen i detta kapitel kan sägas spegla en genomtänkt strategi för att skapa handlingskraft och momentum. Det gällde att se till att rätt personer hamnade på rätt ställen, men också att delegera besvärliga frågor nedåt i förvaltningen. Men exemplen påvisar också tydligt risken med en sådan strategi. Den önskvärda handlingskraften innebär inte bara en allmän nedtoning av olika demokratiska värden som insyn, öppenhet och deltagande. Risken

40. Det har funnits flera beslut under den studerade perioden som har kritiserats såsom jäv och skadat förtroende för sjukhuset, t.ex. när en ny ordförande tillsattes efter att den som tillträdde 2013 hade tvingats avgå. Den nya hade nämligen varit vd för ett läkemedelsföretag med nära kopplingar till KS. Vidare var KS upphandlingschef sedan 2009, som bl.a. hade godkänt upphandlingar och fakturor från BCG, gift med finanslandstingsrådet, som deltog i möten i landstingsstyrelsen när dessa upphandlingar diskuterades. Upphandlingschefen kom senare att avgå. Sjukhusets styrelse innehöll även en ledamot som var f.d. Nordenchef för BCG, och som också tvingades avgå efter mediegranskning. Landstinget menade att man behövde hålla ett ”respektfullt” avstånd till det i NKS-projektet djupt engagerade konsultbolaget (Andersson & Grafström 2020).

41. Revisorerna konstaterade att ordföranden fortfarande satt i bolagsstyrelser för privata vårdbolag, som bedrev vård i konkurrens med KS. Därmed ansågs det finnas risk för att ordföranden kunde utnyttja sin ställning och sin insyn i KS till förmån för vårdbolagen. Denna intressekonflikt kunde i sin tur skada förtroendet för KS (ibid., s. 30).

är också – vilket är poängen i detta kapitel – att ”förvaltningskontraktet” mellan politiker och tjänstepersoner slås ut, vilket i dessa fall fick långtgående konsekvenser.

Genom att inte visa respekt för den etablerade förvaltningen och använda den expertis och de erfarenheter som tjänstepersonerna där bar på skapade de styrande politikerna i exemplen ovan motsträviga och ovilliga förvaltningar. Den pragmatiska och realistiska inställning som politiker förväntas ha, där de lyssnar på och bemöter sakliga argument från förvaltningen, förelåg inte i de beslutsprocesser som skildras i dessa fall. Politikernas agerande ledde till misstänksamhet och avoghet bland berörda tjänstepersoner, där kunskaper, erfarenheter och samordningsvinster gick förlorade och där viktiga utredningars kvalitet försämrades, och där risken även ökade för att olika förslag skulle komma att motarbetas under genomförandet av de förvaltningar som inte fick vara med i utredningsarbetet.

Politikernas agerande kan som sagt begripas utifrån en önskan om att få fart i beslutsprocesserna, särskilt i de tidiga skeendena då initiativtagarna befarade ett nära förestående maktskifte. Det gällde därför att skapa distans till ”bakåtsträvarna” och dem med ”andra intressen och positioner” än dem som drevs av förespråkarna av ett nybygge. När det gäller olika politiska aktörer gjorde de ledande reformatörerna, med Ralph Lédel (M) i spetsen, här av allt att döma ett misstag, eftersom det under hela planeringsperioden fram till beslutet om att bygga det nya sjukhuset i april 2008 rådde partipolitisk enighet om att bygga nytt (Larsson & Sundström 2020).

En annan aktörsgrupp som reformatörerna befarade skulle bjuda motstånd och som de därför ville hålla på avstånd var ”professionen”, främst läkarna som kunde förväntas värna gamla strukturer i form av kliniker, avdelningar och sjukhus. Som vi ska se i nästa kapitel låg det en del i denna farhåga. Det kan emellertid diskuteras vad förespråkarna för nybygget vann på att hålla befintliga *förvaltningar* borta från kommandobryggorna. Som diskuterades i inledningen till detta kapitel är det betydande skillnader mellan anställda längre ner i förvaltningens serviceorganisationer (professionerna) och de högre upp i förvaltningshierarkin (organisationsföreträdarna).[42]

42. Att dessa kan ha olika syn på en fråga, och att de agerar utifrån vitt skilda

Förvaltningsforskningen visar att högre tjänstepersoner sällan motverkar idéer och förslag från överordnade politiker. De må ha personliga övertygelser och viljor som pekar i annan riktning, men de är i regel kapabla att bortse från dessa. Däremot ingår det i deras lojalitet att se till att politikernas idéer och förslag genomförs på ett så bra sätt som möjligt. Det kan betyda att idéer och förslag måste justeras för att skapa politiska majoriteter eller för att passa tidigare överenskommelser, beslut, regelverk och budgetrestriktioner. Ibland kan sådana justeringar vara svåra att göra och då är det viktigt med fungerande kommunikationskanaler mellan förvaltningen och politikerna där de båda parterna kan diskutera hur frågan ska tas vidare. Utestängningsstrategier kan här få förödande konsekvenser. Som påpekades inledningsvis i detta kapitel kan mer långtgående idéer och förslag också behöva malas en stund inom förvaltningen så att de gradvis kan ”översättas” och begripliggöras utifrån erfarenheter och hävdvunna synsätt inom förvaltningen.

Allt detta justerande och malande kan upplevas som frustrerande för politiker som vill få igenom reformer skyndsamt. Poängen här är dock att detta justerande och malande inte i första hand handlar om att förvaltningen är ”bakåtsträvande” och ”förändringsobenägen”, eller att den har andra ”intressen” eller intar andra ”positioner” än den politiska ledningen, vilket är en central utgångspunkt i den förvaltningsforskningstradition som kallas *public choice* (Downs 1967; Niskanen 1971) – och som vi vänder oss emot (se kap. 3). I stället handlar det allt som oftast om att den är noggrann och att det tar tid att åstadkomma nödvändiga förändringar av etablerade synsätt. Visst kan det finnas enstaka tjänstepersoner som agerar utanför normen och avsiktligt motarbetar politikernas förslag (O’Leary 2010), men normalt försöker förvaltningen se till att de reformer som politikerna vill se effektuerade blir så bra som möjligt, inte minst för att politikerna ska slippa att hamna i blåsväder.

Omsatt till exemplen i detta kapitel är det alltså troligt att de förvaltningar som utestängdes hade varit betydligt mer, och över tid också hade blivit alltmer, beredvilliga att hjälpa politikerna att realisera sin vision av ett nytt sjukhus – om politikerna bara hade behandlat förvaltning-

---

identiteter och rolluppfattningar, är inte minst tydligt i fallet med NKS, där ledningen alltsedan sjukhusets öppnande har varit hårt kritiserad av den vårdande personalen (se kap. 12).

arna i enlighet med förvaltningskontraktet och visat dem den respekt som kontraktet föreskriver. Med en inkluderande strategi hade inte bara lokala perspektiv och kunskaper kunnat tas tillvara bättre, utan dessutom hade förutsättningarna stärkts betydligt för att skapa engagemang och legitimitet bland berörda förvaltningar, vilket i sin tur hade minskat risken för konflikter och motsättningar i senare skeden.

Detta kapitel visar också att organisatoriska särlösningar som skapas för att ta hand om nya megaprojekt löper stor risk att ges en struktur som försvårar de anställdas möjligheter att leva upp till förvaltningskontraktet. NKS-förvaltningen är här ett tydligt exempel. Genom att inrätta en förvaltning – som inte bara organiserades på betydande avstånd från den etablerade förvaltningen, utan också kom att besättas med nyrekryterade och prestationsinriktade individer i början av sina karriärer – minimerade politikerna i praktiken möjligheterna för NKS-förvaltningen att leva upp till förvaltningskontraktet. I denna, från övrig förvaltning, avskärmade och höggradigt konsultberoende elitmiljö hade centrala förvaltningspolitiska värden som rättssäkerhet, insyn, offentlighet och deltagande svårt att få fäste. Detsamma kan sägas om de särskilda organisatoriska lösningar som präglade händelseutvecklingen efter 2012, då KS tog över stora delar av NKS-projektet. Att politikerna, helt bortom gängse sätt att organisera nämnder på kommunal nivå, menade att Nämnden för Karolinska (som då kallades styrelsen) skulle drivas ”i bolagslika former”, och dessutom 2013 utsåg en ordförande som såg KS som ett företag, och som ledde sjukhuset efter ideal hämtade från näringslivet, medförde betydande inskränkning av demokrativärdena.

12. Professionerna: pådrivare eller bakåtsträvare?

Martin Qvist

INLEDNING

NKS-projektet har varit föremål för omfattande kritik. Förutom kostnaderna har sjukhusets inriktning mot högspecialiserad vård och dess konsekvenser för sjukvårdssystemet i stort varit särskilt omdebatterade. Inte minst har kritiken kommit från hälso- och sjukvårdens professioner: läkare och sjuksköterskor inom Stockholms sjukvård. Professionernas medverkan är central för hela Nya Karolinska Solna (NKS) eftersom den rör en viktig del av projektets legitimitet: dess förankring och stöd bland dem som är verksamma i sjukvården. Frågan som det här kapitlet undersöker är därför vilken roll och vilket inflytande professionerna har haft i beslutsprocessen bakom NKS.

I mediedebatten har en återkommande kritik varit att Stockholms läns landsting (SLL) och dess politiska ledning inte har lyssnat på professionen och inte tillräckligt beaktat dess expertis. Ofta framträder bilden av ett konfliktförhållande mellan politiker å den ena sidan och professionerna å den andra, där en viktig orsak till problemen som kommit att förknippas med NKS är att professionerna inte tilläts vara tillräckligt delaktiga i planerings- och beslutsprocesserna.

Samtidigt är det svårt att säga att läkare och annan sjukvårdspersonal har varit frånvarande i planeringsarbetet. Från och med 3S-utredningen 2003–2004, via NKS-kansliet och NKS-förvaltningen, till planeringen av driftsättningen på det nya Karolinska universitetssjukhuset (KS) har mängder av workshops, samråd, hearings, seminarier och andra aktiviteter hållits, där tusentals professionsföreträdare har medverkat under årens lopp. Denna bild lyfts ofta fram av personer som haft ledande befattningar eller nyckelroller i processen bakom besluten. Dessa projektledande personer har dessutom oftast haft en professionsbakgrund själva, i regel som läkare.

De två bilderna kan framstå som oförenliga, men är på sätt och vis båda riktiga. De har samtidigt det gemensamt att de ger en förenklad förståelse. För att besvara frågan om vilket inflytande professionerna har haft över planeringen av NKS måste vi gå på djupet och, för det första, undersöka när i tiden professionsföreträdare har kunnat påverka processen. Det är till exempel en stor skillnad mellan att tidigt vara med och påverka utformningen av olika lösningar och att komma in sent och ställas inför ett färdigt förslag. För det andra måste vi undersöka under vilka förutsättningar professionsföreträdare har medverkat – vilket mandat och handlingsutrymme de har haft att påverka planeringsarbetet.

Slutligen behöver vi identifiera vilka kategorier eller grupper av professionsföreträdare som har medverkat i processen. Hälso- och sjukvården omfattar olika yrkesgrupper, framför allt läkare och sjuksköterskor, vars intressen och möjligheter till inflytande kan skilja sig åt betydligt. Läkarprofessionen är känd för att genom sitt kunskapsmonopol besitta en betydande makt över hälso- och sjukvården (Freidson 1986). Rent teoretiskt skulle dessutom varje medicinsk specialitet kunna ses som en egen profession och emellan dessa specialiteter finns betydande intressekonflikter kring resurser och status (Anell 2007). Vidare innefattar professionen inte bara de läkare och sjuksköterskor som ”jobbar på golvet” i sjukvården, dem vi kanske först tänker på när vi hör begreppet profession i en hälso- och sjukvårdskontext. Professionsföreträdare återfinns bland annat som klinikchefer, sjukhuschefer, som forskare, som konsulter, som företagare och i olika roller i privata bolag, samt som tjänstepersoner på landstinget.

Kapitlet inleds med en diskussion om professionsbegreppet, hur professionernas sammansättning och förutsättningar har förändrats över tid, samt hur vi kan identifiera olika kategorier av professionsföreträdare i analysen av NKS-processen. Analysen är sedan indelad i två delar där den första undersöker förutsättningarna för professionernas medverkan i NKS-projektet för att besvara frågorna om när och med vilket mandat de har kunnat påverka. Den andra delen undersöker frågan om vilka från professionerna som har haft inflytande och belyser betydelsen av professionella eliter i planeringsprocessen. Dessa två delar ligger sedan till grund för en avslutande diskussion om professionernas inflytande över projektet.

PROFESSIONER OCH PROFESSIONELLA ELITER

Hälso- och sjukvården utmärks, i jämförelse med andra politikområden, av att vara svår att styra politiskt (se Anell 2007; Berlin & Kastberg 2011; Blomqvist 2007; Öhrming 2008). Professionernas makt, och då främst läkarprofessionens, är en viktig förklaring till denna ”svårstyrbarhet” som bland annat yttrar sig i att den externa styrningen kan få svårt att få genomslag i verksamheten. Vården är en fråga som engagerar medborgarna samtidigt som professionerna tenderar att argumentera utifrån det gemensamma bästa och patientens perspektiv, vilket kan skapa en kraftfull motkraft till politiska initiativ. Politikerna är därför i betydande grad beroende av professionernas stöd för att lyckas med sina reformer (Dickinson & Pierre 2016).

Professioner kännetecknas av en drivkraft att upprätthålla autonomi och ett kollegialt självstyre inom ett yrkesområde. Enligt en klassisk definition utmärks en profession av att, till skillnad från andra yrkesgrupper, ha en exklusiv rätt att kontrollera det tekniska innehållet och organiseringen av arbetet, samt vem som har rätt att utöva yrket (Larson 1977). Den professionella autonomin garanteras av staten som ger yrkesgruppen en upphöjd status, vilket också skapar ett kunskapsmonopol som skyddar gruppen mot inblandning och kunskapsanspråk utifrån (Burau 2016; Freidson 1986, 1988; Saks 2012). Detta kunskapsmonopol rör främst det tekniska innehållet, till exempel en medicinsk specialistkompetens. På basis av denna expertis gör dock professioner också ofta anspråk på politisk autonomi, det vill säga rätten att ha kontroll över viktiga policybeslut – i det här fallet inom hälso- och sjukvården (Elston 1991).

Denna traditionella bild av professioner har emellertid kommit att förändras under de senaste decennierna mot bakgrund av de omfattande reformer som har genomförts inom offentlig sektor. Inom hälso- och sjukvården har framför allt de marknadsinspirerade reformer som genomförts sedan 1980-talet haft stor betydelse. Det professionella arbetet har underkastats en mängd nya former av kontroll, uppföljning och managementstyrning (Evetts 2003; Kirkpatrick m.fl. 2015; Kuhlmann m.fl. 2016). Forskare har ibland kopplat denna utveckling till en risk för avprofessionalisering, men mer sentida professionsforskning betonar snarare att det sker en transformation av professionerna där auto-

nomin och kontrollen över arbetets innehåll i stor utsträckning består, men där förutsättningarna för arbetet förändras (se t.ex. Waring 2014). Detta tar sig exempelvis uttryck i ökad administrativ börda för vårdpersonal och att det professionella arbetet har kommit att bli starkare kopplat till de organisationer som de professionella arbetar inom (Battilana 2011; Evetts 2011). Än mer betydelsefullt för analysen här är att transformationen har inneburit en ökad intern skiktning, eller stratifiering, av professionerna. Den amerikanske sociologen Eliot Freidson (1994) har pekat på betydelsen av en framväxande medicinsk elit bestående av forskare och doktorer som går in i ledarskapsbefattningar i sjukvårdsorganisationerna. Senare forskning har beskrivit fenomenet med professionsföreträdare som intar ledande positioner i organisationer i termer av en ”hybridprofessionalism” som kombinerar olika yrkesidentiteter (Noordegraaf 2015).

Medan grupper av elitprofessionella får ökad makt i förhållande till de praktiserande läkarna ”på golvet”, bidrar de samtidigt till att skydda den professionella autonomin från yttre påverkan. Professionen består, men i en förändrad och mer stratifierad form för att passa in i en ny marknads- och organisationskontext. Den professionella eliten kan i detta sammanhang placeras i skärningspunkterna mellan professionen och dess omvärld – dessa företrädare befinner sig i gränslandet mot staten, marknaden och akademin och hanterar professionens relationer med dessa olika sfärer (Waring 2014). De kan ibland fungera som ”medlare” (Waring 2014) och ”tvåvägsfönster” (Llewellyn 2001) mellan professionen och externa aktörer. Hur framgångsrika de är kan dock skilja sig åt mellan olika kontexter. Till exempel pekar vissa forskare på att lojaliteten med professionens gemensamma intressen inte kan tas för given och att dessa eliter i stället kan komma att tjäna externa intressen (t.ex. Coburn m.fl. 1997).

Överfört till NKS-fallet kan man ur det professionsteoretiska perspektivet se detta som en process som ägde rum just i gränslandet mellan profession, marknad, akademi (främst i form av KI) och stat (eller närmare bestämt landstinget i Stockholm). Detta gör också att vi teoretiskt kan förvänta oss att företrädare för den professionella eliten har spelat en betydelsefull roll. Det gör det fruktbart att använda begrepp från professionssociologin för att försöka identifiera olika typer av professionsföreträdare i processen.

Basen för professionerna utgörs av *praktikerna*, de kliniskt verksamma läkarna och sjuksköterskorna, *the rank-and-file of medicine* (Freidson 1994). Med hjälp av den brittiske sociologen Justin Waring (2014), som har förfinat Freidsons kategorier över medicinska eliter, kan vi identifiera tre med särskild betydelse i planeringen av NKS-projektet. Den första är en *kunskapselit* bestående av ledande företrädare kopplade till akademin, i det här fallet främst Karolinska Institutet (KI). Den andra är en viktig grupp av personer med medicinsk bakgrund i olika ledande befattningar, både på sjukhusnivå och inom landstinget, som kan ses som en del av en *ledningselit* (*management elite*). Den tredje var framför allt framträdande under NKS-förvaltningens tid och benämns som en *praktikerelit* – personer som till vardags är en del av den kliniska praktiken, men som av olika skäl lyfts upp till en mer exklusiv position, oftast på basis av deras särskilda expertkunskap eller praktiska erfarenheter.[43]

I analysens första del behandlas frågorna om när i tiden och med vilket mandat professionsföreträdarna gavs möjlighet att påverka processen. Här är professionernas dragning mot att bevara kunskapsmonopolet och upprätthålla gränser mot externa kunskapsanspråk en central utgångspunkt. I analysens andra del fokuseras i stället vilka delar av professionerna som haft inflytande över processen och här används kategoriseringen av olika professionella eliter som ett analytiskt redskap.

När och hur har professionerna kunnat påverka beslutsprocessen?

Att involvera dem som berörs av ett bygg- eller förändringsprojekt är ofta en uttalad strategi i planeringsprocesser. Det viktigaste motivet till detta är att delaktighet och inflytande i planeringen kan skapa bättre legitimitet och förankring av beslut (Bryson m.fl. 2013; Edelenbos & Klijn 2006). Involvering av intressenter kan också göra att konflikter

43. En annan kategori som Waring (2014) identifierar är en ”marknadselit” (*corporate elite*), bestående av professionsföreträdare som sitter på viktiga poster i näringslivets organisationer. Det finns tydliga exempel på detta även i NKS-fallet, bl.a. enskilda KI-medarbetares engagemang i olika bolag kopplade till värdebaserad vård. Denna elitkategori kommer dock inte att bli föremål för närmare analys i detta kapitel, eftersom det fokuserar på professionernas inflytande över själva planeringsprocessen och inte på bakgrunden till konceptet värdebaserad vård.

och missnöje kan luftas och hanteras under konstruktiva former och i bästa fall också påverka problemförståelser och utformning av lösningar. Detta gäller inte minst planeringen av megaprojekt som kännetecknas av sin genomgripande karaktär. Sådana kan å ena sidan skapa stor uppslutning och intresse från olika aktörer, men å andra sidan skapa motstånd och missnöje bland medborgare och olika organiserade intressen (Flyvbjerg m.fl. 2003; Van Marrewijk m.fl. 2008). Vissa planeringsforskare framhåller också att själva kvaliteten på beslutsfattandet förbättras när det sker i samverkan med berörda parter, då dessa aktörers lokala kunskap och erfarenheter är en viktig resurs i planeringsarbetet som kan skapa mer situationsanpassade lösningar (Innes & Booher 2010).

I megaprojekt utgörs intressenterna ofta av medborgargrupper, närboende, näringslivsintressen och olika civilsamhällesorganisationer. För NKS var detta dock inte riktigt fallet. Lokaliseringen av sjukhuset i utkanten av KS befintliga tomt och det ännu ej ombyggda Norra stationsområdet gjorde att få närboende påverkades. Den nya stadsdelen Hagastaden med bostäder och kommersiella fastigheter planerades parallellt med sjukhuset och här fanns det starka näringslivsintressen, både från byggherrar och olika företag kopplade till life science (Smas 2020). När det gäller planeringen av själva sjukhuset utgjorde i stället professionerna den viktigaste intressentgruppen – vilket alltså är något som utmärker detta megaprojekt i jämförelse med andra stora byggen (se kap. 2). De som berördes mest var naturligtvis den stora gruppen av *praktiker*, verksamma vid KS, men också KI-forskare och sjukvårdspersonal vid andra sjukhus och vårdgivare som direkt eller indirekt påverkades av planerna på strukturförändringar i Stockholms sjukvård.

Möjligheter till påverkan i processens olika skeden

När i en process intressenter ges möjlighet att delta är av avgörande betydelse för vilket inflytande de kan ha över besluten. Inom planeringsforskning är det ett välkänt fenomen att aktörer ofta snabbt låser sig vid vissa konkreta eller rentav tekniska lösningar. Detta gör att det ofta är viktigt att intressenter tillåts delta tidigt i processen innan ledande beslutsfattare bestämt sig för ett visst alternativ. Om intressenter i stället kommer in efter att avgörande val redan är gjorda skapas ofta en situation där intressenternas roll blir att ställa beslutsfattarna till svars, snarare än att bidra med sin lokala kunskap i identifiering

av problem och utformning av lösningar. Dessa kan också uppleva att deltagandet främst handlar om att skänka en symbolisk legitimitet åt i praktiken redan fattade beslut. Litteraturen om megaprojekt betonar särskilt vikten av de tidiga planeringsskedena. I linje med den narrativa beslutsmodellen (se kap. 3) har forskare förordat vikten av flexibilitet och anpassningsförmåga (Miller & Lessard 2001) och att inledningsvis föra planeringsdiskussionerna på en mer konceptuell och övergripande nivå (Samset 2009). Genom att ge tid och utrymme för konkurrerande berättelser i de tidiga skedena minskas risken för att specifika lösningar låses fast (allt)för tidigt.

I fallet med NKS är det är tydligt att det saknades denna typ av övergripande och konceptuell diskussion med företrädare för professionerna (se Johannesson & Qvist 2019). I den inledande SNUS-utredningen var direktiven smala och tidsramarna snäva: den pågick endast i ett halvår och drevs av en mindre grupp tjänstepersoner. I stället för en bred inkluderande process med olika intressentgrupper inhämtades synpunkter från olika professionsföreträdare genom enskilda intervjuer. Detta förfarande gjorde att tempot kunde hållas uppe och att diskussioner företrädare emellan inte tilläts ta plats inom ramen för utredningen. De personer som intervjuades var dessutom i regel namnkunniga forskare och chefer inom sjukvården.

Det var först i 3S-utredningen som processen öppnades upp för en bredare aktörssamverkan. Bland de personer som drev 3S betonades särskilt inkluderingen av verksamhetsföreträdarna i planeringsarbetet: ”Det är professionens utredning”, som en av de ledande tjänstepersonerna uttryckte det (Johannesson & Qvist 2019, s. 28). Vid det här laget var dock inriktningen för projektet och lokaliseringen av sjukhuset i praktiken redan fastställda. 3S handlade i stället till största del om att beskriva och ta fram ett förslag på en reformerad sjukvårdsstruktur i Stockholm, anpassad till det smalare och mer högspecialiserade uppdraget för det nya universitetssjukhuset i Solna. Den övergripande och konceptuella inriktningen för projektet var inte längre öppen för professionsföreträdarna att diskutera:

> Bollen var ju redan i rullning […] något avgörande inflytande kan man inte säga. Däremot har vi suttit i samverkansgrupper och fått lämplig information presenterad för oss. Själv satt jag ju

> som sagt på NKS-kansliet och påpekade många gånger att sjukhuset måste byggas mer funktionellt, vi måste exempelvis ha en matsal, jour-rum, vi måste ha fungerande arbetsplatser. Inget av det har man ju lyssnat på (facklig representant).

Citatet ovan, från en representant för Läkarföreningen vid KS, ger uttryck för den typ av symbolbetonat deltagande som diskuterades ovan. Både i 3S och i senare workshops och arbetsgrupper under NKS-kansliet var det framför allt inom respektive specialitet som professionsföreträdarna gavs utrymme att framföra synpunkter. Kritiken i citatet mot att man inte lyssnade in olika synpunkter ska också ses i ljuset av att informanten i grunden förespråkade ett bredare uppdrag för sjukhuset, medan den redan inslagna vägen var ett högspecialiserat spetssjukhus.

En annan försvårande omständighet för att åstadkomma en bredare involvering av professionsföreträdare var att frågan om verksamhetsinnehållet vid NKS hölls öppen långt in i processen (se kap. 8; Öhrming 2017). Detta gjorde att det länge var oklart hur projektet skulle påverka enskilda individer och verksamheter. Före beslutet om att bygga 2008 var det heller inte självklart att projektet alls skulle bli av. I dessa inledande skeden fanns dessutom andra, mer omedelbara frågor som upptog sjukvårdspersonalens uppmärksamhet, främst sammanslagningen av KS i Solna och Huddinge sjukhus.

Det var först långt senare – efter att NKS-förvaltningen lades ner i slutet av 2011 och planeringen gick över till KS – som frågan om verksamhetsinnehållet blev fullt ut påtaglig för vårdens personal. Även under den perioden genomfördes ett stort antal workshops för personalen på KS, men då i regi av Boston Consulting Group (BCG) (Andersson & Grafström 2020). Även om detta gav möjlighet till delaktighet och visst inflytande, var anlitandet av konsulter från näringslivet också ett försök från sjukhusledningens sida att bryta professionens makt och inflytande över sjukhusets organisation, som ett led i att öppna för den nya verksamhetsmodellen (se även kap. 7).

Frågan om verksamhetsinnehållet speglar ett generellt dilemma för involveringen av intressenter i planeringsprocesser. Det är ofta när ett förslag kommer i ”skarpt läge” och konsekvenserna står klara som dessa aktörer mobiliseras. Om processen tidigare upplevs som att den har drivits ”uppifrån” kan det skarpa förslaget ge upphov till ”motståndsiden-

titeter" där personer med ibland vitt skilda utgångspunkter förenas i en kritik mot projektet (Hajer 2003). Att involvera intressenter tidigt syftar till att kanalisera detta engagemang när möjligheterna att påverka är större men förslaget samtidigt är mer abstrakt och svårare att ta ställning till. Detta innebär att det i regel krävs en aktiv och uttalad strategi för att skapa förutsättningar för tidig intressentsamverkan, då dessa intressen inte nödvändigtvis mobiliseras spontant under den initiala perioden av planering (Hajer 2003; Innes & Booher 2010).

Mandat och handlingsutrymme att påverka

Genom sina anspråk på kunskapsmonopol utgör professioner en komplicerad kategori av intressenter att involvera i planeringsprocesser. Landstingets djärva ambitioner att stöpa om KS organisation, i syfte att göra den mer styrbar, skulle givetvis leda till reaktioner och motstånd. Det fanns farhågor från landstingets sida om att en alltför inkluderande och öppen process skulle köra fast projektet i intressekonflikter mellan olika sjukhus och specialistinriktningar (Johannesson & Qvist 2019). Bristen på intressentsamverkan i de tidiga skedena kan ses mot denna bakgrund. Men utöver frågan om när under processen öppningar för deltagande sker, är det också centralt att studera vilka möjligheter till påverkan som faktiskt ges vid dessa tidpunkter.

För professionsföreträdarnas mandat och handlingsutrymme finns ett återkommande mönster genom hela NKS-processen. Under såväl 3S-utredningen som NKS-kansliet och NKS-förvaltningen bjöds professionsföreträdare framför allt in på basis av sin expertis, som företrädare för en specialitet, snarare än som företrädare för en organisation eller klinik. Detta var exempelvis tydligt i 3S där en viktig del av arbetet var att försöka avgöra vilka delar av vården som kunde ses som högspecialiserad, specialiserad respektive bassjukvård:

> Alltså, det är så att verksamhetsföreträdarna på ett sjukhus är lojala med sin sjukhusledning, det kan jag nog säga. Däremot kan man säga så här, att när du sitter runt ett bord och där är åtta verksamhetsföreträdare som kommer från olika sjukhus, ja då lever man upp till sitt medicinska professionella ansvar och status […] så att därför blir resonemanget annorlunda när man samlar dem runt bordet än vad det är om de sedan sitter hemma

> och slår vakt om sitt sjukhus och budget och sådana saker, det är två olika perspektiv (tjänsteperson, SLL).

Strategin att bjuda in representanter i egenskap av företrädare för en specialitet kan på ett sätt ses som ett försök att skapa en mer förutsättningslös dialog som inte stannar vid att aktörerna bevakar egna organisationsintressen av exempelvis resurser (jfr Innes & Booher 2010). Samtidigt gjorde det att diskussionen fördes inom ganska snäva ramar. Man förde samman företrädare för samma specialitet som gavs utrymme att diskutera framtida behov och förutsättningar inom specialiteten. Detta innebar att de mer övergripande inriktningsfrågorna inte blev föremål för en bredare dialog.

Mandatet att som expert företräda sin specialitet var en strategi från projektledningens sida för att undvika låsningar och konflikter som bottnade i organisationsintressen. Samtidigt har professionerna en intern drivkraft att slå vakt om sin specialitet eller sitt specifika kunskapsområde. Upplägget för intressentsamverkan att skapa en rad olika grupper med företrädare för samma specialitet återkommer i NKS-kansliet och på NKS-förvaltningen. Även om upplägget skapade vissa begränsningar för möjligheterna till inflytande, innebar det också ett bejakande av den professionella autonomin.

DE PROFESSIONELLA ELITERNAS ROLL

Att bredare involvering av professionsföreträdare skedde relativt sent i processen och att mandatet att påverka främst baserades på specialistkompetens innebär inte att professionsföreträdare har saknats i processens andra delar, eller att de inte har haft en avgörande betydelse. Tvärtom har projektet i betydande avseenden både initierats och letts av personer med medicinsk bakgrund. Men det är i första hand företrädare som kan ses som en del av den professionella eliten som har haft dessa ledande roller. Det har varit en strategi från landstingspolitikernas sida att utse ledande professionsföreträdare till utrednings- och projektledare och att ge dessa personer relativt fria tyglar att organisera och utforma planeringsarbetet. Tanken var att de skulle fungera just som ”tvåvägsfönster” mellan professionerna och landstingsledningen, genom att åtnjuta förtroende via sin professionella status.

Även de företrädare som har medverkat i projektarbetet, som till exempel har bidragit med underlag eller medverkat vid workshops och andra aktiviteter, har ofta tillhört en elitkategori av professionella med ledningsuppdrag eller positioner som forskare.

Professionella som policyentreprenörer

Även om NKS har varit ett politiskt projekt som landstingspolitikerna använt för att åstadkomma förändring i Stockholms sjukvård, har det samtidigt varit ett projekt där initiativ och framför allt själva idéerna bakom har förts fram av professionsföreträdare med läkar- och forskarbakgrund. Som beskrevs i kapitel 4 var det i hög grad KI med dess dåvarande rektor i spetsen som låg bakom det koncept som senare utvecklades till NKS. I teoretiska termer kan vi tala om att det har funnits en drivande *kunskapselit* som såg en möjlighet att skapa ett sjukhus i världsklass för att stärka den svenska medicinska forskningen. Dessa professionsföreträdare kan ses som ett exempel på policyentreprenörer som vid rätt tillfälle utnyttjade ett möjlighetsfönster i landstingspolitiken som öppnades genom att kostnaderna för de omfattande renoveringsbehoven vid gamla KS blev kända (Johannesson & Qvist 2020). Det var personer i denna akademiska miljö som tog initiativ till att organisera forskning i nätverk kring olika ledande centrumbildningar. De har fungerat som vägvisare i att peka ut internationella förebilder och har genom sina kontaktnät möjliggjort besöksresor runt om i världen.

Denna kunskapselit var framför allt inflytelserik under de tidiga skedena i processen och i att driva idéer om världsklass, nätverksorganisering och högspecialiserad vård. I den senare delen av processen finner vi också exempel på att enskilda forskare fungerade som policyentreprenörer för att sprida konceptet med värdebaserad vård (se Andersson & Grafström 2020). Däremot har professionsföreträdare i mycket liten utsträckning varit inblandade i diskussionerna om offentlig-privat samverkan (se i stället kap. 13).

Professionella i ledande roller

En annan kategori som haft stor betydelse för NKS-projektet är personer med läkarbakgrund som innehade ledande befattningar i projektorganisationen och i Stockholms sjukvård. Dessa ”hybridprofessionella” (Noordegraaf 2015) kan ses som företrädare för en medicinsk

ledningselit. Från det att SNUS-utredningen satte igång 2001 till att NKS-förvaltningen lades ner 2011 projektleddes processen av personer med medicinsk bakgrund. Exempelvis var chefen för NKS-kansliet och NKS-förvaltningen en ledande neurokirurg som rekryterades från Uppsala, vilket ansågs fördelaktigt ur neutralitetssynpunkt i förhållande till olika sjukvårdsorganisationer i Stockholm.

Vad som är utmärkande för denna kategori av professionella är att de i många skeden under processens gång befinner sig på olika sidor i en rad konfliktfrågor. Detta speglar att den medicinska ledningseliten kombinerar sin professionella identitet med en organisationslojalitet. På så vis kunde exempelvis projektledningen för SNUS förespråka ett nybyggnadsalternativ medan ledningen för ”gamla” KS verkade för att det i stället skulle ske en renovering av det befintliga sjukhuset. Relationen mellan KS och NKS-förvaltningen präglades också av konflikt och misstro, med ledande professionsföreträdare på båda sidor.

Inom NKS-förvaltningen fanns även exempel på företrädare för det vi kan kalla en *praktikerelit*, personer som är kliniskt verksamma men som genom sin kompetens eller erfarenhet förses med någon typ av förtroendeuppdrag (jfr Waring 2014). Inom förvaltningen anställdes ett antal handplockade yngre disputerade specialister från Karolinska för att driva arbetet med en rad medicinska teman för den nya organisationen (Öhrming 2017, s. 50). Dessa så kallade ”20-procentare” var läkare som fick tjänstledigt från KS för att arbeta deltid i NKS-projektet och där bistå med sin kompetens. Dessa personer kunde potentiellt sett ha utgjort en länk, eller brygga, mellan NKS-förvaltningen och KS. Detta visade sig bli en svår uppgift, och i praktiken kom de mer att uppfattas som representanter för NKS-förvaltningens arbete än för KS (Andersson & Grafström 2019).

Att NKS-processen hade aktörer med skilda organisationslojaliteter är en viktig förklaring till att professionella intog olika positioner i den. Under bland annat NKS-förvaltningens tid försökte projektledningen att ”neutralisera” organisationstillhörighetens betydelse genom att betona expertis och specialitet. Att man sedan misslyckades med att förankra planerna för det nya sjukhuset hos professionerna hänger samman med att man underskattade betydelsen av organisationslojalitet och inte gav utrymme åt att hantera intressemotsättningar mellan organisationer i Stockholms sjukvård.

En annan anledning till att dessa kategorier av ledande professionella kunde inta diametralt olika ståndpunkter är att det var i frågor om vårdens organisering och lokaliseringen av sjukhuset. Kring dessa frågor råder det inte konsensus inom professionerna och det går heller inte att falla tillbaka på den medicinska sakkunskapen för att få svar. Med andra ord kan båda sidor säga sig vilja värna professionen och professionens autonomi, men vara oense i hur detta görs bäst.

Även om professionsföreträdare ofta utsågs att leda förändringsarbetet, fanns också undantag. Detta gäller framför allt i fallet med den nya verksamhetsmodellen som drevs av BCG. Som nämndes ovan fanns ambitionen att dessa konsulter skulle bidra med nytänkande och bryta upp gamla strukturer. Samtidigt är detta ett tydligt exempel på hur professionen konfronteras med kunskapsanspråk utifrån. Den nya modellen aktualiserade också den hierarkiska ordningen mellan läkar- och sjuksköterskeprofessionerna då den innehöll förslag att stärka sjuksköterskornas inflytande. Förslaget var att inrätta en särskild chefstjänst för sjuksköterskorna, omvårdnadschefer, som skulle stå på samma nivå som de medicinskt ansvariga cheferna, det vill säga läkarna. Detta förslag möttes med kritik från läkarföreningens sida och överlag fanns ett stort motstånd mot modellen från de kliniskt verksamma läkarna. Förespråkarna bland läkarprofessionen var främst enskilda elitprofessionella som var involverade i företagen och organisationerna bakom värdebaserad vård (se kap. 7).

AVSLUTANDE DISKUSSION

Detta kapitel visar att professionsföreträdare har varit ledande i alla skeden av NKS-processen och också befunnit sig på olika sidor i intressekonflikter. Detta speglar att professionerna är en högst heterogen aktörskategori. Frågan om att inkludera praktikerna kan liknas vid involveringen av medborgare i olika samrådsprocesser. Denna kategori av professionella hade dock begränsade möjligheter till inflytande, framför allt i de inledande skedena. Men även senare, då öppningar för deltagande skedde, har praktikernas medverkan främst handlat om att påverka planeringsarbetet inom ramen för den egna specialiteten.

Att öppna för ett bredare deltagande i tidiga planeringsskeden, och att skapa förutsättningar för detta, är ett viktigt sätt att försöka stärka

legitimiteten för stora projekt (Hajer 2003; Innes & Booher 2010; Samset 2009). Ett annat är att bygga in anpassningsförmåga och flexibilitet för att undvika att de viktiga besluten ”redan är tagna” när olika intressenter kommer in i bilden (Miller & Lessard 2008). Ett större mått av deltagande gör att frågan om vilka företrädare som bjuds in får avgörande betydelse. I regel skapas ett behov av att verka genom representanter för olika organiserade intressen. I fallet med professionerna gäller detta ofta företrädare ur den medicinska eliten.

De professionella eliterna har varit inflytelserika under olika delar av NKS-processen. *Kunskapsföreträdare* från KI hade en framträdande roll i de tidiga skedena där flera personer ur denna medicinska elit var viktiga policyentreprenörer för idéerna bakom NKS. *Ledningseliten* var betydelsefull genom hela processen, inte minst för hanteringen av de kontroversiella frågorna kring verksamhetsmodell och verksamhetsinnehåll. Under en period vid NKS-förvaltningen fanns vid sidan av denna ledning även en *praktikerelit* som hade en liknande roll att driva utvecklingsarbetet på basis av sin expertis, med målet att samtidigt fungera som en brygga mellan projektet och den befintliga verksamheten.

Det kan diskuteras om den professionella eliten har verkat för att upprätthålla den professionella autonomin eller om den i stället har tjänat externa aktörers intressen. Det finns inget entydigt svar på denna fråga då professionsföreträdare ofta har att hantera både sin professionsidentitet och en organisationstillhörighet, det som den brittiska professionsforskaren Julia Evetts (2011) försökt fånga med begreppet *organizational professionalism*. Ett annat skäl till att professionsföreträdare kunde inta motsatta sidor är att projektet rör många genomgripande frågor, om alltifrån organisation och sjukhusledning till byggfrågor och fysisk planering. En profession bygger på en gemensam medicinsk kunskapsbas som framför allt rör innehållet i den kliniska och vetenskapliga verksamheten. På basis av denna expertis gör professioner också ofta anspråk på politisk autonomi, det vill säga rätten till kontroll över viktiga policybeslut som rör hälso- och sjukvård (Elston 1991). I en så komplex fråga som planerandet av ett megaprojekt kan dock den gemensamma medicinska kunskapsbasen ligga till grund för vitt skilda ståndpunkter om hur den professionella autonomin bäst upprätthålls.

NKS-projektet befinner sig i en skärningspunkt mellan profession, stat, marknad och akademi och åskådliggör de professionella eliternas

centrala roll för att förstå professioners inflytande över beslutsprocesser. Hur dessa elitföreträdare positionerar sig i förhållande till externa aktörer kan vara avgörande för vilka intressen och perspektiv som kommer till uttryck i processen. Deras framgång bygger på förmågan att kunna göra anspråk på att företräda intressena hos den breda basen av praktiker, men också förmågan att balansera professions- och organisationslojaliteter.

13. Managementkonsulterna: tjänare eller härskare?

Carl Yngfalk, Svenne Junker & Staffan Furusten

INLEDNING

Det är inte varje dag politiker och offentliga tjänstepersoner ställs inför uppgiften att sjösätta ett så stort och omfattande projekt som att bygga ett nytt sjukhus som ska vara funktionellt och toppmodernt och dessutom erbjuda sjukvård ”i världsklass”. Minnen och erfarenheter från när det skedde senast i Region Stockholm, flera decennier bakåt i tiden, saknades i början på 2000-talet. I fallet med Nya Karolinska Solna (NKS) fanns varken lagrad kompetens eller en kunskapsbank att utgå ifrån. Även om det inom regionen fanns god erfarenhet av att bedriva sjukvård var behovet av kunskap om innovativa byggprojekt och organisationsutveckling alltjämt stort. I regionens sökande efter sådan kunskap har managementkonsulter spelat en betydande roll i flera skeden av NKS-projektets framåtskridande. Managementkonsulternas inblandning i organiseringen av NKS är också en av de mest debatterade frågorna i medierna under senare år, vilket inte minst framgår av boken *Konsulterna: Kampen om Karolinska* av journalisterna Lisa Röstlund och Anna Gustafsson (2019). Det här kapitlet ägnas åt att diskutera och problematisera just managementkonsulternas funktion och betydelse i NKS-projektet för att därmed även kunna säga något om deras roll i styrningen av offentlig sektor generellt.

Vilken typ av kunskap som ligger till grund för beslut och handlingar i organisationer är avgörande för vad som uppfattas som lämpligt att göra. Det som anses gälla som kunskap, vilket i enlighet med den narrativa beslutsmodellen som beskrevs i kapitel 3 inte är givet på förhand, formar vad som uppfattas vara problem och utmaningar. Det sätter också ramarna för vilka lösningar som anses lämpliga och möjliga. Kunskap är alltså något som förhandlas fram och konstrueras över tid och kan förmå individer att fatta beslut och utföra handlingar som de annars ti-

digare inte har varit i stånd till. Vem som besitter kunskap i organisationer, genom vilka processer som den behandlas, diskuteras och utmanas och hur kunskapen kopplas till beslutsfattande är alltså viktigt att titta närmare på när det gäller att förstå de processer genom vilka inflytande och makt utövas i organisationer.

En utgångspunkt för diskussionen i det här kapitlet gäller maktrelationerna i det demokratiska systemet, där makten formellt ska ligga hos de folkvalda och i den mån hjälp från externa experter hämtas in så ska detta fungera som underlag för beslut som politiker tar. De folkvalda ska alltså, lite tillspetsat, vara ”härskarna” och experterna ”tjänare”. Hur förhållandena har varit i praktiken för de här rollerna i NKS-projektet kan emellertid diskuteras. Det råder ingen tvekan om att konsulterna som aktörsgrupp på olika sätt understött förvaltningsorganisationen inom landstinget med expertis i flera av de mest fundamentala beslutsprocesserna för projektet. Om detta är detsamma som att de rakt igenom spelat rollen som tjänare är fortfarande osäkert. För att belysa denna problematik fokuserar vi här på frågor om vilken roll managementkonsulter har spelat och på vilka sätt detta har skett.

Kapitlet innehåller fortsättningsvis tre avsnitt. I det första diskuteras teorier om managementkonsulters funktion och betydelse i offentlig förvaltning. Därefter behandlas två processer i NKS-projektet i vilka managementkonsulter i hög grad fått rollen som förändringsagenter och idéskapare: att besluta om offentlig-privat samverkan (OPS) som upphandlingsmodell för NKS respektive att införa verksamhetsmodellen värdebaserad vård på det nya universitetssjukhuset. Avslutningsvis förs en mer generell diskussion om utmaningar och förändringar av en ökande andel managementkonsulter i offentlig förvaltning. Vi visar hur konsulterna intog en roll som härskare över kunskapen i landstinget, men även hur de kan anses ha representerat en alternativ typ av tjänare till den styrande politiken och dominanta ideologiska krafter, snarare än till landstinget som politisk välfärdsorganisation.

MANAGEMENTKONSULTER I OFFENTLIG FÖRVALTNING

Forskning visar på en kraftigt uppåtgående trend avseende närvaron av managementkonsulter i offentlig sektor sedan 1980-talets mitt. En innebörd av detta är att konventionella former för att bereda beslut i

offentlig sektor i ökande grad utmanas av kommersiella modeller som bygger på antaganden om marknaden som källa till effektivitet och innovation (t.ex. Mazza & Pedersen 2004; Furusten 2020; Furusten & Werr 2016). Aktuell forskning visar på en utveckling av vad som har kallats ”konsultokrati” i takt med att managementkonsulternas närvaro och inflytande över arbetsprocesser har ökat (Ylönen & Kuusela 2018). Konsultokrati betonar just omständigheterna som får organisationer att agera och fatta beslut i riktningar som inte nödvändigtvis ligger i linje med syftet för verksamheten (Kirkpatrick m.fl. 2019; O’Mahoney & Sturdy 2016). I en konsultokrati spelar managementkonsulter den viktiga rollen att sprida och skapa legitimitet åt idéer och beslut som inte utgör normen inom sektorn (Furusten 2020). De blir därmed centrala aktörer i att formulera och betona nya lösningar och problem och, i enlighet med den narrativa beslutsmodellen introducerad i kapitel 3, skapa och fastställa den dominerande berättelsen. Utifrån ett sådant perspektiv intar managementkonsulter i högre grad rollen som ”härskare”, snarare än att huvudsakligen bistå som ”tjänare” i att ta fram beslutsunderlag samt stödja tjänstepersoner och politiker i själva genomförandet av beslut.

I detta ljus framstår managementkonsulter som ”idéskapare” (Czarniawska-Joerges 1990, s. 148). En konsekvens är att managementidéer sprids inom offentlig förvaltning via indirekta former av maktutövande genom den expertis och expertstatus som managementkonsulter besitter (O’Mahoney & Sturdy 2016). Detta sker inte med nödvändighet i direkta ordalag där en viss specifik konsult, eller grupp av konsulter, framhäver sig själva och sin kunskap som *bättre* än den som organisationens medarbetare och beslutsfattare innehar. Snarare sker det genom konsekvent arbete över längre tid där scenarion för en framtid med andra utmaningar och därmed behov av andra innovativa organisationslösningar målas upp. Sådant arbete från konsulternas sida kan över längre tid minska förtroendet för vad konventionella verksamheter i offentlig sektor klarar av att åstadkomma. Konsulters inflytande får alltså inte bara betydelse för hur beslut bereds och tas, utan även vilka alternativ som lyfts fram på bordet och därmed ens är möjliga att behandla.

Forskning synliggör en utveckling mot att konsulter inte bara nyttjas för planering och genomförandet av större politiska reformer, utan även i större utsträckning involveras i beslutsprocesser av mer löpande

natur (Kirkpatrick m.fl. 2019). Managementkonsulter tillskrivs ofta hög status och makt i förändringsprocesser i offentliga organisationer, och även bredare i samhället, via den expertkunskap de antas representera i sakfrågor (Furusten 2013). Genom att agera från en ofta temporär och mer informell position än den som tjänstepersoner och politiker intar kan managementkonsulter dessutom delta i förändringsprocesser på ett annorlunda sätt. Den elitstatus som managementkonsulter tillskrivs i rollen som förmedlare av expertkunskap både minskar motstånd i beslutsprocesser och rättfärdigar alternativa slutsatser gentemot övriga intressenter (t.ex. Alvesson & Robertson 2006). Därmed är managementkonsulter också ett verktyg för organisationer som anlitar dem för att både skapa riktning och engagemang i specifika sakfrågor och utöva styrning i konfliktfyllda frågor. En central dimension i detta arbete är ansträngningar för att anpassa, justera och ”översätta” generella managementidéer till varianter som ska kunna uppfattas som meningsfulla i klientorganisationerna (jfr Sahlin-Andersson & Engwall 2002). På dessa sätt är managementkonsulter viktiga aktörer, och förändringsagenter, stundtals med betydande inflytande på förändringsprocesser i offentlig sektor.

MANAGEMENTKONSULTER SOM FÖRÄNDRINGSAGENTER I NKS-PROJEKTET

Managementkonsulter har i egenskap av förändringsagenter stått i centrum i en rad beslutsprocesser i NKS-projektet. I det följande fokuserar vi på två av dem och analyserar hur konsulternas deltagande har påverkat beslut och förändringsarbete inom NKS-projektet. Managementkonsulterna har, genom att påverka det dominerande narrativet, koncentrerat uppmärksamheten på vissa idéer och praktiker som därigenom har skänkts större legitimitet, samtidigt som andra har nedtonats eller till och med motverkats. Detta ligger också i linje med idén om OPS som diskuterades i kapitel 9, där vi visade hur centrala beslut byggde på grundantagandet om marknadslösningar som effektivare än lösningar i offentlig regi.

Den första beslutsprocessen vi intresserar oss för här pågick som mest intensivt 2007–2008. Då var konsulter synnerligen involverade i vad som kan beskrivas som idealiseringen och legitimeringen av försla-

get att upphandla byggandet av det nya sjukhuset via OPS (se kap. 9). Den andra processen som diskuteras i det här kapitlet är konsulternas roll i att introducera och sprida idén om värdebaserad vård på Karolinska universitetssjukhuset (KS) och i arbetet med att planera för och motivera en omfattande organisationsförändring i linje med denna nya verksamhetsmodell, särskilt 2012–2014.

Idealisering av OPS 2007–2008

I juni 2008 togs beslutet att välja OPS som upphandlings- och finansieringsmodell för bygget av det nya sjukhuset, vilket bland annat innebar att en kommersiell aktör ersatte landstinget som finansiär, uppförare och förvaltare av sjukhuset. Att välja OPS framför den traditionella samverkansentreprenaden med så kallad partnering var ett beslut som inte var givet från start, vilket diskuterades mer ingående i kapitel 9, varför utgångspunkten 2005 var att en traditionell samverkansentreprenad borde användas för NKS-projektet snarare än OPS. Redan året därpå, 2006, fick frågan om OPS ny prioritet i sjukhusets projektorganisation. Den borgerliga landstingsledning som tagit över styret vände sig, som en av de ledande tjänstepersonerna i beslutsprocessen har uttryckt det, till ”världsledande konsulter” inom området för att utvärdera OPS som ett alternativ. Anmärkningsvärt är att det i detta skede inte togs särskild hänsyn till vissa managementkonsulters relationer med byggindustrin på den internationella marknaden för OPS-projekt, och därmed deras intressen att driva utvecklingen av OPS som en generell finansieringslösning för offentliga byggprojekt i Sverige.

Uppdraget att utvärdera OPS som en alternativ lösning till samverkansentreprenad gick först till managementkonsultbolaget Öhrlings Pricewaterhousecoopers (PwC) på grund av deras tidigare erfarenhet av OPS i byggnationen av sjukhus i bland annat Storbritannien, och därefter till Ernst & Young (EY) för en fördjupad analys. Inom den dåvarande projektorganisationen för sjukhuset – NKS-kansliet, en del av landstingets förvaltning – märktes redan under 2006 de nya signalerna från den politiska ledningen om viljan att driva igenom en OPS-lösning. Det blev då uppenbart för många av deltagarna i projektet att konsulternas utredningsarbete inte primärt skulle undersöka förutsättningarna för OPS utan snarare skapa argument och motiv för en sådan lösning. Trots att uppdragsbeskrivningen till PwC föreskrev utvärdering av OPS som

en *alternativ* lösning skedde aldrig någon regelrätt jämförelse där även den konventionella modellen, samverkansentreprenad, analyserades och utvärderades i kontrast till OPS. Vid tidpunkten präglades samtidigt arbetssättet inom landstingsförvaltningen av samverkansmodellen, där det offentliga intar rollen som både finansiär och ”byggherre”.

Konsultbolaget PwC bedömde redan under sommaren och tidig höst 2007 att landstingets konventionella sätt att upphandla och driva projekt inte var förenligt med OPS, som framhävdes som något nytt, modernt och effektivt. Konsulternas uppdrag kom därefter i hög grad att handla om att förmå landstinget att ”tänka om” kring rutiner och praktiker för projekthantering, som en av de inblandade konsulterna själv uttryckte det, i linje med de nya politiska signalerna om behovet av offentlig-privat samverkan, snarare än om att utreda och jämföra olika upphandlingsmodeller. I omställningsarbetet mot OPS låg fokus i första hand på risk- och ansvarsfördelning mellan den offentliga beställaren och det privata projektbolaget samt på att betona möjligheter till marknadsdriven effektivisering. En tjänsteperson på NKS-kansliet berättar att det var en utmaning för många av kollegorna att undvika att ifrågasätta konsulternas förespråkande av OPS, trots att det fortfarande fanns frågetecken kring modellen:

> Och sen så var det ju rent praktiskt ganska drivet av konsulter som var duktiga på det här […] Man vänder ju på så många frågor liksom, ansvar för olika saker, och helt plötsligt så ville man, från att vi skulle styra ganska många saker i en upphandling så ville man vända det så att vi inte skulle ta ansvar för saker. Utan det här ansvaret skulle istället ligga på projektbolaget och att man skulle ge dem väldigt mycket möjligheter för innovation (tjänsteperson, NKS-kansliet).

I oktober 2007 presenterade PwC sin slutrapport som på olika sätt framhöll behovet av flexibilitet, generalitet och elasticitet i finansieringsmodellen för NKS (PwC 2007). Det konstaterades att OPS med stor sannolikhet leder till en bättre konkurrenssituation till följd av stort internationellt intresse, och därigenom i förlängningen en ökad kostnadseffektivitet. I sammanhanget hänvisades till flera internationella sjukhusbyggen där OPS hade använts och där PwC också hade

varit delaktigt, särskilt två brittiska sjukhus vilka båda framhölls som föredömen. Trots den erfarenhet som fanns inom landstinget genom de tidigare nämnda landstingsutredningarna, som inte förespråkade en OPS-lösning för det nya sjukhuset, så beskrevs OPS överlag i närmast skönmålande drag av PwC-konsulterna som ett överlägset alternativ till samverkansentreprenad. Detta trots att det i utredningen alltså aldrig skedde någon regelrätt jämförelse mellan alternativen.

PwC:s arbete utgick i stort från vad som beskrevs som de goda förutsättningarna för en OPS i NKS-projektet. Konsulterna betonade inte minst hur man inom ramen för utredningsarbetet hade sonderat den internationella marknaden och funnit ett stort intresse hos potentiella anbudsgivare för en OPS-lösning för NKS. Konsulterna pekade dessutom strategiskt på behovet av att det klart och tydligt framgår för potentiella anbudsgivare att det finns goda möjligheter i framtiden för fler OPS-upphandlingar i Sverige; i vad som kan beskrivas som en marknadsskapande åtgärd kommunicerade konsulterna aktivt med potentiella anbudsgivare, där det tydligt framgick att det ideologiska skiftet i den svenska partipolitiken på regeringsnivå (från vänster till höger) sannolikt kommer att innebära nya OPS-möjligheter.

Betydelsen av konsulternas arbete illustreras ytterligare av att landstingsstyrelsen sedermera lyfte fram detta som en central del av sitt beslutsunderlag. Landstinget konstaterade bland annat att managementkonsulterna identifierat flera svenska och internationella aktörer som visat intresse för att delta i en OPS-upphandling av det nya sjukhuset. Enligt konsulterna hade de tillfrågade entreprenörerna dock varit noga med att betona att det var av avgörande betydelse för huruvida man skulle inkomma med anbud att OPS-modellen hade en bred politisk uppslutning. Att det fanns stöd för OPS i staten såväl som i andra landsting och kommuner ansågs centralt för att företagen skulle kunna räkna med fler OPS-projekt på den svenska marknaden, vilket också skulle öka graden av konkurrens i upphandlingen. Legitimeringen av OPS-idén handlade redan från start om att framställa landstinget och NKS-projektet som en god affärsmöjlighet.

Konsulternas agerande framstår som drivande i en idealiserande process som steg för steg kom att ligga till grund för legitimeringen av OPS. EY, som anlitades efter PwC för att utföra ett kompletterande utredningsarbete, var exempelvis mån om att redan i sin offert till landstinget

påpeka att konsultfirmans uppdrag låg i att framställa en sorts *second opinion* av det arbete som genomförts av PwC. Konsultfirmans utredningsarbete kan beskrivas som ett relativt kortvarigt men intensivt arbete där det inte dröjde mer än tre månader mellan offerten i december 2007 och slutrapportering i mars 2008. I rapporten diskuterade EY uteslutande möjligheterna med OPS specifikt och avfärdade den kritik som uttryckts mot OPS gällande följderna av det ekonomiska läget 2008, som ansågs innebära en risk för färre anbud i upphandlingsprocessen. Bland annat framhölls att även om OPS som genomförandeform var relativt oprövad i Sverige så fanns ändå förutsättningarna på marknaden (mycket tack vare PwC:s tidigare arbete). Detta menade man borgade för goda möjligheter att få in flera bra anbud (EY 2008).

Men den slutgiltiga analys och de rekommendationer som presenterades i konsulternas slutrapport i mars 2008 skilde sig väsentligt från vad som framförts till projektledningen på NKS-kansliet i tidigare versioner av rapporten under januari och februari, visade det sig. Konsulternas initiala analys och rekommendationer hade ansetts vara ”för akademiskt” uppbyggda eftersom de hade en litteraturgenomgång och resonerande inställning till OPS, enligt involverade nyckelpersoner intervjuade i vår studie. Därför gick det första rapportutkastet inte hem hos ledningen på NKS-kansliet. Då EY, enligt egen utsago, initialt hade presenterat resonemang som inte lika tydligt förespråkade OPS för det nya universitetssjukhuset, utan även framhävde flera risker och problem, ändrade sig konsultfirman efter kritiken från NKS-kansliet och blev mer tydlig i sin positiva hållning till OPS. Att konsulterna här valde att tona ner sin initiala, mer kritiskt resonerande bedömning av OPS, för att därmed öka sannolikheten för framtida uppdrag i och kanske utöver NKS-projektet, menar vi ytterligare belyser deras kraftfulla aktörskap i legitimeringen av OPS-idén i projektet. Det visar också på hur konsulternas involvering i projektet kom att *definiera* men också till viss del *definieras* och drivas av den politiska ledningen. Hade utredningsarbetet i stället hanterats internt inom landstinget utefter konventionella, offentliga förvaltningsprinciper hade utfallet kanske sett annorlunda ut i hanteringen av kritiken.

Konsulternas arbete kom slutligen till uttryck i ett tjänsteutlåtande till landstingsstyrelsen i april 2008, undertecknat av landstingsdirektören och programdirektören för NKS-projektet. Här diskuterades för- och nackdelar med de bägge alternativen – OPS och samverkans-

entreprenad – i relation till det utredningsarbete som hade genomförts under hösten 2007 och våren 2008. Förvaltningen betonade att OPS framför allt ger mer förutsebarhet för kostnader och tidsåtgång, men att en OPS-lösning kräver en bred politisk uppslutning. Ledningen på NKS-kansliet bedömde även att ytterligare utredningar *inte* skulle tillföra analysen något mer, varpå frågan mer eller mindre överlämnades till den politiska majoriteten i landstingsfullmäktige. Att konsultutredningarna i stort kom att utgöra grunden för förvaltningens argumentation kring för- och nackdelar med OPS respektive samverkansentreprenad är dock föga förvånande. Trots att förvaltningen inte tydligt rekommenderade något av alternativen, så målade utlåtandet sammantaget bilden av samverkansentreprenad som något förknippat med sedvanliga ”svårbedömda risker” medan OPS förknippades med motsatsen. Att konsulternas utredningar dessutom inte remissbehandlades gjorde att beslutsprocessen nu kunde skyndas på, och redan i maj, innan det formella beslutet om OPS fattades, omorganiserades NKS-kansliet till en särskild NKS-förvaltning med separat ekonomienhet för att kunna hantera upphandlingen enligt OPS-modellen.

Managementkonsulternas involvering i NKS-projektet var dock långt ifrån endast knuten till upphandlingsprocessen och legitimeringen av OPS enligt den styrande majoritetens önskemål. I nästa avsnitt visar vi hur konsulter också präglade, och i kanske ännu större utsträckning även strategiskt var involverade i, beslutet att byta verksamhetsmodell för sjukhuset några år senare.

Introduktionen av värdebaserad vård 2011–2014

När ansvaret för verksamhetsinnehållet flyttades från NKS-förvaltningen till KS etablerade sjukhuset ett programkontor med uppgift att leda och genomföra planeringsarbetet (se Andersson & Grafström 2020). Managementkonsulter var en del av personalstyrkan på detta programkontor, vilket motiverades internt med att det nya ansvaret för delar av NKS-projektet ansågs vara en alltför stor och betungande uppgift för sjukhuset att klara med ordinarie personal. Framför allt ansågs det behövas kompetens i projektledning. I samband med att programkontoret etablerades upphandlades därför också konsulthjälp och uppdraget gick till Boston Consulting Group (BCG), ett globalt managementkonsultföretag med verksamhet i fler än 50 länder. En person uttrycker i en

intervju att dessa konsulter blev del av programkontorets arbete med verksamhetsinnehållet ”väldigt tidigt och väldigt starkt” (Andersson & Grafström 2020).

Samtidigt som KS programkontor, med hjälp av BCG-konsulter, arbetade med att identifiera vård som skulle flytta in och ut från sjukhuset var samma konsultbyrå involverad i att utveckla och sälja in organisationsmodellen *värdebaserad vård* (Krohwinkel m.fl. 2019). Modellen var hämtad från Harvard Business School och utvecklad av nationalekonomen Michael Porter och ingenjören Elizabeth Olmstead Teisberg (se vidare kap. 7). Ursprungligen var idén tänkt att användas för att styra ett sjukvårdssystem på nationell nivå, men BCG presenterade den även som en organisationsmodell, det vill säga en modell anpassad för att användas på verksamhetsnivån. BCG formulerade bland annat sina ambitioner i termer av en ”värdebaserad offentlig sektor” där bland annat sjukhus ansågs kunna bli ”värdebaserade” (BCG 2013; Krohwinkel m.fl. 2019). Konsultföretaget skapade sig på så sätt en stark expertställning i den svenska diskussionen om värdebaserad vård och var involverat i att införa organisationsmodellen även på Sahlgrenska sjukhuset och Akademiska sjukhuset (Krohwinkel m.fl. 2019).

Ett exempel på att BCG tidigt bedrev ett påverkansarbete för att sälja in värdebaserad vård även på KS var att konsultbyrån under 2012 genomförde ett ”gratis” pilotprojekt på sjukhuset. I en intervju menar dåvarande sjukhusdirektören att konsulterna drev ett aktivt påverkansarbete under perioden med ambition om att få utveckla denna försöksverksamhet vidare på sjukhuset. Flera år senare konstaterades i en rapport från Karolinskas internrevision att det ”måste ses som direkt olämpligt” att ”gratis” låna konsulter från samma konsultföretag som man senare ingår avtal med gällande samma ”konsultkategoriområde” (SLL 2018f, s. 6; se även Andersson & Grafström 2020).

BCG var del av ett större nätverk bestående av olika aktörer med gemensamt intresse av att utveckla och sälja in idén om den värdebaserade vården. I november 2012 publicerade *Dagens Nyheter* en debattartikel i vilken BCG:s vd, Michael Porter och Karolinska Institutets (KI) prorektor tillsammans presenterade den nya internationella organisationen ICHOM (International Consortium for Health Outcomes Measurement). ICHOM är en stiftelse med syfte att utveckla globala standarder för att ”underlätta internationella jämförelser av utfall och ligga till

grund för införandet av värdebaserade styrsystem i vården" (Krohwinkel m.fl. 2019, s. 24). Debattartikeln framhävde de tre skribenterna som grundare till organisationen, som alltså bildats för att verka för spridning av värdebaserad vård på den internationella marknaden. Även i diskussioner i KS styrelse var det tydligt att konsulterna involverade sig via alliansbyggande med nyckelpersoner, inte minst prorektorn för KI (men senare också personer i KS styrelse och så småningom även dess ledning, se Andersson & Grafström 2020).

Under 2013 var alltså idén om den värdebaserade vården stark och BCG var en av de allra starkaste förespråkarna i Sverige. Samma år, och även 2014, var minst sagt turbulenta på KS. Förändringar gjordes i såväl sjukhusets styrelse som i dess ledning. En ny styrelseordförande och sjukhusdirektör tillsattes. En tidigare konsult från BCG, som hade varit involverad i pilotprojektet 2012, tillträdde i sin nya roll som produktionsdirektör på sjukhuset. Genom denna rekrytering hade konsultbolaget BCG två före detta anställda på nyckelpositioner i sjukhusets styrelse och ledning; sedan 2007 var nämligen en före detta Nordenchef för bolaget ledamot i styrelsen. Konsulternas inflytande i beslutsprocessen kring sjukhusets verksamhet, om än nu snarare i rollen som interna aktörer, ledde föga förvånande till att idén om värdebaserad vård fick stärkt legitimitet inom organisationen. År 2014 kom också den värdebaserade vården att antas som KS "huvudstrategi" (SLL 2014c). Nu började ett arbete för att förändra sjukhusets organisation i grunden.

KS nya huvudstrategi var omfattande och involverade alltså framtagandet av en ny organisationsmodell med nya rutiner för styrning och uppföljning men även affärsutveckling. Den nya huvudstrategin, som inkluderade värdebaserad vård, presenterades för styrelsen av en ny styrelseordförande som tillträdde i oktober 2013 (Andersson & Grafström 2020). Ordföranden hade en bakgrund som grundare, vd, partner och styrelseledamot i flertalet privata vårdbolag, däribland vårdbolaget Capio, såväl inom primärvård som inom den specialiserade vården. Personen var känd som förespråkare av marknadslösningar och hade vid upprepade tillfällen ställt sig kritisk till hur offentlig sjukvård organiserades.

För att rättfärdiga den typ av omfattande organisationsförändring som en ny verksamhetsmodell av denna kaliber innebar var en central strategi från sjukhusledningens sida, nu med före detta BCG-konsulter på nyckelpositioner, att skapa argument för att dessa förändringar

skulle lösa centrala problem i den befintliga sjukhusorganisationen (Andersson & Grafström 2020). Den nya verksamhetsmodellen beskrevs exempelvis i ett omfattande styrdokument från 2016. Förslaget, som först nådde sjukhusledningen och som därefter sjukhusstyrelsen antog, utgjordes av ett 75-sidigt dokument kallat ”Ny verksamhetsmodell för Karolinska Universitetssjukhuset” (SLL 2016a). Där beskrev produktionsdirektören, tillika tidigare BCG-konsulten, bakgrunden till förslaget:

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

Citatet visar, i likhet med processen med OPS beskriven i föregående avsnitt, hur den nya verksamhetsmodellen framställdes i en idealiserad form som ett svar på en lång rad utmaningar som hälso- och sjukvården stod inför. Argumenten för den värdebaserade vården kopplades på så sätt till en mängd problem som den befintliga organisationen brottades med – och att lösningarna på dessa problem fanns i den nya verksamhetsmodellen. Därutöver hävdades att den nya verksamhetsmodellen utgjorde en ”logisk utveckling” i linje med en rad tidigare fattade beslut. Slutligen kopplades de föreslagna förändringarna till den övergripande visionen för hela NKS-projektet: att göra sjukhuset till ”världsledande”. Värdebaserad vård utpekades som ett instrument för möjliggörandet av denna vision på ett effektivt sätt (Andersson & Grafström 2020).

Även om det inte var konsulter i formell bemärkelse som drev frågan om värdebaserad vård vidare i detta skede av beslutsprocessen, var det en idé som både formats av BCG och som drevs av produktionsdirektören – med bakgrund som just en av de konsulter som försökt introducera samma idé på sjukhuset. I en annan studie av NKS beskrivs också arbetet med värdebaserad vård på Karolinska som att det ”utmärks särskilt av att det skedde med hjälp av konsultstöd under en längre tid – ca fyra år” (Krohwinkel m.fl. 2019, s. 79). Den studien visar också att det ”fak-

tum att arbetet drevs av externa förändringsagenter innebar en hierarkisk process uppifrån och ner i organisationen, vilket förstärktes av att produktionsdirektören som ansvarade för arbetet internt rekryterades direkt från konsultbolaget" (ibid., s. 79).

Sammantaget visar ovanstående hur det fanns en mottaglig, och i vissa avseenden pådrivande, kultur inom sjukhusorganisationen för idén om värdebaserad vård. Det visar också att konsultbolagens involvering, både via konsultation som extern part och via drivande av frågor internt som före detta konsult, möjliggjorde och motiverade denna omfattande organisationsförändring. Värdebaserad vård var en modell som bars upp av och motiverades med hjälp av mer övergripande idéer om att hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet endast kan förbättras med hjälp av företagsliknande organisationsprocesser. BCG-konsulter, i samspel med före detta BCG-konsulter som nu hade ledande positioner på sjukhuset, förstärkte inspelet och värderingen av dessa marknads- och företagsideal.

AVSLUTANDE DISKUSSION

Vi har visat på två centrala sammanhang i etablerandet av det nya KS där managementkonsulter har varit djupt involverade i skapandet och utvecklingen av de idéer som legat till grund för beslut och handlingar, men vilken roll har de spelat? Var de tjänare till den politiska majoriteten som det demokratiska systemet föreskriver eller kan vi säga att de även agerat i härskarrollen och att situationen då kan liknas vid en konsultokrati? På sätt och vis, menar vi, har de agerat i tjänarrollen. De har blivit anlitade av de folkvalda samt av dem som de folkvalda utsett till ledare för att utveckla det nya sjukhuset. Men samtidigt har de inte bara agerat genom att bidra med expertkunskap, vilket vi menar komplicerar bilden. Det fanns en stark politisk vilja bakom de uppdrag som konsulterna fick. Politiker ville få beslutsunderlag som motiverade och stärkte den politiska viljan, och i den meningen har konsulterna uppträtt som lojala tjänare. Samtidigt har vi visat att konsulterna i den rollen uppvisat både anpassningsförmåga och flexibilitet för att motivera politikens preferens. Därmed har de också spelat en central roll i att utöva makt genom att sprida den kunskap som den politiska majoriteten ville etablera, gällande både OPS som den bästa finansieringslösningen och vär-

debaserad vård som den bästa modellen för att utveckla en mer modern organisation för att leverera hälso- och sjukvård.

Managementkonsulterna har följaktligen inte intagit rollen som neutrala experter. Snarare kom konsulternas involvering i båda de sammanhang vi har belyst i detta kapitel att bidra till att definiera den övergripande riktning som utvecklingen skulle ta för projektet och det nya sjukhuset. De har bidragit till att skapa idealiserande förhållningssätt till sina föreställningar om OPS och värdebaserad vård. Dessa har sedan legat till grund för legitimeringsprocesser i de politiska besluten och i KS förändringsarbete med att införa en ny verksamhetsmodell. Managementkonsulterna har försett sina uppdragsgivare med övergripande kunskap om en viss riktning på utvecklingen. I fallet med OPS är det också tydligt att uppdragsgivarna samtidigt, vid de tillfällen då konsulterna levererat mer avvägda och nyanserade rapporter, har bett dem komma tillbaka med mindre resonerande slutsatser – något som konsulterna också har gjort, gissningsvis i förhoppning om framtida uppdrag. I båda exemplen har beslutsfattarna gjort sig beroende av den kunskap som konsulterna har tillhandahållit. I fråga om OPS gällde det kunskap om att organisera byggprojektet på grunder helt nya för den kompetens och erfarenhet som fanns internt i landstinget. I fråga om värdebaserad vård gällde det kunskap om ett helt nytt sätt att organisera offentlig sjukvård. Kritik mot styrningen av projektet i dessa frågor eller alternativa lösningar som utarbetades sorterades undan och tonades ner. Den kunskap som betraktades som relevant etablerades alltså i stort sett genom konsulters aktörskap, dels i formell mening som rådgivare, dels under mer indirekta former när konsulter intagit centrala positioner i sjukhusets ledning. Beslutsprocessen har ”riktats in” mot de intressen som konsulterna representerar, vilket möjliggjort en maktutövning i rollen som härskare över kunskapen.

Konsulterna kan också ses som en alternativ typ av tjänare – till den politiska ledningen, snarare än till landstinget som politisk organisation. De är också mer elastiska genom att de tycks kunna verka utan opposition och motstånd. I och med att de är externa är det dessutom osäkert i vilken grad konsulter möter och behöver hantera förväntningar på god förvaltning med krav på sådant som saklighet och opartiskhet. När konsulter rekryteras till interna positioner, som i fallet här med värdebaserad vård, får de dock ofta med sig en särskild kultur, samt intres-

sen och åsikter som ofta kraftigt präglar deras professionella identiteter (t.ex. Alvesson & Robertson 2006) och som det därmed kan vara svårt för dem att plötsligt bortse från i sina nya roller.

I Sverige håller vi demokrati, legalitet, objektivitet, fri åsiktsbildning, respekt och effektivitet högt som grundläggande principer. Konsulter behöver däremot, i sin fria kommersiella roll, inte nödvändigtvis ta ansvar för allt detta på samma sätt som en offentlig aktör. De har i stället möjlighet att vara mer flexibla och mer uttalat fokusera främst på effektivitet i en kommersiell bemärkelse. Särskilt i fallet med OPS gick konsulterna också delvis i klinch med andra delar av landstingsförvaltningen, som argumenterade mot OPS, vilket är ett tecken på att de intog en ny form av tjänarroll inom offentlig förvaltning. De tjänar inte i första hand den enskilda organisationen, utan den politiska vilja som deras uppdragsgivare vill få igenom. Det vore hårt att säga att demokratin därmed helt har ersatts av en konsultokrati, men inslagen av konsultokrati är uppenbara och påtagliga. Viktigt att betona är också att konsulter i sitt engagemang har ett egenintresse – i sig inte något anmärkningsvärt, men likväl en insikt som, desto märkligare, sällan uppmärksammas och till och med ofta lyser med sin frånvaro i beslutsprocesserna, vilket våra studier visat. Konsulter har ekonomiska intressen av att politikerna har en långsiktig acceptans för deras arbete i förvaltningen. Kanske är det dags att den politiska debatten än mer tydligt uppmärksammar hur dessa intressen spelar roll i organiseringen av offentliga projekt.

14. Medierna: maktspeglare eller maktspelare?

Maria Grafström

INLEDNING

En vecka innan nya Karolinska universitetssjukhuset (KS) i Solna öppnade dörrarna för de första patienterna figurerade sjukhuset på *Dagens Nyheters* (2016a) förstasida under rubriken ”Det stora svarta hålet i Solna”. Tidningen uppgav att den nu i en serie artiklar skulle berätta om ”bygget, skandalerna och vården”, och den första artikeln som mötte läsaren hade rubriken ”Miljardbygget som kan utlösa vårdkris” (Gustafsson & Manzoor 2016, i *DN*). De båda rubrikerna kan sägas sammanfatta mediebilden av det nya sjukhuset rätt väl – där ord som ”skandal”, ”problem” och ”kris” har använts flitigt. I rapporteringen hade projektets ambitioner om att vara i världsklass alltmer använts för att beskriva prislappen, till exempel ”NKS tio gånger dyrare än tyska toppsjukhus” (Ennart & Mellgren 2015, i *SvD*) och ”Skulle bli bästa sjukhuset – blev ett av världens dyraste” (Themner 2018, i *Expressen*).

En väl fungerande granskande journalistik utgör en central del av det kontrollsystem genom vilket medborgare och andra intressenter ges möjlighet till ansvarsutkrävande i offentlig verksamhet (jfr Nord & Strömbäck 2004). Traditionella medier – som i det här kapitlet främst representeras av svenska dagstidningar och fackpress – har därför en viktig roll att spela i det demokratiska samhällsbygget. Medierna benämns ofta som tredje statsmakten, eller en vakthund, för att betona deras funktion som granskare av makthavare och beslutsfattare.

I likhet med all granskning – och allt berättande – återspeglar dock inte nyhetsrapporteringen bara det som har hänt, utan den är i sig en praktik genom vilken sociala fenomen konstrueras. Mediearenan utgör en särskilt betydelsefull plats för meningsskapande (Vaara m.fl. 2006). Det är en plats där dagordningar sätts, förtroende skapas och raseras, där sociala normer förhandlas fram om vad som anses rätt och fel och

om vad som är ett lämpligt och önskvärt beteende i en given situation (t.ex. Schudson 2003). Det är därför också en plats där organisationer – och megaprojekt som Nya Karolinska Solna (NKS) – kan presenteras på sätt som stärker, eller raserar, deras legitimitet i samhället och bland intressenter.

Medier och medieberättelser har därför en särskild status i, och betydelse för, beslutsprocesser, enligt den narrativa modell som vi presenterade i kapitel 3. Det här kapitlet syftar till att utveckla förståelsen för mediernas betydelse för NKS-projektet. Det är på många sätt i medierapporteringen om projektet som berättelsen om sjukhuset skapas. Finns det särskilda utmaningar – eller kanske möjligheter – för medierna att granska och bevaka ett megaprojekt som NKS? Hur har den granskningen sett ut? Vad uppmärksammas i nyhetsrapporteringen och vad faller utanför? Och vilken betydelse har medieberättelser haft för beslutsprocesserna i NKS? Det här kapitlet belyser hur medieberättelsen av sjukhuset förändrades över tid under projektet och diskuterar vad som karakteriserar denna berättelse. Möjliga förklaringar till varför rapporteringen såg ut som den gjorde diskuteras också, inte minst varför en mer närgången granskning av megaprojektet kom så sent i processen. Med utgångspunkt i den narrativa beslutsmodellen kan medieberättelsen förstås som invävd med förändringsarbetet. Berättelsen påverkades förstås av projektet, men den hade också betydelse för vad som blev lämpligt och önskvärt att göra av de inblandade aktörerna.

I nästa avsnitt presenteras forskning om mediernas betydelse för organisationer, med fokus på legitimitet och medieberättelsers särskilda krav på innehåll, format och ton – det som brukar sammanfattas som medielogik. ”Medialiserad styrning”, det vill säga hur medierna och medielogiken påverkar offentlig verksamhet, diskuteras också. Därefter följer en analys av medierapportering om NKS-projektet från 2006 till och med december 2017. Analysen baseras på en genomgång av publicitet i svenska tidningar under perioden och intervjuer med inblandade aktörer (både verksamma inom NKS-projektet och journalister). Kapitlet avslutas med en diskussion om hur medieberättelsen om NKS – och särskilt det starka narrativ som skapades när projektet konstruerades som en medieskandal – blev invävt i och del av den förändrings- och beslutsprocess som bevakades.

LEGITIMITET, MEDIELOGIK OCH MEDIALISERAD STYRNING

Organisationer verkar i en omvärld där de, för att vara legitima, måste ta hänsyn till krav och hantera förväntningar från olika intressenter (Meyer & Rowan 1977). Medier bidrar till att skapa eller rasera organisationers legitimitet (t.ex. Deephouse m.fl. 2017). Medieberättelser kan på så sätt förstås som en särskild form av berättelser i den narrativa beslutsmodellen. Det är ett slags metaberättelser som kan få betydande konsekvenser för vad omvärlden och dess aktörer uppfattar som rätt och fel, vad som anses önskvärt och lämpligt. Sådana berättelser skapar och upprätthåller ”rationella myter” om organisationer och idéer och är ”inte bara beskrivningar *av* organisationer, utan också beskrivningar *för* organisationer” (Schultz m.fl. 2014, s. 27, min översättning och kursivering). I sina studier av den politiska världen har journalistikforskaren Jesper Strömbäck (2004, s. 128) beskrivit det som att på grund av mediernas stora betydelse som informationskälla ”tenderar de medierade bilderna av verkligheten att upplevas som verkligare än verkligheten som sådan”. Medieberättelser har alltså en stark kraft att normalisera, rättfärdiga och legitimera handlingar (Vaara & Tienari 2002) och är centrala i att över tid skapa de normsystem och den lämplighetslogik som organisationer är en del av och behöver förhålla sig till.

Den dominerande medieberättelsen om ett socialt fenomen, en händelse eller en organisation tillskrivs ofta stor betydelse för vad som formar människors uppfattningar om vad som är viktigt och vad som är rätt och fel (jfr Schudson 2003). För att förstå vad, när, av vem och hur något tillskrivs legitimitet – eller blir illegitimt – på mediearenan behöver vi förstå de normer och arbetssätt som styr nyhetsjournalistiken och dess berättelser. Ett av de mest centrala momenten i det journalistiska arbetet är just att välja – och välja bort – frågor, ämnen och händelser som ska bli nyheter. Det mesta som händer blir trots allt aldrig omskrivet. Sociala fenomen som bryter mot det förväntade, handlar om någon form av problem, uppfattas som nära publiken (både geografiskt och kulturellt), finns på dagordningen och redan har figurerat i medierna, som kan paketeras dramaturgiskt så att de innehåller konflikt samt fokuserar på någon person – gärna (redan) känd eller på hög chefsposition – kommer att ha ökad chans, eller kanske löpa ökad risk, att bli en nyhet (t.ex. Strömbäck 2019).

Det räcker inte heller med att presentera fakta för att det ska bli en nyhet – fakta behöver väljas, väljas bort, sorteras och sättas samman på ett sätt så att det blir berättelser med läsvärde. Journalistikforskaren Michael Schudson (2003, s. 177) har beskrivit det som att ”skribenten måste konstruera en berättelse” och att den berättelsen inte bara kan presentera fakta utan att läsaren eller tittaren behöver förstå hur olika fakta relaterar till varandra. I likhet med andra berättelser paketeras därför nyhetsrapporteringen med hjälp av ett antal tekniker. De tekniker som oftast nämns i medieforskningen är *förenkling*, *personifiering*, *konkretion*, *tillspetsning*, *stereotypisering* och *polarisering* (Strömbäck 2019). En sjunde teknik, som tenderar att bli allt viktigare i dagens digitala medielandskap, är *visualisering*. Det är sådana tekniker som gör det möjligt att berätta om komplexa sociala fenomen. I det arbetet förstärks ytterligare vissa aspekter, medan andra faller utanför. Ju större möjligheter att paketera innehåll enligt dessa tekniker, desto större sannolikhet att något blir en nyhet.

Legitimitetsskapande processer på mediearenan är alltså formade utifrån medielogikens krav på innehåll och format – krav som alla aktörer som kommunicerar på mediearenan behöver anpassa sig till. Medielogikens krav tenderar att förstärkas och spetsas till ytterligare i situationer då rapporteringen tar formen av mediedrev eller skandaler (Grafström & Windell 2019a; Nord 2019). Skandalorienterad rapportering har beskrivits i termer av ett ”socialt drama” där inblandade aktörer ges tydliga och svårföränderliga roller – som bovar, offer och hjältar (Kantola & Vesa 2013). När dramaturgiska och personcentrerade aspekter förstärks i mediedrev tenderar det att ytterligare begränsa möjligheterna att komplicera och nyansera berättelsen. Det är också omständigheter som brukar utmynna i att hålla individer ansvariga (jfr Djerf-Pierre m.fl. 2013) – och inte sällan bär förväntningar om avgång eller någon annan tydlig förändring som kan presenteras och visa på handlingskraft och ansvarstagande.

Den makt som medieberättelser har att forma omvärldens syn på sociala fenomen och händelser, det vill säga den legitimitetsskapande kraft som finns i just dessa berättelser, bidrar till att det finns många ”berättare” på mediearenan. Journalister, redaktörer och nyhetschefer är givetvis de mest självklara och de som oftast kan tillskrivas störst betydelse för varför nyhetsrapporteringen blir som den blir. Men kampen om syn-

lighet och uppmärksamhet – kampen om berättelsen – engagerar långt bortom nyhetsredaktionerna. Det är en strävan också för politiker och andra beslutsfattare. Nyheter konstrueras på så sätt alltid i samspel mellan medier och andra aktörer, inte minst mellan dem med eget intresse av att påverka dagordningen och innehållet (Schudson 2003; Strömbäck 2019). I NKS-projektet har det funnits uttalade ambitioner att skapa förtroende för och positiva förväntningar på sjukhuset genom just kommunikation (se t.ex. Andersson & Grafström 2019), en kommunikation som både kan ske direkt till de berörda målgrupperna och med hjälp av medierna.

Eftersom medierna inte bara *rapporterar* politiska debatter, utan också påverkar debatternas *innehåll* och *format*, har medierna beskrivits som sammanvävda med den politiska världen (Cook 1998). Statsvetaren Maria Wendt har, i sina studier av Almedalen, uttryckt att det inte går att definiera gränsen mellan politik och medierna. När politiken medialiseras anpassas den till ”mediernas sätt att fungera, till mediernas arbetssätt och tempo, men också till journalistikens normer och värderingar när det gäller form och innehåll” (Wendt 2012, s. 37). Det blir därför svårt att skilja på vad som är politiska berättelser och vad som är journalistiska – dessa är ofta delar av en och samma berättelse. Medielogiken blir på så sätt en styrprincip bland andra att lägga resurser och tid på för politiker, och allt oftare även för tjänstepersoner (Grafström & Windell 2019b). Att hantera medierelationer och medietränа personal, följa nyhetsflöden, upprätta riktlinjer för kriskommunikation samt planera och genomföra kommunikationsaktiviteter ses numera ofta som självklara delar av en verksamhets arbete. Vad som för tillfället uppmärksammas i medierna påverkar vad som av politiker och tjänstepersoner anses viktigt och vad som prioriteras ”här och nu”. Politiska besluts- och förändringsprocesser tenderar därmed att bli sammanflätade med mediernas agendor (Koch-Baumgarten & Voltmer 2010). I en studie av hur Pisa-undersökningen porträtterats i brittiska medier och hur denna mediebevakning har format politik och styrning av skolan i England påpekar utbildningsforskarna Sue Grey och Paul Morris (2018) att medierna konstruerade en alarmerande ”krisdiskurs” snarare än att på allvar granska Pisa-resultat och de följande förslagen till reformer. De visar också att mer komplexa och nyanserade inslag – som inte lika väl matchade kriterier för nyhetsvärdering – föll utanför rapportering-

en. Grey och Morris uppfattar därför situationen som en ”medialiserad styrning”, där OECD:s Pisa-resultat enligt medielogikens krisdiskurs översattes till krav på akuta reformer i England.

FRÅN VÄRLDENS BÄSTA TILL VÄRLDENS DYRASTE: SJUKHUSET I MEDIERAPPORTERINGEN

Medierapporteringen om NKS-projektet kan delas upp i två faser.[44] Under den första fasen – från projektets början till våren 2015 – var rapporteringen högst begränsad, sporadisk och händelseorienterad. Under den andra fasen, från maj 2015 till december 2017, dominerades rapporteringen först av *Svenska Dagbladets* granskning av NKS-projektets finansieringsform offentlig-privat samverkan (OPS) och kostnaderna för bygget av det nya sjukhuset (för en sammanfattning av delar av denna granskning, se Ennart & Mellgren 2017). Senare i samma fas intensifierade även *Dagens Nyheter* sin bevakning av projektet med fokus främst på KS konsultanvändning och införandet av verksamhetsmodellen värdebaserad vård (för en sammanfattning av den granskningen, se Gustafsson & Röstlund 2019). Viktigt att notera är att vår analys av medierapporteringen om NKS endast sträcker sig till och med december 2017.

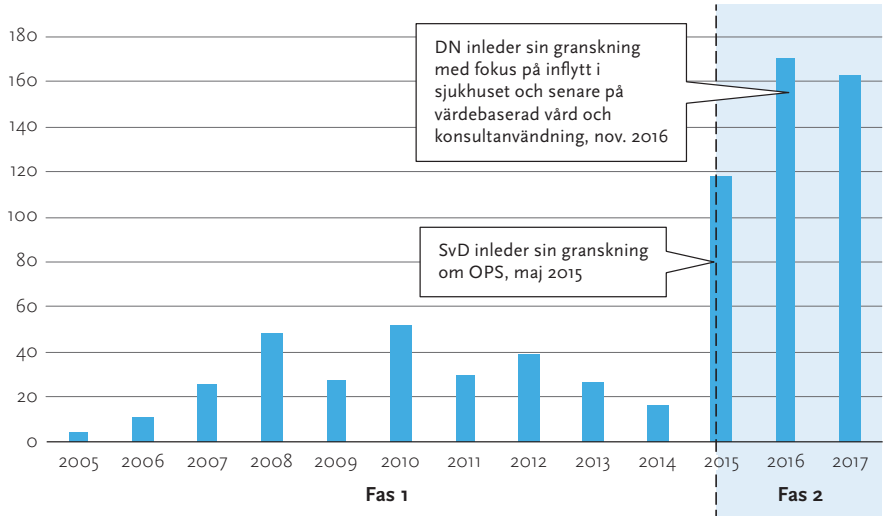
Under den första fasen visar vår genomgång att 289 artiklar med uttalat fokus på NKS-projektet publicerades i svenska tidningar. Antalet artiklar ska jämföras med den andra fasen, i tid betydligt kortare, då sammantaget 443 artiklar publicerades (se figur 14.1 på nästa sida). Det var alltså i slutfasen av projektgenomförandet – inte minst sedan verksamhet flyttat in i det nya sjukhuset – som rapporteringen om NKS tog fart på allvar.

Under hela den studerade perioden har *Svenska Dagbladet* med råge publicerat flest artiklar (283 av de totalt analyserade 732 artiklarna, dvs. nästan 40 procent). Därefter följer *Dagens Nyheter* (123 artiklar) och *Dagens Medicin* (95). Sammantaget stod alltså dessa tre tidningar för nästan

44. Analysen baseras på ett urval av svenska tidningars rapportering om NKS-projektet. Nyhetsartiklar och åsiktsmaterial (såsom ledare, krönikor och debattartiklar) i printversionerna av tidningarna är inkluderade. Webbartiklar samt radio och tv är inte inkluderade. Samtliga artiklar innehåller någon form av utvecklad text om NKS-projektet (artiklar där NKS endast nämns perifert har inte inkluderats). För en fullständig metodgenomgång, se bilaga B.

70 procent av den analyserade publiciteten och satte på så sätt i hög grad dagordningen för vilka frågor och händelser som gavs uppmärksamhet och hur. De utgör centrala berättare på mediearenan och har haft stort inflytande i att konstruera mediebilden av NKS-projektet.

Över tid förändrades fördelningen av publicitet mellan dessa tre mediekällor avsevärt. Under den första fasen stod *Dagens Medicin* för de flesta artiklarna (cirka 20 procent av de 289 artiklar som analyserats under perioden). Under den andra fasen var i stället *Svenska Dagbladet* den dominerande berättaren på mediearenan. Tidningen stod för hela 55 procent av det totala antalet analyserade artiklar, 244 stycken. Under samma period publicerade *Dagens Medicin* 36 artiklar och *Dagens Nyheter* 83. Branschtidningen *Dagens Medicin* har alltså haft ett jämnt flöde av artiklar om NKS-projektet över hela den studerade perioden medan de båda dagstidningarna *Svenska Dagbladet* och *Dagens Nyheter* har publicerat majoriteten av sina artiklar sent i projektets genomförande.



Figur 14.1: Medieinnehåll om NKS-projektet – antal artiklar över tid.

Fas 1: Den svårbevakade framtiden – sporadisk rapportering (2006–2014)
Under den första fasen – som sträcker sig över merparten av NKS-projektets tid, ända fram till våren 2015 – är publiciteten sporadisk och episodisk. Den har också ofta en rapporterande ton. Två tredjedelar (cirka 70

procent) av den totala publiciteten har i vår analys bedömts presentera projektet i neutrala eller positiva ordalag. Resterande 30 procent av de analyserade artiklarna har alltså ramat in projektet negativt. Det saknades i denna fas en löpande och närgången mediebevakning, inte minst från de två stora morgontidningarna, *Dagens Nyheter* och *Svenska Dagbladet*; under denna första fas är det, som diskuterats ovan, branschtidningen *Dagens Medicin* som har publicerat flest antal artiklar om projektet.

Det var en period där flera av de nyhetsfaktorer som diskuterades tidigare lyste med sin frånvaro. Det rådde till exempel avsaknad av såväl tydliga konfliktytor som reella och akuta problem liksom ett starkt kändisskap. Förklaringar till det begränsade intresset för projektet kan också sökas i dess organisatoriska sammanhang. Regionpolitik har i våra intervjuer med journalister bedömts ha begränsat nyhetsvärde (se även t.ex. Nord m.fl. 2019) och som ett område som tenderar att styras av relativt okända politiker (jfr Holmberg 2009). I just NKS-projektet präglades dess första år dessutom av ett samförstånd mellan de politiska blocken som skapade begränsat utrymme för kritik från oppositionen (se kap. 10).

Projektets karaktär hade dock exceptionella och sensationella drag och sjukhuset skulle byggas och drivas i stockholmarnas absoluta geografiska närhet – nyhetsfaktorer som kan förklara de artiklar som kom under denna första fas. Genomgången visar att det också fanns relativt stora möjligheter för projektansvariga att forma den dominerande medieberättelsen om det nya sjukhuset, till exempel genom politikers utspel och informationsmaterial från tjänstepersoner. Bilden av inte bara ett sjukhus för framtiden, utan *det* framtida sjukhuset, fick ofta stå oemotsagd. I publiciteten kunde projektets berättelse därför också återberättas, inte minst genom att pressmeddelanden plockades upp. *Dagens Nyheter* skrev till exempel om ”Miljardsjukhuset alla vill bygga” (Sundström 2008) med liknande rubrik som i NKS-förvaltningens pressmeddelande (SLL 2008e). I artikeln beskrevs projektet i neutrala och delvis positiva ordalag, med undantag för ett frågetecken kring enigheten om finansieringslösningen. Dåvarande finanslandstingsrådet gavs dock möjlighet att förklara att hon var säker på att den frågan skulle komma att lösa sig.

Centrala aktörer som fick möjlighet att uttala sig i nyhetsartiklar eller valde att skriva debattartiklar var under denna första fas också ofta re-

presentanter för projektet, såsom talespersoner från NKS-förvaltningen och Skanska samt styrande politiker (under 2009 valde NKS-förvaltningen/SLL att också annonsera vid ett par tillfällen i tidningen *Metro*). Två exempel: *Dagens Medicin* redogjorde i en artikel våren 2009 i positiva ordalag för planerna på vad det nya sjukhuset skulle innehålla och hur verksamheten skulle organiseras. I ingressen formulerades att vården skulle göras mer patientfokuserad genom att satsa på specialiserade team och undvika väntrum (Wärngård 2009). Både förvaltningschefen och två av de anställda läkarna vid NKS-förvaltningen gavs möjlighet att utveckla planerna med till exempel patientcentrerade flöden och stärkta förutsättningar för den kliniknära forskningen. När första spadtaget togs satte *Svenska Dagbladet* kronprinsessan – som genomförde första sprängningen inför bygget – i fokus både i bild och med rubriken ”Kunglig kraft startade Nya Karolinska-bygget” (Chaaban 2010). I artikeln gavs chefen för NKS-förvaltningen stort utrymme att förklara betydelsen av att bygget nu var igång.

Det fanns även rapportering, om än begränsad, som behandlade kritik mot projektet och hur arbetet organiserades. De problem och risker som beskrevs i enstaka artiklar – ofta i samband med att centrala beslut togs – vittnar om att det har funnits kritiska röster under hela projekttiden. Det som tas upp är många gånger samma, eller liknande, frågor och problem som senare i projektarbetet blev underlag för omfattande mediegranskning. Redan 2007, före beslutet om att ett nytt sjukhus skulle byggas, kritiserades till exempel planerna från fackligt håll. *Dagens Nyheter* rapporterade att facken gemensamt krävde att bygget skulle skjutas på framtiden, till dess att det framtida vårdbehovet och konsekvenserna för patienter och personal bättre hade beskrivits och finansieringsfrågan hade utretts ordentligt (Keller 2007). Dåvarande programchefen för NKS uttalade sig i artikeln och gavs utrymme att ställa den retoriska frågan om ”de fackliga representanterna tror att ett gammalt sjukhus skulle klara framtiden bättre”. *Svenska Dagbladet* rapporterade också ett par år senare, i januari 2009, att ”läkare kritiserar nya miljardbygget” och lät ordföranden i Stockholms läkarförening utveckla de problem som han menade fanns med att satsa miljarder utan att ha bestämt vilket uppdrag sjukhuset skulle ha (Berglund & Mellgren 2009). I artikeln gavs sedan både en annan läkare och det dåvarande finanslandstingsrådet möjlighet att uttala sig.

I samband med upphandlingsprocessen av byggföretag kritiserade oppositionspolitiker att beslutet fattades under sekretess och inte i fullmäktige. Processen beskrevs av oppositionspolitiker från både Vänsterpartiet och Socialdemokraterna i *Dagens Medicin* som ett ”brott mot kommunallagen” (Wärngård 2010). I debattartiklar under dessa första år pekade framför allt professionsföreträdare på problem med det framtida sjukhuset. En barnläkare vid KS efterfrågade till exempel mer information och långsiktiga planer på hur antalet vårdplatser skulle tryggas (Janson 2010) – de var redan för få, menade hon, och skulle bli ännu färre med det nya sjukhuset. Inför beslutet om OPS gjordes också inlägg från både förespråkare och kritiker. Oppositionspolitikern Ilija Batljan (S) skrev på *DN Debatt* att NKS var ”den sämsta affären i landstingets historia” (Batljan 2010).

Det är tydligt i denna första fas att medielogiken och den granskande journalistiken tycks ha svårt att kritiskt och löpande bevaka händelser som ska komma att realiseras långt fram i tiden. Flera av de personer vi har intervjuat, både journalister och tjänstepersoner, bekräftar att medielogiken tenderar att hålla just ett ”här och nu”-perspektiv där vad som eventuellt kommer att ske i framtiden är svårt att göra nyhetsjournalistik av. En journalist förklarar att det är svårt att bevaka och rapportera om något som inte ännu har hänt – ”sjukhuset är inte ens färdigbyggt” – och exemplifierar med att någon uttrycker farhågor över risker för patientsäkerheten med anledning av något som ska hända två–tre år fram i tiden:

> Det är ju en väldig skillnad om en läkare eller någon annan vårdpersonal i det skarpa läget ringer och säger: ”Nej, platserna räcker inte. Patienterna, vi har dem i korridoren, de ligger på britsar, överallt.” Alltså, då reagerar man ju journalistiskt och åker ut på stört (journalist, dagstidning).

Nyhetskravet på närhet gäller således inte enbart geografiskt och kulturellt, utan kan också handla om tid. Framtidsperspektivet är samtidigt användbart för de aktörer som vill ”sälja in” och inkludera en mångfald av aktörer i ett megaprojekt som NKS – i skapandet av ett slagkraftigt och attraktivt narrativ om det nya sjukhuset (Grafström & Andersson 2019) – men tenderar att ha skapat en situation där den tidiga fasen av projektet föll utanför radarn för den granskande journalistiken.

Fas 2: Väggar och tak på plats – den granskande journalistiken vaknar (från 2015)

Under den andra fasen var medierapporteringen om NKS omfattande. Då hade den politiska visionen omsatts i ett fysiskt hus som började ta form i Solna. Att det fanns väggar och tak beskrivs som viktigt för att motivera mediebevakning, att ställa frågor om ”vad är det vi bygger, vad är det som görs för stockholmarna där?” (journalist, dagstidning). I takt med att rapporteringen om projektet ökade blev andelen negativt vinklad publicitet – där beskrivningar av projektet främst formulerades i negativa ordalag – markant större. I jämförelse med den första fasen, då ungefär 30 procent av publiciteten ramade in projektet negativt, stod dessa artiklar i denna andra fas för 70 procent av det totala antalet analyserade artiklar.

Den andra fasen tog fart den 5 maj 2015 då *Svenska Dagbladet* på förstasidan publicerade en artikel med rubriken ”Nya Karolinska kan förvärra vårdkrisen”. Det var starten på en längre granskning av sjukhusbygget och en lång rad kritiska artiklar med fokus på upphandlingsförfarandet, OPS-avtalet och kostnaderna för sjukhusbygget. När samma tidning från 2006 till och med april 2015 totalt hade publicerat 39 artiklar om NKS var motsvarande siffra 244 artiklar under perioden maj 2015 till och med december 2017. *Svenska Dagbladet* blev nu den centrala berättaren och tidningens publiceringar kom i hög grad att forma omvärldens bild av sjukhusprojektet. Granskningen av OPS-avtalet handlade initialt om hur det hade gått till när Skanska fått uppdraget att bygga sjukhuset – ett beslut som fattats fem år tidigare, 2010. De första artiklarna handlade därför främst om händelser som hade varit kända i fem år och som hade rapporterats i enstaka artiklar tidigare. Efter att de första artiklarna publicerats konstaterade en av de båda ansvariga journalisterna i en artikel där fler tips efterlystes, att ”gensvaret från er läsare har varit enormt och vi har många tips att arbeta vidare med när vi nu fortsätter att undersöka ett av världens största sjukhusprojekt” (Ennart 2015, i *SvD*).

Svenska Dagbladet pekade i sin granskning på problem, rapporterade sedan om hur inblandade aktörer responderade på beskrivningen av dessa problem, och följde därefter upp hur dessa eventuella problem togs om hand (t.ex. ändrade beslut, olika former av utredningar och granskningar, personer som tvingades lämna sina tjänster). I mediebe-

rättelsen synliggjordes och förstärktes konfliktytor. Att politiker gavs möjlighet och ombads kommentera varandras utspel bidrog till att konstruera konfliktsituationer. Till exempel i artikeln ”Oppositionen kräver revision” (Mellgren & Ennart 2015a), publicerad cirka två veckor efter *Svenska Dagbladets* första artikel i granskningen, där oppositionspolitiker och experter ställdes mot styrande politiker. I ett annat exempel citerades oppositionen när den, enligt tidningen, för första gången beskrev upphandlingen av NKS som en ”skandal” som krävde en ”opartisk extern revision”. I ingressen beskrevs reaktionen som att den ”kommer efter SvD:s avslöjande om att flera av landstingets utredningar och rapporter kan ha varit riggade” (Mellgren & Ennart 2015b).

I viss mån återberättades också *Svenska Dagbladets* berättelse i andra medier. Redan den första publiceringen från den 5 maj plockades upp av TT i telegrammet ”Chocknota för Nya Karolinska”, där ingressen slog fast följande:

> Politikerna lovade att bygget av sjukhuset Nya Karolinska i Solna skulle kosta max 14,5 miljarder kronor. Men notan ser nu ut att landa på över 25 miljarder, enligt en kartläggning som gjorts av Svenska Dagbladet (TT 2015).

Expressens artikel ”Miljardbygget slår sönder cancervården” (Sohl Stjernberg 2015) byggde helt på *Svenska Dagbladets* publicering (gällande både information och citat från intervjupersoner). I takt med att omfattningen av granskningen växte gavs också de två ansvariga journalisterna utrymme att besvara frågor om och på olika sätt kommentera projektet. I samband med inflytten av vård i de nya lokalerna i november 2016 hade *Svenska Dagbladet* både ”frågor och svar” om kostnaderna kring projektet (Ennart 2016) och vad sjukhusöppningen innebär för stockholmare som behöver söka vård (Mellgren 2016). När artikelserien våren 2017 gavs ut i bokformat, under titeln *Sjukt hus: Globala miljardsvindlerier från Lesotho till Nya Karolinska*,[45] förstärkte detta ytterligare spridningen och uppmärksamheten för *Svenska Dagbladets* berättelse om NKS och de båda journalisternas betydelse och roll som talespersoner för frågor som rörde projektet. Granskningen hade alltså etablerat ett starkt och do-

45. År 2018 publicerades en uppdaterad, andra upplaga av boken.

minerande narrativ om att NKS-projektet inte bara var kostsamt utan också på flera sätt misslyckat och illa skött.

Dagens Nyheters granskning drog igång i samband med driftsättningen av sjukhuset, i november 2016. Då var huset inte bara byggt, utan vårdverksamhet började också att flytta in. Även här var vinkeln tydligt kritisk och i den första artikeln var utgångspunkten att NKS var ett skandalomsusat och extremt dyrt projekt. Med *Dagens Nyheters* rapportering adderades frågor och aspekter inriktade på den vårdorganisation som skulle skapas i det nya sjukhuset och de konsulter som hade anlitats för att driva och genomföra den radikala förändringen. Samtidigt som *Svenska Dagbladets* artikelserie rullade på skapade nu *Dagens Nyheter* utrymme för en delvis egen vinkel på rapporteringen, där fokus låg på KS arbete med att ta fram och implementera en ny organisationsmodell för vårdverksamheten på det nya sjukhuset. På liknande sätt som med *Svenska Dagbladets* rapportering blev detta också en följetong i tidningen där berättelsen kunde fortgå och utvecklas genom att det ständigt framkom nya uppgifter – och nya uttalanden från kritiker. I början hanterades rapporteringen inom ramen för *Dagens Nyheters* Stockholmsredaktion, men i takt med att den växte uppstod ett samarbete med tidningens grävredaktion, och granskningen ansågs ha riksintresse. Även denna rapportering sammanfattades i en bok, *Konsulterna: Kampen om Karolinska* (Gustafsson & Röstlund 2019).

Jämfört med tidigare rapportering blev det nu i högre grad professionsföreträdare som uttalade sig – och nästan alltid i kritiska ordalag. Oppositionspolitikerna fick nu alltså i större utsträckning sällskap av kritiska röster från professionen, inte minst från läkare verksamma vid det nya sjukhuset och från fackliga representanter. I samband med den första inflytten i det nya huset, i november 2016, krävde läkarfacket i ett öppet brev till dåvarande sjukhusdirektören vid KS att implementeringen av den nya, enligt dem konsultstyrda, verksamhetsmodellen skulle pausas för att dess konsekvenser för vården skulle utredas närmare. Både *Svenska Dagbladet* och *Dagens Nyheter* rapporterade om brevet, som skulle visa sig utgöra starten på en växande kritik mot konsultbolaget Boston Consulting Group (BCG) och ambitionerna att införa värdebaserad vård på det nya universitetssjukhuset.

Som har visats ovan dominerade *Svenska Dagbladets* berättelse om NKS i medierapporteringen. Även om meningsskiljaktigheter sällan

rymdes i mediernas rapportering var det emellertid inte en berättelse som fick stå helt oemotsagd. Till exempel förelåg betydande skillnader i synen på vissa aspekter i granskningen mellan tidningen å ena sidan och Swedish Hospital Partners (SHP) och Skanska å den andra. En av de mest omdiskuterade uppgifterna i *Svenska Dagbladet* gällde kostnaderna för ett, som tidningen benämnde det, dörrbyte. Artikeln ”1,2 miljoner för att byta en dörr på Nya Karolinska” (Mellgren & Ennart 2017) fick stor spridning och blev också granskad av Sveriges Radios program *Medierna* i P1. Skanska dementerade uppgiften i en egen text med rubriken ”Det finns ingen dörr som kostar 1,2 miljoner” (Skanska 2017a). Diskussionerna om dörren kom främst att handla om vad som är rimligt att innefatta i begreppet ”dörr” och vilka kostnader som i så fall bör inkluderas. Det visade sig också att *Svenska Dagbladet* felaktigt hade lagt till moms i sin beräkning. Trots att tidningen justerade ner kostnaden från 1,2 miljoner till 950 000 kronor (*Svenska Dagbladet* 2017) var det fortsatt en stor diskrepans mot Skanskas beräkning om en kostnad på max 600 000 för den offererade entrébyggnationen (Skanska 2017b). SHP och Skanska publicerade också senare ett dokument – ”Myter och sanningar om NKS” – som innehöll en lista med rättelser kring, enligt dem, felaktiga uppgifter som cirkulerade i och via *Svenska Dagbladet* (SHP 2018). På listan fanns, förutom dörren, uppgifter om när projektet skulle vara klart och till vilken kostnad samt en försäkran om att det varken förekommit skattefusk eller aggressiv skatteplanering. Skanska PO-anmälde *Svenska Dagbladet* för att ha brutit mot pressetiska publicistregler om att ge korrekta nyheter, vara generös med bemötanden samt att höra båda sidor. 2017 friades dock tidningen av Pressens Opinionsnämnd.

Även vår analys av medierapporteringen visar att möjligheterna för projektets talespersoner att nå ut med sina budskap var begränsade under denna andra fas. I stället blev det oppositionspolitiker som gavs utrymme att kommentera, instämma i och förstärka kritiken. I linje med medielogikens intresse för konflikter, problem och personcentrering skapade medierapporteringen en plattform för centrala oppositionspolitiker att formulera och ge röst åt kritik. De tidiga årens ambitioner om samförstånd mellan de politiska blocken omvandlades i bevakningen till uttalade politiska konflikter om sjukhuset. En journalist förklarar det som att det var rapporteringen som gjorde att oppositionspolitiker vaknade och fick en plattform att driva dessa frågor på:

> Så sossarna som knappt hade sagt flaska i den här frågan på flera år, de fick då en möjlighet att ta sig in i den här frågan och lägga sig på ett annorlunda ställe rent politiskt och kunde börja attackera majoriteten och det bidrog till en väldig skjuts i bevakningen också (journalist, dagstidning).

Den omfattande rapporteringen gav oppositionspolitiker möjlighet att göra politiska utspel och på så sätt bli del av berättandet – och berättelsen. Därigenom skapades ett slags självgenererande nyhetsspiral där berörda parter kommenterade innehåll i artiklar, som i sin tur skapade nytt innehåll – ofta formulerade som krav på ansvariga politiker, krav som sedan kunde följas upp genom att dessa politiker ställdes till svars. I de fall som politiker och tjänstepersoner sedan agerade på kraven – inte sällan genom att tillsätta en utredning – blev detta underlag för ny rapportering. I rapporteringen om KS förändringsarbete och införandet av värdebaserad vård har konflikter mellan sjukhusledningen och fackliga representanter samt läkare stått i fokus. En intervjuperson med insyn i granskningen förklarar att det initialt var svårt att få läkare och andra på sjukhuset att ställa upp och uttala sig, men att det över tid blev allt fler som ville berätta om de problem som förändringsarbetet hade fört med sig. Medierapporteringen blev också på det sättet ett slags nav och en grund för involverade att förhålla sig till – och agera utifrån. Den blev också, om än sent i projektarbetet, en plattform där professionsföreträdare kunde vädra sin kritik. Flera av dessa hade redan tidigare under arbetet varit kritiska, men inte upplevt att de blev hörsammade (se t.ex. kap. 11).

När KS styrelse ställde sina platser till förfogande i april 2018 kan detta ses som en reaktion på upprepade krav som oppositionspolitiker hade ställt i *Dagens Nyheters* rapportering sedan en tid tillbaka. I början av januari hade *Dagens Nyheter* rapporterat: ”Efter DN:s granskning: Produktionsdirektör Andreas Ringman Uggla på Karolinska avgår” (Röstlund & Gustafsson 2018a), och senare samma månad publicerade tidningen en artikel med rubriken ”Efter DN:s granskning: Krav på sjukhusstyrelsens avgång” (Röstlund & Gustafsson 2018b). I ingressen påmindes läsaren om att tidningen hade ”avslöjat att underlag för konsultfakturor på 57 miljoner kronor saknats, från BCG till Karolinska” och Miljöpartiet krävde nu extern granskning, medan Vänsterpartiet

uppmanade dåvarande sjukhusdirektören och hela sjukhusstyrelsen att avgå. Det var också i samma tidning som Alliansen kommunicerade sitt beslut att föreslå en ny styrelse för KS, för att, som den uttryckte det, ”skapa rätt förutsättningar för en ordentlig omstart för Karolinska” (Svenonius m.fl. 2018). I debattartikeln betonade de styrande politikerna att det var bra att NKS-projektet granskades, men de menade samtidigt att det saknades en helhetsbild av sjukhusets verksamhet och att de delar som faktiskt fungerade också behövde uppmärksammas. Oppositionens reaktion lät inte vänta på sig. Samma dag publicerades artikeln ”S: Det räcker inte med att byta namn i Karolinskas styrelse” och oppositionspartierna ställde krav på att uppdraget skulle ändras samt att sjukhusdirektören skulle avgå (Kullving m.fl. 2018, i *DN*). I september 2018 meddelade Melvin Samsom att han lämnade sitt uppdrag som sjukhusdirektör, och *Dagens Nyheter* rapporterade att ”beskedet kom efter DN:s avslöjanden om stora konsultarvoden för att hyra in hans tidigare nederländska kollegor och bekanta – något som enligt direktören inte har med saken att göra” (Röstlund & Gustafsson 2018c).

Sammantaget finns det flera exempel på utredningar som beslutades och initierades efter att krav på ansvar hade ställts i rapporteringen. Information tenderar att få en större tyngd och betydelse när den blir offentlig via medierna. I ett anförande i fullmäktige tackade till exempel Gunilla Roxby Cromvall (V) *Dagens Nyheter* för att nu ha gett henne – och alla andra – insyn i hur det faktiskt stod till med NKS. Enligt henne är det *Dagens Nyheters* granskning som har lett till den här boken och vårt forskningsprojekt om NKS:

> Ordförande, fullmäktige! Tack, Dagens Nyheter och alla grävande journalister! Utan er viktiga insats hade vi i oppositionen varit helt förda bakom ljuset i den här gigantiska miljardrullningen, som har styrts av ideologi, med privatiseringar och starka vinst- och marknadskrafter. Det är tack vare detta som vi till slut har fått första delen av granskningsrapporten från Stockholms universitet (SLL 2018g).

Under denna andra fas, i slutet av NKS-projektet, spelade alltså medierna, och särskilt de två dagstidningarna, centrala roller med makt att konstruera berättelsen om sjukhuset. Rapporteringen följde i hög grad det

som brukar framhållas i litteraturen om medielogikens krav på format, ton och innehåll, såsom konflikter, problem, avvikelser och sensationer, som kan knytas till centrala aktörer, är en fråga på dagordningen och del av en pågående rapportering. I rapporteringen blev också det komplexa megaprojektet översatt till och berättat om med fokus på enskilda frågor – dels upphandlingen och projektets kostnader, dels värdebaserad vård som koncept och inblandningen av konsulter. Några intervjupersoner betonar hur medielogiken begränsar möjligheterna att sätta in projektet i en bredare analys av dess betydelse i och för omstruktureringen av hela Stockholmsregionens sjukvårdssystem. Det blir helt enkelt för stora och komplexa frågor som inte låter sig förenklas, personifieras eller visualiseras. En före detta tjänsteperson uttrycker det problematiska med att en sådan bredare diskussion har uteblivit:

> När jag ser tillbaka på överhuvudtaget hur hela NKS-projektet så tycker jag att det är jättemärkligt att kommunikationen *inte* har handlat om så att säga de stora strukturella förändringarna med närakuter och ny roll för primärvården och alla de här bitarna, som fortfarande inte är färdiga. Huset står där, nu flyttar man in och lägger in klinisk verksamhet där. Det funkar, men paketet som helhet är fortfarande inte igenslaget (tjänsteperson, SLL).

AVSLUTANDE DISKUSSION

Berättelser är alltid redigerade. På mediearenan definierar medielogiken vad, när, av vem och hur något kommuniceras. Det är spelregler för kommunikation som inte bara journalister har att förhålla sig till, utan även andra aktörer som vill göra sina röster hörda i det offentliga samtalet. Mediebilder formar människors förståelse för sociala fenomen och händelser och kan få stor betydelse för vad som anses rätt och fel och vad som blir lämpligt att göra för en individ eller organisation i en specifik situation. I och med att politik, och även alltmer tjänstepersoners arbete, är sammanvävt med medierna blir medielogiken en styrprincip bortom journalisternas arbete på nyhetsredaktionerna. För politikområden, frågor och händelser som ges mycket uppmärksamhet i medierap-

porteringen kan vi till och med förstå styrningen som medialiserad. Det betyder att medieberättelsen om NKS-projektet blev en del av vad som motiverade och rättfärdigade inblandade aktörers agerande – det mediala narrativet måste helt enkelt förstås som en del av vad som formar och styr beslutsprocesserna. Nedan diskuteras först de särskilda förutsättningar som fanns för medierna att bevaka megaprojektet NKS, därefter den betydelse som medieberättelser hade för beslutsprocesserna.

Megaprojekt är både svårbevakade och attraktiva enligt medielogikens krav på nyhetsfaktorer och berättartekniker. De mest uppenbara svårigheterna är megaprojekts *komplexitet* och långa *utsträckning i tid*. Analysen i det här kapitlet visar att mer omfattande och djupgående medierapportering krävde att projektet materialiserades i form av ett hus, jämte att farhågor om framtida risker på ett eller annat sätt blev syn- eller kännbara. Medielogiken har svårt att hantera sådant som ännu inte har hänt. Rapporteringen krävde också en plattform för konflikter och polariseringar, något som under NKS-projektets tidiga år tonades ner då dessa år karakteriserades av ett politiskt samförstånd där offentlig kritik från oppositionen var begränsad (se kap. 10). När medierapporteringen sedan tog fart konstruerades berättelsen om NKS framför allt i termer av problem och konflikter. I den rapporteringen gavs också tidigare känd information nytt liv. Redan i samband med OPS-upphandlingen 2010 publicerades till exempel kritiska artiklar om hur processen hade gått till. Men det var alltså inte förrän fem år senare, 2015, som upphandlingsprocessen gavs återkommande utrymme och OPS som finansieringsform granskades mer i detalj.

Samtidigt som framtiden tenderar att vara särskilt svårbevakad och inte möta medielogikens krav på ”här och nu”, ter den sig mer tacksam för den som vill synas utan att bli skärskådad. Det är därför inte förvånande att projektets talespersoner under den tidiga fasen hade större möjligheter att marknadsföra och sprida positiva bilder av projektet (Andersson & Grafström 2019; Grafström & Andersson 2019). Det som vi i den här boken förstår som ”visionär oklarhet” gav förutsättningar för att berätta om det attraktiva framtidsprojektet i positiva och abstrakta termer – utan krav på konkretiseringar eller analys av mindre fördelaktiga konsekvenser. Att Region Stockholm sedan en tid tillbaka lanserat vad de själva kallar en långtidsutredning med fokus på 2040 är passande utifrån ett sådant perspektiv. Utredningen ska (fortsätta att) beskriva,

analysera och presentera utmaningar och möjliga lösningar för invånarnas behov av hälso- och sjukvård. I en delrapport från utredningen finns det avsnitt som rubriceras just ”Framtiden” och som påannonseras med meningen: ”Frågan om hur framtidens vårdstruktur kommer att utvecklas fram till 2040 är öppen” (Region Stockholm 2020e, s. 38). Det är en formulering som känns igen från NKS-projektet, och det är troligen en utredning som är svår att journalistiskt bevaka och rapportera om.

Det finns även aspekter i megaprojekt som passar medielogiken väl och som gör det attraktivt att bevaka och rapportera om sådana projekt. Den sparsamma bevakningen under de första åren står i stark kontrast till den medieberättelse som växte fram efter maj 2015. *Svenska Dagbladets* och *Dagens Nyheters* respektive granskningar har också fortsatt långt efter det att de båda ovannämnda böckerna har publicerats. Genomgången i detta kapitel har också visat att den kritiska bevakningen av NKS-projektet i de båda dagstidningarna skapade en möjlighet för oppositionspolitiker att instämma i och betona allvaret i den kritik som riktades mot projektet och hur det hade genomförts. Trots att vi i efterhand kan se att kritiska röster – såväl från enskilda oppositionspolitiker och fackliga representanter som från de medicinska professionerna – fanns redan tidigt i projektarbetet, verkar dessa inte ha varit vare sig högröstade eller hörsammade. När den journalistiska bevakningen växte skapades, som en av intervjupersonerna uttrycker det, en plattform för den politiska oppositionen och andra aktörer att forma och uttrycka kritik. På så sätt förstärktes det som ovan benämnts som en nyhetsspiral där aktörer kommenterar och gör utspel på basis av uppgifter som publicerats i pressen. Den följetong som utvecklades från 2015 och framåt fick näring och stöd just av att det handlade om ett megaprojekt. De högtflygande visionerna om att skapa ett sjukhus i världsklass som skulle revolutionera svensk sjukvård blev retoriskt tacksamma att kontrastera kritiken mot. NKS långa tidsspann skapade också en situation där aktörer sent i processen kunde hävda att de inte känt till händelser tidigare i processen – händelser som de nu menade att de fått kännedom om först via medierapporteringen.

När medieberättelsen utvecklades till en medieskandal blev den också ett särskilt centralt narrativ i politiska debatter, ett narrativ som dominerade diskursiva konstruktioner av NKS och som krävde uttalanden och åtgärder av ansvariga politiker. Det har ofta handlat om att tillsätta

en utredning, men också om mer drastiska åtgärder som att byta ut KS styrelse. Denna sammanflätning mellan mediebevakningen och centrala aktörers debatterande och agerande i förändringsprocessen vittnar om hur medieberättelser både skapar och begränsar utrymme för aktörer att agera som berättare och att ges roller i berättelsen. Den påminner också om att morgondagens narrativ motiveras och möjliggörs av gårdagens. Dessa existerar inte separat från det politiska projektet NKS – det är berättelser som på flera sätt vävdes in i projektarbetet och som blev normerande för vad som ansågs rätt, ansvarsfullt och önskvärt att göra av inblandade och berörda aktörer. På så sätt blev medieberättelserna sammanvävda med de inblandade aktörernas syn både på sig själva och på andra och hur de förstod vad som var möjligt och önskvärt att göra.

Avslutningsvis kan vi konstatera att mediernas granskning spelar en viktig – ibland helt avgörande – roll i att synliggöra och syna hur offentliga medel används samt lyfta fram eventuella oegentligheter i ljuset. På så sätt kan mediernas granskning både direkt och indirekt bygga in försiktighet kring hur skattemedel används. Den granskande journalistiken behöver därför värnas. Sammanflätningen mellan medier och politik – och den komplexa ömsesidighet som skapas över tid mellan medierapportering och andra aktörers utsagor och agerande – gör det samtidigt viktigt att påminna om medieberättelsers särskilda format, ton och innehåll. Medielogiken fokuserar på och förstärker konflikter, problem och betydelsen av individer. Vad som lyfts fram tenderar att över tid förstärka vissa aspekter och tona ner uppgifter som motsäger den dominerande berättelsen. På så sätt skapas ett slags medieföljetonger där gårdagens innehåll har stor betydelse för dagens och morgondagens. Att peka ut ansvariga och utkräva ansvar på basis av (endast) medieberättelser behöver därför göras med stor försiktighet. Slutligen visar analysen också att det kan vara riskfyllt att i alltför hög grad förlita sig på *att* medierna bevakar och granskar offentligt finansierade satsningar. I NKS-projektet kom granskningen sent i processen, när projektet nästan var slutfört. I andra sammanhang kanske den helt uteblir.

Sammanfattning av del III

Megaprojekt tenderar att dra till sig och involvera ett stort antal aktörer. Då de är utsträckta över tid är det också vanligt att aktörssammansättningen förändras under processens gång – vissa kommer till, andra faller ifrån och personer rör sig in och ut på beslutsarenan. I en politisk kontext som Region Stockholm är ett uppenbart exempel på detta att majoriteten i fullmäktige har skiftat och att de ledande politikerna har bytts ut vid ett flertal tillfällen. Av alla de tusentals människor som på ett eller annat sätt har varit involverade i besluten bakom NKS är det ytterst få som har varit med under hela, eller ens merparten av, processen.

Det är också tydligt att olika typer av aktörer har varit inflytelserika under olika perioder av planering och beslutsfattande. Vidare har deras relationer och förhållningssätt till varandra skiftat över tid. En aktörskategori som har varit central över hela perioden är naturligtvis *politikerna*. Trots att makten i landstinget skiftade fram och tillbaka mellan höger- och vänsterkoalitionen under NKS-projektets utredningsfas har det i stort funnits en samsyn kring ambitionerna med det nya sjukhuset. Samtidigt har relationen mellan ledning och opposition växlat karaktär och det politiska systemet har kännetecknats av en strukturell instabilitet. Denna instabilitet kommer till uttryck i att Region Stockholm har kännetecknats av såväl en konfliktorienterad kultur som av betydande inslag av samförstånd och kompromiss. Perioder av konflikt och samarbete har avlöst varandra och vid vissa tillfällen har ledning och opposition tillgripit olika strategier. Vid exempelvis det viktiga beslutet att gå vidare med det enda bud som kommit in i OPS-upphandlingen agerade den borgerliga ledningen konfliktorienterat genom att gå vidare med budet trots tidigare löften om att flera bud var nödvändiga. Samtidigt agerade oppositionen, som såg en fara med att projektet helt kunde gå i stöpet, mer

samarbetsorienterat och bidrog till att skänka legitimitet åt beslutet när den fick igenom vissa kostnadsbesparingar. Det kan också noteras att det främst är under projektets senare delar – och sedan sjukhuset stod klart – som konfliktnivån kom att höjas mellan ledning och opposition.

En annan central aktörskategori har varit *tjänstepersonerna*. Även här går det att tala om en strukturell instabilitet som genom NKS-projektet har skapats i relationen med politikerna. Förhållandet mellan politiker och centralt placerade tjänstepersoner präglas vanligen av ett betydande mått av tillit där politikerna visar förtroende nedåt och tjänstepersonerna agerar med lojalitet uppåt. NKS-projektet, med dess extraordinära karaktär, kom dock att rubba detta ”förvaltningskontrakt”. Detta skedde genom att politikerna vid flera tillfällen kom att runda sin egen förvaltning genom att dels inrätta nya organisatoriska enheter och beslutsvägar, dels använda sig av extern expertis. Genom detta avskärmades delar av den ordinarie förvaltningen, främst KS och HSN-förvaltningen, som därmed inte tilläts bistå med sin expertis. Förutom missnöje från delar av den ordinarie förvaltningen skapade denna särorganisering utmaningar att leva upp till centrala förvaltningspolitiska värden som rättssäkerhet, insyn och deltagande. Men även effektiviten kan ha hämmats då möjligheterna att förstå reformidéerna för de åsidosatta delarna av förvaltningen försämrades.

En annan aktörskategori som gavs begränsat inflytande över processen var hälso- och sjukvårdens *professioner*. Dessa utgjorde den kanske viktigaste intressentgruppen för projektet, och även om det fanns betydande inslag av samråd, workshops, möten och hearings, skedde dessa öppningar för deltagande inom relativt snäva ramar. Professionsföreträdare bjöds främst in på basis av sin expertis (snarare än som organisationsrepresentanter) och deltog främst i frågor inom sina respektive specialiteter – inte i diskussioner kring projektets övergripande inriktning och bärande idéer. Professionerna ska dock inte förstås som endast de läkare och sjuksköterskor som arbetar operativt i vården. Merparten av de personer som har befunnit sig i ledande befattningar i NKS-projektet har haft professionsbakgrund. Vidare hörde några av de viktigaste policyentreprenörerna bakom visionen om NKS till KI, som kan sägas tillhöra den akademiska professionseliten. Med andra ord har professionerna haft ett stort inflytande över processen, men då främst i form av elitföreträdare i ledande roller snarare än den breda basen av praktiker.

Särorganiseringen, där ordinarie förvaltning och personer från sjukvårdsverksamheten gavs begränsat utrymme, möjliggjorde i stället att *konsulter* blev en helt central kategori av aktörer och idébärare i projektet. Detta gällde framför allt i fråga om att rättfärdiga OPS som finansieringsform samt att tillhandahålla den praktiska kunskapen om denna typ av upphandlingsförfarande. Även i fallet med värdebaserad vård var konsulter centrala, både i att introducera och senare som ett stöd för sjukhusledningen att driva igenom den nya verksamhetsmodellen vid NKS. Det senare innebar ett avsteg från den tidigare strategin att utse personer med bakgrund inom professionen för att driva förändringsarbetet. Detta bidrog till att verksamhetsmodellen redan från början mötte starkt motstånd från framför allt läkarprofessionen vid NKS.

Ett återkommande mönster i denna bokens tredje del är att kritiska aktörer kom att mobiliseras och få genomslag i diskussionen i ett relativt sent skede. Detta gäller inte minst intresset från en annan central aktörskategori, *medierna*, som först 2015 inledde en omfattande granskande bevakning av NKS. Precis som att det är svårt för intressenter att ta tydlig ställning och bli engagerade innan det föreligger ett konkret förslag, var det svårt för den granskande journalistiken att väcka intresse innan ”väggar och tak” fanns på plats och det fanns röster som kunde vittna om konkreta erfarenheter av det nya sjukhuset. Sedan rapporteringen kom igång på allvar 2015 har medierna spelat en avgörande roll för granskningen av NKS och för att ventilera kritiska röster i debatten. Samtidigt har medierna kommit att etablera en dominerande berättelse om NKS formad av medielogikens krav på innehåll och format, och som tenderar att fokusera på konflikter, problem och betydelsen av enskilda individer. Detta har i sin tur fått olika konkreta effekter på färdigställandet av sjukhuset, inte minst exemplifierat av utfasningen av värdebaserad vård.

Analysen av olika aktörers inflytande åskådliggör utmaningarna med megaprojektens utsträckta tidsramar och episodiska karaktär, där personer kommer och går. Dessa förhållanden gör det svårt att åstadkomma en bred och öppen diskussion i tidiga skeden, i syfte att undvika att ledande aktörer snabbt låser sig vid vissa alternativ. Vilka aktörer, idéer och berättelser som får komma till uttryck är emellertid samtidigt en fråga om styrning: hur beslutsprocesser organiseras och vilka inslag av granskning och kontroll som skapas. Detta är ämnet för bokens fjärde och avslutande del.

DEL IV
ORGANISERINGEN

15. Hur styrdes beslutsfattandet?

Maria Grafström & Martin Qvist

INLEDNING

En viktig utgångspunkt för den här boken är att beslutsfattande sällan utgör en linjär process där problemdefinition, val av lösningar, konsekvensanalys av olika alternativ och slutligen beslut sker i tydliga steg. En sådan rationell process är snarare att betrakta som en idealmodell (se kap. 3). Detta gäller särskilt för ett megaprojekt som Nya Karolinska Solna (NKS). Som vi har visat i den här boken pågick beslutsprocessen om NKS under 15 års tid, vilket betyder att förutsättningar har förändrats och att personer har rört sig in och ut på beslutsarenan. Snarare än tydliga steg mot målet om ett nytt sjukhus har processen bestått av ett antal episoder som var och en har haft sin egen dynamik och specifika utmaningar. Trots att det har dykt upp hinder längs vägen, och att beslutsprocessen ibland tagit nya vägar, har den samtidigt förts framåt. För att förstå hur detta har varit möjligt är det nödvändigt att studera hur processen har organiserats. Genom organisering kan inslag av ordning och stabilitet skapas. Olika former av organisatoriska arrangemang kan ge inblandade parter mandat att driva processen i en viss riktning. Sådana arrangemang kan också skapa ett slags skygglappar genom att hålla konflikter och motstridiga intressen på distans. På så vis har organiseringen, menar vi, fungerat som det kanske viktigaste styrverktyget för politiker och andra ledande beslutsfattare.

I det här kapitlet undersöker vi hur NKS-processen har styrts genom organisering och hur denna organisering har påverkat beslutsfattandet. Först ringar vi in vad det är som har styrts genom organiseringen, närmare bestämt de aktörer och idéer som har stått i fokus i bokens föregående delar. Därefter analyserar vi hur organiseringen har skett genom att identifiera ett antal strategier eller handlingsmönster som återkommer genom hela processen. Dessa två delar ligger till grund för en slutdiskus-

sion om politisk styrning genom organisering och konsekvenserna av de organisatoriska arrangemang som kom att forma NKS-processen. Vi återknyter genomgående till exempel och analyser i bokens föregående delar för att visa hur organiseringen formar de idéer och aktörer som blir inflytelserika i planeringsarbetet och besluten bakom NKS.

ATT STYRA KOMPLEXA BESLUTSPROCESSER

Ytterst har politikerna i landstingsfullmäktige (numera regionfullmäktige) fattat de avgörande besluten om NKS. Men som i alla politiska processer är det i arbetet bakom dessa beslut som vi måste söka för att kunna nå en djupare förståelse för processen. För att fatta beslut är politiker beroende av andras expertis, och för att göra beslutsfattandet hanterbart delegeras i regel mycket av det praktiska problemlösandet till de offentliganställda och andra utsedda experter (se kap. 11). Politisk styrning handlar därför till stor del om att inrätta organisatoriska arrangemang, vanligtvis förvaltningar, enheter, utredningar och expertråd, som ges mål, regler, resurser och personal för att lösa sina uppgifter (Sundström 2020a). I en analys av hur beslutsprocesser styrs och går till behöver vi därför undersöka inte bara dessa processers innehåll, utan även hur detta innehåll *formas* och hur det *genomförs*, det vill säga hur arbetet *organiseras*. Styrning handlar i hög grad om hur förvaltningar, enheter och motsvarande positioneras i förhållande till den politiska makten (vertikalt) och i förhållande till varandra och privata organisationer (horisontellt). Förutom uppdrag, regler och resurser handlar organisering också om att skapa en gemensam berättelse, ett narrativ, som motiverar och beskriver vad organisationen är och varför den behövs – både för att skapa mening och samhörighet för dem som arbetar där och för att kommunicera utåt (Jacobsson m.fl. 2015).

Dessa resonemang om politisk styrning är lika tillämpbara på nationell som kommunal nivå, och de går även att överföra till analyser av styrning av komplexa beslutsprocesser. De kan rentav ses som särskilt relevanta i ”extraordinära” processer som NKS där det i regel inte finns en färdig struktur eller procedur för hur planerings- och beredningsarbetet bakom besluten ska ske. Att skapa ett *projekt* är i sig självt ett organisatoriskt arrangemang som kan rättfärdiga och legitimera att bryta

mot annars givna normer och regler inom förvaltningsorganisationen (jfr Fred & Hall 2017). Genom att organisera verksamhet i ett projekt skapas ett avstånd till den vardagliga praktiken, och förfaringssätt och beslutsgångar kan se annorlunda ut än vad som är brukligt i ordinarie verksamhet. Avsaknaden av givna institutionella ramar gör därför att megaprojekt ofta kringgärdas av ytterligare nya organisatoriska arrangemang. Projektens komplexitet, omfång och att de är förknippade med stor osäkerhet gör också att politikerna känner sig nödgade att tillkalla särskild expertis, och ofta expertis som de inte anser finns i den reguljära förvaltningen.

Ett grundantagande i den narrativa modell som vi presenterade i kapitel 3 är att det finns ett ständigt flöde av problem, lösningar och aktörer som pockar på beslutsfattarnas uppmärksamhet (Cohen m.fl. 1972). Beslutsfattande handlar från ett sådant perspektiv ofta om att skapa gehör för och rättfärdiga en viss lösning, snarare än ett förutsättningslöst problemidentifierande och -lösande. Megaprojekt som NKS tenderar dessutom att attrahera många olika aktörer som ser ett tillfälle att lyfta sina problembeskrivningar eller en möjlighet att få igenom sina favoritförslag. Om beslutsprocessen vore öppen för alla problem, lösningar och aktörer skulle beslutsfattandet lätt lamslås av all information och skapa låsningar bland alla inblandade parter (Olsen 1983). Organisering blir i detta sammanhang ett sätt att styra vilka aktörer som får inflytande och vilka frågor som ges uppmärksamhet vid olika tidpunkter i processen. Av detta följer att politisk organisering alltid kan ses som ett uttryck för makt där vissa frågor och konflikter ges utrymme, medan andra trycks undan. Aktörer kan i vissa fall helt organiseras ut ur en process, eller isoleras, vilket minskar deras möjligheter att mobilisera andra aktörer eller den breda allmänheten (Schattschneider 1975).

Organisatoriska arrangemang skapar tillsammans med för tiden och sammanhanget starka idéer också förutsättningar för handlingsutrymme. Aktörers intentioner är på så sätt skapade av det sammanhang i vilket de agerar (jfr Blomquist & Jacobsson 2002). Det här betyder att beslutsfattande sker utifrån vad som uppfattas vara ett *lämpligt* beteende, utifrån vad som förväntas av en person eller en organisation i en given situation (March 1994). Genom att agera på ett sätt som överensstämmer med rådande normer, värden och ideal blir organisationers och individers handlingar legitima. Över tid utvecklas därigenom normer och

värderingar som definierar vad som är viktigt och vad som är önskvärt och eftersträvansvärt i ett professionellt sammanhang.

Våra studier visar att ett megaprojekt i sig utgör ett sådant sammanhang där beslutsprocesser styrs och formas beroende av vad involverade aktörer uppfattar som lämpligt. Vi visar också att i ett megaprojekt, utsträckt över tid och rum, kan vad som uppfattas som legitimt och lämpligt förändras under processens gång. Genom organisatoriska arrangemang kan förutsättningar för beslutsfattandet riggas om och inkludering respektive exkludering av aktörer och idéer förändras (Blomquist & Jacobsson 2002; Jacobsson 1994; Sahlin-Andersson 1989). Ett megaprojekt som NKS, som inte bara genomförs över lång tid utan också genom en mängd processer och aktiviteter, medför dessutom att olika delar av projektet vid ett och samma tillfälle kan ha kommit olika långt i planeringen eller genomförandet.

INKLUDERING OCH EXKLUDERING AV AKTÖRER OCH IDÉER

Vilka aktörer och idéer som har tillträde till ett beslut är ibland högst institutionaliserat, det vill säga tydligt strukturerat på förhand och svårföränderligt på kortare sikt. Det är till exempel riksdagsledamöter som utses till riksdagens olika utskott och arbetsmarknadsfrågor hanteras i arbetsmarknadsutskottet, inte i försvarsutskottet. Möjligheten att påverka organiseringen kan alltså skilja sig mellan olika beslutsprocesser. Megaprojekt tenderar dock att inte omgärdas av en lika tydligt fastställd struktur eftersom de oftast är extraordinära företeelser som inte har givna ramar eller upparbetade procedurer. Ett tydligt uttryck för detta i NKS-projektet var att det skapades olika ad hoc-arrangemang som oftast byggdes upp kring utvalda personer med uppgift att driva processen. Inledningsvis var den lilla projektgruppen för utredningen SNUS ett exempel på en sådan ad hoc-organisering, formad utifrån viljan att snabbt få projektet ur startblocken. NKS-kansliet och NKS-förvaltningen blev senare de allra tydligaste exemplen på hur denna ad hoc-organisation formaliserades som en ny men samtidigt tydligt separerad del av landstingsförvaltningen.

Skapandet av de organisatoriska arrangemangen för NKS-processen – som de inledande utredningarna, NKS-kansliet och NKS-förvaltning-

en – syftade inte minst till att påverka vilka aktörer som gavs tillträde till beslutsarenan och under vilka förutsättningar. Ett genomgående tema är här relationen till ledningen och personalen på Karolinska universitetssjukhuset (KS). Ett annat är beroendet av extern expertis och den expertis som fanns i den egna förvaltningsorganisationen. Som beskrevs i kapitel 13 om konsulterna stod dessa gruppers kunskapsanspråk i konflikt med varandra i fråga om offentlig-privat samverkan (OPS). Inorganiseringen av konsulterna, genom att tillsätta nya utredningar, blev ett sätt att rättfärdiga OPS som finansieringslösning.

Styrningen genom organisering handlade dock inte bara om inkludering och exkludering av aktörer. Statsvetarna Shirin Ahlbäck Öberg och Göran Sundström beskriver det som att idéer både kommer ur och samtidigt genererar organisatoriska arrangemang. Det tenderar att bli en självförstärkande process där idéerna över tid ”inte bara institutionaliserats, eller ’fastnat’, på olika sätt i förvaltningen utan också fått förnyad kraft” (Ahlbäck Öberg & Sundström 2020, s. 238). Eftersom aktörer verkar inom ramen för förutsättningar som skapas av i samtiden dominerande idéer, nås ofta framgång genom att bygga koalitioner kring sådana idéer (Blomquist & Jacobsson 2002). Att exkludera aktörer eller koalitioner av aktörer ur en process kan vara ett sätt att organisera ut vissa idéer för att ge företräde åt andra. Men organisering kan också vara inriktat på idéerna själva, och på att påverka vilka argument och lösningsförslag som är legitima att föra fram vid olika beslutstillfällen. Ett konkret exempel är att försöka styra genom att sätta dagordningen (Bachrach, Morton & Baratz 1963). I 3S-utredningen, som genomfördes 2003–2004, var detta en tydlig strategi. Som beskrevs i kapitel 12 öppnades processen i detta skede upp för att en mängd företrädare för professionerna skulle få delta och aktivt påverka utvecklingen. Genom den inriktning som utredningen gavs av politikerna bestämdes samtidigt att mer övergripande frågor om projektet, såsom sjukhusets inriktning och lokalisering, inte skulle vara var öppna för diskussion. Dagordningen sattes snävt och det professionsföreträdarna fick samtala om var att försöka fastställa olika nivåer av vård inom sina respektive specialiteter. Resultatet blev att aktörer inkluderades, men med starkt begränsat utrymme att påverka de större sammanhangen. De lösningar som var tänkbara och som kunde komma upp på bordet begränsades genom makten över dagordningen.

Att styra genom dagordningen är ett relativt direkt sätt att påverka

vilka idéer som får komma till uttryck och handlar ofta om att trycka undan kända meningsskiljaktigheter (jfr Lukes 2005). Kanske än mer betydelsefullt för att organisera in och ut idéer i NKS-projektet var skapandet av gemensamma berättelser. Dessa berättelser, eller narrativ, om ”världsklass”, excellens och högspecialiserad vård, som beskrevs i bokens andra del, fungerade som ett sätt att knyta samman aktörer och skapa mening för arbetet med NKS. De fungerade samtidigt som ett sätt att hålla borta andra berättelser och sätt att beskriva projektet. Detta skapade en mer subtil styrning av vad det innebär att vara en legitim aktör – en som kan föra fram sina argument och förslag inom det dominerande narrativet. Ett uttryck för denna typ av diskursiva gränsdragningar är att definiera och peka ut ”bakåtsträvare”, som när NKS-förvaltningen upprättades och dåvarande KS i hög grad organiserades ut ur förändringsarbetet (Andersson & Grafström 2019). Förekomsten av en dominerande berättelse kan också bidra till förståelsen av varför vissa frågor och argument saknas vid olika beslutstillfällen trots att de är kända bland berörda aktörer. En sådan fråga var säkerställandet av personalförsörjning, inte minst gällande sjuksköterskor, som länge har varit en utmaning inom vården. Den dominerande idén kring rekrytering var, åtminstone inledningsvis, snarare att locka till sig spetsforskare – en idé som passade berättelsen om excellens, innovation, klusterbyggande och ”världsklass” (kap. 5).

STRATEGIER OCH MÖNSTER I ORGANISERINGEN AV NKS-PROJEKTET

Organisering kan ske på olika sätt och ha skilda syften. Nedan diskuterar vi fyra strategier som vi menar kännetecknade organiseringen av NKS-processen: att på olika sätt *begränsa sökljuset*, att ordna förändringsarbetet i *parallella processer*, att *villkora* olika aktörers deltagande och att hantera frågor *sekventiellt* över tid. Viktigt att notera är att styrning genom organisering sker mer eller mindre medvetet. Det kan handla om allt från aktiva och uttalade beslut (som att inrätta en ny enhet eller en ny förvaltning) till att arrangemang över tid kan förstärka viss typ av organisering (som att en och samma förändringsprocess över tid kan utvecklas i separata sammanhang där vissa frågor och deltagare inte möter varandra).

Begränsa sökljuset

Utifrån en rationell planeringsmodell förväntas planeringen börja i problemet och uttömmande fastställa behoven som projektet ska lösa. Därefter undersöks alla tänkbara lösningar för att finna det bästa alternativet. Som redan betonats följer beslutsprocesser sällan denna mall. Ofta måste projekten drivas framåt trots en mängd osäkerhetsfaktorer. Mer och mer information i tidiga skeden kan få projekt att köra fast och beslutsfattarna kan ställas inför alltför många alternativ där alla konsekvenser inte kan utredas (De Bruijn & Leijten 2007; Salet m.fl. 2013). Uppmärksamhet är en helt central men samtidigt begränsad resurs i komplexa beslutsprocesser (Cyert & March 1963).

Detta gör att det blir nödvändigt att begränsa och specialisera informationsinhämtningen, framför allt vilka lösningar som ska undersökas och utredas och vilka som lämnas utanför. Att ”begränsa sökljuset” var en tydlig strategi i den inledande planeringen av NKS (se Johannesson & Qvist 2020). Detta handlar främst om vilka utredningar som tillsattes, hur de bemannades och vad de gavs för inriktning – och därmed också vad som valdes bort. Ett tydligt exempel är utredningen av OPS, som beskrevs i kapitel 9, när den efter valet 2006 på allvar kom att aktualiseras som finansieringsform (se även kap. 13). De konsultutredningar som då genomfördes hade ett tydligt fokus på att utreda OPS medan andra upphandlingsformer, såsom samverkansentreprenad, utreddes mer begränsat. Här användes de traditionella upphandlingsformerna mer som ett sätt att framhäva fördelarna med OPS än som alternativ som undersöktes förutsättningslöst (se även Junker & Yngfalk 2019).

Att nogsamt välja vad som utreds är ett konkret sätt att begränsa sökljuset, men intressant nog börjar detta tidigare i processen i ett skede där ledande aktörer hämtar inspiration från olika förebilder. Som beskrevs i kapitel 5 var resor till ledande sjukhus runt om i världen centralt för att skapa bilden av ett sjukhus i ”världsklass”. Ralph Lédels skrivelse 2001 kom kort efter en sådan inspirationsresa till ett sjukhus i spanska Valencia. Under SNUS genomfördes resor till 14 universitetssjukhus i USA och Europa, utifrån en relativt oklar urvalslogik. Några av de ledande personerna i projektorganisationen, och som också var tydliga policyentreprenörer för nivåstrukturering, forsknings- och vårdnätverk samt patientcentrerade arbetssätt, fungerade på dessa resor som ”reseledare” för grupper av politiker och ledande tjänstepersoner.

Dessa personer använde sina personliga nätverk som dörröppnare till berömda sjukhus, såsom Johns Hopkins och Cleveland Clinic i USA. Som framkommer i kapitel 5 skedde inte organiseringen av dessa resor förutsättningslöst, utan den utgick från de dominerande idéer som dessa företrädare för den medicinska eliten agerade utifrån. Redan på detta visions- och inspirationsstadium begränsades alltså sökljuset av dominerande idéer och aktörerna fungerade som vägvisare. Resandet i syfte att lära och inspireras kom sedan att bli ett återkommande inslag även under följande delar i processen, inte minst under NKS-förvaltningens tid.

Parallella processer

Tidigare studier av megaprojekt har visat att det ofta uppstår flera olika delprocesser genom vilka förändringsarbetet genomförs. NKS-projektet är inget undantag. Genom parallella processer kan frågor och problem hanteras separat från varandra. Varje process kan utgöra ett eget organisatoriskt sammanhang som sätter ramarna för vilka aktörer som deltar och vad som anses lämpligt att göra. I sin studie av Stockholms stads köp av ASEA:s koleldade kraftvärmeverk under 1980-talet visade till exempel företagsekonomen Bengt Jacobsson hur organiserandet av beslutsprocessen i tre olika, parallella processer fick en rad konsekvenser. Konflikter kunde artikuleras, utan att lösas; de hanterades i stället genom att de organiserades på olika nivåer. Centrala personer i en process kunde också vara relativt okända för andra personer – med centrala positioner i en annan process. Processerna saknade därför också styrning från ett ”centrum”: ”det fanns ingen som någonstans satt och drog i trådarna efter något uttänkt schema” (Jacobsson 1994, s. 14) – vilket öppnade, och till och med underlättade, för aktörer med mer specifika intressen (t.ex. företag med något att sälja).

I NKS-projektet skapades över tid olika parallella processer. Det kanske mest påtagliga exemplet gäller planering av och beslut om verksamhetsinnehållet vid det nya sjukhuset och hur detta skulle påverka andra vårdgivare i regionen. Det var en parallell process som etablerades och blev särskilt stark under tiden för NKS-förvaltningens existens (Andersson & Grafström 2019; Grafström & Andersson 2019). Den särorganisatoriska lösningen med en separat förvaltningsorganisation för projektet skapade en situation där fokus för förändringsarbetet blev

det nya sjukhuset och dess innehåll (kap. 11). De lika viktiga och nära sammanflätade frågorna om hur detta nya sjukhus – med ett förändrat uppdrag i jämförelse med dåvarande KS – skulle påverka universitetssjukhusets verksamhet i Huddinge, akutsjukhusen samt andra vårdgivare i regionen – hamnade därigenom i skymundan.

De problem som skapades genom parallella processer framträdde redan tidigt i projektarbetet (Grafström & Andersson 2019). De handlade om att NKS-förvaltningens arbete gick på tvärs med det pågående arbetet på KS för att skapa *ett* universitetssjukhus som inkluderade både Huddinge och Solna. NKS-förvaltningens arbete hade i stället ambitionen att koncentrera den högspecialiserade vården i regionen till det nya sjukhuset i Solna. Men det gällde också avsaknaden av en ”generalplan” för hur hälso- och sjukvården skulle organiseras och bedrivas i framtiden i regionen. Samtidigt som NKS beskrevs som en hävstång för att förändra sjukvårdssystemet i regionen, saknades konsekvensbeskrivningar och ett arbete som planerade för de förändringar som det nya sjukhuset skulle medföra för övriga vårdgivare. Situationen liknande på så sätt den som Jacobsson beskrev i sin studie: det fanns inget ”centrum” varifrån förändringsarbetet koordinerades och styrdes.

Kritiken om avsaknaden av en generalplan ledde till att ett särskilt projekt med målet att planera för framtidens hälso- och sjukvård i regionen upprättades. Framtidsplanen blev ett parallellt förändringsarbete till NKS-projektet (se kap. 8). I samband med att ansvaret för verksamhetsinnehållet vid NKS flyttades över från NKS-förvaltningen till KS fanns uttalade krav på att planeringsarbetet skulle ske *i samverkan* mellan det centrala programkontoret vid SLL och KS nyinrättade programkontor. På så sätt skulle just parallella processer undvikas. I vår analys av hur arbetet från 2012 och framåt utvecklades ser vi dock att arbetet i hög grad även fortsättningsvis organiserades i två skilda processer (Andersson & Grafström 2020).

Problemen med att samorganisera arbetet kan tänkas ha flera orsaker. Under perioden var ansvar och mandat för Framtidsplanen otydligt, något som landstingsrevisorerna också uppmärksammade och identifierade som problematiskt och som en risk för genomförandet av de omfattande förändringarna (SLL 2016d). Det fanns också uttalat olika uppfattningar mellan KS och den centrala förvaltningsorganisationen rörande möjligheter och lämpligheten i att koncentrera den högspecia-

liserade vården till Solna (kap. 8). Meningsskiljaktigheterna var särskild tydliga i fråga om de planerade förändringarna av det akuta omhändertagandet i regionen där NKS skulle utgöra en ny akutnivå med en anpassad akut – en akut som fick namnet Intensivakuten och som togs i bruk den 1 maj 2018. Att arbetet delvis organiserades i parallella processer kan förstås som en underlättande faktor för att driva igenom beslutet om att inrätta Intensivakuten trots den starka kritiken från professionsföreträdare och KS.

Villkorat deltagande

Genom att styra med organisation kan, som vi har visat ovan, aktörer organiseras in och ut från en förändringsprocess; aktörer kan på så sätt inkluderas eller exkluderas. Beslutsprocessens organisering påverkar därmed ”handlingsutrymmet för dem som vill förverkliga sina drömmar” (Blomquist & Jacobsson 2002, s. 30). Berörda aktörers delaktighet kan förstås i termer av effektivitet och legitimitet (Andersson & Grafström 2019; Johannesson & Qvist 2019), där exkludering av motstridiga intressen och aktörer som uppfattas ha en annan agenda kan skapa utrymme för snabbare förändring. Att exkludera kritiska röster tenderar dock att skapa legitimitetsproblem. I ett försök att balansera mellan dessa två krav – att hantera komplexitet och konflikter – har till exempel företagsekonomerna Christine Blomquist och Bengt Jacobsson (2002) beskrivit det som eftersträvansvärt i en förändringsprocess att utveckla en rimlig lyhördhet för aktörers intressen och önskemål. Att balansera mellan effektivitet och legitimitet kan därför förstås som ett slags rimlighetens konst, det vill säga att ge aktörer möjlighet att delta och bli hörsammade i den utsträckning att de upplever att de har respekterats. En alltför långtgående effektivitetsambition i ett projekt som NKS kan – förutom att begränsa möjligheterna till att skapa legitimitet genom deltagande – vara direkt kontraproduktivt. Att inte lyssna till kritik och oliktänkande kan göra att förändringsarbetet helt enkelt missar centrala aspekter och stöter på andra problem längre fram.

Snarare än en strävan efter rimlig lyhördhet kom organiseringen av NKS-projektet att präglas av vad vi kallar för ett *villkorat deltagande* (Andersson & Grafström 2019). De ledande aktörerna förstod tidigt i processen att projektets starka politiska vision om att genomföra en radikal förändring skulle kunna uppfattas som utmanande av flera aktörer. Det

var en uppfattning som stärkte tanken att projektet behövde organiseras på ett sätt som premierade effektivitet före legitimitet. En inkluderande hållning med alltför stort inflytande från organisationer och enskilda personer beskrivna som ”särintressen” – och som i hög grad definierades som problematiska och förändringsobenägna – ansågs riskera ett framgångsrikt genomförande (Andersson & Grafström 2019; Öhrming 2017).

Under NKS-förvaltningens tid tog detta sig uttryck i att KS, som sågs som en potentiellt motsträvig aktör, organiserades ut från projektarbetet under de första åren (Andersson & Grafström 2019). Kunskap och expertis från KS hämtades i stället genom att förvaltningen lånade in viss personal för att arbeta deltid i NKS-projektet (se kap. 11, 12). Dessa personer blev mer av representanter för NKS-förvaltningen än för KS. Ledningen för KS var visserligen representerad i en styrgrupp, men styrgruppens möten fungerade mer som tillfällen för informationsutbyte än som en möjlighet för deltagarna att faktiskt påverka NKS-förvaltningens arbete. KS kunde åtminstone på pappret presenteras som att det involverades i processen, men hölls samtidigt på distans och gavs inget direkt inflytande över förändringsprocessen (Andersson & Grafström 2019).

Villkorat deltagande beskriver inte bara den dåvarande sjukhusledningen, utan även involveringen av de fackliga organisationerna. I likhet med sjukhusledningen har dessa uppgett att de bjöds in att delta i arbetet men att de inte gavs möjlighet att påverka processen (Grafström & Andersson 2019). Dessa erfarenheter fanns både under NKS-förvaltningen och senare då ansvaret för planeringen av verksamhetsinnehållet hade förlagts till KS. En facklig representant beskrev detta i vår intervju som att det kunde föras ”bra dialoger” och genomföras ”en rad sittningar” mellan den fackliga organisationen och den dåvarande sjukhusledningen, men att de framförda kraven på förändringar inte påverkade inriktningen på arbetet.

Sekventiell organisering över tid

Att organisera beslutsfattande i parallella processer, som beskrevs ovan, gör det möjligt att reducera komplexitet och risker för låsningar i dessa mer specialiserade delprocesser. Att organisera processer sekventiellt, det vill säga som avgränsbara episoder där en större fråga delas upp i ett

antal delbeslut över tid, kan fylla en liknande funktion. Om alla frågor som rör ett stort projekt som NKS hanteras vid samma tidpunkt, skulle det troligen bli oöverblickbart och omöjligt att komma fram till ett beslut. Sekventiell organisering av beslutsprocesser kan också göra det möjligt att hantera motsägelsefullheter och motsättningar i olika val. Problem som uppstår eller som förblir olösta med ett beslut kan skjutas till nästa sekvens i processen.

Att centrala frågor sköts på framtiden i NKS-processen har i efterhand blivit föremål för omfattande kritik och diskussion. Detta gäller framför allt frågan om vilken verksamhet som skulle bedrivas på det nya universitetssjukhuset (kap. 8; se även Grafström & Andersson 2019). I sin studie av NKS-projektet beskriver Öhrming (2017) detta som att allt gjordes ”baklänges”, det vill säga att man planerade och startade projektet utan att fullt ut utröna vad det nya sjukhuset skulle användas till. Vi kan genom att analysera den sekventiella organiseringen identifiera två viktiga orsaker till att processen fick denna karaktär.

Den första handlar om viljan att organisera ut konflikter och motsättningar. Frågan om vilka vårdenheter som skulle flytta in i det nya sjukhuset var en av de mest kontroversiella att hantera under processens gång. Denna fråga riskerade att skapa debatt inom stora delar av professionerna, som genom sin makt hade kunnat låsa processen och frånta den politiska ledningen handlingsinitiativet i planeringsarbetet. Det är därför inte förvånande att frågan om verksamhetsinnehållets fastställande sköts fram till efter beslutet 2008 om att bygga sjukhuset. Inom forskningen om policyskapande är detta en välkänd strategi för att göra beslut mindre konfliktfyllda och att stegvis binda upp olika aktörer (Zahariadis 2003). Mer uppseendeväckande var att frågan fortsatt var öppen fram till att den togs över av KS sedan NKS-förvaltningen lagts ner vid årsskiftet 2011/2012, och att vissa frågor inte fattades beslut om förrän långt senare, till exempel detaljerna kring den anpassade akuten (Andersson & Grafström 2020).

Vi menar samtidigt att frågan om verksamhetsinnehållets hantering måste analyseras vidare än att endast förstå den som en politisk strategi för att få igenom beslut och undvika konflikt. Detta mönster av att knuffa beslut på framtiden ska också ses som ett resultat av svårigheter med att hantera komplexitet och motstridiga intressen som frågan var förknippad med. Denna komplexitet hänger samman med – och bör för-

stås i ljuset av – de idéer om att planera för framtiden som projektets företrädare hade anammat och som beskrevs i kapitel 6. I betydande utsträckning präglades arbetet av en planeringsfilosofi som bejakade snarare än att vara inriktad på att reducera osäkerhet. På så vis speglar den sekventiella organiseringen inte bara begränsningar i aktörernas förmåga att en gång för alla lösa upp de intrikata motsättningar som frågan var förknippad med, utan genom en berättelse om flexibilitet och generalitet kunde detta bejakande av osäkerhet presenteras som ett modernt och rationellt sätt att organisera processen.

AVSLUTANDE DISKUSSION

Det här kapitlet har tagit ett brett grepp om flera aspekter som har diskuterats i del II och del III i boken genom att sätta strålkastarljuset på *organiseringens* betydelse för NKS-projektets beslutsprocess. Vi har visat att organisatoriska arrangemang skapar förutsättningar för aktörer att delta i processen, men också att andra samtidigt – mer eller mindre medvetet – stängs ute. Vi har också visat att idéer kan ges uppmärksamhet och få fäste genom organisering, samtidigt som dessa idéer i sig ger upphov till ny eller förändrad organisering. Det betyder att arrangemangen över tid kan skapa ett slags inlåsningseffekt där vissa aktörer och idéer framstår som självklara. Därigenom har också organiseringen betydelse för vad som anses legitimt och lämpligt att göra i en viss situation.

Vi tog avstamp i en diskussion om att organisering är ett centralt politiskt styrverktyg. Inrättandet av en ny särskild förvaltningsorganisation med ansvar för NKS-projektet är det allra tydligaste exemplet på sådan politisk styrning i vår studie. Det fanns en mer eller mindre uttalad tanke om att hålla existerande verksamhet på avstånd, att skapa ett rum för något nytt och minska risken för kritik och låsningar. Beslut som riskerade att få kritik, eller som bara var särskilt svåra att realisera i praktiken, kunde skjutas på framtiden. Och trots att berörda parter, som upplevde sig vara just utorganiserade från förändringsarbetet, uttryckte sin kritik i rätt högljudda former skapade det organisatoriska arrangemanget ett slags, mer eller mindre medveten, lomhördhet.

Samtidigt som NKS-förvaltningen utgjorde det Jacobsson (1994) benämner ”ett centrum” för planerings- och förändringsarbete i megaprojekt, skapade dess existens det motsatta. NKS var tänkt att fungera som

en hävstång och ett lokomotiv för att förändra Stockholms sjukvårdsstruktur. Så länge planeringsprocesserna var kopplade till varandra, som i 3S, var detta också fallet. Men när de kopplades isär kunde sjukhusbygget inte längre fylla denna roll. I stället uppstod oklarheter, en strukturförändring som inte går i takt och en modifierad inriktning för NKS där vissa av de ursprungliga intentionerna har vattnats ur.

Avslutningsvis kan vi konstatera att både rättfärdigande och upprätthållande av särskilda organisatoriska arrangemang, som NKS-förvaltningen, gjordes med hjälp av diskursiva gränsdragningar. Att definiera och måla bilden av det gamla sjukhuset som ”bakåtsträvare” och ”förändringsobenäget” skapade legitimitet för valet av projektorganisation. Den starka berättelsen om NKS som världsledande och som möjliggörare av framtidens sjukvård bars upp och konstruerades i relation till det som existerade då, och det blev därför viktigt att formulera detta som något tillhörande gårdagen, något som fungerade dåligt. Detta speglar också att styrningen genom organisering inte bara handlade om att inrätta enheter och utredningar och positionera dem vertikalt, horisontellt och sekventiellt. Den gemensamma berättelsen kommunicerades utåt, men var samtidigt också ett sätt att skapa mening och riktning för det egna planeringsarbetet.

16. Hur kontrollerades beslutsfattandet?

Göran Sundström & Livia Johannesson

INLEDNING

Som visades i kapitel 14 har tillkomsten av Nya Karolinska Solna (NKS) debatterats flitigt i olika medier under senare år. Flera offentliga granskningar har också genomförts till följd av denna debatt, såväl av Region Stockholm som av olika externa aktörer. I dag verkar det råda en utbredd samsyn kring att många beslut som fattades på vägen fram till färdigställandet av NKS var bristfälliga och att de har fått långtgående konsekvenser, som har gått ut över såväl demokratin som effektiviteten. Som har framkommit i denna bok inleddes dock denna kritiska debatt och dessa granskningar sent i processen, då många konsekvenser redan var ett faktum och svåra, eller omöjliga, att åtgärda.

Eftersom NKS-projektet ägde rum i ett demokratiskt styrelseskick som det svenska är en relevant fråga hur de kontrollfunktioner som normalt kännetecknar sådana system fungerade i detta fall. I detta kapitel diskuteras den frågan. Diskussionen utgår från ett antal kontrollfunktioner som är vanliga i demokratier. På basis av exempel och analyser i bokens föregående delar resonerar vi kring hur dessa funktioner var organiserade i fallet NKS och jämför denna organisering med hur motsvarande funktioner är organiserade på central statlig nivå. Vi visar att många kontrollfunktioner är organiserade på olika sätt på dessa nivåer och att funktionerna på kommunal nivå i många fall kan betraktas som svagare än på statlig.

Kapitlet inleds med en allmän diskussion om kontrollmakten i moderna demokratiska styrelseskick, där vi pekar ut ett antal vanligt förekommande kontrollfunktioner. Därefter går vi igenom dessa funktioner och diskuterar hur de fungerade i fallet NKS. Vi jämför också löpande hur funktionerna är organiserade på kommunal och statlig nivå. I ett avslutande avsnitt lyfter vi fram några centrala aspekter avseende orga-

niseringen av kontrollen som vi menar bidrar till förståelsen av varför NKS-projektet inte nagelfors i den utsträckning som medborgarna i en demokratisk stat kan förvänta sig.

OM KONTROLLMAKTEN

I diskussioner om hur den offentliga makten tar sig uttryck i demokratiska styrelseskick är det vanligt att dela in den i olika komponenter: organisations-, utnämnings-, lagstiftnings-, finans- respektive kontrollmakten (Petersson 2010; Sterzel 2003). Kontrollmakten, i meningen att undersöka om någonting är i sin ordning avseende såväl regelefterlevnad som måluppfyllelse, speglar en insikt om att en demokrati aldrig kan organiseras på ett perfekt och slutligt sätt, utan att den alltid kommer att medge ett utrymme för fel och tillkortakommanden grundade i ”den mänskliga faktorn”, vare sig dessa är medvetna eller omedvetna. Kontrollmakten gäller i det avseendet ansvar, att någon ställs till svars för något. Syftet med kontrollen kan dock sträcka sig bortom att upptäcka fel och utdela sanktioner. Den kan också handla om att avskräcka från att göra fel, att avstyra fel som är på väg att begås, att rätta till fel i efterhand och att lära av erfarenheter där lärdomarna kan ligga till grund för reformer (Jacobsson m.fl. 2019, s. 17–18; Vedung 1998).

En fungerande kontrollmakt bygger på vissa grundläggande förutsättningar (Ahlbäck Öberg 2018; Petersson 2010). För det första måste det stå klart *vem som är ansvarig*. Någon måste i formell mening bära ansvaret för den verksamhet som ska kontrolleras – dess utförande och resultat. Inom hälso- och sjukvården ligger utföraransvaret på regionerna (”huvudmannen”), men som diskuterades i kapitel 2 är ansvaret för detta område komplicerat. I praktiken är ansvaret delat mellan staten, regionerna och kommunerna, och det finns dessutom såväl förtroendevalda organ som opolitiska förvaltningar med betydande utrymme att påverka politikens innehåll.

För det andra måste det finnas något slags *kriterium för verksamheten* som ska bedömas, det vill säga någon rättsregel, målsättning, riktlinje eller norm mot vilken handlingar och utfall kan ställas och värderas. Som klargjordes i kapitel 2 är hälso- och sjukvården ett statligt åtagande, vilket betyder att de som arbetar med verksamheten har att leva upp till sedvanliga förvaltningspolitiska värden eller ”mål”, i form av demokra-

ti, rättssäkerhet och effektivitet. Kontrollmakten brukar i enlighet därmed tredelas, som *politisk* (ibland parlamentarisk), *rättslig* och *ekonomisk* (Petersson 2010; Sterzel 2003).

För det tredje kräver en effektiv kontrollmakt förekomsten av *granskningsfunktioner*. Det kan röra sig om kontrollorgan och kontrollsystem som syftar till att ge kunskaper om i vad mån ansvariga aktörer har fullgjort sina uppgifter på ett godtagbart sätt, men även olika typer av samråd kan fungera i kontrollerande syfte. Denna kontroll måste sedan, för det fjärde, ge någon form av följd eller konsekvens, det vill säga att det måste finnas någon form av *sanktioner*.

Med dessa förutsättningar som utgångspunkt kan sedan granskningen *organiseras* på en rad olika sätt (Jacobsson m.fl. 2019, s. 19–22). Organisationsfrågan handlar dels om vilka organ som inrättas för att bedriva kontrollverksamheten och hur dessa organ ordnas i relation till andra politiska och opolitiska organ, där oberoendefrågan brukar ägnas betydande uppmärksamhet (Ahlbäck 1999; Bringselius 2013). En ofta diskuterad fråga är huruvida kontrollen ska vara intern (skötas av de utföraransvariga själva) eller extern (utföras av utomstående). Organisationsfrågan handlar också om hur själva kontrollverksamheten ska genomföras (Jacobsson m.fl. 2019, s. 22–23) – om den ska fokusera på förutsättningar i form av resurser, kompetenser och regler (input), på arbetssätt och rutiner (processer) eller på verksamheters utfall (output). Andra frågor gäller huruvida kontrollen ska ske löpande och vid bestämda tidpunkter eller ad hoc, om den ska vara kvantitativt eller kvalitativt inriktad samt om den ska ta sikte på mer avgränsade enheter och individer (ofta i form av uppföljningar) eller på bredare politiska program och åtaganden (ofta i form av utvärderingar).

När vi i det följande diskuterar hur kontrollen fungerade i NKS-fallet använder vi indelningen politisk, rättslig och ekonomisk kontroll, där vi genomgående beaktar de olika frågorna om kontrollens förutsättningar och organisering.

DEN POLITISKA KONTROLLEN

Den politiska kontrollen kan utgå från olika demokratimodeller där de olika modellerna ställer olika aktörer i centrum för kontrollen. I Sverige tillämpas, enligt 2002 års demokratiproposition och i enlighet med

den korporativa svenska förvaltningstraditionen, en representativ demokrati med inslag av ”deltagardemokrati med deliberativa förtecken” (Regeringen 2002, s. 27; se även SOU 2000:1, s. 23). Huvudmodellen är således den representativa demokratin där de politiska partierna utgör centrala aktörer, men den modellen kompletteras av den deltagardemokratiska där de som berörs av besluten ställs i centrum.

De berörda

I den deltagardemokratiska modellen ges offentliga beslut legitimitet genom att de som berörs av besluten bereds tillfälle att sätta sig in i och påverka dem, bland annat genom att samtala om dem (Held 1997; Premfors & Roth 2004). I Sverige finns det på kommunal nivå vissa sådana direktdemokratiska möjligheter som saknas på nationell nivå. Exempelvis finns det i kommunallagen (KL) bestämmelser om så kallade *medborgarförslag*, som innebär att kommuninvånare får väcka ärenden i fullmäktige, om fullmäktige har beslutat det (KL 8:1). KL rymmer också bestämmelser om så kallat *folkinitiativ*, som innebär att folkomröstning i en viss fråga får hållas i fullmäktige om minst tio procent av de röstberättigade kommun- eller regionmedlemmarna begär så (KL 8:2). Samma lag stadgar också att nämnderna ska verka för att *samråd* sker med dem som utnyttjar deras tjänster (KL 8:3).

Dessa direktdemokratiska kontrollfunktioner kopplade till de politiska organen är dock inte särskilt vanliga i medborgarnas faktiska försök att påverka den offentliga maktutövningen (Petersson 2010, s. 210).[46] Ingen av dessa funktioner användes heller i fallet med NKS. Av större betydelse i Sverige är i stället de samrådsformer som regleras i olika riktade lagar. I samband med byggnationer är plan- och bygglagen (PBL) av särskild vikt. Som nämndes i kapitel 2 är den fysiska planeringen en kommunal angelägenhet, och för att bygga exempelvis ett sjukhus krävs det att kommunen samråder kring planerna med såväl länsstyrelser och regioner som berörda medborgare (PBL 5:11). När det gäll-

46. Den marknadisering som har ägt rum på kommunal nivå, med införandet av valfrihet för välfärdstjänster, bl.a. inom hälso- och sjukvården, kan också ses som en form av direktdemokratisk kontroll (Petersson 2010, s. 214). Men denna kontroll ligger enbart på verksamhetsnivå. Medborgarna kan inte genom denna form av kontroll via ”exit” välja (bort) nämnder som sysslar med politikutformning, såsom planering av och beslut om byggandet av sjukvårdsinrättningar.

de detaljplaner och bygglov fanns det i NKS-fallet således sedvanliga möjligheter för medborgarna att göra sina röster hörda. Däremot fanns det inga särskilda obligatoriska infrastrukturella planeringskrav motsvarande dem på nationell nivå, som exempelvis när Trafikverket i sina tidiga planeringsskeden tillämpar så kallade åtgärdsvalsstudier som ger intressenter möjlighet att påverka (Qvist 2017; RiR 2018; Tornberg & Odhage 2018). Sådana obligatoriska planeringskrav hade minskat de ledande aktörernas handlingsutrymme i NKS-fallet, gjort det svårare för dem att forcera planeringsprocessen och lägga in samråd och inslag av deltagande där det passade deras, snarare än de berördas, intressen bäst (Johannesson & Qvist 2019).

Till skillnad från exempelvis megaprojekt som tunnlar och motorvägar finns det också vid byggandet av sjukhus, utöver medborgare, även berörda i form av anställda. Här inträder därmed olika regler i medbestämmandelagen (MBL) och arbetsmiljölagen (AML), där arbetstagare ges rätt att påverka beslut som rör deras arbetsmiljö, ofta via fackliga representanter (MBL 10–17 §§; AML 6 kap.). I fallet med NKS har vi kunnat visa att de anställda visserligen gavs tillfälle att påverka händelseutvecklingen, men att detta deltagande var ”villkorat” på olika sätt. En tolkning är att beslutsfattarna föredrog effektivitet framför demokratisk legitimitet i form av förankring av beslut hos berörda parter.

De politiska partiernas roll

Även om det alltså finns direktdemokratiska kontrollfunktioner, där berörda parter kan agera, är den politiska kontrollen i Sverige främst tänkt att ske via de politiska partierna. Den viktigaste kontrollfunktionen är här väljarnas möjlighet att i *allmänna val* välja bort en styrande majoritet. För att denna kontrollfunktion ska fungera effektivt krävs det dock att det finns en aktiv opposition som kritiskt granskar den styrande majoriteten, och som ser till att det förs en debatt mellan de båda parterna som når ut till väljarna – en debatt som inte bara är framåt- utan också tillbakablickande.

Som vi visade i kapitel 10 finns det vissa strukturella omständigheter på kommunal nivå som verkar hämmande på denna kontrollfunktion. Sättet varpå nämnderna är organiserade, där samtliga partier, de styrande såväl som oppositionen, normalt har platser som speglar deras styrka i fullmäktige, kan bli problematiskt. Organiseringen verkar för en

kultur av samförstånd och kompromisser där den kritiska granskningen riskerar att komma på undantag, och därmed kan också valdebatterna i viktiga frågor utebli. Och även om det i somliga fall, exempelvis i Region Stockholm, kan finnas en mer konfliktorienterad kultur, så skapar de samlingsorganiserade nämnderna starka incitament för att samarbeta, särskilt i megaprojekt som sträcker sig över flera mandatperioder. I sådana projekt kan återkommande maktskiften, där de politiska blocken avlöser varandra, lätt skapa bindningar som försvårar bakåtblickande kritiska debatter. NKS-fallet visar tydligt hur partierna på både höger- och vänstersidan successivt vävdes in i planerna på att bygga det nya sjukhuset och att det blev svårare och svårare för oppositionen att lyfta fram och kritiskt diskutera viktiga frågor i valdebatterna (se kap. 10).

Vår studie av NKS visar också att motsatsen till samregerandet kan förekomma, det vill säga fullständig avsaknad av politiker i nämnden, och att också detta kan verka hämmande på den politiska kontrollen av den offentliga maktutövningen. Styrelsen för Karolinska universitetssjukhuset (KS), som på sjukhusets hemsida listas som ett ”politiskt organ” och som i KL:s mening är en nämnd, består i själva verket av icke-förtroendevalda personer (Region Stockholm 2020d). Att regionen på detta sätt har valt att driva sjukhuset i ”bolagsliknande former” begränsar politikernas – inte minst oppositionens – möjligheter att löpande granska hur sjukhuset styrs och fungerar och att via offentliga debatter föra frågor vidare till allmänheten. Ansvar kan visserligen utkrävas av styrelsen, som när Alliansstyret bytte ut hela styrelsen för KS 2018, men det skedde först efter att medierna hade rapporterat om att grova fel hade begåtts (Gustafsson m.fl. 2018).

Våra studier visar också att problemen med att kritiskt diskutera megaprojekt, som sträcker sig över långa tidsperioder, sammanhänger med att medierna kan ha svårt att i projektens tidiga skeden, innan de är materialiserade, skapa intresse för dem och sedan, i samspel med en tydlig opposition, hålla dem vid liv under flera år. Att detta megaprojekt ägde rum i en region är härvid extra bekymmersamt, då många nyhetsredaktioner allmänt har dragit ner resurserna för bevakningen av regionerna (se kap. 14).

Att viktiga frågor på detta sätt hålls på avstånd från valdebatterna, och medborgarna, är särskilt problematiskt på den kommunala nivån eftersom oppositionen på den nivån saknar olika kompletterande kon-

trollfunktioner som oppositionen på nationell nivå förfogar över (Nergelius 2018). Kommunala politiker har exempelvis inte möjlighet att mot ledamöter i styrelsen och övriga nämnder väcka *misstroende*.[47] Inte heller finns det på kommunal nivå några särskilda bestämmelser som motsvarar riksdagens *fråge- och interpellationsinstitut*. Av stor betydelse på statlig nivå är också *konstitutionsutskottets (KU:s) årliga granskning* av statsrådens tjänsteutövning och regeringsärendenas handläggning, som ofta blir medialt uppmärksammad. Någon motsvarande funktion finns inte på kommunal nivå. Dock kan politikerna (fullmäktige och nämnder) initiera särskilda utredningar om olika förehavanden i den kommunala förvaltningen, vilket exempelvis skedde i NKS-fallet när regionstyrelsens ägarutskott i februari 2018 fattade beslut att utreda relationen mellan sjukhusledningen och Boston Consulting Group (BCG) (Tuvhag 2018), en utredning som så småningom ledde till att sjukhusets samarbete med BCG avbröts och att styrelsen för KS byttes ut. Det var också fullmäktige som 2017 beslutade om det forskningsprojekt som har resulterat i denna bok.

Som framgick av kapitel 10 var en särskilt besvärande omständighet i NKS-fallet att de politiska debatterna och oppositionens roll som granskare hämmades av den omfattande *sekretess* som rådde i finansieringsfrågan åren 2008–2010. Förutom anbud och ansökningar från intresserade företag gällde sekretessbestämmelserna i förhandlingen om offentlig-privat samverkan (OPS) även tekniska specifikationer och upphandlingsplanen. De politiker som fick insyn i hela förhandlingsprocessen var därmed få och belagda med munkavle. Även när fullmäktige 2010 fattade beslut att ingå ett OPS-avtal var hela fullmäktigedebatten belagd med sekretess. Totalt skrev cirka 1 300 personer på sekretessavtalet mellan SLL och det kontrakterade företaget (Yngfalk & Junker 2019, s. 25–28). Oppositionen kunde på grund av sekretessen inte tala fritt i medier, med medborgarna eller med varandra inom partigrupperna om avtalets innehåll eller om hur förhandlingarna fortlöpte. Rädslan för att bryta mot bestämmelserna var stor bland oppositionspolitikerna, vilket märktes i fullmäktigedebatterna under dessa år (Johannesson 2021). Den långtgående sekretessen i NKS-fallet är ett tydligt uttryck för de problem i den politiska kontrollen som följer av en långtgående

47. Dock kan fullmäktige besluta om extra val.

marknadisering av det offentliga, där privaträtten ges försteg framför offentligrätten.[48]

Här ska slutligen sägas att det också finns en mer informell partipolitisk kontroll av den kommunala nivån. Den partipolitiska kartan på kommunal nivå ser ibland annorlunda ut än nationellt. Partierna på kommunal nivå kan till exempel företräda åsikter som partiet centralt inte vill kännas vid, eller samarbeta och regera ihop med partier som på nationell nivå uppfattas som motståndare. Men alltför långtgående avvikelser accepteras normalt inte av partiledningarna, som då kan agera. I NKS-fallet blandade sig partierna på central nivå åtminstone vid två tillfällen i processen. I det ena fallet ville Socialdemokraternas ledning använda, vad de uppfattade som, det borgerliga ekonomiska vanstyret i valrörelsen 2002 som avskräckande exempel på vad en borgerlig seger i riksdagsvalet skulle kunde innebära (Larsson & Sundström 2020). I det andra fallet försökte Alliansregeringen få den borgerliga majoriteten i landstinget att avstå från en OPS-lösning (ibid.). Inget av dessa två försök verkar dock ha fått någon större effekt. Socialdemokraterna vann visserligen valet 2002, men mycket knappt, och de borgerliga partierna i landstinget uppfattade inte signalerna från central nivå som så allvarliga att de såg sig nödgade att ändra inställning i OPS-frågan.

Förvaltningens roll för den politiska kontrollen

En typ av kontrollfunktion som saknades i NKS-fallet är extern offentlig granskning. På nationell nivå finns det ett antal *förvaltningsmyndigheter som granskar andra myndigheter*. Det rör sig om olika utvärderings- och analysmyndigheter med såväl mer allmän inriktning, särskilt Statskontoret, som mer specialiserad inriktning, till exempel Myndigheten för vårdanalys, Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering, Myndigheten för kulturanalys och Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar (SOU 2018:79; Statskontoret 2014). Även om dessa myndigheter tillhör regeringsmakten är de också viktiga för oppositionen som kan använda information från dem i sin granskning av regeringsmakten.

48. Jfr det uppmärksammade beslutet av Skolverket hösten 2020, att uppgifter om vilka skolor som finns i Sverige, enskilda skolors resultat, lärarbehörighet och liknande inte ska vara offentliga (Bergling 2020).

Av särskild betydelse är här också det statliga *kommittéväsendet*. Nästan alla större statliga reformer under efterkrigstiden – från försvar och försäkringssystem till skatter och skola – har haft sin grund i parlamentariskt sammansatta kommittéer (Johansson 1992; Matz 2011; Petersson 2016). Kommittéerna har passat väl in i den särskilda kultur som sägs prägla det statliga beslutsfattandet i Sverige, där politisk förankring och konsensussökande har parats med en hög grad av rationalism och kunskapssökande (Anton 1969; Rothstein 1992; Wittrock & Lindström 1984). Politiska beslut har kunnat fattas ”på upplysningens grund” (Hermansson 2002), där kommittéerna, i kombination med remissväsendet, kan sägas ha fungerat som ett slags *ex ante*-kontroll. Det gäller även för stora byggprojekt.[49] Under senare år har det också blivit vanligare med kommittéer som undersöker enskilda händelser *ex post* (Nergelius 2018, s. 319). Ofta har det handlat om att granska katastrofer, skandaler, affärer eller andra oförutsebara händelser som på olika sätt har hotat att undergräva förtroendet för staten. Tunnelkommissionen (SOU 1998:137) är ett exempel, som just tog sikte på ett havererat megaprojekt (tunneln genom Hallandsåsen).[50] Utredningarna har inte sällan föregåtts av medieuppmärksamhet kring den händelse eller det problem som utreds, och det mediala intresset är vanligen stort för kommittéernas verksamhet och resultat. Ofta presenterar kommittéerna också sina utredningar på debattsidor och i pressmeddelanden, vilket gör att allmänheten hålls informerad.

På kommunal nivå saknas det motsvarighet till det statliga kommittéväsendet med tillhörande remissväsende. Och även om det under senare år har riktats en del kritik mot kommittéväsendet[51] så står den initiala utredning som tillsattes för NKS, SNUS-utredningen, i skarp kontrast till hur en sådan relativt sett stor fråga normalt utreds på statlig nivå. SNUS-utredningen fick mycket kort tid på sig att lämna förslag, och den bestod av en liten grupp handplockade experter som redan in-

49. Exempel är Öresundsförbindelsen (SOU 1962:52–53), Citytunneln i Malmö (SOU 1994:78) och höghastighetsjärnvägar (SOU 2017:107).

50. Andra exempel är Palmekommissionen (SOU 1999:88), Tsunamikommissionen (SOU 2005:104) och Skogsbrandsutredningen (SOU 2019:7).

51. Det har t.ex. hävdats att utredningarna görs allt snabbare, med alltmer riktade direktiv, av allt färre personer, med bristfälliga och dåligt redovisade metoder och konsekvensanalyser (se Sundström 2020b; Dahlström m.fl. 2019).

nan utredningen tillsattes hade visat sig positiva till idén att bygga ett nytt litet och specialiserat sjukhus i stället för att renovera det gamla KS (Johannesson & Qvist 2019). Inte heller de utredningar som NKS-förvaltningen initierade 2007 och 2008, avseende den betydelsefulla finansieringsfrågan, hade det statliga kommittéväsendets ambitioner om opartiskhet, bred konsensus och rationalism. Utredningarna var hårt styrda av de politiker som ville ha en OPS-lösning och de var utförda av konsulter med ett affärsintresse av att främja OPS i Sverige. Därmed kan de svårligen sägas ha mött offentligrättsliga krav på objektivitet och saklighet (se kap. 4 och 9).

DEN RÄTTSLIGA KONTROLLEN

Den rättsliga kontrollen tar sikte på situationer när den offentliga makten har brutit mot (*ex post*-kontroll) eller är på väg att bryta mot (*ex ante*-kontroll) olika rättsregler. Domstolarna tar främst hand om den förstnämnda kontrollen, medan förvaltningen främst står för den senare. Vad gäller domstolarna är det framför allt förvaltningsdomstolarna som är av intresse här.[52] Politikerna kan också, exempelvis efter påpekanden från anställda längre ner i förvaltningen, initiera olika utredningar om brott. I fallet med NKS lät exempelvis regionstyrelsen utreda om finanslandstingsrådet befann sig i en jävssituation när hon i februari 2018 deltog i beslutet om att tillsätta den ovan nämnda utredning som granskade relationen mellan sjukhusledningen på KS och BCG. Utredningen föranleddes av att finanslandstingsrådet var gift med upphandlingschefen på KS. Utredningen fann att jäv förelåg, varpå upphandlingschefen tvingades avgå (Kudo 2018).

För den kommunala nivån gäller att fullmäktige får återkalla uppdraget för en förtroendevald politiker som valts av fullmäktige om vederbörande har vägrats ansvarsfrihet eller dömts för brott som kan leda till fängelse i minst två år (Petersson 2010, s. 229–230). De offentliganställda

52. De allmänna domstolarna handlägger framför allt brottmål och tvister mellan enskilda (civilrättsliga ärenden) och rör därmed mer sällan den offentliga makten, även om det förekommer. Exempelvis har kommuner dömts att betala skadestånd till enskild och kommunalpolitiker har i myndighetutövningsärenden dömts för tjänstefel (Petersson 2010, s. 222).

i såväl stat som kommun har enligt Brottsbalken ett straffrättsligt ansvar och ett arbetsrättsligt disciplinansvar enligt lag och kollektivavtal. Myndigheter kan också åläggas skadeståndsansvar för fel och försummelser vid myndighetsutövning och för felaktiga upplysningar och råd.

Domstolarnas roll

Många av de beslut som vi har studerat i denna bok regleras i KL. Detta har betydelse för hur de har kunnat kontrolleras av domstolarna. Beslut som regleras i KL kan visserligen överklagas av medborgare, men de blir då endast föremål för laglighetsprövning, det vill säga av om beslutet har tillkommit på rätt sätt. Det betyder att själva innehållet i besluten inte kan prövas. Detta kan ställas mot beslut fattade inom den specialreglerade kommunala verksamheten, som vård, skola och omsorg. Här kan medborgarna genom så kallade förvaltningsbesvär överklaga inte bara beslutens laglighet utan också deras lämplighet. Kort sagt fanns det ingen möjlighet för medborgarna att överklaga lämpligheten och skäligheten i många av besluten bakom NKS, exempelvis hur NKS-frågan initierades, hur projektledningen sattes samman och lokaliserades, hur olika utredningar organiserades och arbetade och var ansvaret för olika frågor förlades.[53]

Noteras kan också att riksdagens ombudsmän, Justitieombudsmännen (JO), inte har rätt att granska politiska organ, och inte heller bolag eller stiftelser.[54] Granskningens fokus ligger på förvaltningens utförarorganisationer, där anmälningar och inspektioner framför allt handlar om den löpande verksamheten och frågor om huruvida enskilda har blivit felaktigt behandlade av myndigheter eller deras anställda. Frågor om organisations-, beredningss- och beslutsformer i den centrala förvaltningsapparaten, i till exempel en region, faller därmed utanför JO:s ansvarsområden.

---

53. Denna begränsning i den rättsliga kontrollmakten syftar till att värna den kommunala självstyrelsen. Och kommunernas förmåga att hålla de statliga domstolarna på avstånd har visat sig vara betydande. Det har t.o.m. förekommit att kommuner ställt sig över domstolarnas beslut, där domstolarna stått maktlösa då de saknat sanktionsmöjligheter. Det är därför knappast förvånande att förvaltningsbesvären helt dominerar antalsmässigt över laglighetsprövningen (Petersson 2010, s. 224).

54. JO är formellt sett ingen domstol.

Den statliga tillsynen

För statliga åtaganden, där regioner och kommuner har utföraransvar, har staten inrättat särskilda förvaltningsmyndigheter för att kontrollera regelefterlevnaden, så kallade tillsynsmyndigheter. Som redogjordes för i kapitel 2 finns det på hälso- och sjukvårdsområdet sådana tillsynsmyndigheter, exempelvis Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) och Inspektionen för vård och omsorg (IVO), som också tar hand om så kallade lex Maria-ärenden.[55] Noterbart är att denna tillsynsverksamhet helt inriktas på den löpande sjukvårdsverksamheten (behandlingen av patienter, de anställdas arbetsförhållanden och så vidare), inte på frågor om planerings- och beredningsprocesser som föregår beslut om investeringar i sjukhusinrättningar. I NKS-fallet syntes heller inte de statliga tillsynsmyndigheterna till i något av de beslut som ledde fram till byggandet och färdigställandet av det nya sjukhuset.

De offentliganställdas roll

Alltsedan den amerikanske statsvetaren Aaron Wildavsky gav ut sin klassiska bok *Speaking Truth to Power* (1979) har det pågått diskussioner om vad förvaltningen får, kan, vill och bör framföra till överordnade chefer och politiska beslutsfattare. Frågan är svår, för samtidigt som de offentliganställda ska vara lojala mot sina överordnade har de också skyldighet att lyda lagen, visa hänsyn till berörda medborgare och tillämpa sina professionella sakkunskaper (Lundquist 1998). I förvaltningslitteraturen hävdas det att offentliganställda, på grund av sin starka maktposition, ska säga ifrån när de anser att överordnade har agerat, eller är på väg att agera, på ett sätt som de uppfattar som olagligt, olämpligt eller oetiskt (se kap. 11). Man kan säga att det ligger i de offentliganställdas lojalitet att varna överordnade om något är på väg att gå fel (Niemann 2013). På så sätt skyddas inte bara de överordnade utan också medborgarna – de offentliganställda blir ”demokratins väktare” (Lundquist 1998, 2012).

Som påpekades i kapitel 3 finns det olika grundlagsbestämmelser som stöder denna mer vidsträckta informationsplikt för de offentliganställda (Bull 2017), bland annat dem om att den ”offentliga makten ut-

55. Enligt lex Maria ska vårdgivaren utreda och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till IVO.

övas under lagarna" (legalitetsprincipen, RF 1:1), att myndigheter ska "i sin verksamhet beakta allas likhet inför lagen samt iaktta saklighet och opartiskhet" (objektivitetsprincipen, RF 1:9), att ingen annan än myndigheten själv "får bestämma hur en förvaltningsmyndighet i ett särskilt fall ska besluta i ett ärende som rör myndighetsutövning mot en enskild" (styrningsförbudet, RF 12:2), att offentliga organ inte får tillämpa en föreskrift som strider mot högre föreskrift (lagprövning, RF 12:10) samt meddelarfriheten och meddelarskyddet (TF 1:1 samt dess 3 kap.).

Men även om informationsplikten för de offentliganställda kan anses vara omfattande kan möjligheterna att leva upp till denna plikt vara begränsade. Begränsningarna kan ta sig olika form. Man kan skilja på praktiska och mentala begränsningar (Sundström 2020b). Till de förra hör hur förvaltningen är organiserad med avseende på regler, enheter, informationssystem, beslutsprocesser och samordningssystem, och till de senare hör hur de offentliganställda uppfattar sig själva med avseende på vilka de är (identiteter) och hur de bör agera (rolluppfattningar).

När det gäller praktiska begränsningar kunde vi i kapitel 2 konstatera att KL har formen av en ramlag som innebär att politikerna inom en region är mycket fria att organisera förvaltningen som de vill. Fram till helt nyligen, när gällande KL beslutades i juni 2017, behövde det överhuvudtaget inte finnas någon förvaltning inom regioner och kommuner. Och även om det numera finns bestämmelser om att det ska finnas en direktör som ska vara chef för en förvaltning (se kap. 2) har förvaltningen fortfarande en mycket svag rättslig ställning inom regioner och kommuner. Det märks inte bara i att politikerna fritt kan organisera, styra och rekrytera till förvaltningarna, utan också i att de kan ställa förvaltningen utanför beredningar av ärenden.

I NKS-fallet märktes denna svaga ställning hos förvaltningen inte minst när den styrande majoriteten efter en snabb beredning kunde inrätta en särskild förvaltning (NKS-förvaltningen) för hela NKS-projektet, som gjorde att delar av den ordinarie förvaltningen (bl.a. Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning men även KS ledning) ställdes åt sidan (se kap. 11). NKS-förvaltningen kunde sedan i sin tur initiera utredningar på egen hand som kom att kritiseras för att ha varit alltför smalt inriktade, för hårt styrda och utförda av konsulter med egenintresse i sakfrågan (se kap. 9).

På statlig nivå är villkoren annorlunda. Överhuvudtaget är ”dualismen”, åtskillnaden mellan politik och förvaltning, betydligt mer markerad på statlig nivå än på kommunal (Andersson 2004; Wockelberg 2003). I regeringsformen sägs det uttryckligen att det finns statliga förvaltningsmyndigheter (RF 1:8, 12:1) och statsanställda som anställs utifrån förtjänst och skicklighet (RF 12:5–7) – där skicklighet ska sättas före förtjänst (LOA 1994:260, 4 §). Myndigheternas självständighet markeras utöver förbudet mot regeringsstyre i särskilda fall (RF 12:2) även genom det allmänna förbudet mot ministerstyre (RF 1:6, 7:3, 12:1) och genom att myndigheterna är organisatoriskt skilda från regeringen och dess kansli. Därtill kommer att regeringen enbart kan rikta direktiv till myndighet, inte till enskild anställd i myndighet. Vidare är statsförvaltningen instruerad i myndighetsförordningen (2007:515, 6–7 §§) att allmänt förse regeringen med information av betydelse för dess verksamhet, och omvänt ska regeringen inför sina beslut inhämta behövliga upplysningar och yttranden från berörda myndigheter (RF 7:2). Förvaltningen har också genom olika, och hårt reglerade, kontrolldokument kopplade till budgetprocessen goda möjligheter att löpande förse regeringen med information (Ahlbäck Öberg & Sundström 2020).

På grund av den utpräglade dualism som råder på statlig nivå (både formellt och kulturellt) är det ingen lätt sak för en regering att lägga ner statliga myndigheter, att inrätta temporära myndigheter med genomförandeansvar vid sidan av ordinarie myndigheter eller att mer vidlyftigt försöka styra myndigheter (se Premfors & Sundström 2007, s. 146–149). Det mesta sker i offentlighetens ljus, och även om verkschefer och andra högre tjänstepersoner i Sverige i allmänhet har en stark lojalitet gentemot regeringen (se kap. 11) är det inte alls ovanligt att verkschefer som känner sig åsidosatta eller orättvist behandlade av regeringen beklagar sig i medierna eller väljer att avgå. Exempel på detta i närtid är när den tidigare chefen för Försäkringskassan, Ann-Marie Begler, 2018 i ett brev till KU (och i medierna) uppgav att regeringen hade avsatt henne på felaktiga grunder (Nordebo 2019), och när Universitets- och högskolerådets generaldirektör, Karin Röding, hösten 2020 valde att avgå sedan regeringen hade tillsatt en nationell samordnare (som Röding menade var satt som en ”överrock” till myndigheten) för att ta över arbetet med att anordna ett högskoleprov myndigheten inte ansåg borde genomföras på grund av den pågående coronapandemin (Dahl

2020). Detta kan jämföras med NKS-fallet, där förvaltningar lades ner och förbigicks i olika delar av processen (kap. 11), och där chefer som uttalade kritik (t.ex. sjukhusdirektören vid KS, som var kritisk till införandet av värdebaserad vård) byttes ut, utan att detta fick någon större medial uppmärksamhet.

Det finns således olika regler och organisatoriska arrangemang på statlig och kommunal nivå som gör att förutsättningarna för de anställda på de båda nivåerna att agera som ”demokratins väktare” skiljer sig åt. Reglerna och arrangemangen styr inte bara de offentliganställdas beteenden direkt, utan de bidrar också till att forma mer grundläggande identiteter och rolluppfattningar hos de anställda, som i sin tur påverkar deras beteenden. Senare års omfattande marknadisering och företagisering av offentlig förvaltning kan här pekas ut som särskilt betydelsefull. Såväl inhemsk som internationell forskning visar att de offentliganställda, i takt med att de alltmer har försökt efterlikna och arbeta tillsammans med privata företag, har fått det svårare att leva upp till olika traditionella ämbetsmannamässiga krav och värden (Agevall 2005; Ahlbäck Öberg & Sundström 2020; Diefenbach 2009; Gawthorp 1998; Jos & Tompkins 2009; Lundquist 1998; Orazi m.fl. 2013). Det tycks gradvis ha blivit lägre i tak när den egna organisationens mål och ”varumärke” alltmer betonas och chefskapets betydelse ges allt större betydelse (Jacobsson 2020; Sundström 2019a). De anställda fungerar allt mindre som ”demokratins väktare”, vilket betyder att rapporter, underlag och förslag inte längre granskas av varje enskild anställd med samma kritiska ögon som tidigare. Kort sagt, de långvariga försöken att efterlikna den privata marknaden har gjort att förvaltningen har ”tystnat” (Lundquist 2012).

Som påpekades i kapitel 2 har Region Stockholm drivit marknadiseringen och företagiseringen mycket långt. Det finns därmed en påtaglig risk att identiteter och rolluppfattningar har påverkats i stor utsträckning inom nämnder och förvaltningar. Att utöva verksamhet i ”bolagsliknande former” och att driva stora utvecklingsprojekt som NKS i nära samarbete med konsulter, som i fallet med OPS-utredningarna (kap. 9) och i arbetet med att utforma den nya verksamhetsmodellen för sjukhuset (kap. 7, 9), riskerar att undergräva ämbetsmannarollen. I boken har vi samtidigt visat att anställda stundtals riktade kritik mot NKS-projektet innan den stora mediestormen bröt ut 2015, särskilt inom KS ledningsgrupp och Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, men

kritiken hölls i hög grad intern och blev därmed inte känd för väljarna. Dessutom försvann kritiker efter hand, vilket exempelvis var fallet med den ovan nämnda sjukhusdirektören på KS, som var en av dem som riktade skarpast kritik mot NKS-förvaltningens idéer och senare sjukhusledningens (kap. 8).

DEN EKONOMISKA KONTROLLEN

Den ekonomiska kontrollen sker i huvudsak via olika typer av revision. Som redogjordes för i kapitel 2 fungerar regionens revisorer som ett slags intern granskningsfunktion av hur de offentliga resurserna hanteras. De är interna för att de själva är förtroendevalda politiker som utses av det fullmäktige som de ska granska. De är samtidigt självständiga i sitt uppdrag, vilket markeras av att de inte får vara förtroendevalda i det fullmäktige som de ska granska och av att de själva bestämmer vilka delar av regionens verksamhet som ska granskas. Till sin hjälp har de också att antal professionella revisorer.

Revisorernas uppdrag är att granska att beslutsfattarna tar sitt ansvar och att de utövar sin offentliga makt ekonomiskt riktigt (redovisningsrevision) och effektivt (effektivitetsrevision). Det betyder att revisorerna inte kan granska lämpligheten i ett politiskt mål, utan enbart huruvida målet uppnås på ett ändamålsenligt och resurseffektivt sätt. Från att tidigare främst ha sysslat med redovisningsrevision, eller ”räkenskapsgranskning”, har den kommunala revisionen alltmer kommit att ägna sig åt effektivitetsrevision, som berör frågor om hur resurseffektivt nämnder och förtroendevalda följer fullmäktiges politiska mål (Petersson 2010, s. 237). Revisorerna har inte mandat att göra framåtblickande revisioner och inte heller mer långsiktigt tillbakablickande revisioner bortom det innevarande året. Sanktionsmöjligheterna är också relativt få, eftersom revisorerna enbart kan rekommendera fullmäktige att inte ge ansvarsfrihet åt enskilda politiker eller åt en hel nämnd om de uppdagar allvarliga brister i ansvarstagande och kontroll, vilket i sin tur kan leda till att enskilda politiker kan avsättas från uppdrag som de har tilldelats av fullmäktige (men alltså inte från själva fullmäktige). Av dessa anledningar har den kommunala revisionen kritiserats för att vara för lam (Bäck 2018; Lundin 2010). Samtidigt har andra studier framhållit att den kommunala revisionens själva existens har betydelse för kommunpolitiken,

både som legitimerande och ifrågasättande kraft genom att politiker vet att de när som helst kan bli granskade (Ek Österberg & Solli 2015).

Begränsningarna i den kommunala revisionens uppdrag fick betydelse för revisorernas granskning av NKS-projektet. Megaprojekt som NKS sträcker sig över så lång tid att det i årsvisa revisioner blir svårt att granska helheten i en och samma revision. De politiska mål som sattes upp för NKS låg också så långt in i framtiden (se kap. 6) att det inte var möjligt för revisorerna att uttala sig om målens uppfyllnadsgrad. Men trots att själva besluten att bygga ett nytt sjukhus eller att använda en OPS-upphandling inte har varit föremål för revisorernas granskningar genomförde de ett stort antal granskningar av NKS-projektets olika delar, där de också åberopade och byggde vidare på tidigare granskningar. Enbart 2010–2014 gjordes åtta separata granskningar av NKS, samt en metastudie av granskningarna.[56]

Dessa handlade i huvudsak om huruvida de offentliga resurserna hade använts effektivt samt om det fanns tillräcklig styrning och kontroll inom landstingsstyrelsen under projektets gång. I flera rapporter riktade revisorerna kritik mot att kostnaderna för OPS-avtalet inte var under kontroll och att ansvarsfördelningen var otydlig, samt att fullmäktiges insyn i NKS-projektet inte var tillfredsställande. Några direkta sanktioner utifrån dessa anmärkningar blev det dock inte. Men, som sagt, de informella sanktionerna ska inte underskattas. Många av revisorernas granskningar togs upp i medierna och föranledde debatter mellan de politiska partierna i regionen. Flera av de punkter som revisorerna tog upp i sina rapporter rättades också med tiden till, till exempel de som rörde kontroll och ansvarsfördelning inom OPS-avtalet (Johannesson & Yngfalk 2020).[57]

---

56. Dessa återfinns i en metastudie av landstingsrevisorernas granskningar av NKS-projektet 2010–2014 (SLL 2016d, bil. 3). Följande granskningar ingick i metastudien: *Offentlig Privat Samverkan, Nya Karolinska Solna* (Projekt 10/2010); *Årsrapport för Landstingsstyrelsen 2011: Styrningen och kontrollen av NKS-projektet*; *Byggnationen av Nya Karolinska i Solna* (Projekt 3/2012); *Årsrapport för Landstingsstyrelsen 2012 – Styrningen av NKS-projektet*; *Årsrapport för Landstingsstyrelsen 2013 – Styrningen av NKS*; – Upphandling av IKT-infrastruktur till Nya Karolinska Solna (Projekt 1/2014); *Årsrapport för Landstingsstyrelsen 2014 – Upphandling av IKT till NKS*; *Årsrapport för Landstingsstyrelsen 2014 – Tilläggsavtal för Nya Karolinska Solna*.

57. Även efter metastudien har revisorerna återkommande granskat NKS-

Den kommunala revisionen kan jämföras med den statliga. Även inom staten finns det internt organiserad kontroll (Sundström 2019b). Den styrs av olika regler, både för internrevision och för intern styrning och kontroll vid statliga myndigheter. Regleringen är omfattande och preciseras också genom utförliga handledningsdokument utgivna av Ekonomistyrningsverket.[58] Men liksom i fallet med den kommunala revisionen har det rests frågetecken kring den statliga internrevisionen. För även om denna revision har vuxit påtagligt under senare år har den inte hindrat uppkomsten av ett antal omtalade ”skandaler”, gällande exempelvis Transportstyrelsen, Riksrevisionen och KI (Macchiarini-affären). Inte heller tycks det främst ha varit genom myndigheternas egna interna kontrollsystem som oegentligheterna nått allmänheten (Jacobsson & Sundström 2019). Snarare har det varit medierna som larmat via grävande journalister, och då inte sällan efter tips från statsanställda som tagit sin roll som ”demokratins väktare” på allvar och läckt upplysningar till medierna.

Vid sidan av dessa interna kontrollfunktioner finns det dock på statlig nivå även en extern ekonomisk kontrollfunktion: Riksrevisionen (RiR). RiR bedriver både redovisningsrevision (så kallad årlig revision) och effektivitetsrevision. Den årliga revisionen granskar myndigheternas årsredovisningar för att se om de är korrekt upprättade, om de ger en rättvisande bild av verksamheten och om resurser har använts korrekt. Effektivitetsrevisionen är bredare och granskar förhållanden som rör statens budget och de statliga verksamheternas genomförande och resultat. Effektivitetsrevisionens breda mandat gör att den kan inriktas på

projektet. Inte minst har Framtidsplanen, där NKS är centralt, varit föremål för flera granskningar. Även här har revisorerna kritiserat politikerna för bristande ansvarstagande (se t.ex. SLL 2016b, 2016c, 2017b, 2018e, 2018h). Till detta kommer att NKS (åtminstone från 2011) har varit en central punkt i de årliga revisionsberättelserna som överlämnas till landstingsstyrelsen.

58. Regler om intern kontroll finns såväl i myndighetsförordningen (2007:515) som i förordningen (2006:1228) om internrevision och i förordningen (2007:603) om intern styrning och kontroll. Internrevisionen klassas som ”intern” då den ska ledas av en chef som är anställd i myndigheten. Den har dock viss autonomi då den, i likhet med de kommunala revisorerna, *självständigt* ska granska om ledningens interna styrning och kontroll är utformad så att myndigheten fullgör sina uppgifter och når verksamhetens mål (SFS 2006:1228, 2–4 §§).

frågor om såväl förutsättningar och planering som processer och utfall. Den genomför också revisioner av megaprojekt, inte minst av planering av sådana projekt, såsom av statens planering av höghastighetsjärnväg (RiR 2019a), statens arbete med scenarier inom infrastrukturområdet (RiR 2019b) och tillämpningen av utrednings- och förankringskrav i de tidiga planeringsskeendena av infrastrukturprojekt (RiR 2018). RiR har även undersökt OPS-finansieringen av Arlandabanan (RiR 2016), statliga IT-projekt (RiR 2011a) samt Botniabanan och järnvägen längs Norrlandskusten (RiR 2011b). Riksrevisionens effektivitetsrevisioner får ofta stor uppmärksamhet i medierna och dess resultat får därför god spridning i samhället. Någon motsvarighet till den typ av extern revision som RiR står för finns inte på kommunal nivå, vare sig årlig revision eller effektivitetsrevision. RiR är också förhindrad att granska regioner och kommuner.

AVSLUTANDE DISKUSSION

I det här kapitlet har vi visat att kontrollmakten på regional nivå främst är tänkt att utövas genom politisk kontroll. Inte minst förutsätts den enskilda medborgaren, eller regionmedlemmen, ta ett visst ansvar för kontrollen av den offentliga maktutövningen inom regionen. Riksdagen har här försett medborgaren med en uppsättning kontrollmöjligheter som den saknar på nationell nivå. Men dessa funktioner har i praktiken bara använts i begränsad utsträckning inom kommuner och regioner. Några folkliga förslag till fullmäktige eller initiativ till folkomröstningar togs heller inte i fallet med NKS.

Den politiska kontrollen är dock främst tänkt att utövas av de politiska partierna. Inte minst ska medborgarna utkräva ansvar av det politiska styret i regionen i samband med de allmänna valen, vilket kräver en ordentlig och informerad debatt. I detta kapitel har vi visat att sådana debatter emellertid kan vara svåra att få till stånd om den typ av megaprojekt som NKS utgör. Etablerade kontrollfunktioner riskerar att minska i betydelse eller att helt slås ut. NKS-fallet visar exempelvis att det kan vara svårt att tidigt i processen väcka intresse hos såväl medborgare som medier för ett abstrakt bygge som inte kommer att materialiseras, och ge konkreta effekter, förrän långt in i framtiden. Fallet visar också att det i projekt som sträcker sig över flera mandatperioder lätt

kan skapas bindningar efter hand som gör att incitamenten att föra kritiska diskussioner mellan styrande och opposition successivt avtar. Den politiska kulturen med samregerande politiska organ förstärker denna tendens. Resultatet blir att oppositionen görs medansvarig till projekten, vilket i sin tur leder till att frågorna hålls borta från valdebatter, med konsekvensen att medborgarna får svårare att utkräva ansvar för fattade beslut vid nästa val.

När de allmänna valen på detta sätt försvagas som kontrollfunktion blir det desto viktigare att kompletterande politiska kontrollfunktioner finns på plats. Men som vi har visat i detta kapitel saknas sådana i hög grad på kommunal nivå. Konstitutionella arrangemang, som misstroendeinstitut och årliga politiska granskningar, finns inte. Förvaltningens position är också svag. I NKS-fallet behövde de styrande politikerna inte lyssna på den kritik som kom från den etablerade förvaltningen, eftersom de hade inrättat en alternativ förvaltning, uppbackad av konsulter som levererade sådan information som politikerna ville ha (och som medförde att konsulterna fick nya uppdrag). Delar av professionen rundades likaså, eftersom de i det narrativ som ledande politiker skapade utmålades som bakåtsträvare. I den mån läkare, sjuksköterskor och fackliga representanter fanns med så var deltagandet villkorat. Och externa offentliga organ, som kunde stå för mer förutsättningslösa utredningar och mer allmän bevakning av händelseutvecklingen, fanns inte att tillgå.

Avsaknad av starka politiska kontrollfunktioner vägdes heller inte upp av rättsliga och ekonomiska kontrollfunktioner. Någon extern revision, likt den som RiR utövar på statlig nivå, finns inte inom regioner och kommuner. Medborgarna kan inte överklaga lämplighet och skälighet i den typ av beslut som vi har studerat i denna bok, eftersom de regleras i KL. Och även om det är svårt att fastställa hur identiteter och rolluppfattningar hos de offentliganställda ser ut finns det mycket som tyder på att den kommunala förvaltningens svaga ställning gentemot den politiska makten, i kombination med den långtgående marknadiseringen och företagiseringen på kommunal nivå, leder till att de kommunalanställda blir mindre benägna att agera som ”demokratins väktare” än de statsanställda som riksdagen har tilldelat en starkare position gentemot den politiska makten – även om också de statsanställda har påverkats av marknadiseringen och företagiseringen (Ehn 2020; Sundström 2019a). Vår studie motsäger i alla fall inte den tesen.

I inledningen till detta kapitel hävdade vi att en fungerande kontrollmakt bygger på vissa grundläggande förutsättningar. På frågan om *vem som är ansvarig* har det i fallet med NKS nog stått ganska klart för medborgarna att Region Stockholm har varit ansvarig för besluten bakom sjukhusbygget. Knepigare har det däremot varit för medborgarna att utröna vilka partier och vilka politiker inom regionen som har varit ansvariga för vilka beslut. Samregerandet och kompromissandet i styrelser och nämnder, i kombination med att höger- och vänsterblocken har avlöst varandra vid makten och ansvariga politiker kommit och gått, har sannolikt försvårat för medborgaren att reda ut vem som har varit ansvarig för vad. Att viktiga beslut har delegerats till sjukhuset – som drivits i ”bolagsliknande former” utan politiker i ledningen – har sannolikt också försvårat för medborgaren att avgöra vem som har varit ansvarig för olika delar av NKS-projektet – folkvalda politiker eller opolitiska experter.

När det gäller *kriterium för verksamheten*, det vill säga att det måste finnas någon rättsregel, målsättning eller norm mot vilken handlingar och utfall kan värderas, har medborgarna sannolikt också haft en del besvär. Mål och beslut har präglats av visionär oklarhet, och preciseringar av centrala frågor har skjutits på framtiden. Detta har, i kombination med uteblivna kritiska debatter och uteblivna externa utvärderingar av processer och resultat, försvårat för medborgarna att bilda sig en uppfattning om huruvida centrala förvaltningspolitiska värden som demokrati, rättssäkerhet och effektivitet har värnats.

När det slutligen gäller förekomsten av olika *granskningsfunktioner* har vi kunnat se att dessa är ganska få och ganska svaga på kommunal nivå, och att de står inför särskilda utmaningar när det handlar om den typ av megaprojekt som NKS utgör. Ser vi till hur befintliga kontrollfunktioner har organiserats har de överlag – och i den mån de inte har åsidosatts helt – legat *nära* den politiska ledningen (snarare än på armlängds avstånd), de har varit *interna* (snarare än externa), de har fokuserat på *output* (snarare än på input och processer) och de har varit *reaktiva* (snarare än proaktiva). Traditionen att utreda och bereda frågor, stora som små, internt och nära den politiska ledningen, är stark inom regioner och kommuner, så också inom Region Stockholm.

Jämförelsen mellan kontrollmakten på regional och statlig nivå väcker frågan om hur väl anpassade den regionala nivåns kontrollfunktioner

är för megaprojekt av NKS karaktär. Megaprojekt pågår under för lång tid, involverar för många både privata och offentliga aktörer, och har alltför vidlyftiga och diffusa mål för att kunna hanteras effektivt av de relativt begränsade kontrollfunktioner som finns på den regionala nivån.

17. Slutsatser och lärdomar

Göran Sundström, Martin Qvist & Maria Grafström

INLEDNING

Syftet med den här boken är att förstå och förklara besluten bakom byggandet av Nya Karolinska Solna (NKS) och den omfattande reformagenda som tidigt kopplades till projektet. Utgångspunkten har varit att detta projekt genom sin storlek, komplexitet, omfattande kostnader och utsträckning i tid kan betraktas som ett *megaprojekt*. Men även om NKS uppvisar många av de drag – och återkommande utmaningar – som är förknippade med megaprojekt, har det också ägt rum i en specifik regionpolitisk kontext (se kap. 2). Denna kontext har särskilda särdrag och strukturella egenskaper som är nödvändiga att beakta för att förstå beslutsprocessen. Svensk hälso- och sjukvård utmärks av att vara ett offentligt decentraliserat åtagande som under senare decennier har varit föremål för omfattande reformer av marknadisering och företagisering. Vidare präglas hälso- och sjukvårdspolitik av stark professionalisering där professionerna har ett stort inflytande, inte bara över verksamhetens innehåll utan också över dess organisering och styrning. Region Stockholm har varit särskilt präglad av marknads- och företagiseringstrenderna, inte minst under den tid då NKS-projektet påbörjades. Det är också en komplex politisk organisation med flera maktcentra och ett flertal olika organ som har varit involverade i NKS-projektet.

I detta avslutande kapitel återvänder vi inledningsvis till de frågor som vi ställde i kapitel 1 och ger våra svar på dem. Därefter återknyter vi till vårt huvudsakliga syfte med studien och diskuterar hur vi kan förstå den typ av komplexa beslutsprocesser som kringgärdade megaprojektet NKS och vilka lärdomar som kan dras.

BESLUTEN, IDÉERNA, AKTÖRERNA OCH DE ORGANISATORISKA ARRANGEMANGEN

I bokens inledningskapitel ställde vi ett antal frågor som har väglett analysen av NKS-processen. Vi frågade vilka de viktigaste *beslutstillfällena* har varit samt vilka *idéer* och *aktörer* som har påverkat besluten. Vidare har ett särskilt fokus legat på de *organisatoriska arrangemang* som har format beslutsprocessen. Dessa arrangemang är centrala för att förstå hur processen har styrts och vilka möjligheter till kontroll och ansvarsutkrävande som har funnits inbyggda i projektet.

En kedja av beslut

NKS-processen utgörs av en lång kedja av beslut. Dessa beslut har, i likhet med många andra megaprojekt, en påtagligt episodisk karaktär. Snarare än att utgöra en linjär process med ett antal förutbestämda steg har processen löpande organiserats om, anpassats och växlat karaktär när nya utmaningar uppstått; medan vissa frågor har kommit till har andra fasats ut eller skjutits på framtiden. Ofta har konsekvenserna av en episod format förutsättningarna för nästa.

Under de inledande faserna av planeringen skapades en liten projektorganisation som arbetade nära landstingsledningen för att snabbt få momentum för projektet och ”låsa in” ett antal viktiga parametrar, som var sjukhuset skulle ligga och dess övergripande inriktning mot högspecialiserad vård och spjutspetsforskning. Beslutet att gå vidare med den så kallade SNUS-utredningen låg till grund för tillsättandet av 3S-utredningen. Den hade att hantera de konsekvenser för hela sjukvårdsstrukturen som skulle följa av ett mindre sjukhus, samt av att den inledande planeringen inte hade genomförts med en bredare dialog. Därmed skiftade processen karaktär. Beslutet om arkitekttävlingen, som baserades på 3S, tog den tematiska organisationen som utgångspunkt, men ändrade inriktning till själva byggprojektet. Här blev under en tid fastighetsbolaget Locum projektledare. Politikerna blev direkt involverade som jurymedlemmar och frågor om byggnadens funktion och arkitektur hamnade i centrum.

Så långt hanterades NKS som ett ”vanligt”, om än extraordinärt, byggprojekt med Locum som den tänkta byggherren, men efter valet 2006 kom frågan om offentlig-privat samverkan (OPS) på allvar upp

på bordet. Detta öppnade också upp för att placera hela projektet i en särskild organisation, vilket 2008 formaliserades i beslutet att inrätta NKS-förvaltningen. Samma år fattade också fullmäktige två av de viktigaste besluten om NKS: det att bygga sjukhuset och det, betydligt mer kontroversiella, att använda OPS som upphandlingsform.

En helt ny episod av planering tog nu vid på NKS-förvaltningen, där förberedelserna för OPS-upphandlingen tog upp mycket av tiden och uppmärksamheten. Ett av processens mest omstridda beslut blev att ge uppdraget till Skanska trots att endast ett anbud hade inkommit. Ett annat viktigt beslut som i stället sköts på framtiden var det om verksamhetsinnehållet: exakt vilken vård som skulle bedrivas på det nya sjukhuset och vilken vård som därmed skulle fördelas på andra sjukhus.

Under NKS-förvaltningens tid tappade den ursprungliga visionen om ett högspecialiserat sjukhus styrfart och mötte motstånd när projektledningen försökte förankra den bland berörda intressenter, främst Karolinska universitetssjukhuset (KS). Ur denna ”dragkamp” gick KS segrande, och det blev inte NKS-förvaltningen som fortsatt skulle utarbeta organisationen och innehållet för det nya sjukhuset. Inte heller blev förvaltningen och dess anställda, vilket det fanns tankar om, embryot till en ny sjukhusledning. I stället togs ett politiskt beslut att flytta över planeringen av verksamhetsinnehållet till KS, som med denna omfattande fråga i knät distanserade sig från det tidigare arbetet i NKS-förvaltningen och markerade behov av ett omtag.

Möjligheten för Boston Consulting Group (BCG) att sälja in sin modell med värdebaserad vård kom att prägla denna period. Samtidigt som planeringen av verksamhetsinnehåll lades på KS överfördes ansvaret för byggprojektet till NKS-bygg som var lokaliserad inom landstingets förvaltning. Här kom arbetet att präglas av genomförandet av OPS-avtalet och de många tilläggsavtal som gjordes sedan KS ställt nya krav på byggnaden som inte hade hanterats i det ursprungliga avtalet. Beslutet att lägga ner NKS-förvaltningen skapade en situation som präglades av otydlighet i beställarrollen mellan NKS-bygg, KS och landstingsledningen i relation till utföraren Skanska.

Förutom att processen kännetecknades av episoder med olika karaktär är det också tydligt att viktiga beslut för projektets resultat togs under hela projektets gång, inte minst i början. Även om tillsättandet av en utredning inte är förpliktigande eller nödvändigtvis leder till att ett

projekt blir av, var de tidiga besluten starkt formerande för den fortsatta händelseutvecklingen. Sjukhusets inriktning stod i princip klar redan när landstingsrådet Ralph Lédel (M) skickade in sin skrivelse till landstingsstyrelsen 2001. Även efter att de stora formella besluten hade tagits fortsatte beslutsfattandet parallellt med projektets genomförande. Att strikt dela in processen i en besluts- respektive genomförandefas, vilket ibland görs i projektledningssammanhang, är här inte möjligt, utan viktiga beslut om verksamhetsinnehåll, sjukhusets kapacitet och utrustning togs sent i processen när planeringsarbetet redan hade gått över till KS.

Fem starka reformidéer

NKS-projektet bars fram av en stark vision om förändring. Denna knöt samman det nya sjukhuset med planerna på att rusta upp Norra stationsområdet och att där bilda ett kluster för innovation och utveckling inom life science. Vi har visat hur visionen byggde på fem reformidéer som med tiden kom att flätas samman till ett narrativ som förenade aktörer och drev projektet framåt.

Idén om *världsklass* var förbunden med satsningar på starka forskningsmiljöer och tanken att sjukhuset skulle bidra till innovation genom samverkan med akademi och näringsliv. Denna idé framstod för de inblandade aktörerna som närmast självklar och är ett bra exempel på ett ”magiskt begrepp” (se kap. 3) som det är svårt att vara emot och som kan svälja inneboende konflikter. Detsamma kan sägas om idén att bygga för *framtiden*, som utgick från principerna om generalitet och flexibilitet. Idéerna om världsklass och framtiden har också det gemensamt att de befinner sig på en övergripande och abstrakt nivå som gör det möjligt att anpassa deras innebörd till det aktuella sammanhanget. Idén om världsklass översattes genom att konstruera berättelsen om NKS i relation till utvalda internationella referensobjekt. En öppenhet för framtiden kom att hanteras genom en kombination av olika planeringsideal som gjorde det möjligt att bejaka en ständig osäkerhet kring hur framtidens vård skulle komma att gestalta sig, men också att ”låsa in” vissa centrala parametrar för projektet, exempelvis genom att bygga in en tematisk organisation i den nya sjukhuskroppen.

Att sjukhuset skulle vara *högspecialiserat* och sätta *patienten i centrum* var två andra centrala idéer på reformagendan. NKS skulle bli ”kronan på verket” i ett mer nivåstrukturerat system där både vård och forsk-

ning bedrivs i interorganisatoriska nätverk. Även dessa idéer hade en påtaglig vaghet och var på så vis formbara när deras konsekvenser stötte på motstånd och kritik. Idén om den högspecialiserade vården handlade ursprungligen om att skapa en typ av spetssjukhus som tidigare inte hade funnits i Sverige, men kom senare att omtolkas utifrån den befintliga verksamheten vid KS. Idén om patienten i centrum fokuserade ursprungligen på att integrera vård i hela länet och samordna den mellan olika vårdgivare, samt att detta även skulle speglas i organiseringen av den kliniska forskningen. I slutändan kom idén om patienten i centrum i stället att användas för att införa den nya verksamhetsmodellen baserad på värdebaserad vård på KS, som senare kom att omprövas. Idéerna har också det gemensamt att de fortsatt är starka inom svensk – och internationell – hälso- och sjukvård och präglar alltjämt reformer inom detta politikområde.

Den femte reformidén om *OPS* skiljer sig på ett påtagligt sätt från de övriga fyra genom att den tidigt blev kontroversiell och stötte på motstånd, både på politisk nivå och inom landstingsförvaltningen. De andra idéerna sågs mer som självklara när de presenterades, åtminstone så länge de tilläts befinna sig på en abstrakt och övergripande nivå. Idén om OPS behövde på ett helt annat sätt rättfärdigas och aktivt motiveras för att få fäste i processen, vilket gjordes med hjälp av konsulter. Det är också den idé som tydligast har mist sin lyskraft inom sjukvårdsområdet efter kritiken om att finansieringsmodellen kraftigt har fördyrat projektet.

Sammantaget visar analysen att framför allt fyra av reformidéerna på ett mycket tidigt stadium låstes in i projektet. Denna ”spårbundenhet” innebär dock inte att idéerna har realiserats på det sätt som beskrevs i den ursprungliga visionen. Snarare har de successivt stött på motstånd, översatts, förhandlats om och ibland tagit sig oförutsedda vägar. Att införandet av värdebaserad vård kom att bli en sådan omtalad och framträdande del av projektet är kanske det tydligaste exemplet på en sådan oförutsedd utveckling. Ett skäl till att idén om OPS helt har försvunnit från svensk sjukvård är naturligtvis att det har blivit tydligt att den, enligt många bedömare i dag, passar dåligt in i svenska förhållanden där regioner själva kan låna pengar för investeringar billigare än vid ett OPS-förfarande där entreprenören tar lånet. Att den hade svårare än de andra idéerna att få fäste kan förklaras av att den redan från början var

betydligt mer konkret och därför inte på samma sätt var formbar och möjlig att anpassa till den aktuella kontexten.

De andra idéerna kunde länge beskrivas vagt och övergripande och skapade då, till skillnad från OPS, inga skiljelinjer mellan de politiska blocken. Vagheten kunde snarare förena politiska meningsmotståndare, eftersom de kunde lägga in sina egna betydelser och ambitioner i dessa idéer. Det är också tydligt att ingen av de andra idéerna var helt ny i en svensk sjukvårdskontext. Satsningar på starka centrumbildningar och kluster var en dominerande idé inom hela regionalpolitiken vid denna tid och principerna om generalitet och flexibilitet var styrande vid byggandet av Huddinge sjukhus redan på 1960-talet. Nivåstrukturering och strävan efter att skapa en mer samordnad och integrerad vård har varit bärande teman i organisationsreformer inom hälso- och sjukvården under flera decennier, även om deras uttryck har varierat. Detta visar hur översättning underlättas när reformidéer kan kopplas till etablerade koncept och upparbetade erfarenheter inom organisationer.

En bred uppsättning av drivande och tvivlande aktörer

En konsekvens av att megaprojekt är stora och betydelsefulla är att de drar till sig många typer av aktörer. Samtidigt gör projektens utsträckning i tid att aktörer ofta rör sig in och ut i processen, byts ut, kommer till och faller bort. De personer som ursprungligen planerade projektet var i de flesta fall inte längre involverade när besluten om att bygga togs 2008, och de som var med 2008 var i många fall inte desamma som genomförde projektet och som fick stå till svars för det när mediestormen kring NKS bröt ut 2015. När planeringen av verksamhetsinnehållet gick över till KS 2012 fanns det till och med en strategi för att distansera sig från föregående perioder och endast i begränsad utsträckning involvera personer som tidigare hade arbetat med projektet på NKS-förvaltningen. Det institutionella minnet kring projektet var alltså svagt.

En kategori av aktörer som var centrala genom hela projektet är naturligtvis *politikerna*. Den politiska situationen i landstinget har å ena sidan kännetecknats av en grundläggande samsyn kring NKS-projektet. Å andra sidan har det funnits en instabilitet i relationerna mellan ledning och opposition där perioder av samsyn och konflikt har avlöst varandra. Överlag har oppositionens kritik uttryckts punktvis och i hög grad hållits inom landstingets väggar. Över tid har det också blivit svå-

rare för oppositionen att rikta grundläggande kritik mot projektet, då partierna inom båda de politiska blocken successivt, och på olika sätt, har bundit upp sig i projektet.

Tjänstepersonerna har också varit en central aktörskategori i projektet. Här har en viktig skiljelinje gått mellan dem som involverats i processen och de delar av förvaltningen som, på grund av att de setts som bakåtsträvare, ställts utanför och då inte har tillåtits bidra med sin expertis. En återkommande strategi från den politiska ledningens sida har varit att se till att ha ”rätt folk på rätt stolar”, och i hög grad har projektorganisationen lagts nära det politiska styret och formats runt en liten grupp ledande och ”troende” personer. Dessa personer har oftast haft en professionsbakgrund som läkare och forskare. Tanken har varit att stärka legitimiteten för projektet, inte minst bland verksamhetsföreträdare och sjukvårdspersonal.

Professionerna har på ett sätt haft ett begränsat inflytande över beslutsfattandet. Läkare och sjuksköterskor från verksamheten bjöds in under vissa mer öppna delar av processen, men då framför allt på basis av sin expertis snarare än som organisationsrepresentanter. De deltog främst i frågor inom sina respektive specialiteter, inte i diskussioner kring projektets övergripande inriktning. Däremot har personer ur vad som kan beskrivas som den medicinska eliten ofta haft nyckelroller i processen. Förutom att denna kategori professionsföreträdare har haft ledande roller i projektorganisationen, har de också fungerat som *policyentreprenörer* för flera av de bärande idéerna, särskilt kring excellensforskning, nivåstrukturering, nätverksorganisering och patienten i centrum.

Dock har de professionella inte varit särskilt involverade i frågan om OPS. Här har i stället en annan central aktörskategori fungerat som den viktigaste idébäraren: *konsulterna*. Politikerna och sjukhusets ledning har använt sig av konsulter för att skapa legitimitet åt både OPS och värdebaserad vård. Genom att idéerna fick fäste blev dessa ledningar också i hög grad beroende av konsulternas kunskap – de, snarare än den egna förvaltningen, var experterna på upphandlingsmodellen och den värdebaserade vården. Samtidigt saknade konsulterna annan typ av kunskap, den lokalt framvuxna, om hur såväl förvaltningen som det specifika sjukhuset fungerade med avseende på beredningskrav, kvalitetssäkring och erfarenheter från tidigare projekt och arbetssätt.

Slutligen har även *medierna* varit viktiga aktörer för hur bilden av

NKS sett ut – över tid förändrad från den av ett prestigeprojekt, som alla politiker och andra ledande aktörer ville förknippas med, till en av att ifrågasättas och associeras med kris och skandaler. Mediernas mer ingående granskning av NKS-projektet kom dock igång sent – inte förrän 2015, efter att väggar och tak hade kommit på plats och projektet konkretiserats i form av en färdig byggnad. Något år senare, i samband med att den första vårdverksamheten flyttade in i det nya huset, uppstod också fler berättelser att förmedla baserade på sjukvårdspersonalens erfarenheter. Det är också i och med att den mediala granskningen intensifierades från 2015 som olika kritiska röster från oppositionen och professionerna fick starkt genomslag i debatten.

Sammantaget visar analysen att aktörssammansättningen i projektet har skiftat över tid. Vissa (mer formativa) perioder har kännetecknats av slutenhet och av att en mindre grupp personer har drivit processen. Andra perioder har varit mer öppna med möjligheter till bredare deltagande och dialog. Ett tydligt mönster är att kritiska röster – även om de har förekommit hela tiden – mobiliserades och fick genomslag relativt sent i processen. Den granskande journalistikens intåg från 2015 har här haft stor betydelse, och medierapporteringen har gett röst åt kritik från både oppositionen och verksamhetsföreträdare inom sjukhuset. Elitföreträdare från professionerna har i högsta grad varit drivande och involverade i projektet hela tiden, men för verksamhetsföreträdare hade det stor betydelse att frågorna om verksamhetsinnehåll och verksamhetsmodell sköts på framtiden. Bredare mobilisering och engagemang uppstår ofta först då det blir tydligt vad projektet får för konsekvenser för den egna verksamheten.

Styrning och kontroll genom organisering

Att idéer har översatts och modifierats efter hand, och att aktörer har haft mer eller mindre inflytande under olika perioder, har delvis varit oförutsedda konsekvenser av processens utveckling. I fallet med medierna handlade det också om medielogikens krav på form och innehåll som gjorde det svårt att rapportera om eventuella händelser i framtiden. Men trots att ingen ledande aktör på förhand ”designade” hela processen innehåller den ändå betydande mått av styrning. Denna styrning har framför allt skett genom skapandet av olika *organisatoriska arrangemang*. I vissa beslutsprocesser är sådana arrangemang i hög grad givna på för-

hand. Exempelvis följer införandet av en ny lag en högst institutionaliserad procedur. Delvis gäller detta också processen för NKS, som ägde rum inom ramen för de lagar och de politiska spelregler som omgärdade regionpolitiken. Men projektets extraordinära karaktär, i kombination med de generellt formulerade lagar som styr regioners och kommuners organisation och arbetssätt, gav också stora möjligheter för de styrande politikerna att besluta om nya organisatoriska arrangemang såsom utredningar, NKS-kansliet, NKS-förvaltningen och NKS-bygg. Dessa inrättade enheter har också på ett medvetet sätt inordnats och positionerats i relation till både politikerna och andra enheter inom regionen, och även flera gånger positionerats om och ändrat hemvist.

I analysen har vi identifierat ett antal strategier och mönster i styrningen av NKS-processen genom organisering. För det första har beslutsfattarna, genom inrättandet av utredningar och enheter samt det mandat och uppdrag dessa getts, på olika sätt försökt *begränsa sökljuset*. I en rationell beslutsmodell strävar man efter att tydligt fastställa problemet och identifiera alla tänkbara lösningar för att nå ett optimalt beslut (se kap. 3). Men i den stora mängd av komplexa, kontroversiella och osäkra frågor som präglade NKS-processen var detta inte ett möjligt förfaringssätt. Problemen var elakartade (*wicked*), det vill säga svåra, för att inte säga omöjliga, att entydigt fastställa, och om man hade försökt klarlägga alla tänkbara handlingsalternativ till dessa undflyende problem skulle projektet ha blivit överbelastat med mer information än vad som skulle ha varit möjligt att hantera. Ett visst mått av begränsningar krävs därför, men i fallet med NKS har dessa stundtals varit långtgående. Det tydligaste exemplet är i utredningarna av OPS, som genomfördes på uppdrag av konsulter där andra upphandlingsformer inte blev föremål för en lika ingående analys som OPS. Ett annat exempel är det strategiska valet av internationella referensobjekt som besöktes under de många resor som genomfördes under årens lopp.

För det andra har arbetet i olika skeden delats upp i *parallella processer* som också har bidragit till att reducera komplexitet och risker för låsningar och konflikter. Det kanske tydligaste exemplet är frågan om sjukhusets högspecialiserade uppdrag som utreddes inom NKS-förvaltningen, medan den bredare planeringen av länets sjukvård dels kom igång sent, dels bedrevs i en parallell process kring Framtidsplanen.

För det tredje har frågor inte bara delats upp ”horisontellt” för att

hanteras i olika sammanhang, utan också *sekventiellt*. Olika delar av planerings- och beslutsprocessen har varit inriktade på olika frågor – de har inte alla hanterats hela tiden – och ibland har enheter och utredningar inrättats för att hantera de olösta konsekvenserna av föregående utredningar.

Ett mönster i organiseringen har också varit att organisera in och ut aktörer i processen. Genom att organisera in kompetens och idébärare som kunde driva projektet framåt och att organisera ut tvivlare och motståndare har det varit möjligt att undvika låsningar och få processen att snabbare röra sig framåt. Tvivlarna och motståndarna har visserligen inte varit helt utorganiserade, men de har haft ett begränsat mandat att påverka. Vi kallar detta *villkorat deltagande,* och denna strategi var särskilt tydlig i relationen till KS som hölls på ”armlängds avstånd” under stora delar av processen. Men den präglar också involveringen av hälso- och sjukvårdens professioner i stort, som vid en mängd tillfällen gavs möjlighet att påverka men då oftast inom relativt snäva ramar, i regel kring frågor som rörde den egna medicinska specialiteten.

Slutligen har vi i boken visat att många av de beslut som togs under NKS-projektets gång underlättades av att en del *kontrollfunktioner* som normalt fungerar på kommunal nivå försvagades eller helt sattes ur spel i fallet med NKS. Inte minst försvårades ansvarsutkrävandet av NKS-projektets långa utsträckning i tid. Det politiska samregerandet och kompromissandet i styrelser och nämnder, i kombination med att höger- och vänsterblocken avlöste varandra vid makten och att ansvariga politiker kom och gick, försvårade dessutom för medborgaren att reda ut vem som var ansvarig för vilka beslut. Att viktiga beslut hanterades av konsulter och företagiserade nämnder och förvaltningar har sannolikt också försvårat ansvarsutkrävandet.

Kontrollen har också komplicerats av att mål och beslut har präglats av visionär oklarhet och av att preciseringar av centrala frågor skjutits på framtiden. Det har varit svårt för alla inblandade aktörer att ställa handlingar och utfall mot uppdragsbeskrivningar och målsättningar. Dessa svårigheter har spätts på av att det under betydande delar av projekttiden saknades kritiska debatter och att externa utvärderingar av processer och resultat uteblev. Granskningsfunktionerna har varit både få och svaga. Några har åsidosatts helt, medan andra har legat nära den politiska ledningen, varit internt organiserade och främst fungerat reaktivt.

VILKA LÄRDOMAR FINNS ATT DRA AV NKS-PROJEKTET?

Vi har ovan visat på vikten av att förstå beslutsprocesserna i NKS-projektet i dess politiska och organisatoriska sammanhang. Ett megaprojekt är ingen enhet som enkelt låter sig beskrivas eller studeras. I den här boken har vi i stället beskrivit projektet som en arena, där intressen och idéer, professionella normer och identiteter har formats, mötts och inte sällan stått i konflikt med varandra. Och det är med utgångspunkt i en sådan förståelse av NKS-projektet som vi nedan presenterar och diskuterar lärdomar för framtida offentliga megaprojekt.

Framgångssagans pris

Var NKS-projektet lyckat? I en mening kan man hävda att det var det. Sjukhuset står där i dag. Och även om den stora ursprungliga förändringsagendan, med dess olika reformidéer, inte föll ut exakt såsom initiativtagarna tänkte sig, har idéerna ändå haft betydande bärkraft, och har så än i dag. Många menar nog att sjukhuset är i världsklass, att det är flexibelt och högspecialiserat. Den nya verksamhetsmodellen har kommit att omprövas, men målet att sätta patienten i centrum består. Och OPS-avtalet lever ännu. Det ska också framhållas att sjukhuset är ett bygge för framtiden, i den meningen att det är tänkt att fungera under lång tid, och att det nu är svårt att uttala sig om hur det kommer att bedömas och upplevas om ett antal år fram i tiden. Det är inte heller säkert att de kontroverser och frågor som har dominerat debatten under senare år kommer att prägla berättelsen om NKS i framtiden (jfr Blomquist & Jacobsson 2002).

Samtidigt har framgången med att ta projektet i hamn haft ett pris. Och detta pris anser många har varit alltför högt. I medierapporteringen har priset främst räknats i kronor och ören. Med etiketten ”världens dyraste sjukhus” har kostnader för OPS och konsultanvändning stått i fokus. Vår analys visar att detta pris även omfattar andra värden. För det första har projektet betalat ett *demokratiskt pris*. Många avgörande beslut i NKS-processen blev inte föremål för en ordentlig politisk diskussion. Besluten bereddes inte bara snabbt och i avgränsade och hårt styrda sammanhang, utan beslutens konsekvenser blev i många fall inte heller tillräckligt belysta. Berörda parter, i form av opposition, förvaltningar

och professionsföreträdare, har i hög grad och på olika sätt exkluderats i beslutsprocesserna, samtidigt som många förespråkare medvetet och systematiskt har inkluderats på centrala positioner i processerna. Olika organisatoriska arrangemang och avsaknaden av fungerande kontrollfunktioner har också i betydande omfattning förhindrat uppkomsten av kritiska debatter som har kunnat förse medborgarna med information så att de i sin tur har kunnat göra informerade val när de stått vid valurnorna.

För det andra har det funnits ett pris att betala som har med *rättssäkerhet* att göra. Flera av de nackdelar som enligt forskningen riskerar att uppträda i en (alltför) marknadiserad och företagiserad offentlig verksamhet går att spåra i NKS-fallet. Till exempel kritiserades OPS-utredningarna 2007 och 2008 för att ha varit alltför mycket i händerna på konsulter med egenintresse i frågan. Regeringsformens krav på saklighet och opartiskhet kan här svårligen sägas ha mötts. Liknande kritik riktades mot sjukhusledningens beslut att först låta BCG arbeta gratis för sjukhuset, för att senare upphandla tjänster av samma konsultbolag. Röster höjdes om att det förelåg jäv – röster som ökade i styrka när det vid granskning av konsultbolagets fakturor restes stora frågetecken kring rimlighet i bland annat arbetstider och kostnader. Även den omfattande sekretess som omgärdade upphandlingen av OPS-avtalet kritiserades för att i alltför stor utsträckning strida mot grundlagens krav på öppenhet och insyn i det offentliga beslutsfattandet.

Slutligen, för det tredje, har det även funnits ett *effektivitetspris* att betala. Visserligen lyckades ledande politiker skapa momentum i processen genom olika organisatoriska arrangemang där kritiker och ”bakåtsträvare” hölls på avstånd. Men snabbt blir som bekant inte alltid bra. Den forcerade processen medförde att kvalitetssäkrande mekanismer – som breda och pluralistiskt sammansatta utredningar, grundliga beredningsprocesser och remissförfaranden – slogs ut. Samtidigt försämrades förutsättningarna för ett effektivt genomförande av reformen då många av de anställda – både i centralförvaltningen och ute i verksamheterna – som ställdes utanför beslutsprocesserna var de som i praktiken skulle arbeta i det nya sjukhuset och den nivåstrukturerade Stockholmssjukvården. De gavs därmed ingen möjlighet att via inkludering gradvis översätta och begripliggöra reformen utifrån sina egna erfarenheter och hävdvunna synsätt, vilket forskning visar är viktigt för reformers fram-

gång (se kap. 3; Gioia m.fl. 2012). Konsekvenserna av denna exkludering blev omfattande, med ett dyrt och snabbt omförhandlat OPS-avtal, ett flertal om- och tillbyggnader, sena anpassningar av andra sjukhus i regionen, återkommande revideringar av sjukhusets verksamhetsmodell, ett utbrett missnöje bland sjukhuspersonal och anställda i regionens centralförvaltning, bristande koppling mellan vård, utbildning och forskning samt en omfattande och dyr konsultverksamhet.

Det finns en påtaglig risk för att alla dessa kostnader, för demokratin, rättssäkerheten och effektiviteten, medför en ännu högre kostnad, som handlar om en minskad tillit mer generellt för det demokratiska systemet. Denna minskade tillit gäller inom systemet, dels horisontellt mellan olika politiska och administrativa enheter när nämnder och enheter kringgicks, dels vertikalt mellan den politiska nivån och den opolitiska förvaltningen när ”förvaltningskontraktet” bröts. Men det gäller också medborgarnas tillit för det politiska systemet i stort, vilket möjligen speglades i valet 2018 då den styrande majoriteten kunde sitta kvar trots den enorma mediala kritik som då riktades mot NKS-projektet, och där det enda partiet som gick framåt var Sverigedemokraterna – det enda parti som inte var delaktigt i beslutsprocesserna bakom NKS.

Att balansera mellan fart och kontroll

En central lärdom av megaprojektet NKS är att beslutsfattarna låste sig vid ett specifikt alternativ redan i initieringsfasen och att detta alternativ utarbetades och drevs igenom av ett begränsat antal ledande och likasinnade aktörer. Processen övergick sedan snabbt till att undersöka de tekniska förutsättningarna för byggnadslösningar. De drivande aktörerna prioriterade att få ”bollen i rullning”, snarare än att förankra grundläggande idéer och beslut i en vidare krets av aktörer. Detta bottnade i en vilja att minska risker för låsningar och fördröjningar i ett osäkert skede när projektet ännu var i sin linda. En lärdom är också att många idéer och beslut var vaga inledningsvis och att det dröjde ganska långt in i processen innan en del viktiga preciserande beslut togs. Det i sig är knappast anmärkningsvärt, men våra studier påminner oss om att även vaga idéer kan bli svåra att utmana i senare skeden eftersom de tenderar att bli symboliskt viktiga i prestigetermer. Det tydligaste exemplet är idén om den högspecialiserade vården vars innebörd fastställdes så sent som 2017 (och där vissa justeringar har genomförts även sedan dess).

Att ledande aktörer bestämmer sig för ett specifikt alternativ redan i initieringsfasen är ett vanligt och återkommande fenomen i megaprojekt (Flyvbjerg m.fl. 2003; Flyvbjerg 2009; Priemus 2008). Likaså är det vanligt att processen snabbt går över till att undersöka förutsättningarna för mer precisa lösningar (Williams & Samset 2010). NKS-projektet följer här ett välkänt mönster. Den spårbundenhet som tenderar att sätta in när projektets konceptuella ramar väl har låsts fast kan också underlätta att få fart i den fortsatta beslutsprocessen genom att ge stadga och undanröja osäkerhet. Samtidigt kan den skapa problem då de inledande besluten ofta är svåra att ändra i senare delar av processen, eftersom betydande resurser i form av tid, pengar och prestige redan har investerats. Det är också svårt att utkräva ansvar långt efter att de viktigaste besluten har fattats, eftersom många som var med och fattade dessa beslut inte längre finns kvar i systemet.

Det är därför inte svårt att ställa sig bakom uppfattningen att det just i megaprojekt är av särskild vikt att frågor utreds ordentligt initialt och att olika perspektiv och uppfattningar tillåts komma till tals tidigt – agendan får inte domineras totalt av en berättelse. Genom att öppna en diskussion om olika tänkbara konceptuella lösningar på ett tidigt stadium och i enlighet med det kommunikativa planeringsidealet låta många olika typer av aktörer komma till tals kan viktig kunskap, olika perspektiv och behovsanalyser tas till vara och ge bättre förutsättningar för att projektet ska bli framgångsrikt i senare skeden (Johannesson & Qvist 2019; Samset 2009; Williams & Samset 2010). Genom att tidigt förankra och skapa engagemang kring inriktningen på ett projekt bland berörda aktörer, i detta fall sjukhuspersonal och anställda i hälso- och sjukvårdsansvariga nämnder och förvaltningar, skapas också förståelse och legitimitet som kan minska risken för konflikter och motsättningar senare. Det är annars inte ovanligt att motstånd och nya kritiska argument uppträder först när projekten konkretiseras men då är svåra att justera (Hajer 2003). I detta fall skulle en sådan tidig och mer öppen och inkluderande konceptuell diskussion ha kunnat precisera och pröva NKS-projektets omfattande förändringsambitioner och deras betydelse för exempelvis Stockholmssjukvården i stort och kopplingen mellan högspecialiserad vård, utbildning och forskning.

Vid megaprojekt måste således ansvarsfrågan i hög grad hanteras i början av processen. Men att inkludera fler aktörer inledningsvis – vare

sig det rör sig om experter i enlighet med den rationalistiska beslutsmodellen eller berörda parter enligt det kommunikativa planeringsidealet – är dock allt annat än lätt. Detta är också tydligt i NKS-fallet. Dels var problemet inte *ett* utan flera, där ett fastighetsproblem åtföljdes av såväl ett uppfattat styrningsproblem som ett uppfattat excellensproblem (se kap. 4). Dels var problemen inte bara politiskt fastslagna i ett tidigt skede utan de var också vaga och kontroversiella – de var typexempel på elakartade (*wicked*) problem. Att försöka ena ett stort antal politiker, experter och berörda kring en klar och tydlig innebörd av dessa tre problem skulle ha varit en utmaning, minst sagt. Problemen var, och förblev under hela processens gång, vagt formulerade.

Vag var också den breda reformagenda som omedelbart slogs fast och som inkluderade de fem reformidéerna om världsklass, flexibilitet, patientcentrering, högspecialiserad vård och mer marknad i form av en OPS-lösning. Och inte heller dessa idéer var entydiga och okontroversiella. Tvärtom var de högst problematiska. Att låta ett stort antal politiker, experter och berörda samlas i ett tidigt skede för att försöka enas kring en klar och tydlig innebörd av dessa reformidéer, och om andra idéer kanske var att föredra, hade varit en minst lika stor utmaning. Just därför hölls många centrala aktörer utanför processen.

Vad vår analys av NKS-fallet påminner oss om är således att beslutsprocesser i megaprojekt inte kan hållas öppna för alla berörda parter hela tiden, utan öppenhet handlar om en strategisk avvägning där deltagande och inkludering måste balanseras mot behov av handlingskraft och förmåga att föra processen framåt. När många perspektiv och intressen inkluderas ökar komplexiteten och risken för att processen ”överbelastas” av problembilder och lösningsförslag. Med andra ord är tekniker för att smalna av, lyfta ut frågor, hantera frågor sekventiellt och att begränsa tillträdet till beslutsarenan ofta nödvändiga i olika skeden för att undvika låsningar och underlätta beslutsfattandet (Johannesson & Qvist 2019). Den viktiga frågan är därför *hur* denna balansgång ska ske och i vilken omfattning dialog och förankring är möjliga i avgörande frågor (Blomquist & Jacobsson 2002; Qvist 2017).

Vem som bjuds in att delta, på vilka grunder och med vilket mandat är alla strategiskt viktiga beslut som påverkar både legitimiteten och handlingskraften i den fortsatta planeringen. Exempelvis kan det finnas fördelar med att ledande företrädare för verksamheterna deltar, utifrån

vetskapen om att dessa förr eller senare kommer att få en avgörande betydelse för projektets genomförande och därmed är viktiga att förankra processen hos. Samtidigt tenderar en sådan representation att återskapa den rådande maktstrukturen, om än i ett nytt forum, och det går att ifrågasätta hur inkluderande ett sådant forum verkligen blir (Quick & Feldman 2013). Om syftet är att åstadkomma förändring kan det ibland vara fördelaktigt att söka en bredare representation och utifrån andra grunder, till exempel utifrån resonemang liknande dem som fördes i en av de tidiga utredningarna om att involvera personer utifrån deras specialistkompetens och inte utifrån deras organisatoriska hemvist. I praktiken handlar styrningen ofta om att skapa flera olika typer av konstellationer och inte minst om förmågan att samordna dessa för att föra processen framåt.

I NKS-fallet kom denna balansgång mellan inkludering och exkludering att tippa över mot det senare i syfte att föra processen fort framåt. Problemens närmare beskaffenhet och reformagendans innehåll växte inte fram i samband med utredningarna, utan såväl problemen som reformagendan – inklusive de fem reformidéerna – fanns på plats redan när den första utredningen tillsattes. För initiativtagarna handlade vägen framåt därför inte om att precisera något problem, för att därefter i öppna deliberativa diskussioner söka efter de bästa handlingsalternativen. Den handlade i stället om att tillsätta utredningar och organisera en projektledning som kunde rättfärdiga den problemuppfattning och de lösningar som redan fanns på plats. Och detta underlättades av att lösningarna (reformidéerna) var vaga och kunde anpassas till rådande omständigheter och eventuell kritik, och av att politikerna kunde organisera projektledningen på sådant sätt att den i hög grad kunde arbeta särkopplat från kritiker och alternativa idéer och därmed relativt ostört snickra vidare på det narrativ som hade formulerats redan från start.

Inte mer kontroll – men stärkt

Vi har argumenterat för att många av de beslut som togs under NKS-projektets gång underlättades av att olika kontrollfunktioner som finns på kommunal nivå försvagades eller helt sattes ur spel i fallet med NKS. Det väcker frågan om kontrollen bör öka på kommunal nivå. Det är inte säkert. Vi menar att det finns anledning att allmänt vara försiktig när det gäller förslag om att öka kontrollen i offentlig sektor. Under senare

år har den offentliga kontrollen ökat påtagligt; det har talats om framväxten av ett ”granskningssamhälle”. Innebörden i detta är inte bara att granskningen har ökat kraftigt utan också att den har ökat på ett ogenomtänkt sätt och att den skapar en rad oavsedda effekter där frågor har ställts om inte det myckna granskandet kostar mer än det smakar (Jacobsson m.fl. 2019; Ahlbäck Öberg 2018; Power 1999). Så fort ett problem har uppstått inom någon verksamhet har det reflexmässiga svaret många gånger varit ”mer granskning”. Det har blivit ett enkelt sätt att visa på handlingskraft och hävda ansvarstagande, inte minst att kommunicera detta i medierna. Ofta har problemen dock inte gällt så mycket bristande granskning som att verksamheten på ett mer grundläggande plan har varit bristfälligt organiserad. Senare års expansion av granskningar kan alltså i betydande grad ses som något politikerna har tagit till i stället för att omorganisera verksamheter (Jacobsson & Sundström 2019).

Kanske är det främst detta det handlar om också i fallet med NKS, det vill säga att hälso- och sjukvården skulle behöva organiseras om i grunden med avseende på sina karaktärsdrag: den långtgående decentraliseringen, den omfattande marknadiseringen och företagiseringen och den starka professionaliseringen (se kap. 2). Den frågan är synnerligen viktig att ha i åtanke, även om vi inte kan svara på den i denna studie.[59] Vad vi däremot kan resonera kring utifrån vår studie är hur pass ändamålsenligt organiserad kontrollen är på regional nivå för megaprojekt av NKS karaktär – givet hur hälso- och sjukvården i grunden är organiserad. Vi menar då inte att kontrollen i första hand behöver öka utan snarare att den behöver stärkas. Inte minst behöver befintliga kontrollfunktioner ges mera tyngd och anpassas efter megaprojektens särskilda karaktär.

En fråga gäller *medborgarnas* roll. Som vi visade i kapitel 16 är det tänkt att den politiska maktutövningen på kommunal nivå främst ska kontrolleras politiskt. Medborgarna tillskrivs en viktig roll, där de förutsätts utkräva ansvar av det politiska regionstyret i allmänna val. Detta kräver en ordentlig och informerad offentlig debatt. Vi har dock visat

59. Det kan här noteras att hälso- och sjukvårdens organisation har kommit att debatteras flitigt till följd av regionernas hantering av coronapandemin (SOU 2020:80; *Dagens Nyheter* 2020; Enqvist & Lövdén 2020).

att det är svårt att få till stånd sådana debatter om den typ av megaprojekt som NKS utgör. Megaprojektens komplexitet i termer av visionär oklarhet, elakartade problem och långa utsträckning i tid, där beslut fattas kontinuerligt och beslutsfattare kommer och går, försvårar medborgarnas möjlighet till kontroll och ansvarsutkrävande. Det är svårt att tidigt i processen väcka intresse hos medborgare och medier för abstrakta och långsiktiga byggplaner. Samtidigt skapas det, i den politiska kulturen med samregerande politiska organ, efter hand bindningar som gör att incitamenten att föra kritiska diskussioner mellan styrande och opposition successivt minskar. Oppositionen görs medansvarig till projekten, vilket leder till att viktiga frågor hålls borta från valdebatter, med konsekvensen att medborgarna får svårare att utkräva ansvar för fattade beslut i nästa val. Otydliga begrepp (som nivåstrukturering, värdebaserad vård och OPS), och återkommande omorganisationer bland nämnder och förvaltningar, har också försvårat för medborgarna att följa och förstås processen. Här menar vi att medborgarna måste ges mer tyngd i ett megaprojekts tidiga planeringsskeden. Ansvarsutkrävandet måste i högre grad ske *ex ante*, och även löpande under projektets gång, eftersom det inte finns så mycket att göra åt byggprojekten när de står färdiga. Ofta finns heller inte de ursprungliga beslutsfattarna kvar.

En närliggande fråga rör *oppositionens* roll. Diskussionen om samregerandet i nämnder och styrelser inom regioner och kommuner har debatterats länge, och riksdag och regering har under senare år strävat efter att organisera kommunala politiska organ mer i enlighet med en parlamentarisk styrelsemodell (se kap. 10). Vår studie understryker också problemet med frånvaron av en tydlig rollfördelning mellan styrande och opposition. Det blandade styre som praktiserades under NKS-projektet, där de styrande och oppositionen ömsom använde sig av konflikt-, ömsom av samarbetsstrategier, och inte alltid samtidigt, medförde att viktiga frågor försvann från den politiska dagordningen och att kritiska diskussioner och argument hölls borta från offentligheten. Incitamenten för oppositionen att kritisera projektet avtog gradvis i takt med att den på olika sätt bands upp i projektet. Det är särskilt problematiskt då flera av de visioner som lanserades tidigt, om exempelvis högspecialiserad vård och patienten i centrum, inte kom att konkretiseras förrän sent i processen. Studien visar på kraften i starka, dominerande narrativ – och på behovet av att sådana narrativ löpande tillåts utmanas och

kontrasteras med alternativ. Det kräver att alla inte säger detsamma. Vid megaprojekt av NKS karaktär är det därför viktigt att det finns en aktiv opposition inte bara i de inledande skedena utan under hela processens gång. Vi menar följaktligen att oppositionens (och politikens) närvaro måste stärkas i megaprojekt.

Förvaltningen spelar också en mycket viktig roll i megaprojekt. På kommunal nivå saknas en tradition av ett fast kommittéväsende med tillhörande remissväsende. Många frågor utreds förstås ändå. Men frågan bör ställas om det verkligen ska vara möjligt att utreda ett så pass stort och konsekvensrikt sjukhusbygge i en så pass liten och snabbt tillsatt och genomförd utredning som SNUS. Det är tydligt att frågan kom att belysas utan tillräcklig bredd och pluralism och med ett alltför begränsat remissförfarande. Det är också viktigt att förvaltningens kapacitet och förutsättningar att ta sig an så stora projekt som NKS utreds grundligt innan de initieras, särskilt när de omfattar oprövade arbetssätt och finansieringsmodeller. Det kan i det sammanhanget ifrågasättas om etablerade nämnder och förvaltningar som har arbetat med hälso- och sjukhusfrågor under lång tid ska kunna åsidosättas på det sätt som skedde i fallet med NKS, då helt nya projektorganisationer sattes upp för NKS, framför allt genom den särskilda förvaltningsorganisationen (NKS-förvaltningen) men även i form av det näringslivsinspirerade och konsultstyrda förändringsarbete som genomfördes på KS. Som vi har visat tidigare i den här boken har dessa organisatoriska arrangemang i hög grad möjliggjorts genom den långtgående företagiseringen av regionens verksamhet. Våra studier visar att denna organisering i praktiken innebar att etablerade processer för kvalitetssäkring slogs ut, att erfarenheter och kunskaper som fanns inom förvaltningen ställdes åt sidan och att konsulter med egenintresse fick stort inflytande på viktiga beslut. Det ska understrykas att det inte är nyinrättade förvaltningar och enheter i sig som har varit problematiskt i fallet med NKS (det är vanligt att politiker fattar beslut om särskilda organisatoriska enheter för att utreda och genomföra megaprojekt), utan det problematiska ligger i hur dessa enheter har positionerats i förhållande till etablerade nämnder, förvaltningar och enheter.

Slutligen finns här frågan om *extern kontroll*. NKS-fallet visar att de uteblivna offentliga debatterna kring viktiga frågor delvis kan förklaras av avsaknaden av externa kontrollfunktioner. Regionen saknar egna

självständigt organiserade kontrollorgan, som motsvarar statens utvärderingsmyndigheter och Riksrevisionen. Detta är särskilt bekymmersamt då statens kontrollfunktioner gentemot hälso- och sjukvården uteslutande riktas mot verksamhetsnivån och mötet mellan patienter och vårdpersonal. Det kan noteras att staten och regionerna fram till slutet av 1980-talet hade ett gemensamt ansvar för hälso- och sjukvårdens omfattning, kvalitet och framtida utveckling (SOU 2020:15, s. 134–135). Statens uppgift var att samordna de olika delarna av verksamheten och göra nödvändiga avvägningar. Det innebar bland annat att staten påverkade omfattningen och inriktningen av hälso- och sjukvården. Vissa planeringsfrågor behandlades på Socialdepartementet och av Socialstyrelsen. Staten kunde också avgöra vilka större byggnadsprojekt som skulle få komma till stånd inom hälso- och sjukvården. Ett antal statliga aktörer godkände investeringar och byggnationer av sjukhus. Detta har nu nästan helt delegerats till regionerna. Samtidigt har sjukvården blivit alltmer specialiserad och nivåstrukturerad där viss typ av vård bara ges vid vissa sjukhus, vilket NKS är ett tydligt exempel på. I Socialstyrelsens uppdrag att besluta om vilken eller vilka regioner som får bedriva högspecialiserad vård ingår också att leda arbetet med att koncentrera mer av denna typ av vård på nationell nivå (se kap. 2 och 8). Detta talar för en stärkt samordning mellan staten och regionerna i planeringsfrågor som rör hälso- och sjukvården och en stärkt kontroll av kommunal planering, i alla fall avseende megaprojekt som NKS.

Sammantaget finns det således flera lärdomar att dra utifrån våra studier. En del av våra resonemang har vidare bäring och rör mer grundläggande organisationsfrågor som påverkar alla typer av beslut på kommunal nivå, exempelvis frågan om huruvida man ska införa ett mer renodlat parlamentariskt styrelseskick för att åstadkomma en tydligare och starkare opposition, frågan om lämpligheten i att politiska organ inte besätts med politiker, och frågan om huruvida civilrätten, med dess regler om företagshemligheter och sekretess, ska kunna slå ut offentligrätten, med dess regler om insyn och upplyst debatt. Dessa vidare frågor lämnar vi därhän för att i stället, i vårt avslutande avsnitt, fokusera på mer specifika förhållanden som har med vårt fall att göra.

Hur kan utmaningarna med megaprojekt hanteras på kommunal nivå?

Det finns givetvis inga enkla svar på vad som kan behöva göras för att minska risken för att vid framtida megaprojekt återigen stöta på de problem som har uppstått i beslutsprocessen kring NKS. Men vi vill här avslutningsvis ändå, utifrån ett ”megaprojektsperspektiv”, resonera kring några förslag till åtgärder som vi, utifrån vår studie, menar är viktiga att diskutera.

En central lärdom i vår studie, som springer ur vårt beslutsteoretiska perspektiv (den narrativa beslutsmodellen), är att alternativa berättelser om problembilder och lösningar måste ges plats i planeringen av och beslut om megaprojekt. Megaprojektens höga grad av komplexitet – inte minst att de berör många typer av aktörer och påverkar många olika samhälleliga värden – gör det viktigt att inte enbart styrande politiker och experter kommer till tals, utan även oppositionen och berörda parter (medborgare, tjänstepersoner och i fallet med sjukhus även sjukvårdspersonal). Det är också viktigt att oppositionen och berörda parter fortlöpande ges möjlighet att få insyn i och diskutera megaprojektet alltmedan det fortskrider, eftersom många idéer och lösningsförslag ofta inte kan ges konkret form förrän sent i processen. Nedan presenterar vi några åtgärdsförslag.

En fråga som vi menar bör diskuteras är vikten av att åstadkomma en bredare offentlig diskussion tidigt i ett tilltänkt megaprojekt. Eftersom medborgarnas möjligheter att utkräva ansvar är små i megaprojektets slutfas, när det står på plats och många av de ursprungliga beslutsfattarna har lämnat politiken, behöver förutsättningar att tidigt informeras om och ta ställning till megaprojektet stärkas. Den så kallade mellanvalsdemokratin behöver stärkas vid megaprojekt.[60] Ett sätt att åstadkomma detta skulle kunna vara genom *rådgivande folkomröstningar om megaprojekt*.

Folkomröstningar är redan i dag möjliga att genomföra på kommunal nivå, via antingen politiker- eller folkinitiativ.[61] De folkomröstning-

60. Här kan det noteras att politiker på kommunnivå uppger att medborgarna är den aktörstyp som har minst makt i kommunen (ibid., s. 7).

61. Sedan 2011 kan ett folkinitiativ i form av en petition undertecknad av tio procent av medborgarna tvinga fram en folkomröstning mot fullmäktiges vilja.

ar som har genomförts på kommunal nivå har haft att brottas med en del problem, särskilt de som har kommit av folkinitiativ. De har haft låg legitimitet hos politikerna, dels på grund av lågt valdeltagande, dels för att politikerna sätter större tillit till den representativa demokratin och fullmäktiges uppfattning. Det har också saknats mer precisa regler avseende procedurer för hur omröstningarna ska gå till och hur mycket resurser som måste avsättas för att informera medborgarna om omröstningarna (Karlsson & Gilljam 2015, s. 32–34).

Utan att förringa problemen med folkomröstningar på kommunal nivå och att det kan finnas ett allmänt behov av riktlinjer för hur folkomröstningar bör organiseras för att säkerställa en allsidig debatt, högt deltagande och beslut av god kvalitet (ibid., s. 37), menar vi ändå att megaprojektens storlek och betydelse kan motivera folkomröstningar. Megaprojekt har en särskild dignitet – notera att NKS var det första nybyggda sjukhuset i Stockholm på 40 år och det i särklass mest påkostade bygget inom regionen – och det finns därför särskilda skäl, och goda förutsättningar, att via folkomröstningar skapa en levande och bred debatt om dem, i synnerhet om de läggs i anslutning till de allmänna valen. Inte minst bör megaprojekt som det folkomröstas om vara av intresse för medierna. Folkomröstningar är inte bara i sig en kontrollfunktion som förhindrar att politiska initiativtagare smyger igenom en fråga, utan har också den fördelen att den tvingar fram offentliga debatter som gör att såväl politikerna som väljarna blir mer medvetna och informerade (Möller 2005). Detta ökar beslutens legitimitet och kan också göra att intresset att följa ärendets långa väg framåt ökar.

Under de allra tidigaste skedena är det vidare viktigt att ett megaprojekt som har initierats (och kanske röstats fram i en folkomröstning) också utreds på ett sätt som präglas av mångfald och öppenhet för alternativa perspektiv och narrativ. Utredningsfasen måste även omfatta beredningsformer och förankringsrutiner som garanterar att etablerade nämnder och förvaltningar och berörda medarbetare ute i verksamheterna får reellt inflytande över de tidiga diskussionerna om projektet – såväl de problem som projektet avser att lösa som de lösningar som projektet bör omfatta för att hantera problemen på bästa sätt.

Endast om en kvalificerad majoritet (två tredjedelar) av fullmäktige går emot initiativet kan en folkomröstning förhindras (Karlsson & Gilljam 2015, s. 32).

Även här bör, menar vi, frågan resas om det inte ska finnas något slags *obligatoriska utredningsformer för megaprojekt* på kommunal nivå som garanterar viss bredd och pluralism och ett ordentligt remissförfarande. Det är härvid viktigt att inte bara själva projektet utreds utan också förvaltningens kapacitet och förutsättningar att ta sig an megaprojektet.

Men som vi har påpekat ovan är det viktigt att megaprojekten fortsätter att granskas och debatteras också efter att de har initierats och utretts, eftersom bärande idéer och lösningar i megaprojekt ofta konkretiseras och får konsekvenser sent i processen. Både oppositionen och berörda parter bör således garanteras ordentlig insyn och reellt inflytande löpande i processen.

När det gäller medborgare och mer direkt berörda parter kan det vara på sin plats att utveckla *obligatoriska samråd*, där ett representativt urval av befolkningen och ett urval av mer direkt berörda parter ges tillfälle att med jämna mellanrum diskutera med de styrande politikerna hur megaprojektet fortlöper (jfr Karlsson & Gilljam 2015, s. 36). Om det inrättas en särskild förvaltning för projektets genomförande måste också *etablerade nämnder och förvaltningar positioneras gentemot den tillfälliga förvaltningen* på ett sätt som gör att deras erfarenheter och kunskaper tas tillvara.

När det gäller oppositionspolitikerna är det viktigt att dessa på ett medvetet sätt organiseras in i eller positioneras till ledningar, styrelser, utskott, beredningar, utredningar och andra organ som ansvarar för megaprojektet. Ett annat sätt att hålla oppositionen på tårna i projekt som löper över en längre tidsperiod är att införa obligatoriska kontrollstationer – exempelvis vartannat år, eller vart fjärde år strax före valet – där *ett för megaprojektet särskilt inrättat granskningsutskott* (med KU:s årliga granskning av regeringen som förebild) gör en ordentlig genomlysning av hur processen fortskrider och om budgetar och tidsplaner hålls (jfr ibid., s. 21). Både det obligatoriska samrådet och granskningsutskottet skulle kunna ge näring åt den mediala granskningen som vi har visat annars kan ha svårt att hålla liv i frågor om megaprojekt innan de är materialiserade och ger konkreta effekter.

Slutligen menar vi att statens roll bör stärkas vid planeringen av kommunala megaprojekt. Hälso- och sjukvården är i grunden ett statligt åtagande, och byggandet av stora sjukhus som NKS har klara och tydliga konsekvenser inte bara för den enskilda regionens sjukvård i stort

utan också för sjukvården på nationell nivå. Det visar inte minst senare års diskussion om, och utveckling av, den nivåstrukturerade vården, där NKS kan sägas ha fungerat som ett slags draglok. Sjukvården och de större sjukhusen har blivit alltmer specialiserade, med innebörden att viss typ av sjukvård bara ges vid ett eller ett fåtal sjukhus. Det innebär också utmaningar för bedrivandet av kvalitativ utbildning och forskning. Kraven på planering och samordning över regiongränserna ökar därmed, både vad gäller vilken sjukvård som ska ges var och hur den ska bedrivas (styrnings- och verksamhetsmodeller). Att staten i ett sådant skede drar sig tillbaka i större investerings- och planeringsfrågor och styr om sin granskningsverksamhet till verksamhetsnivån och mötet mellan sjukvårdspersonalen och patienterna är en utveckling som bör diskuteras.[62] Vi menar att det kan finnas anledning att vrida den statliga verksamheten inom detta politikområde från kontroll *ex post* till kontroll och samordning *ex ante*, med fokus på frågor om stora investeringar och planering.[63] Det kan också finnas skäl att se över om staten även ska granska styrmodeller på olika nivåer inom hälso- och sjukvården (jfr SMER 2019).

Flertalet av de förslag som vi har diskuterat ovan kan regioner och kommuner utreda och besluta att införa själva, även om riksdag och regering skulle kunna lägga fast en del ordningar som vi förordar genom att ändra i kommunallagen (KL). Det sista förslaget ligger dock enbart på riksdagens och regeringens bord. Det kan i detta sammanhang även finnas anledning att tänka igenom KL:s räckvidd. Det kan ju tyckas anmärkningsvärt att Region Stockholm (med 2,3 miljoner invånare, 45 000 anställda och en budget på 105 000 miljoner kronor) och Bjurholms kommun (med ca 2 400 invånare, 284 anställda och en budget på 172 miljoner kronor) styrs av samma ”kommunala grundlag”. Region Stockholm är till sin storlek och komplexitet närmast att likna vid en lokal stat i staten. Kanske kan det finnas anledning att skilja på regioner och primärkommuner och skapa en ”regionlag” och en ”kommunlag”.

62. Det kan här noteras att det råder en del oklarheter om när och hur statens tillbakadragande inom hälso- och sjukvården ägde rum (se SOU 2020:15, s. 140).

63. Nyligen har regeringen också tillsatt en utredning för att se över hälso- och sjukvårdens grundläggande organisering och ansvarsförhållanden med syftet att öka förutsättningarna för hållbara investeringsprojekt (Regeringen 2019, 2020).

Ett alternativ är att i nuvarande KL införa särskilda bestämmelser för storstadsregionerna, precis som det tidigare fanns särskilda bestämmelser i KL för Stockholms kommun och Stockholms landsting (se Kommunallag, SFS 1977:179).

En knäckfråga är förstås vad som ska förstås som ett megaprojekt. I litteraturen definieras det som storskaliga, komplexa satsningar som kostar tio miljarder kronor eller mer, tar många år att utveckla och bygga, involverar många olika privata och offentliga aktörer, är transformativa och påverkar miljontals människor (Flyvbjerg 2014, s. 6). Det är ingen särskilt precis definition (med undantag för kostnaden), utan den är tolkningsbar och kräver ”översättning”. Och denna översättning är, precis som de olika översättningar som vi har redogjort för i boken, en politisk process. Det är därför en översättning som vi med varm hand överlämnar till just politikerna att göra.

Referenser

Agevall, L. (2005). *Välfärdens organisering och demokratin: En analys av New Public Management*. Växjö University Press.

Ahlbäck, S. (1999). *Att kontrollera staten: Den statliga revisionens roll i den parlamentariska demokratin*. Uppsala universitet: Statsvetenskapliga institutionen, akademisk avhandling.

Ahlbäck Öberg, S. (2018). ”Att kontrollera förvaltningen: Framväxten av granskningssamhället”, i Dahlström, C., red., *Politik som organisation: Förvaltningspolitikens grundproblem*. Studentlitteratur, s. 163–190.

Ahlbäck Öberg, S. och Sundström, G. (2020). ”Förvaltningspolitikens organisering”, i Ehn, P. och Sundström, G., red., *Statlig förvaltningspolitik för 2020-talet: En forskningsantologi*. Statskontoret, s. 237–265.

Albæk, E. (1995). ”Between knowledge and power: Utilization of social science in public policy making”. *Policy Sciences*, 28(1):79–100.

Alexius, S. och Furusten, S., red. (2019). *Managing Hybrid Organizations: Governance, Professionalism and Regulation*. Palgrave Macmillan.

Alvesson, M. och Robertson, M. (2006). ”The best and the brightest: The construction, significance and effects of elite identities in consulting firms”. *Organization*, 13(2):195–224.

Andersson, C. (2004). *Tudelad trots allt: Dualismens överlevnad i den svenska staten 1718–1987*. Stockholms universitet: Statsvetenskapliga institutionen, akademisk avhandling.

Andersson, C., Erlandsson, M. och Sundström, G. (2017). *Marknadsstaten: Om vad den svenska staten gör med marknaderna – och marknaderna med staten*. Liber.

Andersson, C. och Grafström, M. (2019). *Att styra genom organisation: Exkludering, inkludering och villkorat deltagande i Nya Karolinska Solna*. Stockholms universitet: Score rapportserie, 2019:2.

Andersson, C. och Grafström, M. (2020). *Att förändra genom organisation och idéer: Parallella processer i planeringen av Nya Karolinska Solnas verksamhet åren 2012–1017*. Stockholms universitet: Score rapportserie, 2020:5.

Anell, A. (2005). ”Swedish healthcare under pressure”. *Health Economics*, 14(1):237–254.

Anell, A. (2007). ”Varför är det så svårt att styra sjukvården? Medicinsk specialisering och professionens intressen”, i Blomqvist, P., red., *Vem styr*

vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård. SNS förlag, s. 78–103.

Anell, A. (2020). *Vården är värd en bättre styrning*. SNS förlag.

Anton, T. (1969). ”Policy-making and political culture in Sweden”. *Scandinavian Political Studies*, 4:88–102.

Bacchi, C. L. (2009). *Analysing Policy: What's the Problem Represented to Be?*. Pearson.

Bacchi, C. L. och Goodwin, S. (2016). *Poststructural Policy Analysis: A Guide to Practice*. Palgrave Pivot.

Bachrach, P., Morton, S. och Baratz, M. (1963). ”Decisions and nondecisions: An analytical framework”. *The American Political Science Review*, 57(3):632–642.

Bartholdsson, K. (2007). ”Tjänstemannarollen”, i Siverbo, S., red., *Demokratisk och effektiv styrning: En antologi om forskning i offentlig förvaltning.* Studentlitteratur, s. 441–467.

Batljan, I. (2010). ”Nya Karolinska den sämsta affären i landstingets historia”. *Dagens Nyheter* (debattartikel), 2010-05-21.

Battilana, J. (2011). ”The enabling role of social position in diverging from the institutional status quo: Evidence from the UK National Health Service”. *Organization Science*, 22(4):817–834.

BCG (2013). *Nationell strategi för Sverige: Från tillväxt till välstånd*. Rapport, september.

Bejerot, E. (2008). ”Patienten i centrum – ett tvingande styrningsideal”, i Hasselbladh, H., Bejerot, E. och Gustafsson, R. Å., red., *Bortom new public management: Institutionell transformation i svensk sjukvård*. Academia Adacta, s. 137–154.

Bejerot, E. och Hasselbladh, H. (2003). ”Nya kontroll- och maktrelationer i sjukvården”. *Arbetsmarknad och arbetsliv*, 9(2):107–127.

Bengtsson, M. (2012). *Anteciperande förvaltning: Tjänstemännens makt i kommunala policyprocesser*. Göteborgs universitet: Förvaltningshögskolan, akademisk avhandling.

Bergling, M. (2020). ”Skolverket hemligstämplar vilka skolor som finns i Sverige”. *Skolvärlden*, 2020-08-20, https://skolvarlden.se/artiklar/skolverket-hemligstamplar-vilka-skolor-som-finns-i-sverige, hämtad 2020-10-18.

Berglund, T. och Mellgren, F. (2009). ”Läkare kritiserar nya miljardbygget”. *Svenska Dagbladet,* 2009-01-11.

Bergman, T. (1999). ”Varför införs inte kommunal parlamentarism?”. *Statsvetenskaplig tidskrift*, 2:182–199.

Bergström, T. och Eklund, N. (2019). ”Offentligt ledarskap: Vart är vi på

väg?", i Bergström, T. och Eklund, N., red., *Ett annorlunda ledarskap: Chef i politiskt styrd verksamhet*. Studentlitteratur, s. 203–214.

Berlin, J. och Carlström, E. (2013). "Trender som utmanar traditioner: En hälso- och sjukvård i metamorfos", *Scandinavian Journal of Public Administration*, 16(2):3–23.

Berlin, J. och Kastberg, G. (2011). *Styrning av hälso- och sjukvård*. Liber.

Bexell, M. och Mörth, U., red. (2010). *Democracy and Public-Private Partnerships in Global Governance*. Palgrave Macmillan.

Blomquist, C. och Jacobsson, B. (2002). *Drömmar om framtiden: Beslut kring infrastruktur.* Studentlitteratur.

Blomqvist, P., red. (2007). *Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård*. SNS förlag.

Blomqvist, P. (2016). "NPM i välfärdsstaten: Hotas universalismen?". *Statsvetenskaplig tidskrift*, 118(1):39–67.

Bolinder, G. och Lagercrantz, H. (2006). "Högspecialiserat storsjukhus blir elitklinik – inte universitet". *Dagens Medicin* (debattartikel), 2006-03-01.

Borg, A. (2019). *Finansministern*. Mondial.

Brante, T., Johansson, E., Olofsson, G. och Svensson, L. G. (2015). *Professionerna i kunskapssamhället: En jämförande studie av svenska professioner*. Liber.

Bringselius, L. (2013). *Organisera oberoende granskning: Riksrevisionens första tio år.* Studentlitteratur.

Brodda. H. (2013). "Staden passade på att hylla NKS och Hagastaden". *MedTech Magazine*, 2013-12-13.

Broomé, M., m.fl. (2019). "Bråttom att åtgärda de ödesdigra misstagen". *Svenska Dagbladet*, 2019-12-13, www.svd.se/brattom-att-atgarda-de-odesdigra-misstagen, hämtad 2020-06-03.

Brorström, B. och Nilsson, V. (2004). "Har organisation någon betydelse: En studie av läkares organisationsideal", i Nilsson, L., red., *Svensk samhällsorganisation i förändring: Västsverige vid millennieskiftet*. Göteborgs universitet: SOM-institutet, s. 393–410.

Brorström, B. och Solli, R. (2017). *Utvärdering av Västra Götalandsregionens politiska organisation: Delrapport 13: Beställarutförarmodellen: Vara eller inte vara*. Högskolan i Borås: Centrum för välfärdsstudier.

Brorström, S. (2010). *Kommunala satsningar av betydelse: En fråga om identitet, förnuft och tillfälligheter.* Göteborgs universitet: Förvaltningshögskolan, akademisk avhandling.

Brunsson, K. och Brunsson, N. (2014). *Beslut.* Liber.

Brunsson, N. (2007). *The Consequences of Decision-Making*. Oxford University Press.

Brunsson, N. och Jönsson, S. (1979). *Beslut och handling: Om politikers inflytande på politiken*. Liber.

Brunsson, N. och Sahlin-Andersson, K. (2000). ”Constructing organizations: The example of public sector reform”. *Organization Studies*, 21(4):721–746.

Bryson, J. M., Quick, K. S., Slotterback, C. S. och Crosby, B. C. (2013). ”Designing public participation processes”. *Public Administration Review*, 73(1):23–34.

Bull, T. (2017). ”Den offentliga tjänstemannen: Makthavare i medborgarnas tjänst”, i Lind, A.-S. och Namli, E., red., *Mänskliga rättigheter i det offentliga Sverige*. Studentlitteratur, s. 37–54.

Burau, V. (2016). ”Governing through professional experts”, i Dent, M., Bourgeault, I. L., Denis, J.-L. och Kuhlmann, E., *The Routledge Companion to the Professions and Professionalism*. Routledge, s. 91–101.

Bygdeman, M., Fridén, S. och Lindsten, J. (u.å.). *Minnen från att leda ett universitetssjukhus*. www.wikiks.se, hämtad 2020-08-14.

Bäck, H. (2018). *Kommunrevisorns testamente*. Göteborgs universitet: Förvaltningshögskolan, rapport 146.

Bäck, H., Erlingsson, G. Ó. och Larsson, T. (2015). *Den svenska politiken: Strukturer, processer och resultat*. Liber.

Castillo, D. och Ivarsson Westerberg, A. (2019). *Ängsliga byråkrater eller professionella pragmatiker? Administrativa effekter av statens indirekta styrning*. Södertörns högskola: Förvaltningsakademin.

Chaaban. S. (2010). ”Kunglig kraft startade Nya Karolinska-bygget”. *Svenska Dagbladet*, 2010-09-04.

Charpentier, C. och Samuelson, L. A. (1999). *Effekter av en sjukvårdsreform: En analys av Stockholmsmodellen*. Nerenius och Santérus.

Choi, S. (2011). *Competing Logics in Hospital Mergers: The Case of Karolina University Hospital*. Karolinska Institutet: Institutionen för lärande, informatik, management och etik, akademisk avhandling.

Christensen, T. (2003). ”Narratives of Norwegian governance: Elaborating the strong state tradition”. *Public Administration*, 81(1):163–190.

Coburn, D., Rappolt, S. och Bourgeault, I. (1997). ”Decline vs. retention of medical power through restratification: An examination of the Ontario Case”. *Sociology of Health and Illness*, 19(1):1–22.

Cohen, M. D., March, J. G. och Olsen, J. P. (1972). ”A garbage can model of organizational choice”. *Administrative Science Quarterly*, 17(1):1–25.

Connell, D. J. 2009. ”Planning and its orientation to the future”. *International Planning Studies*, 14(1):85–98.

Cook, T. E. (1998). *Governing With the News: The News Media as a Political Institution*. University of Chicago Press.

Cregård, A., Demediuk, P. och Solli, R. (2019). ”Top managerial role in transition – or not? Trajectories during three decades in Swedish local government”, uppsats presenterad vid 2019 års IRSPM-konferens.

Cyert, R. M. och March, J. G. (1963). *A Behavioral Theory of the Firm*. Blackwell.

Czarniawska, B. (1997). *Narrating the Organization: Dramas of Institutional Identity*. University of Chicago Press.

Czarniawska-Joerges, B. (1990). ”Merchants of meaning: Management consulting in the Swedish public sector”, i Turner, B. A., red., *Organizational Symbolism*. De Gruyter.

Dagens Medicin (2009). ”Stor oro över hur vården ska utformas på nya Karolinska”, 2009-09-16.

Dagens Medicin (2017). ”Tunga politiker sågar regeringens plan för högspecialiserad vård”, www.dagensmedicin.se/artiklar/2017/12/06/tunga-politiker-sagar-regeringens-propp/, hämtad 2017-12-06.

Dagens Nyheter (2016). ”Det stora svarta hålet i Solna”, DN Sthlm, s. 1, 2016-11-12.

Dagens Nyheter (2020). ”Skyll inte på regionerna – avskaffa dem” (ledare), 2020-12-03.

Dahl, A. (2020). ”UHR:s generaldirektör Karin Röding avgår”. *Dagens Nyheter*, 2020-09-09.

Dahl, A. R., red. (1966). *Political Oppositions in Western Democracies*. Yale University Press.

Dahl, A. R. (2002). *Demokratin och dess antagonister*. Ordfront förlag och Demokratiakademin.

Dahlström, C., Lundberg, E. och Pronin, K. (2019). *Det statliga kommittéväsendets förändring 1990–2016*. SNS Analys, rapport nr 59.

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

De Bruijn, H. och Leijten, M. (2008). ”Mega-projects and contested information”, i Priemus, H., Flyvbjerg, B. och Van Wee, B., red., *Decision-Making on Mega-Projects: Cost-Benefit Analysis, Planning and Innovation*. Edward Elgar, s. 84–101.

Deephouse, D., Bundy, J., Tost, L. P. och Suchman, M. (2017). ”Organizational legitimacy: Six key questions”, i Greenwood, R., Oliver, C., Lawrence, T. B. och Meyer, R. E., red., *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism*. 2 uppl. SAGE, s. 27–52.

Dickinson, H. och Pierre, J. (2016). ”Between substance and governance: Healthcare governance and the limits to reform”. *Journal of Health Organization and Management*, 30(1):109–116.

Diefenbach, T. (2009). ”New public management in public sector organizations: The dark side of managerialistic ’enlightenment’”. *Public Administration*, 87(4):892–909.

Djerf-Pierre, M., Ekström, M. och Johansson, B. (2013). ”Policy failure or moral scandal? Political accountability, journalism and new public management”. *Media, Culture & Society*, 35(8):960–976.

Downs, A. (1967). *Inside Bureaucracy*. Little & Brown.

Edelenbos, J. och Klijn, E.-H. (2006). ”Managing stakeholder involvement in decision making: A comparative analysis of six interactive processes in the Netherlands”. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 16(3):417–446.

Edelman, M. (1988). *Constructing the Political Spectacle.* University of Chicago Press.

Edström Fors, E. (2020). ”Statlig förvaltningspolitik och kommunal självstyrelse: Utvecklingstendenser och framtidsfrågor”, i Ehn, P. och Sundström, G., red., *Statlig förvaltningspolitik för 2020-talet: En forskningsantologi.* Statskontoret, s. 69–90.

Ehn, P. (2020). ”Statstjänstemannen – quo vadis?”, i Ehn, P. och Sundström, G., red., *Statlig förvaltningspolitik för 2020-talet: En forskningsantologi*. Statskontoret, s. 215–236.

Ehn, P. och Sundström, G. (2020). ”Förvaltningspolitik i förändring”, i Ehn, P. och Sundström, G., red., *Statlig förvaltningspolitik för 2020-talet: En forskningsantologi*. Statskontoret, s. 13–36.

Ek Österberg, E. och Solli, R. (2015). *Den kommunala revisionens nytta och roll: Svaret är 64*. Kommunforskning i Västsverige, rapport, 2015:30.

Ekbom, A., Hamsten, A., Hansson, G. K., Klareskog, L., Olsson, T., Pernow, J., Ståhle, M. och Söderberg-Nauclér, C. (2012). ”Nya Karolinska slår undan benen för klinisk forskning”. *Dagens Nyheter* (debattartikel), 2012-02-22.

Ekman, I., Norberg, A. och Swedberg, K. (2014). ”Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård”, i Ekman, I., red., *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: Från filosofi till praktik*. Liber.

Elgie, R. (2003). ”Governance traditions and narratives of public sector reform in France”. *Public Administration*, 81(1):141–162.

Elmhorn, C. (2013). *Från hot till löfte: Stockholms ekonomiska omvandling 1945–2010*. Stockholmia förlag.

Elston, M. A. (1991). ”The politics of professional power: Medicine in a changing health service”, i Gabe, J., Calnan, M. och Bury, M., red., *The Sociology of the Health Service*. Routledge, s. 58–88.

Emmelin, L. och Nilsson, J.-E. (2016). ”Fysisk planering – att forma ett ämne”, i Albertsson, B., Emmelin, L., Nilsson, J.-E., von Platen, F. och

Blücher, G., red., *Femtio år av svensk samhällsplanering: Vänbok till Gösta Blücher*. Jan-Evert Nilsson Analys, s. 301–322.

Ennart, H. (2015). ”Stort gensvar efter granskning”. *Svenska Dagbladet*, 2015-05-10.

Ennart, H. (2016). ”Nya Karolinska kan bli ännu dyrare”. *Svenska Dagbladet*, 2016-11-19.

Ennart, H. och Mellgren, F. (2015). ”NKS tio gånger dyrare än tyska toppsjukhus”. *Svenska Dagbladet*, 2015-06-09.

Ennart, H. och Mellgren, F. (2016). *Sjukt hus: Globala miljardsvindlerier från Lesotho till Nya Karolinska*. Ordfront.

Enqvist, L. och Lövdén, L.-E. (2020). ”Coronakommissionen visar att regionerna bör avvecklas”. *Dagens Nyheter* (debattartikel), 2020-12-29.

Erlingsson, G. Ó. och Wänström, J. (2015). *Politik och förvaltning i svenska kommuner*. Studentlitteratur.

ESV (2007). *Resultat och styrning i statsförvaltningen*. Rapport ESV 2007:23.

Evetts, J. (2003). ”The sociological analysis of professionalism: Occupational change in the modern world”. *International Sociology*, 18(2):395–415.

Evetts, J. (2009). ”New professionalism and new public management: Changes, continuities and consequences”, *Comparative Sociology*, 8(2):247–266.

Evetts J. (2011). ”A new professionalism? Challenges and opportunities”. *Current Sociology,* 59(4):406–422.

EY [Ernst & Young] (2008). *Slutrapport: Utvärdering av OPS som genomförande- och finansieringsform för NKS*, 2008-03-28, www.sll.se/globalassets/1.-halsa-och-vard/bilder-halsa-och-vard/sjukhus/nks/ey_nks_ops_slutversion_28_mars_2008.pdf, hämtad 2018-02-07.

Falkenström, F. och Höglund, A. T. (2018). *På spaning efter etik: Etisk kompetens och ansvarstagande för ledning och styrning av hälso- och sjukvården*. Appell förlag.

Feldman, M. S. och March, J. G. (1981). ”Information in organizations as signal and symbol”. *Administrative Science Quarterly*, 26(2):171–186.

Fischer, F. och Forester, J. (1993). *The Argumentative Turn in Policy Analysis.* Duke University Press.

Fischer, F. och Gottweis, H. (2012). ”Introduction: The argumentative turn revisited”, i Fischer F. och Gottweis, H., red., *The Argumentative Turn Revisited: Public Policy as Communicative Practice.* Duke University Press, s. 1–27.

Flyvbjerg, B. (2001). *Making Social Science Matter: Why Social Inquiry Fails and How It Can Succeed Again*. Cambridge University Press.

Flyvbjerg, B. (2004). ”Phronetic planning research: Theoretical and methodological reflections”. *Planning Theory & Practice,* 5(3):283–306.

Flyvbjerg, B. (2009). ”Survival of the unfittest: Why the worst infrastructure gets built – and what we can do about it”. *Oxford Review of Economic Policy,* 25(3):344–367.

Flyvbjerg, B. (2011). ”Over budget, over time, over and over again: Managing major projects”, i Morris, P. W. G., Pinto, J. K och Söderlund, J., red., *The Oxford Handbook of Project Management*. Oxford University Press, s. 321–344.

Flyvbjerg, B. (2014). ”What you should know about megaprojects and why: An overview”. *Projects Management Journal*, 45(2):6–19.

Flyvbjerg, B., red. (2017). *The Oxford Handbook of Megaproject Management*. Oxford University Press.

Flyvbjerg, B., Skamris Holm, M. K. och Buhl, S. L. (2002). ”Underestimating costs in public works projects: Error or lie?”. *Journal of the American Planning Association*, 68(3):279–95.

Flyvbjerg, B., Bruzelius, N. och Rothengatter, W. (2003). *Megaprojects and Risk: An Anatomy of Ambition*. Cambridge University Press.

Fred, M. och Hall. P. (2017). ”A projectified public administration how projects in Swedish local governments become instruments for political and managerial concerns”. *Statsvetenskaplig tidskrift*, 119(1):185–205.

Freidson, E. (1986). *Professional Powers*. University of Chicago Press.

Freidson, E. (1988). *Profession of Medicine*. University of Chicago Press.

Freidson, E. (1994). *Professionalism Reborn: Theory, Prophecy and Policy*. University of Chicago Press.

Furusten, S. (2007). *Den institutionella omvärlden: Organisering bortom företagsledning och marknad*. Liber.

Furusten, S. (2013). ”Commercialized professionalism on the field of management consulting”, *Journal of Organizational Change Management*, 26(2):265–285.

Furusten, S. (2020). ”Fler som kan mindre och färre som kan mer – en konsekvens av ökad konsultanvändning i förvaltningen”, i Ehn, P. och Sundström, G., red., *Statlig förvaltningspolitik för 2020-talet: En forskningsantologi*. Statskontoret, s. 195–214.

Furusten, S. och Werr, A., red. (2016). *The Organization of the Expert Society*. Taylor & Francis.

Gavelin, K. (2018). *The Terms of Involvement: A Study of Attempts to Reform Civil Society's Role in Public Decision Making in Sweden.* Stockholms universitet: Statsvetenskapliga institutionen, akademisk avhandling.

Gawthorp, L. C. (1998). *Public Service and Democracy: Ethical Imperatives for the 21st Century*. CQ Press.

Giddens, A. (2003). *En skenande värld: Hur globaliseringen är på väg att förändra våra liv*. Lustro.

Gioia, D. A., Nag, R. och Corley, K. G. (2012). ”Visionary ambiguity and strategic change: The virtue of vagueness in launching major organizational change”. *Journal of Management Inquiry*, 21(4):364–375.

Grafström, M. och Andersson, C. (2019). *Oklarhet som förändringsstrategi: Nya Karolinska Solna och idén om den högspecialiserade vården*. Stockholms universitet: Score rapportserie, 2019:2.

Grafström, M. och Windell, K. (2019a). ”The routinization of media scandals”, i Tumber, H. och Waisbord, S., red., *Routledge Companion to Media and Scandal*. Routledge, s. 485–493.

Grafström, M. och Windell, K. (2019b). *Skandaler, opinion och anseende: Medialiseringen av biståndet*. Expertgruppen för biståndsanalys (EBA). Rapport 2019:1.

Granfors, J. (2015). ”Regeringsskifte i Regeringskansliet. Ett departements tjänstemannaorganisation i relation till en ny politisk ledning vid regeringsskiftet 2014”. Stockholms universitet: Statsvetenskapliga institutionen, masteruppsats.

Grey, S. och Morris, P. (2018). ”PISA: Multiple ’truths’ and mediatised global governance”. *Comparative Education*, 54(2):109–131.

Grünberg, J. (1996). ”Om avgående direktörer vid svenska universitetssjukhus”. *Socialmedicinsk tidskrift*, 73(9–10):448–452.

Gustafsson, A. och Manzoor, A. (2016). ”Miljardbygget som kan utlösa vårdkris”. *Dagens Nyheter*, 2016-11-12.

Gustafsson, A. och Röstlund, L. (2019). *Konsulterna: Kampen om Karolinska*. Mondial.

Gustafsson, A., Röstlund, L. och Bolling, A. (2018). ”Alliansen vill se omstart för Nya Karolinska med ny styrelse”. *Dagens Nyheter*, 2018-04-15.

Hajer, M. A. (2003). ”A frame in the fields: Policymaking and the reinvention of politics”, i Hajer, M. A. och Wagenaar, H., red., *Deliberative Policy Analysis: Understanding Governance in the Network Society*. Cambridge University Press, s. 88–110.

Hajer, M. A. och Wagenaar, H., red. (2003). *Deliberative Policy Analysis: Understanding Governance in the Network Society*. Cambridge University Press.

Hall, P. (2015). ”The Swedish administrative model”, i Pierre, J., red., *The Oxford Handbook of Swedish Politics*. Oxford University Press, s. 299–314.

Hall, P. (2020). ”Tillväxten av managementbyråkrati – ett hot mot välfärds-

staten?", i Ehn, P. och Sundström, G. red., *Statlig förvaltningspolitik för 2020-talet: En forskningsantologi.* Statskontoret, s. 171–194.

Hallenborg, U. och Witting, N.-O. (1965). "Presentation av generalplanen för Huddinge Sjukhus". Särtryck ur *Läkartidningen*, nr 46, 62:3849–3855.

Hallin, B. och Siverbo, S. (2002). *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård*. Studentlitteratur.

Hansson, S. (2004). "Ett sjukhus för ny teknik", i Johansson, J., red., *Europas modernaste sjukhus: Fem uppsatser om tillkomsten av Sunderby sjukhus*. Luleå tekniska universitet.

Harty, C., Tryggestad, K. och Holm Jacobsen, P. (2015). "Visualisation and the calculations of space: Negotiating hospital design during onboarding", i Raidén, A. B. och Aboagye-Nimo, E., red., *Proceedings 31st Annual ARCOM Conference, 7–9 September 2015*. Association of Researcher in Construction Management, s. 875–884.

Harvey, D. (1989). "From managerialism to entrepreneurialism: The transformation in urban governance in late capitalism". *Geografiska Annaler*, 71(1):3–17.

Hasselbladh, H. och Bejerot, E. (2017). "Performative policy: The case of Swedish healthcare reforms". *Critical Policy Studies*, 11(3):291–310.

Head, B. W. (2008). "Wicked problems in public policy". *Public Policy*, 3(2):101–18.

Held, D. (1997). *Demokratimodeller: Från klassisk demokrati till demokratisk autonomi*. Daidalos.

Hellowell, M. och Pollock, A. M. (2009). "The private financing of NHS hospitals: Politics, policy and practice". *Economic Affairs*, 29(1):13–19.

Hellström, M., Jonsson, L., Nilsson, V., Ramberg, U. och Wänström, J. (2013). *Hur organiseras samarbete mellan politiker och tjänstemän?*. Göteborgs universitet: Förvaltningshögskolan, Kommunforskning i Västsverige (KFi), Efra-rapportserie, nr 22.

Hermansson, J. (2002). *Politik på upplysningens grund: Om den demokratiska reformismens möjligheter och problem*. Liber.

Hermelin, B. (2009). "Spatial strategic planning in the Stockholm region: Discourses on the space-economy and growth factors". *European Planning Studies*, 17(1):131–148.

Hjern, B. och Porter, D. O. (1981). "Implementation structures: A new unit of administrative analysis". *Organization Studies*, 2(3):211–227.

Holmberg, S. (2009). "Regionpolitiker i slagskugga", i Nilsson, L. och Johansson, S., red., *Att bygga, att bo, att leva: En bok om Västra Götaland*. SOM-institutet och Centrum för forskning om offentlig sektor, CEFOS, Göteborgs universitet, s. 57–64.

Hood, C. (1991). ”A public management for all seasons”. *Public Administration*, 69(1):3–19.

Hood, C. (1995). ”The ’new public management’ in the 1980s: Variations on a theme”. *Accounting, Organizations and Society*, 20(2–3):93–109.

Hood, C. och Lodge, M. (2006). *The Politics of Public Service Bargains: Reward, Competency, Loyalty – and Blame*. Oxford University Press.

Hysing, E. och Olsson, J. (2012). *Tjänstemän i politiken*. Studentlitteratur.

Håkansson Eklund, J., Holmström, I. K., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Höglander, J., Sundler, A. J., Condén, E. och Summer Meranius, M. (2019). ”Same same or different? A review of reviews of person-centered and patient-centered care”. *Patient Education and Counseling*, 102(1):3–11.

Innes, J. och Booher, D. (2010). *Planning with Complexity: An Introduction to Collaborative Rationality for Public Policy*. Routledge.

Ivarsson Westerberg, A. (2020).”Administrationssamhället och förvaltningspolitiken: Vad vet vi om förändringen av administrationens och dess orsaker?”, i Ehn, P. och Sundström, G., red., *Statlig förvaltningspolitik för 2020-talet: En forskningsantologi.* Statskontoret, s. 147–170.

Jacobsson, B. (1994). *Kraftsamlingen: Politik och företagande i parallella processer.* 2 uppl. Studentlitteratur.

Jacobsson, B., red. (2002). *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*. 2 uppl. Santérus.

Jacobsson, B. (2020). ”Att styra en modern stat: Mot en förvaltning för 2020-talet”, i Ehn, P. och Sundström, G., red., *Statlig förvaltningspolitik för 2020-talet. En forskningsantologi*. Statskontoret, s. 267–286.

Jacobsson, B., Pierre, J. och Sundström, G. (2015). *Governing the Embedded State: The Organizational Dimension of Governance.* Oxford University Press.

Jacobsson, B., Pierre, J. och Sundström, G., red. (2019). *Granskningssamhället: Offentliga verksamheter under lupp*. Studentlitteratur.

Jacobsson, B. och Sundström, G. (2019). ”Mönster i granskningssamhället”, i Jacobsson, B., Pierre, J. och Sundström, G., red., *Granskningssamhället: Offentliga verksamheter under lupp*. Studentlitteratur, s. 247–260.

Janson, A. (2010). ”Det är vårdplatserna det handlar om, dumbom!”. *Dagens Medicin* (debattartikel), 2010-09-21.

Johannesson, L. (2021). ” En fråga om ansvar: Demokratiska mekanismer för ansvarsutkrävande och ansvarsflykt i megaprojekt”, i Körling, G. och Baez Ullberg, S., red., *Megaprojekt: Kritiska perspektiv på storskalig infrastruktur*. Ymer: Svenska sällskapet för antropologi och geografi.

Johannesson, L. och Qvist, M. (2019). *Ett megaprojekt tar form: Den tidiga planeringen av Nya Karolinska Solna.* Stockholms universitet: Score rapportserie, 2019:4.

Johannesson, L. och Qvist, M. (2020). ”Navigating the policy stream: Contested solutions and organizational strategies of policy entrepreneurship”. *International Review of Public Policy*, 2(1):5–23.

Johannesson, L. och Yngfalk, C. (2020). *Tilläggsavtal och anpassning: Det institutionella (efter)arbetet för att upprätthålla OPS-avtalets legitimitet inom Stockholms läns landsting 2012–2018*. Stockholms universitet: Score rapportserie, 2020:2.

Johansson, J. (1992). *Det statliga kommittéväsendet: Kunskap, kontroll, konsensus*. Stockholms universitet: Statsvetenskapliga institutionen, akademisk avhandling.

Johansson, V., Lindgren, L. och Montin, S., red. (2018). *Den kommunala statliga ämbetsmannen*. Studentlitteratur.

Johnson, N. (1993). ”Constitutionalism in Europe since 1945: Reconstruction and reappraisal”, i Greenberg, D., Kartz, S. N., Oliviero, M. B. och Wheatley, S. C., red., *Constitutionalism & Democracy: Transition in the Contemporary World*. Oxford University Press, s. 26–45.

Jonsson, L., Nilsson, V., Wänström, J., Hellström, M. och Ramberg, U. (2012). *Dilemman i samarbetet mellan politiker och tjänstemän*. Göteborgs universitet: Förvaltningshögskolan, Kommunforskning i Västsverige (KFi), Efra-rapportserie, nr 3.

Jos, P. H. och Tompkins M. E. (2009). ”Keeping it public: Defending public service values in a consumer service age”. *Public Administration Review*, 69(6):1077–1086.

Junker, S. och Yngfalk, C. (2019). *Vägen fram till beslutet om offentlig-privat samverkan för Nya Karolinska Solna*. Stockholms universitet: Score rapportserie, 2019:5.

Kantola, A. och Vesa, J. (2013). ”Mediated scandals as social dramas: Transforming the moral order in Finland”. *Acta Sociologica*, 56(4):295–308.

Kaplan, T. J. (1986). ”The narrative structure of policy analysis”. *Journal of Policy Analysis and Management*, 5(4):761–778.

Karlsson, D. och Gilljam, M. (2015). *Den lokala demokratins utmaningar.* Rapport till 2014 års Demokratiutredning.

Karlsson, T. S. (2017). *New public management: Ett nyliberalt 90-talsfenomen?*. Studentlitteratur.

Keller, A. (2007). ”Facket kräver att bygget skjuts upp”. *Dagens Nyheter*, 2007-12-14.

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

KI (2017). ”Återrapportering av rektorsuppdrag att utreda konsekvenserna

av Karolinska universitetssjukhusets förändrade verksamhetsinnehåll". 2017-05-29. Dnr 1–375/2017.

Koch-Baumgarten, S. och Voltmer, K., red. (2010). *Public Policy and Mass Media: The Interplay of Mass Communication and Political Decision Making*. Routledge.

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

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

KS (2016). "Ny verksamhetsmodell för Karolinska universitetssjukhuset, editerad version". Underlag till KS styrelse. 2016-01-07.

KS (2020a). "Karolinska världens tionde bästa sjukhus", www.karolinska.se/om-oss/centrala-nyheter/2020/03/karolinska-universitetssjukhuset-varldens-tionde-basta-sjukhus/, hämtad 2020-09-18.

KS (2020b). "Karolinska fortsätter förenkla administrationen och flytta ansvar till vårdverksamheterna", pressmeddelande, 2020-10-07.

Kingdon, J. (1984). *Agendas, Alternatives and Public Policies*. Longman Classics.

Kirkpatrick, I., Hartley, K., Kuhlmann, E. och Veronesi, G. (2015). "Clinical management and professionalism", i Kuhlmann, E., Blank, R. H., Bourgeault, I. L. och Wendt, C., red., *The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance*. Palgrave Macmillan, s. 325–340.

Kirkpatrick, I., Sturdy, A. J., Alvarado, N. R., Blanco-Oliver, A. och Veronesi, G. (2019). "The impact of management consultants on public service efficiency". *Policy & Politics*, 47(1):77–96.

Knaggård, Å. (2015). "The Multiple Streams Framework and the problem broker". *European Journal of Political Research*, 54(3):450–465.

Kodner D. L. och Spreeuwenberg, C. (2002) "Integrated care: Meaning, logic, applications, and implications: A discussion paper". *International Journal of Integrated Care*, 2(Nov.):e12.

Koppenjan, J., Veeneman, W., Van Der Voort, H., Ten Heuvelhof, E. och Leijten, M. (2011). "Competing management approaches in large engineering projects: The Dutch RandstadRail project". *International Journal of Project Management*, 29(6):740–50.

Krohwinkel, A., red., Mannerheim, U., Rognes, J. och Larsson I. (2019). *Värdebaserad vård: En organisationsteoretisk genomlysning av innehåll, ändamålsenlighet och lärdomar för framtiden*. Stiftelsen Leading Health Care, rapport 2.

Kudo, P. (2018). "Landstingsråd ska utredas för jäv – får lämna granskning". *Svenska Dagbladet*, 2018-03-02.

Kuhlmann, E., Agartan, T. och von Knorring, M. (2016). ”Governance and professions”, i Bourgeault, I. L., Kuhlmann, E., Denis, J.-L. och Dent, M., red., *The Routledge Companion to the Professions and Professionalism*. Routledge, s. 31–44.

Kullving, C.-J., Letmark, P. och Desai, J. (2018). ”S: Det räcker inte med att byta namn i Karolinskas styrelse”. *Dagens Nyheter*, 2018-04-10.

Larson, M. S. (1977). *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*. University of California Press.

Larsson, T. och Sundström, G. (2020). *Den dubbla demokratimodellens politiska pris*. Stockholms universitet: Score rapportserie, 2019:3.

Laver, M. (1997). *Private Desires, Political Action: An Invitation to the Politics of Rational Choice*. SAGE.

Liff, R. och Nowé Hedvall, K. (2017). *Politikerrollen inom Västra Götalandsregionen: Bakgrund, förväntningar och syn på uppdraget i relation till tjänstemännen*. Högskolan i Borås: Centrum för välfärdsstudier.

Lijphart, A. (1984). *Democracies: Patterns of Majoritarian & Consensus Government in Twenty-one Countries*. Yale University Press.

Lijphart, A. (2012). *Patterns of Democracy: Government Forms & Performance in Thirty-six Countries*. 2 uppl. Yale University Press.

Lindahl, S., Aspelin, P. och Mellstedt, H. (2005). ”Universitetssjukhusen måste fortsätta att forska kring folksjukdomarna”. *Dagens Medicin* (debattartikel), 2005-05-25.

Lindberg, K. och Blomgren, M., red. (2009). *Mellan offentligt och privat: Om styrning, praktik och intressen i hälso- och sjukvården*. Santérus.

Lindblom, C. E. (1959). ”The science of muddling through”. *Public Administration Review*, 19(2):79–88.

Lindgren, C. (2018). *De små medlens betydelse: Om meningsskapande, mångtydighet och styrning i offentlig sektor.* Stockholms universitet: Statsvetenskapliga institutionen, akademisk avhandling.

Lindgren, L. (2018). Arbetsuppgifter och roller i juridifieringens spår”, i Johansson, V., Lindgren, L. och Montin, S., red., *Den kommunala statliga ämbetsmannen*. Studentlitteratur, s. 147–162.

Lindsten, J. (u.å.). ”Fyra år som sjukhusdirektör – varför inte fler?”, hämtad från www.wikiks.se 2020-08-14.

Lipsky, M. (1980). *Street-level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. Russell Sage Foundation.

Lipsky, M. (2010). *Street-level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. 2 uppl. Russell Sage Foundation.

Llewellyn, S. (2001). ”Two-way windows: Clinicians as medical managers”. *Organization Studies*, 22(4):593–623.

Lukes, S. (2005). *Power: A Radical View*. Routledge.

Lundberg Rodin, M. (2018). *Samspel mellan politiker och tjänstemän: Svårigheter och möjligheter*. Svensk biblioteksförening: Mötesplats professionsforskning 2018.

Lundin, L. (2010). *Revisionen reviderad: En rapport om en kommunal angelägenhet*. Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO). Ds 2010:6. Finansdepartementet.

Lundin, O. och Madell, T. (2018). *Kommunallagen: En kommentar*. Norstedts Juridik.

Lundquist, L. (1998). *Demokratins väktare*. Studentlitteratur.

Lundquist, L. (2012). *Slutet på yttrandefriheten (och demokratin?)*. Carlsson.

March, J. G. (1994). *A Primer on Decision Making: How Decisions Happen*. Free Press.

March, J. G. och Olsen, J. P. (1976). *Ambiguity and Choice in Organizations*. Scandinavian University Press.

March, J. G. och Olsen, J. P. (1989). *Rediscovering Institutions: The Organizational Basis of Politics*. The Free Press.

Martling, C.-R. och Klareskog, L. (2019). *Klinisk forskning i nätverkssjukvården*. Stockholms läns landsting, Landstingsstyrelsens förvaltning.

Matland, R. E. (1995). ”Synthesizing the implementation literature: The ambiguity-conflict model of policy implementation”. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 5(2):145–174.

Matz, H. (2011). ”Kommittéväsendet förr, nu och i framtiden: 2011 års Häringesymposium”. *Svensk Juristtidning*, 8:725–734.

Mazza, C. och Pedersen, J. S. (2004). ”From press to e-media? The transformation of an organizational field”. *Organization Studies*, 25(6):875–896.

McBeth, M. K., Jones, M. D. och Shanahan, E. A. (2014). ”The narrative policy framework”, i Sabatier, P. A. och Weible, C. M., red., *Theories of the Policy Process*. Westview Press, s. 225–266.

McCrae, N. (2013). ”Person-centred care: Rhetoric and reality in a public healthcare system”. *British Journal of Nursing*, 22(19):1125–1128.

Meijling, J. (2020). *Marknadisering: En idé och dess former inom sjukvård och järnväg 1970–2000*. Kungliga Tekniska högskolan: Avdelningen för historiska studier av teknik, vetenskap och miljö, akademisk avhandling.

Mellgren, F. (2016). ”Ökat tryck på akutvården”. *Svenska Dagbladet*, 2016-11-20.

Mellgren, F. och Ennart, H. (2015a). ”Oppositionen kräver revision”. *Svenska Dagbladet*, 2015-05-20.

Mellgren, F. och Ennart, H. (2015b). ”S: Upphandlingen av NKS en skandal”. *Svenska Dagbladet*, 2015-10-02.

Mellgren, F. och Ennart, H. (2017). ”1,2 miljoner för att byta en dörr på Nya Karolinska”. *Svenska Dagbladet*, 2017-09-17.

Merriam, S. B. (1993). *Fallstudien som forskningsmetod*. Studentlitteratur.

Meyer, J. W. och Rowan, B. (1977). ”Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony”. *American Journal of Sociology*, 83(2):340–363.

Miller, R. och Lessard, D. R. (2008). ”Evolving strategy: Risk management and the shaping of mega-projects”, i Priemus, H., Flyvbjerg, B. och Van Wee, B., red., *Decision-Making on MegaProjects: Cost-Benefit Analysis, Planning and Innovation*. Edward Elgar, s. 145–172.

Mintrom, M. och Norman, P. (2009). ”Policy entrepreneurship and policy change”. *Policy Studies Journal*, 37(4):649–667.

Mitander, T., Säll, L. och Öjehag-Pettersson, A. (2013). *Det regionala samhällsbyggandets praktiker: Tiden, makten, rummet*. Daidalos.

Mitander, T., Säll, L. och Öjehag-Pettersson, A. (2017). ”Det urbana rummets in- och utsidor: Teoretiska utmaningar för forskning om urban politik”. *Statsvetenskaplig tidskrift*, 3:389–412.

Mitchell, P. H. (2008). ”Patient-centered care: A new focus on a time-honored concept”. *Nursing Outlook,* 56(5):197–198.

Moisio, S. och Paasi, A. (2013). ”From geopolitical to geoeconomic? The changing political rationalities of state space”. *Geopolitics*, 18(2):267–283.

Montin, S. (2018). ”Styrning och klarering”, i Johansson. V., Lindgren, L. och Montin, S., red., *Den kommunala statliga ämbetsmannen*. Studentlitteratur, s. 65–86.

Montin, S. och Granberg, M. (2013). *Moderna kommuner*. 4 uppl. Liber.

Morrell, K. (2006). ”Policy as narrative: New Labour’s reform of the National Health Service”. *Public Administration*, 84(2):367–85.

Mouffe, C. (2005). *The Return of the Political*. Verso.

Mouritzen, P. E. och Svara, J. H. (2002). *Leadership at the Apex: Politicians and Administrators in Western Local Governments*. University of Pittsburgh Press.

Möller, T. (2005). *Folkomröstningar*. SNS förlag.

Nergelius, J. (2018). *Svensk statsrätt*. Studentlitteratur.

Neuhauser, P. C. (1993). *Corporate Legends and Lore: The Power of Storytelling as a Management Tool*. McGraw-Hill.

Newsweek (2020). ”The world’s best hospitals 2020”, www.newsweek.com/best-hospitals-2020, hämtad 2020-09-18.

Niemann, C. (2013). *Villkorat förtroende: Normer och rollförväntningar i relationen mellan politiker och tjänstemän i Regeringskansliet.* Stockholms universitet: Statsvetenskapliga institutionen, akademisk avhandling.

Nilsson, J. E. och Pydokke, R. (2007). *Offentlig-privat samverkan kring infrastruktur: En forskningsöversikt*. VTI rapport 601.

Niskanen, W. N. (1971). *Bureaucracy and Representative Government.* Aldine-Atherton.

NKS (2017a). ”Framtidens universitetssjukhus”, www.sll.se/globalassets/bilagor-till-nyheter/2018/framtidens-universitetssjukhus--beslut-om-nya-karolinska-solna-delrapport-1.pdf1202143-0_tmp.pdf, hämtad 2017-02-27.

NKS (2017b). ”Vården på det nya sjukhuset”, www.nyakarolinskasolna.se/sv/ Verksamhetsprojektet/Varden-pa-det-nya-sjukhuset/, hämtad 2017-03-01.

NKS (2017c). ”Hagastaden och Life Science”, webbsida, www.nyakarolinskasolna.se/sv/Det-nya-sjukhuset/Stockholm-Science-City/, hämtad 2017-03-01.

Noordegraaf, M. (2015). ”Hybrid professionalism and beyond: (New) forms of public professionalism in changing organizational and societal contexts”. *Journal of Professions and Organization,* 2(2):187–206.

Nord, L. (2019). ”Journalistiska drev och skandaljournalistik”, i Karlsson, M. och Strömbäck, J., red., *Handbok i journalistikforskning.* 2 uppl. Studentlitteratur, s. 299–310.

Nord, L., Nygren, G. och Volny, S. (2019). *Medierna och lokalvalen 2018: Gamla aktörer på nya digitala arenor.* Södertörns högskola och Mittuniversitetet. Rapport 2019:2.

Nord, L. och Strömbäck, J., red. (2004). *Medierna och demokratin*. Studentlitteratur.

Nordebo, P. (2019). ”Begler nekar till att ha avgått frivilligt”. *Publikt*, 2019-04-24, www.publikt.se/nyhet/begler-nekar-till-att-ha-avgatt-frivilligt-21302, hämtad 2020-10-18.

O’Leary, R. (2010). ”Guerrilla employees: Should managers nurture, tolerate, or terminate them?”. *Public Administration Review*, 70(1):8–19.

Olsen, J. P. (1983). *Organized Democracy*. Universitetsforlaget.

O’Mahoney, J. och Sturdy, A. (2016). ”Power and the diffusion of management ideas: The case of McKinsey & Co”. *Management Learning*, 47(3):247–265.

Orazi, D. C., Turrini, A. och Valotti, G. (2013). ”Public sector leadership: New perspectives for research and practice”. *International Review of Administrative Sciences*, 79(3):486–504.

Osborne, S., red. (2010). *The New Public Governance? Emerging Perspectives on the Theory and Practice of Public Governance*. Routledge.

Pache, A.-C. och Santos, F. (2010). ”When worlds collide: The internal

dynamics of organizational responses to conflicting institutional demands". *Academy of Management Review*, 35(3):455–476.

Page, B. I. (1976). "The theory of political ambiguity". *American Political Science Review*, 70(3):742–752.

Page, E. C. (2008). "Delegation, detail and discretion: Bureaucracy and the construction of policies", i Sverdrup, U. och Trondal, J., red., *The Organizational Dimension of Politics*. Fagbokforlaget, s. 206–233.

Page, E. C. och Jenkins, B. (2005). *Policy Bureaucracy: Government with a Cast of Thousands*. Oxford University Press.

Peck, J. och Theodore, N. (2010). "Mobilizing policy: Models, methods, and mutations". *Geoforum*, 41(2):169–174.

Pelletier, L. R. och Stichler, J. F. (2014). "Ensuring patient and family engagement". *Journal of Nursing Care Quality*, 29(2):110–114.

Peters, G. (2015). *Pursuing Horizontal Management: The Politics of Public Sector Coordination*. University of Kansas Press.

Persson, J., Tångeberg, J., Folkö, R. och Sundberg, R. (2020). "Coronakrisen bland äldre mörklagd av kommunerna". *Ekuriren*, 2020-05-02, https://ekuriren.se/artikel/wl6kyg9r, hämtad 2020-05-08.

Petersson, O. (2010). *Den offentliga makten*. 3 uppl. SNS förlag.

Petersson, O. (2016). "Rational politics: Commissions of inquiry and the referral system in Sweden", i Pierre, J., red., *The Oxford Handbook of Swedish Politics*. Oxford University Press, s. 650–662.

Pollitt, C. och Bouckaert, G. (2011). *Public Management Reform: A Comparative Analysis*. Oxford University Press.

Pollitt, C. och Hupe, P. (2011). "Talking about government: The role of Magic Concepts". *Public Management Review*, 13(5):641–58.

Porter, M. E. (1990). *The Competitive Advantage of Nations*. The Free Press.

Porter, M. E. (1998). *The Competitive Advantage of Nations*. 2 uppl. The Free Press.

Porter, M. E. och Teisberg, E. O. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Harvard Business Press.

Porter, T. M. (1995). *Trust in Numbers: The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life*. Princeton University Press.

Power, M. (1999). *The Audit of Society: Rituals of Verification*. Oxford University Press.

Premfors, R. och Roth, K., red. (2004). *Deliberativ demokrati*. Studentlitteratur.

Premfors, R. och Sundström, G. (2007). *Regeringskansliet*. Liber.

Premfors, R., Ehn, P., Haldén, E. och Sundström, G. (2009). *Demokrati och byråkrati*. 2 uppl. Studentlitteratur.

Priemus, H. (2008). ”How to improve the early stages of decision-making on mega-projects”, i Priemus, H., Flyvbjerg, B. och Van Wee, B., red., *Decision-Making on Mega-Projects: Cost-Benefit Analysis, Planning and Innovation*. Edward Elgar, s. 105–119.

PwC [Öhrlings Pricewaterhousecoopers] (2007). *SLL: Utvärdering av alternativa lösningar för finansiering och drift av Nya Karolinska Solna*, www.sll.se/globalassets/1.-halsa-och-vard/bilder-halsa-och-vard/sjukhus/nks/ls-0710-1126-huvudrapport.pdf, hämtad 2020-10-23.

Quick, K. & Feldman, M. (2013). ”Distinguishing participation and inclusion”. *Journal of Planning Education and Research*, 31(3):272–290.

Qvist, M. (2016). ”Activation reform and inter-agency co-operation: Local consequences of mixed modes of governance in Sweden”. *Social Policy & Administration*, 50(1):19–38.

Qvist, M. (2017). ”Trafikverket som samhällsutvecklare”, i Jacobsson, B. och Sundström, G., red., *En modern myndighet: Trafikverket som ett förvaltningspolitiskt mikrokosmos*. Studentlitteratur, s. 83–112.

Ramberg, K. (2012). *Konstruktionen av framtidens stad: Arkitekttävlingar om bostäder och stadsdelar i Sverige 1989–2003*. Stockholms universitet: Institutionen för etnologi, religionshistoria och genusvetenskap, akademisk avhandling.

Ramirez, F. O., Byrkjeflot, H. och Pinheiro, R. (2016). ”Higher education and health organizational fields in the age of world class and best practices”, i Pinheiro, R., Geschwind, L., Ramirez, F. O. och Vrangbæk, K., red., *Research in the Sociology of Organizations*, 45:35–57.

Regeringen (2000). *Kommitténhandboken*. Ds 2001:1, Statsrådsberedningen.

Regeringen (2002). *Demokrati för det nya seklet*. Prop. 2001/02:80.

Regeringen (2017a). *En ny kommunallag*. Prop. 2016/17:171.

Regeringen (2017b). *En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården*. Prop. 2017/18:40.

Regeringen (2019). Ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård. Dir. 2019:69.

Regeringen (2020). *Tilläggsdirektiv till Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård*. Dir. 2020:116.

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

Region Stockholm (2019b). ”Ny utredning för barnsjukvården inom Region Stockholm”, Region Stockholm, 2019-09-05.

Region Stockholm (2019c). ”Sjukhusavtal för de regionägda akutsjukhusen”. Tjänsteutlåtande, HSN 2017–0570.

Region Stockholm (2020a). www.sll.se/politik/politiska-organ/regionsstyrelsen/arbets--och-personalutskottet/, hämtad 2020-08-19.

Region Stockholm (2020b). ”Nya Karolinska Solna”, www.sll.se/verksamhet/halsa-och-vard/Aktuella-projekt-Halsa-och-vard/Nya-Karolinska-Solna/, hämtad 2020-08-14.

Region Stockholm (2020c). *Nya Karolinska Solna*. Dokumentärfilm producerad av Hildebrand, S. och Alfredsson, A., https://vimeo.com/103720169, hämtad 2020-09-18.

Region Stockholm (2020d). ”Politiska organ”. Webbsida på Region Stockholms hemsida, www.sll.se/politik/politiska-organ/, hämtad 2020-10-17.

Region Stockholm (2020e). *Perspektivrapport: Vårdens struktur*. Långtidsutredningen Hälso- och sjukvården 2040.

Rehnman, E. (1969). *Centrallasarettet: Systemanalys av ett svenskt sjukhus.* Studentlitteratur.

RiR [Riksrevisionen] (2011a).

RiR [Riksrevisionen] (2011b). *Botniabanan och järnvägen längs Norrlandskusten: Hur har det blivit och vad har det kostat?*. RiR 2011:22.

RiR [Riksrevisionen] (2016). *Erfarenheter av OPS-lösningen för Arlandabanan*. RiR 2016:3.

RiR [Riksrevisionen] (2017). *Staten och SKL: En slutrapport om statens styrning på vårdområdet*. RiR 2017:3.

RiR [Riksrevisionen] (2018). *Fyrstegsprincipen inom planeringen av transportinfrastruktur: Tillämpas den på avsett sätt?*. RiR 2018:30.

RiR [Riksrevisionen] (2019a). *Att tänka efter före: Statens planering av höghastighetsjärnväg*. RiR 2019:31.

RiR [Riksrevisionen] (2019b). *Att planera för framtiden: Statens arbete med scenarier inom miljö-, energi-, transport- och bostadspolitiken*. RiR 2019:4.

Rittel, H. och Webber, M. (1973). ”Dilemmas in a general theory of planning”. *Policy Sciences*, 4(2):155–69.

Roe, E. (1994). *Narrative Policy Analysis: Theory and Practice.* Duke University Press.

Ronnle, E. (2017). ”Planners’ analysis and opportunism: Benefit analysis in the Swedish HSR project: A preliminary analysis”. *European Planning Studies*, 25(12):2232–2249.

Ronnle, E. (2019). *Justifying Mega-projects: An Analysis of the Swedish High-speed Rail Project.* Lunds universitet: Företagsekonomiska institutionen, akademisk avhandling.

Rothstein, B. (1992). ”Explaining Swedish corporatism: The formative moment”. *Scandinavian Political Studies*, 15(3):173–191.

Röstlund, L. och Gustafsson, A. (2018a). ”Efter DN:s granskning: Produktionsdirektör Andreas Ringman Uggla på Karolinska avgår”. *Dagens Nyheter,* 2018-01-11.

Röstlund, L. och Gustafsson, A. (2018b). ”Efter DN:s granskning: Krav på sjukhusstyrelsens avgång”. *Dagens Nyheter,* 2018-01-29.

Röstlund, L. och Gustafsson, A. (2018c). ”Sjukhusdirektör Melvin Samsom lämnar Karolinska”. *Dagens Nyheter*, 2018-09-24.

Röstlund, L. och Gustafsson, A. (2019). *Konsulterna: Kampen om Karolinska*. Mondial.

Røvik, K. A. (2000). *Moderna organisationer: Trender inom organisationstänkandet vid millennieskiftet*. Liber.

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

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

Sahlin-Andersson, K. (1998). ”The social construction of projects: A case study of organizing of an extraordinary building project: The Stockholm Globe Arena”, i Brunsson, N. och Olsen, J. P., red., *Organizing Organizations*. Fagbokforlaget, s. 89–106.

Sahlin-Andersson, K. och Engwall, L. (2002). *The Expansion of Management Knowledge: Carriers, Flows, and Sources*. Stanford University Press.

Saks, M. (2012). ”Defining a Profession: The Role of Knowledge and Expertise”. *Professions & Professionalism*, 2(1):1–10.

Salet, M., Bertolini, L. och Giezen, M. (2013). ”Complexity and uncertainty: Problem or asset in decision making of mega infrastructure projects?”. *International Journal of Urban and Regional Research*, 37(6):1984–2000.

Samset, K. (2009). ”Projects, their quality at entry and challanges in the front-end phase”, i Williams, T., Samset, K. och Sunnevåg, K., red., *Making Essential Choices with Scant Information*. Palgrave Macmillan, s. 18–35.

Sandahl, R. och Petersson, G. J. (2016). *Kausalitet: I filosofi, politik och utvärdering*. Studentlitteratur.

SBU (2017). *Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering*. Rapport 260/2017.

Schattschneider, E. E. (1975). *The Semisovereign People: A Realist’s View of Democracy in America*. Wadsworth.

Schudson, M. (2003). *The Sociology of News: Contemporary Societies*. W. W. Norton & Company.

Schultz, F., Cornelissen, J. och Suddaby, L. (2014). ”The role of business media in constructing rational myths of organization”, i Pallas, J., Strannegård, L. och Jonsson, S., red., *Organizations and the Media: Organizing in a Mediatized World*. Routledge, s. 13–32.

Sharma, T., Bamford, M. och Dodman, D. (2015). ”Person-centred care: An overview of reviews”. *Contemporary Nurse*, 51(2–3):107–120.

SHP (2018). *Myter och sanningar om NKS*, www.shpartners.se/assets/uploads/2018/11/Myter-och-sanningar-om-NKS.pdf, hämtad 2020-10-27.

Simon, H. (1947). *Administrative Behavior: A Study of Decision-Making Processes in Administrative Organization*. Macmillan.

Skanska (2017a). ”Det finns ingen dörr som kostar 1,2 miljoner”, 2017-09-19, www.skanska.se/om-skanska/press/nyheter/det-finns-ingen-dorr-som-kostar-12-miljoner/, hämtad 2020-10-27.

Skanska (2017b). ”Skanska kommenterar påståendena i SvD”. Pressmeddelande, 2017-09-19, www.skanska.se/om-skanska/press/pressmeddelanden/210457/Skanska-kommenterar-pastaenden-i-SvD, hämtad 2020-10-27.

Skanska och SLL (2013). ”Framtidens universitetssjukhus. Följ med till Sveriges mest spännande byggprojekt!”. Informationsfolder.

SKR (2020a). ”Så styrs regioner”, https://skr.se/demokratiledningstyrning/politiskstyrningfortroendevalda/kommunaltsjalvstyresastyrskommunenochregionen/sastyrsregionerna.1790.html, hämtad 2020-06-15.

SKR (2020b). ”Så styrs en kommun”, https://skr.se/demokratiledningstyrning/politiskstyrningfortroendevalda/kommunaltsjalvstyresastyrskommunenochregionen/sastyrskommunen.735.html, hämtad 2020-08-17.

SLL (2002a). *Rapport från utredningen om nytt universitetssjukhus.* SNUS-utredningen, 2002-11-15.

SLL (2002b). *Rapport från utredningen om ett nytt universitetssjukhus*. SNUS-utredningen. Bilaga 2.

SLL (2004). *Utredningen om Stockholms SjukvårdsStruktur* (3S-utredningen) med tjänsteutlåtande i landstingsstyrelsen. Dnr LS 0409–1729, 2004-09-28.

SLL (2005). ”Nytt universitetssjukhus vid Karolinska Solna”. Formgivningstävling. Tävlingsprogram, november 2005.

SLL (2006). ”Nytt universitetssjukhus vid Karolinska Solna”. Formgivningstävling. Tävlingsresultat, augusti 2006.

SLL (2007a). *Nya Karolinska Solna, Projektprogram*. Rapport från NKS Projektkansli, november 2007.

SLL (2007b). *Byggnation av nytt universitetssjukhus i Solna*. Tjänsteutlåtande från landstingsstyrelsens strategiska utskott. Dnr LS 0710–1039, 2007-11-22.

SLL (2008a). *Förslag till finansierings- och genomförandeform av nytt universitetssjukhus i Solna*. Tjänsteutlåtande. Dnr LS 0804–0429, 2008-04-14, https://sammantradeshandlingar.sll.se/sites/sammantradeshandlingar.sll.se/Handlingar/Landstingsfullmaktige/2008/08-06-10/08-040.pdf, hämtad 2021-02-19.

SLL (2008b). *Upphandling i offentlig-privat samverkan, OPS, av Nya Karolinska Solna Universitetssjukhus*. Brev från PEAB till SLL. Dnr LS 0809–0870, 2008-12-12.

SLL (2008c). ”Nya Karolinska Solna-förvaltningen”. Förvaltningsmanual för Nya Karolinska Solna-förvaltningen, LS 0810–0948.

SLL (2008d). ”Nya Karolinska Solna – projektramar augusti 2008: Närhet, öppenhet, patientfokus – ett språng in i framtidens sjukhus”. NKS-förvaltningen.

SLL (2008e). ”Många vill bygga Nya Karolinska Solna”. Pressmeddelande, 2008-10-02.

SLL (2008f). ”Nya Karolinska Solna – faktablad om Sveriges nya universitetssjukhus”. Pressinformation, 2008-03-18.

SLL (2008g). ”Nya Karolinska Solna: Närhet, öppenhet, patientfokus – ett språng in i framtidens sjukhus”. PPT-presentation, september 2008. NKS-förvaltningen.

SLL (2009a). ”Inriktningsbeslut avseende övergripande verksamhetsinnehåll vid Nya Karolinska Solna”. Tjänsteutlåtande, 2009-12-08, LS 0906–0489. NKS-förvaltningen.

SLL (2009b). ”Kunskaps- och attitydmätning av Nya Karolinska Solna: Resultatredovisning och analys”. Undersökning av NKS, 2014-04-01. NKS-förvaltningen.

SLL (2009c). *Förslag Koncept Verksamhetsinnehåll Nya Karolinska Solna Universitetssjukhus*. NKS-förvaltningen, LS 0906–0489.

SLL (2009d). ”OPS-upphandlingen av Nya Karolinska Solna”. Tjänsteutlåtande från landstingsstyrelsens FoUU-utskott. Dnr LS 0901–0053, 2009-01-28.

SLL (2009e). HSN-förvaltningens svar på remiss om förslag till verksamhetsinnehåll Nya Karolinska Solna Universitetssjukhus. HSN-förvaltningen. 2009-08-18.

SLL (2010a). *Regional utvecklingsplan för Stockholmsregionen*. www.rufs.se/publikationer/20102/hela-rufs-2010/, hämtad 2021-02-19.

SLL (2010b). Studieresa till Cleveland Clinic, Memorial Sloan Kettering Cancer Center och New York-Presbyterian. 29/8–2/9 2010. Reflektioner från representanter från SACO, Vårdförbundet, Kommunal, SKTF samt NKS-förvaltningen.

SLL (2011a). *Det ljusa sjukhuset: Nya Karolinska Solna i ord och bild*. Designbok. NKS-förvaltningen, http://docplayer.se/2983310-Det-ljusa-sjukhuset-nya-karolinska-solna-i-ord-och-bild-sjukhuset-det-ljusa.html, hämtad 2020-10-28.

SLL (2011b). ”Framtidsplan för hälso- och sjukvården”. Landstingsstyrelsens förvaltning och HSN-förvaltningen, LS 1104–0624/HSN 0910–1366.

SLL (2011c). Landstingsfullmäktige protokoll §§ 95–114, 2011-06-14–15.

SLL (2012). ”Fakta om projektavtalet för Nya Karolinska Solna”. PM, Landstingsstyrelsens förvaltning, NKS-bygg, februari 2012.

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

SLL (2013b). Landstingsfullmäktige, sammanträdeshandlingar, anförande nr 336 av Helene Hellmark Knutsson (S), protokoll, juni 2013.

SLL (2014a). ”Ny politisk organisation för Stockholms läns landsting”. Landstingsstyrelsen, skrivelse, 2014-10-29, LS 1410–1178.

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

SLL (2014c). Styrelseprotokoll. Dnr K0550-2014, 2014-02-19.

SLL (2015). ”Framtidsplan för hälso- och sjukvården: Genomförandefasen 2015”. PPT-presentation.

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

SLL (2016b). *Framtidens hälso- och sjukvård: Planering och genomförande 2016*. Projektrapport från landstingets revisorer 12/2016.

SLL (2016c). *Den första flytten till NKS: Hanteringen av förutsättningarna inför driftsättningen*. Projektrapport från landstingets revisorer 11/2016.

SLL (2016d). Årsrapport till Landstingsstyrelsen. Landstingsrevisorerna. 2016-04-14.

SLL (2017a). ”En ny struktur för akut omhändertagande i Stockholms läns landsting”. Bilaga 2 till tjänsteutlåtande 2017-03-08, HSN-förvaltningen 2016–4792.

SLL (2017b). *Framtidens hälso- och sjukvård – planering och genomförande 2017*. Projektrapport från landstingets revisorer 12/2017.

SLL (2018a). ”Reglementen för regionstyrelsen och övriga nämnder”. LS 2018–0731.

SLL (2018b). ”Unikt akademiskt specialistcentrum invigt, 2018-02-07”, www.slso.sll.se/aktuellt/unikt-akademiskt-specialistcentrum-invigt/, hämtad 2020-12-11.

SLL (2018c). *Bra start för nya intensivakuten visar sjunde lägesrapporten om nya akuta vården: Nyhet – hälsa och vård*, 2018-05-09, www.sll.se/verksamhet/halsa-och-vard/nyheter-halsa-och-vard/2018/05/Sjunde-lagesrapporten-om-nya-akuta-varden/, hämtad 2020-03-17.

SLL (2018d). *Ägarstyrning – bolag och bolagsliknande former*. Projektrapport från landstingets revisorer 5/2018. LS 2018–0628.

SLL (2018e). *Landstingsstyrelsens årsrapport för landstingsstyrelsen 2017*. Rapport från landstingets revisorer, LS 2018–0574, 2018-09-12.

SLL (2018f). *Översyn över processen för inköp av externa konsulter*. Internrevisor Alvin, O. vid Karolinska universitetssjukhuset. Dnr K2017-5710, 2018-01-13.

SLL (2018g). Landstingsfullmäktige, anförande nr 219 av Gunilla Roxby Cromvall (V), 2018-05-08.

SLL (2018h). Framtidens hälso- och sjukvård. Genomförande 2018. Projektrapport från landstingets revisorer 14/2018.

Smas, L. (2019). ”Former för regional planering”, i Forsberg, G., red., *Samhällsplaneringens teori och praktik*, s. 276–284. Liber.

Smas, L. (2020). *Sjukhuset, regionen och staden: Planeringens komplexitet och rumsliga rationaliteter*. Stockholms universitet: Score rapportserie, 2020:4.

SMER (2019). *Styrmodeller i hälso- och sjukvården: Förslag till modell för etisk analys.* Rapport 2019:2.

Sohl Stjernberg, M. (2015). ”Miljardbygget slår sönder cancervården”. *Expressen*, 2015-05-13.

Solli, R. (2017). *Utvärdering av Västra Götalandsregionens politiska organisation: Sammanfattning*. Högskolan i Borås: Centrum för välfärdsstudier.

SOU 1962:53–54. *Öresundsförbindelsen*. Betänkande.

SOU 1994:78. *Citytunneln i Malmö*. Betänkande av Utredningen med uppdrag att lämna förslag till genomförande och finansiering av en eventuell Citytunnel i Malmö.

SOU 1998:137. *Miljö i grund och botten: Erfarenheter från Hallandsåsen*. Slutrapport från Tunnelkommissionen.

SOU 1999:88. *Brottsutredningen efter mordet på statsminister Olof Palme*. Betänkande av Granskningskommissionen i anledning av utredningen av mordet på statsminister Olof Palme.

SOU 2000:1. *En uthållig demokrati! Politik för folkstyrelse på 2000-talet*. Slutbetänkande från Demokratiutredningen.

SOU 2005:104. *Sverige och tsunamin: Granskning och förslag*. Betänkande av 2005 års katastrofkommission.

SOU 2007:10. *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*. Slutbetänkande av Ansvarskommittén.

SOU 2007:12. *Hälso- och sjukvården*. Sekretariatsrapport till Ansvarskommittén.

SOU 2009:11. *En nationell cancerstrategi för framtiden*. Betänkande av Utredningen En nationell cancerstrategi.

SOU 2009:43. *Klinisk forskning: Ett lyft för sjukvården*. Slutbetänkande av Utredningen av den kliniska forskningen.

SOU 2012:33. *Gör det enklare!*. Slutbetänkande av Statens vård- och omsorgsutredning.

SOU 2015:24. *En kommunallag för framtiden*. Slutbetänkande av Utredningen om en kommunallag för framtiden.

SOU 2015:98. *Träning ger färdighet: Koncentrera vården för patientens bästa*. Betänkande av Utredningen om högspecialiserad vård.

SOU 2016:2. *Effektiv vård*. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.

SOU 2017:107. *Infrastruktur och bostäder – ett gemensamt samhällsbygge*. Slutrapport från Sverigeförhandlingen.

SOU 2018:79. *Analyser och utvärderingar för effektiv styrning*. Betänkande av Analys- och utvärderingsutredningen.

SOU 2019:7. *Skogsbränderna sommaren 2018*. Betänkande av 2018 års skogsbrandsutredning.

SOU 2020:15. *Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården: Lärdomar från exemplet NKS*. Slutbetänkande av Utredningen om offentlig-privat samverkan, styrning och kontroll.

SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin. Delbetänkande av Coronakommissionen.

Statskontoret (1998). *Privatfinansiering genom partnerskap*. Rapport 1998:12.

Statskontoret (2014). *Utvärdering på olika områden. En analys av sektorsspecifika utvärderingsmyndigheter*. Rapport 2014:7.

Statskontoret (2018). *Utvecklingen av den statliga styrningen av kommuner och landsting 2017*.

Statskontoret (2019a). *Utvecklingen av den statliga styrningen av kommuner och landsting*.

Statskontoret (2019b). *Utvecklingen av den statliga styrningen av kommuner och landsting: En analys*. Rapport 2019:2.

Statskontoret (2020). *Utvecklingen av den statliga styrningen av kommuner och regioner 2019*.

Sterzel, F. (2003). ”Granskningsmakten”, i Mattson, I. och Petersson, O., red., *Svensk författningspolitik*. SNS förlag, s. 262–282.

Stockholm Business Region (2007). *Vision 2025: Inbjudan till att skapa världens främsta område för life science*.

Stockholms stad (2007). *Ett Stockholm i världsklass: Vision 2030*. Stadsledningskontoret.

Stockholms stad och Solna stad (2008). *Karolinska – Norra station*. Fördjupning av två översiktsplaner.

Stockholms stad, Solna stad, SLL/Locum, Karolinska Institutet och Akademiska Hus (2004). *Norra Stations-, KI- och KS-området. Stadsutveckling i gränslandet mellan Stockholm och Solna*. Gemensamma planeringsförutsättningar. November 2004.

Stone, D. (2002). *Policy Paradox: The Art of Political Decision-Making*. 2 uppl. Norton.

Strandberg, U. (2016). ”Kommunal självstyrelse”, i Mattsson, I. och Petersson, O., red., *Svensk författningspolitik*. SNS förlag, s. 196–219.

Strömbäck, J. (2004). *Den medialiserade demokratin: Om journalistikens ideal, verklighet och makt*. SNS förlag.

Strömbäck, J. (2019), ”Journalistikens nyhetsurval och nyhetsvärderingar”, i Karlsson, M. och Strömbäck, J., red., *Handbok i journalistikforskning*. Studentlitteratur, s. 171–181.

Strömgren, A. (2007). *Samordning, hyfs och reda: Stabilitet och förändring i svensk planpolitik 1945–2005*. Uppsala University Library.

Sundström, A. (2008). ”Miljardsjukhuset alla vill bygga”. *Dagens Nyheter*, 2008-03-19.

Sundström, G. (2003). *Stat på villovägar: Resultatstyrningens framväxt ur ett historisk-institutionellt perspektiv*. Stockholms universitet: Statsvetenskapliga institutionen, akademisk avhandling.

Sundström, G. (2019a). ”Statstjänstemannarollen ur ett förvaltningspolitiskt perspektiv”. *Nordisk Administrativ Tidskrift*, 1:57–72.

Sundström, G. (2019b). ”Granskningspolitikens huvudlinjer”, i Jacobsson, B., Pierre, J. och Sundström, G., red., *Granskningssamhället: Offentliga verksamheter under lupp*. Studentlitteratur, s. 29–38.

Sundström, G. (2020a). ”Perspektiv på politisk styrning”, i Ehn, P. och Sundström, G., red., *Statlig förvaltningspolitik för 2020-talet: En forskningsantologi*. Statskontoret, s. 37–68.

Sundström, G. (2020b). ”’Speaking Truth to Power’: Ett hotat ideal?”. *Svensk Juristtidning*, 1:51–65.

Svenonius, I., Starbrink, A., Bohlin, E., och Hemming, G. (2018). ”Vi i alliansen byter ut styrelsen för Karolinska”. *Dagens Nyheter* (debattartikel), 2018-04-10.

Svenska Dagbladet (2017). ”SvD rättar: Moms ingår inte i kostnad för dörrbyte”, 2017-09-23.

SVT (2018). *Dokument inifrån*, ”Den stora sjukhusstriden”, www.svtplay.se/dokument-inifran-den-stora-sjukhusstriden, hämtad 2018-05-02.

Swanson, O. (2012). *Karolinska/Norra station: Bygga kunskapsstad?*. White Arkitekter.

Säll, L. (2014). *Regionalpolitikens diskursiva grunder och gränser: Om politik, makt och kunskap i det regionala samhällsbyggandet*. Karlstads universitet: Fakulteten för humaniora och samhällskunskap, akademisk avhandling.

Sørensen, E. (2006). ”Metagovernance: The changing role of politicians in processes of democratic governance”. *American Review of Public Administration*, 36(1):98–114.

Tarschys, D. (2002). *”Huru skall statsvercket granskas?” Om riksdagen och den demokratiska kontrollen*. Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO). Ds 2002:58. Finansdepartementet.

Temenos, C. och McCann, E. (2012). ”The local politics of policy mobility: Learning, persuasion, and the production of a municipal sustainability fix”. *Environment and Planning A: Economy and Space*, 44(6):1389–1406.

Themner, H. (2018). ”Skulle bli bästa sjukhuset – blev ett av världens dyraste”. *Expressen,* 2018-02-16.

Thompson, D. F. (1980). ”Moral responsibility of public officials: The problem of many hands”. *American Political Science Review*, 74(4):905–915.

Thoresson, K. (2011). *Att beräkna det goda samhället: Samhällsekonomiska analyser och gränslandet expertis-politik inom transportområdet.* Linköpings universitet: Institutionen för tema, Tema teknik och social förändring, akademisk avhandling.

Thornblad, H. (2012). ”En av tre anställda får inte plats på NKS”. *Sjukhusläkaren,* 2012-02-20, www.sjukhuslakaren.se/inventering-pagar-pa-karolinska-vad-ska-ut-i-oppenvarden/, hämtad 2020-01-09.

Toreheim, F. (2019). ”Övergångsregeringen: Att förvalta under förändringens tid”. Stockholms universitet: Statsvetenskapliga institutionen, masteruppsats.

Tornberg, P. och Odhage, J. (2018). ” Making transport planning more collaborative? The case of strategic choice of measures in Swedish transport planning”. *Transportation Research Part A: Policy and Practice*, 118:416–429.

TT (2015). ”Chocknota för Nya Karolinska”, 2015-05-05.

Tunström, M. (2009). *På spaning efter den goda staden: Om konstruktioner av ideal*

och problem i svensk stadsbyggnadsdiskussion. Örebro universitet: Akademin för humaniora, utbildning och samhällsvetenskap, akademisk avhandling.

Tuvhag, E. (2018). ”Landstingsråd ska utredas för jäv – får lämna granskning”. *Svenska Dagbladet*, 2018-02-11.

UK Government (2013). *07 Public Private Partnerships*. Rapport från NHS, UK Trade and Investment, Department of Health, https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/266818/07_PPP_28.11.13.pdf, hämtad 2020-09-22.

Vaara, E. och Tienari, J. (2002). ”Justification, legitimization and naturalization of mergers and acquisitions: A critical discourse analysis of media texts”. *Organization*, 9(2):275–304.

Vaara, E., Tienari, J. och Laurila, J. (2006). ”Pulp and paper fiction: On the discursive legitimation of global industrial restructuring”. *Organization Studies*, 27(6):789–810.

Van Marrewijk, A. H., Clegg, S. R., Pitsis, T. och Veenswijk, M. B. (2008). ”Managing public–private megaprojects: Paradoxes, complexity, and project design”. *International Journal of Project Management*, 26(6):591–600.

Vedung, E. (1998). *Utvärdering i politik och förvaltning*. Studentlitteratur.

Vårdanalys (2013). *Vem har vårdvalet gynnat?*. Rapport 2013:1.

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

Wachs, M. (1989). ”When planners lie with numbers”. *Journal of the American Planning Association*, 55(4):476–479.

Ward, H. (1995). ”Rational choice theory”, i Marsh, D. och Stoker, G., red., *Theory and Methods in Political Science.* Macmillan.

Waring, J. (2014). ”Restratification, hybridity and professional elites: Questions of power, identity and relational contingency at the points of ’professional–organisational intersection’”. *Sociology Compass*, 8(6):688–704.

Weick, K. E. (1995). *Sensemaking in Organizations*. SAGE.

Weiler, J. H. H. (1993). ”Parliamentary democracy in Europe 1992: Tentative questions and answers”, i Greenberg, D., Kartz, S. N., Oliviero, M. B. och Wheatley, S. C., red., *Constitutionalism & Democracy: Transition in the Contemporary World*. Oxford University Press, s. 249–266.

Wendt, M. (2012). *Politik som spektakel: Almedalen, mediemakten och den svenska demokratin*. Atlas.

Wennemo, I. (2020). *Politik på riktigt: Handbok för sociala ingenjörer*. Atlas.

WHO (2015). ”WHO global strategy on people-centred and integrated health services”. WHO/HIS/SDS/2015.6.

Wildavsky, A. (1979). *Speaking Truth to Power: The Art and Craft of Policy Analysis*. Taylor and Francis.

Williams, T. och Samset, K. (2010). ”Issues in front-end decision making on projects”. *Project Management Journal*, 41(2):38–49.

Williams, Y. och Nilsson, B. O. (2015). ”Nya Karolinska lyft för tung exportsektor”. *Svenska Dagbladet Näringsliv* (debattartikel), 2015-10-13.

Wisell, K. (2019). *The Liberalization Experiment: Understanding the Political Rationales Leading to Change in Pharmacy Policy*. Uppsala universitet: Institutionen för farmaci, akademisk avhandling.

Witting, N.-O. (2010). ”Ett nytt sjukhus växer fram: Från planering till första patienten”, i Persson, A. och Sjökvist, F., red., *Huddinge sjukhus, 1972–2002*. Karolinska universitetssjukhuset, s. 65–89.

Wittrock, B. och Lindström, S. (1984). *De stora programmens tid: Forskning och energi i svensk politik*. Akademilitteratur.

Wockelberg, H. (2003). *Den svenska förvaltningsmodellen: Parlamentarisk debatt om förvaltningens roll i styrelseskicket*. Uppsala universitet: Statsvetenskapliga institutionen, akademisk avhandling.

Wærn, R. (2014). *Aula: An Architectural History of the University Auditorium from the Sorbonne to Karolinska Institutet*. Langenskiöld.

Wärngård, M. (2009). ”Satsning på snabb vård utan väntrum vid Nya Karolinska”. *Dagens Medicin*, 2009-05-13.

Wärngård, M. (2010). ”Fullmäktige får inte delta i beslut om storsjukhus”. *Dagens Medicin*, 2010-03-09.

Ylönen, M. och Kuusela, H. (2018). ”Consultocracy and its discontents: A critical typology and a call for a research agenda”. *Governance*, 32(2):241–258.

Yngfalk, C. och Junker, S. (2019). *Allt ljus på OPS: Legitimeringen av offentlig-privat samverkan för Nya Karolinska Solna*. Stockholms universitet: Score rapportserie, 2019:6.

Zahariadis, N. (2003). *Ambiguity and Choice in Public Policy: Political Decision Making in Modern Democracies*. Georgetown University Press.

Öberg, B. (2020). ”Kunde avtalet med Skanska om NKS ha ogiltigförklarats?”. *Dagens Medicin*, 2020-05-11.

Öhrming, J. (2008). *Hälso- och sjukvårdens fragmentering: Från lokalt till transnationellt organiserad sjukvård*. SNS förlag.

Öhrming, J. (2017). *Allt görs liksom baklänges: Verksamheten vid Nya Karolinska Solna*. Södertörns högskola: Södertörn Academic Studies, 68.

Medverkande författare

Catrin Andersson är filosofie doktor i statsvetenskap vid Stockholms universitet. Hennes forskningsintressen rör den svenska förvaltningens organisering och styrning. Ett särskilt fokus för hennes forskning har varit relationen mellan stat och marknad.

Staffan Furusten är professor i företagsekonomi vid Stockholms universitet och föreståndare för Stockholms centrum för forskning om offentlig sektor (Score). Hans intressen är ledning och styrning av organisationer och organisationers och professioners roll i samhällets utveckling, med särskilt fokus på kunskap om styrning, management och organisation. Han har även skrivit om offentlig upphandling.

Lena Fält är filosofie doktor i kulturgeografi vid Stockholms universitet. Hennes forskningsintressen rör nutida stadsomvandlingsprocesser i en global kontext, med fokus på frågor kring styrning, makt och sociospatiala konsekvenser. Hon har tidigare studerat urbana megaprojekt i Afrika.

Maria Grafström är docent i företagsekonomi och organisationsforskare vid Stockholms centrum för forskning om offentlig sektor (Score). Hennes forskning handlar om ledning och styrning av offentlig verksamhet med särskilt intresse för medier och kommunikation.

Livia Johannesson är filosofie doktor i statsvetenskap och verksam vid Stockholms centrum för forskning om offentlig sektor (Score). Hennes forskning berör två huvudteman: sjukvårdens organisering och förvaltningsdomstolarnas roll i demokratin.

Sven-Olof Junker är filosofie doktor i företagsekonomi och verksam vid Stockholms centrum för forskning om offentlig sektor (Score) och vid Centrum för hållbarhetsforskning (CSR) på Handelshögskolan i Stockholm. Hans forskning rör offentlig styrning samt försök inom politik och näringsliv att skapa hållbara marknader.

Torbjörn Larsson är docent i statsvetenskap vid Stockholm universitet. Hans forskning handlar i första hand om de centrala politiska institutionerna

i Sverige och EU och deras relation. Han har också publicerat flera verk inom området jämförande regional politisk förvaltning.

Martin Qvist är filosofie doktor och forskare vid Statsvetenskapliga institutionen på Stockholms universitet. Han forskar om styrning, samverkansprocesser och reformer inom offentlig förvaltning.

Lukas Smas är universitetslektor i kulturgeografi med inriktning mot samhällsplanering vid Stockholms universitet. Hans intressen rör stadsplanering och regional rumslig utveckling med särskilt fokus på planeringsideal, planeringsinstrument och planeringsprocesser.

Göran Sundström är professor i statsvetenskap vid Stockholms universitet. Hans intressen rör förvaltningspolitik och den offentliga sektorns omvandling, med särskilt fokus på frågor om styrning, organisation, rolluppfattningar och marknadisering.

Carl Yngfalk är filosofie doktor i företagsekonomi och forskare i organisation och marknadsföring vid Stockholms centrum för forskning om offentlig sektor (Score). I sin forskning intresserar han sig för politiken bakom vår konsumtionsinriktade ekonomi, med särskilt fokus på frågor om makt, etik och identitet i och kring organisationer.

BILAGA A: Intervjuförteckning

Datum för intervju	Position/roll i NKS	Organisation
2017-10-02	Tjänsteperson	SLL
2017-10-05	Tjänsteperson	KS
2017-10-09	Tjänsteperson	Locum
2017-10-11	Representant	Facklig organisation
2017-10-13	Tjänsteperson	KS, SLL
2017-10-17	Tjänsteperson	SLL
2017-10-18	Tjänsteperson	KS
2017-10-20	Journalist	Dagstidning
2017-10-20	Tjänsteperson	SLL
2017-10-23	Tjänsteperson	SLL
2017-10-23	Tjänsteperson	SLL
2017-10-24	Tjänsteperson	SLL
2017-10-26	Tjänsteperson	Skanska
2017-10-30	Tjänsteperson	SLL
2017-10-30	Tjänsteperson	SLL
2017-10-31	Tjänsteperson	KI
2017-11-01	Tjänsteperson	KS
2017-11-01	Tjänsteperson	KS
2017-11-09	Tjänsteperson	SLL
2017-11-10	Tjänsteperson	COOR
2017-11-13	Politiker (KD)	SLL
2017-11-13	Tjänsteperson	NKS-kansliet, NKS-förvaltningen
2017-11-14	Tjänsteperson	KS
2017-11-16	Tjänsteperson	Locum
2017-11-29	Tjänsteperson	NKS-förvaltningen, KS
2017-12-01	Tjänsteperson	NKS-förvaltningen, KS
2017-12-04	Tjänsteperson	NKS-förvaltningen, KS, SLL
2017-12-08	Tjänsteperson	NKS-förvaltningen, KS
2017-12-12	Tjänsteperson	KI
2017-12-13	Politiker (FP)	SLL

2017-12-18	Tjänsteperson	NKS-förvaltningen
2018-01-16	Politiker (S)	SLL
2018-01-17	Politiker (M)	SLL
2018-02-19	Politiker (S)	SLL
2018-02-27	Politiker (S)	SLL
2018-03-29	Tjänsteperson	NKS-förvaltningen
2018-04-16	Konsult	Konsultbyrå
2018-05-03	Tjänsteperson	NKS-förvaltningen
2018-05-04	Tjänsteperson	NKS-förvaltningen
2018-05-14	Tjänsteperson	NKS-förvaltningen
2018-05-21	Tjänsteperson	SLL
2018-05-22	Tjänsteperson	NKS-förvaltningen
2018-05-30	Tjänsteperson	Skanska
2018-05-30	Tjänsteperson	NKS-förvaltningen, NKS-bygg
2018-05-30	Tjänsteperson	SLL
2018-06-04	Tjänsteperson	SLL
2018-06-07	Tjänsteperson	NKS-förvaltningen
2018-06-11	Tjänsteperson	NKS-förvaltningen
2018-06-11	Tjänsteperson	NKS-förvaltningen
2018-06-12	Konsult	Konsultbyrå
2018-08-27	Tjänsteperson	SLL
2018-08-27	Tjänsteperson	NKS-kansliet
2018-08-27	Politiker (M)	SLL
2018-09-03	Tjänsteperson	SLL
2018-09-13	Tjänsteperson	NKS-bygg
2018-09-14	Tjänsteperson	NKS-förvaltningen
2018-09-19	Konsult	Konsultbyrå
2018-09-24	Konsult	Konsultbyrå
2018-10-24	Politiker (FP)	SLL
2018-10-29	Politiker (MP)	SLL
2018-11-09	Politiker (C)	SLL
2018-11-19	Tjänsteperson	SLL
2018-11-22	Tjänsteperson	KS
2018-11-23	Tjänsteperson	KS
2019-01-22	Tjänsteperson	KI
2019-06-11	Tjänsteperson	NKS-förvaltningen, KS

2019-07-08	Politiker (S)	SLL
2019-08-19	Tjänsteperson	SLL
2019-08-20	Tjänsteperson	KS
2019-09-06	Tjänsteperson	NKS-förvaltningen, KS
2019-09-09	Politiker (S)	SLL
2019-09-10	Tjänsteperson	KS
2019-09-11	Tjänsteperson	KS
2019-09-30	Tjänsteperson	NKS-förvaltningen, KS, SLL
2019-10-14	Tjänsteperson	KS
2019-10-15	Tjänsteperson	KS
2019-10-15	Representant	Facklig organisation
2019-11-01	Tjänsteperson	NKS-bygg
2019-11-21	Politiker (V)	SLL
2019-12-02	Politiker (FP)	SLL
2020-05-27	Journalist	Dagstidning
2020-05-27	Journalist	Dagstidning
2020-06-03	Journalist	Dagstidning

BILAGA B: Metodbeskrivning av medieanalysen

Vår genomgång av medieinnehåll har gjort det möjligt att identifiera mönster i publiciteten om NKS, såsom vilka händelser och frågor som har getts uppmärksamhet i offentligheten, när i tiden och vilka aktörer som har getts utrymme. Analysen baseras på sökningar i Mediearkivet Retrievers databas. Val av sökord har gjorts för att ge så specifika träffar som möjligt med fokus på *NKS-projektet* och inte Karolinska universitetssjukhuset generellt. I sökningar före 2008 användes sökordet ”Nya Karolinska” för att fånga upp eventuell publicitet innan det formella beslutet om att bygga ett nytt sjukhus togs. Från 2008 fram till och med den 31 december 2017 har två sökord använts: ”NKS” och ”Nya Karolinska Solna”. För dessa år har alltså sökningarna gjorts på projektnamnet. Eventuella artiklar som har handlat om projektet men som inte explicit innehåller orden ”NKS” eller ”Nya Karolinska Solna” har alltså inte inkluderats i analysen.

Endast artiklar i papperstidningar har inkluderats (undantaget TT Nyhetsbyrån som är webbinnehåll). Följande 30 mediekällor har inkluderats i sökningen:

Affärsvärlden
Aftonbladet
Aktuella Byggen
Aktuellt i Politiken
Byggfakta Projektnytt
Byggindustrin
Byggnadsarbetaren
Byggvärlden
Dagens Forskning
Dagens Industri
Dagens Nyheter
Dagens Medicin
Dagens Media
Dagens Samhälle
Expressen
Fokus
Forskning & Framsteg
Journalisten
Läkaren
Läkartidningen
Metro riks
Metro Stockholm
Mitt i Solna
PunktSE Stockholm
Resumé
Samhällsbyggaren
Svenska Dagbladet
TT Nyhetsbyrån
Veckans Affärer
Vi i Solna

Kodningen av medieinnehåll har genomförts i två steg. I ett första steg har en översiktlig genomgång av alla träffar, det vill säga artiklar, gjorts. Samtliga artiklar som har bedömts handla om NKS alternativt om närliggande, relevanta frågor har skrivits in i Excel (datum, rubrik, mediekälla). För dessa artiklar identifierades ett övergripande ämne för artikeln. I de fall NKS/Nya Karolinska Solna endast nämns perifert har det övergripande ämnet identifierats som något annat än projektet (t.ex. sammanslagningen mellan Karolinska Huddinge och Karolinska Solna, allmänt om sjukvård i Stockholms län, Hagastaden/Vetenskapsstaden). Dessa artiklar är totalt 955 stycken. I ett andra steg har de artiklar som handlar om NKS/Nya Karolinska Solna kodats mer i detalj. Dessa artiklar är totalt 732 stycken. De kodade variablerna är följande:

- Datum och år
- Tidningens namn (mediekälla)
- Rubrik
- Artikeltyp (t.ex. artikel, notis, ledare, krönika, debattartikel)
- Huvudämne (vad artikeln i huvudsak handlar om)
- NKS-projektets ”aktörsroll”, enligt följande tre kategorier:
  - *Huvudaktör* = representant för projektet får uttala sig på ett omfattande sätt samtidigt som ingen annan aktör får stort utrymme.
  - *Biaktör* = representant för projektet uttalar sig tillsammans med andra aktörer. Någon eller några andra aktörer får lika mycket eller större utrymme.
  - *Statist* = NKS-projektet/representant för NKS-projektet nämns/förekommer i artikeln, men uttalar sig inte.
- Huvudaktör i artikeln (den som får uttala sig mest, om annan än representant för NKS-projektet)
- Biaktör (som får uttala sig, men mer begränsat)
- Värdering av NKS-projektet i artikeln (om projektet presenteras övergripande positivt, övergripande negativt eller om projektet presenteras övergripande neutralt). Värderingen har gjorts

med tonvikt på artikelns inramning (vinkel), det vill säga fokus har legat på rubrik och ingress. Neutralt betyder antingen att projektet presenteras neutralt i artikeln eller att det finns en tydlig balans mellan positiva och negativa ordalag om projektet.

Kodningen har genomförts av Celine Helgesson Hallström, assistent vid Stockholms centrum för forskning om offentlig sektor (Score), Stockholms universitet.



Stockholms universitet

Tobiasregistret AB
Org.nr 556253-1896

BOLAGSORDNING
Denna bolagsordning har fastställts av region 2021-05-23, § (RS 2021-0083).

§ 1 Firma
Bolagets firma är Tobiasregistret AB

§ 2 Säte
Styrelsen ska ha sitt säte i Stockholm.

§ 3 Verksamhetsföremål
Bolaget har till föremål för sin verksamhet att ansvara för Tobias Registret (det nationella registret för givare av blodbildande stamceller).

Bolaget är skyldigt att utföra de uppdrag som bolaget tilldelas av sin ägare. Verksamheten ska bedrivas åt ägaren/i ägarens ställe.

§ 4 Ändamål med verksamheten
Bolagets verksamhet ska bedrivas med iakttagande av kommunala likställighetsprincipen och självkostnadsprincipen.

§ 5 Fullmäktiges rätt att ta ställning
Bolaget ska bereda Region Stockholms regionfullmäktige möjlighet att ta ställning innan sådana beslut i verksamheten som är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt fattas.

§ 6 Aktiekapital
Aktiekapitalet ska utgöra lägst en miljon (1 000 000) kronor och högst fyra miljoner (4 000 000) kronor.

Om bolaget försätts i likvidation ska bolagets tillgångar tillfalla Landstingshuset i Stockholm AB.

§ 7 Antalet aktier
Antalet aktier ska uppgå till lägst 1 000 och högst 4 000 aktier.

§ 8 Styrelse
Styrelsen ska bestå av lägst tre och högst fem ledamöter med högst två suppleanter.

Styrelsen utses av Region Stockholm regionfullmäktige (fullmäktige).

Bland de valda ledamöterna utser fullmäktige en ordförande.

§ 9 Revisorer
För granskning av bolagets årsredovisning jämte räkenskaper samt styrelsens och verkställande direktörens förvaltning utses av bolagsstämman en revisor med suppleant.

Revisorns och suppleantens uppdrag gäller till slutet av den ordinarie bolagsstämma enligt 9 kap. 21 § 1 st aktiebolagslagen som hålls under det fjärde räkenskapsåret efter revisorsvalet.

§ 10 Lekmannarevisor
Region Stockholms regionfullmäktige ska utse lägst en och högst sju lekmannarevisor (-er).

Lekmannarevisor väljs för den tid motsvarande mandatperiodens längd, räknat från årsskiftet efter det år då allmänna val ägt rum.

§ 11 Kallelse till bolagsstämma
Kallelse till bolagsstämma och andra meddelanden till aktieägarna ska ske genom brev med posten tidigast fyra och senast två veckor före stämman.

§ 12 Ärenden på årsstämman
Årsstämma hålls en gång per år, inom sex månader efter räkenskapsårets utgång.

På årsstämman ska följande ärenden behandlas:

1. Stämmans öppnande
2. Val av ordförande vid stämma
3. Upprättande och godkännande av röstlängd
4. Val av justeringsmän
5. Godkännande av dagordning
6. Framläggande av årsredovisningen, revisionsberättelsen och lekmannarevisorns granskningsrapport
7. Beslut om

a) fastställande av resultaträkning och balansräkning
b) dispositioner av bolagets vinst eller förlust enligt den fastställda balansräkningen
c) ansvarsfrihet för styrelseledamöterna och

verkställande direktören
8. Fastställande av arvoden åt styrelsen, revisorn och lekmannarevisorn med suppleanter
9. Anteckning om regionfullmäktiges val av styrelseordförande och övriga styrelseledamöter samt lekmannarevisor (-er) och lekmannarevisorsuppleant, då sådana val har förrättats
10. Val av revisor och revisorsuppleant, då sådant val ska förrättas
11. Övriga ärenden som ankommer på stämman enligt aktiebolagslagen (2005:551) eller bolagsordningen.

§ 13 Bolagsstämmans kompetens

Beslut i verksamheten som är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt ska alltid fattas av bolagsstämman.

§ 14 Räkenskapsår

Bolagets räkenskapsår ska vara kalenderår.

§ 15 Inspektionsrätt

Regionstyrelsen I Region Stockholm äger rätt att ta del av bolagets handlingar och räkenskaper samt i övrigt inspektera bolaget och dess verksamhet.

§ 16 Ändring av bolagsordningen

Denna bolagsordning får ej ändras utan godkännande av Region Stockholms regionfullmäktige.

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2019-0751

Life science-strategi för Stockholmsregionen

Stockholm 2025:
En av världens fem ledande life science-regioner

Dokumenttyp	Fastställd	Giltig till och med
Dokumentnummer	Fastställd av	Upprättad av
Informationssäkerhets klass		

1 Inledning

Life science är en tvärvetenskaplig forskningsgren som ägnar sig åt studiet av biologiskt liv samt inre och yttre förutsättningar för fortsatt liv. De vetenskapliga upptäckterna inom forskningsgrenen har en praktisk tillämpning bland annat inom life science-sektorn. Life science-sektorn omfattar de företag, universitet och högskolor, patientorganisationer samt offentliga aktörer på kommunal, regional och statlig nivå, som genom sin verksamhet bidrar till att främja människors hälsa. Sektorn innefattar forskning, högre utbildning och innovation, utveckling av läkemedel, vaccin, medicintekniska produkter och behandlingar, samt prevention, tillämpning och uppföljning.[1]

Den nationella life science-strategins målsättning är att Sverige ska vara ledande inom området Life science- strategin för Stockholmsregionen ska var en del i förverkligandet av den nationella life science-strategins målsättning och ska bidra till att Stockholm utvecklar sektorn såväl nationellt som internationellt.

Det som utmärker en ledande life science-region är excellenta akademiska miljöer som arbetar i nära samverkan med högklassig hälso- och sjukvård och ett innovativt näringsliv. Stockholm-Uppsalaregionen ligger väl till inom flera forskningsområden inom life science. Inom flera forskningsområden visar studier att vi är jämförbara eller starkare än andra europeiska regioner.[2] Vi kan dock inte konkurrera med de ledande life science-regioner som finns i vissa av huvudstadsregionerna i Västeuropa, Cambridge -Oxford eller tex San Fransisco och Boston. Starka regioner utmärker sig av högt rankade universitet, världsledande forskning och sjukvård, starkt entreprenörskap, närvaro av globala huvudkontor och hög förmåga att attrahera talanger.

Stockholmsregionen har en lång tradition av framgångsrikt life science-arbete som bidragit till välståndet i Sverige. Här finns framstående forskning inom medicin, naturvetenskap och teknik, en unik forskartäthet, ett av världens modernaste universitetssjukhus för högspecialiserad vård, invånare med hög utbildningsnivå och många life science-företag. I Stockholmsregionen finns en stor bredd i näringslivet som sedan länge har en ledande position inom IKT (information, kommunikation och telekommunikation) och flera andra kunskapsområden, något som blir allt viktigare för framgång även inom life science. Förutom internationellt ledande forskning och innovation har Stockholmsregionen en unik tillgång till hälsodata och nationella kvalitetsregister, provsamlingar, unika forsknings- och innovationsinfrastrukturer liksom kompetens inom kompletterande områden, som IKT och biomaterial. Näringslivet i Stockholmregionen har en tradition av världsledande utveckling av nya spjutspetsteknologier och progressiva affärsmodeller i många sektorer.
Life Science-industrin är av central betydelse för att kommersialisera och nyttiggöra forsknings- och innovationsgenombrott till nytta för invånarna. Stockholmsregionens kapacitet att tillgodogöra sig de nya möjligheterna får konsekvenser för såväl samhällskostnader som hälsoutfall och konkurrenskraft. Life science-sektorns framgång har också bäring på förverkligandet av Agenda 2030 om att skapa hållbar utveckling. En stark life science-region där de olika aktörerna har god kännedom om varandra och samverkar väl har därmed också betydelse för såväl folkhälsa som livsmiljöer.

[1] Ur En nationell strategi för life science
[2] State of Medicon Valley, 2019

Genom att skapa regionala förutsättningar för matchning av ledande forskning med högkvalitativ hälso- och sjukvård och omsorg, samt ett konkurrenskraftigt näringsliv, kan Stockholmsregionen utveckla ett life science-kluster som bygger vidare på dagens styrkeområden och samtidigt skapar förutsättningar för utveckling av helt nya områden. Med den demografiska utvecklingen, med en ökad andel personer över 80 år, är utveckling av äldrevården och äldreomsorgen en viktig del av life science- strategin. Äldrevården inkluderas hädanefter i begreppen hälso-och sjukvård samt omsorg.

Region Stockholm har beslutat att stärka förutsättningarna för universitet, högskolor och näringsliv att bedriva forskning, utveckling och innovation och samlat sina visioner i Forskningslöftet (LS 2017-1455). Forskningslöftet har den tydliga målsättningen att öka antalet kliniska studier och att Stockholmsregionen år 2023 ska vara en av världens främsta life science-regioner.

2 Syfte, genomförande och uppföljning

Life Science-strategin syftar till att identifiera strategiska utvecklingsområden för att realisera målet om att Stockholmsregionen ska bli en av världens fem främsta life science-regioner. Ingen aktör har ensam rådighet. För att nå denna vision behöver flera aktörer genomföra insatser såväl enskilt som gemensamt. Life science-strategin ska därför kompletteras med handlingsplaner för att realisera strategins mål. Handlingsplanerna ska även kopplas till mätbara mål och ett tydliggörande kring vem som ansvarar för vilken insats. Resultatet följs upp årligen, och underlaget utgör ett bidrag till den övergripande bedömningen av måluppfyllelse i Region Stockholm. Handlingsplanerna ska också redovisas i befintliga regionala forum såsom KI:s life science council.

Ett nära samarbete med nationella aktörer och övriga regioner kring gemensamma frågeställningar och utmaningar är av strategisk vikt. Denna life science-strategi ska samspela med den regionala utvecklingsstrategin RUFS 2050 och Region Stockholms Näringslivs- och tillväxtstrategi. Utmaningar som life science-sektorn delar med andra tillväxtsektorer, som bostäder, tillgänglighet, finansiering mm omfattas av dessa strategier.

3 Strategisk inriktning

3.1 Kvalitet och effektivitet i hälso- och sjukvård och omsorg

Hälso- och sjukvården samt omsorgen befinner sig i en ständig utveckling. Medarbetarnas kompetens och förståelse för patienternas och vårdens behov är central för denna utveckling vilket bidrar till ökad kvalitet, minskade kostnader och förbättrad hälsa. Med dagens ökande kostnader inom hälso- och sjukvården och omsorg blir det allt viktigare att hitta nya vägar för en effektivare hälso- och sjukvård och omsorg. Ett ökat utnyttjande av nya arbetssätt, kompetenser, material och tekniker ska bidra till minskade kostnader, ökad kvalitet och en bättre hälsa. Kompetensförsörjningen inom sektorn är en förutsättning för utveckling. Nya kompetenser inom områden som samhällsvetenskap, teknik och övrig naturvetenskap vid sidan av medicin är kritiska för att möta framtidens hälsoutmaningar.

3.2 Samverkan för tillväxt och utveckling av företag

Genom att stärka samverkanskulturen inom life science ökar möjligheterna för nystartade företag att stanna och växa i Stockholmsregionen. Etablerade företag ska kunna forska och utvecklas genom samarbeten med andra företag, universitet och högskolor, hälso- och sjukvården samt

omsorgen. Infrastrukturer som bidrar till denna samverkan är universitetens centrumbildningar och inkubatorer, science parks, co-working arenor, nationella forskningsinfrastrukturer och andra gemensamma plattformar. En kultur med snabb utveckling och täta kontakter mellan människor med tillgång till bred kompetens och möjligheter är komponenter som skapar attraktionskraft för produktions- och forskningsverksamhet från globala företag.

3.3 Fler perspektiv i forskning och utbildning

Ökat samarbete mellan universitetens olika kompetenser, näringsliv, Region Stockholm samt länets kommuner ska bidra med fler perspektiv och ökad kvalitet/relevans i forskningen och utbildningen. Detta kan i sin tur både ge bättre förutsättningar för att konkurrera om ledande forskare, de bästa studenterna och forskningsfinansiering, samt underlätta tillämpningen av resultat genom ökad relevans och tillämpbarhet till nytta för invånarna. Ett sammanhållet life science- arbete ska attrahera extern finansiering för långsiktiga forskningssatsningar, investeringar i infrastruktur, utveckling och öka antalet patent i Stockholmsregionen.

3.4 Utveckling till nytta för länets alla invånare

Förmågan att lyssna in och tillvarata invånares intressen och kunskaper om sin hälsa och vård kommer att vara av stor betydelse för en framgångsrik utveckling av sektorn. Genom att tillvarata engagerade och involverade invånares synpunkter ges en värdefull återkoppling till vården och omsorgen. En bred patientmedverkan leder också till fler och bättre studier. Sammantaget ger det goda förutsättningar för ett förbättrat preventivt arbete för bättre hälsa och att vården och vårdutvecklingen bedrivs på jämlika villkor utifrån den mångfald av patienter som vården möter. En höginkludering av invånare, patienter och närstående skapar förutsättningar för säkrare diagnoser, hållbar vård och omsorg samt en förbättrad folkhälsa.

4 Strategiska utvecklingsområden

4.1 Världsledande tillgång till strukturerade hälsodata och vårdprocessdata

Nuläge: Tillämpning av digitalisering och Artificiell intelligens möjliggör ett paradigmskifte för hälso- och sjukvården. De nya förutsättningarna att använda anonymiserade, strukturerade hälsodata[3] leder till en mer individanpassad prevention och behandling med förbättrad hälsa. Allmänheten i Sverige är i stort positiva till att hälsodata används för forskning och vårdutveckling.[4] Detta förtroende är unikt och måste vårdas genom ansvarsfull och säker hantering av invånarnas data med hänsyn till den enskildes integritet. En utmaning är att utarbeta effektiva tekniska verktyg och nya regelverk för datadelning för forskning, innovation och utveckling av hälso- och sjukvården- samt omsorgen. Patienten har idag begränsade möjligheter att donera hälsodata till forskning och utveckling.

Regionala styrkor: I Stockholmsregionen finns hälsodata för mer än två miljoner individer sedan 1996. Här finns också framgångsrik universitetssjukvård, andra unika datasamlingar och tillgång till nationella forskningsinfrastrukturer som bland annat SciLifeLab, PKU-biobanken, Human Protein Atlas och Svenska tvillingregistret. Dessutom finns fysiska

[3] Med hälsodata menar vi här, i enlighet med den nationella strategin för Life Science definition av Real world data, ”uppgifter om individers behandling och hälsa som finns i register och journaler samt hälso- och livsstilsinformation som samlas in via exempelvis appar och sensorer.”

[4] Forska! Sverige 2019. http://www.forskasverige.se/wp- content/uploads/Opinionsundersökning-2019-ForskaSverige.pdf

infrastrukturer, bland annat Karolinska Centrum för Cellterapi, GMP-facilitet, Bioclinicum inklusive MedTechLabs, Biomedicum, Centrum för Innovativ Medicin, Centrum för Molekylär Medicin, ANA- Futura och Karolinska Trial Alliance. Dessa strukturer ger Stockholmsregionen en funktionell och intellektuell infrastruktur i världsklass. Det finns i Stockholmsregionen en mer än 100-årig tradition av att skapa nytta i hela värdekedjan från grundforskning till life science-företag inom läkemedel, vaccin och medicinteknik. Region Stockholm har, genom etableringen av Centrum för hälsodata, utvecklat arbetet med att på ett säkert och effektivt sätt tillgängliggöra strukturerade hälsodata för forskning och utveckling.

Önskat läge 2023: Arbetet med att tillgängliggöra Stockholmsregionens samlade, strukturerade hälso-, vårdprocess-, utfalls- och real world data samt biobanken och bilddata, har tagit tydliga steg framåt. I Stockholmsregionen finns en hög kompetens kring analys, lagring och utlämning av hälsodata. Det finns tydliga processer för hur hälsodata på ett juridiskt säkert och etiskt riktigt sätt kan utlämnas och delas inom life science-sektorn.

Utvecklingsbehov: För att aktörer i Stockholmsregionen ska bli ledande i arbetet med att säkert och effektivt tillgängliggöra strukturerade hälsodata för forskning, innovation och utveckling krävs att nya metoder för anonymisering, analyser, säker lagring och utlämning utvecklas. En systematisk återföring av resultat till hälso- och sjukvårdens och omsorgens vardag ska utarbetas. I arbetet ska ekonomiska, juridiska och etiska aspekter beaktas i nära dialog med berörda parter inklusive invånarna.

4.2 En hälso- och sjukvård samt omsorg tillgänglig för samverkan med forskning, innovation och näringslivssamverkan

Nuläge: Stockholmsregionen har en väl utvecklad offentligt finansierad hälso- och sjukvård samt omsorg. Genom införande av valfrihetssystem finns i Stockholmsregionen en mångfald av utförare med hög kompetens och specialiseringsgrad. Denna utveckling medför en utmaning som ska hanteras så att inte hälso- och sjukvård och den patientnära kliniska forskningen separeras, vilket i sin tur innebär att forskning, kunskapsbildning och kunskapsspridning försvåras. Antalet kliniska studier och antal patienter som medverkar i kliniska studier minskar. Detta kan delvis förklaras av ett ökat produktivitetsfokus inom hälso- och sjukvården i Stockholmsregionen samt ökad global konkurrens.
Utvecklingen mot en mer högspecialiserad vård leder till smalare patientunderlag inom enskilda diagnostiska kategorier. För att kunna genomföra kliniska studier, som behöver en viss kritisk massa av patienter, så ökar behovet av inomregional, nationell eller internationell samverkan. Detta försvåras av att kontaktvägarna för studieförfrågningar till hälso- och sjukvårdens och omsorgens miljöer är fragmentiserade och otydligt kommunicerade.

Regionala styrkor: Invånarna och patienterna i Stockholmsregionen är positivt inställda till att medverka i kliniska studier. Region Stockholm har en forsknings- och innovationsorganisation och kompetens som genomsyrar hälso- och sjukvårdssystemet. Region Stockholm och Stockholms stad har samverkansavtal med flera universitet i Stockholmsregionen och Region Stockholm har en egen innovationsfond. Det nationella och regionala ALF-avtalet reglerar Karolinska Institutets (KI) och Region Stockholms samverkan inom hälso- och sjukvårds-, forsknings- och utbildningsområdet. Som ledande medicinskt universitet är också KI angeläget om att bidra till att förbättra tillämpningen av forskningsresultat. Det finns etablerade innovationspartnerskap mellan Region Stockholm och ett antal globala företag. På samma sätt har universiteten ett nära samarbete med globala företag och innovationsstödjande verksamhet i egen regi och genom sina holdingbolag. Kommunerna i Stockholmsregionen bedriver ett aktivt innovationsarbete inom vård- och omsorgsområdet.

Önskat läge 2023: Hälso- och sjukvårdens och omsorgens verksamhetsmiljöer samarbetar och är tillgängliga för forskning, innovation och näringslivssamverkan när det finns en tydlig verksamhets- och användarnytta. Forskning och innovation liksom kunskapsbildning och kunskapsspridning sker inom offentlig hälso- och sjukvård som drivs i egen regi eller upphandlats. Region Stockholm ska, när så är relevant, ställa tydliga krav i olika typer av vårdavtal på vårdgivares medverkan i klinisk forskning. Forskningsresultat ska omsättas effektivt i hälso- och sjukvården och omsorgen. Kontaktvägar till testmiljöerna är kommunicerade samlat och tydligt. Möjligheterna att bedriva kliniska prövningar i Stockholmsregionen kommuniceras tydligare till alla berörda parter. I uppfyllandet av forskningslöftets målsättningar har Region Stockholm en acceptans och en lyhördhet för forskningens behov, oberoende av om forskningens huvudman är privat eller offentlig. Regionen har ett starkt samarbete med näringsliv och akademi inom life science-området. Lärdomar från Covid -19 pandemin har omsatts och en beredskap finns inom hela sektorn för eventuella nya pandemier, epidemier och andra extrema situationer.

Utvecklingsbehov: Hälso- och sjukvårdens och omsorgens medarbetare kan ha svårt att prioritera medverkan i testbäddar, gemensamma projekt och/eller klinisk forskning. Kunskapsstyrningsorganisationen behöver få uppdrag att skapa system för snabbare implementering av forskningsgenombrott i hälso- och sjukvården samt omsorgen. Ledarskap, tydliga karriärvägar och incitamentsstrukturer för medarbetare samt en funktionell infrastruktur behöver utvecklas, detsamma gäller nya affärsmodeller, samverkansformer, ersättningsmodeller samt samhällsekonomiska analyser. Kompetensutveckling av medarbetare ska ske för att öka vårdens kapacitet att medverka i forskning. För att säkerställa en långsiktig utveckling av en framtida högkvalitativ hälso- och sjukvård behövs en miljö som attraherar och behåller de bästa studenterna och ledande forskare. En förutsättning är en hög kvalitet på utbildning, tydliga karriärvägar och goda möjligheter till gemensamma forsknings- och innovationsprojekt mellan hälso-och sjukvården, akademin och företag.

4.3 Precisionsmedicin ger patient och invånare tillgång till högupplöst diagnostik, individanpassad prevention och behandling

Nuläge: Precisionsmedicin gör sitt intåg i hälso- och sjukvården världen över och omfattar diagnostik, behandling och uppföljning anpassad efter patientens individuella förutsättningar. Teknikutveckling har lett till att människans hela arvsmassa kan läsas av snabbt och till en allt lägre kostnad. Kraftfulla gensekvenseringstekniker kan användas för att skapa precision i hälso- och sjukvården. Metodiken leder till nya typer av kliniska studier, baserade på mindre, men bättre karakteriserade, patientgrupper. Precisionsmedicinens vetenskapliga landvinningar har ännu inte införts i hälso- och sjukvården. Hälsodatakällorna, som kommer vara viktiga för utvecklingen av detta område, är i Stockholmsregionen många och fragmenterade.

Regionala styrkor: I Stockholmregionen finns starka miljöer där forskningen och hälso- och sjukvården är helt integrerade inom bild och funktion, genomik, proteomik samt mikrobiologi. Detta är en unik förutsättning för att vara en internationell ledare inom utvecklingen av precisionsmedicin. Här finns en tät miljö med ledande forskare, kliniker samt infrastruktur för molekylära metoder som inte kan återfinnas på många andra platser i världen. Hälsoläget i Stockholmsregionen är gott, med en hög förväntad medellivslängd och en välutbildad befolkning. Stockholmsregionen har en ledande roll i utvecklingen av digitala hälsoverktyg.

Önskat läge 2023: Stockholmsregionen är ledande på precisionsmedicin och individanpassad hälso- och sjukvård. Hälsodatakällor är identifierade och lättillgängliga för forsknings- och uppföljningsändamål. Hälsoläget i Stockholmsregionen kommuniceras till invånare och näringsliv. Individen har möjlighet att uppnå en god hälsa utifrån sina förutsättningar.

Utvecklingsbehov: Hälso- och sjukvården ska ta en starkare roll som beställare av diagnostik som leder till preventiva insatser. Kompetensnivån kring precisionsmedicinens möjligheter behöver höjas. Metoder för att visa precisionsmedicinens samhällsnytta måste utvecklas. Lösningar behöver även utvecklas inom bland annat datatillgänglighet, teknisk och juridisk interoperabilitet, lagring, analys, etik, säkerhet samt ersättningsmodeller för hälso- och sjukvården. Invånare och patientorganisationer ska systematiskt involveras och bjudas in att delta i utvecklingsarbete Förutsättningarna för näringslivets medverkan inom precisionsmedicin behöver utvecklas bland annat genom tydliga processer och goda förutsättningar för samverkan med hälso- och sjukvården. Stöd, verktyg och förutsättningar för att individen ska vilja välja hälsosamma levnadsvanor ska utvecklas.

4.4 Tvärvetenskaplig samverkan skapar lösningar på komplexa utmaningar

Nuläge: Kopplingen mellan kunskapsområden blir allt viktigare och här finns betydande kunskapsvinster att hämta genom multidisciplinära samarbeten. Inom life science behöver traditionella delbranscher som medicinteknik, bioteknik och läkemedelsproduktion samverka med kompletterande branscher inom exempelvis material (biologiska/nanomaterial), elektronik, matematik, IKT (informations- och kommunikationsteknik) och teknikområden som robotik och artificiell intelligens, samt beteendevetenskap, juridik, humaniora och konstnärliga praktiker. Aktörerna i Stockholmsregionen har inte samlats kring utpekade spetsområden.

Regionala styrkor: I Stockholmsregionen finns världsledande forskning, med flera forskningsområden inom life science. Här finns tre starka universitet, där Karolinska institutet rankas särskilt högt inom området medicin. Den samlade potentialen inom Stockholm trio (Stockholms universitet, KI och KTH) anses mycket hög.[5]. Här finns även nationella forskningsinfrastrukturer som SciLifLab. Detta skapar unika möjligheter att

identifiera tvärvetenskapliga spetsområden inom life science där Stockholmsregionen kan bli internationellt konkurrenskraftig. Här finns också en unik branschbredd inom näringslivet, inklusive en stark tech-sektor.

Önskat läge 2023: I Stockholmsregionen finns utvecklingsprojekt inom utpekade spetsområden som samlar traditionell medicinteknik, bioteknik och läkemedelsproduktion med nya områden som material, elektronik, matematik, IKT, robotik och artificiell intelligens samt klimat- och miljö, beteendevetenskap juridik, humaniora och konstnärliga praktiker. Det finns en tydlig process för tillgång till dessa miljöer för externa parter. Kommunikation och marknadsföring, av regionens möjligheter och nya förutsättningar inom life science, har utvecklats för att attrahera fler utländska företag och investeringar.

[5] QS World ranking of universities 2019/2020
The University of Stockholm Trio How would they perform together in international rankings?
(Gabor Schubert, Analyst, Stockholm University Library, 2017-11-16)

Utvecklingsbehov: Stockholmsregionens aktörer ska gemensamt identifiera och prioritera spetsområden där fortsatt samverkan, investeringar och gemensam marknadsföring kan bidra till att ytterligare stärka Stockholmsregionens konkurrenskraft. Region Stockholm, kommuner, universitet och högskolor, näringsliv samt patient- och närståendeföreträdare ska löpande diskutera, utmana och stimulera varandra med nya idéer och kunskap för välfärdens utveckling. Denna samverkan behöver ytterligare stärkas då den ställer höga krav på förståelse för motiv och drivkrafter i olika sektorer. Stockholmregionens starka ställning inom delar av IT och AI/Machine learning ska tas tillvara, och tillsammans med regionens framstående position inom life science skapa unika synergier mellan branscher. Produktionskompetens för teknik och digitala innovationer med life science som applikationsområde behöver förbättras.

4.5 Life science-företag forskar, utvecklas och växer i Stockholmsregionen.

Nuläge: Stockholm-Uppsalaregionen står tillsammans för ungefär hälften av sysselsättningen inom den traditionella life science-sektorn som läkemedelsutveckling, medicinteknik och precisionsmedicin. I Stockholmsregionen finns en väl utvecklad infrastruktur för forskning och innovation, men små och medelstora företag kan ha svårt att få tillträde till denna. Detta är bekymmersamt eftersom stora företag forskar allt mindre själva och därför är beroende av att samverka med små forskande bolag. En annan utmaning är alltför tidiga uppköp där utvecklingsbolag inom life science flyttar utomlands redan i tillväxtfasen.

Regionala styrkor: I Stockholmsregionen finns en stor branschbredd med kompletterande kompetenser och en stark start-up-miljö med många nystartade företag. Stora investeringar har under senare år gjorts i forskningsinfrastruktur, bland annat i Flemingsberg, Hagastaden och Kista, och det pågår initiativ för att öka tillgängligheten till sådan infrastruktur. Det finns effektiva och genomtänkta innovationsstödjande system [6] som kontinuerligt utvecklas för att ge optimalt stöd till små och medelstora företag.

Önskat läge 2023: Life science-företag startar och växer i Stockholmsregionen och utländska företag och investerare attraheras hit. Näringslivsmiljöerna i Stockholms innerstad, Hagastaden, Kista och Flemingsbergsområdet har ett sömlöst samarbete inom life science-området. Stockholmsregionen utmärker sig internationellt som en tvärvetenskaplig kunskapshub, där unika förutsättning råder för att förädla forskning och teknologi i ett antal tydliga profilområden inom life science**.**

Utvecklingsbehov: Vägen in för företag till forsknings- och innovationsinfrastrukturer i Stockholmsregionen ska kommuniceras och vara tydlig. Möjligheterna för små och medelstora företag att samverka med stora företag behöver utvecklas. Det investeringsfrämjande arbetet ska attrahera företag och kompetent kapital till Stockholmsregionens life science-företag.

[6] Tex KI innovations AB, Flemingsberg Science,

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2020-0147

Policy

Verksamhetsskydd

Gäller för Region Stockholm

Dokumenttyp	Fastställd	Giltig till och med
Dokumentnummer 2025220	Fastställd av	Upprättad av
Informationssäkerhetsklass		

1. Verksamhetsskyddspolicy

1.1 Inledning

Region Stockholm har ett viktigt samhällsuppdrag och ansvarar för hälso- och sjukvård, kollektivtrafik och regional utveckling i Stockholms län. Regionen bidrar även till kulturen i länet. Stora delar av Region Stockholms verksamhet är samhällsviktig. Region Stockholms verksamheter måste fungera såväl till vardags som vid oönskade händelser. Därför ska verksamheterna och de tillgångar som hanteras i dem ha ett anpassat skydd mot hot och risker. Verksamheterna ska bedrivas med så få störningar och kriser som möjligt, och i de fall de uppkommer ska de kunna hanteras.

1.2 Syfte

Syftet med denna policy är att beskriva hur Region Stockholm ska arbeta, både regionövergripande och i nämnder och bolag var för sig, för att åstadkomma ett robust skydd av verksamheten i enlighet med regionfullmäktiges vision och inriktningsmål. Därigenom bidrar Region Stockholm till att skydda samhällets skyddsvärden.

1.3 Tillämpning

Denna policy gäller för Region Stockholms nämnder och bolag. Den ska tillämpas i Region Stockholms verksamhetsplanering och i avtal med alla som arbetar på uppdrag av Region Stockholm. Allt arbete med verksamhetsskydd inom Region Stockholm utgår från denna policy.

Ansvaret för skyddet av verksamheten är kopplat till det delegerade verksamhetsansvaret. Funktioner med stödjande roll inom området ska stötta nämnder och bolag att aktivt driva på utvecklingen av verksamhetsskyddet.

Verksamhetsskyddspolicyn konkretiseras i tillhörande riktlinjer för områdena informationssäkerhet, säkerhet, säkerhetsskydd, krisberedskap samt civilt försvar, och kompletteras av Region Stockholms övriga styrande dokument.

2. Styrande principer

Region Stockholms arbete med verksamhetsskydd ska utgå från följande principer:

Region Stockholms verksamheter och tillgångar ska skyddas

Region Stockholms arbete med verksamhetskydd ska bedrivas för att värna om:

- Invånare och besökare: Region Stockholms tjänster ska vara och uppfattas som trygga och säkra, och alla som nyttjar dem ska vara förvissade om att deras information hanteras på ett säkert sätt.
- Alla som arbetar inom eller på uppdrag av Region Stockholm: Region Stockholm ska vara och uppfattas som tryggt och säkert att verka i.
- Regionens funktionalitet: Arbetsprocesser och egendom såsom lokaler, infrastruktur, utrustning och information ska värderas och skyddas. Region Stockholm ska ha förmåga att förebygga störningar och kriser och minska konsekvenserna om de ändå inträffar. Länets invånare och andra aktörer ska känna tillit till att Region Stockholm har denna förmåga.

Verksamhetskyddet ska vara dimensionerat

Det innebär att nämnder och bolag ska utgå från följande i sitt arbete med verksamhetsskydd:

- Verksamhetens risktagande ska återspegla nämnders och styrelsers riskacceptans för att undvika oacceptabel skada, förlust och verksamhetspåverkan.
- Skyddet ska dimensioneras utifrån aktuell hotbild och anpassas till skyddsvärde, riskacceptans och lagkrav.
- Arbetet ska bedrivas systematiskt, spårbart och med ständiga förbättringar.
- Planering, utbildning och övning ska vara en del av det förebyggande arbetet.
- Det ska finnas en förmåga att förebygga, upptäcka och hantera skadlig inverkan på Region Stockholms verksamhet.

Skyddsåtgärder ska samverka

Skyddsåtgärderna ska sammantaget:

- Förebygga att obehöriga får tillträde till byggnader, lokaler, anläggningar och fordon där skyddsvärd verksamhet bedrivs.
- Förebygga att personer som inte är pålitliga ur säkerhetssynpunkt arbetar i skyddsvärd verksamhet.
- Förebygga att informationstillgångar röjs, ändras, görs otillgängliga eller förstörs.
- Ge förmåga att hantera störningar och kriser så att kritiska verksamheter och processer kan upprätthållas.

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2020-0148

Riktlinjer

Riktlinjer för informationssäkerhet

Gäller för Region Stockholm

Dokumenttyp	Fastställd	Giltig till och med
Dokumentnummer 2025228	Fastställd av	Upprättad av
Informationssäkerhetsklass		

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. Styrning och planering....3
2. Bedömning och hantering av risker....5
3. Organisation av informationssäkerheten 6
4. Medarbetare och informationssäkerhet 8
5. Hantering av informationstillgångar 9
6. Åtkomst till informationstillgångar 11
7. Kryptering....13
8. Fysisk och miljörelaterad säkerhet....14
9. Driftsäkerhet....15
10. Kommunikationssäkerhet....17
11. Utveckling, anskaffning och underhåll av it-system....18
12. Leverantörsrelationer....19
13. Hantering av händelser som rör informationssäkerhet 20
14. Kontinuitetshantering....21
15. Uppföljning 22
16. Begrepp 23

1. Styrning och planering

1.1 Syfte och omfattning

1.1.1 Dessa riktlinjer konkretiserar Region Stockholms policy för verksamhetsskydd och är styrande för skyddet av informationstillgångar som hanteras vid Region Stockholms samtliga nämnder och bolag.

1.1.2 För att underlätta tillämpning av regelverket ska regionstyrelsen ge ut vägledningar och råd som förtydligar hur det praktiska arbetet med att följa riktlinjerna kan gå till.

1.1.3 Riktlinjerna utgår från internationell standard avseende styrning och implementering av informationssäkerhet (ISO 27000-serien).

1.2 Region Stockholms styrande dokument för informationssäkerhet

1.2.1 Varje nämnd och bolag ska, inom ramen för Region Stockholms övergripande ledningssystem för informationssäkerhet, styra och leda sitt informationssäkerhetsarbete i ett ledningssystem inom sitt verksamhetsområde. Det lokala ledningssystemet ska säkra ett systematiskt informationssäkerhetsarbete och en riskavvägd skyddsnivå i verksamheten, och det ska vara en integrerad del i nämndens eller bolagets ordinarie ledningsarbete.

1.2.2 Styrdokumenten på lokal nivå består av Region Stockholms policy för verksamhetsskydd, Region Stockholms riktlinjer för informationssäkerhet, eventuella kompletterande lokala riktlinjer och anvisningar för informationssäkerhet.

1.3 Styrning

1.3.1 Riktlinjerna är bindande och ska efterlevas av samtliga nämnder och bolag inom Region Stockholm.

1.3.2 Ansvaret för informationssäkerheten är kopplat till verksamhetsansvaret i alla led. Det betyder att varje nämnd eller bolag och varje medarbetare som är ansvarig för en verksamhet också har att ansvara för informationssäkerheten i denna verksamhet.

1.3.3 I de fall nämnder och bolag uppdrar åt andra att hantera information ska avtalet om denna hantering omfatta sådana krav att informationen hanteras i enlighet med dessa riktlinjer. Den nämnd eller det bolag som avtalar med annan om hantering av information ansvarar också för en uppföljning av utförandet och de avtal som ligger till grund för utförandet, så att informationen ges ett avtalsenligt skydd.

1.3.4 Förvaltningschefen eller bolagschefen (VD) ansvarar inför nämnden eller styrelsen för arbetet med informationssäkerhet. Det löpande arbetet samordnas och följs upp av informationssäkerhetssamordnare (se 3.2.1).

1.3.5 Utformning av skyddsåtgärder i enlighet med dessa riktlinjer ska anpassas utifrån organisation, uppdrag, hotbild och sårbarheter.

1.4 Planering

1.4.1 Inom Region Stockholms nämnder och bolag ska ett systematiskt och långsiktigt arbete bedrivas med att skydda informationstillgångar.

1.4.2 En lokal handlingsplan ska finnas vid varje nämnd och vid varje bolag. Av handlingsplanen ska framgå vilka prioriteringar och initiativ som görs avseende informationssäkerhet under innevarande år, med en inriktning för följande tre år. Planen ska årligen uppdateras med utgångspunkt i den systematiska uppföljningen och aktuella hot och sårbarheter.

2. Bedömning och hantering av risker

Region Stockholms informationstillgångar ska skyddas oavsett vilken form de har. Om det visar sig att skyddet kan kringgås är det viktigt att verksamheten har en förmåga att upptäcka detta. Därför ska medarbetare i Region Stockholms nämnder och bolag ha den kunskap som behövs om hur de kan agera för att förebygga och hantera risker i den dagliga verksamheten. Denna kunskap uppnås bland annat genom ett systematiskt arbete med riskanalyser.

2.1 Riskbedömning och riskhantering

2.1.1 Nämnder och bolag ansvarar för att analyser genomförs för verksamheter samt it-system avseende vilka risker som kan påverka deras informationstillgångar. Med utgångspunkt i denna bedömning ska beslutas hur riskerna ska hanteras och nödvändiga åtgärder ska vidtas för att upprätthålla rätt skyddsnivå för informationen.

2.1.2 Riskbedömning och riskhantering ska vara en kontinuerlig process och stödja informationssäkerhetsarbetet. Riskbedömningar ska revideras när förutsättningarna väsentligen förändras.

2.1.3 Riskbedömning och riskhantering ska genomföras i enlighet med vad som anges i Region Stockholms riktlinje för intern kontroll.

2.1.4 Varje nämnd och bolag ska minst årligen genomföra en riskanalys för att identifiera de största riskerna mot de informationstillgångar som hanteras. Denna analys ska dokumenteras.

3. Organisation av informationssäkerheten

För att styra informationssäkerhetsarbetet inom nämnder och bolag i Region Stockholm är det viktigt att roller och ansvar fördelas.

3.1 Roller och ansvar på övergripande nivå i Region Stockholm

Regionövergripande ledning, samordning, uppföljning och analys

3.1.1 Regionstyrelsen ansvarar för uppsikt över nämndernas och bolagens arbete med informationssäkerhet samt för analys, ledning och samordning inom området.

3.1.2 Regionstyrelsen har mandat att fatta beslut om åtgärder för att skydda regionens informationstillgångar vid misstanke om eller vid informationssäkerhetsincident som bedöms kunna leda till allvarlig skada.

3.1.3 Under regionstyrelsen ska det finnas en informationssäkerhetschef för Region Stockholm som samordnar och följer upp regionens informationssäkerhetsarbete. Informationssäkerhetschefen ska ha möjlighet att rapportera större avvikelser i arbetet med informationssäkerhet till regionstyrelsen. Informationssäkerhetschefen svarar för utbildning och stöd till informationssäkerhetssamordnare.

3.2 Roller och ansvar i nämnder och bolag

Informationssäkerhetssamordnare

3.2.1 Varje nämnd och bolag ska utse en informationssäkerhetssamordnare som har i uppgift att samordna och följa upp arbetet med informationssäkerhet inom den egna organisationen.

3.2.2 Informationssäkerhetssamordnaren ska ha möjlighet att rapportera större avvikelser i arbetet med informationssäkerhet till högsta ledningen i nämnden eller bolaget.

Ägare av it-system

3.2.3 När en nämnd eller ett bolag tar ett system eller nätverk i bruk ansvarar nämnden eller bolaget för att kontrollera att det finns ett definierat ägarskap för det aktuella systemet, eller att etablera ett sådant. Ägaren av it-system ska informera alla nämnder och bolag som använder systemet om vilken information som får bearbetas där.

3.2.4 Ägaren av ett it-system ska ansvara för att en definierad skyddsnivå finns i förhållande till vilken information som får användas i systemet. I

ägarens uppdrag ingår också att tillse att systemet har en aktiv förvaltning och övervakning av it-systemet samt livscykelhantering för systemet.

3.2.5 Att ett system som nyttjas av en nämnd eller ett bolag ägs av en annan nämnd eller ett annat bolag fritar inte den nyttjande nämnden eller bolaget från ansvar för att följa upp att ägaren skyddar systemet. Det är den nyttjande nämnden eller bolaget som ansvarar för att information som förs in i systemet inte har en högre skyddsnivå än vad it-systemet är utformat för.

3.2.6 Ägarskap av it-system eller nätverk kan inte delas mellan nämnder och bolag, men en nämnd eller ett bolag kan ges i uppdrag att utöva ägarskap för en tjänst som nyttjas av flera nämnder och bolag. Den nämnd eller det bolag som ges ett sådant uppdrag har fullt mandat att besluta om tjänstens utformning inom ramen för uppdraget. Ägarskap ska dock utövas med utgångspunkt i Region Stockholms samlade behov och krav på tjänsten och med respekt för samtliga nämnder och bolags behov.

3.3 Informationssäkerhetsråd

3.3.1 För att samordning och uppföljning av informationssäkerhetsarbetet ska kunna bedrivas effektivt ska det finnas ett informationssäkerhetsråd inom Region Stockholm. Rådet leds av informationssäkerhetschefen för Region Stockholm. Utöver denne ska rådet bestå av informationssäkerhetssamordnare från varje nämnd och bolag.

3.3.2 Rådets uppgift ska vara stödjande till Region Stockholms informationssäkerhetschef. Rådet ska främja erfarenhets- och kunskapsutbyte, bevaka vilket behov av stöd som finns i verksamheterna och föreslå förbättringar samt förankra och samordna informationssäkerhetsaktiviteter.

4. Medarbetare och informationssäkerhet

Alla som arbetar eller på annat sätt deltar i Region Stockholms verksamhet måste förstå sitt ansvar för och bidra till att hantera och skydda Region Stockholms informationstillgångar.

4.1 Rekrytering och anställning

4.1.1 Innan och under anställning eller annat deltagande i verksamheten ska arbetsgivaren pröva att individen bedöms lämplig, dvs. individens lojalitet och pålitlighet från säkerhetssynpunkt, för att hantera de för tjänsten aktuella informationstillgångarna.

4.2 Sekretess

4.2.1 Tystnadsplikt ska regleras i avtal i de fall då personer deltar i verksamheten och inte är bundna av tystnadsplikt enligt lag.

4.3 Utbildning och fortbildning i informationssäkerhet

4.3.1 Nämnder och bolag ansvarar för att medarbetare får den utbildning i informationssäkerhet som behövs för att säkerställa säker hantering av de informationstillgångar som medarbetaren kan komma att ta del av. Utbildningens omfattning ska vara anpassad till det ansvar och de befogenheter som gäller för befattningen.

4.3.2 Nämnder och bolag ska säkerställa att lämplig kunskapsnivå bibehålls under medarbetarens hela anställnings- eller uppdragstid.

4.3.3 Medarbetare vid samtliga nämnder och bolag ska minst ha genomgått en grundläggande utbildning inom informationssäkerhet. Denna utbildning ska bestå av Region Stockholms DISA, Datorstödd informationssäkerhetsutbildning för användare, eller en utbildning som minst förmedlar motsvarande kunskap.

4.4 Avslutande av anställning eller uppdrag

4.4.1 Nämnder och bolag ska i rutin för avslut av anställning eller uppdrag inkludera informationssäkerhetsperspektivet som säkrar återlämnande av informationstillgångar samt medvetenhet om fortsatt tystnadsplikt.

5. Hantering av informationstillgångar

Detta kapitel handlar om hur informationstillgångar ska hanteras. Sekretessbelagda uppgifter och personuppgifter är exempel på känslig information som behöver extra skyddsåtgärder.

5.1 Värdering och skydd av information

5.1.1 Nämnder och bolag ansvarar för att informationstillgångar identifieras och värderas utifrån sitt skyddsbehov (vilken skada som kan uppstå).

5.1.2 Nämnders och bolags informationstillgångar ska ges skydd med utgångspunkt i att de ska finnas tillgängliga när de behövs (tillgänglighet), att de är skyddade mot obehörig förändring (riktighet) och att obehöriga inte kan få tillgång till dem (konfidentialitet). Skyddet av informations-tillgångarna ska utformas så att efterlevnad av styrande regelverk uppnås samt med hänsyn till nämnders och bolags riskacceptans.

5.2 Information om skyddsvärde

5.2.1 Innan informationstillgångar överlämnas till behörig ska mottagaren informeras om informationens skyddsvärde avseende konfidentialitet.

5.3 Hantering av informationstillgångar vid lagring och överföring

5.3.1 Informationstillgångar, där förlust av konfidentialitet kan leda till en skada som är större än försumbar, ska skyddas mot obehörig åtkomst vid lagring och överföring.

5.3.2 Informationstillgångar, där förlust av riktighet kan leda till allvarlig skada, ska förses med skydd för att upptäcka olovlig förändring av data vid lagring och överföring.

5.4 Inventering av it-utrustning

5.4.1 Nämnder och bolag ansvarar för att det finns uppdaterad inventarieförteckning över all it-utrustning som har möjlighet att kommunicera över nätverk.

5.5 Hantering av lagringsmedier

5.5.1 Lagringsmedier som inte längre ska användas för sitt ändamål ska förstöras alternativt raderas på ett sådant sätt att uppgifterna inte kan återskapas. Nämnder och bolag ansvarar för att det finns rutiner för detta.

5.6 Hantering av informationstillgångar utanför verksamhetens lokaler

5.6.1 Nämnder och bolag ansvarar för att det finns regler och säkerhetsåtgärder för att skydda information som nås, bearbetas eller lagras vid arbete utanför verksamhetens lokaler.

6. Åtkomst till informationstillgångar

Här finns bestämmelser för hur åtkomsten till informationstillgångar administreras och kontrolleras så att endast behöriga personer och resurser kommer åt information.

6.1 Autentisering (identifiering av personer och system)

6.1.1 Alla utställda identiteter i ett it-system ska vara unika över tid. Åtkomsten ska vara spårbar till en fysisk person eller ett system.

6.1.2 Ägare av it-system ansvarar för att system, som hanterar information som vid förlust av konfidentialitet, riktighet eller tillgänglighet kan leda till allvarlig skada, har åtkomstkontroll som baseras på autentisering med minst tillitsnivå 3 i enlighet med tillitsramverket för svensk e-legitimation.

6.1.3 All distansanslutning till it-miljöer som är anslutna till Region Stockholms regionala nätverk ska ske genom en lösning som den regionala nätägaren tillhandahåller eller godkänner. Autentisering vid sådan anslutning ska ske med minst tillitsnivå 2 i enlighet med tillitsramverket för svensk e-legitimation.

6.2 Åtkomstkontroll till informationstillgångar

6.2.1 Behörighet till informationstillgångar ska baseras på användarens aktuella arbetsuppgifter och organisatoriska tillhörighet för att endast ge åtkomst till de informationstillgångar som behövs för att lösa arbetet.

6.2.2 Ägare av it-system ansvarar för att det finns tillämpade rutiner för beställning, registrering, ändring och avregistrering av behörighet i it-system. Rutinerna ska även omfatta administratörsbehörigheter.

6.2.3 Konton som ger systemadministrativ behörighet får endast användas för systemadministration och ska tilldelas restriktivt.

6.2.4 Den som är inloggad i ett it-system ansvarar för vem som tar del av information via den inloggningen.

6.2.5 Tilldelning av behörighet i it-system ska dokumenteras och regelbundet följas upp. Uppföljningen ska minst ske en gång per år.

6.2.6 Det ska finnas en funktion som säkerställer automatisk utloggning ur it-system eller aktivering av låst skärm efter en viss tids inaktivitet som bedöms rimlig ur risksynpunkt för tänkt användningsområde för it-systemet.

6.3 Styrning av åtkomst till icke digital information

6.3.1 När icke-digitala informationstillgångar överförs ska den som förmedlar informationen förvissa sig om att mottagaren är den avsedda och att lämpliga skyddsåtgärder vidtagits för att säkerställa detta.

6.4 Avstängning av åtkomst

6.4.1 Medarbetares tillgång till it-system får stängas av då användningen utgör en hög risk för regionens it-miljö och/eller informationstillgångar.

6.4.2 Anslutning till Region Stockholms regionala nätverk får stängas av då anslutningen utgör hög risk mot regionens it-miljö och/eller informationstillgångar. Beslut om sådan avstängning ska fattas av, eller på uppdrag av, ägaren av det regionala nätverket. Innan beslut om avstängning fattas ska riskerna med avstängningen ha analyserats.

7. Kryptering

Kryptering kan användas för att skydda information från att kunna läsas då den kommer i orätta händer. Kryptering kan också användas för att skydda information från obehörig förändring.

7.1 Kryptografiska säkerhetsåtgärder

7.1.1 Vid kryptering av information ska etablerade och pålitliga algoritmer samt nyckellängder användas.

7.1.2 Vid kryptering vid informationsöverföring ska etablerade kryptografiska protokoll användas och konfigureras enligt god standard.

7.1.3 Vid kryptering ska det finnas administrativa och tekniska skyddsåtgärder som säkerställer att krypteringsnyckeln hanteras säkert över sin livscykel.

8. Fysisk och miljörelaterad säkerhet

Tillträdeskontroll, skalskydd och brandskydd handlar om hur informationstillgångar (inkl. it-system) ska skyddas, både i egna lokaler och vid inhyrning i andras.

8.1 Generellt om fysisk och miljörelaterad säkerhet

8.1.1 Utrymmen som innehåller informationstillgångar ska ha ett fysiskt skydd som utformas och dimensioneras utifrån tillgångarnas värde, identifierade risker och styrande regelverk.

8.2 Skalskydd och tillträdeskontroll

8.2.1 Utrymmen som innehåller informationstillgångar ska skyddas genom åtgärder som säkerställer att endast behöriga får tillträde till tillgångarna.

8.3 Skydd mot angrepp, olyckor och naturkatastrofer

8.3.1 Utrymmen som innehåller informationstillgångar (och informationsbehandlingsresurser) ska ha ett fysiskt skydd mot naturkatastrofer, illvilliga angrepp eller olyckor som är anpassat till tillgångarnas värde.

9. Driftsäkerhet

För att undvika störningar och driftstopp i Region Stockholms it-system krävs en förvaltning och drift med etablerade rutiner för till exempel driftsättning, säkerhetskopiering och loggning.

9.1 Test, utveckling och utbildning i it-miljön

9.1.1 Om informationstillgångar, som vid förlust av konfidentialitet kan leda till en skada som är större än försumbar, hanteras i miljöer för utveckling, test eller utbildning ska samma skydd uppnås som i produktionsmiljö.

9.1.2 Tester av it-miljön ska riskhanteras och ska inte introducera risker som kan medföra allvarlig skada i produktionsmiljön.

9.2 Rutiner för drift och förvaltning

9.2.1 Ägare av it-system och nätverk ansvarar för att administration, drift och underhåll av it-system sker på ett strukturerat och spårbart sätt.

9.2.2 Ägare av it-system som innehåller information där förlust av konfidentialitet, riktighet eller tillgänglighet med allvarlig skada ska tillse att det finns en kontinuerlig övervakning under systemets drifttid/öppettid för att proaktivt upptäcka och åtgärda fel, minimera avbrott och förebygga andra it-incidenter.

9.3 Systemdokumentation

9.3.1 Ägaren av it-system ansvarar för att it-systemet är dokumenterat. Dokumentationen ska ge tillräckligt stöd för strukturerad och säker drift och förvaltning.

9.3.2 Ägaren av it-system ska säkerställa att användarna får kunskap om vilken typ av information som får hanteras i ett it-system och eventuella regler kring denna hantering.

9.4 Säkerhetsloggning

9.4.1 Ägaren av it-system ansvarar för att händelser som kan ha betydelse för säkerheten i it-systemet eller it-miljön i Region Stockholm loggas. Av denna säkerhetslogg ska tidpunkt och annan för händelsen relevant information framgå.

9.4.2 Ägaren av it-system ansvarar för att det finns rutiner för hantering av systemets loggar och händelser som kan påverka säkerheten i it-systemet. Rutinerna ska omfatta hur systemförvaltningen ska kunna upptäcka obehörig åtkomst eller annan skadlig påverkan. Rutinerna ska även omfatta vad som behövs i övrigt samt vilka åtgärder som ska vidtas vid upptäckta händelser.

9.4.3 Ägare av it-system ska, då regionstyrelsen efterfrågar detta, tillgängliggöra sådana säkerhetsloggar som behövs för att kunna upptäcka och utreda hot mot och sårbarheter i skyddet av Region Stockholms regionala it-infrastruktur.

9.4.4 It-system ska ha korrekt tidsangivelse.

9.4.5 Nämnder och bolag ska informera medarbetare om att användning av it-system loggas och att loggarna kan granskas för att undersöka it- och cybersäkerhetsrelaterade sårbarheter och hot riktade mot Region Stockholms informationstillgångar och it-miljö.

9.5 Säkerhetsuppdateringar och versionshantering

9.5.1 Ägaren av it-system ska säkerställa att endast it-system används där alla delkomponenter fortfarande supporteras av respektive leverantör. Om detta inte är möjligt ska riskerna reduceras till en acceptabel nivå.

9.5.2 Leverantörs säkerhetsuppdateringar ska installeras skyndsamt i it-system.

9.6 Skydd mot skadlig kod

9.6.1 Ägaren av it-system ska säkerställa att behovet av skydd mot skadlig kod i it-systemet är analyserat.

9.6.2 I de fall behov av skydd mot skadlig kod finns ska ägaren av it-systemet säkerställa att sådant skydd implementeras.

9.7 Styrning av ändringar i it-system

9.7.1 Det ska finnas rutiner för ändringshantering och testning av it-system.

9.8 Säkerhetskopiering och återläsning av data

9.8.1 Säkerhetskopiering av informationstillgångar (inklusive programvara) ska utföras regelbundet, med frekvens och omfattning anpassad till verksamhetskrav respektive legala krav, enligt fastställd instruktion. För information, som behövs för organisationens förmåga att utföra sitt uppdrag, ska säkerhetskopiering ske minst en gång per dygn.

9.8.2 Tester för att återskapa information från säkerhetskopior ska genomföras regelbundet och resultatet ska dokumenteras. För information, som behövs för nämnden eller bolagets förmåga att utföra sitt uppdrag, ska kontroll ske minst en gång per år att uppgifterna på säkerhetskopiorna går att återskapa inom den tidsrymd som nämndens eller bolagets kontinuitetsplanering kräver.

9.8.3 Säkerhetskopior och original ska förvaras fysiskt åtskilda i enlighet med informationens skyddsvärde.

10. Kommunikationssäkerhet

En viktig förutsättning för att skydda Region Stockholms it-system är att det finns bra skyddsåtgärder i nätverken samt kontroll på vilken kommunikation som sker i nätverken.

10.1 Generella skyddsåtgärder i nätverk

10.1.1 Ägaren av nätverk ansvarar för att nätverk förses med skyddsåtgärder för att motverka obehörig åtkomst.

10.1.2 Ägaren av nätverk ansvarar för att nätverk delas upp genom fysisk eller logisk separation. Avgränsningen ska vara tydlig och dokumenterad.

10.1.3 Användare med it-utrustning som inte är kontrollerad eller godkänd av Region Stockholm får endast anslutas till för detta avsedda gästnätverk.

10.1.4 Om ägare av nätverk som är anslutna till Region Stockholms regionala nätverk vill ha egna anslutningar till andra nätverk fordras att risk- och konsekvensanalys utförs och att särskild överenskommelse tecknas med ägaren av det regionala nätverket som reglerar det gemensamma nättrafikskyddet.

10.2 Skyddsåtgärder i trådlösa nätverk

10.2.1 Trafik i trådlösa nätverk ska krypteras.

10.3 Specifika skyddsåtgärder i Region Stockholms regionala nätverk

10.3.1 Anslutningar av nätverk till Region Stockholms regionala nätverk får endast ske i enlighet med rutiner som beslutats av ägaren till det regionala nätverket.

10.3.2 Ägaren för Region Stockholms regionala nätverk ansvarar för att alla anslutningar passerar genom perimeterskydd.

10.3.3 Alla perimeterskydd i anslutningar till och från Region Stockholms regionala nätverk ska ha regelverk som bara släpper igenom trafik som har ett verifierat verksamhetsbehov.

10.4 Skyddsåtgärder vid extern informationsöverföring

10.4.1 Överföring av informationstillgångar utanför Region Stockholm ska regleras genom avtal om inte överföringen redan regleras genom författning.

11. Utveckling, anskaffning och underhåll av it-system

Informationssäkerhet ska hanteras under ett it-systems hela livscykel. Därför är det viktigt att dessa frågor hanteras i ett tidigt skede. Hur kravställning och avtalsskrivning ska gå till i samband med upphandling beskrivs i nästa kapitel.

11.1 Anskaffning av it

11.1.1 När en verksamhet köper it som tjänst hos extern part eller förlägger drift av it-system hos en sådan, ska minst samma regler för informationssäkerhet gälla som när driften hanteras i egen regi.

11.2 Systemutvecklingsprojekt

11.2.1 Informationssäkerhet ska hanteras i systemutvecklingsprojekt genom dokumenterade modeller för systemutveckling och projektstyrning.

11.3 Test

11.3.1 Instruktioner för acceptanstest, driftgodkännande och produktionssättning ska finnas och tillämpas vid nämnder och bolag som bedriver drift av it-system.

12. Leverantörsrelationer

Det är viktigt att Region Stockholms informationstillgångar har samma skydd även då de hanteras av en leverantör.

12.1 Kravställning

12.1.1 Innan anskaffning ska analys ske av vilka krav avseende informationssäkerhet som ska ställas.

12.1.2 Kraven som ställs i samband med anskaffning ska säkerställa skyddet för de informationstillgångar som leverantören eller leverantörens produkter kommer att hantera.

12.1.3 Nämnder och bolag ansvarar för att leverantörer har motsvarande informationssäkerhetskrav på sig som om Region Stockholm hade tillhandahållit tjänsten i egen regi.

12.2 Upprättande och förvaltning av avtal

12.2.1 Vid upprättande av avtal med extern leverantör som ska hantera informationstillgångar åt verksamheten ska kraven på informationssäkerhet regleras.

12.2.2 Avtalet ska specificera hur händelser som rör informationssäkerhet ska hanteras då de uppstår hos leverantören relaterat till de informationstillgångar de hanterar åt nämnden eller bolaget.

12.2.3 Avtalet ska specificera vad som händer om leverantören inte följer de krav som ställts gällande informationssäkerhet.

12.2.4 Avtalet ska specificera att verksamheten har rättighet att genomföra revision av informationssäkerheten.

12.2.5 Nämnder och bolag ansvarar för att uppföljning sker gällande hur leverantörer de har avtal med hanterar informationssäkerheten.

12.3 Riskhantering av leverantörsberoenden

12.3.1 Risker som följer av beroendet av en leverantör ska minimeras och åtgärder vidtas för att hantera konsekvenserna av att leverantören inte kan fullfölja sitt uppdrag.

13. Hantering av händelser som rör informationssäkerhet

När en allvarlig händelse inträffar som påverkar informationssäkerheten är det viktigt att snabbt agera för att begränsa eller avvärja konsekvenserna av händelsen. Störningar kan ha flera orsaker och kan snabbt komma att påverka många delar av verksamheten, men också andra aktörer i samhället.

13.1 Hantering av informationssäkerhetshändelser

13.1.1 Samtliga nämnder och bolag ansvarar för att det finns processer och rutiner för att hantera händelser och sårbarheter som kan utgöra ett hot mot Region Stockholms informationstillgångar inom respektive nämnds och bolags ansvarsområde. Nämnder och bolag ska också medverka i de regionövergripande processer som etablerats i detta syfte.

13.2 Analys av it-utrustning

13.2.1 Regionstyrelsen ansvarar för att Region Stockholm har förmåga att genomföra analys av it-utrustning i de fall då utrustningen misstänks utgöra ett hot mot Region Stockholms it-miljö eller informationstillgångar.

13.2.2 Nämnder och bolag ska tillgängliggöra sådan it-utrustning, som misstänks kunna vålla skada på Region Stockholms it-miljö eller informationstillgångar, för analys om utrustningen utgör ett sådant hot. It-utrustningen ska tillgängliggöras till regionstyrelsen, eller funktion med uppdrag därifrån.

13.3 Incidentrapportering

13.3.1 Då nämnder och bolag rapporterar incidenter rörande brister i informationssäkerheten till tillsynsmyndigheter i enlighet med lag ska regionstyrelsen, eller funktion med uppdrag därifrån, få information.

14. Kontinuitetshantering

Verksamheten ska kunna fortsätta även om till exempel it-system slås ut, en strömkabel grävs av eller byggnader brinner ner. Därför är det viktigt att planera för hur verksamheten ska fungera om det händer något.

14.1 Generella regler för kontinuitetsplanering

14.1.1 Informationssäkerhet ska vara en integrerad del av den överordnade processen för verksamhetens kontinuitetsplanering. Processen ska behandla nödvändiga informationssäkerhetskrav som behövs för verksamheten i kontinuitet.

15. Uppföljning

Region Stockholm ska följa upp hur väl ledningssystemet för informationssäkerhet fungerar och utvärdera skyddet av verksamhetens informationstillgångar för att identifiera förbättringsbehov.

15.1 Uppföljning av regelverket

15.1.1 Anpassningar av Region Stockholms styrande dokument för informationssäkerhet ska ske utifrån förändringar i lagar och föreskrifter, uppdateringar av rekommendationer på området, resultat från analyser av sårbarheter och hotbild samt förändringar i verksamhet och verktyg.

15.2 Uppföljning av efterlevnad

15.2.1 Varje nämnd och bolag ska regelbundet genomföra revision av sin informationssäkerhet och göra en analys av hur skyddsåtgärder förhåller sig till gällande styrande regelverk samt aktuell hotbild. Baserat på genomförda granskningar och identifierade avvikelser ska skyddsåtgärder vidtas, anpassas och kompletteras.

15.2.2 Varje år ska nämnder och bolag följa upp status på informationssäkerheten inom det egna ansvarsområdet.

15.2.3 Regionstyrelsen ska årligen utvärdera informationssäkerheten och verkan av det övergripande ledningssystemet för informationssäkerhet inom Region Stockholm.

15.3 Uppföljning av händelser i it-miljön

15.3.1 Användning av Region Stockholms it-system ska följas upp för att upptäcka hot mot informationstillgångar och it-miljö. Vid misstanke om brott mot lag eller Region Stockholms styrande regelverk kan fördjupad uppföljning komma att ske.

15.3.2 Regionstyrelsen ansvarar för att det finns instruktioner för hur kontroll ska genomföras av loggar i central it-infrastruktur i syfte att identifiera hot mot och reducera sårbarheter i Region Stockholms it-miljö eller informationstillgångar.

15.3.3 Nämnder och bolag ska ha dokumenterade rutiner för kontroll av medarbetares användning av it-utrustning då så är nödvändigt. Rutinen ska klargöra vem som fattar beslut om sådan kontroll.

16. Begrepp

Nedan följer förklaringar av begrepp som används i detta dokument. Begreppen utgår från ISO-standarder[1] och förskrifter[2] på området.

Begrepp	**Förklaring**
Allvarlig skada	Allvarlig negativ påverkan för Region Stockholm, annan myndighet eller enskilda fysiska eller juridiska personer. (Kan t.ex. handla om att känsliga personuppgifter röjs till obehörig; att ett sjukhus inte kan leverera en viss typ av vård eller att en tunnelbanelinje har stora störningar.) Motsvarar konsekvensnivå 4 i Region Stockholms riskmodell.
Autentisering	Kontroll av uppgiven identitet.
Behörighet	Tilldelade rättigheter att använda en informationstillgång på ett specificerat sätt.
Fysisk säkerhet	Tekniska säkerhetsåtgärder relaterade till skydd av personer, lokaler och utrustning av betydelse för informationssäkerheten.
Försumbar skada	Försumbar negativ påverkan på Region Stockholm, annan myndighet eller enskilda fysiska eller juridiska personer. Motsvarar konsekvensnivå 1 i Region Stockholms riskmodell.
Hot	Möjlig orsak till en oönskad händelse som kan medföra negativa konsekvenser för verksamheten.
Informationssäkerhet	Bevarande av konfidentialitet, riktighet och tillgänglighet hos information.
Informationssäkerhets-händelse	Förekomst eller förändring av specifika omständigheter som försämrar skyddet av informationstillgångar. (En händelse kan även bestå av något som inte händer; En händelse kan ibland refereras till som en "incident" eller "olycka”.)

[1] Terminologi för informationssäkerhet (SIS-TR 50:2015)
Informationsteknik - Säkerhetstekniker - Ledningssystem för informationssäkerhet - Översikt och terminologi (ISO/IEC 27000:2018)
[2] Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps föreskrifter (MSBFS 2015:4) om landstings risk- och sårbarhetsanalyser

Begrepp	**Förklaring**
Informationssäkerhets-incident	Enskild eller flera oönskade eller oväntade informationssäkerhetshändelser som har negativa konsekvenser för verksamheten och dess informationssäkerhet.
Informationstillgång	Information, och resurser som hanterar den, som är av värde för verksamheten.
It-system	System med teknik som hanterar och utbyter information med omgivningen.
It-utrustning	Fysisk utrustning som hanterar och utbyter information med omgivningen.
Konfidentialitet	Skydd mot obehörig insyn.
Kontinuitetsplanering	Åtgärder för att säkerställa verksamhetens kontinuitet vid olika allvarliga störningar.
Kryptering	Omvandling av klartext till kryptotext med hjälp av ett kryptosystem och en krypteringsnyckel eller en publik krypteringsnyckel i syfte att förhindra obehörig åtkomst till information.
Ledningssystem	Uppsättning av samverkande eller varandra påverkande delar av en organisation för att upprätta policyer och mål samt processer för att uppnå dessa mål.
Medarbetare	Alla som arbetar, eller på annat sätt deltar i verksamheten.
Policy för verksamhetsskydd	Dokument innehållande Region Stockholms styrande principer rörande skyddet av verksamheten.
Region Stockholms regionala nätverk	Nätverk som används för att sammankoppla de lokala nätverken vid nämnder och bolag.
Riktighet	Skydd mot oönskad förändring.
Risk	En sammanvägning av sannolikheten för att en händelse ska inträffa och de konsekvenser händelsen kan leda till.
Riskanalys	Process för att förstå riskens natur och för att avgöra risknivån.
Riskbedömning	Övergripande process som innefattar delprocesserna riskidentifiering, riskanalys och riskutvärdering.
Riskhantering	Samordnade aktiviteter för att styra och leda en verksamhet med avseende på risk
Riskidentifiering	Process för att upptäcka, kartlägga och beskriva risker.

Begrepp	**Förklaring**
Riskutvärdering	Process för att jämföra resultaten från riskanalysen med riskkriterierna för att avgöra om risken och/eller dess storlek är acceptabel eller godtagbar.
Riskägare	Person som ansvarar för och har befogenhet att hantera en risk.
Styrande regelverk	Lagar, förordningar, interna styrande dokument (som t.ex. reglemente och arbetsordning) samt avtal.
Sårbarhet	Brist i skyddet av en tillgång eller av en säkerhetsåtgärd som kan utnyttjas av ett eller flera hot.
Säkerhetslogg	Logg över säkerhetskritiska händelser.
Tillgång	Allt som är av värde för verksamheten. (Det kan handla om både materiellt värde och det som har ett immateriellt värde, t.ex. förtroende eller varumärke.)
Tillgänglighet	Åtkomst för behörig person vid rätt tillfälle.
Åtkomstkontroll	Funktioner i ett system som syftar till att reglera och kontrollera en användares åtkomst till information och resurser.

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2020-0266

Riktlinjer för anti-korruption och representation

Gäller för Region Stockholm

Dokumenttyp	Fastställd	Giltig till och med
Dokumentnummer 2025247	Fastställd av	Upprättad av
Informationssäkerhetsklass		

Innehåll

1. INLEDNING 4

2. SYFTE 4

3. TILLÄMPNING 4

4. SÄRSKILT OM MUTBROTT 5

5. GENERELLA BESTÄMMELSER 6

5.1 VIKTEN AV ETT GOTT OMDÖME OCH DET PERSONLIGA ANSVARET 6

5.2 SÄRSKILDA RISKGRUPPER 7

5.3 DET SÄRSKILDA CHEFSANSVARET 7

6. OLIKA KATEGORIER AV FÖRMÅNER FRÅN EXTERN PART 7

6.1 FÖRMÅNER SOM INTE FÅR TAS EMOT 7

6.2 SÄRSKILDA RISKGRUPPER SOM OMFATTAS AV SÄRSKILT STRIKTA REGLER 8

6.3 FÖRMÅNER SOM NORMALT KAN ACCEPTERAS 9

6.4 FÖRMÅNER SOM MEDFÖR RISK FÖR MUTBROTT 9

7. KONTROLLFRÅGOR VID ERBJUDANDEN FRÅN EXTERN PART 10

8. JÄV 10

8.1 ALLMÄNT OM JÄV 10

8.2 EFFEKTEN AV ATT JÄV FÖRELIGGER 11

9. REPRESENTATION, INKLUSIVE GÅVOR FRÅN ARBETSGIVAREN 11

9.1 ALLMÄNT OM REPRESENTATION 11

9.2 EXTERN REPRESENTATION SOM ARRANGERAS AV REGION STOCKHOLM 12

9.3 INTERN REPRESENTATION M.M. 12

9.4 REDOVISNING OCH RUTINER 13

10. SÄRSKILT FÖR MEDARBETARE INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN 14

11. SÄRSKILT FÖR REGION STOCKHOLMS BOLAG ... 14

12. VID MISSTANKE OM BROTT ELLER ALLVARLIGA OEGENTLIGHETER 15

BILAGA TILL RIKTLINJER FÖR ANTI-KORRUPTION OCH REPRESENTATION 16

1. Inledning

I Uppförandekod för Region Stockholm slås fast att det är en förutsättning att alla som arbetar i Region Stockholm agerar ansvarsfullt och korrekt för att Region Stockholm ska kunna erbjuda god och likvärdig service till invånarna och för Region Stockholms trovärdighet. Eftersom Region Stockholm arbetar på invånarnas uppdrag är det viktigt att dessa mål nås. Det kan bara ske om alla genomför arbetsuppgifterna på ett sakligt och opartiskt sätt, fritt från godtycke samtidigt som vi hanterar Region Stockholms ekonomiska tillgångar varsamt. Vi ska sträva efter att förekomma förtroendekriser och misstankar om exempelvis korruption genom att alltid tänka på hur vårt beteende kan uppfattas.

Region Stockholm definierar korruption på samma sätt som bland annat den ideella organisationen Transparency International; korruption handlar om att någon utnyttjar sin ställning för att uppnå en otillbörlig fördel för egen eller annans vinning. Sådana beteenden kan utgöra brott av olika slag. Även beteenden som inte är brottsliga och straffsanktionerade kan strida mot lag. Ett beteende behöver dock inte strida mot en lag för att uppfattas som korrupt om det framstår som etiskt klandervärt. Korrupta beteenden strider mot Region Stockholms värderingar och kultur och får inte förekomma.

2. Syfte

Dessa riktlinjer konkretiserar och kompletterar bestämmelserna i Uppförandekod för Region Stockholm i de delar som direkt eller indirekt rör anti-korruption i vid bemärkelse. Bestämmelserna syftar till att skapa förutsättningar för ansvarsfulla personliga överväganden och beslut som styr bort från förtroendeskadliga beteenden och korruptionsbrott. Därför innehåller dessa riktlinjer inte bara regler för hur vi ska förhålla oss till externa parter och hur vi ska undvika jäv utan även regler om intern representation. Bisysslor regleras däremot separat.

3. Tillämpning

Riktlinjerna gäller för alla som arbetar i Region Stockholm, det vill säga förtroendevalda, anställda samt inhyrd personal och andra uppdragstagare som kan jämställas med anställda i Region Stockholms nämnder, bolag samt stiftelser där Region Stockholm är förvaltare eller utser majoriteten av

styrelsen. Dessa olika personkategorier kallas nedan gemensamt medarbetare. Ett särskilt avsnitt riktar sig enbart till bolagen.

4. Särskilt om mutbrott

Ett brott är en lagöverträdelse för vilken det kan utdömas ett straff. Vissa typer av brott brukar kallas för mutbrott. Enligt svensk straffrätt kan enbart fysiska personer, det vill säga individer till skillnad från exempelvis företag, begå brott. Straffansvaret för mutbrott är därmed personligt. Mutbrott involverar en ”förmån” i form av exempelvis en middag, en inbjudan till ett evenemang, en resa, en rabatt, en prestigefull utmärkelse, etc. En ”förmån” definieras brett och behöver inte ha tagits emot för att det ska bli fråga om brott. Redan att erbjuda en förmån eller ställa krav på en förmån, kan utgöra ett brott om förmånen bedöms som ”otillbörlig”. Vad som är otillbörligt definieras inte i lagen.

En förmån behöver inte ha ett ekonomiskt värde för att vara otillbörlig, men risken för att en förmån är olaglig ökar bland annat typiskt sett ju högre ekonomiskt värde förmånen har samt hur ofta förmånen förekommer till samma mottagare. Även förmånens personliga betydelse för mottagaren, hur den begärs, lämnas, etc. och mottagarens ställning hos arbetsgivaren/uppdragsgivaren är av betydelse för bedömningen. Om en förmån från en extern part objektivt sett kan misstänkas påverka hur mottagaren av förmånen utför sina arbetsuppgifter är den normalt otillbörlig.

En förmån kan vara olaglig även om förmånen lämnas före det att någon påbörjar anställningen/uppdraget eller efter att någon lämnat den/slutfört det. Vad som utgör mutbrott i lagens mening beror alltid på en samlad bedömning av omständigheterna i det enskilda fallet. Förmåner som ges till medarbetare i offentlig sektor och särskilt sådana som är involverade i myndighetsutövning och offentlig upphandling anses särskilt riskfyllda. En förmån kan med andra ord i lagens mening vara otillbörlig, och därmed olaglig, i en viss situation medan samma förmån som ges under andra omständigheter inte medför att brott anses ha begåtts.

De enskilda brotten har olika namn såsom givande respektive tagande av muta och ”handel med inflytande”. Syftet med straffbestämmelserna om mutor är att förhindra att besluts- och handlingsprocesser i samhället påverkas med otillbörliga medel.

5. Generella bestämmelser

5.1 Vikten av ett gott omdöme och det personliga ansvaret

Varje medarbetare förväntas såsom anges i Uppförandekod för Region Stockholm ha och tillämpa ett gott omdöme där var och en tänker igenom konsekvenserna av sitt agerande i förväg och vid behov ber om hjälp och råd i enskilda situationer eller allmänt. De kontrollfrågor som framgår av avsnitt 7 nedan kan tjäna som ledning för det resonemang som medarbetaren bör föra när en förmån från extern part aktualiseras.

Att sätta sig in i, förstå och följa dessa riktlinjer är ett personligt ansvar som åligger varje medarbetare. Därför är det exempelvis inte en ursäkt om ens chef/uppdragsgivare skulle ha godkänt ett visst beteende som i själva verket är brottsligt.

För att undgå ansvar för mutbrott ska en misstänkt muta uttryckligen och omedelbart avvisas av medarbetaren.

Medarbetare får inte från en extern part, för sin egen eller annan (exempelvis närstående) persons räkning, ta emot, godta ett löfte om eller begära en förmån som objektivt sett kan misstänkas kunna påverka hur medarbetaren utför sina arbetsuppgifter, det vill säga att medarbetaren fattar ett annat beslut än vad som annars skulle vara fallet eller på annat sätt påverkar medarbetarens sätt att fullgöra sina arbetsuppgifter.

Det är inte tillåtet för en medarbetare att från en extern part ta emot, godta ett löfte om eller begära en förmån för att påverka annans beslut eller åtgärd vid myndighetsutövning[1] eller beslut om offentlig upphandling eller att lämna, utlova eller erbjuda en förmån till någon för att denne ska påverka beslutsfattaren vid myndighetsutövning eller offentlig upphandling.

Vid resor utomlands ska medarbetare som utgångspunkt följa svensk antikorruptionslagstiftning och dessa riktlinjer. För det fall antikorruptionslagstiftningen i det land som besöks är strängare än den svenska lagstiftningen, ska den lokala lagstiftningen följas.

[1] Med myndighetsutövning avses att en person för en myndighets räkning tar beslut som innebär att myndigheten utövar makt över en enskild person. Att ingå avtal eller lämna råd och upplysningar till allmänheten innebär inte myndighetsutövning.

Om extern representation involverar internationella gäster eller värdar är mindre avvikelser från dessa riktlinjer tillåtna om det av kulturella skäl framstår som skäligt och avvikelsen inte innebär en risk för överträdelse av gällande antikorruptionslagstiftning. Avvikelsen ska om möjligt alltid stämmas av med överordnad chef i förväg. Avvikelsen får aldrig innebära att en förmån som räknas upp i 6.1 tas emot eller att avsteg görs från bestämmelsen i 6.2.

5.2 Särskilda riskgrupper

Vissa medarbetare har arbetsuppgifter av en art som kan göra dem särskilt utsatta för försök till otillbörlig påverkan utifrån. Detta gäller framförallt medarbetare med arbetsuppgifter som involverar myndighetsutövning och offentlig upphandling. Även medarbetare som är involverade i avtalsförhandlingar eller på annat sätt har kontakter med leverantörer vid tillämpning och uppföljning av avtal kan vara särskilt utsatta liksom medarbetare involverade i besiktning och kontroll. Detsamma är fallet för medarbetare som kommer i direktkontakt med personer i stark beroendeställning, exempelvis patienter.

Medarbetare som räknas upp ovan har ett särskilt ansvar att agera med en god säkerhetsmarginal så att inte förtroendeskada eller risk för brott uppstår.

5.3 Det särskilda chefsansvaret

Chefer har ett särskilt ansvar för att det bedrivs ett aktivt antikorruptionsarbete på arbetsplatsen och för att föregå med gott exempel när det gäller etik. Chefer ansvarar också för att medarbetare får rätt förutsättningar (i form av utbildning och stöd) för att kunna sätta sig in i, förstå och kunna följa dessa riktlinjer.

Ansvaret för riskhantering, intern kontroll och regelefterlevnad följer verksamhetsansvaret på alla nivåer i respektive organisation där respektive chef är riskägare för respektive verksamhet (se vidare Region Stockholms riktlinje för intern kontroll).

6. Olika kategorier av förmåner från extern part

6.1 Förmåner som inte får tas emot

Det ställs särskilt höga krav på medarbetare inom offentlig verksamhet vid en bedömning av om mutbrott har skett eller inte. En medarbetare som vill vara helt trygg bör därför som utgångspunkt betrakta varje förmån från en extern part som otillåten.

Ett sätt att undvika gränsdragningsproblematik för medarbetare är med andra ord att helt undvika att ta emot gåvor och andra typer av förmåner från externa aktörer.

Medarbetare får aldrig från en extern part ta emot följande förmåner i tjänsten/inom ramen för uppdraget:

- Penninglån
- Alla typer av penninggåvor, provisioner, personliga direkta eller indirekta rabatter, personliga presentkort, värdepapper eller liknande förmåner som är att jämställa med kontanter
- Borgensåtagande eller skuldtäckning
- Upplåtelse av nyttjanderätt
- Efterskänkande av fordran, ränta, amortering, köpeskilling o.s.v.
- Rätt att fritt eller till subventionerat pris förfoga över fritidshus, båt, fordon m.m. för privat bruk
- Rätt att fritt eller till subventionerat pris delta i olika evenemang på fritiden, exempelvis en nöjes- eller semesterresa
- Erbjudande som inkluderar familj, partner eller dylikt (”+1”)
- Enskilda tjänster eller varor till underpris för privat ändamål där det förmånliga priset från leverantören beror på en koppling mellan leverantören och Region Stockholm (Exempelvis renovering av privatbostad till ett förmånligt pris av leverantör som parallellt utför arbete för Region Stockholm)
- Testamentsförordnanden från patient. Om en medarbetare får vetskap om att en patient avser att testamentera egendom till medarbetare, ska denne så snart som möjligt klargöra för den som gör testamentet att han/hon inte kan ta emot någon gåva eller förmån
- Orimligt höga konsultarvoden.

Bonuspoäng som intjänas i tjänsten via lojalitetsprogram och dylikt får endast användas i tjänsten.

6.2 Särskilda riskgrupper som omfattas av särskilt strikta regler

I anslutning till myndighetsutövning eller offentlig upphandling får medarbetare inte ta emot någon typ av förmån, oavsett värde, från extern part/motpart i form av enskild individ, potentiell eller befintlig leverantör, anbudsgivare, etc. med kopplingar till ärendet.

6.3 Förmåner som normalt kan accepteras

Förmåner som erbjuds en medarbetare av en extern part och som inte rimligen kan misstänkas påverka hur medarbetaren utför sina arbetsuppgifter är som regel tillåtna (se dock avsnitt 6.2 ovan). Följande exempel utgör sådana förmåner som normalt anses tillåtna:

- Enstaka, ej återkommande arbetsmåltider av vardaglig karaktär och mindre värde som serveras under arbetets gång (se vidare under Måltider i avsnitt 6.4)
- Kaffe och kaffebröd, frukt samt dylikt som serveras i samband med ett arbetsmöte
- Enklare (lågt värde), symbolisk uppvaktning (i form av exempelvis en blomsterbukett) på högtidsdagar (exempelvis 50-årsdag), vid pension eller vid längre tids sjukdom
- Symboliska julgåvor av mindre värde (exempelvis en påse julgodis) som ges till en hel grupp medarbetare, exempelvis en avdelning eller enhet
- Reklamprodukter och giveaways av mycket begränsat värde som exempelvis delas ut till besökare på mässor.

6.4 Förmåner som medför risk för mutbrott

Nedan återfinns exempel på situationer där mutbrott kan bli aktuellt beroende på omständigheterna i det enskilda fallet. Medarbetare ska därför vara extra vaksamma på hur de agerar i dessa situationer. Om en medarbetare känner sig osäker är det alltid bättre att avstå från förmånen.

Måltider
Representationsmåltider som erbjuds av extern part kan innebära en risk. För att vara godtagbara får de inte vara lyxbetonade eller erbjudas återkommande och de måste alltid ha ett verksamhetsrelaterat inslag som inte är obetydligt. Måltiden får inte vara det huvudsakliga syftet med mötet. Julluncher som erbjuds från extern part bör inte mottas.

Studiebesök, kurser, konferenser m.m.
Innehållet i studiebesök, kurser och konferenser, etc. ska alltid vara till nytta för Region Stockholm. Studiebesök, kurser och konferenser ska som huvudregel betalas av arbetsgivaren. Om det istället är en extern part som står för kostnaden bör, om det inte finns objektivt godtagbara skäl, inbjudan vara utformad så att arbetsgivaren själv kan välja vem som ska delta från verksamheten för att inbjudan ska kunna accepteras. Om en inbjudan till studiebesök eller annat arrangemang inkluderar inbjudan till en familjemedlem, partner eller dylikt ska inbjudan aldrig accepteras.

Personliga gåvor
Personliga julgåvor eller andra typer av personliga gåvor än de som räknas upp under 6.3 bör inte mottas från externa parter även om värdet är mycket litet såvida det inte står helt klart att mottagande inte innebär risk för förtroendeskada eller brott.

Rabatter
Rabatter som ges öppet och riktar sig till samtliga medarbetare inom en viss verksamhet kan vara tillåtna.

7. Kontrollfrågor vid erbjudanden från extern part

Om en medarbetare erbjuds något av en extern part kan följande kontrollfrågor tjäna som ledning för att ta ställning till om det är otillåtet eller tillåtet och i övrigt lämpligt att acceptera erbjudandet:

- Är detta en förmån och varför erbjuder organisationen/personen i fråga den till mig?
- Finns det en koppling mellan den erbjudna förmånen och min tjänsteutövning?
- Vad är det för typ av förmån och vad är det ekonomiska värdet på förmånen?
- Vilket inflytande har jag på Region Stockholms relation med den som erbjuder förmånen?

Skulle tveksamhet uppstå om det är tillåtet eller lämpligt att ta emot förmånen bör medarbetaren avstå från att ta emot den. När en situation uppstår där det föreligger tveksamheter om en förmån är tillåten eller inte och en medarbetare ändå överväger att ta emot den, bör kontakt tas med överordnad chef eller jurist i förvaltningen/bolaget.

8. Jäv

8.1 Allmänt om jäv

Reglerna om jäv för medarbetare inom Region Stockholm följer huvudsakligen av förvaltningslagen, kommunallagen och aktiebolagslagen. Lagarna talar om när en medarbetare har ett sådant intresse i ett ärende att hans eller hennes opartiskhet kan ifrågasättas. Jävsbestämmelserna handlar om att förhindra att medarbetare ska hamna i situationer där det finns risk att kraven på saklighet och objektivitet inte upprätthålls vid genomförande av Region Stockholms uppdrag. Reglerna om jäv gäller vid all handläggning och riktar sig till den som på något sätt kan påverka

ärendets utgång. Jävsreglerna gäller inte bara den som beslutar, utan gäller även den som bereder ett ärende och deltar i handläggningen. Jäv föreligger exempelvis i situationer där saken angår en person själv eller någon närstående eller om ärendets utgång kan medföra nytta eller skada för den personen eller någon närstående.

8.2 Effekten av att jäv föreligger

Om medarbetare är jävig får denne som utgångspunkt inte delta i handläggningen av ärendet. Det innebär att den personen normalt inte får vidta någon åtgärd i ärendet alls. Den som är jävig får därmed inte heller närvara när ärendet behandlas och/eller beslutas. Det är viktigt att inte heller delta i diskussioner om ärendet. Om någon som är jävig deltar i handläggningen kan beslutet komma att överklagas och ogiltigförklaras på grund av jävssituationen.

Det finns en skyldighet enligt lag att självmant anmäla jäv. Det är viktigt att så tidigt som möjligt anmäla jäv. Uppstår kännedom om omständighet som kan antas utgöra jäv ska medarbetaren meddela detta, normalt till närmaste chef som bör göra en tjänsteanteckning. Det kan ibland förekomma situationer som är svåra att bedöma ur jävssynpunkt. I sådana fall bör medarbetare iaktta försiktighet och avstå från att delta i hanteringen av ärendet (försiktighetsprincipen).

Att självmant anmäla jäv är som det står ovan ett personligt ansvar. Chefer bör inte desto mindre vid bemanning av ärenden aktivt reflektera över om tilltänkt medarbetare utifrån ett potentiellt intressekonfliktsperspektiv framstår som olämplig att involvera i ärendet på grund av anställning eller externt uppdrag som medarbetaren har avslutat i närtid och som chefen känner till.

9. Representation, inklusive gåvor från arbetsgivaren

9.1 Allmänt om representation

All representation som Region Stockholm erbjuder eller där medarbetare deltar, ska ha ett tydligt samband med och ingå som ett naturligt och nyttigt led i medarbetarens arbete. Allmänt ska intern och extern representation erbjudas med restriktivitet och kännetecknas av måttfullhet. Inga former av lyxbetonad representation får som utgångspunkt förekomma. Särskilda bestämmelser finns dock för hedersbelöning som regleras i Region Stockholms riktlinjer för hedersbelöning.

Förvaltningschef respektive VD har rätt att undantagsvis besluta om att öl och vin är tillåtna vid särskilda representationstillfällen i samband med måltid. Alkoholfria alternativ ska alltid erbjudas. Servering av spritdrycker är i begränsad omfattning tillåtet dels på hedersbankett (för mer information om hedersbankett se Region Stockholms riktlinjer om hedersbelöning), dels i undantagsfall (om det är motiverat av objektivt godtagbara skäl) efter beslut av förvaltningschef/vd i samråd med nämnd-/styrelseordförande. Beslutet ska dokumenteras.

I övrigt är det vid utformande av representation av vikt att beakta skattelagstiftningen och vad som enligt den utgör en privat levnadsomkostnad respektive vad som är en skattefri förmån.
Om skattskyldighet uppkommer för medarbetaren måste denne redovisa förmånen.

9.2 Extern representation som arrangeras av Region Stockholm

Extern representation uppkommer vid arrangemang som sker tillsammans med utomstående organisationer, företag och enskilda personer. Extern representation kan ske i syfte att inleda eller utveckla relationer som är viktiga för Region Stockholm. Extern representation kan även vara ett led i marknadsföring och i näringslivsfrämjande åtgärder.

All extern representation som Region Stockholm arrangerar ska utgå från en restriktiv inriktning. Detta gäller särskilt i samband med myndighetsutövning och offentlig upphandling. Representationen ska alltid ha ett omedelbart samband med och direkt värde för verksamheten i Region Stockholm. Det gäller både tidpunkt och plats för representationen samt de personer mot vilka representationen riktar sig.

Ofta och regelbundet återkommande representation med en och samma person eller grupp av personer är inte tillåtet.

Det bör inte vara flera deltagare från Region Stockholm än utomstående gäster.

Representation omfattar inte utgifter för sällskapsliv av privat natur varför exempelvis representation i hemmet som utgångspunkt inte bör förekomma.

9.3 Intern representation m.m.

Intern representation kan ske i form av personalfester eller viss annan personalvård som arbetsgivaren erbjuder sina anställda. Det kan exempelvis handla om en fri måltid i samband med en intern utbildning

eller en trivselaktivitet eller övernattning på hotell i samband med en planeringsdag, grupputveckling, etc. För att sådana aktiviteter inte ska föranleda förmånsbeskattning för en anställd krävs att sammankomsterna är tillfälliga och kortvariga. Detta innebär att det ska vara fråga om aktiviteter som inte hålls med viss regelbundenhet. En sammankomst anses tillfällig om det inte är fråga om möten som hålls regelbundet med korta mellanrum (varje eller varannan vecka).

Medarbetare ska inte bjudas på måltider på ett återkommande sätt. Som utgångspunkt ska måltider enbart erbjudas medarbetare vid intern representation. Vid andra situationer uppkommer skatteplikt för medarbetaren.

Medarbetare ska inte erbjudas enklare förtäring på ett återkommande sätt. Med enklare förtäring avses exempelvis kaffe och kaffebröd eller en smörgås som inte är en hel måltid. Skatteplikt för medarbetarna kan uppkomma beroende på hur den enklare förtäringen erbjuds.

Arbetsgivaren ska inte heller bjuda på t.ex. rena idrotts- eller underhållningsevenemang.

Planeringsdagar/konferenser
Planeringsdagar som är motiverade utifrån verksamhetsskäl får som huvudregel ske högst två gånger per år och bör ske utan övernattning. Måltidsarrangemangen i samband med planeringsdagar och konferenser ska vara gemensamma.

Gåvor från arbetsgivaren
Anställda får ges julgåvor, jubileumsgåvor och minnesgåvor i enlighet med vad som följer av bilagan till dessa riktlinjer. Denna typ av gåvor från arbetsgivaren är under vissa förutsättningar skattefria för den anställde. Skattefriheten gäller inte gåvor som lämnas i pengar. Med pengar jämställs andra betalningsmedel som check, postväxel, presentkort som inte avser en bestämd vara, m.m.

Gåvor inom Region Stockholm
Gåvor till anställda eller förtroendevalda på annan förvaltning, bolag eller stiftelse inom Region Stockholm bör endast ges undantagsvis. Gåvor av detta slag ska vara av enklare, symbolisk karaktär och beslut om gåva ska som lägst fattas på förvaltningschefs-/VD-nivå.

9.4 Redovisning och rutiner

Respektive nämnd och styrelse beslutar vem/vilka som ska ges mandat att besluta om arrangemang involverande intern och extern representation,

gåvor till anställda, etc. Aktuella maximala belopp för representationsmåltider och gåvor anges i bilagan till dessa riktlinjer.

Det sammanhang i vilket representationen hållits, syftet med den (oavsett om den är intern eller extern), innehållet och för vilken eller vilka personalgrupper den hållits samt förteckning över deltagare (inklusive organisationstillhörighet) ska alltid dokumenteras och bifogas verifikationen. Det ska av dokumentationen även framgå vad representationstillfället omfattade för kostnader (lunch, middag eller annat). Kostnaderna för representation ska redovisas av varje nämnd och bolag i månadsbokslut. Redovisningen ska vara uppdelad i kostnader för extern respektive intern representation och ledningens kostnader för representation ska särredovisas. Med ledning avses här nämnd/styrelse, förvaltnings- och bolagschefer samt verksamhetsansvariga på högsta ledningsnivå. Godkännande av faktura får inte ske vid eget deltagande utan ska överlåtas till närmaste chef.

10. Särskilt för medarbetare inom hälso- och sjukvården

Medarbetare inom hälso- och sjukvården ska utöver att följa dessa riktlinjer även följa de samverkansregler som har överenskommits mellan Sveriges Kommuner och Regioner, Läkemedelsindustriföreningen, Swedish Medtech och Swedish Labtech och i särskild ordning har antagits av regionfullmäktige.

Om dessa riktlinjer innehåller strängare bestämmelser än samverkansreglarna har bestämmelserna i dessa riktlinjer företräde. Detsamma gäller vid eventuella motstridigheter mellan innehållet i samverkansreglerna och dessa riktlinjer.

11. Särskilt för Region Stockholms bolag

Region Stockholms bolag ska i tillägg till dessa riktlinjer följa Institutet mot mutors kod mot korruption i näringslivet, den s.k. näringslivskoden. Om dessa riktlinjer innehåller strängare bestämmelser än Näringslivskoden har bestämmelserna i dessa riktlinjer företräde. Detsamma gäller vid eventuella motstridigheter mellan innehållet i Näringslivskoden och dessa riktlinjer.

12. Vid misstanke om brott eller allvarliga oegentligheter

En medarbetare bör i första hand ta upp eventuella misstankar om oegentligheter, såsom beteenden i strid med dessa riktlinjer med sin närmaste chef. Om detta inte är möjligt eller lämpligt av någon anledning, kan annan chef inom verksamheten eller verksamhetens personalfunktion kontaktas. Medarbetare kan också alltid vända sig till sitt skyddsombud eller sin fackliga representant eller till central och i förekommande fall lokal regelefterlevnadschef/compliance officer lokalt eller centralt. Medarbetare har också alltid rätt att använda sig av sin grundlagsskyddade meddelarfrihet. Misstankar om allvarliga oegentligheter kan också rapporteras öppet eller anonymt till regionens centrala eller eventuell lokal visselblåsartjänst.

Om en medarbetare upplever sig ha blivit utsatt för någon typ av korruptionsbrott (exempelvis genom att en extern part har erbjudit en förmån till medarbetaren som uppfattas som otillbörlig) ska medarbetaren få stöd med att upprätta polisanmälan om det verkar troligt att ett brott kan ha begåtts. Om det verkar troligt att ett korruptionsbrott kan ha begåtts av en medarbetare, ska polisanmälan göras och arbetsrättsliga åtgärder övervägas.

Bilaga till Riktlinjer för anti-korruption och representation

Regionstyrelsen har rätt att ändra beloppsgränserna i denna bilaga.

Beloppsgränser för representationsmåltider

Region Stockholm ska i enlighet med riktlinjerna vara mycket restriktiv med att såväl erbjuda som ta emot representationsmåltider. I den mån som representationsmåltider ändå genomförs gäller följande beloppsbegränsningar (beloppen nedan rörande måltider inkluderar serveringsavgift):

Om **Region Stockholm erbjuder**

Extern representation riktad mot privat sektor	Maxbelopp exkl. moms
Middag, supé	500 kr/person
Lunch	300 kr/person

Extern representation riktad mot offentlig sektor	Maxbelopp exkl. moms
Middag, supé	500 kr/person
Lunch	300 kr/person

Intern representation	Maxbelopp exkl. moms
Middag, supé	500 kr/person
Lunch	300 kr/person

Om medarbetare inom **Region Stockholm tar emot** (oavsett om givaren återfinns inom privat eller offentlig sektor)

Extern representation riktad mot medarbetare inom Region Stockholm	Maxbelopp exkl. moms
Middag, supé	500 kr/person
Lunch	300 kr/person

Obs. medarbetare som är involverad i myndighetsutövning eller offentlig upphandling får inte ta emot någon extern representation i anslutning till utförande av sådana arbetsuppgifter.

Beloppsgränser för gåvor till anställda

Julgåva
Arbetsgivaren får ge en julgåva till sina anställda förutsatt att värdet av den inte överstiger 450 kronor inkl. moms.

Jubileumsgåva
Arbetsgivaren får ge anställda jubileumsgåvor under följande förutsättningar.

Med jubileumsgåva avses gåva till anställda när organisationen firar 25-, 50-, 75- eller 100-årsjubileum.

Värdet av jubileumsgåvan får inte överstiga 1 350 kronor inkl. moms.

Minnesgåva
Arbetsgivaren får ge minnesgåvor till anställda under följande förutsättningar.

En minnesgåva är en gåva av minneskaraktär som får lämnas till varaktigt anställda i samband med att den anställda uppnår viss ålder (jämna födelsedagar från 50 år och uppåt), längre tids anställning (minst 20 år) eller när anställningen upphör. Med ”varaktigt anställd” anses i detta sammanhang anställd med en sammanlagd anställningstid om minst sex år inom Region Stockholm.

Värdet av minnesgåva till anställd bör inte överstiga 2 000 kronor inkl. moms. För minnesgåva i samband med hedersbelöning gäller dock det som framgår av Region Stockholms riktlinjer för hedersbelöning.

Beroende på om den anställde under sin anställning inom Region Stockholm mottar flera minnesgåvor, vid vilket tillfälle de ges och på det sammanlagda beloppet av gåvorna, kan mottagandet av gåvorna utlösa förmånsbeskattning.

Minnesgåva i form av hedersbelöning
Den som har arbetat i Region Stockholm i 30 år eller 25 år vid pensionering, erbjuds en minnesgåva till ett i förväg bestämt värde samt särskild middag (hedersbankett). Se vidare Region Stockholms riktlinjer för hedersbelöning.

LÄS MER:

Region Stockholms interna styrdokument:

- Region Stockholms uppförandekod
- Region Stockholms riktlinje för intern kontroll
- Region Stockholms riktlinje för hedersbelöning

Externa styrdokument som ska följas av vissa delar av Region Stockholm:

- Överenskommelse om samverkansregler för den offentligt finansierade hälso-och sjukvården, läkemedelsindustrin, medicintekniska industrin och laboratorietekniska industrin. Överenskommelsen finns publicerad på www.skr.se
- Kod mot korruption i näringslivet (”Näringslivskoden”). Koden finns publicerad på www.institutetmotmutor.se

Externa webbplatser och dokument med användbar information:

- Sveriges Kommuner och Regioner- www.skr.se/korruption
- Institutet Mot Mutor (IMM)- www.institutetmotmutor.se
- Transparency International Sverige - www.transparency-se.org
- Kollegiet för svensk bolagsstyrning, Svensk kod för bolagsstyrning. Dokumentet finns publicerat på www.bolagsstyrning.se
- Statskontoret, Den statliga värdegrunden (2019). Dokumentet finns publicerat på www.statskontoret.se
- Statskontoret, Jäv i offentlig tjänst (2020). Dokumentet finns publicerat på www.statskontoret.se
- Överenskommelse för att motverka mutor och korruption (”ÖMK”) - mellan leverantörer och beställare inom den offentligt finansierade bygg- och fastighetssektorn. Överenskommelsen finns publicerad på www.skr.se

KAPITALTÄCKNINGSGARANTI

Härmed förbinder sig Region Stockholm, med organisationsnummer 232100-0016 och ägare till samtliga aktier i Landstingshuset i Stockholm AB, med organisationsnummer 556477–9378, att vid anfordran genom aktieägartillskott svara för att Landstingshuset i Stockholm AB: s eget kapital beräknat i enlighet med reglerna om upprättande av särskild balansräkning i 25 kap. 14 § aktiebolagslagen (2005:551) vid varje tillfälle uppgår till minst det registrerade aktiekapitalet.

Aktieägartillskott som lämnas till Landstingshuset i Stockholm AB enligt ovan skall vara villkorade vilket innebär att återbetalning skall kunna göras ur disponibla vinstmedel enligt fastställd balansräkning under förutsättning att sådan återbetalning inte står i strid med lag eller god affärssed.

Denna kapitaltäckningsgaranti är oåterkallelig och gäller under räkenskapsåret 2021. Totala aktieägartillskott som lämnas under kapitaltäckningsgarantins giltighetstid uppgår till maximalt en miljard kronor.

Stockholm den 2021

Region Stocholm

_____	_____
Irene Svenonius	Carina Lundberg Uudelepp
Regionfinansråd	Regiondirektör

KAPITALTÄCKNINGSGARANTI

Härmed förbinder sig Landstingshuset i Stockholm AB, med organisationsnummer 556477–9378 och ägare till samtliga aktier i nedan uppräknade företag, att vid anfordran genom aktieägartillskott svara för att respektive företags eget kapital beräknat i enlighet med reglerna om upprättande av särskild balansräkning i 25 kap. 14 § aktiebolagslagen (2005:551) vid varje tillfälle uppgår till minst det registrerade aktiekapitalet.

Aktieägartillskott som lämnas enligt ovan skall vara villkorade vilket innebär att återbetalning skall kunna göras ur disponibla vinstmedel enligt fastställd balansräkning under förutsättning att sådan återbetalning inte står i strid med lag eller god affärssed.

Nedanstående företag omfattas av denna kapitaltäckningsgaranti.

AB Stockholm Läns Landstings Internfinans, orgnr 556449-9183
Stockholm Care AB, orgnr 556253-1896
Ambulanssjukvården i Storstockholm AB, orgnr 556461-6695
Danderyds Sjukhus AB, orgnr 556575-6169
Folktandvården Stockholms län AB, orgnr 556574-3597
MediCarrier AB, orgnr 556543-6168
S:t Eriks Ögonsjukhus AB, orgnr 556574-3589
Södersjukhuset AB, orgnr 556595-7403
Södertälje Sjukhus AB, orgnr 556775-9922
Locum AB, orgnr 556438-7909

Denna kapitaltäckningsgaranti är oåterkallelig och gäller under räkenskapsåret 2021.

Stockholm den 2021

Landstingshuset i Stockholm AB

_____	_____
Tobias Nässén	Carina Lundberg Uudelepp
Styrelseordförande	Verkställande direktör