Regionrådsberedningen

SKRIVELSE
2020-05-13

LS 2016-1186

Regionstyrelsen

Överlämnande av delrapporter som avser genomlysning av Nya Karolinska Solna-projektet

Föredragande regionråd: Irene Svenonius

Ärendebeskrivning

I ärendet överlämnas delrapporter från Stockholms universitet avseende Nya Karolinska Solna-projektet.

Förslag till beslut

Regionrådsberedningen föreslår regionstyrelsen föreslå att regionfullmäktige beslutar följande.

Stockholms universitets delrapporter ”Att förändra genom organisation och idéer: Parallella processer i planeringen av Nya Karolinska Solnas verksamhet åren 2012–2017”, ”Den dubbla demokratimodellens politiska pris. Oppositionens roll i besluten bakom byggandet av Nya Karolinska Solna”, samt ”Sjukhuset, regionen och staden planeringens komplexitet och rumsliga rationaliteter” läggs till handlingarna.

Regionrådsberedningens motivering

Beslutet att uppföra ett nytt universitetssjukhus i Solna är ett av det tidigare Stockholms läns landstings viktigaste och mest omfattande någonsin. Detta är också bakgrunden till att projektet är ett av Sveriges mest granskade och väldokumenterade. Projektet har löpande granskats ur olika aspekter av Region Stockholms oberoende revisorer och flera andra genomlysningar av projektets delar har också genomförts av eller på uppdrag av Region Stockholms olika organ. Därutöver har såväl bygget som finansieringsformen och vårdens innehåll och utformning varit föremål för omfattande intresse från omvärlden, inte minst i media.

Landstingsfullmäktige och landstingsstyrelsen beslutade under förra mandatperioden att genomföra en oberoende genomlysning av helheten av Nya Karolinska Solnaprojektet, vilket i ett beslut den 30 maj 2017 ledde till att uppdraget gavs till Stockholms universitet, som ska redovisa i tre etapper med två delrapporteringar och slutredovisning med sammanfattning och slutsatser efter granskningsperiodens slut 2020.

Den första återrapporteringen behandlade bakgrunden till och förberedelserna inför beslutet om ett nytt universitetssjukhus, med fokus på

bedömningen av vårdbehov, investeringsbehov och förändringar i sjukvårdsstrukturen. Dessutom innehöll den första rapporten en delrapportering av genomlysningen av upphandlingen och OPS-avtalet, vilket innehöll beslut och beredning i politiska organ, val av upphandlingsform, finansieringssätt och avtalsform. Denna delrapport anmäldes i landstingsfullmäktige den 8 maj 2018.

Delrapport två presenterades för regionfullmäktige den 7 maj 2019 och innehöll lägesbeskrivningar och delresultat från tre av projektets fem delprojekt. I delrapporten redovisades analyser avseende delprojekten Beslut om genomförande av byggnationen, Beslut om att sluta kontrakt enligt OPS-modellen samt Beslut om verksamhetsinnehållet.

I denna tredje återrapportering presenteras tre delrapporter: ”Att förändra genom organisation och idéer: Parallella processer i planeringen av Nya Karolinska Solnas verksamhet åren 2012–2017”, ”Den dubbla demokrati-modellens politiska pris. Oppositionens roll i besluten bakom byggandet av Nya Karolinska Solna”, samt ”Sjukhuset, regionen och staden planeringens komplexitet och rumsliga rationaliteter”.

Resultaten av granskningen ska presenteras för fullmäktige, enligt beslutet att genomföra granskningen. En slutrapport med sammanställningar och analyser av helheten planeras att lämnas i december 2020.

Beslutsunderlag
Regiondirektörens tjänsteutlåtande
Stockholms universitets delrapport Att förändra genom organisation och idéer: Parallella processer i planeringen av Nya Karolinska Solnas verksamhet åren 2012–2017
Stockholms universitets delrapport Den dubbla demokratimodellens politiska pris. Oppositionens roll i besluten bakom byggandet av Nya Karolinska Solna
Stockholms universitets delrapport Sjukhuset, regionen och staden. Planeringens komplexitet och rumsliga rationaliteter

Irene Svenonius

Regionstyrelsen
Regionledningskontoret
Anne Rundquist

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2020-05-04

LS 2016-1186

Regionstyrelsen

Överlämnande av delrapporter som avser genomlysning av Nya Karolinska Solna-projektet

Ärendebeskrivning

I ärendet överlämnas delrapporter från Stockholms universitet avseende Nya Karolinska Solna-projektet.

Beslutsunderlag

Regiondirektörens tjänsteutlåtande
Stockholms universitets delrapport Att förändra genom organisation och idéer: Parallella processer i planeringen av Nya Karolinska Solnas verksamhet åren 2012–2017
Stockholms universitets delrapport Den dubbla demokratimodellens politiska pris. Oppositionens roll i besluten bakom byggandet av Nya Karolinska Solna
Stockholms universitets delrapport Sjukhuset, regionen och staden. Planeringens komplexitet och rumsliga rationaliteter

Förslag till beslut

Regionrådsberedningen föreslår regionstyrelsen föreslå att regionfullmäktige beslutar följande.

> Stockholms universitets delrapporter ”Att förändra genom organisation och idéer: Parallella processer i planeringen av Nya Karolinska Solnas verksamhet åren 2012–2017”, ”Den dubbla demokratimodellens politiska pris. Oppositionens roll i besluten bakom byggandet av Nya Karolinska Solna”, samt ”Sjukhuset, regionen och staden planeringens komplexitet och rumsliga rationaliteter” läggs till handlingarna.

Regionledningskontorets förslag och motivering

Sammanfattning
Stockholms universitet har levererat tre delrapporter av sin

oberoende genomlysning av Nya Karolinska Solna-projektet. Regionledningskontoret föreslår att fullmäktige beslutar att lägga rapporterna till handlingarna.

Bakgrund
Dåvarande landstingsfullmäktige beslutade den 13 september 2016 (LS 2015-1106) att ge dåvarande landstingsstyrelsen i uppdrag att genomföra en oberoende genomlysning av beslut rörande projektet att uppföra ett nytt universitetssjukhus i Solna. Enligt fullmäktiges beslut ska genomlysningen omfatta både beslut och konsekvenser rörande ställningstagandet att uppföra sjukhuset, omfattning av projektet samt val av finansieringsmodell för projektet. Dessutom ska genomlysningen omfatta såväl genomförandet av byggnationen som driftsättningen och underhållet av det nya universitetssjukhuset.

Landstingsstyrelsen beslutade den 30 maj 2017 (LS 2016-1186) att en oberoende genomlysning av Nya Karolinska Solnaprojektet skulle genomföras i enlighet med landstingsdirektörens tjänsteutlåtande och landstingsrådsberedningen motivering samt att uppdra till landstingsdirektören att genomföra denna oberoende genomlysning. I landstingsrådsberedningens motivering angavs bl.a. att redovisning av genomlysningen skulle ske i etapper med delrapporteringar och slutredovisning med sammanfattning och slutsatser efter granskningsperiodens slut 2020. Vidare angavs att den första återrapporteringen bl.a. ska redovisa en genomlysning av bakgrunden till och förberedelserna inför beslutet om ett nytt universitetssjukhus, med fokus på bedömningen av vårdbehov, investeringsbehov och förändringar i sjukvårdsstrukturen. Dessutom angavs att vid första återrapporteringstillfället ska även delrapportering av genomlysningen av upphandlingen och OPS-avtalet redovisas, vilket innehåller beslut och beredning i politiska organ, val av upphandlingsform, finansieringssätt och avtalsform.

Delrapport ett överlämnades och anmäldes i fullmäktige den 8 maj 2018, § 100. I den första rapporten redovisades resultat från en studie av processerna bakom beslutet om att bygga Nya Karolinska Solna samt resultatet från en studie av processerna bakom landstingsfullmäktiges beslut i juni 2008 om att använda offentlig-privat samverkan som upphandlingsform för Nya Karolinska Solna. Den andra delrapporten överlämnades och anmäldes i regionfullmäktige den 7 maj 2019, § 76. I rapporten behandlades analyser avseende beslut om genomförande av

byggnationen, beslut om att sluta kontrakt enligt OPS-modellen samt beslut om verksamhetsinnehållet.

Slutrapporten med sammanställningar och analyser av helheten lämnas i december 2020.

Överväganden
Stockholms universitet, som getts i uppdrag att genomföra den oberoende genomlysningen av Nya Karolinska Solna-projektet, har i april 2020 levererat ytterligare delrapporter. Delrapporterna innehåller analyser av förändringsarbetet i Nya Karolinska Solna under åren 2012 till 2017. Syftet med studien är att skapa förståelse för och förklara vad som formade beslutsprocessen om det nya sjukhusets verksamhet efter att ansvaret för projektet flyttades från en särskild förvaltning till Karolinska Universitetssjukhuset. Vidare analyseras oppositionens roll, handläggning och agerande samt Nya Karolinska Solna ur ett historiskt, samhälleligt, rumsligt och globalt planeringsperspektiv.

Rapporterna är följande

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

- Den dubbla demokratimodellens politiska pris. Oppositionens roll i besluten bakom byggandet av Nya Karolinska Solna.

- Sjukhuset, regionen och staden planeringens komplexitet och rumsliga rationaliteter.

Regionledningskontoret föreslår att regionfullmäktige lägger delrapporterna till handlingarna.

Ekonomiska konsekvenser
Beslutet har inga ekonomiska konsekvenser.

Carina Lundberg Uudelepp
Regiondirektör

Anne Rundquist
Chefsjurist

Beslutsexpediering:
Akt
Stockholms universitet
Regionledningskontorets chefsjurist

Godkänd av Carina Lundberg Uudelepp, 2020-05-04

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

Catrin Andersson, fil. doktor i statsvetenskap
Maria Grafström, docent i företagsekonomi

Stockholms centrum för forskning om offentlig sektor (Score)
Handelshögskolan i Stockholm och Stockholms universitet

Sammanfattning

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

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

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

Innehåll

INLEDNING **4**

ATT STYRA FÖRÄNDRING – OM ORGANISATORISKA ARRANGEMANG OCH IDÉER **9**

METOD OCH MATERIAL **13**

BAKGRUND: KRITISERAD NKS-FÖRVALTNING LÄGGS NED **14**

KAROLINSKA – NKS I NYTT ORGANISATORISKT SAMMANHANG **15**

VISIONEN MÖTER PRAKTIKEN – ANPASSNINGAR KRÄVS (ÅREN 2012-2013) **19**

PARALLELLA PROCESSER – BÅDE PÅ OCH UTANFÖR KAROLINSKA 20
Att inkludera personalen – önskvärt men problematiskt *20*
Bestående osynk mellan Karolinska och SLLs programkontor *23*
IDÉN OM LEAN ETABLERAD: FÖRÄNDRINGSPROJEKTET SOM PÅGÅENDE FÖRBÄTTRINGSARBETE 25
IDÉN OM DEN HÖGSPECIALISERAD VÅRDEN MODIFIERAS 27

SKIFTE I STYRELSE OCH LEDNING – NYA AKTÖRER OCH IDÉER (ÅREN 2013-2014) **31**

FÖRESLAGNA STYRELSEORDFÖRANDEN SKAPAR DEBATT OM LÄMPLIGHET 32
KAMPEN OM ORGANISATIONSFÖRÄNDRINGEN: LEAN MOT VÄRDEBASERAD VÅRD 37

IDÉER I NY VISIONÄR FAS – TVÅ FÖRÄNDRINGSPROCESSER (ÅREN 2014–2017) **44**

PARALLELL ORGANISATION MED ANSVAR FÖR VERKSAMHETSMODELLEN 45
IDÉN OM DEN VÄRDEBASERADE VÅRDEN – MODERN OCH RETORISKT VÄLFÖRPACKAD 47
Länkas samman med den tematiska organisationen *47*
En omvälvande ”lösning” i behov av ”problem” *50*
Genomförandet av omorganisationen: revolutionär strategi med evolutionära inslag *54*
”Förutsättningar” för förändring: ledning hämtad utanför SLL *56*
Återkommande diskussioner om risker *58*
IDÉN OM DEN HÖGSPECIALISERADE VÅRDEN – PÅ NYTT STARK 61

IDÉER KOMPROMISSAS OCH KOALITIONER FÖRSVAGAS **66**

AVGÅNGAR BLAND NYCKELPERSONER MED MINSKAT ORGANISATORISKT STÖD 67
DEN NYA VERKSAMHETSMODELLEN – EN LÖSNING SOM (ÅTER)SKAPAR GAMLA PROBLEM? 69
FORTSATT DEBATT OM DEN HÖGSPECIALISERADE VÅRDEN 70

SLUTSATSER OCH DISKUSSION **71**

BESLUTSPROCESSER SOM RESULTAT AV ORGANISATORISKA ARRANGEMANG 72
IDÉER – BEROENDE AV PROBLEM, TID OCH RUM 76

REFERENSER **79**

Inledning

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Att styra förändring – om organisatoriska arrangemang och idéer

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Metod och material

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

Vår analys bygger på två empiriska källor: dokument och intervjuer. Dokumentanalysen har skett i två steg där vi i en första fas har samlat in och översiktligt studerat en stor mängd dokument med särskilt fokus på Karolinska. Utifrån denna översiktliga analys har vi sedan identifierat centrala dokument som specifikt rör processerna kring verksamhetsinnehåll och organisationsförändring. I en andra fas har vi sedan närstuderat sådana dokument som vi har bedömt vara särskilt relevanta för vår studie, till exempel styrelseprotokoll, tjänsteutlåtanden, fullmäktigedebatter och revisionsrapporter.

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

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

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

Bakgrund: Kritiserad NKS-förvaltning läggs ned

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

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

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

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

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

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

Karolinska – NKS i nytt organisatoriskt sammanhang

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Parallella processer – både på och utanför Karolinska

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

Att inkludera personalen – önskvärt men problematiskt

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bestående osynk mellan Karolinska och SLLs programkontor

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

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

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

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

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

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

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

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

Idén om Lean etablerad: Förändringsprojektet som pågående förbättringsarbete

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Idén om den högspecialiserad vården modifieras

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Föreslagna styrelseordföranden skapar debatt om lämplighet

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

> Han är en av de mest framträdande privatiseringsivrarna i hela detta land! Han har stora intressen i att så mycket som möjligt av den högspecialiserade vården privatiseras. Är det verkligen så att han då också ska få vara ordförande för vårt finaste sjukhus? Är det rimligt? Tycker ni i den här salen verkligen att det är rimligt?
>
> Vi tycker också att det här är ett sätt – faktiskt – att bakvägen privatisera vårt universitetssjukhus. Man lyfter in en ledande företrädare för privatiseringsvågen som styrelseordförande. Då behöver man inte sälja ut sjukhus. Det räcker ju med att vi placerar de ledande privatiseringsföreträdarna i ledningen för universitetssjukhus och akutsjukhus i Stockholms läns landsting. (Landstingsfullmäktige, 2013b)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kampen om organisationsförändringen: Lean mot värdebaserad vård

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Parallell organisation med ansvar för verksamhetsmodellen

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

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

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

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

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

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

Idén om den värdebaserade vården – modern och retoriskt välförpackad

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

Länkas samman med den tematiska organisationen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En omvälvande ”lösning” i behov av ”problem”

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Genomförandet av omorganisationen: revolutionär strategi med evolutionära inslag

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

”Förutsättningar” för förändring: ledning hämtad utanför SLL

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

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

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

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

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

Återkommande diskussioner om risker

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Idén om den högspecialiserade vården – på nytt stark

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

> Hade vårdinnehållet i Nya Karolinska sjukhuset planerats innan sjukhuset byggdes, hade också denna organisationsförändring kunnat bli ordentligt genomarbetad innan den ska genomföras. Det aktuella förslaget upplevs inte genomtänkt. Vi ser, anmärkningsvärt nog, ingen konsekvensanalys för kostnadsutveckling och kostnadsomdistibuering, eller analys av konsekvenserna för vården utanför akutsjukhusen. Vi saknar också en riskanalys för patientsäkerheten och för tillgången till vård. Detta anser vi är självklarheter vid så omfattande förändringar.
>
> Tusentals akutplatser beräknas saknas när NKS öppnar sin akut 2018. Det är oroväckande att vi får olika besked i beredningen för akutsjukvård, av ansvarigt landstingsråd och av sjukhusdirektörens information vid landstingsfullmäktige om hur många akutplatser som kommer finnas till förfogande när NKS intensivakut öppnar. (HSN-förvaltningen 2017b).

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

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

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

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

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

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

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

Idéer kompromissas och koalitioner försvagas

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

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

Avgångar bland nyckelpersoner med minskat organisatoriskt stöd

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fortsatt debatt om den högspecialiserade vården

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

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

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

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

Slutsatser och diskussion

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

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

Beslutsprocesser som resultat av organisatoriska arrangemang

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Idéer – beroende av problem, tid och rum

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Referenser

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fredriksson, J. J., David Ebbevi och Carl Savage (2015), "Pseudo-understanding: an analysis of the dilution of value in healthcare". *BMJ Qual Saf.* **24**(7), 451-457.

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

Gioia, Dennis A., Rajiv Nag och Kevin G. Corley (2012), "Visionary ambiguity and strategic change: The virtue of vagueness in launching major organizational change", *Journal of Management Inquiry*, **21**(4), 364-375.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sahlin-Andersson, Kerstin (1989), *Oklarhetens strategi: Organisering av projektsamarbete*. Lund: Studentlitteratur.

Sahlin-Andersson, Kerstin och Lars Engwall (red.)(2002), *The Expansion of Managent Knowledge – Carriers, Flows, and Sources*. Stanford: Stanford University Press.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SLL (2015a), *Förfrågan vid förnyad konkurrensutsättning från Ramavtal Konsulttjänster inom Strategi och management*, SLL 1654, Ärendnr 2015-478, datum 2015-09.18)

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

SLL (2018a), (https://www.sll.se/verksamhet/halsa-och-vard/nyheter-halsa-och-vard/2018/02/Utredning-om-jav/)

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

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

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

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

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

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

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

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

Svensson, Jenny (2017), “Visions and politics in the making of Stockholm’s House of Culture: Institutional complexity within extraordinary projects”, *Culture and Organization*, **23**(3), 197-219.

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

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

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

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

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

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

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

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

Stockholms universitet

Den dubbla demokratimodellens politiska pris

Oppositionens roll i besluten bakom byggandet av Nya Karolinska Solna

Torbjörn Larsson & Göran Sundström

Statsvetenskapliga institutionen
Stockholms universitet

Sammanfattning

Tillkomsten av Nya Karolinska Solna (NKS) har granskats och debatterats flitigt i olika medier under senare år. Diskussionerna har dels gällt själva bygget, särskilt kostnaderna och den finansieringsmodell – Offentligt Privat Samverkan (OPS) – som har använts. Men de har även gällt hur sjukhuset planerades i ett större regionalt perspektiv och hur sjukhusledningen har agerat i samband med att den införde en ny verksamhetsmodell i sjukhuset där inte minst användandet av konsulter har kritiserats.

Även om denna kritiska diskussion har varit omfattande och ihärdig, och även om NKS-projektet har kostat skattebetalarna rekordmycket pengar, kan det samtidigt konstateras att kritiken kom väldigt sent i processen. Den tog inte fart på allvar förrän 2015, och då var NKS i princip redan på plats. Hur kommer det sig?

En del av svaret på den frågan kan finnas i oppositionens agerande. I en demokrati ska oppositionen fungera och agera som kontrollant av den regerande sidan. Kontrollen ska inriktas på huruvida de styrande driver en lämplig politik och om den håller sig inom det konstitutionella regelverket. Är oppositionen kritisk ska kritiken också nå väljarna så att de på ett informerat sätt kan utkräva ansvar nästa gång de står vid valurnorna. Frågan som diskuteras i denna studie är om oppositionen i Stockholms läns landsting (nuvarande Region Stockholm) levde upp till denna roll? Om inte, hur kan det i så fall förklaras?

Studien, som sträcker sig mellan år 1998 och 2010 då de viktigaste besluten fattades om byggnationen, visar att oppositionens agerade var både passivt och motsägelsefullt under processen med att bygga och finansiera NKS. Man kan tycka att de motstridiga och kontroversiella besluten borde ha gett oppositionen goda möjligheter att anklaga den regerande sidan för resursslöseri, svek, oklarheter om vem som ansvarar för vad, osv. Men i denna fråga förefaller stridsyxorna mestadels ha legat begravda, trots att detta kanske var det viktigaste politiska beslut som landstinget har fattat sedan dess tillkomst – ett beslut som rörde många medborgare och omfattade väldigt mycket pengar. Hur kommer det sig?

Oppositionens agerande förklaras i studien utifrån ett demokratiteoretiskt perspektiv. Argumentet är att oppositionens (och den styrande sidans) handlande i betydande utsträckning kan förstås utifrån den typ av demokratiskt system som Stockholms läns landsting hade utvecklat vid denna tidpunkt. Systemet kan sägas ha utgjorts av en blandning av två idealtypiska demokratiska modeller: en parlamentarisk och mer konfliktfylld modell och en mer samförståndsinriktad modell.

Under processens gång grundades politikernas agerande på båda dessa modeller. Samtidigt var den ena modellen mer framträdande under vissa skeenden och den andra mer framträdande under andra. Det fanns alltså ett slags pendelrörelse mellan de båda modellerna, och där pendeln ibland slog över tämligen raskt. Studien visar att när och hur denna pendel slog var avhängigt olika strukturella och situationsberoende faktorer.

En sådan faktor var institutionell tröghet, där vissa rolluppfattningar och beteenden som vetter mot samförstånd fanns kvar inom landstinget trots att formella förändringar hade diskuterats och genomförts för att främja ett mer renodlat parlamentariskt konfliktorienterat system. *En andra faktor* var att platserna i nämnder och styrelser besattes utifrån proportionalitetsprincipen, vilket innebar att oppositionen oftast satt med i de organ som beredde och beslutade om ärenden gällande NKS, vilket verkade för samförstånd. *En tredje faktor,* som också verkade

för samförstånd, var förekomsten av yttre politiska fiender, där politikerna på nationell nivå agerade på ett sätt som uppfattades missgynna Stockholms läns landsting mer allmänt och som därför drev styrande och opposition närmare varandra.

En fjärde faktor var förekomsten av yttre opolitiska fiender, där inte minst professioner inom sjukvården uppfattades som svårstyrda, vilket skapade ekonomiska bekymmer för alla partier i landstinget. *En femte faktor* som medverkade till att partipolitiska konflikter uteblev var att frågan om NKS var komplicerad och att den i hög grad definierades som opolitisk, delvis på grund av att sjukhusbyggen och sjukhusens verksamhetsinnehåll traditionellt inte har varit frågor som präglats av stora partiideologiska skillnader, men också på grund av svåröverskådliga ekonomiska kalkyler och en långtgående sekretess som försvårade en politisk debatt. *En sjätte, och sista, faktor* var NKS-projektets långa utsträckning i tid, vilket föranledde dem som ville se projektet realiserat att vidta åtgärder som garanterade att processen fortskred framåt, även om det blev politiskt maktskifte med politiker i majoritet som inte var lika entusiastiska över projektet.

I studien dras slutsatsen att det finns ett demokratiskt pris att betala i ett politiskt system med dubbla demokratimodeller. I det här fallet har priset bland annat bestått i en begränsad insyn och svagt inflytande för oppositionen i de beslut som fattades längs vägen. Avsaknaden av politiska konflikter gjorde också att NKS-frågan inte nådde väljarna som därför inte kunde göra informerade val avseende NKS när de stod vid valurnorna under dessa år.

INNEHÅLL

1. Inledning **5**

1.1 Den politiska oppositionen – problematisering 5

1.2 Metod 7

1.3 Disposition 8

2. Oppositionen och demokratin – teoretiska modeller **9**

2.1 Demokratins maktutövning och dess kontrollanter 9

2.2 Den politiska oppositionen som kontrollant av den offentliga makten 10

2.3 Tre idealmodeller för hur demokratiska system styrs 11

2.4 Det svenska politiska systemet 16

3. Det politiska spelet kring NKS **21**

3.1 Initieringsfasen – tiden före 1998 22

3.2 Initieringsfasen under moderaternas ledning (1998-2002) 23

3.3 Initiativfasen – sammanfattning 26

3.4 Valrörelsen 2002 28

3.5 Beredningsfasen under socialdemokraternas ledning (2002-2006) 29

3.6 Beslutsfasen under moderaternas ledning (2006-2008) 34

3.7 Implementeringsfasen under moderaternas ledning (2008-2010) 40

4. Slutsatser och reflektioner **49**

4.1 Konflikt och samförstånd: en summering av händelseförloppet 50

4.2 Faktorer som verkar för samförstånd eller konflikt 52

4.3 Den dubbla demokratimodellens politiska pris 58

Epilog: Väljarnas dom 59

Referenser 60

1. Inledning

I en demokrati ska oppositionen fungera och agera som kontrollant av den regerande sidan. Kontrollen ska inriktas på huruvida de styrande driver en lämplig politik och om den håller sig inom det konstitutionella regelverket. Syftet med denna studie är att undersöka i vilken utsträckning och hur den politiska oppositionen i Stockholms läns landsting (nuvarande Region Stockholm) uppfyllde denna kontrollfunktion i de processer som ledde fram till besluten om att bygga Nya Karolinska Solna (NKS), och även att diskutera möjliga orsaker till att den agerade som den gjorde och vilka konsekvenser agerandet fick.

Tidigare studier visar att beslutet 2008 om att bygga NKS togs i enighet mellan de båda politiska blocken (Johannesson & Qvist 2019). Vi vet också att den rödgröna oppositionen, efter en del diskussioner, till slut kom att ställa sig bakom beslutet 2010 om att finansiera NKS-projektet med en offentlig-privat samverkansmodell (OPS) (Junker & Yngfalk 2019, Yngfalk och Junker 2019).

Men hur uppnåddes egentligen denna enighet? Frågan är intressant, inte minst mot bakgrund av att vägen fram till besluten om att bygga och finansiera NKS var allt annat än rak. I stället kantades den av en rad problem och motsättningar. En del av dessa problem löstes i stort samförstånd mellan de politiska partierna, t.ex. att bygga nytt i stället för att renovera, att bygga ett litet högspecialiserat sjukhus med betydligt färre årsbesök än det gamla och att utlysa en arkitekttävling innan beslutet om att bygga hade fattats. Andra problem ledde till starka motsättningar mellan den regerande sidan och oppositionen, t.ex. att använda en OPS-modell trots att tidigare utredningar (SNUS och 3S) var emot, att inrätta en särskild NKS-förvaltning som arbetade på stort avstånd från politiken (särskilt oppositionen), att gå vidare med OPS trots bara ett anbud samt den omfattande sekretess som präglade beslutsprocessen.

Men varken samförståndet eller konflikterna fick något större utrymme i medierna, och de nådde därmed inte ut till väljarna inför de val som ägde rum under den period då de konstituerande besluten fattades, dvs. från och med slutet av 1990-talet fram till och med 2010. Det var först kring 2015 som NKS började få ordentlig uppmärksamhet i medierna, och då var sjukhuset i princip redan på plats.

Man kan tycka att framför allt de motstridiga och kontroversiella besluten borde ha gett oppositionen goda möjligheter att anklaga den regerande sidan för resursslöseri, svek, oklarheter om vem som ansvarar för vad, osv. Till saken hör också att Stockholms läns landsting brukar framhållas som ett osedvanligt konfliktfyllt landsting, vilket kan ha att göra med att de båda politiska blocken historiskt sett under en låg period hade turats om att regera. Men i denna fråga förefaller stridsyxorna mestadels ha legat begravda, trots att detta kanske var det viktigaste politiska beslut som landstinget har fattat sedan dess tillkomst. Ett beslut som rörde många medborgare och omfattade väldigt mycket pengar. Hur kommer det sig?

1.1 Den politiska oppositionen – problematisering

Rapportens fokus ligger alltså på besluten om att bygga NKS och oppositionens agerande i beslutsprocesserna. Men studien syftar också till att analysera vissa stora och mer generella frågeställningar, varav en handlar om oppositionens roll och funktion i en demokrati. Konflikt mellan de styrande och oppositionen ses ofta som ett positivt värde, som en metod som filtrerar medborgarnas uppmärksamhet och informerar om vad som pågår och beslutas i det politiska

systemet. Det oppositionen väljer att rikta sin kritik mot blir ofta de frågor som får stor uppmärksamhet i medierna och hos allmänheten (Dahl 1966, Larsson 1999, Karlsson 2018).

I en demokrati spelar därför oppositionen en viktig roll som filtreringsmekanism för vad som kommer upp på den politiska dagordningen, och på så sätt kan de styrande kontrolleras och medborgarna informeras om vad som händer i politiken. Även den regerande sidan kan naturligtvis påverka konfliktdimensionen – kort sagt, vilka frågor partierna blir oense om spelar roll för vad medborgarna blir informerade om och får djupare kunskaper om, vilket i sin tur gör att de på ett mer informerat sätt kan utkräva ansvar i samband med val. Därmed kan också konstateras att det inte går att analysera oppositionens roll och agerande utan att sätta den i relation till den styrande sidans roll och agerande.

I Sverige har länge den parlamentariska modellen, som föreskriver en konfliktfylld men konstruktiv relation mellan styrande och opposition, framhållits som ett föredöme (Ruin 1983, Möller 2019, Levin 2002). Den modellen har man också velat tillämpa i ökad utsträckning på kommunal nivå. Den kommunala nivån har nämligen ansetts vara för konsensusinriktad, dvs. inriktad på samregerande. Sedan 1960-talet och framåt (Länsdemokratiutredningen 1968:47, Utredningen om den kommunala demokratin SOU 1972:32, Lokaldemokratikommittén 1993:90, Gustafsson 1999 s. 232f.) har ett återkommande tema varit att kritisera det kommunala självstyret för dess avsaknad av politisk konflikt; samförståndet har helt enkelt ansetts vara för starkt, vilket har lett till att medborgarna i kommunen blivit dåligt informerade om, ointresserade av och för lite engagerade i den lokala politiken. Sedan dess har i princip alla översyner av det kommunala självstyret landat i att det behövs mer politisk konflikt, dvs. mer parlamentarism och mindre samregerande (Bergman 1999).

Sedan länge har det därför funnit en ambition att ”parlamentarisera” kommunerna i Sverige, och sakta men säkert har utvecklingen också gått i den riktningen. Kommunerna kan i dag besluta om lokala folkomröstningar och majoritetsmarkeringar kan göras i nämnder och styrelser. Dessutom kan de styrande under en och samma mandatperiod bytas ut om de förlorar sin majoritet i fullmäktige. Fullmäktige har även möjlighet att upplösa sig själv och utlysa extraval.

Men fortfarande sitter oppositionen med i styrelseorganen på kommunal nivå, dvs. platserna i nämnder och styrelser fördelas i huvudsak efter proportionalitetsprincipen; en princip som inte måste tillämpas, men det räcker med att en minoritet kräver platser för att den ska aktiveras. På detta sätt blir oppositionen delaktig i besluten – om de inte röstar emot. Oppositionen befinner sig alltså organisatoriskt närmare den styrande majoriteten på den kommunala nivån än den gör på den nationella nivån (Erlingsson 2009, Erlingsson och Wänström 2015 s. 207ff.).

Proportionalitetsprincipen har kritiserats eftersom den kan leda till att oppositionen kommer för nära majoriteten, vilket kan resultera i för mycket samförstånd. De som försvarar principen hävdar dock att när oppositionen sitter i styrelseorganen får den bättre insyn i och kunskap om problematiken i olika frågor, vilket främjar möjligheterna att ge välgrundad och väl underbyggd kritik av den styrande majoritetens politik samt möjlighet att påverka. Parlamentariseringen har således inte slagit igenom fullt ut i alla kommuner, utan en blandning av konsensusstyre och parlamentariskt styre har blivit resultatet i många fall – en typ av kvasi-parlamentariskt styre (Bäck, Erlingsson och Larsson 2015). Möjligen blir resultatet av denna blandning en konstruktion som innehåller många av de kända nackdelarna från de två systemen men få av fördelarna.

Den intressanta frågan i fallet NKS är hur väl informerad och kritisk oppositionen var innan de avgörande besluten fattades. Detta är särskilt intressant med tanke på att landstinget i Stockholms län ofta har beskrivits som mycket konfliktfyllt, ibland mer konfliktflykt än systemet på nationell nivå eller det i Stockholms kommun – den politiska majoriteten och oppositionen har där genom åren ofta sökt strid i olika frågor. Så frågan blir då varför detta inte hände när det skulle avgöras huruvida ett nytt sjukhus skulle byggas och hur driften av detta sjukhus skulle hanteras. Kanske en av de viktigaste frågorna, i alla fall i ekonomiskt hänseende, som någonsin hade fattas av landstinget. En intervjuperson från den fackliga sidan formulerade detta på följande sätt:

> Det som jag brukade säga var lite udda med det här projektet var, att i vanliga fall brukar ju inte de politiska blocken inom landstinget vara ense om någonting – sade det ena ''bu'' så behövde det andra säga ''bä'', eller tvärtom. Men här, av någon obegriplig anledning, kom man samman och skrev under. Nu var det väl i och för sig så att OPS var lite kontroversiellt, men i övrigt, att man skulle bygga huset, det kom man ju överens om, och så klubbades det igenom. (…) Man kan ju reflektera mycket över varför det blev som det blev. Det bör ni (…) prata med flera av de politiska nyckelpersonerna om, för det är ju mycket intressant varför just det här stora, enormt stora – ett av de största projekten någonsin i Stockholms läns landsting – inte väckte mera politisk debatt. För just den politiska debatten hade ju kunnat slipa av en hel del av de här konstigheterna, men nu blev det politisk konsensus och då gled det bara på. Och det tror jag har varit en stor nackdel för det här projektet (Intervjuperson 1).

Det tycks till och med vara så att Stockholms läns landsting avviker från det vanliga sättet att fatta beslut om mer grundläggande frågor, avseende t.ex. hur de politiska beslutsprocesserna ska organiseras, i alla fall om man jämför med hur sådana frågor hanteras på primärkommunal nivå (Ingo m.fl. 2018 s. 44f.). Det framhåller exempelvis en tidigare socialdemokratisk politiker som har arbetat i både Stockholms läns landsting och Stockholm stad:

> Det finns en tråkig tradition i det här huset, till skillnad från Stockholms stadshus bara några hundra meter härifrån. Man inrättar förvaltningar, nämnder, beredningar och styrelser och sådant –– inte i dialog med de politiska partierna utan (…) man har ofta haft våldsamma konflikter, politiska och förvaltningsmässiga (…) och det skiljer landstinget ifrån många andra politiska församlingar i Sverige där man försöker bli sams om själva styrmodellerna. … Det är en jättedålig tradition, jag blev chockad själv när jag kom hit. Jag har ju varit kommunpolitiker (…) och om Stockholms stad ska inrätta en ny förvaltning eller en ny nämnd, då sätter man ju sig ner alla politiska partier och pratar ihop sig, men så går det inte till här, tyvärr, och det har varit så sedan landstinget bildades skulle jag tro (Intervjuperson 2).

Kritiken mot det nya sjukhuset kommer fram först när det är för sent att göra något åt byggandet av det och organiserandet av driften. De flesta institutioner som uppfattas som traditionella kontrollinstrument i ett demokratiskt styre tycks ha varit satta ur spel under den här processen – inte minst gäller det den politiska oppositionen. Denna studie syftar till att ta reda på hur det var möjligt.

1.2 Metod

En av de svåraste frågorna inom samhällsvetenskapen är hur man kan hantera kontrafaktiska utsagor, dvs. vad som kunde ha hänt om inte det som hände hade inträffat. Många samhälls-vetenskapliga discipliner undviker vanligtvis denna typ av frågor, så även statsvetenskapen. Denna studie ligger dock nära denna problematik, eftersom den handlar om varför något inte

hände, dvs. varför det inte blev någon större politisk konflikt mellan de politiska partierna som ledde till att väljarna i val fick ta ställning till huruvida det skulle byggas ett nytt sjukhus med en annorlunda funktion än det gamla och, i så fall, hur det skulle finansieras.

Kontrafaktiska frågor är förvisso svåra att besvara. Men å andra sidan fungerar utsagor av denna typ också som en metod för att ställa kritiska frågor om historiska händelseförlopp, och även om de inte leder till några exakta svar skapar de en möjlighet att diskutera varför händelse-utvecklingen inte tog en annan väg. Kontrafaktiska frågor gör det ändå möjligt att reflektera över om det som hände kan kopplas till konstruktioner i regelverket, och – i det här fallet – om det regionpolitiska systemet fungerar som det är tänkt.

1.2.1 Historia

En stor del av denna redogörelse bygger på intervjuer med personer som deltog i processen som utmynnade i NKS. Detta är naturligtvis inte en okomplicerad metod. Människors förmåga att minnas är som bekant begränsad och ju längre ifrån i tid en händelse inträffade, desto svårare kan det vara att minnas händelsen – det s.k. *samtidskriteriet* måste således beaktas. Ofta vill man helst också minnas sådant som stödjer den egna saken – det s.k. *tendenskriteriet* är således också ständigt närvarande. Till detta kommer att Sverige är ett litet land, och de som medverkade till ett beslut, även de som tillhörde olika partier, umgicks och träffades säkerligen också utanför de formella beslutsarenorna och diskuterade vad som hade hänt på den officiella arenan. Ur sådana diskussioner kan det ha skapats en viss gemensamt framdiskuterad uppfattning om vad som egentligen hände, men som inte nödvändigtvis är hela sanningen. Ett aktivt mytskapande kan med andra ord ha pågått, en process som ofta inte är avsiktlig från deltagarnas sida men som kan vara svår att genomskåda för en extern betraktare. Det s.k. *oberoendekriteriet* är således också aktuellt här.

Alla deltagare har inte heller låtit sig intervjuas, vilket är problematiskt om man försöker fastställa händelseförlopp eller utröna exakt vilka som varit ansvariga för vad som hände i olika skeenden. Men denna studie söker inte ett ”domstolsliknande” avgörande, utan syftar i huvudsak till att hitta strukturella faktorer som försvårar klarhet och begriplighet om hur offentliga beslut fattas i ett visst politiskt system; ett system som är tänkt att göra det möjligt för väljarna att få insyn i processen och utkräva ansvar av de förtroendevalda efteråt. En eller flera ledande företrädare för samtliga partier som satt i fullmäktige under den aktuella perioden har intervjuats. Dessutom har tillsammans ett tjugotal högre tjänsten, professions företrädare, konsulter och fackliga företrädare intervjuats under cirka en timme.

Förutom intervjuer har denna studie också förlitat sig på offentliga kommunala dokument som diskussionsprotokoll från möten i fullmäktige och motioner, reservationer till fullmäktige samt beslut i styrelser, nämnder och utskott. Även litteratur och tidningsartiklar har använts.

1.3 Disposition

Utöver detta inledande avsnitt består rapporten av ytterligare tre avsnitt. *Avsnitt 2* rymmer en demokratiteoretisk diskussion med fokus på oppositionens roll i olika demokratiska system. Här redogörs också för det svenska systemet och därefter för hur Stockholms läns landsting har organiserats i termer av demokratimodeller. I *avsnitt 3* redogörs empiriskt för hur oppositionen (och den styrande sidan) agerade under den studerade perioden, dvs. från slutet av 1990-talet

fram till 2010, då de sista avgörande politiska besluten kring NKS fattades. I *avsnitt 4* förs en slutdiskussion.

2. Oppositionen och demokratin – teoretiska modeller

Det var en gång, som alla bra sagor börjar, ett kommunalråd i Göteborg som kallades för Göteborgs starke man. Han hette Göran Johansson och höll ett anförande för en grupp statsvetare, specialiserade på statsvetenskaplig forskning om kommuner, om hur kommunen Göteborg styrdes politiskt. Johansson var mycket nöjd med sitt verk och berättade för åhörarna hur än den ena än den andra kommittén hade satts upp för att hantera kommunens olika ansvarsområden, och i varje kommitté hade de närmast berörda intressenterna bjudits in för att diskutera och gemensamt fatta de viktiga besluten. Kort sagt, ett antal nätverk tycktes styra kommunens verksamhet, och Johansson tryckte på hur smidigt och effektivt allt fungerade när alla var med och påverkade. Detta var den s.k. Göteborgsandan.

I den efterföljande diskussionen ställdes dock frågan hur det var med demokratin, och då närmare bestämt frågan om öppenhet och medborgarnas insyn i detta så vältrimmade beslutsmaskineri. Johansson medgav först att detta var en bra fråga, men han blev inte svaret skyldig utan hävdade att han mycket hellre hade problem med demokratin än med sysselsättningen (se t.ex. SR 2012).[i] Möjligen gick en liten ängel tyst genom rummet vid detta ögonblick, och mycket riktigt, några år senare, under slutet av epoken Göran Johansson fick Göteborgs kommun mycket kritik när det gällde insynen i och kontrollen över kommunens ekonomiska verksamhet, och anklagelser om korruption hördes (Amnå m.fl. 2013).

2.1 Demokratins maktutövning och dess kontrollanter

Som sagan ovan antyder är det viktigt för ett demokratiskt styrelseskick inte bara att de som styr kan fatta och genomföra beslut på ett effektivt sätt. Det är också viktigt att ha väl fungerande mekanismer och institutioner som kan kritisera, kontrollera, och begränsa de styrandes maktutövning (Sterzel 1998, 1999, 2003, Bull och Sterzel 2010, kap. 13). De som ges rätten att styra får alltså inte utöva sin makt på vilket sätt som helst eller i hur stor utsträckning som helst. En av de viktigaste begränsningarna utgörs legalitetsprincipen, dvs. kravet på att demokratisk maktutövning ska utövas under lagarna. Det betyder att det ska finnas i förväg fastlagda regler för vad de styrande får och inte får besluta om samt procedurer för hur de ska gå till väga för att fatta beslut, och ibland räcker det inte med enkel majoritet i den folkvalda församlingen för att fastställa och ändra detta.

Den offentliga förvaltningen och dess tjänstemäns lojalitet mot sina politiska överordnande ska heller inte vara total. De förväntas inte medverka till att verkställa beslut eller i övrigt ställa sig bakom sina överordnade – chefstjänstemän som politiker – om de anser att de agerar olagligt, olämpligt eller oetiskt (Lundquist 1998, 2012). I de flesta demokratiska statsskick finns det därför mekanismer eller principer som gör det möjligt för tjänstemännen att vägra att genomföra vissa beslut, eller åtminstone att kunna offentliggöra sina invändningar mot de politiska makthavarnas beslut utan att behöva riskera anställningen eller karriären.

I demokratiska system finns det också normalt särskilda organ med uppgift att granska och kontrollera att de styrande håller sig inom sina maktbefogenheter, t.ex. revisorer och domstolar (Holmström 1998). Till detta kommer att massmedierna och intresseorganisationerna håller

ögonen på vad de styrande företar sig och ofta påtalar brister i den offentliga maktutövningen. I den granskande och kontrollerande funktionen av den offentliga maktutövningen kan i en demokrati även allmänheten sägas ingå. Enskilda medborgare kan i många länder överklaga beslut och har också, om än inte en skyldighet så i alla fall en möjlighet, att med hjälp av offentlighetsprincipen och åsikts- och yttrandefriheten, påtala och kritisera de beslut som fattas och de åtgärder som genomförs av de styrande (Holmström 1999).

Men den kanske viktigaste kontrollanten i detta sammanhang och som inte så sällan glöms bort i diskussionen om kontroll av den offentliga maktutövningen – inte minst i Sverige – är den politiska oppositionen, som har ett långtgående mandat att kritisera den styrande makten.

2.2 Den politiska oppositionen som kontrollant av den offentliga makten

Det finns alltså ett flertal mekanismer, institutioner och organ i en demokrati som verkar för att begränsa den offentliga makten och motverka att makten missbrukas, eller att förhastade och godtyckliga beslut fattas (Maktdelning SOU 1999:76). Hur dessa begränsade faktorer fungerar i praktiken skiftar från ett politiskt system till ett annat, och i många fall har de utformats och förändrats under lång tid. Men precis som den styrande majoriteten i en demokrati är underkastad vissa begränsningar i sin maktutövning, har också de granskande mekanismerna, institutionerna och organen sina begränsningar och unika förutsättningar för maktutövningen. Domstolar och revisionsorgan tvingas ta avstamp i lagar och förordningar som är skapade av politiska organ och har svårt att ifrågasätta målsättningar som är klart kopplade till värderingar. Medierna och journalisterna har ett friare mandat att framföra kritik, eftersom ingen förväntar sig att de ska ta över makten och tvingas åtgärda det de har kritiserarat. Det är precis detta som ger den politiska oppositionen en unik position som kontrollant av den styrande makten, dvs. möjligheten att fritt kritisera men också möjligheten att omsätta kritiken i praktiken – om de lyckas komma till makten. Oppositionen kan, med andra ord, om den är framgångsrik, tvingas inta maktens taburetter och demonstrera sin förmåga att bättre leda än föregångarna. Förutsättningarna för den kontroll som utövas av den politiska oppositionen är därför väsentligt annorlunda än dem som gäller för andra kontrollinstitutioner, eftersom giltigheten i den kritik som framförs kan komma att testas tämligen omgående. Inbyggt i oppositionens kritik och förslag till annorlunda politik finns därför också ett ansvarstagande för landet eller hur ett politiskt system styrs. Något som både skapar möjligheter och begränsningar för vilken kritik som kan framföras och hur kraftfullt det kan göras.

Den politiska oppositionens kritik och agerande kan ta sig tre olika former. För det första, genom att kritisera och granska de styrandes politik, dvs. lyfta fram svagheterna i exekutivens politik. För det andra, genom att lansera egna förslag som helt eller delvis förändrar den politik som föreslås eller genomförs, och för det tredje, genom att motverka de styrandes maktutövning med hjälp av olika formella och procedurella instrument (t.ex. yrka på misstroendeomröstning) som kan tvinga exekutiven att avgå.

Men oppositionens kritik och eventuella destabilisering av de styrande i en demokrati görs alltid inom ett ramverk där de grundläggande politiska spelreglerna måste respekteras. Herbert Tingsten brukade framhålla den värdegemenskap som finns i en demokrati, som han kallade för en överideologi – olika intressen i samhället erkänner varandras rätt att framföra sina åsikter och att söka stöd hos opinionen för dessa åsikter (Tingsten 1945). Den som fick stöd av majoriteten får rätt att styra landet, men motsatta intressens rätt att opponera och kritisera

respekterades (Mouffe 2000, 2007). I Storbritannien brukar man tala om ”Her Majesty’s Loyal Opposition”; en demokratisk opposition förväntas inte verka för att störta det existerande statsskicket men väl dess regering.

Oppositionens kritik och agerande kan naturligtvis variera beroende på hur den politiska traditionen (kulturen) ser ut i ett land, men också beroende på den politiska situationen. Oppositionens agerande påverkas exempelvis av antalet partier i den beslutande församlingen, liksom mandatfördelningen partierna emellan. I vissa länder och politiska system förväntas den politiska oppositionen i huvudsak vara inriktad på att fälla regeringen, medan den i andra fall är mer inriktad på att påverka den förda politiken och i samförståndets namn vara beredd på att kompromissa med den för tillfället styrande majoriteten – för att kunna påverka den förda politiken. Det finns också i olika politiska system mekanismer (institutioner) som verkar för att antingen föra oppositionen närmare den styrande makten eller utestänga den från reellt inflytande (Dahl 1966).

2.3 Tre idealmodeller för hur demokratiska system styrs

Hur den politiska oppositionen agerar i ett demokratiskt politiskt system varierar beroende på hur systemet är konstruerat. Tre huvudtyper kan här urskiljas: maktdelningssystem, parlamentariska system och konsensussystem (samförståndssystem). De tre modellerna är s.k. konstitutionella idealmodeller, dvs. de är teoretiska konstruktioner som i renodlade former inte existerar i verkligheten. I praktiken är alla politiska system en blandning av alla tre, men ett system ligger oftast närmare en av idealmodellerna.

Användandet av idealmodeller syftar till att dels göra det enklare att teoretisera om de olika statsskickens (modellernas) fördelar och nackdelar, dels att via empiriska studier kritiskt diskutera (och klassificera) olika staters demokratisystem.

2.3.1 Parlamentariska system

Det statsskick man oftast talar om i europeiska sammanhang är det parlamentariska. Förebilden är det statsskick som utvecklades i Storbritannien under 1700- och 1800-talen. Makten koncentreras till det folkvalda parlamentet, och idealet är en enpartiregering som har stöd av en majoritet i den folkvalda församlingen, men i realiteten överförs den offentliga makten till exekutiven (regeringen) bland annat därför att alla som sitter i regeringen sitter också i den folkvalda församlingen (Held 1997, Dahl 2002).

Idealbilden i ett parlamentariskt statsskick bygger även på tanken att det ska finnas en stark och tydlig opposition, inte bara en majoritet som styr. I huvudsak tänker man sig ett tvåpartisystem, där oppositionens roll är att ifrågasätta och kritisera, vilket kan leda till exekutivens avgång och oppositionens maktövertagande. Kompromisser och reella diskussioner syftande till samsyn mellan majoriteten och oppositionen är förbehållna situationer när den nationella suveräniteten eller det politiska systemet (demokratin) hotas, eller liknande avgörande frågor.

Men parlamentariska statsskick avviker ofta från denna idealbild, och i praktiken skapas ofta ett system som liknar maktdelning (Johnson 1993). I Sverige har vi t.ex. ofta minoritetsregeringar och, på senare tid, dessutom ofta koalitioner. Detta brukar kallas minoritetsparlamentarism. Ett inslag i parlamentariska system är dessutom att exekutiven kan upplösa den folkvalda församlingen och utlysa extra val.

2.3.2 Maktdelningssystem

I motsats till det parlamentariska statsskicket bygger maktdelningssystemet på tanken att makt korrumperar och att man därför bör undvika att koncentrera makten till ett enda organ (institution). En förebild som ofta nämns är USA. Enligt USA:s konstitution bör den offentliga makten separeras och tilldelas olika institutioner (folkvald församling, regering och domstolar), men delarna har också överlappande ansvarsområden vilket leder till att de får inflytande över varandra och därför måste de samarbeta för att kunna stifta nya lagar och förändra politiken. En central tankegång är att de olika institutionerna ska balansera och kontrollera varandra, och eftersom de utses eller väjs på olika sätt och vid olika tidpunkter leder detta ofta till att den politiska majoriteten i institutionerna varierar. I USA är det t.ex. inte ovanligt att det ena politiska partiet har majoriteten i kongressen medan det andra partiet innehar presidentämbetet. Detta leder ofta till att det blir svårare att stifta nya lagar eller att snabbt lägga om politiken – systemet blir trögt och den tillträdande regeringen får svårt att genomföra sin politik – ofta blir *status quo* förhärskande (Dahl 2002, Mouffe 2005, Bäck, Erlingsson, Larsson 2015).

Men på samma sätt som ett parlamentariskt system kan gå i baklås, kan maktdelningssystem göra det, och den tilltänkta maktdelningen (bromsmekanismen) sätts ur spel om samma politiska parti kontrollerar de viktigaste institutionerna.

Maktdelningssystem utmärks ofta av att ansvarsutkrävandet är komplicerat, särskilt när något går fel. I och med att den offentliga makten är fragmenterad (utspridd på olika institutioner), i stället för centraliserad till en institution som i parlamentariska system, uppstår det vanligen en aggressiv diskussion om vem som bär ansvaret för något dels mellan de olika institutionerna, dels mellan majoritetssidan och oppositionen inom de olika institutionerna. I denna typ av system krävs det därför att de stora politiska partierna når en kompromiss för att nya lagar ska kunna stiftas och accepteras av de viktigaste institutionerna. Det hela kan bli mycket komplicerat, även beroende på hur stark partidisciplin som råder inom och mellan institutionerna (Greenberg, Kartz, Oliviero och Wheatley 1993). Maktdelningssystem ger tack vare detta bättre skydd för olika typer av minoriteter, eftersom det är svårare för ”tillfälliga opinioner” att genom enkel majoritet i ett val till en institution tillskansa sig den absoluta makten.

2.3.3 Samförståndssystem (konsensussystem)

Den tredje varianten är ett politiskt system där de viktigaste och största partierna alltid ges plats i det styrande organet. Den främste företrädaren för denna modell var tidigare Nederländerna; där tillämpades ett system med strukturella arrangemang som ledde till att de partier som representerade de viktigaste befolkningsgrupperna alltid garanterades platser i regeringen och andra viktiga institutioner. Den nederländske statsvetaren Lijphart (1984, 2012) är den som främst har utvecklat denna idealmodell, som i första hand betonar betydelsen av kompromisser mellan de ledande politiska intressena i samhället. Ett av Lijpharts viktigaste argument var att flera delar av samhällsintressena fick sina behov tillgodosedda genom detta system, dvs. en mindre del än i ett parlamentariskt system hamnade i renodlad opposition, ställdes utanför och saknade inflytande.

Men vad händer då med oppositionens roll, när i stort sett alla större partier sitter vid makten? Till skillnad från ett parlamentariskt statsskick, där oppositionen i huvudsak är utestängd från den styrande makten och rollerna mellan de styrande och oppositionen är relativt tydliga, eller

i ett maktdelningssystem där rollerna är otydliga, innebär ju ett konsensussystem att regeringen innefattar både majoritet och opposition. Till detta återkommer vi (Weiler 1993, Mouffe 2005).

2.3.4 Ett land – flera politiska system

Det är vanligt att ett land har olika politiska system på olika samhällsnivåer – nationell, regional och lokal nivå och, under senare år i Europa, även på övernationell nivå (EU). EU:s politiska system är baserat på maktdelning, medan många nationella system bygger på parlamentarism centralt och på mer konsensusorienterade system på lokal nivå (Larsson 1999b).

Men det finns även andra skillnader mellan den nationella och den lokala nivån och som inte i första hand beror på skillnader i regelverket. En sådan skillnad handlar om föreställningen att politikerna på nationell nivå befinner sig på längre avstånd från sina väljare än politikerna på lokal nivå. Resultatet av lagstiftningsarbete i parlament visar sig många gånger först flera år senare och då är många av dem som stiftade lagen kanske inte längre kvar i parlamentet, medan besluten på lokal nivå vanligen har mer direkta konsekvenser för medborgarna. Lokala politiker befinner sig närmare medborgarnas vardag medan nationella politiker befinner sig på armlängds avstånd, vilket verkar för ett pragmatiskt samarbete mellan de politiska partierna på lokalnivå, för att de ska kunna lösa praktiska problem och minska de ideologiska spänningarna.

Lokala beslutsorgan har dessutom ett avgörande ansvar för att genomföra nationella beslut på lokal nivå, vilket betyder att politikerna i lokala beslutsorgan, särskilt i mindre kommuner, är de som fattar beslut i en stor mängd enskilda ärenden och som också blir ansvariga för besluten. På nationell nivå avgörs i stället enskilda ärenden och andra former av förvaltningsbeslut vanligen av tjänstemän, som också bär ansvar för besluten.

En annan omständighet som driver ihop de politiska partierna lokalt är spänningen mellan lokal och central nivå. Inte sällan kan de lokala partierna enas i sin kritik mot den centrala nivå, dvs. huvudstaden, som man uppfattar inte fullt ut förstår de lokala problemen och därför inte ger dem de nödvändiga resurserna.

Ett land består med andra ord oftast av flera politiska system, vilka kan vara organiserade efter olika demokratiska principer. Men samtidigt är den ledande enheten i vår tids demokratier de politiska partierna som är organiserade hierarkiskt, vilket innebär att politiska system på lokal nivå binds ihop med den centrala nivån via partiernas kontroll av den regionala, lokala och övernationella nivån. Politiska partier är i de flesta fall nationella skapelser och den centrala ledningen styr, även på den lokala nivån, i viktigare frågor (Montin 2002 s. 70).

Den amerikanska statsvetaren Robert Dahl (1961) genomförde på 1950-talet en studie av det lokala politiska systemet i New Haven i USA. Studien syftade till att klargöra om New Haven var demokratiskt styrt i den meningen att det fanns konkurrens om den politiska makten och inflytandet. Dahls slutsats var att demokratin fungerade i New Haven, dvs. det fanns inte bara en maktelit som bestämde i alla viktiga frågor utan också alltid en aktiv och kritisk opposition som agerade och påverkade. Men ett antal år senare publicerade statsvetaren Domhoff boken ”Who Really Rules?” (1978), där han försökte motbevisa Dahls tes med hjälp av Dahls egen empiri. Till skillnad mot Dahl inkluderade Domhoff även den politiska nivån ovanför den lokala nivån i New Haven, och Domhoffs slutsats blev då att det politiska systemet på nationell nivå i viktiga frågor kontrollerade vilka beslut som fattades på lokal nivå. Det fanns alltså en styrande

elit men som Dahl hade missat genom sitt alltför begränsade perspektiv som uteslutande fokuserade på den lokala nivån, enligt Domhoff.

2.3.5 Konsensus kontra konflikt i det politiska systemet

En av grundpelarna i ett demokratiskt statsskick är betydelsen av att kunna kompromissa. I den demokratiska processen förväntas deltagarna kunna kompromissa, om än inte om allt och allting, och det händer naturligtvis att deltagare i vissa frågor väljer att profilera sig och sitt parti mot övriga. Men balansen mellan konflikt och konsensus är en viktig komponent i ett demokratiskt statsskick även om skillnaderna mellan olika typer a statsskick kan vara stora, beroende på olika politiska traditioner och kulturer.

Det finns exempel på demokratiska statsskick där konsensustanken dominerar och politiska beslut därför oftast tas i stor enighet, och de förtroendevalda kompromissar om i stort sett allt – både när det gäller att formulera ny politik på olika områden och att genomföra den nya politiken. Å andra sidan finns det också statsskick där kompromisser är sällsynta och konflikter mellan olika parter både är frekventa och skarpa. I ett statsskick som kännetecknas av betydande spänningar mellan olika grupper, och där det är svårt att uppnå kompromisser, kan detta leda till att de som har en majoritet av väljarstödet driver igenom sina beslut utan att oppositionen får särskilt stort inflytande. Men om spänningarna mellan olika grupper i samhället går åt olika håll kan det bli svårt att forma majoriteter, och att få någon som styr kan därför bli svårt, vilket leder till svårigheter för det politiska systemet att fatta beslut. Den politiska makten försvagas därmed och många och viktig politiska beslut kan därför i stället komma att fattas av andra aktörer än de förtroendevalda, t.ex. av intresseorganisationer, myndigheter, domstolar och den s.k. marknaden.

Kännetecknande för en välfungerande demokrati är förekomsten av en reell opposition som kritiskt granskar och protesterar mot de beslut som de styrande fattar och som dessutom har rätt att presentera alternativa förslag, dvs. föreslå en annan politik än den som bedrivs. Den offentliga makten i en demokrati kan därför sägas vara tudelad. En del av makten innehas av dem som styr medan oppositionen ges den andra delen av makten, nämligen att opponera. Det kan ibland verka som om oppositionen är maktlös, men i själva verket är den ofta mycket mer närvarande än det förefaller vara. De styrande överväger naturligtvis noga hur deras förslag och utspel kommer att bemötas av oppositionen, samtidigt som de vet att risken för att de själva kan vara i opposition efter nästa val är överhängande – vilket verkar för att söka kompromisser med oppositionen i viktiga frågor om de strävar efter en långsiktigt hållbar politik. Ibland kan det verka som om den mest inflytelserika aktören i en exekutiv är den i fysisk mening inte närvarande, alltså oppositionen, i stället för de som sitter runt sammanträdesbordet. Mycket av maktspelet mellan regeringssidan och oppositionen bedrivs alltså i det tysta, genom anticipering och anpassning, utan vare sig formella eller informella diskussioner mellan de styrande och oppositionen. Normalt sett har partierna god kännedom om varandras åsikter i olika frågor och det är därför inte särskilt svårt för ett parti att förutse hur de andra partierna kommer att reagera på olika utspel och beslut.

På samma sätt som de som för tillfället innehar den politiska makten behöver ta med i beräkning hur oppositionen kommer att agera, måste även oppositionen överväga i vilka frågor den ska profilera sig och på vilket sätt den ska opponera. Ett genomgående problem för oppositionen är därför huruvida den ska söka konflikt eller kompromiss i olika frågor – kompromissande kan

ge möjlighet till inflytande men innebär också delansvar för beslutet och legitimering av den styrande makten. Konflikt ger i stället möjlighet till profilering och opinionsbildning, vilket på sikt kan leda till ökat politiskt stöd och maktövertagande vid kommande val.

Dragkampen mellan opposition och regeringssida handlar också mycket om förväntningar på utfallet av framtida val och vilket stöd man kan påräkna i den sittande och den kommande beslutsförsamlingen. Om den styrande sidan tror att de kommer att förlora makten vid nästa val kan det bli intressant att fatta beslut om att driva en politik som i första hand syftar till att försvåra för nya makthavare att genomföra sitt politiska program och stora förändringar av den politik som de styrande hittills har bedrivit. En sittande högerregering kan t.ex. skapa stora underskott i budgeten genom ofinansierade skattesänkningar, vilket kan göra det svårt för en tillträdande vänstermajoritet att genomföra politiska program som kräver stora utgiftsökningar. Å andra sidan kan oppositionen finna det nödvändigt – när den erbjuds möjlighet att påverka och kompromissa om beslut som den egentligen ogillar – att medverka till gemensamma beslut, eftersom den annars riskerar att hamna i ett svårt läge om den vinner nästa val men får överta en svårföränderlig politik.

Även om det går att argumentera för att den politiska makten är uppdelad mellan dem som har regeringsmakten och dem som har makten att opponera (en form av informell maktdelning), är det ändå olika typer av maktinstrument som används. Den regerande makten har till sitt förfogande initiativrätt, kunskapsövertag och voteringsmakt, medan den opponerande makten av nödtvång måste vara mer reagerande, defensiv och ibland till och med destruktiv. Kravet på och granskningen av hur oppositionens politik går ihop är ofta lägre än regeringssidans. Den ena sidan förväntas komma med förslag och har därför kontroll över betydande utrednings-resurser, medan den andra sidan reagerar antingen genom att avfärda, kräva förändringar (kompromissa) eller acceptera förslagen.

Generellt förefaller det rimligt att anta att de politiska partierna är mer beredda att kompromissa i frågor när impopulära men nödvändiga beslut ska fattas, om politiken på området kräver politisk samsyn över en längre tid än en mandatperiod, om det inte handlar om kompromisser som kräver stora avsteg från valmanifest eller andra vallöften, och om beslutet inte tydligt förknippas med partiernas traditionella ideologiska ställningstagande. Till detta kommer också hur starkt stöd den styrande majoriteten har i beslutsförsamlingen, i det egna partiet eller partierna och hos 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 parti befinner sig spelar också roll. Partier med mer extrema åsikter än flertalet övriga partier har vanligtvis svårare att nå regeringsmakten och att påverka den politik som bedrivs. Man kan därför förvänta sig att partier på ytterkanterna av det politiska spektrumet bedriver en högljudd oppositionspolitik och tydligare och oftare invänder mot de styrandes politik (se Dahl 1966).

Sammanfattningsvis innebär oppositionspolitik både möjligheter och risker beroende på vilken maktposition partierna för tillfället har, men också på förväntningarna på hur denna makt-position kan komma att förändras. Ett parti som har låga förväntningar på att kunna påverka den nuvarande och den framtida politiken har naturligtvis starka incitament att driva en mer konfrontativ oppositionspolitik, som inte alltför mycket tar hänsyn till hur denna politik ska kunna omsättas i praktiken.

2.4 Det svenska politiska systemet

Det svenska statsskicket innehåller tre politiska nivåer till vilka allmänna val hålls – den europeiska, den nationella och den lokala nivån. De tre nivåerna har alla sina egna beslutande och verkställande organ, och de styrs av särskilda regelverk. Därför kan de ses som unika politiska system men som intressant nog verkar ha skapats och utvecklats efter delvis olika demokratiska förebilder när det gäller organiseringen. På EU-nivå har ett system skapats med starka inslag av maktdelning, medan den parlamentariska principen har varit vägledande på nationell nivå, och på lokal nivå, där det dessutom finns två folkvalda organ – kommuner och regioner (f.d. landsting) – har principen om samregerande länge varit förhärskande.

2.4.1 Svenska kommuner – ett annorlunda politiskt system

De tre politiska systemen existerar självklart inte isolerade från varandra utan knyts ihop på olika sätt, men i denna framställning lämnas EU-nivån i huvudsak utanför eftersom de viktigaste besluten om NKS har tagits på nationell och kommunal nivå. Dessutom tycksden nationella nivån, dvs. regering och riksdag samt partierna centralt, ha spelat en begränsad, om än inte en helt oviktig, roll i diskussionerna om det nya sjukhuset. Det kan därför vara på sin plats att beskriva skillnaderna och likheterna mellan det nationella systemet och de lokala, för att öka förståelsen för vad som hände i Stockholms läns landsting vid denna tidpunkt.

På central nivå har Sverige ett ganska typiskt parlamentariskt system, kombinerat med en partistruktur som tydligt följer en vänster-höger dimension. Trots ett mångpartisystem har partierna ofta samverkat i två informella block, varför t.ex. regeringsbildningen under många decennier varit relativt enkel – det av de två blocken som fick majoriteten (eller i alla fall flest) av väljarnas röster bildade regering. Det som dock har gjort det parlamentariska systemet speciellt är att det ofta inte har krävts en majoritet av riksdagens ledamöters aktiva stöd för att bilda regering, och i synnerhet har det socialdemokratiska partiet under långa perioder ensamt kunna sitta vid makten trots att det saknat egen majoritet i riksdagen och behövt lita till ett passivt stöd från andra partier, i första hand vänsterpartiet. Även borgerliga regeringar har kunnat inneha regeringsmakten utan egen majoritet, men till skillnad mot socialdemokraterna har borgerliga regeringar nästan alltid varit koalitionsregeringar.

Trots detta starka inslag av minoritetsparlamentarism har de sittande regeringarna historiskt nästan alltid varit framgångsrika i den meningen att de kunnat sitta hela mandatperioden ut och i betydande utsträckning kunnat få igenom sin politik, dvs. fungerat som om man hade haft egen majoritet i riksdagen. Vad som verkar vara ett flerpartisystem tycks i praktiken ofta ha fungerat som ett tvåpartisystem (Bäck, Erlingsson och Larsson 2015). Men även här avviker den svenska erfarenheten från vad som kan förväntas av ett parlamentariskt system bestående av i huvudsak två partier som intensivt konkurrerar om den politiska makten med stark politisk spänning som följd i snart sagt alla frågor. Sverige är nämligen känt för sin kompromisskultur, vilket innebär att de politiska partierna särskilt i större frågor är villiga att kompromissa för att nå parti- och blocköverskridande lösningar (Ruin 1968, Sydow 1989, Möller 2019). Det är heller inte ovanligt att alla eller några oppositionspartier erbjuds att delta i beredningen av större beslut som sedan ska underställas riksdagen, t.ex. genom statliga offentliga utredningar eller medverkan i beredningen i regeringskansliet av den årliga budgeten (Ruin 1983, Levin 2002). Mera sällan nås dock på detta sätt kompromisser som samtliga partier kan ställa sig bakom. Trots samförståndskulturen finns det nämligen nästan alltid delar av oppositionen som inte

släpps in eller som frivilligt väljer att stå utanför regeringens beredningsprocesser och som därför ofta och gärna framför kritik mot den sittande regeringen (Möller 2019).

Det nationella politiska systemet är starkt professionaliserat och väl organiserat. Politikerna i riksdag och regering är heltidsanställda och stöds av väl utbildade heltidsanställda tjänstemän som arbetar i resursstarka organisationer. Många politiskt sakkunniga är också anställda för att hjälpa regeringssidan och oppositionen i sina respektive roller. På nationell nivå har det regerande organet en egen beredningsorganisation, regeringskansliet, som är skild från riksdagens beredningsorganisation, dvs. i första hand utskotten.

På de här punkterna skiljer sig det nationella systemet från de lokalt folkvalda politiska systemet som inte kännetecknas av samma tydliga uppdelning i en regeringssida och en oppositionssida. Vanligtvis tillsätt de politiska posterna där genom ett proportionellt förfarande, vilket betyder att platserna i de styrande och beredande organen fördelas efter partiernas senaste valresultat, inte i första hand efter vilket block eller vilken koalition som innehar majoriteten och de facto bestämmer över den kommunala politiken. Det är också vanligt att det parti eller den koalition av partier som styr en kommun har en annan politisk färg eller sammansättning än den eller de som styr landet på nationell nivå. Blocköverskridande koalitioner och samarbeten är mycket vanligare på kommunal nivå än på nationell nivå. Styrelseorganen (kommunstyrelsen och regionstyrelsen) och beslutsorganen (fullmäktigeförsamlingarna) har sällan egna beredningsorgan. De kommunala nämnderna fungerar vanligtvis som beredningsinstanser åt både styrelseorganen och fullmäktigeförsamlingarna (Johansson 1993). Tanken är att den politiska oppositionen på detta sätt ska få bättre insyn i och kunskap om den politiska beredning- och beslutsprocessen i olika frågor, möjligen med undantag för de riktigt små oppositionspartierna, som trots att de kan ha säte i fullmäktige ibland inte av egen kraft kan kräva platser i nämnderna. Om man jämför detta med den nationella nivån bestämmer regeringen och dess majoritet i betydligt högre grad över oppositionens deltagande i styrelseorganens beredningsprocess (Kommunalt samlingsstyre eller majoritetsstyre? 1972). En annan skillnad handlar också om det som kan kallas för motsvarigheten till regeringen på kommunal nivå, dvs. kommunstyrelsen och regionstyrelsen (tidigare landstingsstyrelsen), är deras samordningsansvar och makt gentemot andra nämnder och styrelser som är svagare än regeringens gentemot departementen i regeringskansliet.

Kommunalt styre skiljer sig också från styret på den nationella nivån på så sätt att inslaget av amatörism är större – antalet heltidsanställda politiker är betydligt färre. De förtroendevalda i fullmäktige förväntas i huvudsak sköta uppdraget på sin fritid, liksom även de som har förtroendeuppdrag i nämnder och styrelser utan att sitta i fullmäktige. I huvudsak är bara kommunalråden och regionråden anställda på heltid eller deltid – övriga politiker ges ekonomisk ersättning i form av arvoden för närvaro vid sammanträden. Partierna kan också ha hel- eller deltidsanställd personal som hjälper deras förtroendevalda i deras arbete med att formulera kommunens politik på olika områden. Men arbetsgivaren är alltså i detta fall partiet, inte kommunen.

Precis som på nationell nivå finns det också i många fall en heltidsanställd professionell kommunal förvaltning där vissa arbetar med att förbereda de kommunala politiska besluten. De hjälper och stöder de kommunala politikerna normalt utan att själva vara politiskt aktiva. Det är faktiskt så att den beredning som de kommunala tjänstemännen genomför förväntas vara mer ”objektiv” (politiskt neutral) än den som tjänstemännen i regeringskansliet står för, eftersom

man där arbetar i regeringens och ministerns anda. Tjänstemannaberedningen i på kommunal nivå däremot förväntas inte bara ta hänsyn till den politiska majoriteten utan till alla åsikter i den nämnd de arbetar för och presentera vad som verkar vara den bästa lösningen givet ett visst problem som behöver åtgärdas. Tjänstemännens inflytande på kommunal nivå har länge varit ett hett diskussionsämne, och tid efter annan har synpunkten framförts att tjänstemännen har ett för starkt inflytande över politikerna (Montin 2002).

Sammantaget kan allt detta leda till att en kommun, visserligen leds av en politisk majoritet men ansvaret för olika grenar av förvaltningen ligger hos ett kommunalråd som tillhör oppositionen, en ordning som länge gällde för t.ex. Stockholms kommun (Erlingsson 2009).

Men detta grundläggande system har under senare år luckrats upp alltmer. Den styrande sidan i kommunen har visserligen svårt att neka oppositionen platser i beredande och beslutande organ, eftersom det räcker med att en minoritet i fullmäktige kräver en proportionell fördelning av platser i styrelser och nämnder för att en sådan ska verkställas enligt kommunallagen. Men enligt kommunallagen finns det också möjlighet till s.k. majoritetsmarkering, vilket innebär det parti eller de partier som styr kommunen inte bara ska ha majoriteten av platserna i de beredande och beslutande organen, utan också inneha de viktigaste posterna – t.ex. samtliga ordförandeposter. Man kan också göra en uppdelning av kommunalrådsposterna på så sätt att oppositionen får några poster som kommunalråd (s.k. oppositionsråd) men de får inte ansvar för någon del av den kommunala förvaltningen, utan i stället får de leda den egna partigrupperingen och dess förvaltning. Det är också möjligt i dag för fullmäktige att inrätta egna utskott om de så önskar, vilket ser lite olika ut från en kommun till en annan, men i huvudsak bestod ordningen med nämnder och styrelser som beredande organ både åt styrelseorganet och åt fullmäktige i landstinget under den tidsperiod som är aktuell för denna studie.

Som tidigare nämnts har det sedan lång tid (1972) pågått ett arbete med att ändra regelverket för kommunernas organisering och funktion i riktning mot att göra den kommunala organiseringen och funktionen mera lik den på nationell nivå, dvs. göra det kommunala politiska systemet mera likt ett parlamentariskt system (”parlamentarisering”) med bland annat en förstärkning av den institutionella konflikten mellan den styrande sidan och oppositionen som målsättning (SOU 1982:5, SOU 2015:24). I dag finns det goda möjligheter för ett landsting (en region) att organisera sig på ett sätt som liknar det politiska systemet på nationell nivå, men under den period som denna undersökning handlar om var fortfarande skillnaderna i regelverket mellan nationell och kommunal nivå stora. Det kan också nämnas att de förändringar som genomförts successivt av regelverket sedan 1970-talet i de flesta fall inte på något dramatiskt sätt har förändrat hur kommuner och landsting fungerar som politiska system, utan tendensen till samförstånd och samregerande har bestått (Bergman 1999, Erlingsson 2009).

2.4.2 Kommuner och regioner – en jämförelse

Hittills i redogörelsen har kommuner (primärkommuner) behandlats som likställda med regioner (tidigare landsting). Men trots att de lyder under i huvudsak samma lagstiftning finns det vissa skillnader. Regionen är ett lokalt organ, vilket innebär att det inte är överordnat andra kommunala organ. Regionen har dock ett annat kompetensområde än primärkommunen, i första hand sjukvård och i flera fall kollektivtrafik och numera även regional planering (Gustafsson 1999 s. 18). Normalt är inte sjukvården en fråga som ideologiskt ger upphov till starka

spänningar mellan de politiska partierna; den är ganska hårt styrd av den medicinska professionen – dvs. sjukvårdens olika intressenter inkl. läkemedelsindustrin. Politikernas uppgift blir här mer att legitimera (stora) budgetar och göra övergripande prioriteringar inför väljarna. Valen till regionerna brukar heller inte tilldra sig särskilt mycket uppmärksamhet från medierna eller allmänheten. ”Det glömda valet” är en ganska träffsäker benämning (Gustafsson 1999 s. 152).

De politiska spänningarna är alltså normalt sett inte särskilt starka inom regionerna, och mindre regioner har ibland till och med svårt att fylla de minst fem obligatoriska regionsammanträdena per år som kommunallagen påbjuder, med meningsfulla dagordningar. Den politiska enigheten kan dock brytas. En fråga för många regioner som ofta skapar starka politiska motsättningar är den om omorganisering av sjukvården och då särskilt hot om nedläggningar av sjukvårdsenheter. Starka ”utomparlamentariska” opinioner kan ofta snabbt bildas lokalt inför hot om nedläggningar av sjukhus och vårdcentraler, manifestationer som har sitt ursprung ur andra källor än den politiska oppositionen och som svårligen låter sig tyglas inom den lokala partipolitiska strukturen (ibid.).

2.4.3 Region Stockholms politiska organisering och politiska kultur

Region Stockholm följer inte det vanliga mönstret för regioner i Sverige. Till att börja med är Region Stockholm den allra största regionen sett till antalet platser i fullmäktige och omfattningen av budgeten, vilket innebär att den är den näst största folkvalda församlingen i landet efter riksdagen. Och under den studerade tidsperioden hade stora förändringar inträffat i relationen mellan den styrande majoriteten och oppositionen.

Först tog det lång tid innan Stockholms län fick en egen region, ett landsting. Det första valet till landstinget hölls 1970, och när det väl hände organiserades det som en kopia av hur Stockholms stad var organiserad och fungerade, dvs. med betoning på samregerandeprincipen. Men snart uppträdde skillnader. I Stockholms kommun sitter t.ex. oppositionen med i borgarrådsberedningen (som i praktiken är det styrande organet i kommunen, dvs. kommunstyrelsens position är mycket svagare än i andra kommuner i Sverige), men i landstinget satt inte oppositionslandstingsråden med i landstingsrådsstyrelsens beredning.

Vid det första valet till landstinget blev socialdemokraterna det största partiet och folkpartiet det största borgerliga partiet. Men vid valet 1973 togs ledartröjan på den borgerliga sidan över av moderaterna, och sedan dess har socialdemokraterna och moderaterna varit de två partierna som turats om att leda landstinget. Moderaterna blir största parti för första gången 1991, men socialdemokraterna blir störst igen 1994, moderaterna störst 1998, socialdemokraterna 2002, därefter moderaterna 2006-2018. I valet 2018 blir visserligen socialdemokraterna största parti igen, men det räcker inte för att erövra makten i regionen.

Folkpartiet har under hela tiden platser i landstingsfullmäktige, men har med undantag för valet 1970 aldrig varit i närheten av att hota moderaterna som största parti. Centerpartiet åker ur landstingsfullmäktige 1998 och kommer tillbaka 2006, men har ofta haft en svag position i termer av platser i fullmäktige. Kristdemokraterna kommer in första gången i landstinget 1991 men åker ut 1994 och kommer tillbaka 1998. Vänsterpartiet har alltsedan det första valet till landstinget haft platser i fullmäktige. Miljöpartiet kommer in 1988 och har sedan dess haft säte i fullmäktige.

Under den här studerade tidsperioden (1998-2010) hade aldrig miljöpartiet och vänsterpartiet fler platser tillsammans än socialdemokraterna, och situationen på den borgerliga sidan var att moderaterna aldrig hade färre mandat än de övriga borgerliga partierna tillsammans. De två stora partierna var alltså helt dominerande inom respektive block. Sverigedemokraterna kom in i fullmäktige 2014 och deras agerande tas därför inte upp i denna studie.

I landstinget i Stockholms län hade det alltså vid den tid som studien omfattar utvecklats närmast en tradition av maktbyte vid varje val. Blocken tycktes få styra en mandatperiod vardera – man turades alltså om att sitta vid styråran. En konsekvens av denna ordning blev att oppositionen visserligen satt med i de styrande organen (landstingsstyrelsen, utskott och nämnder) med ledning av sitt stöd i fullmäktige, och hade yttranderätt och rösträtt, men majoriteten drev nästan alltid igenom sin vilja om det förelåg åsiktsskillnader. Att vara i opposition innebar att man fick viss insyn och information, men i stort sett inget inflytande över de beslut som fattades – desto viktigare att vinna valet med andra ord – vilket följande utdrag ur en intervju med en moderat politiker visar.

> Man ska komma ihåg att under i stort sett alla våra mandatperioder, varje mandatperiod, bytte vi majoritet och det var oerhört mycket politiska konflikter på ett annat sätt än vad det är i dag, och svårare att styra därför att man bara hade några år på sig att hinna göra någonting, för sedan blev det ny majoritet igen … så det var liksom ett helt annat tonläge i debatterna (Intervjuperson 3).

Det ständiga bytet av majoritet i landstingsfullmäktige hade med andra ord betydande konsekvenser för idén om en konstruktiv opposition och en konsensusinriktad majoritet, som nedanstående referat från en intervju med en politiker från liberalerna är ett exempel på.

> Ja, insyn ja kanske. Man är utestängd från inflytande. … Det var ju alltid liksom, de körde över en. De hade tre röster mer eller vad det var, men det var ju alltid, i alla omröstningar. Utom den enda om att lägga en vårdcentral i Solna, i stort. Ja, det är ju synd för det finns ju trots allt många bra idéer från oppositionen som man borde kunna ta till vara och borde kunna vara storsint nog att ge cred för att ha bidragit. Men de vill absolut inte att man ska kunna säga att vi fick igenom det här vid nästa valrörelse. Och det är ett... Dag Larsson, som var landstingsråd för sossarna senast perioden, han föreslog att vi skulle skriva en gemensam motion i ett ärende som vi verkligen var överens om. Jag var tvungen att säga, tyvärr det kan jag inte göra, då blir jag liksom persona non grata i partiet. … Man kan skriva motioner inom blocken över partigränserna, men aldrig mellan blocken (Intervjuperson 4).

Under större delen av 1990-talet och en stor del av de första åren av 2000-talet förstärktes dessutom konflikterna mellan de två största partierna, socialdemokraterna och moderaterna, genom dålig personkemi mellan gruppledarna i respektive parti. Kort sagt, i Stockholm läns landsting var vänster och höger för det mesta osams i stort som i smått, och invektiven kunde flöda tämligen ohämnat i fullmäktiges debatter – i första hand mellan gruppledarna för de två största partierna – moderaterna och socialdemokraterna.

Det tycks med andra ord som om de som håller fast vid den ”klassiska” linjen, om att låta oppositionen ha säte i de styrande organen på kommunal nivå för att stärka den lokala demokratin, inte riktigt får stöd när det gäller hur Stockholms läns landsting har fungerat. Men även de som förordar en ”parlamentarisering” av kommunerna har fått något att fundera på, åtminstone när det gäller hur mediernas intresse och rapportering förmodas öka tack vare starka konflikter mellan de politiska partierna i olika frågor. Som framgår av följande intervjureferat

med en tidigare moderat landstingspolitiker har mediernas intresse överlag varit svalt för regionens verksamhet.

> För det första finns det ingen reporter som skriver om det som händer eller följer arbetet med det som händer, så det är ju någonting som sker väldigt dolt, om det inte dyker upp någonting väldigt speciellt. Och är man i Stockholmsområdet då, som det här landstinget befinner sig i, då är det ju liksom lokaltidningen i DN eller Svenskan, till skillnad från om du är någon annanstans i landet, så att det följs ju inte likadant heller – så att nej, jag visste inte speciellt mycket om det innan jag kom (Intervjuperson 5).

Att politisk oenighet inte automatiskt leder till massmedial uppmärksamhet är i och för sig inget unikt för Stockholms läns landsting; det har även varit märkbart på riksdagsnivå när det gäller t.ex. EU-frågor (Karlsson m.fl. 2018). Under den studerade perioden var dessutom moderaterna starka motståndare till landstingens existens. Partiets officiella linje var att dessa borde avskaffas. Partiet ifrågasatte behovet av ett landsting, till skillnad mot tongångarna i Stockholms kommun där samtliga partier starkt stod upp för staden och dess intressen, vilket naturligtvis påverkade grundförutsättningarna för och konfliktnivån i landstinget. Under 1990-talet och början av 2000-talet är moderaterna besjälade av att använda landstinget i Stockholm som ett exempel på vad som kan åstadkommas med hjälp av privat företagsamhet och privatisering när det gäller sjukvård och kollektivtrafik, till skillnad mot den traditionella modellen där det offentliga i huvudsak är både ägare och utförare av tjänster inom kollektiva transporter och sjukvård.

En särskild källa till konflikt och irritation inte bara för moderaterna i Stockholm utan också flera andra borgerliga partier, var det kommunala utjämningsbidraget, som i första hand på landstingsnivå drabbade Stockholm län. Detta landsting fick avstå en icke obetydlig del av sina ekonomiska resurser till landsting med svagare skatteunderlag, och utjämningsbidraget ökade dessutom i slutet av 1990-talet. Vad detta kunde leda till för moderaternas, och övriga borgerliga partiers, agerande under slutet av 1990-talet, när vår historia om NKS börjar, ska vi strax återkomma till.

3. Det politiska spelet kring NKS

I detta avsnitt skildras i första hand hur de ledande politiska företrädarna agerade och argumenterade för sina respektive partiers ståndpunkter under den långa beslutsprocess som ledde fram till beslutet om att bygga ett nytt sjukhus och hur det skulle finansieras. Det empiriska material som nämnts bygger till stor del på intervjuer med de personer som deltog i beslutsprocessen och den sammanställning som gjorts är därför inte nödvändigtvis en ”objektiv” beskrivning av vad som hände och vilka övervägande som partierna egentligen gjorde – en sådan skildring är knappast möjlig att göra i efterhand (se avsnittet om metoden).

Beskrivningen är indelad i fyra delar eller faser. För det första en *initieringsfas* (dagordningssättandefasen) som handlar om hur själva problemet ska definieras och vilka som deltar i och har inflytande över denna tidiga del av beslutsprocessen. Detta är en fas som ofta utspelas mer i det fördolda i förhållande till allmänheten, men som inom den statsvetenskapliga forskningen ofta lyfts fram som särskilt betydelsefull från ett maktperspektiv – vems värderingar kommer att gynnas i slutändan? (Lindblom 1968, Kingdon 1984). När väl problemet har formulerats vidtar den andra fasen – *beredningsfasen* – som handlar om hur problemet ska lösas, och sedan kommer den tredje fasen, den formella *beslutsfasen*. Till sist kommer den verkställande fasen,

som inom den statsvetenskapliga forskningen brukar benämnas *implementeringsfasen*, där den alternativa benämningen syftar till att betona att detta inte är någon okomplicerad mekanisk fas utan en process i sig själv som kan leda till betydande förändringar av de intentioner som fanns under den formella beslutsfasen (Pressman & Wildavsky 1984, Vedung 2006). Uppdelningen i fyra faser är delvis konstruerad eftersom de egentliga besluten kan fattas mycket tidigare än i den formella beslutsfasen, och problemdefinitionen kan ändras under implementeringsfasen, men som ett sätt att strukturera berättelsen av en beslutsprocess kan denna fyrdelning fungera som pedagogiskt instrument.

3.1 Initieringsfasen – tiden före 1998

Under större delen av 1990-talet fördes det inte någon offentlig politisk debatt av betydelse om behovet av att renovera eller att bygga ett nytt sjukhus i stället för gamla Karolinska. Bristerna med sjukhuset var kända men diskuterades främst på tjänstemannanivå. Förvisso debatterades sjukhus- och vårdfrågorna av de politiska partierna, men det handlade i första hand om andra saker. Men mot slutet av 1990-talet började en informell diskussion föras bland ledande landstingspolitiker, i första hand moderater och ett par andra borgerliga politiker samt en del höga chefstjänstemän inom sjukvårdsförvaltningen, om behovet av att göra något åt ett som i allt högre grad uppfattas som ett dysfunktionellt sjukhus med stora reparationsbehov (Johannesson och Qvist 2019). Men som alltid när det handlar om informella politiska initiativ kan processen spåras längre tillbaka i tiden än vad som först verkar vara startpunkten, och delvis verkar den diskussionen ha inspirerats av studiebesök till andra länders sjukhus.

> Men först i början på 2001 gjorde dåvarande gruppledare en studieresa till USA, … och på den resan resonerade vi rätt mycket om den här frågan: Vad ska vi göra med Karolinska framöver? Och just när det gäller relationen till KI då dök ju de här samtalen, som då var 9-10 år gamla, upp igen. Vad kan vi göra och vad kan vi göra tillsammans, eller i samverkan? Och jag minns väl att vi från dåvarande borgliga majoriteten, några landstingsråd träffade KI:s rektor och prorektor – alltså Hans Wigzell och Peter Aspelin. Vi träffades på mitt rum en gång i månaden, åt frukost ihop och resonerade om allt och alla utan protokoll (Intervjuperson 6).

Men socialdemokraterna verkar inte ha hanterat denna fråga lika tidigt, i alla fall inte de som senare skulle få ansvaret för att driva frågan vidare, inte heller vänsterpartiet eller miljöpartiet. En av socialdemokratins ledande landstingspolitiker under 1990-talet menar att han inte kan minnas någon diskussion om att Karolinska uppfattades som ett gammalt sjukhus (intervjuperson 13). En annan dåvarande ledande socialdemokrat menar att diskussionen kom upp först mycket senare.

> Min minnesbild är att jag kom i beröring med de där frågorna någonstans kring 2000 eller -99, … för då vet jag att jag talade med Ralf Lédel vid några tillfällen som berättade att han hade tankar och funderingar kring hur man skulle hantera det faktum att Karolinska sjukhuset, alltså gamla Karolinska, hade omfattande renoveringsbehov och började bli ganska slitet över huvud taget. Det är första gångerna jag kände att jag kom i beröring med de frågorna… Då kände väl Ralf Lédel och de ledande moderaterna både att de ville och att de hade behov av att informera mig om de tankar de hade (Intervjuperson 7).

Främst de borgerliga politikerna verkar alltså ha varit aktiva, och en framträdande roll hade dåvarande finanslandstingsrådet Ralf Lédel, tillsammans med några ledande tjänstemän i landstinget och Karolinska institutet. Det verkar som om det var dessa som initierade och var mest drivande i frågan om ett nytt sjukhus i början av processen.

3.2 Initieringsfasen under moderat ledning (1998-2002)

Oppositionen framstår som relativt svag under denna period. Den tidigare majoriteten – det rödgröna blocket – förlorar klart valet 1998, framför allt på grund av rekordförlusten för socialdemokraterna. Visserligen gör vänsterpartiet ett bra val men deras platsvinster i fullmäktige kan inte kompensera för socialdemokraternas förlust. Både socialdemokraterna och vänsterpartiet kommer dessutom att byta ledarskap för sina respektive partier under mandatperioden – miljöpartiet går svagt bakåt och har fortsatt endast ett fåtal platser i fullmäktige.

Valet 1998 leder alltså till att de borgerliga kommer till makten med moderaterna som klart största borgerliga parti. Moderaterna går framåt, men den stora segraren är kristdemokraterna som kommer tillbaka till landstinget med fler platser än 1991. Den stora förloraren på den borgerliga sidan är centerpartiet som hamnar utanför landstinget, och även folkpartiet går svagt bakåt och får färre platser än kristdemokraterna.

Planerna på att bygga ett nytt sjukhus växte fram under mandatperioden och framför allt lyfter man fram förslaget att bygga ett nytt sjukhus i stället för att renovera det gamla. En landstingstjänsteman som var med vid denna tid uppger att:

> Locum, fastighetsbolaget, kom med en rapport någon gång 2001 att det skulle kosta 14 miljarder att renovera Karolinska till något så när schyst status. I samma veva åkte majoriteten, det väl jag och några till, till Valencia. Där tittade vi på några sjukhus, bland annat ett litet sjukhus, men också ett alldeles nybyggt universitetssjukhus som låg bredvid det gamla som man hade (…). Där började egentligen diskussionen om: ”Ska vi inte bygga ett nytt sjukhus?” Det var deras råd, (…) och jag och politikerna vi satt och diskuterade detta mycket. Där började det nog. Sedan fick vi ett uppdrag.
>
> I majoriteten var man väldigt överens, det var ju borgerligt då ända fram till 2002, så det var de två åren som det grundlades egentligen. Och sedan verkar det som det bara ramlade på, liksom.
>
> Ja, men där kan man ju säga att politiken hade bestämt sig, det var ett nytt sjukhus som skulle (…) Valenciaresan var väldigt så där: ”Åh, vi gör det!” Där bestämde sig politiken för (…) att hålla på och lappa på det där det är (…) Det blev väldigt tydligt vart vi siktade. Det enda som möjligtvis hade kunnat förändra det var väl om prislappen hade blivit väldigt mycket högre, men som jag kommer ihåg när Locum började räkna, då var den på 14 miljarder eller något sådant (…) (Intervjuperson 8).

Det var också i slutet av denna mandatperiod med borgerligt styre, i november 2001, som ett initiativ togs av dåvarande moderata finanslandstingsrådet Ralph Lédel i form av en skrivelse till landstingsstyrelsen – med hänvisning till att det hade förts diskussioner mellan förtroendevalda och tjänstemän om behovet av att bygga nytt – att utreda förutsättningarna för att bygga ett nytt sjukhus i stället för att fortsätta renovera (”lappa och laga”) gamla Karolinska (Johannesson och Qvist 2019). Olika finansieringsformer skulle undersökas – t.ex. statliga medel, landstingsskattemedel och bidrag från näringslivet. Så kallad PPP-finansiering (Private Public Partnership)[ii] borde också undersökas och i skrivelsen nämns att erfarenheter av PPP-finansiering kan hämtas från Storbritannien (Stockholms läns landsting 2001 LS0111-0650).

I den bakgrund och problembild som beskrevs berörs kravet på stora investeringar i renoveringar av sjukhusen i regionen och svårigheten att anpassa gamla sjukhus till modern informations-, el-, tele- och kommunikationsteknik. I skrivelsen nämns också risken för att Karolinska sjukhuset hamnar på efterkälken när det gäller att vara ett internationellt, intressant och framträdande forsknings- och utbildningssjukhus – andra länder bygger nya och moderna

sjukhus. Även behovet av att utbilda flera och rekrytera framtida läkare och sjuksköterskor nämns (Stockholms läns landsting 2001 LS0111-0650).

För att få upp frågan om ett nytt sjukhus på den politiska dagordningen skickar Ralph Lédel i praktiken en skrivelse till sig själv. Lédel tar ett initiativ i eget namn, utan uttalat stöd från sitt eget parti, och skickar brevet till landstingsstyrelsen – där han själv är ordförande. Skrivelsen slutar med att Lédel föreslår att landstingsstyrelsen beslutar:

- att landstingskontoret får i uppdrag att tillsätta en utredning med syfte att undersöka möjligheterna att skapa ett nytt universitetssjukhus,
- att landstingsdirektören Sören Olofsson utses till ordförande i utredningen och
- att en första rapport lämnas till landstingsstyrelsen senast den 1 juni (Stockholms läns landsting 2001 LS0111-0650).

Det något ovanliga förfarandet att skicka ett brev till sig själv antyder att Lédel inte hade särskilt starkt stöd från sitt parti vid denna tidpunkt för dessa propåer. I en intervju tycks Lédel också bekräfta detta: ”Nästan alla var emot ett nytt sjukhus”, uppgav han (Ennart och Mellgren 2016 s. 298). Trots motståndet verkar det inte ha förelegat något egentligt problem med att tillsätta en utredning efter de riktlinjer som Lédel angav i sitt brev. Två dåvarande landstingspolitiker från kristdemokraterna respektive socialdemokraterna uppger i våra intervjuer med dem:

> Jo, alltså, det som hände – vi hade ju varit i USA i januari och under den resan samtalade vi rätt mycket, framför allt han och jag och Anders Käärik (fp). Då satt ju inte centern med i landstinget så vi var tre gruppledare i den dåvarande alliansen – om jag kallar den för det. Så vi samtalade rätt mycket och jag vet att på flygresan hem i början av den resan så pratade Ralf Lédel och jag om detta, vi måste göra något. Och det som först gjordes – exakt tid vet jag inte – det var att beställa en beräkning av vad det skulle kosta att bygga om nuvarande byggnader (Intervjuperson 6).

> Det var Lédel som var den stora pådrivaren, absolut, men han fick ju med sig alla, även vi som satt i opposition innan (…), så att jag tror inte att det uppfattades som en kontroversiell fråga utan det var en ren räkneövning helt enkelt. Vad kostar det att bygga om eller vad kostar det att bygga nytt? (Intervjuperson 2).

En första rapport skulle bli klar till juni 2002, dvs. före valet i september, och det är troligt att Lédel försökte föregripa valresultatet, dvs. han trodde förmodligen att de borgerliga skulle förlora makten. Ambitionen var därför att skapa strukturer som skulle försvåra för ett eventuellt vänsterstyre att ta bort frågan om ett nytt sjukhus från dagordningen. Han försökte därför få så mycket som möjligt i rullning och ha rätt folk på rätt stolar. Det skulle inte vara möjligt att stoppa projektet även om han och moderaterna inte var kvar vid makten efter valet (jfr Ennart och Mellgren 2016 s. 298).

I samband med att landstingsrådet Lédel fick sin utredning tillsatt av landstingsstyrelsen (den 18 december 2001) uppträdde han i ett nyhetsinslag i TV där han förkunnade att det måste bli slut med den tidigare politiken att ständigt ”lappa och laga” på gamla Karolinska, och att man därför behövde överväga att bygga ett helt nytt sjukhus. Just uttrycket ”lappa och laga” blev något av ett mantra som ständigt upprepades i olika landstingskommunala beslutsunderlag, och det återkommer i våra intervjuer som en förklaring till varför man gick på linjen att bygga nytt (se Johannesson och Qvist 2019 s. 16-17). Det intryck som skapades var alltså att Karolinska var ett gammalt och fallfärdigt sjukhus. Två argument, särskilt från de borgerliga politikerna, lyftes också fram som viktiga till varför man valde att bygga nytt i stället för att reparera det gamla sjukhuset. Det ena argumentet var att den beräknade kostnaden för att bygga nytt verkade

bli ungefär lika hög som den som skulle krävas för att renovera det gamla sjukhuset. Det andra argumentet var den tid som skulle behövas vid en renovering jämfört med en nybyggnation – ungefär dubbelt så lång tid. Till detta kom visionen av ett nytt sjukhus i världsklass för forskning och utbildning av framtida läkare och annan sjukvårdspersonal, som verkar har delats av samtlig partier i landstinget (Intervjuperson 4, 6 och 9).

Men det var inte bara borgerliga landstingspolitiker som tyckte sig ha erfarenheter av att det gamla sjukhuset var fallfärdigt – även ledande socialdemokrater inom landstinget hade liknande erfarenheter (Intervju 2).

Den utredning som tillsattes kallades SNUS (förkortning för Stockholms Nya Universitets-sjukhus) och kom mycket riktigt i sin slutrapport i november 2002 fram till slutsatsen att det skulle kosta ungefär lika mycket att bygga ett nytt sjukhus som att renovera det gamla. Utredningen var en tjänstemanautredning men slutsatsen delades av samtliga politiska partier, även om det formella beslutet om att bygga nytt skulle dröja ända till 2008. Däremot avrådde utredningen bestämt från en s.k. PPP-lösning (OPS) när det gällde finansieringen (Johannesson och Qvist 2019).

Det är kanske inte så förvånande att det inte uppstod några egentliga motsättningar mellan de politiska partierna i frågan om att bygga nytt i detta skede av beslutsprocessen, som i någon mening ännu inte är över, och där de formella besluten ska fattas senare – inte minst eftersom SNUS-utredningens rapport kommer först i november, alltså efter valet 2002. Det är därför inte heller förvånande att tankarna på att bygga ett nytt sjukhus inte heller lyfts fram i valrörelsen 2002.

Argumenten att det nuvarande Karolinska sjukhuset är i så dåligt skick att det blir lika dyrt att renovera samt den betänkligt långa tid som en renovering skulle ta, är naturligtvis starka argument, och det fanns, som nämnts, ledande företrädare för den politiska oppositionen som hade egna erfarenheter av sjukhusets stora brister. Exempelvis uppger en vänsterpartist som var med vid denna tid i en intervju:

> När vi fick höra att det skulle kosta, vad jag minns, cirka 10 miljarder att renovera, dvs. ungefär lika mycket som att bygga nytt, sa vi direkt då bygger vi nytt, just ingen diskussion inom partiet (Intervjuperson 9).

Till saken hör att det redan hade gjorts en annan utredning som förordade renovering, tillsatt av Karolinska sjukhuset och dess politiskt sammansatta styrelse (Ennart och Mellgren 2016 s. 64). Förslaget om renovering saknade heller inte förespråkare bland landstingspolitiker och höga tjänstemän, som framgår av följande utdrag ur en intervju med en dåvarande moderat landstingspolitiker:

> (Det) fanns mycket som inte fungerade och som inte hade blivit perfekt om man renoverat de gamla lokalerna, och förmodligen fått både dyrare byggnadskostnader men också driftkostnader. Men det fanns de som påstod att det var ett jättebra alternativ, att vi var dumma i huvudet som inte såg hur mycket potential som fanns i sjukhuset, och jag tror att det inom alla partier fanns någon som förespråkade den lösningen (Intervjuperson 3).

Detta underlag ställdes dock aldrig på allvar mot utredningen om att bygga nytt och dess kostnadskalkyl, i stället trycktes alternativet effektivt bort från den politiska dagordningen. En landstingstjänsteman förklarar:

> Ja precis, det var lite, höll jag på att säga civil olydnad som det alltid är i den här typen av organisation, och nu kommer jag inte ihåg exakt tidpunkten men jag fick lov att ha rätt tuffa möten med sjukhusledningen på Karolinska och förklara för dem att vi i vår utredning hade förkastat deras förslag. Vi upplevde också, även om det inte var prövat, att det inte fanns politisk majoritet för deras förslag så vi tyckte att det var väldigt onödigt (…) Vi jämförde kostnadsnivåer och vi jämförde vad det skulle påverka patienterna att leva ett stort antal år framöver på en byggarbetsplats. Men det fanns några på Karolinska som var väldigt fästa vid sitt sjukhus och gärna ville rusta upp, byggnad efter byggnad (Intervjuperson 10).

Budskapet i renoveringsutredningen – som inte minst företrädare för Karolinska sjukhuset stod bakom – fick alltså inte samma uppmärksamhet. Det förmådde inte riktig lyfta och nådde inte de ledande landstingspolitikernas öron – i den mån de över huvud taget var intresserade av att lyssna. Utredningen var dessutom inte beställd av Stockholms landsting utan genomfördes av Karolinska sjukhuset på eget bevåg, och det var landstinget som höll i taktpinnen inte Karolinska sjukhuset. Dessutom föreslog utredningen ett utökat antal vanliga vårdplatser, inte färre, och någon framtida visionär sjukvårdssatsning föreslogs inte heller (Johannesson och Qvist 2019 s. 20). Troligen hade flertalet av partiernas ledande företrädare i landstingsstyrelsen redan bestämt sig innan de fick kännedom om innehållet i denna alternativa utredning. En landstingstjänsteman uppger:

> Någon slags idé om att vi vet att vi inte kan förutsäga hur det kommer att se ut om 15 år så vi kör lite hela tiden (…) Man gör det vi vet nu och så tar vi det sämsta först (…) Alltså allting är ju dyrt men det skulle ändå bli en sorts hanterbar kostnad för man kunde då skjuta upp hus nr 2 – det fanns massa kloka tankar om det men det lades ner (Intervjuperson 11).

Flera av de landstingsråd som har intervjuats för denna rapport uppger att de på något sätt har tagit del av den alternativa utredningen, men något större intryck verkar den inte ha gjort på ledande partiföreträdare, som exempelvis hävdas av en dåvarande socialdemokratisk politiker:

> Det sade sig nästan självt på något vis och (…) såvitt jag kan komma ihåg så gjordes det väl egentligen aldrig några direkta jämförelser. Jag vet att Karolinska sjukhusets, en av VD:arna där, en kvinna, gjorde någon utredning som ifrågasatte om det var rimligt att anta att det skulle vara billigare att bygga nytt i stället för att renovera, men den utredningen fick aldrig någon flygkraft (…) Vi blev ju informerade om den men den fick liksom ingen flygkraft, varför vet jag inte (Intervjuperson 7).

Tanken på att bygga nytt hade fötts och diskuterats i ett informellt sammanhang och flera hade uppfattningen att beslutet om att bygga nytt redan var fattat när de kom i kontakt med frågan.

3.3 Initiativfasen – en sammanfattning

Ett ”policyfönster” öppnade sig i och med att en översyn gjordes av kostnaderna för att renovera Karolinska sjukhuset, ett tillfälle yppade sig för att ta ett politiskt initiativ som förde upp frågan om Karolinska sjukhusets framtid på den politiska dagordningen och därmed lägga om färdriktningen för sjukvården i Stockholms län (Johannesson och Qvist 2019 s. 37). Ralph Lédel var inte den förste som kläckte idén om att bygga ett nytt sjukhus, men han var den första landstingspolitikern som starkt drev frågan. Det är således den vid denna tidpunkt ledande politikern i landstinget som driver frågan, men det är viktigt att komma ihåg att partierna ännu inte officiellt hade tagit ställning till alternativen renovering av Karolinska eller bygga nytt. Men lösningen att bygga nytt drevs av politiker som var ledande företrädare i sina partier.

Det är naturligtvis alltid svårt att fastställa när något hände i fråga om avlägsna skeenden och särskilt när det gäller informella processer. Men den bild som framträder i de dokument och intervjuer som har utgjort underlag till den här rapporten är att mycket av inspirationen till, diskussionerna om och reflektionerna kring projektet tillkommer under ett antal resor med besök på sjukhus i andra länder. Ett flertal politiker och höga tjänstemän i landstinget samt olika experter på sjukvårdens dimensioner deltog i dessa resor, så mycket är klart. Men frågan är i vilken utsträckning den dåvarande politiska oppositionen, dvs. socialdemokraterna, vänsterpartiet och miljöpartiet, också inbjöds till dessa resor eller i vilken utsträckning de deltog i och påverkade eller påverkades av diskussionerna. Bilden på detta område är betydligt diffusare än den mer generella bilden av resornas betydelse. I viss utsträckning tycks dock oppositionen ha deltagit, särskilt socialdemokraterna. Men det finns mycket få referenser i vårt intervjumaterial till att någon ledamot från något av de dåvarande oppositionspartierna spelat en framträdande roll i diskussionerna eller överläggningarna. De borgerliga företrädarna, tillsammans med några av de höga tjänstemännen (professionsföreträdarna), verkar ha varit mer aktiva i diskussionerna. Men å andra sidan finns det få eller inga spår av missnöje eller protester från oppositionen om att den hållits utanför beslutsprocessen i detta skede.

Med stor entusiasm byggdes visionen upp om det stora projektet ”Stockholm Bio Science Park”, något som skulle bli en stark drivkraft och som fångade många politikers fantasi och engagemang. Det tycks alltså inte ha funnits någon uttalad strategi från de borgerliga politikernas sida att försöka inkludera eller förankra sig hos oppositionen, inte heller syns några tydliga försök att exkludera den politiska oppositionen (vänsterpartiet och miljöpartiets bjöds dock inte in att delta i resor till andra länder i samma utsträckning som socialdemokraterna) i ett tidigt skede av beslutsprocessen. Och om oppositionen deltog i diskussionerna tycks det inte heller ha varit nödvändigt med några särskilda argument eller arrangemang för att få dem att instämma i de slutsatser som drogs; inte heller har det framkommit några tecken på att oppositionen starkt opponerade mot den process som pågick eller att de kände sig utestängda.

Med tanke på att det är ett mycket dyrt projekt att bygga ett nytt sjukhus eller att renovera ett gammalt, och att det dessutom skulle pågå under många år och sträcka sig över flera mandatperioder, var rimligtvis politisk enighet över blockgränserna en nödvändig förutsättning för ett framgångsrikt projekt. Frågan om och behovet av politisk enighet var vid denna tidpunkt särskilt intressant för Stockholm läns landsting, där valen sedan början av 1990-talet alltid hade lett till maktskifte mellan blocken, varför det kanske inte var särskilt svårt att få oppositionen med på tanken att bygga ett nytt sjukhus.

Initiativet till att bygga ett nytt sjukhus är således inte resultatet av en kritisk opinion som kräver detta, eller resultatet av en granskning i medierna – inte heller som en konsekvens av vallöften och konkurrens mellan de politiska partierna. Initiativet kommer i stället inifrån det politiska administrativa systemet självt, lett av finanslandstingsrådet som endast eventuellt hade sitt parti med i båten men som flankeras av ett antal starka och entusiastiska tjänstemän.

Till saken hör också att den dåvarande politiska oppositionen, dvs. i första hand socialdemokraterna, hade en relativt färsk ledning – om än rekryterad bland personer med erfarenhet av hur landstinget fungerade. Den tillträdande gruppordföranden för socialdemokraterna hade varit chef för partidistriktet och en av hennes tyngsta arbetsuppgifter hade varit att förbereda och efterbehandla distriktsstyrelsens sammanträden. I distriktsstyrelsen satt bland annat företrädare för landstinget, partidistriktets styrelse, riksdagsledamöter och landstingsråd. Det

var alltså ingen novis på landstinget och dess politik som tog över. Men innan Nylund-Watz blev gruppledare och landstingsråd höll hon i huvudsak på med kultur och regionplanering, inte fastighetsfrågor eller sjukvårdsfrågor.

3.4 Valrörelsen 2002

Vanligtvis hamnar kommunala valrörelser i skymundan av de nationella, inte minst i medierna, eftersom valen ligger samtidigt. En återkommande kritik från främst borgerligt håll har därför varit att kommunala frågor riskerar att överskuggas av diskussionen på nationell nivå och därför bör valen genomföras vid olika tillfällen. Men i samband med valet 2002 hade partiledningen inom socialdemokratin tänkt annorlunda. Det fanns nämligen ett stort problem för det borgerliga styret i landstinget i Stockholms län och det var att budgeten gick med stora underskott. Nu skulle problemen för landstinget med att få budgeten att gå ihop föras upp på nationell nivå som ett exempel på de borgerligas, och då främst moderaternas, misslyckande med att föra en ansvarsfull ekonomisk politik (Intervjuperson 12).

Bakgrunden till denna strategi var att landstinget i Stockholm av många sågs som ett moderat skyltfönster för vad en marknadsliberal politik kunde åstadkomma med större inslag av privata intressen och starkare konkurrens i den offentliga verksamheten (Intervjuperson 12 och 9). Detta var en politik som tydligt gick emot, och därför kunde ses som ett alternativ till, den som bedrevs av socialdemokraterna på nationell nivå, och åren 1998-2002 når denna skyltfönster-opposition en höjdpunkt. Socialdemokraternas partiledning med Göran Persson i spetsen såg därför en möjlighet att i valrörelsen lyfta fram det borgerliga styret i landstinget i Stockholms län som ett avskräckande exempel på vad ett sådant styre kunde leda till på nationell nivå. Vad som möjligen kunde ha oroat statsministern var förekomsten av en dold agenda, därför hade han haft kontakter med socialdemokraterna i landstinget för att försäkra sig om att de borgerliga inte hade några dolda tillgångar som kunde täcka underskottet i slutskedet av mandatperioden, t.ex. genom försäljning av fastigheter eller mark (Intervjuperson 12 och 7).

Förklaringen till den borgerliga majoritetens agerande och vad som till stor del förklarade budgetunderskottet var det landstingskommunala utjämningsbidraget vilket var en nagel i ögat på moderaterna, och då särskilt ledaren i landstinget, Ralph Lédel. Utjämningsbidraget hade dessutom förändrats under perioden 1998-2002, med ytterligare ökade kostnader för Stockholms läns landsting. Flera moderata landstingspolitiker uppfattade denna förändring som en medveten provokation från socialdemokraternas sida, och den borgerliga majoriteten i landstinget vägrade att budgetera för utjämningsbidraget till andra landsting (Ennart och Mellgren 2016 s. 300ff.). Vad som ytterligare spädde på flera moderaters irritation och misstänksamhet om det egentliga syftet med denna omläggning av landstingsutjämningsbidraget var att det nya regelverket hade utformats under ledning av finansminister, Bosse Ringholm – den tidigare ledaren av socialdemokraterna i landstinget. Moderaternas upprördhet över det nya utjämningsbidraget för landstingen bidrog i hög grad till det stora budgetunderskottet på flera miljarder i Stockholms läns landsting (Johannesson och Qvist 2019). Värt att nämna i detta sammanhang är att det enligt kommunallagen inte är tillåtet för kommuner att driva sin verksamhet med underskott, och de kommunala revisorerna tillstyrkte inte heller ansvarsfrihet för de borgerligas budget år 2002.

Denna strategi från i första hand moderaterna men som även inkluderade dåvarande folkpartiet och kristdemokraterna, var inte populär i alla läger hos alliansen och kritiserades i efterhand

internt av flera borgerliga företrädare – även av moderaterna. Det är därför inte svårt att förstå varför dåvarande statsministern Göran Persson och socialdemokraterna kände sig frestade att föra upp problematiken i Stockholms landsting på nationell nivå. Men med i diskussionerna fanns också frågan för socialdemokraterna hur det stora underskottet skulle hanteras om man nu fick majoritet i landstinget – tillsammans med vänsterpartiet och miljöpartiet.

Underskottet skulle också göra det svårare för partierna på vänstersidan att genomföra vallöften som kostade stora pengar, vilket kunde underlätta för de borgerliga att komma tillbaka till makten vid nästa val. Här kan det vara värt att nämna att det inom den statsvetenskapliga forskningen har framförts teorier om att särskilt högermajoriteter som inser att slaget kommer att förloras i nästa val, försöker motverka möjligheterna för ett inkommande vänsterstyre att öka de offentliga utgifterna genom att skapa just stora budgetunderskott (Holder 2011).

Huruvida en sådan strategi låg bakom de borgerligas agerande när det stora budgetunderskottet skapades under åren 1998-2002 är svårt att uttala sig om. Oviljan att budgetera för kostnaderna för utjämningsbidraget är uttalad, men även andra utgifter skenar – t.ex. kostnaderna för att korta köerna till sjukvården.

3.5 Beredningsfasen under socialdemokraternas ledning (2002–2006)

Under åren 2002-2006 bestod oppositionen av tre borgerliga partier – moderaterna, folkpartiet och kristdemokraterna. Den stora förloraren denna gång var moderaterna, som gjorde ett rekordstort tapp i antalet platser i fullmäktige, vilket följdes av att moderaternas gruppledare, Lédel, avgick. Även kristdemokraterna gick svagt bakåt, men det borgerliga bakslaget dämpas genom en kraftig framgång för folkpartiet som fördubblade antalet platser i fullmäktige. Skillnaden mellan majoriteten och oppositionen kom till slut att handla om endast ett mandat i fullmäktige. En potentiellt stark opposition stod alltså emot den regerande rödgröna sidan.

Mönstret med majoritetsskifte vid varje val återupprepade sig, och för första gången skapades en koalition bestående av socialdemokrater, miljöpartister och vänsterpartister som tog över styret. Socialdemokraterna blev det klart största partiet och fick bl.a. posten som finanslandstingsråd i den rödgröna alliansen, och som brukligt är tilldelades posten gruppledaren för socialdemokraterna, Ingela Nylund-Watz. Det minsta partiet i koalitionen blev miljöpartiet, men tack vare dess vågmästarposition, dvs. de låg närmare de borgerliga partierna än vänsterpartiet i många frågor, var miljöpartiet inte nödvändigtvis det svagaste partiet inom koalitionen. Det kunde räkna med att socialdemokraterna visade visst intresse för deras kärnfrågor. Enligt de etablerade partierna var dock miljöpartiet vid denna tid, som nykomlingar i maktens boningar, en riskfaktor som inte alltid agerade som förväntat och kunde göra överraskande ställningstaganden.

Den borgerliga förlusten i valet 2002 ledde till att Lédel meddelade att han gick i pension. I eftervalsanalyserna kom han att pekas ut som ansvarig för de ekonomiska obalanser som hade skapats inom landstinget åren 1998-2002 (Karlsson 2002). Han lämnade politiken i landstinget i Stockholms län och engagerade sig senare politiskt i en annan kommun.

Det rödgröna styre som kom till makten 2002 hade en svår uppgift framför sig, och många impopulära beslut väntade på de nya makthavarna. Ett välkänt problem är att ledningen – inte minst den högsta chefen – i alla stora organisationer inte har tillräcklig kapacitet och förmåga

att helt sätta sig in i alla frågor som denne ansvarar för. Vissa frågor tar nästan all uppmärksamhet meden andra hamnar i skymundan. Inom organisationsforskningen brukar det därför påtalas att ledningens uppmärksamhet kanske är en organisations största bristvara, och det gäller även politiska organisationer. Den politiska ledningen har starkt begränsade möjligheter att sätta sig in i och följa mer än några få frågor åt gången. Till saken hör att det ofta inte är de styrande själva som kan bestämma vilka frågor som de ska lägga ned sin energi på, utan detta bestäms i hög grad av omständigheter utanför deras kontroll, och ibland beskrivs därför den politiska ledningens funktion som reagerande i stället för regerande (Jacobsson 1989). I politiska sammanhang är det t.ex. ofta vad oppositionen och medierna riktar, och även vad EU väljer att diskutera och rikta, kritik mot som bestämmer vad den politiska debatten kommer att handla om, och därmed den politiska dagordningen.

Med andra ord kan man så här i efterhand konstatera, att i praktiken var manegen väl krattad för att det tillträdande vänstergröna styret huvudsakligen skulle tvingas fokusera på ett ekonomiskt saneringsarbete, vare sig man ville det eller inte. Något som också kom att avspegla sig i den ledarstil som de nya makthavarna tillämpade, som gick ut på att begränsa möjligheterna för företrädare för olika intressen att få direkt tillgång till den politiska ledningen. Enligt den nya ledningen fanns det för mycket svängdörrar där personer, inte minst från professionen, kunde framföra sina personliga preferenser och lansera sina favoritprojekt, en försvårande omständighet när neddragningar stod för dörren. Och byggandet av NKS var långt ifrån det som stod högst på den styrande majoritetens agenda, som nedanstående referat från en dåvarande socialdemokratisk politiker visar.

> Alltså sammanhanget är ju att landstinget hade miljardunderskott. Min främsta huvudvärk var ju att landstinget var på ruinens brant här, så min främsta prio var ju att få landstinget ekonomiskt på fötter igen och därför gjorde vi ju ganska kraftiga nedskärningar. Men vi stramade också åt administrationen ganska rejält, och jag insåg ju att ska vi lyckas få landstinget ekonomiskt på rätt köl igen då kan vi inte ha en sådan spretig organisation som vi har nu, utan då måste vi samla liksom kraftcentra ganska hårt kring landstingsstyrelsen och det måste bli ett ganska rejält omtag kring hur landstinget styrs. Vi hade ju sjukvårdsnämnder som alla drog åt olika håll, vi hade en ganska spretig organisation överhuvudtaget så jag stramade ju åt organisationen ganska avsevärt och stängde det jag kallade ”alla svängdörrar” där det för professionen liksom gick och komma och prata för sin sjuka mor, om du ursäktar uttrycket, med olika politiker i de olika sjukvårdsstyrelserna och försöka runda liksom en annan del av organisationen. Det var för mycket svängdörrar in och det var också ett av skälen till att jag gjorde ganska stora organisationsförändringar och intog ett ganska tufft ledarskap. För att illustrera kan jag berätta att Inger Roos, som då blev ordförande i Hälso-och sjukvårdsnämnden 2002, hon upptäckte ju till sin fasa att det gjordes utlandsresor bland tjänstemännen i Hälso- och sjukvårdsnämndens organisation på ett helt makalöst sätt. Alltså det fanns ingen som hade kontroll över hur många av Hälso- och sjukvårdsnämndens tjänstemän som kunde åka på en och samma konferens i USA, vilket gjorde att hon bestämde sig för att: "Nej, så här kan det inte vara, jag ska personligen godkänna alla resor som företas i Stockholms läns landstings namn av tjänstemän". Så på alla detaljer stramade vi upp verksamheten, och det innebar ju också att vi förde diskussioner om hur vi skulle hantera alla nödvändiga investeringar, för vi såg ju framför oss behovet av att göra investeringar i hälso- och sjukvården, inte minst i sjukhusen. Vi genomförde ju också sammanslagningen för att få en effektivare organisation av Huddinge universitetssjukhus och Karolinska, för att få ett sammanhållet universitetssjukhus. Ja, där var mitt fokus (Intervjuperson 7).

Att det inte var alldeles lätt att hantera det ärvda budgetunderskottet, och att hanteringen av den ekonomiska krisen hade konsekvenser för hur andra delar av verksamheten sköttes, visar följande intervjuutdrag med en annan dåvarande socialdemokratisk politiker.

> Alltså vi ställde upp på idén att bygga nytt, men det vi lade nästan all kraft och energi på var ju att vända den ekonomiska utvecklingen vid den tidpunkten. Landstinget hade ett underskott 2002 om 4,2 miljarder, om jag minns rätt, 12 miljarder för underskottet under hela mandatperioden innan. Det första vi gjorde när vi tog över makten i september 2002 var ju att sätta oss ner omedelbart och försöka få fram en budget. Vi sa så här, vi kommer inte att kunna arbeta in det här underskottet under en mandatperiod utan vi behöver få jobba med det under flera mandatperioder – så vi tog fram en budget. Den budgeten blev överklagad sedan av ett gäng herrar i Österåker som hade suttit i en bastu och undrat om den var laglig, för man får ju inte lägga fram underskottsbudgetar. Man får lägga fram bluffbudgetar men man får inte lägga fram budgetar som faktiskt visar hur den ekonomiska situationen ser ut, så vår budget föll i förvaltningsrätten. (…) Då var vi tvungna att hosta fram en till budget på bara någon vecka i princip, och det var då vi klippte till med skattehöjningar på två kronor och mängder med väldigt impopulära åtgärder (…)besparingar faktiskt (…). Vi var väldigt inne i det akuta skeendet där, väldigt lite diskussioner de första åren om vad vi skulle göra på riktigt lång sikt. Sedan läste jag ju visserligen SNUS-utredningen, jag kommer inte ihåg mycket av det som står i den nu, men jag läste den och sedan drog vi igång 3S-arbetet (…) och försökte ändå skapa en politisk samsyn och den långsiktiga färdriktningen för sjukvården. Det var mer akut krisbehandling än långsiktiga diskussioner, tyvärr (Intervjuperson 2).

I strävan att spara pengar och effektivisera uppstod dessutom en del konflikter, särskilt när den rödgröna majoriteten väckte tanken att lägga ned sjukvårdsenheter i Norrtälje och Södertälje, och som nämndes i citatet ovan slogs även Huddinge och Karolinska ihop till ett sjukhus – en inte helt oproblematisk åtgärd (Johannesson och Qvist 2019 s. 28). En intervjuad tjänsteman från landstingsförvaltningen och en socialdemokratisk politiker med inblick i processen minns:

> Då blev det mer kortsiktiga strategier och vi tittade på nedläggning av två sjukhus – det misslyckades vi med för en person bytte sida i fullmäktige, men vi gjorde massa strukturförändringar i vården (Intervjuperson 2).

> Men vi kläckte ju också den mindre begåvade idén att vi skulle stänga akutmottagningarna på Södertälje och Norrtälje sjukhus, det var nog ett av de mest korkade beslut jag har varit med att acceptera någon gång (Intervjuperson 2).

Frågan om NKS låg utanför dessa konflikter; den beslutsprocessen rullade på tämligen obehindrat under stor enighet mellan partierna.

3.5.1 3S-utredningen

SNUS-utredningen följdes av en annan utredning, 3S (2003-2004), som tillsattes av den rödgröna majoriteten och som skulle ta ett större grepp på den framtida organiseringen av sjukvårdsstrukturen i landstinget. Det handlade t.ex. om konsekvenserna av att bygga ett nytt sjukhus som skulle ha lägre kapacitet att behandla vanliga sjukdomar och bedriva akutsjukvård än det gamla sjukhuset, samtidigt som befolkningsunderlaget förväntades öka kraftigt. Om planerna på ett nytt, starkt specialinriktat sjukhus, fullföljdes behövde därför vårdkapaciteten öka drastiskt på andra sjukhus inom landstinget. En socialdemokratisk politiker som deltog i utredningen berättar:

> Jag var ordförande i 3S-utredningen – det var ju en parlamentarisk grupp med representanter från alla politiska partier. Vi rapporterade återkommande till landstingsstyrelsens arbetsutskott. Vi hade

> tjänstemän som tog fram en hel del underlag till den här utredningen och vi hade seminarier. Vi hade många diskussioner och sedan, den där slutrapporten, där var det ju en hel del förhandlingsarbete. Jag gick runt och pratade med alla politiska partier för att se till att alla skulle vara med på (…), men det kändes oerhört viktigt att se till att alla skulle ha samsyn om just detta. Sedan kunde vi bråka om skattesatser och graden av privatisering och sådant, men det var mycket med att se till att alla hela tiden hängde med. Kristdemokraterna krånglade en del kommer jag ihåg, men det var ungefär det enda (Intervjuperson 2).

Trots att 3S-utredningen initierades under den rödgröna mandatperioden tyckte vissa borgerliga politiker att man tappade tempo i arbetet med NKS. En dåvarande politiker från kristdemokraterna minns:

> I någon mening kan man säga att även om inte det stannade av helt blev det något lugnare tempo till dess att vi kom överens om att vi måste genomföra en arkitekttävling, och vi hade ju då inte egentligen någon riktigt specifik tidsplan. Den kom senare (Intervjuperson 6)

Som citatet visar initierades en arkitekttävling (2005) som innebar att tempot ökade igen i beslutsprocessen.

3.5.2 Arkitekttävlingen

Trots att det kan verka lite ologiskt att utlysa en arkitekttävling innan det formella beslutet att bygga KS hade fattats i fullmäktige, tyckes det inte ha förelegat någon större oenighet mellan partierna om arkitekttävlingen. De borgerliga ansåg dock att vårdbehoven borde ha utretts lite mer innan tävlingen utlystes (Johannesson och Qvist 2019 s. 34). Men det var viktigt för socialdemokraterna att inga problem uppstod som kunde leda till att oenighet uppstod i frågan om att bygga NKS. Partiet vårdade den fortsatta enigheten, som tydligt framgår av följande citat från en dåvarande socialdemokratisk landstingspolitiker.

> Vi ville ju föra processen vidare – det som var en utmaning och som vi hade funderingar kring, det var om det var lämpligt att det skulle ta slut i augusti 2006, eftersom alla politiker blir galna i valrörelsen. Då tänkte jag att (...) risken fanns ju, den var överhängande, att något politiskt parti skulle få för sig att göra partipolitik av formgivningen av själva huset, men det lyckades vi nog med att se till att ingen gjorde. Vi var väldigt noga med att se till att presentera resultatet av formgivningstävlingen så att även moderata samlingspartiet fick sitta med på scen och få strålglans på sig. Det skulle markeras att det var partipolitisk enighet kring detta, det tyckte vi var viktigt, inte bara att tala om att sossarna stod bakom det här utan att alla partier var med, och det var de också. Alla tyckte att det var rätt förslag som vann (Intervjuperson 2).

På den borgerliga sidan tycks tongångarna har varit liknande, dvs. man värnade om den stora enigheten. En dåvarande folkpartistisk landstingspolitiker berättar:

> Jo, i och med att man hade tillsatt SNUS-utredningen, och sen kom 3S-utredningen så (…) ja, det var inga formella beslut fattade om att bygga sjukhuset, men det var helt klart en allmän uppfattning. Oftast växer beslut fram på det viset, man kommer fram till en punkt när ”det är ju självklart att vi ska göra så här” (Intervjuperson 14).

De borgerliga partierna hade också andra intressen att bevaka i 3S-utredningen, eftersom de nu befann sig i opposition, och dessa intressen handlade inte enbart om NKS. En moderat företrädare framhåller:

> Nej, vi var ju dessutom i opposition, det är ju alltid så att majoriteten står mycket närmare en sådan utredning än vad oppositionen gör. Det vi var oroliga för det var att 3S-utredningen, med sammanslagning av sjukhus och massa andra saker (…) och effektiviseringar, det skulle leda fram till att det som vi tyckte att vi hade gjort fantastiskt bra – vi hade ju fått bort en massa köer fram till 2002 – att det skulle leda fram till att vi hamnade i en kösituation igen, så vi fokuserade ju mest på den delen (Intervjuperson 3).

Den stora politiska enigheten i NKS-frågan bekräftas även i våra intervjuer av ledande tjänstemän i landstinget från denna tid, som denna chefsläkare.

> Jag kan väl tycka att det var väldigt intressant faktiskt att i sak fanns det inga stora skillnader mellan de politiska blocken. Däremot, och det är ju så i all politik, när man framför budskap ser det olika ut beroende på vilka målgrupper man har. Jag kommer också ihåg att när man gjort 3S-utredningen, då var det rödgrön majoritet, och (…) när de presenterade det här, då tyckte de borgerliga att: ”Nej, så ska det inte vara!” Det var en stor samling i landstingssalen och jag skulle fram (…) men sedan visade det sig att de som hade tagits in då som skulle säga någonting om 3S-utredningen, de styrkte ju (…) allihop, så de insåg att det var dumt att ta politisk strid om det, för de hade varit eniga egentligen. Därför löpte det här vidare, och när det kom till arkitekttävlingen då var det inga motsättningar alls utan alla tyckte att det är det här man ska gå på. Så egentligen tyckte jag att det var ganska konfliktfritt (Intervjuperson 15).

Frågan om hur byggandet av ett eventuellt nytt sjukhus hanterades skiljer sig alltså från den vanliga bilden när det gäller Stockholms läns landsting, eftersom partierna i huvudsak verkade vara överens om att för det första bygga ett nytt sjukhus, och för det andra att det skulle ha lägre kapacitet för att behandla vanliga sjukdomar och bedriva akutsjukvård. Båda sidor kände dessutom samma oro för att nybyggnationen eller renoveringen skulle följa samma mönster som andra stora offentliga projekt, nämligen att det i slutändan skulle bli mycket dyrare än kalkylerat och dessutom starkt försenat jämfört med den ursprungliga planen. Det var därför viktigt att de ursprungliga ramarna och planerna för byggandet av ett nytt sjukhus skulle hålla, ansåg både vänster- och högerblocket. Men de hade olika lösningar på problemet. För de borgerliga handlade de om OPS – ett nytt grepp som innebar att privata intressen fick vara med och ta risker, men också möjligheter att göra vinster – medan vänstern trodde mer på den traditionella modellen där landstinget stod för finansieringen.

Det stora samförståndet mellan partierna hade också konsekvenser för vilken uppmärksamhet projektet fick i medierna och hos allmänheten, och några kritiska tongångar var knappast märkbara, vare sig i valrörelsen eller i medierna. En dåvarande kristdemokrat menar att:

> Jag menar att eftersom vi var hyggligt politiskt överens om inriktningen så var det liksom inte intressant för medierna att uppmärksamma det heller. Och jag vet att Fredrik Mellgren, som ju under i stort sett hela 90-talet i huvudsak bevakade landstinget och inte allmänpolitiken i landet, så höll han ju sig à jour. Han ringde ofta: ”Har du något att berätta”, typ (Intervjuperson 6).

3S-utredningen ställde sig mindre avvisande än SNUS till tanken på en OPS-lösning, men förordade inte en sådan lösning utan ansåg att det endast var en av flera modeller som kunde prövas. Borgerliga företrädare nöjde sig dock inte med detta utan formulerade en skrivelse om fortsatt utredande av OPS-modellen (Junker och Yngfalk 2019 s. 12).

3.5.3 Beredningsfasen – sammanfattning

Den rödgröna perioden 2002-2006 handlade inte så mycket om NKS. Den styrande majoriteten var upptagen med att hantera ett stort budgetunderskott som skapats av den tidigare borgerliga majoriteten. De rödgröna partierna ville dock inte frångå samförståndet med de borgerliga partierna, i stället ville de odla det – vilket inte minst märktes vid tillsättandet av utredningen som skulle bli fortsättningen på SNUS-utredningen, den s.k. 3S-utredningen.

Den följande arkitekttävlingen verkade i samma riktning, dvs. för ökat sammanförstånd över blockgränserna. De borgerliga å sin sida låg lågt när det gällde NKS och vårdade på detta sätt ett samförstånd mellan blocken. I debatten, inte minst i fullmäktige, höll de ändå liv i tanken på en OPS-lösning. Men när de borgerliga kom tillbaka till makten 2006 förändras det mesta gällande NKS – såväl beredningens tempo som dess inriktning.

3.6 Beslutsfasen under moderaternas ledning (2006–2008)

Den borgerliga oppositionen vann landstingsvalet i Stockholm 2006 stort, och nytt för denna gång var att även centerpartiet fick platser i fullmäktige. De rödgröna, som nu åter hamnade i opposition, fick en svagare position räknat i antalet platser i fullmäktige, jämfört med den föregående oppositionsperioden (1998-2002). Socialdemokraterna gick kraftigt bakåt, liksom även vänsterpartiet, endast miljöpartiet gick något framåt.

Den stora segraren var moderaterna som fick fler platser än de tre övriga borgerliga partierna tillsammans, bl.a. beroende på att folkpartiet gick kraftigt bakåt. Den borgerliga majoriteten blev så stor (11 platser) att det hade räckt med tre partier för att bilda en majoritet, men trots det bildades en fyrpartikoalition. Antingen centern eller kristdemokraterna kunde ha lämnats utanför, en omständighet som naturligtvis påverkade maktbalansen inom alliansen, och de två mindre partierna försökte undvika att utmana varandra. Men kristdemokraterna fick ändå en viktig roll i NKS-projektet, tack vare fördelningen av landstingsrådposter.

Frågan om byggandet av NKS diskuterades knappast alls i valrörelsen 2006, föga förvånande med tanke på den enighet som förelåg. Vissa spänningar börjar dock uppstå mellan partierna och blocken om innehållet i sjukhuset. En socialdemokratisk landstingspolitiker från denna tid minns:

> Det började så småningom uppstå politiska konflikter om (…) det nya sjukhuset och det började med diskussionen om själva sjukhusets innehåll. Vi började känna en frustration över att man inte ville föra en diskussion om vad det nya sjukhuset skulle göra (…) och då förstod vi att det var några år kvar innan sjukhuset stod klart, men vi tyckte ändå att det fanns skäl att diskutera vilken typ av vård som skulle bedrivas på det nya universitetssjukhuset. Det gjorde vi ett antal markeringar om, både i någonting som kallas för FHS-utskottet (…) och i landstingsstyrelsen och på andra håll och kanter (Intervjuperson 2).

Det saknades inte diskussionsämnen mellan partierna, och många frågor ventilerades, men dessa diskussioner fördes huvudsakligen utför samträdesrummen och protokoll, vilket följande citat från en dåvarande vänsterpartist vittnar om.

> Jättemycket diskussioner mellan partierna om t.ex. förlossning, akutsjukvård, graden av specialisering, psykvårdens status osv. men det ledde ingenstans. Man diskuterade mycket att det skulle bli ett mindre sjukhus men svaret var att man skulle bygga ut andra sjukhus. Det var dock mer informella diskussioner som lämnade få avtryck i officiella dokument (Intervjuperson 9).

Det förekom också motioner, men tonen i dessa var inte särskilt aggressiv och handlade mer om vilka konsekvenser det nya sjukhuset skulle få för resterande delar av Stockholms-sjukvården än om i fall sjukhuset skulle byggas eller inte – stödet för byggandet av ett nytt sjukhus bestod. En dåvarande miljöpartistisk landstingspolitiker berättar:

> Vi såg ju att det var av en sådan storlek, av en sådan dignitet att det var en process som skulle hanteras som en enskildhet, även om den får massor med efterverkningar. Och det var vi på det klara med redan där, att byggs det här sjukhuset så måste det hända massor med saker på de andra sjukhusen. Det vill säga, de utbyggnader som nu håller på att komma på plats långt efteråt. Så det tjatade vi jättemycket om mellan 2006 och 2010 och lade motioner och sade att nu måste vi lägga program för övrig sjukvård för att bygga ut den. Både specialistsjukhus och primärvården, för den var ju tänkt att ta belastning som inte skulle hamna på Nya Karolinska – för det skulle vara ett mindre dimensionerat sjukhus, det låg i förutsättningarna från början (Intervjuperson 16).

När det formella beslutet om att bygga ett nytt sjukhus väl togs 2008 var enigheten mellan de båda politiska blocken stor, även om det internt över tiden i flera partier hade höjts röster som förordade en renovering av gamla Karolinska i stället för att bygga nytt.

3.6.1 Två beslut om att bygga nya Karolinska

När beslutet om att bygga det nya sjukhuset till slut togs i fullmäktige var det i alla fall överlag glada miner i alla läger, och alla politiska partier i landstingsfullmäktige var överens om detta historiska beslut. Moderaterna hade då haft Chris Heister som gruppledare i cirka två år, men hon hade ersatts av den tidigare riksdagsledamoten Katarina Elmsäter-Svärd, som vid detta tillfälle var nytillträtt landstingsråd. Det var då knappast en hemlighet, som en av de ledande moderaterna i landstinget uttryckte det, att Heister ville lämna posten som finanslandstingsråd – främst på grund av stridigheter inom alliansen som inte handlande om NKS.[iii] Elmsäter-Svärd uppfattades av många, även delar av oppositionen, som en handlingskraftig politiker som ville få saker gjorda, men också som en pragmatiker, dvs. någon som var beredd att kompromissa om det behövdes för att få saker och ting att hända.

Det enda partiet som hade synpunkter på beslutet var miljöpartiet, som yrkade på återremiss. Partiet ville ha ett bättre beslutsunderlag och ansåg dessutom att Karolinska borde få ett eget produktionskök där det kunde lagas mat, inte enbart ett kök för uppvärmning av färdiglagad mat.

Det krävdes dock två beslut för att få sjukhuset på plats. Först fattade fullmäktige ett enhälligt beslut om att bygga NKS den 8 april 2008, och sedan, under stor politisk oenighet, fattade fullmäktige den 16 juni samma år ett majoritetsbeslut om att använda OPS-modellen för finansiering och drift av sjukhuset. En anledning till att det blev två beslutstillfällen var att de borgerliga partierna – men också oppositionen – förstod att det skulle bli knepigt att nå enighet om finansieringsmodellen, och därför ville man undvika att själva byggandet av det nya sjukhuset kopplades ihop med formen för finansiering.

Innan dess hade de borgerliga partierna dock försökt påverka oppositionen via en informations-kampanj. Budskapet var att oppositionen inte hade förstått fördelarna med OPS, varför särskild information erbjöds där fördelar och nackdelar med OPS respektive traditionell upphandling jämfördes.

3.6.2 ”Undervisning om OPS”

En konsultfirma (Ernst & Young) fick i uppdrag att informera om vad OPS innebar och kunde leda till, och detta riktade sig främst till oppositionen. En dåvarande miljöpartistisk landstingspolitiker hävdar att: ”De andra var ju redan övertygade så de behövde inte gå kursen. Det var socialdemokraterna, vänsterpartiet och miljöpartiet som skulle gå kurs” (Intervjuperson 16)

Det fanns alltså en förhoppning om att oppositionen skulle gå med på en uppgörelse när de väl förstod vad OPS innebar, eller i alla en tro på att ökade kunskaper om OPS skulle underlätta förhandlingarna med den rödgröna oppositionen. Men oppositionen såg med misstänksamhet på denna ”kurs” och ansåg att information inte var objektiv, vilket tydligt framgår av följande citat från en miljöpartist.

> Ernst & Young skulle lära oss hur bra det var det här. Det var fem tillfällen kanske. Och på slutet, när vi bara liksom fortsatte och ställde kritiska frågor, det var då hon brast en gång. Sedan blev de ju avfärdade. I och med att hon sade det där, så fick de ju inte vara kvar. … Det vi fick igenom det var att de också skulle göra en jämförelse mellan samverkansmodellen och OPS. Det var ju då, när vi ifrågasatte att hon inte gjorde den jämförelsen, då brast hon och sade: ”Men jag har ju fått uppdraget att lobba för OPS”. Lobba, sade hon inte, men att föra fram OPS-lösningen. (…) Just det, det var det vi förstod liksom. Och sedan var Ernst & Young ute ur bilden (Intervjuperson 16).

I den mån det fanns förhoppningar bland de borgerliga partierna om att oppositionens motstånd mot OPS skulle minska när de hade fått mer information om vad OPS innebar, så misslyckades uppenbarligen den strategin. Ett annat och starkt bakslag för de borgerliga var att det tjänstemannautlåtande som förvaltningens ledning hade avgett, som förutsattes stå på objektiv grund, inte hade tagit ställning till vilken finansieringsform som var mest fördelaktig – traditionell upphandling eller en som baserades på OPS. I utlåtandet avråddes också bestämt från att välja en OPS-lösning om inte politisk enighet kunde uppnås. En tjänsteman uppger i en av våra intervjuer:

> Detta andra beslut – då valde landstingsdirektören att lägga fram två förslag till beslut: ett som handlade om OPS och ett om (…) finansiering på vanligt sätt. Det har jag aldrig varit med om förut, alltså att direktören inte rekommenderar ett förslag framför det andra.
>
> Ernst & Youngs konsulter blev upprörda över [landstings]direktörens tjänsteutlåtande och ansåg att det inte hade beskrivit de positiva fördelarna med OPS. De kontaktade politikerna direkt, vilket är anmärkningsvärt, en konsult som driver en egen agenda på det sättet (Intervjuperson 17).

Generellt var stödet från landstingsförvaltningens ledande tjänstemän långt ifrån fullödigt för en OPS-lösning. En annan tjänsteman säger:

> Alltså, de utredningar vi gjorde – vi hade med oss landstingsjuristen och allihop – visade väl egentligen att det inte var någon fördel med OPS. Jag kommer inte ihåg hur den sista utredningen hamnade där, (…) man ser att den inte tycker att OPS är bra, men beslutet i slutändan blir ändå att det ska bli OPS. (…) Vi hade alltså väldigt mycket utredning runt det och vi var väldigt många som var med. Körde intervjuer, tog in specialister och vred och vände på det men (…) vi hade svårt att hitta skälet till att gå in i en OPS. Signalerna från regering och riksdag, framför allt från finansministern, var också att han inte tyckte om det. Men vi vred och vände fram och tillbaka. Vi gjorde nästa slutliga utredning, som ändå sedan resulterade i att man sa att vi tar ett beslut om att bygga nytt sjukhus och det ska ske via OPS, och det beslutet kommer fem i tolv (Intervjuperson 18).

Svårigheten för den politiska ledningen att få med sig tjänstemannaförvaltningen när det gäller förordandet av OPS är intressant, särskilt med beaktande av att speciella åtgärder hade vidtagits för att, som det hette, ”öka effektiviteten i beredningen” av NKS (Junker och Yngfalk 2019). Vad det handlade om var att skapa en ny beredningsorganisation för att hantera beredningsprocessen. En ny förvaltningsenhet inrättades som i geografiskt hänseende placerades långt ifrån den övriga kommunala förvaltningen, och under ett politiskt sammansatt organ FoUU-utskottet (Forsknings-, utbildnings- och utvecklingsutskottet), vilket i sin tur var 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 tjänstemännen och det ökande antalet deltagande konsulter (Junker och 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.

Till saken hör också att moderaternas gruppledare flera gånger hade varit i Regeringskansliet och fört diskussioner om OPS-upplägget med ledande politiska tjänstemän i Finansdepartementet och Statsrådsberedningen (Mellgren och Ennart 2015). Och ryktet menade, vilket även oppositionen kände till, att budskapet hade varit att de var negativa till en OPS-lösning (ibid.). Som citatet ovan visar var också finansminister Anders Borg kritisk. Han hade redan tidigare ventilerat sin generellt kritiska hållning till OPS-lösningar, som enligt honom alltid ledde till högre kostnader för det offentliga än finansiering i egen regi (se t.ex. Roijer 2007). Därför hade han också helt stoppat användningen av OPO-lösningar på statlig nivå (Nylund Watz 2014).

I boken *Sjukt hus* (Ennart och Mellgren 2016 s. 260 ff.) hävdas att regeringen utövade mycket hårda påtryckningar på Elmsäter-Svärd för att få henne att avstå från OPS, något som dock förnekas av Elmsäter-Svärd (Mellgren och Ennart 2015). Påtryckningarna ska dock ha minskat något i styrka när regeringen fick ett löfte från moderaterna i landstinget om att de inte avsåg att privatisera fler sjukhus i länet före valet 2010 (Ennart och Mellgren 2016 s. 260 ff.). I våra intervjuer framträder dock en något annorlunda bild, nämligen den att moderaterna i regeringen också var oroliga för att återigen bli utmålade, inför valet 2010, som ett parti som inte kunde hålla ordning på landstingets finanser (Intervjuperson 5, se även Mellgren och Ennart 2015). Man kan också ställa sig frågan hur upprörda moderaterna i regeringskansliet egentligen var över att moderater och övriga borgerliga partier i landstinget, trots varningarna, gick vidare med en OPS-lösning – eftersom Elmsäter-Svärd efter valet 2010 fick en statsrådspost.

Det saknades med andra ord inte kritiska röster mot OPS även utanför oppositionspartiernas egna led, varför de kanske inte kände sig helt slagna på förhand – trots den relativt trygga majoriteten för den borgerliga alliansen i fullmäktige – inför de överläggningar som den borgerliga majoriteten inbjöd till. Men även delar av oppositionen, närmare bestämt vänsterpartiet, hade problem med det egna partiet centralt, vilket följande citat från en dåvarande vänsterpartist visar:

> Men mitt parti, centralt, var aldrig intresserat av vad som skedde i Stockholm. Det är den bittra sanningen. Det var så sorligt att partiet aldrig förstod vikten av den här frågan. (…) Man var upptagen med helt andra saker, Stockholm var inte intressant helt enkelt för Vänsterpartiet under den här perioden. Man var mer fokuserad på Göteborg eller Malmö, Stockholm var ganska ointressant – så är det inte i dag. Men under de här åren (2004-2010, min anmärkning) när man kunde ha drivit opposition var partiet centralt inte intresserad av att driva opposition … Det var svårt att nå ut massmedialt. Gör man en genomgång av den här perioden så osynliggjordes de små

> partierna, både vi och miljöpartiet syntes inte i medierna. De stora tidningarna i Stockholm, både DN och SvD, var ointresserade av vad som skedde i Stockholms läns landsting. Vi kunde t.ex. ha haft ett budgetfullmäktigemöte utan att det skrevs en rad om det i tidningen. (…) Vi var alltså osynliggjorda både av vårt eget parti och massmedierna, något som gjorde oss väldigt frustrerade. Partiet var blint för att detta var en viktig fråga (Intervjuperson 9).

Det verkar som om de mindre oppositionspartierna, och då särskilt vänsterpartiet, var i ett ordentligt underläge i nästan alla avseenden. Det egna partiet centralt gav dem inget stöd, medierna var inte intresserade, och dessutom ville inte Socialdemokraterna samarbeta med dem (Intervjuperson 9 och 12). Vänsterpartisterna i Stockholms län verkar alltså i stor utsträckning ha varit utelämnade till sig själva och sina egna starkt begränsade resurser.

3.6.3 Lyckan och glädjen som försvann – OPS-beslutet

Omfattande diskussioner och starka spänningar uppstod mellan den borgerliga majoriteten och oppositionen när det visade sig att de borgerliga tänkte finansiera det nya sjukhuset med en OPS-lösning, trots att detta riskerade att spräcka det tidigare breda politiska samförståndet över blockgränserna om att bygga ett nytt sjukhus. Den konflikten vittnar många om i våra intervjuer.

Inför den avgörande omröstningen i fullmäktige gick diskussionernas vågor höga mellan partierna (Stockholms läns landsting 2008). Sammankallande, och den som organiserade överläggningarna, var moderaternas gruppledare Elmsäter-Svärd. Diskussionerna förs i olika konstellationer – ibland deltar samtliga partier, ibland förs bilaterala överläggningar mellan Elmsäter-Svärd och endast ett oppositionsparti. De viktigaste överläggningarna fördes dock mellan moderaternas och socialdemokraternas gruppledare. Från majoritetssidan deltog, förutom moderaterna även folkpartiet och kristdemokraterna, medan engagemanget från centerpartiet när det gällde finansieringsformen var svalare. Centerpartiet föreföll kunna leva med båda modellerna och såg det hela mera som en teknisk fråga; partiet deltog inte heller i den sista och avgörande överläggningen mellan partierna innan omröstningen hölls i fullmäktige.

Total oenighet rådde och råder fortfarande, enligt våra intervjuer, mellan oppositionen och de borgerliga partierna om vad som egentligen sades och uppnåddes vid dessa informella överläggningar. Oppositionen trodde sig ha en uppgörelse med de borgerliga som innebar att det inte skulle bli något OPS-arrangemang, men detta förnekas av de borgerliga. Särskilt folkpartiet var tydligt med att det inte kunde tänka sig något annan lösning än OPS, men även andra delar av alliansen hade sedan länge talat varmt om en OPS-lösning, vilket exempelvis följande kristdemokrat vittnar om:

> Så i någon mening var det jag, tillsammans med Ralf Lédel, som drev den här frågan om OPS. Sedan lämnade ju Ralf Lédel landstinget efter valet 2002, men vi hade ändå en del kontakter och en av hälsningarna var: ”Vad du än gör så se till att det blir PPP”. Han var väldigt inne på det och jag tyckte att jag vågade driva frågan om en sådan lösning efter det jag hade tillägnat mig (Intervjuperson 6).

Men från den borgerliga alliansen hördes också andra röster om detta skeende och andra förklaringar till vad som hände. En dåvarande centerpartist anför till exempel:

> Jag kommer inte ihåg vilken statsvetare som säger – eller om det är en svensk statsvetare – men ibland finns det ju lösningar som letar efter problem snarare än problem som letar efter en lösning, och det här var en period när OPS var en lösning som letade efter problem. Man snackade om det i diskussionerna om infrastruktur och investeringar, man snackade om det i diskussioner om hälso-

> och sjukvårdsinvesteringar, och säkert andra investeringar också. Det var en het fråga och den kanske lika lätt hade kunnat hamna i en infrastruktursatsning i stället (Intervjuperson 19).

Att döma av våra intervjuer var det inga större problem med att enas om att man skulle använda sig av ett OPS-arrangemang. Argumenten handlade i första hand om att få kontroll över kostnaden för själva byggandet och att tidsramen höll. En folkpartist minns tillbaka:

> Inom Folkpartiet var vi övertygade om att den valda OPS-modellen var klart att föredra framför en konventionell uppfattning om kontrollen över kostnaderna. Vi köper oss fria från risken för fördyring, vi får betala riskpremie, men den kostnaden har vi kontroll över, risken för fördyring har vi ingen kontroll över. För risken med sådana här stora projekt och även mindre (…) projekt, är att det blir mycket dyrare än man trodde. I synnerhet landstinget, som jag sa, och kom ihåg att landstinget inte har någon vana att utföra själva kontrollen av den här typen av gigantiska och komplicerade projekt, och sen kontroll över tiden, att vi vill att det ska bli klart i tid, vi litar inte riktigt på oss själva. Men när det väl dök upp och vem som var först och hittade på att: ''Nu ska det här lämpa sig för att göra en OPS-upphandling'', det vågar jag inte svara på (Intervjuperson 14).

Den rödgröna oppositionen var samtidigt helt överens i sitt motstånd mot en OPS-lösning, vilket följande citat från en dåvarande socialdemokratisk politiker visar:

> Oh ja, det var inga problem. Vi hade ganska likartade uppfattningar. Jag vet att vänsterpartiet kanske hade några fler synpunkter på innehållet i Karolinska och att man kanske var lite mera orolig för antalet vårdplatser och så där. Men i huvudsak hade vi inga problem att komma överens om detta (Intervjuperson 7).

De borgerliga var således fast beslutna att driva igenom OPS-lösningen, men infogade trots detta en reservation om att när anbudsförfarandet var avslutat måste minst två intressenter ha lämnat bud för att den eftersträvande konkurrensen skulle anses uppnådd. Om inte detta inträffade förpliktigade sig den regerande sidan att avbryta modellen med OPS-upphandling och i stället genomföra en traditionell upphandling (Junker och Yngfalk 2019). Detta kan ses som en eftergift till oppositionen, men det är de borgerliga själva som kommer upp med denna idé till självbindning. Det var inte ett resultat av ett erbjudande från oppositionen som skulle kunna möjliggöra en kompromiss, eftersom oppositionen var emot OPS-modellen – oavsett hur den var utformad. ”Inte ens med förbehållet att det skulle genomföras med förväntad konkurrens, kunde vi tänka oss en OPS-lösning”, uppger en socialdemokrat i en av våra intervjuer (Intervjuperson 7).

Men brasklappen att upphandlingen måste genomföras i konkurrens gjorde det möjligt för borgerliga företrädare att i någon mån avleda oppositionens kritik av upplägget med OPS – de borgerliga antydde således att sista ordet inte behövde vara sagt i denna fråga.

Under debatten i fullmäktige fälldes många hårda ord om svek och svikna förtroenden, och båda sidor förklarade att de hade varit villiga att göra omfattade kompromisser för att nå enighet men anklagade den andra sidan för att vara manipulativa och sakna kompromissvilja. Inför omröstningen yrkade miljöpartiet på återremiss (vilket inte kräver stöd av en majoritet av fullmäktigeröster), något som socialdemokraterna och vänsterpartiet hade stött i landstingsstyrelsen men som de inte ansåg lönt att följa upp vid omröstningen i fullmäktige, eftersom det bara skulle innebära en korts tids uppskjutning av beslutet (Stockholms läns landsting 2008 s. 114ff.). Man accepterade sitt nederlag med andra ord.

Trots alliansens säkra majoritet i fullmäktige blev alltså stödet för en OPS-lösning något svagare än väntat. En tjänsteman minns beslutet:

> År 2008 blev det så ett officiellt beslut. (…) Och sedan förstod vi också att det var lite målfotodiskussion med landstingspolitikerna (...). Det var inte en överväldigande absolut majoritet, utan det var ganska nära där. Så det var precis att det slank igenom (Intervjuperson 11).

Efter omröstningen markerade oppositionen sitt kompakta motstånd återigen genom en reservation mot beslutet där den förklarade att den tänkte riva upp beslutet om det blev maktskifte vid nästa val.

3.6.4 Beslutsfasen – sammanfattning

Det är inte troligt att moderaterna medvetet drev fram ett stort budgetunderskott 1998-2002 för att skapa en möjlighet för de borgerliga att komma tillbaka till makten lagom till att det var dags att fatta de formella och avgörande besluten om NKS. Inte desto mindre är det vad som hände. Beredningsprocessens hastighet ökar påtagligt och det blir uppenbart att de borgerliga är beredda att gå ganska långt, till och med riskera samförståndet över blockgränserna, för att driva igenom en finansiering med hjälp av OPS. Handsken är kastad, som det verkar, och de rödgröna är beredda att anta utmaningen och förklarar att de avser att riva upp beslutet om de vinner nästa val. Trots detta är de rödgröna angelägna om att medverka till att bygga nytt och skapa ett sjukhus med en annorlunda inriktning och funktion än det gamla. Beslutsfasen innebär både starkt samförstånd och stark konflikt. Frågan var vilken av de två krafterna som skulle ta överhand under implementeringsfasen.

3.7 Implementeringsfasen under moderaternas ledning (2008–2010)

I och med att beslutet hade tagits om att bygga ett nytt sjukhus, och att det skulle finansieras via en OPS-modell, gick beslutsprocessen in i vad som kan betraktas som en genomförandefas (implementeringsfas) av fullmäktiges beslut. Den borgerliga alliansen hade slagit fast att frågan om finansieringen var så politiskt viktigt att den var beredd att offra det tidigare block-överskridande samförståndet mellan partierna. Men trots en betryggande borgerliga majoritet i fullmäktige skulle det visa sig att de politiska diskussionerna om hur sjukhuset skulle finansieras ännu inte var över.

3.7.1 Anbudsupptakt på Arlanda

Den 3 oktober 2008 startade anbudsförfarandet. Den inleddes med ett upptaktsmöte på Arlanda till vilket ett stort antal intressenter bjöds in, och många ledande politiker och tjänstemän i landstinget deltog. Även företrädare för delar av oppositionen deltog i Arlandamötet trots det stora rabaldret och de kraftiga protesterna mot upplägget med OPS några månader tidigare. Så varför var oppositionen med? Vad det handlade om var att få så många byggherrar som möjligt att lägga bud, eftersom ju fler som ville bygga desto större konkurrens mellan dem, vilket i slutändan skulle minska kostnaderna för skattebetalarna i Stockholms län.

Det något paradoxala inträffade därför att företrädare för oppositionen kom till Arlanda (dock inte alla – t.ex. gruppledaren för Vänsterpartiet uteblev) för att ge intryck av politisk enighet och samförstånd. Potentiella byggherrar kunde nämligen dra öronen åt sig om det verkade råda politisk oenighet och av det skälet avstå från att lägga ett bud, eller i alla fall frestas att lägga ett högre bud, för att kompensera för risken att bygget inte skulle bli av vid ett maktskifte. Socialdemokraternas ledande företrädare i landstinget tvingades hålla god min och argumentera

för det meningsfulla i att delta i ett projekt med en OPS-lösning, ett finansieringsupplägg som hon inte trodde på eller vill se förverkligat. En alliansföreträdare berättar om mötet på Arlanda:

> Då var det meningen att jag, eftersom det handlade om riskfördelning och sådana saker, både i egenskap av företrädare för landstinget och för majoriteten, men också Ingela Nylund-Watts för oppositionen, skulle bedyra hur vi gemensamt ville det här och att det inte rådde någon politisk oenighet i detta, därför att det i sig leder ju till större risk för den som ska gå in. Så vi var ju med bägge två och pratade på den dagen och visade oss på scenen. (…) Och det var ju också en jätteviktig signal (…). Sedan hann vi väl inte mer än att komma ut därifrån så hade vi hela Lehman Brothers-kraschen och alltihopa som dundrade runt (Intervjuperson 5).

Mötet på Arlanda verkar ha uppfattats av det borgerliga styret som en stor framgång. Många byggföretag och tänkbara finansiärer var närvarande och anmälde stort intresse för projektet. Någon större oro för att den nödvändiga konkurrensen skulle utebli märktes inte vid detta tillfälle, tvärtom talades det om att man räknade med att fyra eller fem anbud skulle komma in.

3.7.2 Hemligstämplingen

Ett särskilt problem vid upphandlingar när det offentliga är beställare är kravet på sekretess i vissa delar av processen. Ett viktigt syfte med offentlig upphandling är att få till konkurrens mellan de olika anbudsgivarna, och av den anledningen bör de som kommer in med en offert inte känna till de andra anbudsgivarna och deras bud innan några beslut har fattats om vem som ska få uppdraget. Det är också viktigt att genom hemligstämpling skydda företagens affärshemligheter, som kan ge dem fördelar i konkurrensen. När stora och komplexa anbudsförfaranden dessutom kopplas till starkt politiserade miljöer kan anmärkningsvärda situationer uppstå, som leder till att grundläggande demokratiska principerna riskerar att sättas ur spel – t.ex. kraven på insyn och möjlighet till påverkan. En socialdemokratisk politiker som var med vid denna tid påtalar detta i en av våra intervjuer:

> Alltså, vi hade ju munkavle under hela processen från det att anbuden lämnades – hela historien var ju sekretessbelagd. Vilket ju också borde forskas på om det överhuvudtaget var riktigt. Men i vilket fall som helst så var det så, och det var ju väldigt svårgenomträngligt för oss som lekmän att hålla koll på de rapporter vi fick i forsknings- och utvecklingsutskottet (...) och det var ju väldig komplicerad materia (Intervjuperson 7).

Upphandlingen genomfördes således under omfattande sekretess. Alla fullmäktigeledamöter tvingades skriva under en försäkran om tystnadsplikt om de ville delta i diskussionen i fullmäktige om vilket anbud som skulle antas. De politiker som hade till uppgift att granska de dokument som användes i upphandlingen tvingades också läsa dessa i ett särskilt rum, och de hade inte möjlighet att ta med dokumenten till sina kontor – än mindre hem eller till partikansliet, som annars var det vanliga. En moderat politiker berättar:

> Sedan, när vi gick ut i upphandlingen, blev det ju ännu knepigare för vi var ju också en politisk styrgrupp – tror jag vi kallades för, i alla fall ett tag, sedan hette vi kanske något annat. Och då var det ju så att man fick väldigt mycket information, ibland muntligt, ibland på papper, men man fick aldrig ta med sig några papper, för det rådde absolut sekretess om det mesta, på ett sätt som jag nästan aldrig varit med om någon annanstans. Man fick numrerade kopior som man sedan lämnade tillbaka och man fick skriva på väldigt många sekretesspapper, vilket också gjorde att det här var svårt för (…) det var ju väldigt svårt att bolla frågorna med andra, både internt i partiet och någon annanstans, för det man pratade om var ju det man hade i minnet. (…) Normalt kommer man ju med ett ärende till sin politiska sekreterare kanske och säger: ”Ska vi sätta oss ner, och vad tror

> du?" Det kunde man inte göra då, utan då fick vi hantera det på ett helt annat sätt (Intervjuperson 3).

Som framgår av referatet var kravet på sekretess besvärande även för de borgerliga partierna, och extra besvärligt var det säkert för de mindre partierna i opposition. En annan moderat politiker beskriver samma problem:

> Det är ju inte första gången som en politisk församling jobbar med ärenden under sekretess, men (…) det här blev väldigt jobbigt att arbeta med som enskild representant för ett parti. Där ute fanns det inte så många andra att prata med, för det var ju inte helt okomplicerat att sätta sig in i och man kanske ville prata med andra i sin grupp. Och det skulle man bara kunna göra under förutsättning att de skrev på sekretess. Men då var det inga problem (Intervjuperson 5).

En märklig omständighet med detta förfarande är att, trots att flera hundra personer omfattades av tystnadsplikten verkar just inget ha läckt till medierna eller allmänheten. En tidigare folkpartist noterar denna omständighet i en av våra intervjuer:

> Det var ju fantastiskt i sammanhanget att femhundra var sekretessbelagda och ändå läckte ingenting, vad jag kan minnas, till medierna som inte skulle läcka. Och det var väl ingen som hade väntat. Jag vet inte om alliansen gav vänstern cred för detta, för det var ju verkligen solidariskt med en process där de hade haft skiljaktiga meningar i olika omgångar. Ändå gick man inte ut och skvallrade för medierna för att få uppmuntran i frågan (Intervjuperson 4).

Möjligen berodde detta på att de juridiskt sakkunniga i landstinget hade meddelat att brott mot tystnadsplikten kunde rendera upp till två års fängelse. Men många landstingspolitiker (inte minst inom folkpartiet) trodde trots det att Skanska kände till att man var ensam budgivare. De överläggningar som till slut fördes i fullmäktige om vem som skulle få uppdraget att bygga sjukhuset, och vilka ekonomiska resurser som skulle anslås, genomfördes inför tomma läktare eftersom kravet på sekretess gjorde det omöjligt att informera allmänheten innan besluten var färdigbehandlade.

3.7.3 Ett anbud

Att döma av förhoppningarna främst hos de borgerliga politikerna och deras rådgivare samt de preliminär undersökningar som hade gjorts, angående intresset att lämna anbud på att bygga ett nytt stort sjukhus, verkade ett utfall med endast ett bud eller inget bud alls inte särskilt troligt. Men det var precis vad som hände. Skanska, tillsammans med en engelsk partner (Innisfree), var enda anbudsgivare.

Givet instruktionerna för upphandlingen borde OPS-modellen nu ha övergivits. Den borgerliga majoriteten drog dock andra slutsatser av upphandlingsresultatet och hävdade att, eftersom Skanska troligen inte hade kännedom om att bolaget var ensam budgivare, hade ändå konkurrensen fungerat som prispress (Yngfalk och Junker 2019). Alliansen menade därför att man kunde gå vidare och förhandla med Skanskas bud som utgångspunkt.

Oppositionen protesterade dock kraftigt mot detta. Den hade redan från början ogillat OPS-modellen, och nu verkade det alltså som om de borgerliga partierna dessutom inte tänkte följa de villkor som de själva hade satt upp för hur upphandlingen skulle skötas. En miljöpartist berättar om hur oppositionen reagerade:

> Men det är klart att när vi insåg att det var *ett* anbud så – alltså man tappade ju nästan hakan. Det blev lite magstarkt helt enkelt. Vi upplevde det inte som seriöst. Jag anade ugglor i mossen redan

> när man inrättade det här NKS-kansliet, som var helt separerat från landstingets ledande tjänstemän, alltså landstingsdirektör och biträdande landstingsdirektör. Då kände jag att det finns säkert ett motiv till att man vill ha den ordningen (Intervjuperson 16).

Att det bara inkom ett anbud var besvärande även för delar av den borgerliga alliansen. Men uppenbarligen var alliansen beredd att tänja på de tidigare utfästelserna för att få igenom sina ursprungliga idéer om hur NKS skulle finansieras. En folkpartist återger episoden på följande sätt:

> Ja, alltså, det fanns ju en majoritet för att bygga sjukhuset, det var det viktiga, och sen kom nog den här finansieringsformen. Upphandlingsformen kom att bli mera underordnad, men problemet var väl att det var ett verkligt dilemma, (…) skulle vi gå vidare när det visade sig att man bara hade fått in ett anbud? Då kliade vi oss nog i huvudet lite till mans, men ansåg att det här var väl ändå ett så pass brett deltagande i övrigt. Vi insåg också att projektet var stort, det fanns förklaringar till varför det bara var ett anbud. Och dessutom var det ett seriöst konsortium som skulle bygga, men det där var väl punkten man kunde vara mest bekymrad om. Jag upplevde att det fördes en del diskussioner i alla grupper. Jag hade ingen insyn i moderaterna men hos oss i folkpartiet hölls det vissa diskussioner, men vi tyckte ändå att man kunde gå vidare (Intervjuperson 14).

Det var med andra ord, som nedanstående referat från en kristdemokrat visar, en situation som krävde att de borgerliga kunde hitta ”blottor” i regelverket som gjorde det möjligt att gå vidare med viss trovärdighet, trots de tidigare utfästelserna.

> Nej, men den här kritiken mot att det bara blev ett anbud, den borde vi ha stoppat och det vet jag att man tyckte. Vi hade väldigt hårda diskussioner i utskottet jag ledde för där sade de: ”Nej, vi går ifrån sammanträdet”, ”Nej men varför det?” ”Vill ni inte vara med och ta ansvar för det ena eller det andra?” ”Då måste ni sitta här, ni är beslutsmässiga bara om ni är här”. Och vi ajournerade möten, men de kom tillbaka och det var många turer för att få till det. Jag sa så här: ”Jag är beredd att ompröva detta om det antydningsvis skulle strida mot LOU. Då gör vi något annat. Om det bara går att antyda att vi är i närheten av att (…) hantera detta i strid med LOU, då bryter vi upp (Intervjuperson 6).

Meningarna inom den borgerliga majoriteten var dock delade om värdet av att behålla enigheten över blockgränserna, och centern och kristdemokraterna stod för en mjukare linje. Folkpartiets interna enighet om att genomföra en OPS-lösning var dock stor, men intressant nog fanns det hos moderaterna de som hade reservationer – Filippa Reinfeldt, som var landstingsråd under denna period, har exempelvis i efterhand tillstått att hon tillhörde kritikerna av OPS-lösningen (se t.ex. Mellgren och Ennart 2015, Lagerström 2018).

3.7.4 Tilldelningsbeslutet – två beslut igen

När det till slut blev dags att avgöra i fullmäktige vem som skulle få uppdraget att bygga NKS och hur mycket pengar som skulle anslås, behövdes det återigen två beslut. Och precis som 2008 fattades det ena beslutet under stor enighet och det andra under stor oenighet (majoritetsbeslut). Men denna gång fattades de två besluten i omvänd ordning, dvs. först ett oenigt beslut som drevs igenom av den borgerliga majoriteten och sedan, en dryg månad senare, ett enigt beslut som var en revidering av det tidigare beslutet rörande kostnaden för byggandet och driften av sjukhuset.

Det första beslutet

Den borgerliga majoriteten föreslog fullmäktige den 4 maj 2010 att låta konsortiet Skanska/Innisfree få uppdraget att bygga det nya sjukhuset till en kostnad av 14,5 miljarder. FoUU-utskottet, som var det politiska organ som först hade berett ärendet och därefter landstingsstyrelsen, där majoriteten var borgerlig i båda fallen, hade båda tillstyrkt förslaget att ge Skanska uppdraget.

Problemet var dock, som tidigare nämnts, att Skanska var enda anbudsgivare, och enligt tidigare beslut av fullmäktige 2008 skulle upphandlingen avbrytas om inte tillräcklig konkurrens hade nåtts vid upphandlingen. Men de borgerliga ansåg att man kunde argumentera för att upphandlingen hade genomförts under konkurrens, trots att endast ett bud hade kommit in (Yngfalk och Junker 2019). Denna uppfattning delade inte oppositionen, som dessutom ansåg att den finansiella ramen var felaktig. Kostnaderna skulle, enligt oppositionen, i själva verket bli mycket högre, 21 miljarder i stället för de 14,5 som angavs i det borgerliga förslaget. Oppositionen yrkade därför på att processen skulle avbrytas och utrymme skapas för nya diskussioner mellan partierna.

Den konflikt som skapades genom det andra beslutet 2008 verkade alltså finnas kvar när fullmäktige möttes igen 2010 för att diskutera finansieringen av NKS Man hade kanske kunnat förvänta sig att spelet mellan opposition och den regerande sidan nu skulle vara över, och att de borgerliga partierna skulle driva igenom sin politik och att den rödgröna oppositionen inför det kommande landstingsvalet skulle profilera sig i frågan om NKS Men byggandet av NKS följer inte det vanliga mönstret. Cirka ett halvår före valet bytte socialdemokraterna i Stockholms läns landsting gruppledare – Nylund-Watz nominerades som kandidat till en ”säker” plats i riksdagen och ersattes av f.d. kommunstyrelsens ordförande i Nynäshamn, Ilija Batljan. En person som tack vare sin ledning av Nynäshamns kommun hade fått stor uppmärksamhet inom och utom det socialdemokratiska partiet och sågs som något av en nytänkare (Ennert och Mellgren 2015 s. 29ff). Detta byte kan ses som ett drag avsett att förbättra möjligheterna för socialdemokraterna att vinna valet i landstinget 2010. Nylund-Watz hade bl.a. genom de tuffa nedskärningsförslagen under 2002-2006 fått några inflytelserika socialdemokratiska kommunalpolitiker mot sig från några av de partidistrikt som hade eller som kunde ha drabbats av nedskärningarna.

Batljan var dessutom utbildad ekonom och hade studerat matematik, och han hade även kunskap om och erfarenhet av hur man kalkylerar kostnader för stora byggprojekt (Ennert och Mellgren 2015). Batljan fick med sig den socialdemokratiska partigruppen på att spelet om OPS var över och att bygget inte gick att förhindra. I stället kunde de försöka pruta på prislappen som Skanska/Innisfree hade begärt för att bygga sjukhuset. Genom egna kalkyler försökte han visa hur man kunde skära i Skanskas/Innisfrees kalkyl. Hans beräkningar visade, menade han, att skattebetalarna betalde 17 miljarder för mycket för projektet, och med ränta-på-ränta effekter rörde det sig om upp till 30 miljarder för mycket under perioden 2010-2040 (Batljan 2010). Det gav utrymme för förhandlingar med Skanse/Innisfree, ansåg han.

Den nye socialdemokratiske gruppledaren, som tillträde endast dagar före fullmäktigemötet, hade således presenterat egna alternativa beräkningar som visade att kostnaden för byggprojektet var orimligt höga och mycket högre än vad de borgerliga kommit fram till. Det tidigare uppskruvade och konfrontatoriska tonläget från socialdemokraterna blev nu annorlunda. I sin argumentation försökte Batljan anslå en försonlig och kompromissvillig ton, och redan i sitt

första anförande klargjorde han följande: ”Är en varm anhängare av OPS”, även om det sedan framgick av anförandet att hans syn på vad en OPS-lösning innebar inte var densamma som den de borgerliga föreslagit (Protokoll från fullmäktiges sammanträde 2010-05-04, se även Batljan 2010). Detta var ett klart försök att tona ned konflikten mellan blocken. Även andra socialdemokratiska ledamöter tonade ned sitt motstånd mot OPS i fullmäktigedebatten och i stället betonades pragmatism och vilja till kompromiss.

Under större delen av debatten i fullmäktige försökte Batljan få diskussionen att handla om hans ekonomiska kalkyler och hur trovärdiga de var jämfört med majoritetens förslag. De två andra oppositionspartierna, Vänsterpartiet och Miljöpartiet, stödde Batljans beräkningar, och ifrågasatte de borgerligas ekonomiska analys.

De borgerliga höll dock fast vid det egna förslaget inledningsvis och hänvisade till att, med tanke på den långa tid som tjänstemännen har haft på sig att ta fram det ekonomiska underlaget och alla de diskussioner som förts inom förvaltningen, verkade det föga troligt att Batljans beräkningar skulle vara mera tillförlitliga. Några borgerliga företrädare tillstod dock att det kunde ligga något i kritiken, men att den kom för sent och därför inte nu kunde beaktas. Men under fullmäktiges diskussion verkade det som att osäkerheten bland de borgerliga ledamöterna ökade om hur stabila de egna kalkylerna var. Finanslandstingsrådet Elmsäter-Svärd gick till slut med på att det var möjligt att kalkylera på det sätt som Batljan hade gjort och att man då skulle komma fram till ett annat och högre pris. (Se protokoll från fullmäktiges sammanträde 2010-05-04)

Till saken hör också att samma dag som mötet hölls hade de borgerliga i en gemensam artikel i *Dagens Industri* gått ut och berättat om NKS, som nu äntligen skulle byggas, men i artikeln nämndes ett lägre pris (14,1 miljarder) än det som presenterades för fullmäktige. Oppositionen försökte i debatten därför spela på den förvirring som, enligt dem, rådde om vad som var det riktiga priset för att bygga sjukhuset.

I debatten pekade också oppositionen på de problem som de menade att kravet på sekretess hade skapat – fullmäktigemötet hölls t.ex. inför lyckta dörrar. Flera ledamöter från oppositionen anmälde att de kände stor osäkerhet om vad de t.ex. fick berätta för allmänheten, vad de fick kritisera offentligt och om de kunde ifrågasätta beslutprocessens demokratiska legitimitet. Även en del mindre frågor togs upp av oppositionen. Miljöpartiet puffade än en gång för sitt förslag om ett produktionskök i det nya sjukhuset, som kunde tillaga egen mat på platsen i stället för att bara värma upp mat som hade producerats på annat håll. De borgerliga stod dock fast vid sin åsikt, röstade igenom sitt förslag och avslog oppositionens motförslag med siffrorna 75 mot 55 (Protokoll från fullmäktiges sammanträde 2010-05-04).

Det andra beslutet

Men diskussionen i fullmäktige skapade ny dynamik och Batljan fortsatte att bearbeta de ledande borgerliga landstingspolitikerna med sina beräkningar. En centerpartist berättar:

> I det skedet, då började det liksom hetta till på allvar att det var mycket pengar det handlade om och det skrevs om detta i tidningarna. Dagens Industri tog upp Ilija Batljans argumentation, han ville träffa mig och det gjorde jag, och han visade då på ränteeffekterna av de finansiella kostnader som var inbakade i projektet – hur orimliga de var. Det tog jag med mig till landstingsrådsberedningen och på det mötet sade jag att jag träffat Ilija Batljan och gått igenom siffrorna. Jag var nog lite nervös för det för vi hade inte så mycket bilaterala kontakter med oppositionen på områden

där vi inte själva hade föredragningsansvar. Det skulle kunna vara lite illojalt att prata med dem vid sidan av. Vilket också kanske säger något om klimatet – att det var ganska hårt uppstyrt, och moderaterna var ju väldigt starka under den här perioden. Av Centerpartiet och Kristdemokraterna (...) kunde ju ett parti ha varit utanför majoriteten. Så det var ganska stark alliansdisciplin.

Det som är grejen det är ju att redan från starten 2006 etablerades en väldigt stark disciplin inom alliansen, där ansvarigt landstingsråd hade ett tydligt huvudansvar för frågorna, och skulle man kontakta oppositionen (…) så gjorde man det inte i andras frågor. Men nu hade jag i alla fall varit där, och jag tog upp det, (…) och jag var allvarligt oroad. Jag hade sett siffrorna, det verkar som att vi slänger ganska mycket pengar i sjön (…) och det lyfte jag då. Då tror jag att det var så att Filippa Reinfeldt sade att hon också hade träffat Ilija Batljan och sedan fick vi nog en ganska bra diskussion. Det uppstod enighet om att vi behövde snacka med Ilija Batljan och se om det gick att hitta en överenskommelse som innebar att hans föreslagna recept att ta över en del av risken mot att få kraftigt minskade finansiella kostnader kunde vara en framkomlig väg, och det gjordes (Intervjuperson 19).

Efter en invit från finanslandstingsrådet öppnas dörren för en kompromiss. En dåvarande politiker inom den styrande Alliansmajoriteten berättar:

I den här vevan kom också Ilija [S-politiker], ”illviljan” i landstingshuset. Det var väldigt fascinerande därför att när han kom in så frågade jag honom rätt upp och ner. Är du här och vill du att Nya Karolinska ska komma till, eller vill du bara skapa problem och en allmänpolitisk debatt? För då kan vi lika gärna lägga ner allting och vara ute och kriga på en gång. Nej, men han tyckte att det här ska vi göra. Bra sa jag, är de då beredda att sätta sig ner med oss och se hur vi får igenom det här så att det blir liksom en bred politisk överenskommelse. Jajamänsan, och vi satt liksom dag och natt och gick igenom saker. Och [han fick] tillgång till allt det han behövde. Vi hade till och med kvällsmöte med Skanska och allt vad det var för någonting och vi gick igenom för att vi skulle förklara och förstå att vi menade samma sak. Sedan var vi överens (Citat ur Yngfalk och Juncker 2019 s. 36).

Det borgerliga svängde alltså i frågan om finansieringen och gick med på en konstruktion som innebar att en mycket större del av kostnaden förskotterades av landstinget än vad som var tänkt från början, vilket innebar minskade kostnader eftersom landstinget kunde låna upp till lägre ränta än det särskilda bolag som skulle svara för kostnaden. Hur mycket kostnaderna minskade genom Batljans försorg råder det delade meningar om, men enligt socialdemokraterna handlade det om så mycket som sju-åtta miljarder (se t.ex. Ennert och Mellgren 2015). De borgerliga partierna menade dock att det handlade om betydligt lägre siffror (Intervjuperson 6).

Baksidan av myntet var att denna konstruktion innebar att landstinget tog över en större del av det ekonomiska risktagandet om det inte blev något sjukhus byggt. Men samtidigt krävde de borgerliga att hela oppositionen ställde sig bakom beslutet. Möjligen uppfattade inte samtliga oppositionspartier detta krav, men de gick ändå med på ett enhälligt beslut – som de uppfattade gjordes i besparingens namn. En miljöpartist berättar:

Vi gör det bara (…) om det blir ett enat fullmäktige. Det räcker inte med att socialdemokraterna röstar för det här, för det tyckte ju Ilija var en fjäder i hatten (…). Så det blev ju ajournerat i fullmäktige och vi visste ju att vi skulle få det här nerstoppat i halsen, att alla har gått med på det här, alla står bakom NKS. Men vi sade ju det, sju miljarder är ju sju miljarder skattepengar ändå. Med vånda sade alla partier ja, t.o.m. Vänsterpartiet, de som var mest kritiska till att gå med på det här (Intervjuperson 16).

Ett andra fullmäktigemöte hölls därför den 8 juni, som delvis reviderade det föregående fullmäktigebeslutet. En kristdemokrat berättar om detta möte:

> … Till detta kommer också det som blev resultatet av överläggningarna med Ilija Batlian, som under en kort period var gruppledare för sossarna, nämligen att förskottera halva byggkostnaden, och det var inget litet förskott de fick. Halva byggkostnaden, sju miljarder drygt, förskotterades. Nuvarande sosseledning påstår att vi sparade nästan åtta miljarder av skattebetalarnas pengar. Hur man får till det, det förstår inte jag. Socialdemokraterna, vänstern och Miljöpartiet ställde upp efter det att vi har kommit överens om det här förskottet. Så den 8 juni finns det inga invändningar (Intervjuperson 6).

Både vänsterpartiet och miljöpartiet avgav dock röstförklaringar där de utförligt förklarade att de var och alltid hade varit motståndare till OPS och den beslutsprocess som denna metod hade lett till, men att de inte kunde rösta emot ett förslag som skulle innebära minskade kostnader för skattebetalarna.

Socialdemokraterna däremot avgav ingen röstförklaring. Med tanke på att kompromissen tillkommit på initiativ av socialdemokraterna, var det naturligtvis svårt för dem att avge en röstförklaring eller kritisera beslutet i andra fora – de hade ju fått igenom de förändringar de efterfrågade. Möjligen var avsaknaden av agerande ett förbiseende, men inte desto mindre öppnade detta för de borgerliga partierna att argumentera för att socialdemokraterna var delaktiga i upplägget med OPS-finansiering.

Självklart instämde inte socialdemokraterna i denna argumentation, och möjligen var tanken att de skulle tjäna poänger i den kommande valrörelsen och framstå som ansvarstagande genom att ha prutat på kostnaderna. Men frågan drevs inte med någon kraft i valrörelsen 2010. En annan aspekt på socialdemokraternas agerande kan vara att de trodde att de ändå skulle vinna valet. Valen hade ju sedan länge lett till maktskifte mellan blocken varannan gång – och att då komma till makten när man hade bundet upp sig för att bryta OPS-upphandlingen, som vid det laget redan hade bundit upp landstinget för betydande kostnader, skulle inte vara enkelt. Skanska skulle då, om intet annat, ha haft goda möjligheter att i ett domstolsförfarande kunna kräva stora skadestånd. Det hela slutade därför i bästa sämja – i alla fall mellan moderaterna och socialdemokraterna, som framhålls av följande moderata politiker:

> När vi avslutade OPS-upphandlingen för att fatta det stora beslutet då blev vi också eniga, därför att vi också gick tillbaka och såg att det ligger någonting i Ilija Batljans sätt att räkna och det finns någonting i det här som vi kan ta till oss för att bli eniga. Så gjorde man en omräkning för att hamna på en siffra som vi alla kunde vara eniga om. Där gick de ju armkrok ut, jag tror till och med att det finns bevarat på film hur de hyllar detta, båda två. Sådant är ju alltid skojigt (Intervjuperson 3).

Men vad var det egentligen som hade hänt, kan man undra, när man kunde gå från starka motsättningar och hårda ord 2008 till samförstånd och kompromiss 2010?

3.7.5 Implementeringsfasen – sammanfattning och diskussion

Finns det något i själva den kommunala strukturen och processen som ger båda blocken incitament att nå en sådan kompromiss? För det första – betydelsen av att valet låg så nära i tiden. Det slutliga fullmäktigemötet ägde rum cirka tre månader före valet men intressant nog nämns detta inte många gånger i våra intervjuer som en faktor som direkt påverkade partiernas agerande. Det finns dock vid den tidpunkten viss beredskap hos de borgerliga att lägga in ytterligare ett fullmäktigemöte, alltså efter juni, om oppositionspartierna skulle försöka skjuta

upp det slutliga beslutet till efter valet. Delar av den borgerliga alliansen var också oroliga för vad ett uppskjutet beslut och omförhandlingar skulle kunna leda till, om inte en kompromiss kunde nås med oppositionen. En kristdemokrat redogör för hur tankegångarna gick hos de borgerliga:

> Det visar sig vara den framkomliga vägen att få huset på plats och kunna inviga det senast våren 2018 (…). Jag kan inte jag säga hur lång fördröjning det skulle ha kunnat bli, men inte mindre än 5-6 år, det är jag alldeles övertygad om. Alltså, att behöva börja om från början och tänka i helt andra termer – och vilka byggföretag skulle komma med anbud i ett sådant läge? Och det skulle ha blivit avtal som förmodligen hade spätts på med ökade kostnader. Här är det ju bundet, huset blir inte dyrare än de tilläggsbeställningar man lägger (Intervjuperson 6).

De borgerliga riskerade också en förlust i det kommande valet. Opinionssiffrorna på nationell nivå hade visserligen börjat svänga under våren i borgerlig favör men utgången verkade mycket osäker. Då kunde det inträffa att de rödgröna partierna – om de fick majoritet – skulle stå fast vid sitt löfte från 2008 om att riva upp upphandlingen och börja om. Det var en fråga som finanslandstingsrådet Elmsäter-Svärd för övrigt hade ställt ett par gånger under det första mötet om tilldelningsbeslutet i fullmäktige. Vad tänkte socialdemokraterna göra om Batljan inte fick gehör för sina förslag till förändrat upplägg av finansieringen (Protokoll 2010-05-04).

Det visade sig dessutom att den borgerliga uppslutningen för en OPS-lösning inte var så enhällig som man hade velat göra gällande 2008. Ledande företrädare inom såväl centern som kristdemokraterna såg ett större värde i att finna en blocköverskridande lösning än att till varje pris driva igenom en OPS-lösning, och intressant nog fanns det även ledande moderater som var motståndare till OPS. Det parti som verkade lida minst av interna spänningar i denna fråga var folkpartiet.

Batljans beräkningar verkar också ha haft en inbyggd lättbegriplig logik som började nå mediernas öra, och socialdemokraterna varnade de borgerliga för att det kunde komma många och svåra frågor, inte bara från medierna utan också från konkurrerande byggföretag, om de höll fast vid sina egna beräkningar. Frågor som kunde leva vidare till det stundande valet.

För oppositionen var situationen delvis annorlunda. Slaget om OPS verkade förlorat och man verkar inte ha uppfattat konflikten om byggandet och finansierande av det nya sjukhuset som något som kunde engagera väljarna i en valrörelse. I alla fall, att döma av våra intervjuer, verkar finansieringen av NKS aldrig på allvar ha lanserats som en möjlig profileringsfråga för valet 2010. Bytet av ledare för både socialdemokraternas och moderaternas partigrupper under 2006-2010 var också en indikation på att partierna ville driva en mindre konfrontatorisk linje än tidigare. Socialdemokraterna uppfattade också att det kanske fanns en möjlighet till uppgörelse med de borgerliga, och i stort sett alla partier var ju varma anhängare av tanken på att bygga NKS. Att det i botten fanns en stor samsyn kring NKS-projektet, föranlett och stärkt av flera på varandra fattade beslut, vittnar citatet nedan om från en socialdemokratisk politiker:

> Det skickades informella signaler mellan de politiska partierna och jag tror ju också att alliansspartiernas uppfattning var den att de gärna ville ha med oss på den här vagnen, absolut. Vi hade ju varit eniga om SNUS-beslutet, om 3S-beslutet, och vi var eniga om beslutet rörande formgivningstävlingen – så de grundläggande strukturbesluten var vi ju överens om. Det var ju finansieringen som vi rök ihop om, och det var också om frågan om man kunde gå vidare när det bara fanns en enda anbudsgivare – då dök de politiska motsättningarna upp (Intervjuperson 2).

Insikten tycks också har sjunkit in hos oppositionen att det skulle bli alldeles för dyrt att bryta de avtal som hade tecknats med Skanska. En möjlighet att påverka finansieringen sågs därför 2010 troligen som en stor framgång av oppositionen.

De borgerliga vann valet igen i september 2010 och därmed bröts det tidigare mönstret där blocken hade turats om att vara i regeringsställning varannan gång, och även denna gång lämnade NKS-frågan mycket svaga spår i valrörelsen. Visserligen hade Svenska Dagbladet rapporterat om konflikten mellan majoriteten och oppositionen vid det första fullmäktigemötet, Dagens Industri hade haft kritiska artiklar om de ekonomiska kalkylerna med referens till Batljans kritik, och Aftonbladet hade redogjort för den nya uppgörelse som kom till på socialdemokraternas initiativ. Men där påpekade artikelförfattaren också att kostnaden hade blivit ännu lägre om man hade använt traditionell upphandling, där landstinget själv hade stått för hela upplåningen av de finansiella resurserna. Journalisterna vaknade alltså först på allvar 2015 när Svenska Dagbladet inledde sin artikelserie om NKS.

4. Slutsatser och reflektioner

Denna studie visar att den politiska oppositionen agerade ganska passivt under de viktigaste besluten i processen med att bygga och finansiera NKS. Den visar också att den agerade motsägelsefullt när den väl kom till skott och försökte opponera under processens gång. Vad är förklaringen, vad berodde det på? Något enkelt svar på den frågan går naturligtvis inte att ge och dimensionerna i pusslet är många. Men ett möjligt spår att följa är att skärskåda vilken typ av demokratiskt system som Stockholms läns landsting hade utvecklats till vid denna tidpunkt.

Inledningsvis beskrevs i denna rapport tre olika idealmodeller för att organisera ett demokratiskt statsskick och vad som karaktäriserade dem. Den första modellen, ett system med maktdelning, kan beskrivas som ett trögt och långsamt lagstiftningssystem. Den offentliga makten är spridd på många olika offentliga institutioner, vilket gör det svårt att styra med enkla majoritetsbeslut i stora och politiskt viktiga frågor. Dessutom, eftersom institutionerna ofta är kontrollerade av olika politiska majoriteter, tar det lång tid att arbeta fram nödvändiga kompromisser för att kunna genomföra eftersträvansvärda politiska reformer. Ett maktdelningssystem kan därför sägas ha vissa brister ur ett renodlat demokratiskt perspektiv – givetvis beroende på vilken dimension och definition av demokrati som betonas. Medborgarna kan t.ex. uppfatta det som oklart vem som styr och ställer när den offentliga makten och ansvaret vilar på många olika händer, vilket kan skapa problem när ansvar för politiska beslut ska fördelas och utkrävas. Vems förtjänst eller fel är det i ett maktdelningssystem att samhället ser ut som det gör, kan väljarna undra när det blir dags att avkunna domen i ett val? Å andra sidan skyddas särskilt lite större minoriteter genom den inbyggda trögheten i systemet bättre än i ett parlamentariskt styre, där makten vanligtvis är koncentrerad. Ett maktdelningssystem kan därför fungera bättre i en stat med starka spänningar mellan olika minoritetsgrupper.

Fördelarna och nackdelarna med ett statsskick byggt på den parlamentariska principen kan delvis säga vara de omvända jämfört med ett som är organiserat enligt maktdelningsprincipen. Till att börja med ger ett statsskick där den offentliga makten är koncentrerad till en enda institutionen (parlamentet) väljarna en tydligare bild av hur den (konstitutionella) offentliga makten är tänkt att utövas. Denna tydlighet märks även på andra sätt. Ansvarsutkrävandet blir lättare för väljarna, eftersom de politiska skiljelinjerna mellan den styrande sidan och oppositionen är skarpare. Det eller de politiska partier som kontrollerar majoriteten i

parlamentet har dessutom relativt goda möjligheter att få igenom sin politik utan oppositionens medverkan. Oppositionen är till stor del hänvisad till att utöva inflytande genom opinionsbildning, och konfliktnivån mellan partierna tenderar att öka och tilldra sig mediernas och allmänhetens intresse. Å andra sidan är oppositionen utestängd från direkt insyn och inflytande och befinner sig därför ofta i ett kunskapsunderläge gentemot den styrande sidan. Olika minoritet riskerar också att hamna i kläm när i stort sett all lagstiftning kan avgöras genom enkla majoritetsbeslut i parlamentet.

Den tredje idealmodellen är ett statsskick med inbyggda strukturer för samförstånd och samregerande (konsensusskapande). Förmågan till kompromiss mellan de politiska partierna lyfts ofta fram som något utmärkande för ett demokratiskt statsskick. Regeringssidan och oppositionen förmodas inte alltid vara oense om allting, utan ofta kan uppgörelser träffas över partigränser. I ett statsskick byggt på principen att stora eller viktiga politiska beslut ska fattas genom samförstånd mellan i alla fall de större partierna, blir förmågan och viljan till kompromiss något av en överordnad ideologi. Fördelen med denna konstruktion är flera. För det första är den offentliga makten koncentrerad till ett parlament och därmed lättare att begripa för medborgarna än t.ex. ett maktdelningssystem. De beslut som fattas stöds ofta av en större del av befolkningen än när en parlamentarisk regim tillämpas. Insyn och ansvarsutkrävande kan dock hamna på undantag – i stort sett samma politiska partier sitter alltid vid makten oavsett valresultatet – och det kan bli svårt för väljarna att rösta bort politiska partier man är missnöjd med, vilket i sin tur också kan påverka väljarnas benägenhet att rösta.

Stockholms läns landstings tycks, när det gäller byggandet av NKS, ha fungerat som en blandning av ett parlamentariskt system och ett system som kännetecknas av samförståndsprincipen. Och under i den undersökta processen verkar samförståndet ha fått företräde framför en parlamentarisk modell.

I det följande summeras först iakttagelserna i rapporten med avseende på förekomsten av konflikt och samförstånd mellan de politiska blocken. Därefter diskuteras olika faktorer som kan hjälpa oss att förstås händelseutvecklingen. I ett avslutande avsnitt gör en del reflektioner kring det pris som i detta fall behövde betalas för den dubbla demokratimodellen.

4.1 Konflikt och samförstånd: en summering av händelseförloppet

Det kan kanske vid första påseende tyckas lite märkligt att hävda att det är den grundläggande tanken om samförstånd i landstinget som skapade situationen, med tanke på det ofta förekommande höga tonläget i Stockholms läns landstingsfullmäktige där vänster och höger ofta har haft det svårt att komma överens, och där båda ”blocken” efter varje val, under lång tid, bytte sida med varandra – från opposition till styrande och omvänt, fram och tillbaka. Det tycks som om systemet har en inbyggd motsättning – närmast en pendelrörelse – som innebär att man ofta är oense i fullmäktige, och är man oense så förblir man också oense, åtminstone på det verbala planet.

I fallet med NKS saknades dock starka motsättningar mellan de politiska partierna. De var på det stora hela överens om det nödvändiga i att bygga ett nytt sjukhus, i stället för att renovera det som redan fanns på plats. Att det nya sjukhuset dessutom skulle få en annan inriktning och fokusera på högspecialiserad vård var man också överens om över partigränserna. På dessa två viktiga punkter bestod också den politiska enigheten under hela beslutsprocessen. De politiska motsättningar som manifesterades i början av beslutsprocessen tycks i stället främst ha funnits

inom de politiska partierna, om än inte lika starkt i alla partier. Detta trots att det fanns ett utarbetat alternativ som förordade renovering, som dessutom hade fått stöd av Karolinska sjukhusets dåvarande ledning.

Det är alltså inte avsaknaden av ett välformulerat alternativ – vilket inte så sällan är anledningen till att enighet uppstår i ett tidigt skede av en beslutsprocess – som är förklaringen till oppositionens passivitet. Det är till och med så, att trots att de flesta politikerna kände till den alternativa utredningen och dess slutsatser, togs den inte riktigt på allvar. Någon förutsättningslös diskussion fördes alltså inte där de två olika förslagen – bygga nytt eller renovera – på allvar ställdes mot varandra. Tvärtom verkar det ha förekommit aktiva åtgärder för att trycka bort renoveringsförslaget från dagordningen med maktpolitiska, inte enbart sakliga, argument (Johannesson och Qvist 2019 s. 16-17). Tilläggas kan också att förslagets inriktning mot att bygga ett specialistsjukhus skulle få som konsekvens att färre vårdplatser kunde reserveras för akutvård och de vanligaste sjukdomarna. Med andra ord är det inte svårt att tänka sig att denna omläggning av sjukhusets inriktning borde ha kunnat användas av en politisk opposition inställd på politisk konfrontation. Ralf Lédel, moderat och dåvarande finanslandstingsråd, som är den som 2001 sätter igång den formella beslutsprocessen för att bygga NKS, menade visserligen att han mötte starkt motstånd för sin idé om ett nytt sjukhus. Men han tycks inte ha mött särskilt stort motstånd från den rödgröna oppositionen för att få igång en utredning men den inriktningen (ibid. s. 17).

Maktskiftet 2002, som innebar att de rödgröna tog över styret, ledde inte heller till förnyad prövning av tanken på ett nytt sjukhus och dess funktion i vårdsystemet, utan de rödgröna byggde vidare på det pågående beredningsarbetet och vårdade det rådande samförståndet mellan partierna på detta område. Visserligen fick inte frågan om NKS högsta prioritet under den rödgröna perioden, men berednings- och utredningsarbetet rullade ändå på.

De rödgrönas agerande 2002-2006 kan delvis förklaras av att de var upptagna med flera andra stora frågor. En var sammanslagningen mellan Huddinge sjukhus och Karolinska sjukhuset. En annan var hanteringen av det stora budgetunderskott som det borgerliga styret hade lämnat efter sig. Dessutom hade Lédel satt igång SNUS-utredningen strax innan valet. Utredningen fick lägga fram sina slutsatser under det rödgröna styret, och den efterföljande 3S-utredningen beslutades om en under stor politisk enighet.

Under deras tid i opposition gjorde de borgerliga partierna vissa markeringar angående finansieringsformen, och då främst möjligheten till finansiering via OPS, men de bedrev inte någon särskilt aktiv opposition mot det långsamma tempot i beslutprocessen eller dess inriktning. Den form av arkitekttävling som utlystes mötte inte heller några större invändningar från de borgerliga. Behovet av en arkitekttävling stod från början klart hos båda sidorna, och den rödgröna koalitionen var mån om att utforma denna tävlan så att den inte skulle leda till eller kunde utnyttjas för partipolitisk profilering.

När så de borgerliga kom tillbaka till makten 2006 ökade tempot igen, och konflikterna kom så småningom upp i dagen. Men de handlade inte i första hand om huruvida sjukhuset skulle byggas eller vilken typ av vård sjukhuset skulle bedriva, utan i stället om finansieringen. De borgerliga ville pröva OPS, en modell som i huvudsak var oprövad i Sverige. De rödgröna partierna ville i stället hålla fast vid den traditionella modellen med samverkansentreprenad där landstinget stod för finansieringen och ägandet av sjukhuset. Men eftersom de borgerliga efter valet hade en betryggande majoritet i fullmäktige kunde de driva igenom sin vilja, trots kraftiga

protester från de rödgröna partierna som kände sig lurade och svikna eftersom de trodde sig ha förhandlat med de borgerliga partierna om en annan, mer traditionell lösning. Detta ledde till en stor politisk konflikt mellan oppositionen och den styrande sidan.

Två beslut krävdes dock för att få igång byggprocessen. Först ett om att bygga ett nytt sjukhus, vilket togs i stor enighet i april 2008, och sedan ett andra om att använda OPS, som togs i stor oenighet i juni 2008. Vid upphandlingen av det nya sjukhuset tvingades dock de rödgröna partierna, särskilt socialdemokraterna som största oppositionsparti, hålla god min och utåt visa upp en fasad av politisk enighet. Vad det i mycket handlade om var att inför presumtiva anbudsgivare ge intryck av stor politisk enighet för att så många anbud som möjligt skulle komma in, med påföljande prispress mellan konkurrerande bud.

Trots detta kom endast ett enda anbud in om att bygga NKS, vilket för de borgerliga var extra besvärande eftersom de förbundit sig att avbryta upphandlingen om nödvändig konkurrens inte uppnåddes. Men de borgerliga kom ändå fram till att den enda budgivaren – Skanska – troligen inte hade känt till att de var enda budgivare och därför ansågs idén om konkurrens ha fungerat. När det borgerliga styret därför bestämde sig för att gå vidare och ge uppdraget att bygga NKS till Skanska, uppstod det nya konflikter mellan den borgerliga alliansen och de rödgröna partierna. Tonläget blev högt och konflikten mellan de två politiska blocken verkade vara cementerad.

Även denna gång krävdes det två beslut för att kunna komma vidare med processen, först ett den 4 maj 2010 om att ge Skanska uppdraget att bygga, och sedan ett den 8 maj 2010 om den ekonomiska ramen för byggandet. Denna gång ledde dock det första beslutet till politiskt strid och oenighet, medan det andra slutade i enighet och samförstånd.

Sammanfattningsvis slog den politiska samförståndspendeln i båda fallen (2008 och 2010) med tämligen kort intervall alltså först åt ena hållet och sedan åt andra. Den politiska beslutsprocessen genomfördes sålunda till en början med stor enighet om att bygga nytt och ge det nya sjukhuset en annorlunda inriktning än det gamla. Därefter blev partierna djupt oeniga och politisk strid uppstod om finansieringen, för att till slut landa i en enda stor kompromiss och enighet om vilken entreprenör som skulle bygga och hur det hela skulle finansieras. Hur kan denna händelseutveckling förstås?

4.2 Faktorer som verkar för samförstånd eller konflikt

Den händelseutveckling som har beskrivits ovan kan i hög grad förstås utifrån att det tycks finnas en spänning inbyggd mellan olika demokratimodeller i Stockholms läns landstings politiska system. Systemet har en struktur, och en kultur, som gör att både den mer konflikorienterade parlamentariska modellen och samförståndsmodellen finns närvarande. Hur pendeln slår mellan dessa båda bestäms tycks samtidigt vara avhängigt olika strukturella och situationsbundna faktorer. Nedan diskuteras några sådana faktorer.

4.2.1 Institutionell tröghet

Ursprungligen var Stockholms läns landsting konstruerat som ett utpräglat samförståndssystem, präglat av och organiserat med Stockholms kommun som förebild. Men som nämnts tidigare, hade det sedan länge, främst från den nationella politiska nivå, funnits en vilja att få landstingens och primärkommunernas politiska system att mer likna ett parlamentariskt system – en

tydligare uppdelning av vilket eller vilka partier som tillhör den styrande sidan och vilket eller vilka partier som tillhör oppositionen samt att öka den institutionella konflikten mellan de två sidorna.

Stockholm läns landsting är kanske det landsting som gått längst i att anamma de nya tongångarna, men det har ändå inte fullt ut omvandlats till ett parlamentariskt statsskick motsvarande det vi ser på nationell nivå. Regelverket som bestämmer hur det kommunala självstyret ska utformas har inte förändrats i riktning mot parlamentarism över en natt. Denna process har pågått i nära femtio år, men det är först de senaste åren, i och med den senaste kommunallagen från 2017, som steget har tagits som möjliggör för kommuner att bilda lokala styren som helt bygger på den parlamentariska principen. Den process som har studerats här inföll alltså innan den nya lagen kom på plats, vilket kan förklara att den ändå innehåller mycket av samförstånd. Men framförallt kan den kvarvarande samförståndsandan förklaras av institutionell tröghet – även med ett förändrat regelverk kan man förvänta sig betydande inslag av samförstånd, eftersom rolluppfattningar och beteenden tenderar att vara starkt institutionaliserade och svåra att förändra.

Stockholms läns landsting tycks alltså präglas, eller präglades i alla fall under den undersökta perioden, av både konflikt- och samförståndsanda. Det tycks också som att partierna har svårt att hitta en balans mellan dessa båda. När det råder konflikt tenderar konflikten att bli väldigt stark och infekterad, och när man sedan blir överens tenderar pendeln att slå över åt det andra hållet och samförståndet blir väldigt starkt. När, och hur, pendeln slår tycks samtidigt bestämmas av olika mer verksamhetsnära faktorer.

4.2.2 Nära samarbete i nämnder

En strukturell faktor som verkade för samförstånd i Stockholms läns landsting under den undersökta perioden handlar om utformningen av de politiska delarna av beredningsprocessen. Platserna i nämnder och styrelser besattes med hjälp av proportionalitetsprincipen, och oppositionen satt därför oftast med i de organ som skulle bereda och besluta om ärenden gällande NKS. Trycket på att delta i beredningsprocesserna var starkt och även oppositionspartier som t.ex. vänsterpartiet deltog, trots att de i ideologiskt hänseende befann sig långt ifrån de borgerliga partierna. Det är talande hur villiga oppositionspartierna var att delta i beredningen av NKS, även fast de måste ha insett att de inte skulle ha så mycket att vinna på det politiskt.

Varför befattade sig oppositionen t.ex. med en beredningsprocess som handlade om att genomföra OPS som man starkt hade motsatt sig och där stora delar av beredningen dessutom hade belagts med sekretess; en sekretess som allvarligt begränsade möjligheten till insyn och kritisk granskning? En intervjuperson från vänsterpartiet berättar om incitamenten om att delta i processerna när möjligheter väl ges:

> Det är mycket man gör i praktiken som man inte tycker om men, man försöker ändå få vara med, försöker förstå och påverka. Men den diskussionen att hoppa av helt hade vi aldrig i partiet och den tanken fanns aldrig i mitt huvud (Intervjuperson 9).

Det är kanske ingen tillfällighet att det var den nye gruppledaren för socialdemokraterna, en person som inte deltagit i den tidigare beredningsprocessen, som hittade svagheterna i budet från Skanska/Innisfree och som fick till en ordentlig prutning på anbudet, och inte de oppositionspolitiker som hade deltagit i alla tidigare möten och samtal och som suttit i ”landstingets källare” och läst hemliga dokument. Genom att den nye gruppledaren kom in

utifrån kunde han gå igenom materialet mer förutsättningslöst och utan att hämmas av tidigare utfästelser, kompromisser och invanda tankesätt.

4.2.3 Förekomsten av yttre politiska fiender

En faktor som kan ha påverkat åt vilket håll pendeln mellan konflikt och samförstånd slog under den studerade processen är förekomsten av ”yttre politiska fiender”. En sådan yttre fiende som ofta förkommer på kommunal nivå är den nationella politiska nivån. På lokal nivå uppfattas inte så sällan den nationella nivån som oförstående inför den lokala nivåns problem. I fallet Stockholms stad och landsting tillkommer också den omständigheten att de inte så sällan känner sig ekonomiskt missgynnade av centralmakten och samtidigt uppfattas som ekonomiskt gynnade av landsbygdskommunerna.

Partierna centralt kan både elda på och verka avkylande på den lokala nivån särskilt när man är i regeringsställning. Båda sidorna får under denna period känna på dessa effekter. Socialdemokraterna i landstinget märker av ett stort intresse från sin partiledare och statsminister som inför valet 2002 begär hjälp att finna avskräckande exempel på och problem med moderaterna och deras privatiseringsiver i landstinget. Men vad fick den rödgröna alliansen i landstinget tillbaka från den nationella nivån när den väl hade vunnit valet till landstinget och stod där med att administrera ett gigantisk ekonomisk underskott? Inte så mycket vad det verkar.

Den borgerliga alliansen, och då särskilt moderaterna, fick känna på det omvända när den återkom till makten i landstinget efter valet 2006. Den tydligt profilerade marknadsliberala politik som alliansen dittills hade drivit på landstingsnivå – som ett slags skyltfönster för vad särskilt moderat politik syftar till i kontrast till socialdemokratisk politik – sågs med viss oro från ledande moderater i regeringen. Privatiseringen bör inte drivas för långt inom sjukvårdens område och den kommunala ekonomin bör inte äventyras, löd budskapet. En tydlig pekpinne kom också från regeringen till ledande moderater i landstiget om att vara försiktig med OPS-modellen.

Moderaterna i landstinget kände rimligen av ett tryck från nationell nivå. Om man förlorade landstingsvalet 2010 (och kanske t.o.m. valet på nationell nivå) kunde frågan om OPS kunna komma att användas som förklaring till misslyckandet. Socialdemokraterna å sin sida riskerade, om de vann valet 2010, att tvingas hantera omförhandlingar med Skanska som kunde leda till krav från Skanska på kompensation, med stora ekonomiska belopp, för avtalsbrott. En vänsterpartist menade att det mycket väl kunde leda till att Skanska kunde kompensera sig via domstolen på en nivå motsvarande den vinst som bolaget hade kalkylerat med för att bygga sjukhuset (Intervjuperson 9). I vänsterpartiets fall fanns dessutom den omständigheten att partiet central inte var särskilt intresserade av frågan om NKS.

Båda de stora partierna i landstinget kände möjligen av en viss ambivalens från den nationella nivån som verkade i riktning mot en ökad medvetenhet om vilket risktagande som var förknippat med deras respektive strategi. Denna insikt ledde inte till att moderater och socialdemokrater direkt föll i varandras armar, även om de två gruppledarna verkar ha dansat ut tillsammans ur förhandlingsrummet när kompromissen i juni 2010 var klar. Men som den engelske statsvetaren Christopher Hood har påpekat i sin bok *The Blame Game: Spin, Bureacracy and Self-Preservation in Government* (2010) sker dagens utvärdering av den politiska förmågan i en miljö präglad av lågt förtroende och stark kritik. Politiska framgångar och framsteg uppmärksammas och gör avtryck i betydligt lägre grad än misslyckanden.

Den nationella nivåns inblandning i NKS-frågan tycks alltså ha verkat för att de ”inre fienderna” (partierna i landstinget) i viss mån drogs till varandra för att undvika klander från den ”yttre fienden” (den nationella politiska nivån).

4.2.4 Förekomsten av yttre opolitiska fiender

Men i den studerade processen fanns det också ”yttre fiender” av annat slag än politiker, inte minst olika professioner. Båda blocken hade erfarenhet av att det kunde vara svårt att politiskt styra och kontrollera landstinget när det gällde sjukvårdsförvaltningen. Inte minst hade professionen ett stort kunskaps- och erfarenhetsövertag gentemot politikerna – som många av dem dessutom inte tvekande att utnyttja.

Flera intervjupersoner, som under den studerade perioden arbetade inom såväl sjukvården som landstingsförvaltningen, har i detta forskningsprojekt vittnat om professionens makt och motstånd till förändringar (se t.ex. Johannesson och Qvist 2019 s. 13-14). Men det påtalas även att politiker har haft svårt att säga nej när sjukhusen efterfrågar mer resurser, eftersom detta kan leda till att de blir föremål för kritik från oppositionen.

Särskilt svårstyrt verkar gamla Karolinska sjukhuset ha uppfattats vara. Sjukhuset ansågs ha kunnat expandera sin verksamhet på ett sätt som var utom kontroll för landstinget. En dåvarande chef i landstinget uppgav i en av våra intervjuer att ”Sjukhusledningen har ju egentligen aldrig styrning över ett sjukhus utan där gör ju professionen som de vill” (citat ur Johannesson och Qvist 2019 s. 14). Enligt våra intervjupersoner ska det också ha bedrivits interna maktkamper inom det gamla Karolinska sjukhuset och ett starkt ”revirtänkande” med tillhörande konflikter mellan enheter (ibid.).

Det tycks alltså ha funnits ett gemensamt intresse över blockgränserna att gå samman för att komma åt Karolinskas ”förändringsobenägenhet” och ta kontrollen över i första hand sjukhusets ekonomi, men även sjukvårdens arbetssätt mer generellt.

4.2.5 Ett ”opolitiskt” problem

En annan faktor som kan ha påverkat pendelrörelsen mellan konflikt och samförstånd i NKS-processen handlar om hur de olika problem som skulle hanteras definierades och beskrevs. I det här fallet kretsade problematiken inledningsvis kring två kritiska frågor: 1) om man skulle bygga ett nytt sjukhus eller renovera det gamla, samt 2) om det skulle bli ett specialistsjukhus eller ett sjukhus inriktat på allmän sjukvård. Ingen av dessa frågor kan sägas vara särskilt partiideologiskt laddad i Sverige. Den främsta ideologiska partipolitiska spänningen i Sverige finns främst längs den ekonomiska dimensionen vänster-höger. Det kan delvis förklara att de kritiska diskussionerna mellan de politiska partierna uteblev.

Motsättningar mellan politiker verkar i stället i första hand ha funnits internt inom framför allt de större partierna. Och det tycks i hög grad ha berott på att det inom dessa partier fanns personer som var eller hade varit läkare och som hade varit verksamma i det gamla sjukhuset och därför gärna såg att det blev kvar. Möjligen var det till och med så, att avsaknaden av partipolitiska konflikter underlättade för dem som ville driva igenom ett nytt sjukhus eftersom de internt, mot de egna partikamraterna, kunde hänvisa till att de andra partierna var med på vagnen.

En av de viktigaste frågorna var dock kostnaden för att bygga nytt. Men när uppfattningen spreds om att kostnaden för att bygga nytt i stort sett var densamma som för att renovera fanns det självklart starka argument för att bygga nytt. Vad som kunde ha blivit en partipolitisk fråga avpolitiserades därmed till en ekonomisk kalkyleringsfråga.

Även frågan om finansieringsform – OPS eller traditionell upphandlingsform – blev till slut en ekonomisk kalkyleringsfråga. Delvis på grund av sekretess, men framförallt beroende på frågans komplexitet, var det mycket svårt för politikerna att sätta sig in i finansieringsfrågan. Även ledande tjänstemän hade svårt att sätta sig in i frågan, vilket t.ex. tog sig uttryck i att landstingsdirektören inte tog ställning mellan de båda upphandlingsmodellerna i sitt formella tjänsteutlåtande inför beslutet 2010. Det krävdes en politiker (Batjlan) med skolning i såväl ekonomi som matematik, och med erfarenheter av frågor om finansiering av stora projekt, för att se igenom de ekonomiska kalkylerna. Och samförstånd nåddes till slut inte genom att man kompromissade om själva finansieringsmodellen utan just genom justeringar av de ekonomiska kalkylerna.

4.2.6 Projektets långa utsträckning i tid

En sista faktor som kan ha påverkat förekomsten av konflikt och samförstånd handlar om NKS-projektets långa utsträckning i tid. Vare sig man valde att bygga nytt eller renovera skulle det ta lång tid och kosta mycket pengar. Samförstånd framför allt över blockgränserna var därför önskvärt, inte bara på grund av att det skulle kunna kosta skattebetalarna mycket pengar att riva upp ingångna avtal och avbryta påbörjade byggen, utan det var också önskvärt för att överhuvudtaget få några byggherrar att våga satsa på projektet, och då helst också till ett vettigt och realistiskt pris. Av flera skäl – politiska såväl som ekonomiska – var det alltså viktigt att skapa långsiktig samsyn.

Det är möjligen också i detta ljus man kan se moderaternas, och särskilt Ralf Lédels, agerande i de tidiga delarna av processen. Utifrån Lindbloms (1968) idéer om ”muddling through”, och Kingdons (1984) idéer om policyfönster och policyentreprenörer, går det att tolka händelse-utvecklingen ungefär på följande sätt. Det hela börjar med att moderaterna genom sin grupp-ledare, policyentreprenörer, Ralph Lédel får igenom en ekonomisk översyn av sjukvården som öppnar upp för en diskussion om den framtida sjukvården och behovet av förstärkning av vårdresurser, som i sin tur leder fram till frågan om Karolinska sjukhusets framtid. Lédel tillsätter en utredning före valet 2002 utformad i riktning mot att förorda byggandet av ett nytt sjukhus och som möjligen kan finansieras med hjälp av OPS.

Det finns emellertid två problem för Lédel och hans parti, det ena är att man förväntar sig att förlora valet 2002. Det andra är att socialdemokraterna har motsatt sig en OPS-lösning – denna finansieringsform som är något av en käpphäst för Lédel. Det gäller därför att idén om ett nytt sjukhus överlever kommande mandatperiod med ett rödgrönt styre och att idén om OPS som finansieringsmetod inte försvinner från dagordningen under den kommande mandatperioden.

De borgerligas strategi blir att ligga lågt i NKS-frågan under sin tid i opposition. De utmanar inte i onödan den rödgröna koalitionen. Utåt betonas samförståndsandan, och utredningarna SNUS och 3S rullar på. Arkitekttävling utlyses också i samförstånd mellan de politiska blocken. Genom aktiviteter i fullmäktige håller de borgerliga samtidigt liv i tanken på OPS, trots att den avfärdas av de båda utredningarna. Lédel har fortsatta kontakter med de ledande borgerliga företrädarna och puffar för OPS, trots att han officiellt har lämnat politiken i landstinget. Lagom

till valet 2002 NKS har Lédel och hans regeringskamrater dessutom skapat ett stort budgetunderskott i landstingets budget som leder till att den rödgröna koalitionen blir helt upptagen med att sanera landstingets ekonomi. Detta, tillsammans med det omfattande arbetet med att slå samman Huddinge sjukhus och Karolinsk sjukhuset, gör att de rödgröna inte kan ägna NKS så stor uppmärksamhet.

Tempot i processen går under denna period visserligen ner, men borgarnas strategi tycks ändå ha fungerat. Inte bara förlorar den rödgröna alliansen stort i valet 2006 – till stor del beroende på de impopulära rationaliseringarna och nedskärningarna samt skattehöjningar som krävts till följd av behovet av saneringen av ekonomin – utan dessutom har idén om ett nytt sjukhus med en helt ny inriktning och vårdfilosofi överlevt. Den stora majoriteten i fullmäktige gör det nu möjligt för den borgerliga alliansen att tydligt visa sina kort, och nu drivs en finansiering via OPS med full kraft igenom, trots protester från alla möjliga håll även inom de egna leden.

Men nu inträder en ny omständighet som hotar långsiktigheten i allmänhet och OPS-lösningen i synnerhet. Om byggandet av NKS skulle kunna bli en bra affär gällde det få ett så bra anbud som möjligt, vilket krävde konkurrens, dvs. att fler än ett anbud kom in. Nu blev det viktigt att visa upp att politikerna var överens om att bygga sjukhuset med en OPS-lösning. Den borgerliga alliansen ser därför till att hålla ett stort möte på Arlanda för att locka till sig intresserade byggherrar där man ser till att oppositionen håller god min i ”samförståndets” namn.

Sammanfattningsvis kan man säga att moderaterna, under ledning av Lédel, öppnar först ett fönster (”window of opportunity”) under initiativfasen, ligger lågt under beredningsfasen (”muddling through”) och skapar, genom olika beslut och organisatoriska arrangemang, ett stigberoende under besluts- och implementeringsfaserna som gör det svårare och svårare för oppositionen att gå ifrån den inslagna vägen. Ju längre fram i processen vi kommer desto mer handlar oppositionens politik om att finjustera det som har beslutats tidigare.

Det kan naturligtvis diskuteras hur medvetet moderaterna och övriga borgerliga allianspartier drev denna ”strategi”. Den kan förfalla alltför rationalistiskt – till och med lätt konspiratorisk. Moderaterna hade kanske inte, i alla fall inte från början, en sådan genomtänkt strategi. Skapandet av det stora budgetunderskottet 1998-2002 var t.ex. knappast i förväg tänkt som ett sätt att dra bort uppmärksamheten från skapandet av NKS eller att underlätta för en valvinst 2006. I hög grad handlade det snarare om att tillfälligheterna spelade moderaterna i händerna. Det ska dock inte skymma betydelsen av att olika ageranden och beslut i tidiga skeenden kan låsa in en händelseutveckling på ett spår som det sedan blir allt svårare att styra bort från, särskilt när processerna är så långt utsträckta i tid som i fallet med NKS.

I detta sammanhang ska också skjutas in att en annan viktig aktörskategori, de opolitiska tjänstemännen, också har ett intresse av att skapa stabilitet och samsyn i långa processer som sträcker sig över flera mandatperioder. Om politikerna drivs av förändring och ett behov av att sätta avtryck innan nästa val – där de vet att konsekvensen av deras agerande kommer att visa sig långt efter att de har lämnat sina poster – drivs tjänstemännen snarare av vetskapen om att de sitter kvar och tvingas hantera de eventuella problem som uppstår till följd av snabba och mindre genomtänkta reformer. Tjänstemannalogiken styr därmed mot att finna robusta och hållbara lösningar som kan försvaras inte bara inför den sittande politiska majoriteten utan även för framtida makthavare av annan politisk färg.

I fallet med NKS är det därför inte förvånande att tjänstemännen inte bara avstår från att värdera huruvida OPS är ett bättre alternativ än traditionell finansiering, utan att de också argumenterar för att OPS endast bör användas om det finns en blocköverskridande majoritet som stöder förslaget. Talande är också den bristande entusiasm som flertalet av förvaltningens tjänstemän visar OPS-idén – en medelvägspolitik är alltid lättare att hantera för tjänstemän, särskilt i ett politiskt system där majoriteterna ofta skiftar efter val.

4.3 Den dubbla demokratimodellens politiska pris

Denna inbyggda spänning mellan ett samförståndssystem och ett parlamentariskt system, som mer betonar konflikt som norm och ledstjärna mellan partier och för det politiska styret, har vissa problem. Det finns ett politiskt pris att betala när man samtidigt försöker tillämpa två olika demokratiska styrmodeller, som delvis är varandras motsatser. Och hur högt det priset blev kan man fråga sig i fallet Nya Karolinska.

Från ett demokratiperspektiv framstår frågan om insyn och ansvar som särskilt intressant i denna studie. Som tidigare nämnts brukar man framhålla att en av fördelarna med att även den politiska oppositionen sitter med i de verkställande organen i kommunerna, är att oppositionen på så sätt får bättre insyn i och kunskap om de frågor som bereds, vilket dessutom skapar bättre möjligheter att påverka de beslut som ska fattas – om inte annat leder det till en mer insiktsfull diskussion mellan oppositionen och den styrande sidan. Frågan är dock vad det blev av denna insyn i beredningsprocessen av NKS efter det att de borgerliga tog över makten i landstinget 2006. Även om oppositionen ges platser i kommunala nämnder och styrelser, så befinner sig majoriteten i fullmäktige närmare förvaltningen än oppositionen, och mycket av t.ex. det dagliga arbetet i den kommunala förvaltningen når aldrig oppositionens ögon och öron – särskilt när s.k. majoritetsmarkering tillämpas.

I Stockholms län hade under 1990-talet och början av 2000-talet en kultur utvecklats som innebar att, oavsett vilket block som hade makten, fick oppositionen insyn genom att delta i möten i nämnder och styrelser – men den lyckades sällan kunna utöva någon större reell påverkan på beslut. I fallet NKS tillkom också den omständigheten att en ny förvaltningsenhet skapades för att sköta NKS-frågorna efter 2006, som placerades på en annan plats än den övriga förvaltningen, vilket sammantaget ledde till en tydligare politisk styrning. Detta förbättrade rimligen inte oppositionens insyn även om den hade säte i det politiska utskott (FoUU-utskottet) under vilken den nya NKS-förvaltningen var placerad. Samtliga politiska partier i fullmäktige hade dock fått en plats i utskottet, som en eftergift från den borgerliga sidan, även om inte alla hade rätt att begära det.

En annan och kanske mer flagrant begränsning av möjligheten till insyn och kritisk granskning för oppositionen, handlar om den omfattande sekretess som ålades beredningsprocessen när man kom in i anbuds- och beslutsfasen. Uppenbarligen var de krav som ställdes på förfarandet något som begränsade möjligheterna för oppositionen att göra en egen prövning av de argument och slutsatser som fördes fram från den styrande sidan. Men intressant nog tycks även den styrande sidan ha haft problem med att kritisk granska de argument och beräkningar som lades fram, inte minst det faktum att den socialdemokratiska gruppledaren i det absoluta slutskedet av beslutsprocessen lyckades – med hjälp av till stor del egna beräkningar – få de borgerligas förslag till finansiering i gungning, vilket kanske antyder något om kvaliteten på beslutsunderlaget. Möjligen hade lite mer insyn och kritisk granskning gett ett annat resultat.

Uttalanden från Skanskas ledning 2019 om att man är nöjd med lönsamheten med den del av verksamheten som gäller NKS antyder också att omsorgen om skattebetarnas pengar inte alltid suttit i förarsätet under processen från landstingspolitikernas sida (Affärsvärlden 2018).

Avslutningsvis förefaller det som om en ständig kamp har utkämpats inom landstinget mellan två demokratisyner, och i fallet NKS vinner till slut samförståndsprincipen. Men det politiska pris, som inte minst den rödgröna oppositionen fick betala, var bristande insyn och möjlighet att påverka frågan om formen för finansiering och valet av byggmästare. Genom den slutliga uppgörelsen blev dessutom oppositionen, åtminstone delvis, ansvarig även för finansieringen och anbudsförfarandet, även om den i efterhand har försökt friskriva sig från detta. Ett typiskt resultat, med andra ord, när samförståndspolitik råder – svaret på frågan om vem som bar det politiska ansvaret för beslutet förblir höljt i dunkel. Väljarnas deltagande i processen och kunskap om vad som pågick minimerades dessutom. Frågan om NKS lyftes aldrig fram i någon valrörelse förrän det var för sent. Först år 2015 börjar journalisterna att gräva på allvar. I det påföljande valet blir domen från väljarnas sida i Stockholms län hård för moderaterna. Men då var flertalet av de inblandade landstingspolitikerna inte längre kvar på sina poster, och förtroendet för landstingets politiker främjades knappast av de redogörelser som allt fler grävande journalister publicerade. Det kan sägas vara den politiska kostnad som landstings-politikerna fick betala när man till varje pris ville uppnå samförstånd.

Epilog: väljarnas dom

Till slut, i 2018 års val, blir väljarna inkallade för att fälla domen över det som skett. Mediernas uppmärksamhet har dragit igång på allvar 2015, och väljarna har sedan dess i det närmaste bombarderats av tidnings- och debattartiklar. Själva bygget går nu förstås inte att påverka nämnvärt. Trots detta försöker socialdemokraterna i valet 2018 göra ett *da capo* på 2002 års valrörelse och angriper moderaternas hantering av NKS som ett exempel på de borgerligas (främst moderaternas) inkompetens. Man lyckas då bli största parti igen, men inte tack vare stor tillströmning av väljare utan på grund av att moderaterna förlorar väjare – som i första hand går till andra borgerliga partier och Sverigedemokraterna (SD). De rödgröna vinner därför inte valet denna gång, och som en konsekvens av detta byter miljöpartiet sida, trots sin kraftiga tillbakagång, och bildar en blågrön majoritet med de borgerliga partierna. Moderaterna, som trots tillbakagången fortfarande är det största borgerliga partiet, får därför tillsätta finanslandstingsrådsposten, och miljöpartiet motiverar sitt blockbyte med att det är enda sättet att förhindra att SD får ett avgörande inflytande i landstinget.

Det något paradoxala inträffar med andra ord, att de två stora förlorarna i termer av tappat väljarstöd – moderaterna och miljöpartiet – blir de stora vinnarna. Moderaterna behåller sin ledande position inom alliansen och miljöpartiet får ta plats i den styrande majoriteten. En illustration av hur svårt det kan vara för väljarna att bestraffa politiska partier i ett politiskt system som bygger på dubbla demokratimodeller. Det är inte alltid så lätt för väljarna att rösta bort de styrande från makten som delar av den statsvetenskapliga teoribildningen vill få oss att tro, särskilt inte när ansvarsfrågorna är otydliga.

Referenser

Litteratur:

Affärsvärlden (2018). ”Stärker greppet om Skanska”, artikel i 14 februari.

Amnå, E., Czarniawska, B. och Marcusson, L. (2013). *Tillitens gränser*. Slutbetänkande från Granskningskommissionen, Göteborgs stad.

Andersson, C. och Grafström, M. (2019). *Att styra genom organisation: Exkludering, inkludering och villkorat deltagande i Nya Karolinska Solna*. Scores rapportserie 2019:3

Batljan, I. (2010). ”Nya Karolinska den sämsta affären i landstingets historia”, debattartikel i *Dagens Nyheter*, den 20 maj.

Bergman, T. (1999). ”Varför införs inte kommunal parlamentarism?”, *Statsvetenskaplig tidskrift,* nr 2. Översikt och meddelanden s. 182-199.

Bull, T. och Sterzel, F. (2010). *Regeringsformen. En kommentar*. SNS förlag.

Bäck, H., Erlingsson, G. Ò. och Larsson, T. (2015). *Den svenska politiken. Strukturer, processer och resultat*, Liber.

Dahl, A. R. (1961). *Who Governs? Democracy and Power in an American City*, Yale University Press.

Dahl, A. R., red. (1966). *Political Oppositions in Western Democracies*, Yale University Press.

Dahl, A. R. (2002). *Demokratin och dess antagonister*, Ordfronts förlag och Demokrati Akademin.

Domhoff, G. (1978). *Who really rules? New Haven and Community Power Reexamined*. Goodyear Publishing.

Ennerst, H. och Mellgren, F. (2015). ”S-politiker fann ”skrämmande siffror”, artikel i *Svenska Dagbladet*, den 5 maj.

Ennart, H. och Mellgren, F. (2016). *Sjukt hus. Globala Miljardsvindlerier – Från Leshotho till Nya Karolinska*. Ordfront.

Erlingsson, G. Ó. (2009). *Partidemokrati på landstingsnivå. Kunskapsinventering med empiriska illustrationer*. Rapport 2009:2, Centrum för kommunstrategiska studier Linköpings universitet.

Erlingsson, G. Ó. och Wänström, J. (2015). *Politik och förvaltning i Svenska kommuner*. Studentlitteratur.

Grafström, M. och Andersson, C. (2019). *Oklarhet som förändringsstrategi: Nya Karolinska Solna och idén om den högspecialiserade vården*. Stockholms Universitet, Scores rapportserie 2019:2.

Greenberg D., Kartz, S. N., Oliviero M. B. och Wheatley. S. C. red., (1993). *Constitutionalism & Democracy. Transition in the Contemporary World*. Oxford University Press.

Gustafsson, A. (1999). *Kommunal självstyrelse*. SNS förlag.

Gustavsson, A. och Röstlund, L. (2019). *Konsulterna. Kampen om Karolinska*. Mondial.

Held, D. (1997). *Demokratimodeller. Från klassisk demokrati till demokratisk autonomi*. Daidalos.

Holder, R. (2011). *Elections and the strategic use of budget deficits*. Public Choice.

Holmström, B. (1998). *Domstolar och demokrati. Den tredje statsmaktens politiska roll i England, Frankrike och Tyskland*. Skrifter utgivna av Statsvetenskapliga föreningen i Uppsala, 130.

Holmström Ba. (1999). ”Demokrati och juridisk kontroll”, i Amnå, E. red. *Maktdelning* (SOU 1999:76).

Hood, C. (2010). *The Blame Game: Spin, Bureacracy and Self-Preservation in Government*. Princeton University Press.

Ingo, S., Berglund K. och Pemer, A. (2018). *Hur kunde det bli så här? En kritisk analys av beslutsprocessen i tre aktuella statsbyggnadsprojekt i Stockholm*. Rapport, www. Samfundetsterik.se/aktuellt/.

Jacobsson, B. (1989). *Konsten att reagera: intressen, institutioner och näringspolitik*. Carlssons.

Johannesson, Livia och Martin, Qvist (2019). *Ett megaprojekt tar form. Den tidiga planeringen av Nya Karolinska Solna*, Stockholms Universitet, Scores rapportserie 2019:4.

Johansson, J. (1993). ”Kommunal parlamentarism – möjliga konsekvenser”, i *Nordisk Administrativ Tidskrift*, 74(2):31-43.

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.

Junker, S. och Yngfalk, C. (2019). *Vägen fram till beslutet om offentlig-privat samverkan för Nya Karolinska Solna*, Scores rapportserie 2019:5.

Karlsson, C., Mårtensson, M. och Pehrsson, T. (2018). *Hur mycket opposition finns det i svensk EU-politik.* Europeisk analys, Sieps.

Karlsson, B. (2002). ”Ralph Lédel tvingas avgå”, artikel i *Dagens Nyheter*, den 26 september.

Kingdon, J. W. (1984). *Agendas, alternatives, and public policies.* Boston: Little, Brown.

Lagerström, K. (2018). ”Ex-landstingsrådet Filippa Reinfeldt tar avstånd från Nya Karolinskas avtal”, artikel på SVT Nyheters hemsida (*svt.se/nyheter*), den 25 juni.
Larsson, T. (1999). ”Konflikten som försvann – Hur har det svenska EU-medlemskapet påverkat maktdelningen mellan regering och riksdag?”, i Amnå, E. red. *Maktdelning* (SOU 1999:76).
Larsson, T. (1999b). ”The Organisation of the Intermediate Level Of Government in the European States”, i Larsson, T., Nomden K. och Petiteville, F. red., *In The Intermediat Level of Government in European States. Complexity versus Democracy?* European Institute of Public Administration.
Lewin, L. (2002). *Bråka inte. Om vår tids demokratisyn*. SNS Förlag.
Lindblom, C. (1968). *The Policy-Making Process*. Englewood Cliffs, N.J.
Lundquist, L. (1998). *Demokratins väktare – Ämbetsmännens och vårt offentliga etos*. Studentlitteratur 1998.
Lundquist, L. (2012). *Slutet på yttrandefriheten (och demokratin).* Carlssons Bokförlag.
Mellgren, F. och Ennart, H. (2015). ”Regeringen försökte stoppa NKS-affären”, artikel i *Svenska Dagbladet*, den 22 november.
Montin, S. och Olsson, J. (1994). *Demokrati och Legitimitet i Landstingen*. Slutrapport från projektet Politikerrollen i landstinget. Novemus.
Montin, S. (2002). *Moderna kommuner*. Liber.
Montin, S. (2016). “Municipalities, Regions, and County Councils: Actors and Institutions”, i Pierre, J. red., *The Oxford Handbook of Swedish Politics*. Oxford University Press.
Mouffe, C. (2000). *The Democratic Pardox*. Verso: London.
Mouffe, C. (2005). *The return of the Political*. Verso: London.
Mouffe, C. (2007). *On the Political*. Routledge: New York.
Möller, T. (2019). *Svensk politisk historia. Strid och samverkan under tvåhundra år*. Studentlitteratur.
Nylund Watz, I. (2014). ”Användandet av OPS-lösningar”, Interpellation till Anders Borg (2013/14:478).
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.
Petersson, O. (1996). *Politikens möjligheter. Har folkstyrelsen någon framtid?* SNS.
Pressman, J. L. och Wildavsky, A. (1984). *Implementation. How Great Expectations in Washington Are Dashed in Oakland; Or, Why It's Amazing that Federal Programs Work at All, This Being a Saga of the Economic Development Administration as Told by Two Sympathetic Observers Who Seek to Build Morals on a Foundation*. University of California Press.
Roijer, P. (2007). ”Finansministern vill inte köpa vägar på avbetalning”, artikel i *Sydsvenskan*, den 21 november.
Ruin, O. (1968). *Mellan samlingsregering och tvåpartisystem. Den svenska regeringsfrågan 1945-1960*. Bonniers förlag.
Ruin; O. (1983). ”Svensk politisk stil. Att komma överens och tänka efter före”, i Hägg, G. red., *Land i olag. Samhällsorganisation under omprövning*. SNS Förlag.
SOU 1972:32. *Kommunalt samlingsstyre eller majoritetsstyre?* Betänkande av Utredning om den kommunala demokratin.
SOU 1968:47. *Förvaltning och folkstyre*. Betänkande av Länsdemokratiutredningen.
SOU 1982:5. *Förtroendevalda i kommuner och landstingskommuner*. Betänkande av Kommunaldemokratiska kommittén. Liber förlag.
SOU 1993:90. *Lokal demokrati i utveckling*. Slutbetänkande av Lokaldemokrati-kommittén.
SOU 1999:76. *Maktdelning*. Demokratiutredningens forskarvolym 1.
SR (2012). ”Göteborgsandan före och efter mutskandalerna”, artikel på SRs hemsida, den 18 februari. [https://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=1316&artikel=5031868
Sterzel, F. (1998). *Författning i utveckling: Konstitutionella studier.* Uppsala: Iustus.
Sterzel, F. (1999). *Parlamentarismen i författningen.* 2 uppl. Stockholm: Norstedts Juridik.
Sterzel, F. (2003). ”Granskningsmakten”, i Mattson I. och Petersson, O. red., *Svensk författningspolitik.* Stockholm: SNS.
Stockholms läns landsting (2001). Finanslandstingsrådet Ralf Lédels skrivelse den 28 november 2001. LS0111-0650.
Stockholms läns landsting (2008). Protokoll, landstingsfullmäktige 2008-04-08.
Stockholms läns landsting (2010). Protokoll, landstingsfullmäktige 2010-05-04.
von Sydow, B. (1989). *Vägen till enkammarriksdagen: Demokratisk författningspolitik i Sverige 1944–1968*. Stockholm: Tiden.
Tingsten, H. (1945). *Demokratins problem*. P.A. Norstedt.
Vedung, E. (2006). *Implementering i politik och förvaltning*. Studentlitteratur, Lund.

Weiler J. H. H. (1993). "Parliamentary Democracy in Europé 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.

Yngfalk C. och Junker, S. (2019). *Allt ljus på OPS: legitimering av offentlig-privat samverkan för Nya Karolinska Solna*. Stockholms universitet, Scorerapport 2019:6.

Öhrming J. (2017). *Alltings görs liksom baklängeles. Från lokalt till transnationell organiserad sjukvård*. Södertörns högskola. Södertörn Academic Studies 68.

Lista över intervjupersoner

Intervjupersonens nummer	Kategori
1	Fackligföreträdare
2	Landstingspolitiker (SAP)
3	Landstingspolitiker (M)
4	Landstingspolitiker (Fp)
5	Landstingspolitiker (M)
6	Landstingspolitiker (KD)
7	Landstingspolitiker (SAP)
8	Landstingstjänsteman
9	Landstingspolitiker (V)
10	Landstingstjänsteman
11	Landstingstjänsteman
12	Politisk tjänsteman i SLL (SAP)
13	Landstingspolitiker (SAP)
14	Landstingspolitiker (Fp)
15	Landstingstjänsteman/professionsföreträdare
16	Landstingspolitiker (Mi)
17	Landstingstjänsteman
18	Landstingstjänsteman
19	Landstingspolitiker (Cp)

[i] Referensen till denna historia är i huvudsak en av denna rapports författares minne, men det finns idag många tidningsartiklar som kan berätta vad som kännetecknade den s.k. Göteborgsandan från både positiva och negativa utgångspunkter.

[ii] På svenska kom PPP att översättas med Offentlig Privat Samverkan (OPS).

[iii] Det finns också uppgifter som gör gällande att den moderata ledningen aktivt verkade för att byta ut Heister (se Ennart och Mellgren 2016).

SJUKHUSET, REGIONEN & STADEN

planeringens komplexitet och rumsliga rationaliteter

den 22 april 2020

Lukas Smas
Kulturgeografiska institutionen
Stockholms universitet

Sammanfattning

Nya Karolinska sjukhuset i Solna (NKS) har varit ett omfattande samhällsplaneringsprojekt. Det har handlat om att bygga ett nytt sjukhus i världsklass och om att reformera sjukvården i regionen – en ny byggnad för en ny organisation. Det urbana sjukhuset har även varit en viktig komponent i stadsutvecklingsprojektet Hagastaden och i utvecklingen av ett regionalt kluster i världsklass. För att förstå ett megaprojekt som NKS är det viktigt att sätta in det i ett vidare samhälleligt sammanhang men också i den lokala och regionala kontext det är sprunget ur. Denna här rapporten redovisar resultat från en rumslig analys av detta samhällsplaneringsprojekt. I analysen har fokus varit dels på kontextens betydelse, dels på de olika typer av rumsliga föreställningar och fysiska åtgärder som har underbyggt planeringen av NKS och stadsdelen Hagastaden.

Idéerna om att bygga ett sjukhus och en ny stadsdel växte fram parallellt med varandra men sammankopplades i en gemensam vision som förenade två olika kunskapsfält inom samhällsplaneringen: urban planering och regional utveckling. I visionerna kunde nyckelaktörerna i området skapa både en attraktiv företagsmiljö i linje med den regionala tillväxtpolitiken och idéer om kluster, och samtidigt bygga ett attraktivt tätt bostadsområde i utifrån det rådande stadsidealet. Analysen visar att planeringen, lokaliseringen och utformningen av NKS rationaliserades utifrån idéer om närhet och täthet. Detta förverkligades genom en rumslig planeringspraktik som strategiskt fokuserade på att stimulera tillväxt och platsers unika förutsättningar snarare än på att omfördela resurser eller styra lokalisering av institutioner. Denna planeringspraktik, som synliggjordes i både regionplaner och kommunala översiktsplaner, utgick i första hand från strategiska övervägande framför rationella modeller som utreder behov, bedömer alternativ, definierar funktioner och sedan projekterar. Analysen visar också på att de offentliga aktörerna fattar avgörande beslut, ingår civilrättsliga avtal, arrangerar arkitekturtävlingar och formulerar visionsdokument före och vid sida av den formella detaljplaneringen, vilket väcker frågor kring legitimitet och transparens i planeringsprocesser och kring det rationella och kommunikativa planeringsideal som den svenska planeringslagstiftningen grunder sig på.

Det nya urbana sjukhuskomplexet skulle bidra till att skapa en stadsregion i världsklass men erbjöd även fysiska åtgärder och rumsliga lösningar på lokala problem. Att bygga ett flexibelt och generiskt struktursjukhus löste ett fastighetsproblem men gav samtidigt regionen nya möjligheter att genom rummet indirekt styra organisationen och att integrera sjukvård, forskning och utbildning. Analysen visar att ett grundläggande antagande i planeringen av NKS var att arbetssättet i den nya byggnaden skulle vara processorienterat och multidisciplinärt även om verksamhetsinnehållet medvetet inte bestämdes förrän sent i processen. Sjukhuset skulle vara ett skal som kunde fyllas med olika verksamheter, men de olika förslagen i den arkitekturtävling som utlystes bedömdes också efter hur de påverkade verksamheten. Planerna är dock oklara huruvida arbetssättet förutsätter eller uppstår ur en viss rumslig struktur och hur den fysiska och organisatoriska integreringen hänger samman. Platsen, arkitekturen och byggnaderna är dock inte neutrala rum utan analysen visare att de är teknologier för styrning av organisationer och viktiga medium i samhällsplaneringen.

Innehållsförteckning

1. INTRODUKTION **4**

2. TEORI OCH METOD **6**

SAMHÄLLSPLANERINGSKOMPLEXET 7

PLANER OCH PROJEKT: METOD OCH KÄLLMATERIAL 10

3. SJUKHUSET I REGIONEN **13**

FUNKTIONELLA PROBLEM OCH RUMSLIGA LÖSNINGAR 14

SJUKVÅRDEN OCH DEN REGIONALA UTVECKLINGSPLANERINGEN 17

NÄRHET, KLUSTER OCH INNOVATIVA MILJÖER 20

4. SJUKHUSET I STADEN **25**

ATT PLANERA DET TÄTA STADSIDEALET 26

PLANERINGSSAMARBETE OCH MARKNADSLOGIK 30

FYSISK INTEGRERING, ARKITEKTUR OCH ORGANISATION 34

5. KONKLUSIONER **39**

REFERENSER **43**

KÄLLMATERIAL 43

LITTERATUR 45

1. Introduktion

Nya Karolinska sjukhuset i Solna (NKS) är ett barn av sin tid. Att planera och bygga ett nytt högspecialiserat sjukhus i en stadsdel under framväxt är komplext och tar tid, i detta fall tog det ett par decennier. På vägen från idé till förverkligande hinner mycket förändras i projekt och dess organisation, men också omvärlden och de externa förutsättningarna förändras. För att förstå planeringen och byggandet av ett mega-projekt som NKS är det viktigt att sätta in projektet i ett större sammanhang av de övergripande samhällsförändringar som format det men också i relation till den lokala och regionala kontext det är sprunget ur. Ett megaprojekt som NKS utmanar dock de rådande samhällsstrukturerna snarar än anpassar sig till dem (Flyvbjerg, 2014), med andra ord formas megaprojekt av den föränderliga kontexten, men det formar potentiellt också samhället, dess institutioner och organisation.

NKS var inte enbart ett omfattande och komplext byggprojekt då det även syftade till att implementera en ny organisation och omorganisera sjukvården i regionen samt vara en förebild och modell för sjukvården i övriga regioner i Sverige och internationellt. Dessutom planerades och byggdes sjukhuset parallellt med planeringen och byggandet av en ny stadsdel - Hagastaden. De två projekten har länkats på olika sätt samman men i ett komplext förhållande med många olika aktörer och idéer som delvis dragit åt olika håll. Det fanns en gemensam vision om att skapa ett sjukhus och en stadsdel i världsklass (*Vision 2025*, 2007). Sjukhuset förväntas i denna vara ett nav och en magnet i Stockholms regionala utveckling och bidra till att skapa en attraktiv urban miljö som lockar innovativa företag och människor. Det är med andra ord flera stora samhällsplaneringsprojekt som äger rum på gränsen mellan Solna och Stockholm, och som sätts samman och dras i sär av olika aktörer och idéer.

Forskningen om megaprojekt framhåller att extraordinära projekt som NKS är såväl tekniskt, ekonomiskt som estetiskt sublima och politiskt attraktiva, även om de ofta överskrider budget och tar längre tid än beräknat att genomföra (Flyvbjerg, 2014). NKS har varit ett tekniskt avancerat byggprojekt med ett sjukhuskomplex som också består av forsknings- och teknikbyggnader, garage och hotell med mera (Solna stad, 2009). Detta komplex har uppförts bredvid en av Sveriges mest trafikerade vägar som samtidigt däckats över. Överdäckningen har gjort det möjlighet att bygga samman Solna och Stockholm genom en ny stadsdel som planeras innehålla 50 000 nya arbetsplatser och 6 000 nya bostäder på en yta av 96 hektar (Stockholm stad, 2018). Det har också på många sätt varit ett ekonomiskt mycket betydelsefullt projekt, vilket har belysts och granskats ur olika perspektiv (t.ex. Öhrming, 2017; Enbart & Mellgren, 2017; Gustafsson & Röstlund, 2019). Enligt Region Stockholm kommer sjukhuset att kosta 61 miljarder kronor att bygga, utrusta och förvalta fram till 2040 då OPS-avtalet löper ut (Region Stockholm, 2019). Stockholm stad har beräknat investera mer än 10 miljarder i området innan det står färdigt 2030 (Stockholm stad, 2010c, 2019).

Det finns många lärdomar som kan dras från de komplexa beslutsprocesser som omgett detta megaprojekt, exempelvis kring processerna som ledde fram till beslutet att bygga ett nytt sjukhus, hur projektet organiserades, finansierades, förvaltades och driftsattes (se Andersson & Grafström, 2019; Grafström & Andersson, 2019; Johannesson & Qvist, 2019; Junker & Yngfalk, 2019; Yngfalk & Junker, 2019: Johannesson & Yngfalk 2020). Syftet med

den här genomlysningen har dels varit att undersöka komplexiteten i NKS-projektet genom att analysera de rumsliga bevekelsegrunderna för och implikationer av projektet. Dels har syftet varit att belysa kontextens betydelse för projektet med fokus på det samtida stads- och regionalpolitiska landskapet. Målet har varit att genom en rumslig analys av NKS öka förståelsen för projektet men även att genom projektet (fallstudien) öka förståelsen för den samtida samhällsplanering möjligheter och begränsningar, det vill säga att ”förstå någonting genom något annat” (Ramirez, 2004, s. 61, se även Flyvbjerg, 1998, 2001). NKS kan betraktas som ett informativt men även extremt eller kanske till och med paradigmatiskt fall (Flyvbjerg, 2001) – framförallt som det sker parallellt med och kopplas samman med ett omfattande stadsutvecklingsprojekt, till idéer om regional utveckling och internationell konkurrens – på samhällsplaneringens komplexitet och praktik i dagens samhälle. Det illustrerar föreställningarna om vad som är och kan (eller bör) vara föremål för samhällsplanering och hur planering organiseras inom den rådande diskursen. Genom att studera NKS och Hagastaden kan vi således lära oss om samhällsplaneringens komplexitet och rumsliga rationaliteter.

Rapporten är ett delresultat från forskningsprojektet om ”Framtidens universitetssjukhus” som genomförts på Stockholms universitet. I likhet med övriga delprojekt i genomlysningen av NKS utgår även detta från frågeställningar om idéer, aktörer och organisation men ur ett rumsligt perspektiv. För det första undersöks hur olika (rumsliga) idéer och föreställningar sätts samman, organiseras och anordnas i planeringen av NKS och Hagastaden. För det andra undersöks hur dessa idéer och föreställningar genom olika representationer (planer, program, protokoll och dokument) och praktiker översatts till fysiska åtgärder och olika rumsliga formationer, det vill säga implikationerna av de rumsliga föreställningarna för byggnaden, staden och regionen.

En rumslig analys av ett regerandekomplex (Foucault, 2001, 2010) har i detta fall handlat om att härleda och identifiera olika typer av rumsliga föreställningar och rationalieter som har underbyggt planeringen av NKS och Hagastaden, och de rumsliga implikationerna av detta. Det har också handlat om att positionera NKS och tydliggöra kontextens betydelse. I detta sammanhang har den omorienterade regionala tillväxtpolitiken kopplad till en ny ekonomisk och politisk geografi samt en förändrad syn på staden, urban utveckling och samhällsplanering, två särskilt betydelsefulla idéområden. Dessa två politiska idéområden utvecklas delvis parallellt och relaterar till olika kunskapsfält men har i planeringen av NKS och Hagastaden kopplats samman med varandra.

Rapporten består av tre huvuddelar: en mer teoretisk och metodologisk och två mer empiriska. Den teoretiska delen diskuterar viktiga utgångspunkter i en rumslig analys av ett samhällsplaneringsprojekt, rapportens metodologi och källor. Dispositionen av de två empiriska delarna är geografisk, korologisk snarare kronologisk, och börjar med sjukhuset i regionen för att sedan analysera megaprojektet NKS i relation till stadsbyggnadsprojektet Hagastaden. Den första empiriska delen tar sin utgångspunkt i lokaliseringen av sjukhuset och den andra slutar i den interna rumsliga organisationen av sjukhuset (jfr. Foucault, 2007). Avslutningsvis diskuteras samhällsplanerings komplexitet och rumsliga rationaliteter.

2. Teori och metod

NKS är inte bara en byggnad men också just en byggnad. Ett sjukhus är samtidigt en byggnad, en organisation och en institution i samhället. Karolinska universitetssjukhuset är sedan 2004 en organisation med två sjukhus, Huddinge sjukhus och Nya Karolinska sjukhuset Solna (NKS), men som också har verksamheter på andra sjukhus i Stockholms län, exempelvis på Danderyd sjukhus och Södersjukhuset. Universitetssjukhuset har således en komplex geografisk organisation med multipla lokaliseringar som delvis överlappar med den större regionala vårdorganisationen som också omorganiserats under planeringen och byggandet av det nya sjukhuskomplexet. Karolinska universitetssjukhuset är i dag en förvaltning med egen nämnd inom Region Stockholm, det som fram till och med 2018 var Stockholms läns landsting (SLL). De övriga sjukhusenheterna i Region Stockholm drivs i bolagsform under Landstingshuset i Stockholm AB.

Det är också möjligt att förstå sjukhus som en institution i samhället som tillhandahåller vård (likt skolan som tillhandahåller utbildning). En institution kan betraktas som ett organiserande element i samhället. Institutioner kan vara såväl informella normer, rutiner och konventioner som formella regler och strukturer i samhället. Olika formella och informella institutionella miljöer ger både förutsättningar för och reglerar olika organisationsformer och praktiker i samhället. Detta innebär att institutioner varken bör förväxlas med enskilda organisationer eller med oorganiserade företeelser. Sjukhuset är med andra ord inte bara en inrättning för vård utan också ett element i samhällets organisation. Exempelvis har sjukhus och vårdinrättningar varit viktiga utgångspunkter för den regionala samhällsorganisationen och i många av de reformförslag som har lagts fram (men mestadels inte genomförts).

Sjukhuset som både byggnad och institution var något som Foucault studerade ingående (Foucault, 2002, 2004, 2007, se även Wallenstein, 2008). Genom att studera bland annat sjukhuset undersökte han de komplexa relationerna mellan formella och informella institutioner, miljöer och organisering. I sina analyser av olika samhällsinstitutioner, som sjukhuset, påvisade och belysta han också rummets betydelse för styrning och maktutövning (se också Foucault, 2007, 2010, 2017). Foucaults kritiska och diskursiva perspektiv har också anammats av planeringsforskare för att förstå samhällsplaneringens olika rationaliteter och maktrelationer (t.ex. Flyvbjerg, 1998, Huxley, 2002, 2006).

Denna undersökning inspireras därför av Foucaults teorier tillsammans med ett rumsligt perspektiv på samhällsplaneringen (Olsson, 1990, 2007). Detta perspektiv tydliggör och betonar relationerna mellan rum och (samhälls-)organisation, men det belyser också relationerna mellan makt och kunskap (Flyvbjerg, 1998), och samhällsplaneringens komplexa rationaliteter, tekniker och procedurer (Huxley, 2002, 2006, Fält, 2020). Det teoretiska perspektivet hjälper till att tydliggöra hur megaprojektet organiseras och sätts samman av olika aktörer och idéer, och hur dessa översätts till planer och program och vidare till olika fysiska åtgärder och rumsliga formationer, och vise versa.

Samhällsplaneringskomplexet

Samhällsplaneringen institutionaliserades på 1940-talet och är starkt förknippad med byggandet av välfärdsstaten där hela samhället skulle planeras (Strömgren, 2007). Det inbegriper således inte enbart stadsplanering eller regional utvecklingsfrågor utan inkluderar även vidare socialpolitiska och ekonomiska frågor, och olika sektorer som miljö, infrastruktur och tillhandahållandet av diverse offentlig service som exempelvis hälso- och sjukvård. Det finns få motsvarigheter till begreppet samhällsplanering internationellt, förutom delvis i våra grannländer Norge och Finland, men även där med en något annorlunda betydelse och konnotation (Schmitt & Smas, 2018). Begreppet samhällsplanering är å ena sidan specifikt svenskt och kopplat till välfärdsstatens framväxt, vilket också innebär att samhällsplaneringens förutsättningar och praktik förändrats när idéerna om välfärdsstaten förändrats. Å andra sidan är samhällsplanering ett vagt och generellt begrepp som ges olika betydelse i olika sammanhang, vilket betyder att det kan avse och syfte på många olika aktiviteter. Exempelvis betraktas både den fysiska ofta lokala stadsplaneringen och den regionala utvecklingsplaneringen som olika delar av samhällsplaneringen men som ”historiskt fungerat som två separata världar frikopplade från varandra” (Emmelin & Nilsson, 2016, s. 308). Dessa två världar med olika kompetenser och kulturer möts i planeringen av NKS och Hagastaden, samtidigt som både den regionala utvecklingspolitiken och de bärande idéerna inom stadsplanering genomgår betydande förändringar i riktning mot en urban entreprenörspolitik (Franzén, Hertting & Thörn, 2016, se även Harvey 1998, 2009, Moisio & Passi, 2013), där megaprojekt är viktiga element (Swyngedouw, Moulaert & Rodriguez, 2002, Fainstein, 2008).

Planering är generellt en speciell form av framåtsyftande aktivitet, det är en praktik som syftar till förändring men också att ordna och arrangera (för) framtiden. Det kan således också betraktas som en form av maktutövning och en politisk handling (Olsson, 1990). Samhällsplanering syftar i Sverige ofta på planering utförd av offentliga institutioner (kommun, region och stat) för invånarna (se Strömgren, 2007; Ramírez, 1996). En välfärdsorienterad samhällsplanering där staten tar hand om medborgarna från vaggan till graven, vilket Foucault (2010) försöker fånga med begreppet biomakt (se Wallenstein, 2008). Samhället bör dock inte förväxlas med eller reduceras till staten utan snarare tvärtom står (civil-) samhället ofta i opposition till staten (Foucault, 2010). Samhällsplaneringen befinner sig i gränslandet mellan individ och kollektiv, det enskilda och det allmänna, och både formas av och formar idéer om vad som är privat respektive offentligt. Det handlar snarare om att väga olika intressen gentemot varandra, enskilda intressen mot allmänna intressen, individ mot kollektiv, och planeringen rör sig således alltid i gränslandet mellan privat och offentligt (Olsson, 1990). Detta med att väga enskilda och allmänna intressen är också tydligt inskrivet i den svenska plan- och bygglagen som också utgår från att det genom utredningar och dialog är möjligt att nå rationella och upplysta beslut, även om den också betonar kommunikativa aspekter, genom till exempel samråd i planeringsprocessen.

Den svenska samhällsplaneringen har en processrationell utgångspunkt välförankrad i upplysningsidealen, och det anses ”fortfarande vara möjligt att med det mänskliga förnuftets hjälp ta ansvar för och påverka samhällsutvecklingen” (Strömgren, 2007, s. 243). Detta

processrationella perspektiv integrerar till viss del en teknisk instrumentell rationalitet med kommunikativ rationalitet, vilka är viktiga element i en analys av samhällsplaneringsprojekt. Men eftersom båda bygger på en föreställning om logisk slutledning och argumentation förbises de normativa aspekterna i planeringen, vilket är fundamentalt i samhällsplaneringens praktik (Buunk & van der Weide 2014, s. 214). I en analys av samhällsplaneringen behöver det således letas efter andra rationaliteter och sökas efter underliggande värderingar, bevekelsegrunder, det Flyvbjerg (2001) kallar ”phronesis”, vilket kan beskrivas som en praxis och värdeorienterad analys. Kärnan i en sådan analys blir att finna värdeladdade diskursiva element och hur kunskap används för att rationalisera och driva igenom beslut. En analys som utgår från att makt är dynamiskt och relationellt; och att ”power produces rationality and truth; rationality and truth produce power” (Flyvbjerg, 2001, s. 124).

Samhällsplanering är ur detta perspektiv till stor del en diskursiv och retorisk aktivitet som enligt Ramírez inte handlar om ”att ’bygga’ samhällen (detta är byggkonstens uppgift), utan om att hantera begrepp och ord och att skapa trovärdiga resonemang som kan hjälpa till att fatta goda beslut eller att på ett bra sätt organisera de aktiviteter som bidrar till samhällets utbyggnad” (Ramírez, 2004, s. 56f.). Syftet med NKS var heller inte enbart att bygga ett sjukhus utan även att förändra sjukvården i Sverige och även bidra till den lokala och regionala utvecklingen. Det kan således med fördel förstås som ett samhällsplaneringsprojekt snarare än enbart ett byggprojekt eller ett vårdprojekt. Samhällsplanering, handlar även om att gå från ord till handling, om att översätta abstrakta idéer och planer till fysiska åtgärder och rumsliga konstellationer, en ontologisk transformation som Olsson (2007, 2009) benämner det. I detta finns det också tydliga rumsliga föreställningar och rumsliga rationaliteter som grundas i antaganden om att rummet och miljön också påverkar individers och kollektivaktörers handlingar (Huxley, 2006).

Rum, makt och rationaliteter

Olika samhällen ger upphov till olika typer av rum och vice versa (Lefebvre, 1991). Exempelvis producerade industrisamhället vissa typer av rumsliga formationer medan det samtida kunskapssamhället skapar andra rumsliga formationer. Industri- och hamnområden i städer omvandlas till bostadsområden, eller som i fallet med Norra stationsområdet där ett gods- och terminalområde omvandlas till en stadsdel för livsvetenskaper. Det samtida postindustriella nyliberala samhället har samtidigt också en annan geopolitisk rumslig rationalitet än det Keyensianistiska välfärdssamhället (Moisio & Passi, 2013, se även Harvey 1998, 2009).

Att rummet är något skapat (bland annat genom samhällsplanering) och inte en neutral container bör inte förstås som att rummet enbart är en social konstruktion, utan det är även en fysisk realitet. Rummet bör enligt Harvey (2009) förstås som samtidigt euklidiskt absolut, tidrumsligt relativt och socialt relationellt, vilket materialiseras, representeras och föreställs på olika sätt (se Lefebvre, 1991). Om samhällsplanering handlar om att översätta olika idéer och ideal genom olika representationer och planer till materiella rumsliga formationer och praktiker, och vise versa som Olsson (2009) skriver, så bör begreppet översättning i detta fall inte enbart förstås som en semiotisk aktivitet utan som en diskursiv praktik som inkluderar

såväl materiella som immateriella dimensioner. Att översätta en konceptuell idé till en fysisk realitet är en form av maktutövning, och det är i denna ontologiska transformation som makten både göms och blir tydlig (Olsson, 2007).

I sin analys av det moderna sjukhusets framväxt skriver Foucault (2007) att lokaliseringen av sjukhus och den interna rumsliga distributionen i sjukhuset bör förstås som teknologi av disciplinär makt. Det är också i sjukhuset som den så kallade panoptiska idealmodellen för (rumslig) disciplinering uppträder (Elden, 2006), som visar hur fundamentalt rummet är för maktutövning (Foucault, 2004, 2017). Sjukhuset som institution och miljö kan också ses som ett laboratorium där ”arkitektoniska strukturer och tekniker testas, för att sedan uttryckas till att omfatta det urbana rummet i dess helhet” (Wallenstein, 2008, s. 172). I den moderna staden eller moderna sjukhuset handlar det dock inte bara om suverän eller disciplinär makt utan om det Foucault kallar biomakt och säkerhetens dispositiv. Det handlar inte bara om att lokalisera och distribuera olika enskilda enheter utan även om att hantera flöden och hela populationer, om ”att försöka arrangera en miljö i förhållande till möjliga händelser eller serie av händelser eller element, serier som måste regleras inom ett mångsidigt och transformerbart ramverk.” (Foucault, 2010, s. 42)

Detta säkerhetens dispositiv handlar om att förutse sannolika händelser men också om att möjliggöra flöden och organisera (för) cirkulation. Utifrån detta konstaterar Foucault att ”En god planering av staden kommer att vara just detta: att ta med det sannolika i beräkningen.” (2010, s. 41) Medan den disciplinerande makten fokuserar på relativt väl avgränsade rum och institutioner, så som det traditionella sjukhuset, så hänvisar säkerheten till en vidare ”miljö” (ibid., s. 42). Denna miljö är ett relationellt rum och kan inte förstås i termer av enkla kausala samband, exempelvis att en viss fysisk miljö per automatik ger upphov till vissa aktiviteter, men att rummet ger vissa förutsättningar och möjliggör samtidigt som det också förhindrar och styr aktiviteter och skeenden. Det finns inget fundamentalistiskt eller deterministiskt i rummet eller arkitekturen utan de bör förstås som former av teknologi precis som annan social organisering och styrning (Foucault, 2002, s. 356, 364).

Rummet är ett medium. Det ”är ett element i vilket orsak och verkan låses i en cirkel, eftersom det som i ett fall är verkan i ett annat kommer att vara orsak” (Foucault, 2010, s. 42). I ett rumsligt perspektiv kan detta beskrivas i termer av ett geografiska inferensproblem om form och process. En och samma process kan ge upphov till eller förklara olika (rumsliga) former eller miljöer samtidigt som en och samma miljö (eller form) kan ge upphov till olika processer (Olsson, 2007). Detta resonemang leder fram till begreppet ”governmentality” (Foucault, 2002) eller ”regerandeteknik” (Wallenstein, 2008), vilket syftar på det som också benämns ”regerandekomplexet” (Foucault, 2010), alltså ”den samling av institutioner, procedurer, analyser, reflektioner, kalkyler och taktiker som gör det möjligt att utöva denna mycket specifika och mycket komplexa form av makt, vars huvudsakliga mål är befolkningen, vars viktigaste vetandeform är den politiska ekonomin och vars väsentliga tekniska instrument är säkerhetsdispositiven.” (Foucault, 2010, s. 115). Fokus i en dylik analys av rummet och maktrelationer är inte institutionerna som sådan utan hur de genom olika praktiker (Foucault, 2002, s. 225) upprätthålls och legitimeras genom specifika former av rationaliseringar som definierar deras mål och medlen för att uppnå dem. Planer och

rumsliga representationer är i samhällsplaneringen viktiga medel och instrument för att omsätta idéer och visioner till fysiska åtgärder och miljöer, och således särskilt viktiga att beakta i analys av samhällsplaneringsprojekt som NKS och Hagastaden.

Planer och projekt: metod och källmaterial

Planen, och då särskilt plankartan eller planritningen, är sinnebilden för planeringsämnet. Likt kartor är de auktoritativa rumsliga representationer som kan legitimera förändring eller stillestånd, de kan vara förändringselement eller konserverande dokument, men i vilket fall är de inte neutrala (Harley, 1989, Olsson, 2007). Varje plan eller rumslig representation innehåller uttalade och outtalade idéer och föreställningar om hur det planerade rummet ska användas och vad som förväntas utspelas där, om arbetslivets och vardagslivets organisering (Lefebvre, 1991, se även Westin, 2010). Planer kan dessutom förstås som politiska kompromisser, den minsta gemensamma nämnaren, ett resultat av förhandlingar och speglingar av sin tid. En plan är mer än bara en kartbild, en ritning eller illustration, en plan är dels resultatet av olika översättningar och sammansättningar (jfr Ramberg, 2014) som inkluderar framtagandet av en mängd handlingar, utredningar och protokoll, dels så består slutprodukten av en sammansättning av olika dokument; protokoll, utredningar, illustrationer etc. I planproduktionen skapas kunskap och kunskap är makt, så planen är ett instrument för maktutövning i termer av både objekt och process.

I Sverige är fysisk planering enligt plan- och bygglagen (SFS 2010: 900) en kommunal angelägenhet, och det finns två särskilt viktiga men högst olika kommunala planer, planeringsinstrument. Å ena sidan de så kallade översiktsplanerna som uttryckligen inte är bindande utan ett policydokument. De är mer av strategiska rumsliga planer än reglerande markanvändningsplaner, även om de ska vägleda beslut om hur markanvändning och hur den fysiska miljön ska utvecklas och bevaras. Å andra sidan detaljplaner med syfte att reglera förändringar och möjliggöra byggande i tätbebyggda miljöer. Plan- och bygglagen är en ramlag med fokus på planeringsprocessen även om den också innehåller skrivningar om innehåll och normativa målsättningar. En detaljplan ska exempelvis innehålla en plankarta och en beskrivning av planen och hur den ska genomföras men även nödvändiga illustrationer som behövs för att förstå planen. Att ta fram en detaljplan, vilket är en förutsättning för byggande i tätorter, är enligt lagstiftningen en process i flera steg. Första steget är, om det är ett omfattande projekt, att ta fram ett program för området i fråga, vilket det sedan sker ett publikt samråd kring. Det andra steget är att bearbeta förslaget utifrån samrådet och göra ett skarpt förslag som det också samråds kring, i vilket fall är samrådet det första reglerade steget i planprocessen. Det tredje steget är att ta fram ett granskningsförslag som måste ställas ut för allmänheten. Stockholm stad beskriver denna process (exempelvis för den första detaljplanen för Hagastaden) i ett antal skeden: startskede, planskede, utställningsskede, antaganden/godkännande, överklagande (frivilligt). Att ta fram en översiktsplan sker enligt en liknande process med samråd och granskning.

Region Stockholm tar dessutom fram en regionplan för länet, vilken också regleras av plan- och bygglagen. Regionplanen är inte bindande men ska ange riktlinjer för lokalisering av verksamheter och byggnader som har betydelse för länet, och vara en vägledning för

kommunernas översiktsplaner och detaljplaner (SFS 2010:900). Stockholm ska, likt alla regioner i Sverige, ta fram en så kallad regional utvecklingsstrategi som regleras av förordning om regionalt tillväxtarbete (SFS 2017:583). Strategi ska innehålla specificerade mål och prioriteringar för ett hållbart regionalt tillväxtarbete formulerat utifrån regionens specifika förutsättningar, men behöver inte nödvändigtvis preciseras i kartor eller geografiska strukturer. I Stockholmsregionen var det fram till 2018 länsstyrelsen som ansvarade för att ta fram den regionala strategin medan landstinget var regionplaneorganet som tog fram regionplanen. Från och med 2019 har Region Stockholm det regionala utvecklingsansvaret och mandatet att ta fram en regionplan. Regionens viktigaste uppgifter är nu hälso- och sjukvård, kollektivtrafik och frågor kring regional utveckling.

Under processen med att ta fram en plan (regionplan, översiktsplan eller detaljplan) tas det således fram samrådsförslag och utställningsförslag, och redogörelser för dessa processer och kring de yttrande som inkommit, och det görs olika utredningar och konsekvensbedömningar. I framtagandet av en plan skapas med andra ord kunskap (och politik), och att *göra* en plan kan förstås som dels en sammansättning av olika viljor och kunskapsområden, dels en översättning av idéer till formulerade och illustrerade förslag.

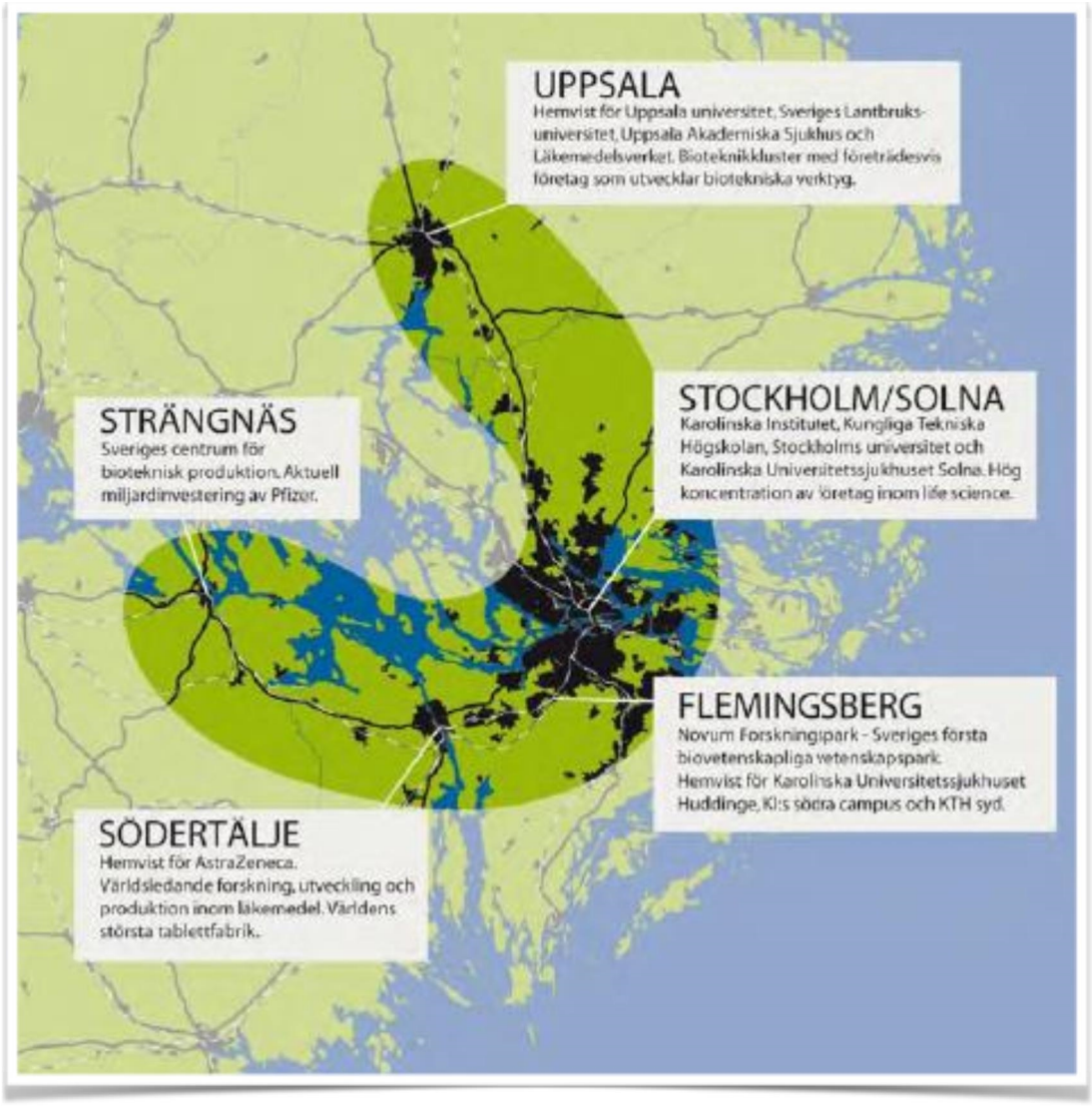
I megaprojekt som NKS formas gemensamma bilder och idéer snarare under planeringsprocessen än innan, och projekten kan ses som arenor för beslut snarare än rationella beslutsprocesser (Sahlin-Andersson & Söderholm, 1987, s. 7). Flyvbjerg (2014) betonar att megaprojekt inte bara är förstorade eller uppskalade mindre projekt utan de är transformativa projekt, eller som Sahlin-Andersson & Söderholm (1987) uttrycker det, de är strukturförändrande. Detta innebär att megaprojekt inte anpassar sig till rådande strukturer i samhället utan att de förändrar samhällsstrukturer. Ett megaprojekt är således svårt att avgränsa då det sträcker sig bortom sig självt och exempelvis har konsekvenser bortom den fysiska byggnaden både institutionellt och rumsligt.

Megaprojekt inkluderar dessutom en mängd olika delprojekt, idéer och planer, och spänner över olika kunskapsfält och politikområden. Megaprojektet NKS och stadsbyggnadsprojektet Hagastaden kan betraktas som enskilda parallella projekt som stundom kopplas samman, stundom konkurrerar med varandra. Respektive projekt innehåller dessutom en mängd delprojekt, såsom olika detaljplaner, organisationsprogram och infrastruktur, som kopplas samman och dras i sär, över tid och genom rummet. Detta styrs bland annat av översiktliga rumsliga strategiska planer och program som översiktsplaner och regionplaner. Denna analys av NKS baseras på planer och policys, med fokus på de rumsliga föreställningarna och hur idéer anordnas, sätts samman och översätts till åtgärder och fysiska rum (jfr Ramberg, 2012).

De mer övergripande strategiska rumsliga planerna som de regionala utvecklingsplanerna för Stockholmsregionen (RUFS), Solna stads och Stockholm stads översiktsplaner (ÖP) analyseras för att förstå projektets kontext. Den fördjupade översiktsplan (FÖP) för området som togs fram gemensamt av de två kommunerna och som antogs 2008, och de detaljplaner som har tagits fram för byggandet av stadsdelen och sjukhuset utgör viktiga representationer för att förstå planeringens komplexiteten och hur idéer formeras och översätts. Ett viktigt dokument har också varit den vision som togs fram

2007: *Vision 2025 - Inbjudan till att skapa världens främsta område för life science*. Den diskursiva analysen fokuserar också på den arkitekttävling som genomfördes 2005-2006 och de efterföljande programmen som gjordes i samband med planeringen av sjukhuset. De utredningar som genomfördes i samband med planeringen av NKS och Hagastaden – som exempelvis den så kallade *SNUS-utredningen: Rapport från utredningen om ett nytt universitetssjukhus* från 2002 och *3S-utredningen: Utredning om Stockholms SjukvårdsStruktur (3S)* från 2004 – har också varit centrala dokument i analysen, tillsammans med besluts- och sammanträdesprotokoll. Det empiriska materialet består således av offentligt tryck, som utredningar, protokoll och planer, men även film och mediamaterial som har samlats in under forskningsprojektet har varit centralt källmaterial (se källförteckningen).

3. Sjukhuset i regionen



Figur 1. Stockholm-Uppsala Bioregion. Denna figur återfinns både i den fördjupade översiktsplanen för Karolinska-Norra Station och i Vision 2025, men bilden går även att härleda till det regionala klusterinitiativet Stockholm BioRegion, och en version av figuren finns även i Stockholms stads Vision 2030.

Lokaliseringen av sjukhuset centralt i regionen speglar de rumsliga bevekelsegrunderna för projektet som handlar om global konkurrens och excellens men också om den lokala miljöns föreställda betydelse för attraktivitet, entreprenörskap och innovationer. I visionen skulle sjukhuset inte bara vara ett *nav,* en centralpunkt i regionens hälso- och sjukvårdsorganisation, utan även viktig del i den *magnet* för världsledande forskning och företagsetableringar som Karolinska- och Norra stationsområdet förväntas bli enligt visionen om att skapa världens främsta område för livsvetenskap (*Vision 2025*, 2007). Att lokalisera det nya sjukhuset till någon annan plats i regionen var egentligen aldrig något alternativ, bland annat på grund av de rumsliga bevekelsegrunderna och föreställningar om närhet, och givet den samtida kontexten.

Lokaliseringen av sjukhus har i andra tidigare fall varit en mycket viktig fråga med både politiska och vardagliga konsekvenser och principiella implikationer, vilket exempelvis lokaliseringen av Sunderby sjukhus mittemellan Luleå och Boden illustrerar (Carlsson & Myrlund, 1999; Johansson, 2004). När Huddinge sjukhus lokaliserades till Flemingsberg i Huddinge kommun på 1970-talet var detta också ett strategiskt beslut, bland annat grundat i en tydlig rumslig problembild där den regionala obalansen inom Stockholmsregionen var en ideologisk drivkraft och ett klart formulerat problem (Sahlin-Andersson & Söderholm, 1987). Problembilden för planeringen och lokaliseringen av NKS var annorlunda och drevs av andra rumsliga rationaliteter förankrade i en nyliberal diskurs och urban entreprenörspolitik. Harvey sammanfattar huvuddragen i denna urbana entreprenörspolitik på följande sätt:

> Den nya entreprenörsurbanismen vilar karaktäristiskt nog på ett privat-offentligt partnerskap med sikte på investeringar och ekonomisk utveckling genom en spekulativ platskonstruktion snarare än att förbättra omständigheterna inom ett givet territorium som dess omedelbara ... politiska och ekonomiska mål. (Harvey 1989, s. 8, översatt i Franzén, Herting & Thörn, 2016, s. 24)

Framväxten av denna urbana entreprenörspolitik kan ses som ett svar på övergången från det industriella till det postindustriella samhället (Franzén, Herting & Thörn, 2016) som sedan 1990-talet blivit ett tydligt inslag i den svenska stads- och regionalpolitiska debatten. Megaprojekt och stora stadsomvandlingsprojekt har varit en central del i denna politik, som respons på de förändrade ekonomiska förutsättningar och globalisering, men också som katalysatorer för förändring (Swyngedouw, Moulaert & Rodriguez, 2002, Fainstein, 2008). Den tydliga ekonomiska inriktningen vilande på offentligt-privat samverkan och om att selektivt prioritera platser över regional ojämlikhet, går även hand i hand med en mer strategisk och tillväxtorienterad rumslig planering för regionalutveckling i Stockholm.

Detta sammanfaller också med en förändrad svensk regionalpolitik som sedan 1990-talet har utvecklats ifrån att ha varit centralt och nationellt styrd genom fördelningspolitik till att mer fokusera på att skapa konkurrenskraftiga regionerna utifrån deras egna förutsättningar. Utvecklingen kan beskrivas som ett skifte från regionalpolitik till regional utvecklingspolitik (alternativt regional tillväxtpolitik), eller som en övergång från en keyensianistisk omfördelningslogik till en nyliberal konkurrenslogik som fokuserar på att stödja kluster, triple helix och regional innovationssystem framför att utjämna skillnader och geografiska olikheter (se Säll, 2014, Mitander, Säll, Öjehag-Pettersson, 2013, och jfr Moisio & Passi, 2013).

Funktionella problem och rumsliga lösningar

De politiska processerna kring de inledande skedena av planeringen av NKS har analyserats ingående av Johannesson och Qvist (2019). De identifierade tre dominerande problembilder för projektet, det vill säga de problem politiker och högre tjänstemän hoppades lösa genom att bygga ett nytt högspecialiserat sjukhus. Det första, *fastighetsproblemet*, bottnade dels i ett renoveringsbehov och kostnaderna relaterade till detta, men också i att sjukhuset ansågs omodernt och illa anpassat för framtidens vård eller teknik. Det andra, *styrningsproblemet*, grundade sig i att sjukvården med en stark profession har varit svår att

politiskt styra, förändra och effektivisera, vilket uppfattades som ett problem av landstingspolitiker och högre tjänstemän. Det tredje, *excellensproblemet*, handlade om att Stockholm förlorade konkurrenskraft internationellt inte minst inom den medicinska forskningen, och relaterar till globalisering och idéer om att städer konkurrerar med varandra om investeringar, företag och människor, det vill säga den urbana entreprenörspolitiken. Alla dessa tre problembilder har också tydliga rumsliga rationaliteter och implikationer.

Parallellt med att planeringen och byggandet av sjukhuset planeras och byggs också en ny stadsdel runtomkring sjukhuskomplexet. Ett stadsomvandlingsprojekt som delvis drivs av andra aktörer och rationaliteter. De inledande skedena av detta omfattande stadsomvandlingsprojekt har beskrivits av Swanson (2012) genom tre berättelser med olika parallella händelseförlopp, vilket senare resulterade i tre olika rumsliga utfall:

> 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).

Den övergripande berättelsen om att bygga en kunskaps- och vetenskapsstad knyter tydligt an till *excellensproblemet* och till centrala regionala tillväxtpolitiska begrepp som kluster, triple-helix, och innovationer. Den här berättelsen centrerades kring konceptet Stockholm Bio Science Park och drevs av kunskaps- och forskningsinstitutioner med Karolinska Institutet (KI) i spetsen (Swanson 2012). Detta koncept mötes dock enligt Swanson (2012) av skepsis från andra aktörer, då det delvis krockade med en annan berättelse om ”att bygga mera stad” som handlade om att bygga bostäder och om stadsplanering med fokus på områdets rumsliga form och struktur. Denna berättelse byggde på ett händelseförlopp som började runt millennieskiftet och drevs av Stockholm stad och fastighetsintressen. Den sista berättelsen handlade om planeringen av NKS som av Swanson (2012) beskrivs som en ”gökunge”, även om det är oklart vad den faktiskt tränger undan. Region Stockholm (f.d. landstinget) har en huvudroll i den sist nämnda berättelsen men inledningsvis en mer otydlig roll i de två andra berättelserna, som delvis beror på olika positioner inom organisationen, på meningsskiljaktigheter mellan landstingsledningen och sjukhusledningen, där den först nämnda vill bygga nytt, men den sistnämnde inledningsvis även kunde tänka sig andra alternativ. Att bygga ett nytt sjukhus snarare än att renovera det gamla sjukhuset slogs dock fast åren efter millennieskiftet.

Det formella beslutet att bygga ett nytt universitetssjukhus i Solna togs av landstingsfullmäktige i april 2008 (SLL, 2008). Detta beslut innebar att det blev möjligt att gå från idé till genomförande, och i september 2010 togs det första spadtaget (se Hildebrand & Alfredsson, u.å.). Visserligen utreddes andra alternativ om att renovera, men dessa avskrevs tidigt från agendan (Johannesson & Qvist, 2019, Ennart & Mellgren, 2017). Att renovera hade kunnat lösa *fastighetsproblemet* men det löste inte *styrningsproblemet* och vann därför inget gehör hos politiker eller ledande tjänstemän, och det var heller inte tydligt kopplat till KI och Norra Stationsprojektet, och således inte tillräckligt för att lösa *excellensproblemet* (se Johannesson & Qvist, 2019). Att bygga nytt kan också vara en viktig komponent att förverkliga en idé och implementera en omorganisation, att bygga en ny organisation. Att

renovera och förvalta är heller inte lika tekniskt, symboliskt, estetiskt eller politiskt attraktivt som att bygga eller skapa något nytt (Flyvbjerg, 2014).

Planeringen och byggandet av NKS har i högsta grad varit ett politiskt projekt som delvis har handlat om att uppföra en ny byggnad men också om att ta kontroll över sjukhuset och dess organisation och stärka Stockholms konkurrenskraft (Johannesson & Qvist, 2019). Arkitekturen och de rumsliga bevekelsegrunderna har haft betydelse i projektet, inte minst strategiskt, politiskt och för implementeringen av en ny organisation. En viktig del i denna förändringsprocess var dels att ”styra genom organisation”, vilket delvis skedde genom att en särskild organisation skapades för att effektivt driva förändringsarbetet framåt, vilket dock ledde till legitimitetsproblem i senare skeden och att till den så kallade NKS-förvaltningen lades ned (Andersson & Grafström, 2019). En annan central aspekt var idén om den högspecialiserade vården (Grafström & Andersson, 2019), vilket också fick tydliga rumsliga konsekvenser.

Det gamla sjukhuset sågs delvis som problemet men redan i de inledande utredningarna stod det klart att det nya sjukhuset inte direkt skulle ersätta det gamla utan bli ett mindre sjukhus med högspecialiserad vård. Viss oklarhet rådde dock inledningsvis kring detta då det exempelvis återfinns formuleringar kring ett större sjukhus i SNUS-utredningen (SLL, 2002b), men den ”omvälvande” konklusionen i den efterföljande 3S-utredningen (som är en sammanställning av flera olika enskilda bilagda utredningar) är:

> … förslaget om att bygga ett nytt universitetssjukhus i Solna. Inte ett sjukhus som verksamhetsmässigt endast ersätter det nuvarande utan ett universitetssjukhus som ska koncentreras till högspecialiserad vård, forskning och utbildning. Detta förändrade uppdrag till Karolinska Universitetssjukhuset måste gå hand i hand med verksamhetsförändringar även inom övriga akutsjukhus och inom närsjukvården. (SLL, 2004, s. 5)

Det nya sjukhuset skulle bli mer mindre och mer forskningsorienterat och inriktat på högspecialiserad vård. Samtidigt betonades att sjukhuset måste kunna utvecklas i relation till övriga sjukvårdsverksamheter i regionen. Det nya sjukhuset förväntas också fungera som ett ”nav” (ex. SLL, 2004, 2007, 2008). I 3S-utredningen konstaterades det att: ”Universitetssjukhuset (regionsjukhuset) bör vara ett centralt nav för den högspecialiserade vården i regionen, det skall ansvara för forskning och det ska tillse att den högspecialiserade vården blir tillgänglig i hela vårdkedjan” (SLL, 2004, s. 22, bilaga 2). Det skulle också vara ”kronan på verket” i sjukvårdsstrukturen (Johannesson & Qvist, 2019, s. 25). Sjukhusets roll i sjukvårdens organisering beskrevs sedan både i hierarkiska termer (kronan) och i termer av nätverk (nav). I båda fallen är emellertid NKS en organisatorisk och geografisk centralpunkt. I ett senare skede när *Framtidsplanen för hälso- och sjukvården* antogs 2011 diskuterades en annan typ av nätverk med utgångspunkt i patienten, den så kallade nätverkssjukvården (SLL, 2011a). Den högspecialiserade vården beskrivs ofta som högst upp i vårdens hierarki, men idén om den högspecialiserade vården var i högsta grad oklar vilket å ena sidan skapade möjlighet att inte precisera verksamhetsinnehållet inledningsvis, men vilket å andra sidan skapade problem senare när idén skulle realiseras (Grafström & Andersson, 2019).

Det nya sjukhuset skulle med andra ord inte (direkt) ersätta det gamla utan det skulle snarare lyftas upp i sjukvårdshierarkin men samtidigt utgöra ett nav i ett nätverk av (hierarkiskt jämbördiga) sjukvårdsenheter. Denna process kan förstås i termer av centralisering och decentralisering. Den moderna staten bygger enligt Foucault (2010) på tillsynes motsägelsefulla rationaliseringar med å ena sidan en centralisering av politisk makt i ett byråkratiskt administrativt system, men också en decentralisering eller snarare individualisering av makt. NKS skulle bli navet och kronan på verket i sjukvårdssystemet, men samtidigt flyttades fokus också ut i nätverket och centrerades runt individen med patienten i centrum. I ett rumsligt perspektiv kan detta förstås i termer av skalor: en *horisontell skala* (storlek, utsträckning, utbredning, vidd) och en *vertikal skala* (nivå, läge, plan), samt skillnaden mellan funktionella och territoriella regioner. Den hierarkiska uppdelningen i olika nivåer som till exempel statliga, regionala och lokala enheter är en viktig del i hur rummet organiseras, produceras och reproduceras. Olika rumsliga formationer möjliggör och hindrar som påpekats, olika typer av organisationer, men hur samhället organiseras får också olika rumsliga utfall.

Det nya högspecialiserade sjukhuset lokaliserades i centrum av regionen, som ett nav i ett nätverk och på toppen i sjukvårdshierarkin, den så kallade nivåstruktureringen innebar en rumslig centralisering. Samtidigt skedde en decentralisering av sjukvården i regionen genom den nya nätverksorganisationen ut till andra sjukhus, närakuter och husläkarmottagningar som förväntades ta ett större ansvar (SLL, 2018).

Det fanns också en diskrepans mellan den funktionella regionen och den administrativa regionen. Den funktionella regionen, omlandet och upptagningsområdet för det högspecialiserade sjukhuset var inte begränsat till Stockholms läns administrativa gränser, utan inbegrep hela Sverige och sträckte sig även utanför landets gränser, då internationella patienter också sågs som en målgrupp. Dessutom förväntades NKS vara en viktig del i Stockholm-Uppsala Bio-Region, vilket är en funktionell föreställd region som inbegriper städer utanför Stockholms administrativa län (figur 1). Planeringen och byggandet av NKS var således inte (bara) en angelägenhet för Region Stockholm eller länet utan även en nationell och internationell. Men sjukvården har inte varit en central fråga för den regionala planeringen under tiden då NKS planerades och byggdes.

Sjukvården och den regionala utvecklingsplaneringen

Stockholmsregionen är unik i Sverige med dess långa erfarenhet av regionplanering. Ingen annan region i Sverige har haft samma mandat att planera på regional nivå. Men förutsättningarna för den regionala planeringen har förändrats betydligt sedan slutet av 1950-talet då den första regionplanen togs fram. En regionplan ska som nämndes inledningsvis ange riktlinjer för lokalisering av verksamheter och byggnader som har betydelse för länet. Den ska också leda och styra kommunernas planeringsarbete men är inte bindande för kommunerna som har planeringsmonopol. Den regionala planeringen handlar därför mycket om att förankra och kommunicera regionplanen hos kommunerna men även bland andra privata och offentliga aktörer i regionen. Sedan millennieskiftet kallas regionplanerna i Stockholm för regionala utvecklingsplaner förkortade RUFS (Regional utvecklingsplan för

Stockholmsregionen). I RUFS 2001 (antagen 2002) förklarades detta med att perspektivet har vidgats från att främst ha fokuserat på fysisk markanvändningsplanering till att även inkludera innovationer, kompetensutveckling och integration.

I RUFS 2001, som fanns på plats när NKS-projektet formellt initierades och där idén om regionala kärnor blev en ledande rumslig strategi, nämns Norra station som ett strategiskt viktigt utbyggnadsområde tillsammans med ringen av utvecklingsprojekt som finns runt Stockholms innerstad (SLL, 2002a, s. 49). Sjukvården nämns knappt och beskrivs inte som en del av eller resurs för den regionala planeringen. I den efterföljande planen, RUFS 2010, som togs fram parallellt med planeringen av NKS berörs Karolinska- och Norra stationsområdet framförallt i förhållande till infrastruktur och i relation till regioncentrum. Det konstaterades att det behövs en utbyggd kollektiv spårtrafik: ”ny spårbunden kollektivtrafik till Nya Karolinska ges på kort sikt god tillgänglighet till den nya stadsdelen vid Norra stationsområdet och till området vid Karolinska institutet.” (SLL, 2010, s. 166). Sjukvården behandlas mer i RUFS 2010, än i föregångaren, dock mest i beskrivande termer som en viktig bransch i regionen. Den nämns också i samband med den regionala stadskärnan i Flemingsberg och det påpekas att landstinget genom att vara ansvarig för sjukvården har möjligheter att genomföra viktiga åtaganden i regionplanen:

> Lokaliseringen av vård och forskning påverkar också utvecklingsmöjligheterna för andra verksamheter i närområdet. Sjukvårdens utveckling påverkar åtaganden som ’Stimulera täta och kunskapsintensiva miljöer’ och ’Använd offentlig upphandling för att främja innovationer’. (SLL, 2010, s. 226f.)

År 2018, då NKS invigs, antas en ny regional utvecklingsplan för Stockholmsregionen (SLL, 2018). I den har samhällsservice, inklusive hälso- och sjukvård, en egen sektion som knyter an till sjukvårdsreformen i regionen. Lokalisering utifrån behov och möjligheter till digitalisering och samlokalisering av tjänster diskuteras när bebyggelsen i regionen förtätas.

> En tydlig nivåstrukturering av vården införs. Karolinska Universitetssjukhuset får ett nytt akutuppdrag i och med att en ny vårdnivå, intensivakut, inrättas. Karolinska Solna får ett tydligt uppdrag att svara för den högspecialiserade vården medan Danderyds sjukhus, S.t Görans sjukhus, Södersjukhuset, Södertälje sjukhus och Norrtälje sjukhus koncentrerar sig på att ge vård till personer som behöver akutsjukhusens resurser. Karolinska Huddinge i Flemingsberg får under de kommande åren ett bredare sjukvårdsuppdrag än tidigare. Närakuter fördelas över länet för att omhänderta en stor del av de akuta besöken, samtidigt som primärvården stärks så att husläkarmottagningarna får en tydligare roll för att koordinera vården för enskilda individer. (SLL, 2018, s. 185)

Sjukvården har således successivt blivit alltmer markerad i regionplaneringen och inkluderats som ett tema i den senaste regionala utvecklingsplanen, även om exempelvis lokaliseringen av sjukhus är en perifer fråga. De regionala *utvecklings*planerna speglar också en tydlig omorientering i regionplaneringen gentemot en mer strategisk rumslig planering som fokuserar mer på platser och möjliggörande än omfördelning och lokalisering (cf. Hermelin, 2009). Denna övergång, tillsammans med den förändrade regionalpolitiska diskursen, kan också användas för att förstå varför planeringen av NKS avvek från tidigare

planering av sjukvårdsverksamheter. För som Öhrming (2017) konstaterar frångick planeringen av NKS den tidigare etablerade modellen för att planera och bygga sjukhus i Sverige som traditionellt skett i tre steg:

> För det första sjukvårdsplanering, där landstinget utreder behovet av sjukvård eller faktisk efterfrågan eftersom behoven är notoriskt svåra att mäta. Efterfrågan jämförs med politiska mål avvägda mot ekonomiska och tekniska förutsättningar. För det andra funktionsutredning, som klarlägger vilka funktioner som krävs vid ett nytt sjukhus för att motsvara de krav som sjukvårdsplaneringen ställer. Här genomförs en analys av vilka verksamheter som bör finnas på sjukhuset, hur stora utrymmen olika verksamheter behöver och hur verksamheterna ska placeras i förhållande till varandra, med andra ord hur sjukhuset ska fungera vad gäller lokaler, personal, utrustning etc. För det tredje projektering och byggande, där funktionsutredningens resultat omvandlas till ritningar och byggnadsbeskrivningar som därefter övergår i själva byggandet av anläggningen som normalt sker i landstingets egen regi med inhyrda byggföretag. (Öhrming 2017, s. 32)

Denna idealmodell överensstämmer väl med tidiga teorier om regional planering och rationella planeringsmodeller. Dessa ideal går att härleda till framväxten av den moderna regionala planeringen under början av 1900-talet och idéer om att först undersöka sedan planera (Hall, 2014) – att först utreda behovet, bedöma olika alternativ, sedan definiera funktionen för att slutligen projektera. Detta har också varit den svenska samhällsplaneringens ideal, och den lagstadgade planprocessen är som sagt uppbyggd utifrån denna modell, även om den delvis kompletteras med inslag från andra planeringsideal som kommunikativ planering (Strömgren, 2007).

Planeringen av Huddinge sjukhus genomfördes med utgångspunkt i denna rationella modell. Den rationella planeringsmodellen visar sig dock i praktiken vara mindre idealisk än vad den framställs som, då den likväl handlar om efterrationalisering (se Flyvbjerg 1998). I megaprojekt som inbegriper stora investeringar och pågår under lång tid styrs planeringen snarare av finansieringsmöjligheter och nedlagda resurser än av de initiala behoven (Sahlin-Andersson, 1981). Huddinge sjukhus (likt NKS) var också ett delprojekt i ett större rumsligt projekt kring Flemingsberg. I sin analys av det projektet konstaterar Sahlin-Andersson och Söderholm att ”problemen formulerats utifrån territoriella organisationer och lösningarna utifrån funktionella organisationer” (1987, s. 51). Vidare konstaterar de att även om de (ideologiska) rumsliga problemen var viktiga initialt så tog de funktionella lösningarna över allteftersom.

Planeringsmässigt kan varken Huddinge sjukhus eller NKS enbart förstås utifrån instrumentella (eller kommunikativa) rationaliteter utan det är viktigt att också beakta normativa politiska och värdeladdade rationalitet (se Flyvbjerg, 2004). De två projekten har dock olika rumsliga rationaliteter (se Huxley, 2007), en viktig bevekelsegrund för lokaliseringen av Huddinge sjukhus var de regionala ojämlikheterna medan bevekelsegrunder för lokaliseringen av NKS var platsens unika förutsättningar, vilket premieras inom den strategiska rumsliga planeringen och den urban entreprenörspolitiken.

Den strategiskt orienterade rumsliga planeringen som de nya regionala utvecklingsplanerna (och även de kommunala översiktsplanerna) har anammat har delvis en

annan rationalitet än geografisk omfördelning, även om det fortfarande finns påtagliga inslag av upplysningsrationalitet i både processer och betingelser (exempelvis i lagstiftningen). Den strategiska rumsliga planeringen brukar särskiljas från mer traditionella former av markanvändningsplanering (se t.ex. Albrecht, 2004, Healey, 2010). Medan den traditionella formen är fokuserad på att ta fram planer och kartor är den strategiska formen mer handlingsorienterad, mer selektiv och målinriktad snarare än reglerande och styrande. Detta betyder också att planeringen är en pågående process och inte färdig i och med planens antaganden utan planen ska också implementeras, följas upp och utvärderas (allt dock enligt ett rationellt planeringsideal). De regionala utvecklingsplanerna är inte juridiskt bindande utan kan förstås som strategidokument snarare än markanvändningsplaner, även om de innehåller kartor, och är framtagna i enlighet med plan- och bygglagstiftningen. Dessa planers betydelse grundas således inte primärt i dess juridiska legitimitet utan dess betydelse är avhängig hur de förankras och vilket värde som tillskrivs dem av olika aktörer. Den rumsliga rationaliteten för den strategiska planeringen ligger heller inte i utredningsprocessen utan snarare i att främja strategiskt utvalda och prioriterade projekt och platser.

För NKS var inte den regionala obalansen problemet utan det var, som tidigare nämnts, för det första ett lokalt konkret fastighetsproblem och att organisatoriskt ta kontroll över en politiskt och administrativt svårstyrd organisation. Men det fanns, som sagt, också ett mer globalt konstituerat problem kring excellens och internationell konkurrenskraft (se Johannesson & Qvist, 2019). Framväxten av den strategiska rumsliga planeringen och diskussionerna kring excellens och internationell konkurrenskraft sker i sammanhanget av en intensifierad globalisering och finanskris från 1990-talet och framåt. Stockholm betraktades och beskrevs allt mer av såväl lokala som nationella politiker som Sveriges tillväxtmotor (Elmhorn, 2013). Ett viktigt uppdrag för regionen och staden blev nu att tillsammans med näringslivet försöka utveckla Stockholm till en attraktiv storstadsregion i Europa och stödja de ”tre globalt inriktade kluster” som finns i regionen: finans, biomedicin och IKT (ibid.).

Biomedicin är en investeringstung sektor, starkt beroende av forskning och tillgång till kapital, som också uppvisar en hög grad av stigberoende (Elmhorn, 2013, Hermelin, Dahlström & Smas, 2014). Ett utvecklat samarbete mellan näringsliv, kommun och akademi är viktigt för branschen, och Karolinska- och Norra stationsområdet blev ett intressant exempel och experimentområde för detta (Elmhorn, 2013). I RUFS 2001 etablerades ett tydligt klustertänkande. Fokus var på företag och företagsmiljöer där människor sågs som resurser och objekt snarare än som aktörer och subjekt (Hermelin, 2009, s. 146). Ett viktigt mål med den regionala samhällsplaneringen blev således att utveckla attraktiva miljöer för företagande, investeringar och innovationer.

Närhet, kluster och innovativa miljöer

Lokaliseringen av NKS inom sjukhusområdet granskades inledningsvis i projektet och relaterade till diskussionen kring huruvida de befintliga byggnaderna kunde utnyttjas eller om en ny byggnad krävdes, och till organiseringen av vården (SLL, 2004). Men att sjukhuset skulle uppföras i närheten av det gamla sjukhuset och i nära anslutning till KI i Solna konstaterades omgående. I SNUS-utredningen från 2002 står det att läsa:

> Utredningen har översiktligt studerat alternativa lokaliseringar av ett nytt universitetssjukhus. Några mer inträngande studier har dock inte gjorts eftersom det redan i ett tidigt skede stod klart att nuvarande KS-område är det enda realistiska alternativet. (SLL, 2002, s. 14).

Närheten till KI ansågs vara en avgörande, nödvändig faktor för lokaliseringen av NKS. I en rapport som togs fram inför RUFS 2010 om regionala kärnor konstaterades det att det kan uppstå konkurrens inom regionen mellan olika kärnor: ”Karolinska Institutet Science Park, som har till uppgift att locka företag till Stockholmsregionen, har att välja mellan två lokaliseringsalternativ: Solna och Flemingsberg. Här föreligger en uppenbar konkurrenssituation.” (SLL, 2009, s. 214). Att förlägga sjukhuset till södra delarna av Stockholmsregionen hade kunnat vara en möjlighet, men å andra sidan blev Huddinge sjukhus en del av Karolinska universitetssjukhuset 2004, och ingår numera således i samma organisationsrum. Dessutom var inte avsikten att NKS skulle ersätta det ”gamla” Karolinska sjukhuset. I 3S-utredningen (SLL, 2004) poängteras behovet av täthet och kluster men även att satsningarna på Södertörn kring Huddinge sjukhus ska gå hand i hand med satsningarna på Karolinska och Norra stationsområdet, att de två geografiskt täta områdena tillsammans kan ”skapa förutsättningar för en internationellt konkurrenskraftig forskningsmiljö och en dynamisk utveckling av Stockholmsregionen” (SLL, 2004, s. 62).

Den geografiska närheten ansågs skapa goda förutsättningar för samverkan och medföra vinster för både forskning, utbildning och vård. Sjukhuset som institution gavs i detta sammanhang ytterligare ett uppdrag, att förutom vård, forskning och utbildning även generera innovationer. Dessutom ansågs lokaliseringen vara fördelaktig i ljuset av samverkan med andra forskningsinstitut i närområdet (KTH och SU). Både akademi och näringsliv uttryckte förväntningar kring det nya sjukhuset och underströk behovet av närhet mellan olika institutioner och företag för att lösa *excellensproblemet,* och skapa förutsättningar för världsledande forskning och företag:

> En språngbräda till att vi igen kommer ut på den internationella arenan på ett äkta sätt. Att vi för första gången egentligen på 70 år bygger något riktigt riktigt vasst i absolut världsklass och att vi samlar Karolinska institutet och universitetssjukvården tillsammans i en sådan här otrolig täthet med en funktionell enhet som ligger rätt i tiden. (Jan Andersson, prorektor, Karolinska Institutet, intervjuad i Hildebrand & Alfredsson, u.å.)

> Det ska hjälpas av att man har ett sjukhus som är byggt på ett sådant sätt att man möjliggör interaktion och samarbeten även ur ett infrastruktur synpunkt. Det glömmer man bort ibland tror jag. Man slipper springa över broar, man slipper springa mellan byggnader, utan det finns mycket större möjligheter att interagera på daglig basis. (Anders Ekblom, Chef global läkemedelsutveckling, Astra Zeneca, intervjuad i Hildebrand & Alfredsson, u.å.)

Närhet är ett centralt begrepp inom forskningen om innovationer, lärande och kluster, men enligt forskningen är geografisk närhet varken en nödvändig eller en tillräcklig faktor för lärande utan måste förstås i sammanhanget av andra former av närhet som kognitiv, organisatorisk, social och institutionell (Boschma, 2005). Närhet är heller inte alltid av godo,

för exempelvis kan för mycket närhet leda till ökad byråkrati, stigberoende, minskade öppenhet och färre resurser för innovationer och nya idéer (ibid.). Studier har också visat att lärande, innovation och produktutveckling inom medicin-tekniksektorn ofta sker i skärningspunkten mellan territoriella rum och organisatoriska rum, och att dessa företag ofta utvecklas genom multi-lokala nätverk (Hermelin, Dahlström & Smas, 2014).

Visionen om ett sjukhus och en stadsdel i världsklass

År 2007 publicerades *Vision 2025 – Inbjudan till att skapa världens främsta område för life science.* Det är ett visionsdokument underskrivet av politiker från Solna och Stockholm, rektorerna för KTH, KI, SU och Handelshögskolan, näringslivsföreträdare samt av Stockholm Business Region och Stockholm Science Foundation. Detta är ett tydligt exempel på privat-offentlig samverkan, eller ett så kallat ”triple-helix” för att knyta an till den regionala tillväxtpolitiska diskursen. Det refereras återkommande till denna vision – t.ex. i den fördjupade översiktsplanen (Solna/Stockholm 2008), detaljplaner (Solna 2009) och politiska debatter (Stockholm stad, 2010c), men dokumentets status är oklar. Det är underskrivet av många olika aktörer och framtaget i ett privat-offentligt samarbete, men det är inte ett formellt antaget dokument (i fullmäktige eller styrelse), och som Landstingsrevisorerna konstaterade bör det betraktas som ”en politisk viljeyttring snarare än ett styrande dokument” (SLL, 2011, s. 8). Visionsdokumentet är en sammansättning av olika idéer och fylld av rumsliga förställningar och metaforer:

> År 2025 har Stockholm - Mälarregionen stärkt sin position inom life science och är den starkaste bioregionen i Europa. Likt en magnet drar regionen till sig de mest kompetenta människorna och de mest framgångsrika företagen inom life science-området. Källan till framgången är att regionen har lyckats utnyttja Karolinska/Norra Stationsområdets unika förutsättningar och utveckla ett av världens främsta områden för life science. (Vision 2025, 2007, s. 6).

Enligt *Vision 2025* förväntades området bli ”en magnet för företagsetableringar” (s. 9), ”en grogrund för nya företag” (s. 10), ”en av världens ledande kunskapsmiljöer” (s. 12, 14), ”en stadsdel med nära till allt” (s. 16), ”en levande stad” (s. 18), ”attraktiva boendemiljöer” (s. 20), ”tongivande kultur- och idrottsstad” (s. 21), ”hög internationell attraktionskraft” (s. 22). Det handlar om att skapa både en attraktiv plats för företag att lokalisera sig till och utvecklas på, och en attraktiv plats för människor att bo och leva på. NKS var i detta sammanhang en del i ett större stadsbyggnadsprojekt och en del i ett regionalt utvecklingsarbete. Detta uttrycks också tydligt i förväntningarna på sjukhusets dragningskraft och områdets förutsättningar:

> Det Nya Karolinska Sjukhusets betydelse kan knappast överskattas /…/ Det är klart att närheten till ett världsledande modernt sjukhus är otroligt viktig därför är det så betydelsefullt för områdets dragningskraft att man också kommer ha detta sjukhus där. (Sten Nordin, Finansborgarråd, Stockholm stad intervjuad i Hildebrand & Alfredsson, u.å.)

> Det som är lite unikt med det här området och som gör att vi kan ha en bra chans på de globala arenorna är att vi inte börjar från noll. /…/ Vi har liksom en nollnivå som inte

> är noll. Vi har en nollnivå som skulle vara imponerande i många andra regioner redan nu. Och vad man gör nu är att man skruvar upp volymen (Ylwa Williams, VD Stockholms Science City Foundation, intervjuad i Hildebrand & Alfredsson, u.å.).

Att skapa ”en magnet för företagsetableringar”, ”en grogrund för nya företag” och ”en världsledande kunskapsmiljö” relaterar till en regionalpolitisk idé som tar utgångspunkt i den så kallade nya ekonomiska geografin med analytiska begrepp som kluster, stigberoende och triple-helix. Framförallt får klusterbegreppet en central betydelse i utvecklingen av den svenska regionalpolitiken från 1990-talet, på både nationell och regional nivå (Säll, 2014, Mitander, Säll & Öjehag-Petterson, 2013). En förgrundsfigur inom klusterteorin är Porter (2007, se även Sölvell, Zander & Porter, 1993), som också är en centralgestalt i den så kallade värdebaserade vårdmodellen (Porter & Teisberg, 2006), som implementeras i NKS. En viktig del i den nya regionala tillväxtpolitiken och klusteridén är platsers unika egenskaper, dess komparativa fördelar och närhet (Säll, 2014). Kluster förväntas skapa konkurrenskraftiga företag och generera innovationer, men kluster kan också betraktas som social och organisatorisk innovation i sig själva (Mattson, 2009).

Det nya sjukhuset krävde en nära koppling till forskningen då en av rationaliteterna var att det även skulle lösa excellensproblemet. Dessutom fanns det möjlighet att länka samman Solna och Stockholm och ”läka såret” i det urbana landskapet (Stockholm stad, 2010c). Utvecklingen av Norra Stationsområdet och samarbetet mellan Solna Stad och Stockholms Stad skapar enligt SNUS-utredningen ”förutsättningar för nödvändig expansion av KS och möjlighet att bygga patient/anhörighotell, forskarbostäder och personallägenheter” (SLL, 2002, s. 15). Problematiken med excellens hade också internationella bevekelsegrunder och handlade om att skapa något i världsklass, vilket också var ett begrepp som under perioden blev centralt i Stockholms stad.

År 2007 beslutade Stockholms stad om att anta policy dokument *Ett Stockholm i världsklass – Vision Stockholm 2030* (under samma fullmäktigemöte togs även ett inriktningsbeslut för Norra station) (Stockholm stad, 2007a). Karolinska-Norra stationsområdet beskrivs vara i linje med denna vision om ett Stockholm i världsklass där staden ska vara navet i Mälardalsregionen och en av Europas främsta tillväxtregioner (Stockholm stad, 2007b). Det beskrivs som ett projekt där staden, andra offentliga aktörer och näringslivet tillsammans skapar förutsättningar för världsledande forskning, företag och innovationer genom en blandad stadsdel.

Att planera och bygga ”en stadsdel med nära till allt”, ”en levande stad” med ”attraktiva boendemiljöer” tar sin utgångspunkt i en stadsplaneringsidé som utgår från att städer konkurrerar, inte främst genom att skapa attraktiva företagsmiljöer utan genom att skapa tilltalande miljöer för människor att bo i. En förgrundsfigur i detta sammanhang är Florida och hans teorier om staden och den kreativa klassen (Flordia, 2002, 2005). Porter besökte Stockholm under 1990-talet och hans idéer får stor betydelse för utvecklingen av den regionala utvecklingspolitiken i Sverige (Säll, 2014, Mitander, Säll & Öjehag-Petterson, 2013, se även Sölvell, Zander & Porter, 1993) medan Florida som talade i Stockholms stadshus 2007, får betydande inflyttande på den svenska debatten om urbanisering och stadsutveckling (se t.ex. Mellander m.fl. 2013). Båda dessa analytiska teorier har översatts till

policy-modeller med internationell spridning (ibid.). De bygger dock delvis på olika antaganden och premisser, exempelvis kring huruvida människor följer jobben eller jobben följer människorna (Niedomysl & Hansen, 2010), om det är förtagen eller arbetskraften som i första hand ska attraheras, eller snarare som kan förklara en regions utveckling (Andersen m.fl., 2010).

I visionen för Karolinska- och Norra stationsområdet vävs dessa två olika idéer samman, den regional tillväxtpolitiska idén och stadsplaneringens idé som härstammar från delvis olika kunskapsfält. Samtidigt som idéerna om att skapa en vetenskapsstad och ett biotech-kluster kring KI formuleras under början av 2000-talet utvecklas Kista i norra Stockholm till ett av världens främsta ITK-kluster och beskrivs som ”en modern sannsaga” medan Hammarby sjöstad i södra Stockholm utvecklas till ett internationellt föredöme för stadsplanering (Lundewall, 2006. s. 197). I Hagastaden handlar det dock om att integrera dessa båda idéer, om att skapa en attraktiv företagsmiljö och en (bo)stadsmiljö, att kombinera fördelarna med och integrera så kallade vetenskapsparker som ofta lokaliserats mer perifert i förortsområden (ex. Kista) i mer urbana miljöer (som Hammarby sjöstad) med det som attraherar den kreativa klassen. Detta är i linje med internationella trender och en så kallad ”urban vändning” i lokaliseringen och utvecklingen av vetenskapsparker från mitten av 2000-talet som också är en reflektion av industrins och kunskapsproduktionens förändrade dynamik (Winden m.fl., 2012).

4. Sjukhuset i staden



Figur 2. Perspektivmålning över NKS och Hagastaden från norr. En tidigare variant av denna perspektivbild från den fördjupade översiktsplanen för Karolinska - Norra station återfinns också i *Vision 2025*. I den tidigare versionen finns en överbyggnad över Solnavägen och en större nordsydlig park runt Klocktornet.

Namnet Hagastaden etablerades 2009 genom en namntävling utlyst av Stockholm stad, Solna stad, Stockholms läns landsting och Akademiska Hus. Tidigare användes namnen Karolinska och Norra station i olika kombinationer för att benämna området och det gemensamma stadsutvecklingsprojektet på gränsen mellan Solna och Stockholm (se figur 2). Det nya sjukhuset utgör ett viktigt element, och delprojekt, i detta omfattande stadsutvecklingsprojekt. NKS planerades att bli ett urbant sjukhus som fysiskt integrerades i staden. I Hagastaden sammanfaller och krockar olika stadsideal och idéer om hur de ska förverkligas. NKS och Hagastaden är en sammansättning av projekt och en del i det större anordnandet av Stockholmsregionen. Relationerna mellan dessa projekt är varken hierarkiska eller linjära och de är i sig själva inte homogena utan heterogena.

Att planera det täta stadsidealet

Idéerna kring att utveckla Norra Stationsområdet började formuleras under 1990-talet. Samtidigt pågick en samhällelig förändring i synen på ”staden” och hur staden bör planeras (eller inte planeras). Staden får en positiv renässans och det ”urbana” framhävs som ett ideal. Idealet som framhålls i stadsplaneringsdebatten är den ”traditionella” staden – en tät och blandad stad med kvarter, gator och torg, inte den ”modernistiska” funktionsseparerade och glesa staden (Tunström, 2009). *Staden* ses som både lösningen och problemet, den attraktiva hållbara kompakta täta staden är lösningen på problemet med den ohållbara glesa utspridda staden (Rådberg, 2014). Samhällsplaneringens funktion blir 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). Att förverkliga dessa visioner verkar dock vara svårt framförallt då det urbana livet som eftersträvas och idealiserats paradoxalt nog delvis bygger på det spontana och oplanerade (Westin, 2010).

Detta skifte i synen på det urbana och på samhällsplaneringens roll är tydlig i utvecklingen av Stockholm stads översiktsplaner från 1990-talet och framåt. Med plan- och bygglagen från 1987 blir det obligatoriskt för kommuner att ta fram översiktsplaner med riktlinjer för mark- och vattenanvändningen i kommunen. Tidigare generalplaner ersätts med översiktsplaner och tidigare stadsplaner ersätts med detaljplaner, samtidigt som det urbana idealiseras. Plan- och bygglagen har reviderats ett antal gånger sedan dess, men grundstrukturen är densamma även om bland annat översiktsplanens strategiska funktion har betonats och förstärkts, vilket är i linje med ett ökat fokus på strategisk rumslig planering generellt både internationellt (se Albrechts, 2004, Healy 2010) och i Sverige (Hermelin, 2009, Schmitt & Smas, 2018).

I den första översiktsplanen för Stockholm från 1991 beskrevs staden som mer eller mindre färdigbyggd, men i den efterföljande planen från 1999 sker en förändring i synen på staden. I Översiktsplan 1999 lanserades idén att ”bygga staden inåt”, även om det i den planen också konstaterades att staden nästan är färdigbyggd. Den nya politiken var ett betydande trendbrott i den ditintills varande traditionen av en centrifugal utbyggnad av Stockholm längs radiella kommunikationslinjer utifrån centrum (Lundevall, 2006). Den övergripande strategin blev nu att förtäta och exploatera industri- och hamnområden runt Stockholms innerstad och omvandla dem till attraktiva och levande stadsdelar (Stockholm stad, 1999, se även Rådberg, 2014, s. 145). Runt Stockholms innerstad, den så kallade stenstaden, utvecklades under 2000-talets första decennier en ring av nya stadsdelar: Hammarby sjöstad, Liljeholmskajen, Norra Kungsholmen, Norra Stationsområdet och Norra Djurgårdsstaden. Hammarby sjöstad blev ett internationellt exempel på god stadsplanering och ”en modern klassiker" (Lundevall, 2006, s. 195).

Idén att bygga stad och förtäta blev det ledande idealet även i översiktsplanen från 2010, som fick namnet *Promenadstaden*. Översiktsplanen beskrevs som ett viktigt strategiskt dokument för att nå målet om en ”stad i världsklass” (Stockholm stad, 2010a, s. 2). Planen framhöll fyra utvecklingsstrategier och ett antal strategiska områden för att uppnå detta. Strategierna handlade om att ”stärka centrala Stockholm” men också om att ”satsa på attraktiva tyngdpunkter”, om att ”koppla samman stadens delar” och om att ”främja en

levande stadsmiljö i hela staden" (ibid. s. 30ff.). Norra Station pekades ut som ett strategiskt område i centrala Stockholm. Att bygga tätt och i anslutningen till knutpunkter för kollektivtrafiken blev också ett viktigt inslag i den regionala utvecklingsplanen från 2010 (SLL, 2010) som utvecklades parallellt med Promenadstadsplanen. En gemensam utredning från 2009 mellan Stockholms stad och Stockholms läns landsting i samband med framtagandet av dessa två planer konstaterade: "Frågan är således inte OM utan HUR staden ska växa och förtätas." (SLL, 2009, s. 8).

Det var i detta sammanhang av förändrade stadsideal, tillsammans med förändrade regionalpolitiska idéer, som planerna på att utveckla Norra stationsområdet växte fram. Norra stationsområdet fanns inte med i översiktsplanen från 1991, men dock Frescati- och Albanoområdet nordväst om Norra stationsområdet som sedermera blev en del av idékonceptet Vetenskapsstaden. I översiktsplanen från 1999 pekades däremot Norra stationsområdet ut som ett strategiskt stadsutvecklingsområde i det halvcentrala bandet kring Stockholms innerstad med bostäder, arbetsplatser och institutioner. Men eftersom detta förutsatte en överdäckning av motorvägen Norra Länken bedömdes det ligga långt fram i tiden. En utveckling av området skulle skapa ett "sammanhängande stråk" mellan Brunnsviken och Karlbergs slott och göra Norra stationsgatan till en "lokalgata" (Stockholm stad, 1999, bilaga 2, s. 11). Området ansågs även kunna fungera som "expansionsområde" för KTH och Stockholms universitet (se figur 3). Utgångspunkten var inte i första hand länkarna i norr-södergående riktning över kommungränsen mot Solna och Karolinska utan de öst-västliga förbindelserna längs med kommungränsen (se figur 2). Norra stationsområdet beskrevs som en expansion av Vasastaden. Intressant nog handlade idén om att bygga staden inåt dels om att flytta det så kallade "tullsnittet" utåt och att således expandera innerstaden, dels om att förtäta och fylla igen luckor i såväl innerstaden som ytterstaden.

I Solna idealiseras också den täta kompakta staden. Problembilden i Solnas översiktsplan från 2006 är, i likhet med Stockholms stads, befolkningstillväxten och bostadsbristen, vilket möjligtvis kan betraktas som två sidor av samma mynt. Näringslivet ansågs vara starkt och ekonomisk tillväxt var inte ett direkt problem utan Solna beskrivs som en central del av Stockholmsregionen som är "tillväxtmotorn" i Sverige. Likt i Stockholms stad, är strategin för den fysiska utvecklingen att förtäta i kollektivtrafik-nära-lägen, vilket också har stöd i de regionala utvecklingsplanerna (SLL, 2001, 2010, 2018). Detta förväntas resultera i "en tät stadsbygd med goda livsmiljöer, korta avstånd och effektiva kommunikationer" (Solna stad, 2006, s. 28). I planen identifieras fem utvecklingsområden: Huvudsta, Solna city, Karolinska sjukhus- och institutsområdet, Västerjärva och Ulriksdalsfältet samt Solna station (med en ny nationalarena för fotboll). Även om områdenas karaktär är olika handlar det i samtliga fall om omvandling av tidigare verksamhetsområden. Karolinska sjukhuset och institutionsområdet beskrivs utifrån de pågående projekten med NKS och Norra Station framförallt i termer av möjligheter och utmaningar.

Planerna för Karolinska- och Norra stationsområdet

Initiativet till att utveckla Norra stationsområdet kom från fastighets- och byggbolag och Stockholms stad och var inledningsvis ett stadsförnyelseprojekt (White Arkitekter, 2004,

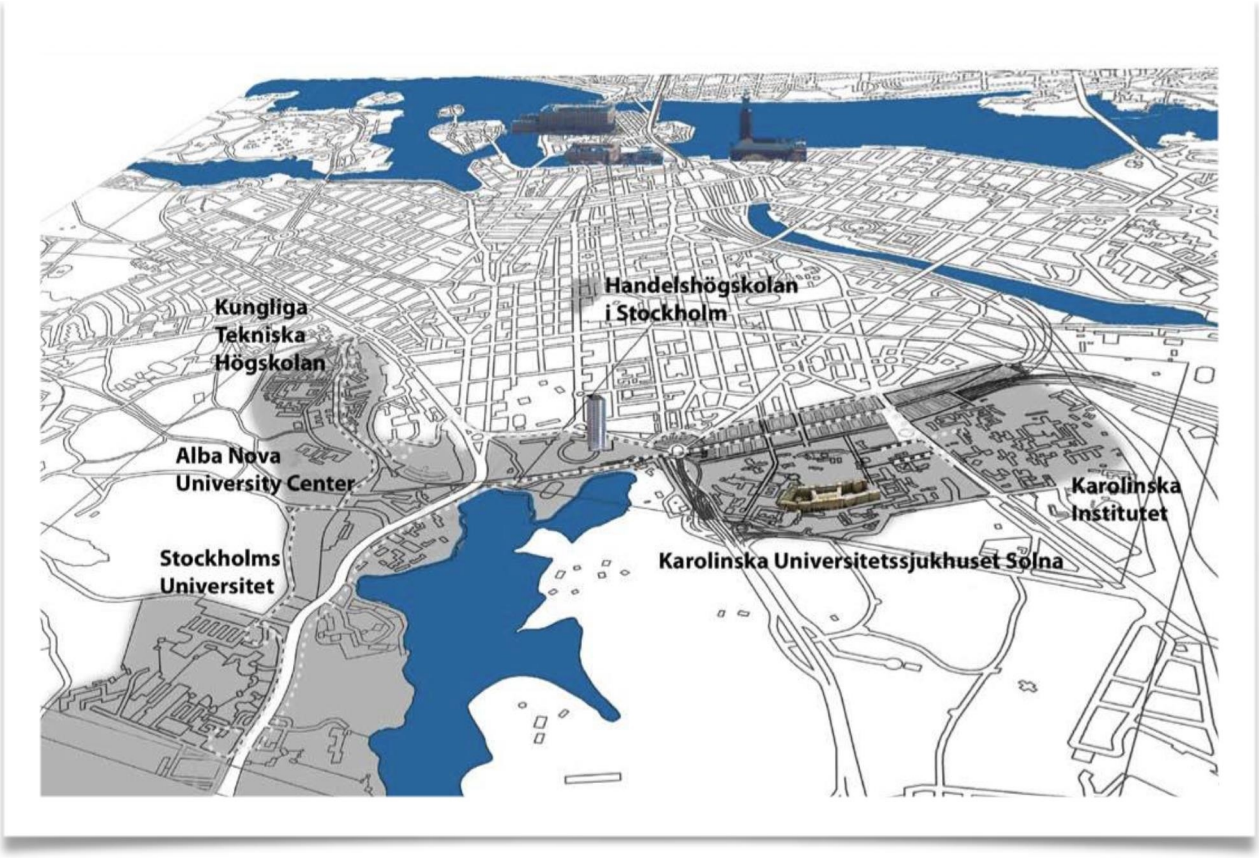
Swanson, 2011). År 2001 inledde Stockholms stad och KI också formella diskussioner om att utveckla Norra stationsområdet med fokus på idékonceptet Stockholm Bio-Science och om att skapa ”en levande stadsdel med starka inslag av biovetenskaplig forskning och företagande” (Stockholm stad, 2001). Senare 2001 kom förslaget att bygga ett nytt universitetssjukhus av världsklass i Stockholm och Sverige (Ralph Ledél, finanslandstingsråd, Stockholms läns landsting, intervjuad i Hildebrand & Alfredsson, u.å.). NKS kom in i stadsbyggnadsprojekt efterhand men beskrivs i *Vision 2025* (2007) som kärnan i den nya stadsdelen (s. 19).

I en rapport från 2004 som togs fram av White Arkitekter klargjordes planeringsförutsättningarna för Norra station, KI och KS-området. Rapporten byggde på ett utvecklingsarbete mellan Stockholm stad, Solna stad, Stockholms läns landsting, Karolinska Institutet, Akademiska hus och Jernhusen. I rapporten formleras en gemensam vision för området:

> Den nya stadsdelen kring Norra Station förenar i en unik miljö stadens kvaliteter med världsledande forskning, företagande och boende i Europas mest spännande tillväxtregion. (White Arkitekter, 2004, s. 5)

De gemensamma planeringsförutsättningarna redogjorde dels för de unika förutsättningarna men betonade också att projektet förutsätter omfattande investeringar i infrastruktur. Området ansågs vara en strategisk plats ”där management och innovationsklimat i traditionella Science Parks kombineras med innerstadens kvaliteter och liv i ett nytt Science City-koncept” (White Arkitekter, 2004, s. 11). Det mellankommunala samarbetet gick sedan vidare med framtagandet av en fördjupning av två översiktsplaner för området som antogs av respektive kommunfullmäktige 2008, det vill säga samma år som landstingsfullmäktige beslutade om att bygga ett nytt sjukhus. Parallellt pågick arbetet med att ta fram detaljplaner för ett sjukhus (Solna stad, 2009) och en aula (Solna stad, 2010) i Solna, och en första av tre planerade detaljplanerna för Hagastaden i Stockholm (Stockholm stad, 2010b).

Stockholm stad arbetade samtidigt med att ta fram en ny översiktsplan, Promenadstaden, som antas 2010. I den framhålls att utvecklingen av området sker i samarbete med Solna (genom den fördjupade översiktsplanen). Området har enligt planen en ”nyckelposition i regionen” och ska ”skapa goda förutsättningar för världsledande verksamhet inom Life Science” (Stockholm stad, 2010a, s. 54). Genom det strategiska stadutvecklingsprojektet förväntas ”Stockholms innerstad integreras med Solna genom en tät och blandad stadsmiljö” (ibid.). Planen är att det ska bli (3 500) bostäder och (14 000) arbetsplatser i det rutnät som förlängs in i området från innerstaden med ”attraktiva park- och torgrum samt goda förbindelser till omgivande parkområden”(ibid.). Projektet beskrivs som en del av Vetenskapsstaden med möjlighet att stärka de ”östvästliga sambanden inom Vetenskapsstaden mellan Karolinska, Stockholms universitet, KTH och Albano” (ibid. se figur 3).



Figur 3. **Perspektivbild över vetenskapsstaden.** Denna bild, som visar hur olika forskningsmiljöer i Stockholm knyts samman inom ramen för idén om en vetenskaps- och kunskapsstad, finns i det gemensamma programmet för området (2004) såväl som i fördjupningen av två översiktsplaner (2008) och i *Vision 2025*.

Att fysiskt, morfologiskt integrera den institutionella sjukhusmiljön och campusområdet på Solnasidan med Stockholms stads gatu- och fastighetsstruktur framhölls som en utmaning. Men ambitionerna i Hagastaden var att lyckas med detta ”konststycket”, och dessutom finna en god balans mellan öppna och slutna miljöer (*Vision 2025*, 2007, s. 19). Att lyckas med detta och skapa de ”urban kvaliteter” som eftersträvades, förutsatte dels att motorvägen däckades över, dels att det nya sjukhuset blev ett urbant sjukhus som kunde integreras i stadsdelen och staden (White Arkitekter, 2004). Utmaningen bestod i att kombinera flera olika historiska stadsideal som ”funktionalismens ideal med ’hus-i-park’” i Solna med den ”kombination av två stadsbyggnadsideal” från perioden innan funktionalismen som karaktäriserar Vasastaden i Stockholm (Solna/Stockholm stad, 2008). Den fördjupade översiktsplanen och detaljplanerna fokuserade därför mycket på struktur och formgivning. Med struktur avses i detta sammanhang framförallt den fysiska strukturen, morfologin, den byggda miljön med byggnader, gator, kvarter och parker. En god byggd miljö framhölls som en väsentlig del för att skapa en attraktiv miljö för företag och invånare.

Detaljplanerna som togs fram i Solna för sjukhuset (Solna stad, 2009) respektive Stockholm för första delen av Hagastaden (Stockholm stad, 2010b) skiljer sig dock åt både innehållsmässigt och i omfång. Detaljplanen för sjukhuset har mer karaktären av en teknisk

genomförandeplan för att uppföra ett nytt byggnadskomplex. Detta kan delvis förklaras med att det i tidigare skeden hade gjorts utredningar om bland annat sjukhusets placering (ex. SLL 2002b) men framförallt eftersom att det genomfördes en arkitekttävling (SLL, 2005, 2006) och togs fram ett program för projekts genomförande (SLL, 2007) innan det formella arbetet med detaljplanen inleddes. För Hagastaden blev detaljplanen också till viss del en ”stadsplan” med tydliga riktlinjer för områdets utveckling och gestaltning (Stockholm stad, 2010b). Att ”läka såret” i det urbana landskapet var en central del i Stockholm stads debatt kring Norra stationsområdet (Stockholms stad, 2010c), men samtidigt planerades sjukhuset i Solna med beredskapen att det inte skulle bli någon överdäckning och sammankoppling av Karolinska och Norra stationsområdet (Solna stad, 2009).

I debatten kring den goda staden är den byggda miljön i centrum och i idealiseringen av det ”urbana” används historien för att både framhäva det önskvärda (den traditionella staden) och det icke-önskvärda (den moderna staden) (Tunström, 2009). Även i planeringen av Hagastaden blev de historiska referenserna viktiga. Redan i en rapport från 2004 om planeringsförutsättningarna (White Arkitekter, 2004) presenterades, exempelvis, två illustrationer över stadsstrukturen, en med namnet Lindhagen och en med namnet Hallman. I den fördjupade översiktsplanen för området framhölls att Karolinska och Norra stationsområdet var en möjlighet att ”att fullborda det stockholmska esplanadsystemet” som började anläggas i slutet av 1800-talet (Solna/Stockholm stad, 2008, s. 67). Inspirerad av 1800-talets Paris och Haussmanns boulevarder och regelbundna kvarter skapade Lindhagen en generalplan för 1800-talets Stockholm, den så kallade Lindhagenplanen som lade grunden till det så kallade esplanadsystemet och som på sina ställen fortfarande är avläsbart i dagens Stockholm. Hallman som var verksam planerare i Stockholm efter Lindhagen inspirerades av andra internationella idéer om mer varierad och till terrängen anpassad och oregelbunden stadsstruktur och av trädgårdsstadsidealet (Pålsson & Andersson, 2019). Hallman medverkade bland annat till planeringen av Rödabergsområdet alldeles intill Norra stationsområdet (Hall, 2009). Både Hallmans och Lindhagens stadsplanering kritiserades dock genom de modernistiska funktionalistiska stadsplanerarna som började dominera svensk planeringsdoktrin från 1930-talet, och fram till 1990-talet, då den ”traditionella” staden fick sin revansch. I det vidare arbetet med Hagastaden, försvann Hallmansalternativet och Lindhagenalternativet blev utgångspunkten för det fortsatta arbetet, vilket också stämmer bättre med idéerna om den ”traditionella” staden (se Tunström 2009) till skillnad från ett mer trädgårdsstads influerat ideal (se Rådberg, 2014). Det urbana sjukhuset blir ett kvarter i denna stadsstruktur. Det blev också tydligt hur historien används för att rationalisera olika ideal och fysiska former, och hur detta också skiljer sig från den regionalpolitiska diskursen med fokus på kluster och företagsklimat.

Planeringssamarbete och marknadslogik

Grannkommunerna Solna och Stockholm både konkurrerar och samarbetar med varandra. Ett tydligt exempel på konkurrens mellan kommunerna är de arenaprojekt som pågick samtidigt med planeringen av NKS och Hagastaden. I Solna planerades och utvecklades området kring Solna Station, med en ny nationalarena för fotboll som ett centralt element (Solna stad, 2007). Projektet var en tydlig översättning av den övergripande strategin

att förtäta i kollektivtrafik-nära-lägen. Samtidigt planerade och byggde Stockholm stad en ny evenemangsarena i stadsutvecklingsområdet Gullmarsplan-Globen-Slakthusområdet som en del i visionen att bli en storstad i världsklass (Stockholm stad, 2010d). Å ena sidan var kommunerna tvungna att hantera en gemensam angelägenhet, å andra sidan att se till sina egna intressen, i linje med en konkurrenslogik.

Planeringen i Solna och Stockholm skiljde sig åt på flera punkter trots att det arbetades fram ett gemensamt planeringsunderlag och en gemensam fördjupning av två översiktsplaner (Solna/Stockholm stad, 2008). En så kallad fördjupad översiktsplan är en möjlighet för kommuner att ta fram som ett tillägg till och fördjupa översiktsplanen kring ett delområde inom kommunen. En del kommuner väljer att aktivt jobba med detta planinstrument, som Solna, medan andra väljer andra typer av strategier och program som inte alltid regleras av lagstiftningen vad gäller exempelvis krav på samråd och granskning. Stockholms stad har tagit fram ett par fördjupade översiktsplaner, bland annat för Hammarby sjöstad och en fördjupad översiktsplan för Nationalstadsparken, som också var ett mellankommunalt samarbetsprojekt med Solna, men arbetar också med andra typer av områdesplaner mellan översiktsplanen och detaljplanen (se t.ex. Tunström & Smas, 2017, Zakhour & Metzger, 2018).

I det fortsatt arbetet har nya planprogram tagits fram som ersatt den gemensamma fördjupade översiktsplanen, ett program för Norra delen av Hagastaden framtaget av Solna stad (2016) och ett för Östra Hagastaden (Norrtull) framtaget av Stockholms stad (2016). I båda programmen finns en gemensam del kring ett specifikt område. Med avstamp i de vägledande men icke juridiskt bindande programmen ska sedan detaljplaner tas fram och de ligger även till grund för markanvisningar. En grundläggande skillnad mellan detaljplaneringen för NKS och första delen av Hagastaden, var att i Solna föregick planeringen och designen av byggnaden detaljplanen medan i Stockholm sker detaljplaneringen parallellt med detta. För sjukhuset hölls, som diskuterats ovan, en extern arkitekturtävling som föregick detaljplaneringen, medan detta inte var fallet i Hagastaden, där en gestaltnings- och arkitekturstrategi utvecklades internt parallellt med detaljplanen och den fördjupade översiktsplanen. Detaljplanerna riskerar i dylika processer att bli projektplaner och i första hand handla om tillståndsprövning av enskilda projekt och inte om stadsplanering (Tunström & Smas, 2017).

Solnas kommunstyrelse gav i mars 2008 Stadsbyggnadsnämnden i uppdrag att starta planeringen för det nya sjukhuset som i sin tur gav Stadsbyggnadsförvaltningen i uppdrag att ta fram en detaljplan (Solna stad, 2009). Drygt ett år senare vann detaljplanen laga kraft. Den formella detaljplaneprocessen för sjukhuskomplexet genomfördes relativt snabbt då många strategiska utredningar och beslut redan hade tagits i samband med exempelvis arkitekturtävlingen. Det finns visserligen ingen nationell officiell statistik kring tidsåtgången, men undersökningar visar att genomsnittstiden för att ta fram en detaljplan är mellan ett och två år (SKL, 2018), men att det i mer komplexa projekt kan ta betydligt längre tid från idé till färdig plan (Fredricsson & Smas, 2015). Att definiera när en planeringsprocess startar är avgörande för hur ett projekt sedermera bedöms, men att definiera en startpunkt är inte en entydig eller neutral fråga utan en fråga om makt och kunskap, där det ges en möjlighet att

etablera en sanning. När planeringen av sjukhuset eller stadsdelen startade är således en kritisk, men också öppen fråga, utan ett entydigt svar, vilket den första detaljplanen för Hagastaden illustrerar. Det är också en fråga som delvis definierar vad som anses vara inom samhällsplaneringens domän och vad som faller utanför dess mandat, och tillhör andra politik- och kunskapsområden som arkitektur, fastighetsutveckling och markpolitik.

Att kartlägga och precisera när en planprocess börjar är också komplext eftersom stora förändringar sker under processens gång, inte minst under omfattande stadsomvandlingsprojekt och detaljplaner, som den för den första etappen av i planeringen och byggandet av Hagastaden. Kommunfullmäktige i Stockholm antog i mars 2010 den första detaljplanen för Hagastaden (och under samma möte antogs även den nya översiktsplanen för kommunen, Promenadstaden). Detaljplanen överklagades till länsstyrelsen och vidare till regeringen som dock avslog alla överklaganden, och planen vann således laga kraft i april 2011. Kritiken handlade mycket om att exploateringsgraden skapar undermåliga boendemiljöer, inte minst ur ett barnperspektiv och att projektet inte har tagit hänsyn till den omgivande kulturmiljön, där de så kallade Tors torn särskilt uppmärksammades. Den höga exploateringsgraden var dock en ekonomisk förutsättning för projektet. Detaljplaneringen inleddes 2001 då först Gatu- och fastighetsnämnden fattade ett inriktningsbeslut för utbyggnad av Norra station och Stadsbyggnadsnämnden sedan godkände startpromemorian för detaljplaneringen. De gemensamma planeringsförutsättningarna utgjorde ett ”underlag för ett samordnat samråd kring enligt PBL avseende program för detaljplan” (White Arkitekter, 2004). I samband med samrådet kring programmet för detaljplan rådde dock länsstyrelsen kommunerna att ta fram en gemensam fördjupad översiktsplan (Swanson, 2012, s. 60). Den fördjupade översiktsplanen togs fram gemensamt under fler år och antogs 2008 i både Stockholms och Solnas kommunfullmäktige. Parallellt med detta pågick dock detaljplanering och fastighetsförvärv i området (Stockholm stad, 2007c).

Kommunernas olika roller och mark(nads)politik

Svenska kommuner har flera delvis motsägelsefulla roller i stadsutvecklingsprojekt (Olsson, 2018, Tunström & Smas, 2017, Zakhour & Metzger, 2018). Stockholms stad agerade i detta fall både stadutvecklare och stadsplanerare, exploatör och reglerare, medan Solna primärt intog rollen som stadsplanerare. Båda kommunerna har dock rollen som samarbetspartner kring att utveckla Vetenskapsstaden (se t.ex. *Vision 2025*). Rollfördelningen beror till stor del på rådigheten över marken, vilket var en grundläggande skillnad i projektförutsättningarna mellan Stockholm och Solna. Medan Stockholm stad äger marken för projektet ägs marken i Solna av dels det statliga bolaget för akademiska fastigheter Akademiska hus, som i princip äger all mark där KI är etablerat, och det av Region Stockholm ägda fastighetsbolaget Locum som förvaltar sjukvårdsbyggnaderna i regionen (White Arkitekter, 2004).

Stockholms stad köpte marken i Norra stationsområdet från det statliga bolaget Jernhusen AB (som bildades 2001) och har sedan anvisat och sålt mark för att på detta sätt kunna finansiera överdäckningen och de kommunala åtagandena (ex. gator och parker) i

området (Stockholms stad, 2007c). Att anvisa mark till privata aktörer som sedan genomför fastighets- och byggprojekt är praxis i Stockholm där kommunen är en stor markägare. Sedan 2010 är detta formaliserat och Stockholms stad arbetar enligt den så kallade Stockholmsmodellen, som bygger på att byggaktörerna är aktiva och tar egna initiativ (Zakhour & Metzger, 2018). Stockholm har länge, men i olika former, bedrivit en aktiv markpolitik vilket i kombination med tomträttsavtal givit staden kontroll över stadsbyggandet. Tomträttsavtal, där kommunen äger marken som privata aktörer arrenderar och bebygger, har varit en viktig del i Stockholms stadsutveckling och planering. Detta system som givit staden långsiktiga årliga inkomster har gradvis ersatts av en modell med anvisning och försäljning av mark, vilket också förändrat möjligheterna att styra och kontrollera den framtida stadsutvecklingen.

All samhällsplanering kan visserligen sägas karaktäriseras av förhandling, men när staden förhandlar och sluter (civilrättsliga) avtal med olika privata aktörer innan den formella detaljplaneprocessen har påbörjats kan det skapa såväl effektivitetsproblem, då kommunen förlorar initiativet, som demokratiska dilemman kring inflytande, transparens och legitimitet (Glemdal, 2008; Olsson, 2018). Denna typ av förhandlingsplanering, då avtal ingås innan den lagstadgade planprocessen börjar, etableras i Stockholm stad under slutet av 1980-talet i samband med försök att attrahera utländska direktinvesteringar (Glemdal, 2008, s. 344). Ett tidigt (misslyckat) exempel på internationellt orienterad förhandlingsplanering är det politiska initiativet att utveckla Norrtullsområdet med Norrtull Center genom att bygga en hotell- och konferensbyggnad genom ett offentligt-privat samarbete med japanska näringslivet. Detta projekt, som överges i början 1990-talet – bland annat på grund av såväl den förhandlingsdrivan processen men också för att höghuset gör intrång på stads- och parklandskapet (Glemdal, 2008) – är också del av förhistorian till NKS och Hagastaden.

Sedan slutet av 1990-talet och under den tidsperiod när NKS och Hagastaden planerades och växte fram har en marknadsorienterad och fastighetsdriven planeringsregim utvecklats i Stockholm (Zakhour & Metzger, 2018). Planeringen sker parallellt utifrån olika rationaliteter med spänningar inom den kommunala organisationen mellan de planerande och exploaterande förvaltningarna och nämnderna (Tunström & Smas, 2017. Hagastaden har varit både ett fastighetsdrivet och ett planeringsdrivet projekt, inte minst genom den fördjupade översiktsplanen, och de omfattande planprogrammen och detaljplanerna. I ett omfattande stadsutvecklingsprojekt som inkluderar många olika aktörer finns det möjlighet att kombinera möjligt, att inom ett och samma planeringssystem, bedriva såväl fastighetsdriven som planeringsdriven stadsutveckling (Valtonen et al., 2017). Men de underliggande förutsättningar har varit en urban entreprenörspolitik varigenom planeringen och byggandet av Hagastaden utgått från marknadsekonomiska rationaliteter. En annan genomgående rumslig rationalitet i både NKS och Hagastaden är idéerna och föreställningarna om den fysiska miljöns betydelse för att skapa sociala och ekonomiska relationer. I båda projekten lyfts estetik, gestaltning och arkitektur fram som viktiga element i planeringen för det framtida sjukhuset och stadsdelen. I Hagastaden tydliggörs detta i detaljplanens gestaltningsprogram och i NKS genom den arkitekttävlingen som genomfördes innan den formella detaljplanen togs fram.

Fysisk integrering, arkitektur och organisation

Ett arkitekturprogram är ett program för att organisera rummet och verksamheterna i rummet (se t.ex. Ramberg, 2014). Genom arkitekturen översätts funktioner till former: boende till bostad, arbete till arbetsplats (Westin, 2010, s. 159), sjukvård till sjukhus, det är med andra ord arkitekturen och formen som skapar urbaniteten. Samtidigt separerar arkitekturen olika funktioner i olika rum och flöden. Planeringen av städer och stadsdelar behandlas ofta likadant som planering av bostäder, där varje yta, plats eller rum får en specifik eller flera specifika funktioner. Detta kan också tolkas som önskan, eller fysiska manifestation av en idé om att styra människors uppförande och göromål, det sker i detta en moralisering genom kodifieringen av rummet (Westin 2010, s. 154).

Arkitektur och den rumsliga utformningen av en byggnad skapar förutsättningar för att organisera en verksamhet och implementera förändringar. Den interna rumsliga organisationen av sjukhuset kan förstås som ett sätt att styra och kontrollera verksamheten (Foucault, 2007). En ny fysisk byggnad möjliggör nya organisationsstrukturer, vilket dock ofta sker implicit och indirekt, och kanske också delvis omedvetet, för som Burell och Dale poängterar döljer rummet maktförhållanden: ”the key effects of achieving control, in part through spatial arrangements, is that power relations become obscured. Architectural forms are often taken for granted and therefore are not seen as being easily changed” (Burell & Dale 2014, s. 6f).

Byggnaden är en reflektion av olika prioriteringar. Detta är inte minst tydligt vad gäller sjukhus, där den rumsliga strukturen är starkt sammanvävd med medicinska teorier och praktiker, och kan ses som en produkt av den rådande medicinska diskursen (Prior, 1988, s. 110). I fallet med NKS handlade det om att testa nya idéer om hur sjukvården skulle kunna organiseras, som också bottnar i ekonomiska rationaliteter snarare än beprövade rådande medicinska diskurser. NKS har i detta sammanhang också utgjort ett laboratorium för management- och konsultidéer. Rummet blev ett medium eller teknologi för indirekt styrning – ett panoptikon (Foucault, 2010) och ett medium som kunde bidra till att lösa ett styrningsproblem. Den generiska byggnaden som var idealbilden för NKS ger dock upphov till även andra former av indirekt och positiv maktutövning, och visar på de komplexa relationerna mellan makt och rum, arkitektur och organisation (Kornberger & Klegg 2004, s. 1107).

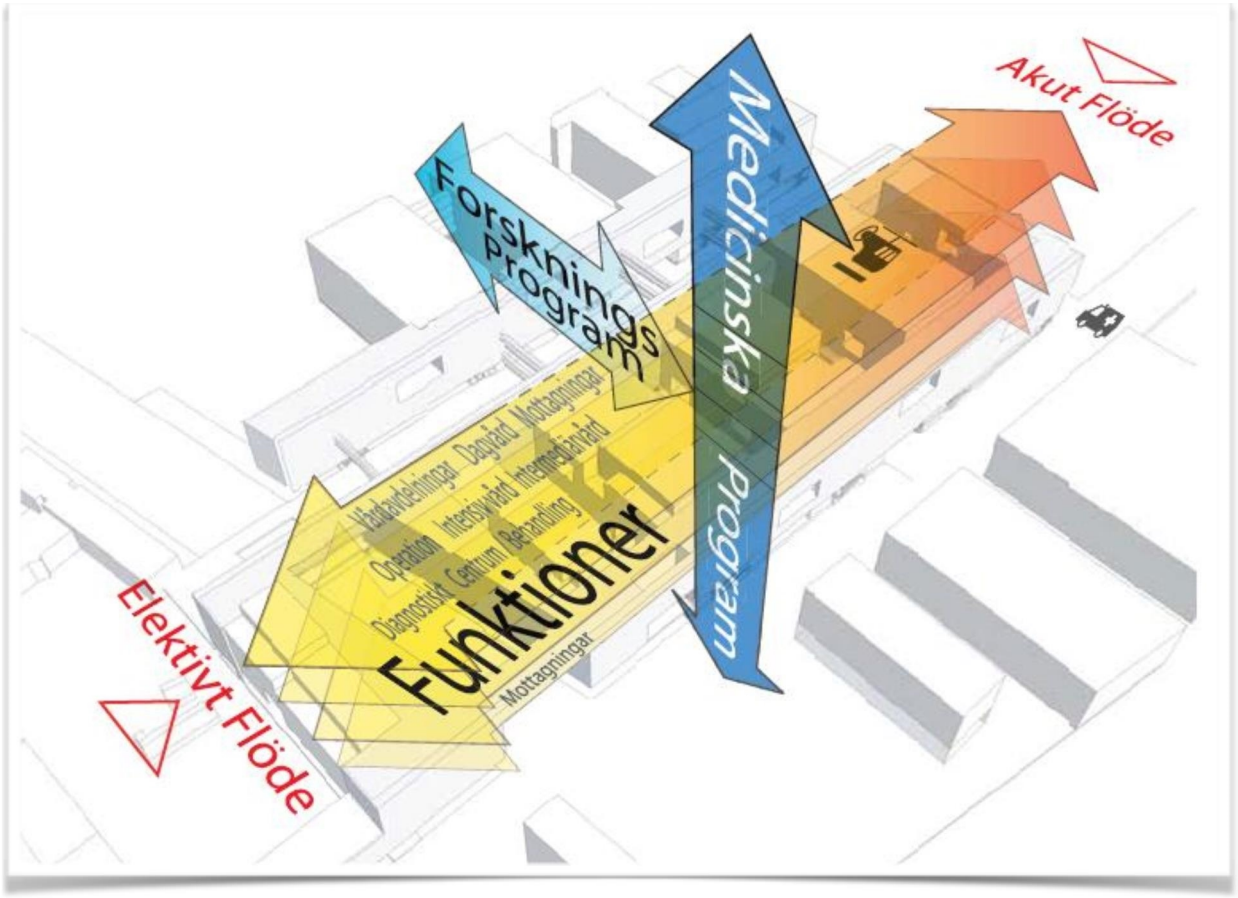
Det vinnande förslaget i den arkitekttävling som genomfördes åren 2005 och 2006 var Forum Karolinska framtaget av White Arkitekter. Det var kanske inte ”det mest spektakulära men det som bäst motsvarade de funktionella krav som ställdes om vårdflöden, tät koppling mellan vård och forskning och generalitet” (Johannesson & Qvist, 2019, s. 35). Men det var det förslag som av juryn ansågs vara det mest intressanta, genomtänkta och förtroendeingivande förslaget och som i sin helhet bäst överensstämde med förväntningarna, vad gäller intern och extern logistik, struktur och gestaltning. Tävlingens jury bestod av sex regionpolitiker och representanter för huvudaktörerna (SLL, KS, KI, LOCUM, Akademiska hus, Solna stad och Stockholms stad) samt arkitekter. Till dessa knöts även fyra beredningsgrupper med sakkunniga kring fyra områden: 1) funktion, 2) struktur och gestaltning, 3) teknik, samt 4) ekonomi, tid och genomförande. De konstaterade att:

> Forum Karolinska kan liknas vid ett idealt tredimensionellt organisationsschema, gestaltat som arkitektoniskt intressanta byggnadsvolymer där sjukhusets inre liv exponeras i fasaderna. Förslaget visar ett stadsbyggnadsmässigt intressant, om än inte okontroversiellt, koncept som förenar KS- och KI-områdena och ansluter sjukhuskomplexet till Norra Stationsområdet. Den väl genomarbetade strukturen tillfredsställer vårdens, forskningens och utbildningens behov av samverkan, funktionalitet, integritet, säkerhet, flexibilitet och generalitet. Den enkla och lätt orienterade strukturen ger också trygghet för patienter och besökare. Förslaget ger som helhet ett professionellt, genomtänkt och förtroendeingivande intryck.
>
> /…/
>
> Förslaget har en enkel, effektiv och hållbar strukturell uppbyggnad, en överlägsen inre logistik, god inre miljö, stadsbyggnadsmässiga kvaliteter och ett arkitektoniskt gestaltningskoncept som sammantaget ger förutsättningar att kunna utvecklas till en anläggning av hög klass. Forum Karolinska är också ett förslag som erbjuder det hållbara huvudgrepp som kommer att krävas i det fortsatta arbetet att utveckla det högklassiga forsknings- och undervisningssjukhus som tävlingen syftar till. (SLL, 2006, s. 32)

Det vinnande förslaget erbjöd ”ett idealt tredimensionellt organisationsschema” (se figur 4) och en flexibel och generell struktur. Redan i 3S-utredningen, som föregick arkitekttävlingen, hade behovet av en flexibel och generisk sjukhusbyggnad poängterats. Byggnaden skulle vara ett skal som kunde fyllas med verksamheter efter behov – strukturen skulle skiljas från innehållet, form från funktion (SLL 2004, bilaga 3, s. 4). Men det poängterades också att en tydlig utvecklingslinje för den framtida vården är mot ”en mer processorienterad organisation” (SLL, 2004, s. 17).

Förutsättningar för arkitekturtävlingen var enligt tävlingsprogrammet (SLL 2005) mycket svåra och komplexa, inte minst då innehållet i sjukhuset inte tydligt specificerats. Men, som också framgår av tävlingsprogrammet, fanns det idéer om hur vården i framtiden skulle organiseras och vilken rumslig form som skulle säkerställa denna organisation. I tävlingsprogrammet framhölls också vikten av byggnadens flexibilitet och generalitet: ”Möjligheter bör finnas att tillgodose olika verksamheters krav i princip var som helst i byggnaden utan att byggnadsstrukturen behöver ändras.” (SLL 2005, s. 27). Men det poängteras också att byggnadens struktur kommer att påverka verksamheterna i byggnaden.

Den interna fysiska utformningen av byggnaden förväntades främja en kommunikationsstruktur, vilket rumsligt i juryns utlåtande översättes till ”Korta avstånd och få vertikala förflyttningar samt separation av flöden” (SLL 2006, s. 26). Det vinnande förslagets så kallade mantelstruktur ansågs leva upp till detta, och bedömningen var ”att en tydlig struktur med funktioner förlagda horisontellt och programområden/teman vertikalt, tillsammans med stödjande utformning av byggnadskropparna ger mycket god flexibilitet och generalitet inom sjukvårdskvarteren respektive forskningskvarteren.” (SLL 2006, s. 26, se även figur 4).



Figur 4. Matris över byggnadens interna organisering. Detta rumsliga organisationsschema som presentades i arkitekttävlingen finns även i *Vision 2025* från 2007 och i det efterföljande projektprogrammet från 2007.

Den nya huvudbyggnaden är uppbyggd kring ett antal ”kärnor” med de centrala verksamheterna som sedan omsluts av en ”mantel” och där olika ”länkar” i form av publika miljöer knyter dem samma (se figur 4). Närhet mellan funktioner och åtskillnad mellan flöden var grundläggande kriterium för granskningen av arkitekturförslagen och något som de andra förslagen kritiserades för att sammanblanda (flöden) eller separera (funktioner). I det vinnande förslagets illustrationer åtskiljs tydligt publika och professionella flöden och zoner, där de publika aktiviteterna sker i byggnadens södra del medan interna flöden hänvisas till den norra delen. Det särskiljs också mellan det elektiva flödet som börjar i huvudentrén i öster och det akuta flödet som börjar i akutentrén i väster. Patienter, personal och besökare separeras i de rumsliga representationerna och förväntas röra sig i olika flöden inom och mellan byggnaderna. Flöden och förändringar i dem har stor betydelse för de sociala aktiviteterna i en given lokal (Delanda, 2006, s. 96).

Sjukhusets uppbyggnad blev ett centralt element och medium för att styra och sammankoppla olika verksamheter, dirigera och avgränsa flöden. Arkitektur och den rumsliga utformningen specificerar vad som ska ske var (funktioner översätts till former, (Westin, 2010)), men den separerar också olika verksamheter och flöden. Detta kan också förstås i termer av regionalisering och lokaliteter (se Delanda, 2006). Där lokaliteter är rum

för olika aktiviteter och (social) interaktion som oftast är internt regionaliserad eller zonerad i tid och rum för olika institutionaliserade sociala praktiker. Exempelvis är sjukhuset zonerat i avdelningar efter olika funktioner eller teman med hjälp av olika fysiska eller symboliska gränser, relaterad till lokalitetens form och karaktär. Det nya sjukhuskomplexet skulle ge möjlighet till nya organisationsformer och arbetssätt med nya flöden och nya gränser, nya lokaliteter och intern regionalisering.

Det multidisciplinära arbetssättet som karaktäriserar den högspecialiserade vården knöts i programmet också tydligt till en specifik organisationsform, men det är oklart vad som leder till vad, vad som är orsak och verkan:

> Organisatoriska enheter som överbryggar traditionella gränser mellan kompetenser, specialiteter och vårdnivåer, så kallat multidisciplinärt arbetssätt, måste bildas så att vården kan byggas upp efter ett vårdkedjetänkande. Med sammanhållna vårdkedjor kan den processorienterade organisationen stödja det multidisciplinära arbetssätt som den högspecialiserade vården kräver. De nya organisationerna och arbetssätten kräver därför andra typer av lokaler och fysiska samband än dem som äldre sjukhusbyggnader var avsedda för. (SLL, 2006, s. 25)

Relationerna mellan organisationer och arbetssätt och lokaler och byggnader är något som inte heller forskningen tar ställning till i termer av orsak och verkan utan snarare beskriver som ömsesidigt beroende. Eller som Foucault (2010) uttryckte det så blir miljön ett element där orsak och verkan låses i en cirkel.

Sambandet mellan forskning-undervisning-sjukvård var ett annat bedömningskriterium där juryn poängterade att ”samordning och koncentration av verksamheten är nödvändig.” (SLL 2006, s. 24). De olika förslagen hade olika lösningar på detta, men två särskilt viktiga aspekter som betonas i programmet var möjligheten till multidisciplinärt forskningssamarbete och relationen mellan KS och KI. De förslag som separerade vård, forskning och undervisning i olika kvarter ansågs ha de bästa förutsättningar för detta, till skillnad från de som blandade verksamheterna i ett komplex eller i olika byggnader, men samtidigt skulle lokalerna främja intern kontakt mellan forskning-sjukvård-undervisning (och således var heller inte en paviljongstruktur intressant) och över disciplinära gränser (ibid. s. 25f.).

Att fysiskt integrera forskning och sjukvård, KI och KS framhölls också då det första spadtaget till projektet tas 2010: ”Det nya NKS kommer ju ligga här bakom och det blir då ännu närmare Karolinska institutets norra campus. Vi kommer alltså att kunna integrera våra verksamheter på ett ännu bättre sätt,” (Harriet Wallberg-Henriksson, Rektor Karolinska institutet, intervjuad i Hildebrand & Alfredsson, u.å.). Men att fysiskt bygga samman två institutioner är inte enkelt, även om avsikten inte är att organisatoriskt fusionerna dem. Det vinnande gestaltningsförslaget som innehöll även en byggnad på KI-sidan om Solnavägen bearbetades om efter kritik från bland annat KI och Akademiska hus som vill bestämma själva över sitt territorium (Swanson, s. 2012, s. 105).

Den inre och yttre organiseringen och strukturen av sjukhuset är sammanlänkade med idéer om hur forskning och sjukvård bör bedrivas, multidisciplinärt och processorienterat. I det Nya Karolinska sjukhuset, tillskillnad från i det ”gamla” sjukhuset, integreras de flesta verksamheterna i en generisk och flexibel huvudbyggnad med mantlar, kärnor och länkar.

Det gamla sjukhus- och institutionsområdet som succesivt utvecklats sedan 1930-talet är i princip en kompromiss mellan två olika, delvis motstridiga, idealmodeller för att bygga institutioner (exempelvis sjukhus och forsknings- och utbildningsmiljöer). En kompromiss mellan ett paviljongsystem, där olika verksamheter huserar i olika hus (som på KIs campusområde), och ett mer rationellt blocksystem, där olika verksamheter integreras i ett byggnadskomplex (huvudbyggnaden som invigdes 1940). Fördelarna med paviljongsystemet ansågs vara att det var mer flexibelt vad gäller utbyggnadsmöjligheter, vilket passade ett universitetssjukhus medan ett blocksystem var mer ekonomiskt rationellt (Bergström, Marcus & Koch, 2010, s. 19). Under 1970-talet utvecklades blocksjukhus som inrymde alla funktioner i en stor byggnad (exempelvis Huddingesjukhus). NKS beskrivs i en rapport från Sveriges kommuner och landsting (SKL) som ett exempel på en ny typ av *struktursjukhus*. Struktursjukhus ”har som ett av sina främsta signum att vara generella och medge flexibel användning. De består av allmänna oföränderliga strukturer som kompletteras med förändringsbara och tidsbundna brukaranpassade scenerier. Nya Karolinska Solna är riktningens främsta exponent.” (SKL, 2008, s. 6).

5. Konklusioner

Mega-projektet NKS har inte bara handlat om att bygga ett sjukhus utan även om att bygga en organisation och förändra en samhällsinstitution. Det har även som denna analys betonat varit ett betydande stads- och regionalpolitiskt samhällsplaneringsprojekt. En viktig del i planeringen av NKS var att det skulle vara en del av staden, att det skulle vara ett urbant sjukhus. Det beskrevs som kärnan i stadsutvecklingsprojektet Hagastaden och det nya bostads- och företagsområdet i världsklass som planerades på gränsen mellan två kommuner, vid en institutionsmiljö och i kvartersstadens utkant (se figur 2). Detta område planerades vara en magnet i Stockholmsregionen, ett biotech-kluster och triple-helix-projekt där akademi, näringsliv och offentliga institutioner kan samverka i ett innovationssystem (se figur 1 och 3). Dessutom skulle både den interna och externa rumsliga strukturen och arkitekturen skapa förutsättningar för en ny multidisciplinär och processorienterad organisation (se figur 4) som integrerar forskning, sjukvård och utbildning.

Planeringen av NKS och Hagastaden visar tydligt samhällsplaneringens komplexitet, men också på de rumsliga bevekelsegrunderna och föreställningar som rationaliserar och legitimerar samhällsplaneringen och dessa megaprojekt. I megaprojekt som NKS och Hagastaden kan å ena sidan olika intressen integreras och motiv beaktas och ges utrymme, å andra sidan bidrar detta till komplexiteten och svårigheten att styra och kontrollera projekten. I planeringen organiseras och sätts idéer samman av olika aktör i planer och representationer som sedan översätts till olika fysiska åtgärder och rumsliga formationer där de låses fast och tydliggörs och maktrelationer synliggörs (Olsson, 1991, 2007).

Komplexiteten i ett samhällsplaneringsprojekt

I visionsdokumentet *Vision 2025. Inbjudan till att skapa världens främsta område för life science. Karolinska/Norra Station,* som togs fram av nyckelaktörerna under planeringen av NKS och Hagastaden, exemplifieras komplexiteten i detta samhällsplaneringsprojekt. Komplexiteten blir tydlig när alla olika rationaliteter och förväntningar på vad som skulle lösas beaktas. Detta är inledande fas inget större problem i de visionära och strategiska planerna som innehåller formuleringar som alla nyckelaktörer kan skriva under på, som till exempel idéer om världsklass. Men när visionerna översätts i mer konkreta planer och sedan i fysiska åtgärder, och när prioriteringar måste göras, blir grundläggande och tvetydiga antaganden tydliga.

Arkitekturtävlingen och programmet för NKS visar att idéer om hur sjukvården och forskningen förväntas bedrivas blir styrande för sjukhusets utformning, som också förväntas möjliggöra eller skapa en viss typ av organisation och ett processorienterat arbetssätt. Ett grundläggande antagande i planeringen av NKS var exempelvis att arbetssättet i den nya byggnaden skulle vara processorienterat och multidisciplinärt även om verksamhetsinnehållet medvetet inte var bestämt. Sjukhuset skulle vara generiskt, ett skal som kunde fyllas med olika verksamheter, men de olika förslagen bedömdes också efter hur de påverkade verksamheten genom att separera flöden och integrera funktioner. Det är dock oklart i planerna om arbetssättet förutsätter eller uppstår ur en viss rumslig struktur, och hur den fysiska och organisatoriska integreringen hänger samman. Rummet och byggnaderna kan

således förstås som en teknologi och medium för indirekt styrning av organisationer och för förändringar av institutioner (jfr. Foucault, 2001).

Också skiljelinjer tydliggörs när visioner och idéer formuleras i planer och program, exempelvis vad gäller relationerna mellan interna och externa verksamheter och strukturer. Sjukvård-forskning-utbildning förväntades enligt planerna integreras i den nya generiska och flexibla byggnaden, som också förväntades skapa både fysiska och funktionella samband mellan KI och KS. Men samtidigt vill de olika aktörerna kontrollera sin verksamhet och sitt territorium, vilket bland annat blev tydligt när KI byggde en aula och den fysiska sammanbyggningen KS fick formen av broar, länkar och stråk. I fysiska åtgärder och miljöer låses idéerna också fast, i exempelvis byggnadens utformning och gatornas sträckningar. En viktig idé som också blir styrande för utformningen av sjukhuset var att det skulle vara ett urbant sjukhus som integreras i staden, närmare bestämt i ett visst traditionellt stadsideal, i en kvartersstruktur. Sjukhuset skulle enligt planerna (fysiskt) integreras i detta stadsideal som dock inte överensstämmer med den kringliggande forsknings- och utbildningsmiljö som det ska utveckla fysiska och funktionella samband med.

I en planeringsprocess måste olika aspekter prioriteras, vilket ofta görs utifrån ekonomiska motiv, särskilt inom det rådande planeringsparadigmet. Exempelvis var det enligt planerna nödvändigt att bygga Hagastaden mycket tät eftersom det gjorde det möjligt att sälja marken till ett högre pris vilket var en förutsättning för att kunna finansiera projektet. Men samtidigt fanns det andra mer rumsligt orienterade rationaliteter i projektet, som att integrera ett sjukhus i stadslandskapet och att bygga samman två kommuner och gemensamt skapa ett område i världsklass. Det är dock två kommuner med delvis olika viljor och förutsättningar, planeringstraditioner och delvis motstridiga stadsideal, som byggs samman, vilket bidrar till komplexiteten. De offentliga aktörerna som har varit i fokus i denna analys, har inte heller haft en entydig vilja eller sammanhållet motiv som drivit projektet framåt. Kommunerna och regionen har haft flera olika och delvis motstridiga roller i projektet. I Stockholms stad agerar olika enheter som exploatör och stadsplanerare, medan Solna haft en mer tydlig planerarroll. Region Stockholm är en viktig aktör framförallt i sin roll som sjukvårdsgivare och exploatör snarare än som regionalt planeringsorgan.

NKS och Hagastaden kan ses som två olika megaprojekt som kopplats samman och dragits isär av olika aktörer i komplexa relationer, i ett regerandekomplex. Ur denna komplexitet uppstår frågor kring vem som planerar. Det är uppenbart att även om planering är en kommunal angelägenhet så är det inte bara kommunen som planerar, framförallt inte om det vidare begreppet samhällsplanering beaktas som exempelvis också kan inkludera lokalisering av sjukhus och andra offentliga verksamheter. I fallet NKS är det snarare Region Stockholm som planerar, men det är inte förvaltningen som arbetar med regionplanering som står för denna planering utan den görs av andra förvaltningar tillsammans med andra offentliga och privata aktörer. Av detta framgår också att varken regionen eller kommunerna kan betraktas som enhetliga och sammanhållna aktörer eller organisationer utan snarare som institutioner med interna motsättningar.

Var och när sker planeringen? Mycket av planeringen kring NKS och Hagastaden verkar ske i olika (mellan)rum, mellan översiktsplan och detaljplan, innan och vid sidan av

den formella planeringsprocessen. Framtagandet av planer och program sker samtidigt eller efter civilrättsliga avtal förhandlas fram och sluts. Den svenska planeringslagstiftningen bygger på en hierarki mellan planer (från översiktsplan till detaljplan), men i praktiken, vilket blir uppenbart i dessa planeringsprojekt, så ändras och uppdateras planer kontinuerligt utifrån olika rationaliteter; ekonomiska, politiska och rumsliga. Dessutom utvecklas planer parallellt och inte enbart sekventiellt. Att avgöra var de studerade samhällsplaneringsprojekten börjar är inte entydigt, och dessutom en form av maktutövning, en möjlighet att etablera en utgångspunkt för att rationalisera och legitimera projekten.

Men att avgöra var ett megaprojekt som NKS slutar kanske är än mer komplext eftersom det inte anpassar sig till rådande strukturer i samhället utan det förändrar samhällsstrukturer. För som Flyvbjerg (2014) betonar så är ett megaprojekt inte bara ett förstorat eller uppskalat mindre projekt utan ett samhällsomvandlande projekt. Ett megaprojekt begränsar sig således inte till sig själv utan sträcker sig bortom sig självt, bortom det fysiska byggnadskomplexet och har en vidare institutionell betydelse även bortanför staden och Stockholmsregionen. Avsikten med det nya sjukhuset var inte främst att ersätta det gamla utan det skulle vara ett nytt sjukhus i världsklass med ett annat uppdrag – högspecialiseradvård, och ett internationellt upptagningsområde långt bortom regionens gränser. Planerna var också att verksamheterna i det gamla sjukhuset skulle distribueras ut till andra sjukhus i regionen. I geografiska termer innebar detta en decentralisering av sjukvården i regionen. Samtidigt skedde en centralisering då det nya sjukhuset skulle vara ett nav och kronan på verket i sjukvårdssystemet.

Rumsliga rationaliteter och lösningar

Planeringen av NKS och Hagastaden erbjöd fysiska åtgärder och rumsliga lösningar på flera problem. Tillsammans adresserade de framförallt ett töjbart excellensproblem inom vilket många olika idéer kunde samlas och anordnas. Att bygga ett flexibelt och generiskt struktursjukhus löste inte bara ett fastighetsproblem utan gav även Regionen nya möjligheter att genom rummet indirekt styra organisationen. Excellensproblemet och idéer om världsklass gjorde det rationellt för andra aktörer att delta och samarbeta kring utvecklingen av Hagastaden. Att fysiskt integrera forskning, vård och utbildning i ett sjukhuskomplex förväntades skapa goda förutsättningar och infrastruktur för innovationer, framförallt om detta kopplas samman med en större vetenskapsstad och ett kluster för livsvetenskap. Men klustret blir också en idé som indirekt styr och formar organisationen och praktiken.

Närhet och täthet har varit två drivande rumsliga förställningar och bevekelsegrunder som förenar NKS och Hagastaden, och som också förenar de inom samhällsplaneringen dominerande narrativen inom regional utveckling och stadsplanering. Både närhet och täthet är centrala rumsliga utgångspunkter i klusterteorin och i det täta stadsidealet som visserligen delvis härstammar från olika kunskapsfält men som speglar en ny ”Porterian-Floridan” rationalitet (Passi & Moisio, 2013). Denna geopolitiska rationalitet bygger på en urban entreprenörspolitisk idé om att städer konkurrerar med varandra och att samhällsplaneringens uppgift handlar om att stimulera, främja och utveckla lokala- och regionalmiljöer. Utifrån detta är både lokaliseringen och planeringen av sjukhuset logisk, sjukhuset skulle bidra till att

utveckla en plats, inte utjämna geografiska ojämlikheter. Det skulle vara med och skapa en (okänd) framtid, inte vara ett svara på en förutspådd utveckling eller prognos.

En central teoretisk och praktisk utgångspunkt i samhällsplanering är att det genom rumsliga åtgärder är möjligt att påverka samhällsutvecklingen. Att planeringen genom att lägga rummet till rätta kan uppnå ett önskvärt samhälle. Det är en framtidsorienterad aktivitet som visserligen fortfarande präglas av idéer om att framtiden är förutsägbar men också och alltmer av idéer om att framtiden är något som skapas, bland annat genom planeringen. Denna grundläggande bevekelsegrund i samhällsplaneringen, att miljön har betydelse för det urbana livet, rationaliserar och legitimerar rumsliga lösningar på funktionella (sociala och ekonomiska) problem. NKS och Hagastaden kan ses som fysiska lösningar på bland annat ett excellensproblem som ramas in och legitimeras genom en idé om att skapa ett sjukhus och en stadsdel i världsklass.

Inom den rådande urbana entreprenörspolitiska diskursen handlar samhällsplaneringen inte främst om att utjämna territoriella olikheter i rummet utan om att främja platsers olikheter (jfr Harvey, 2009), mer om att stimulera tillväxt än om att distribuera välfärd. Det rumsliga fokuset blir inte på omfördelning och distribution utan på koncentration och centralisering. NKS förväntas vara ett nav i sjukhusregionen och Hagastaden en magnet som drar till sig investeringar, företag och människor. Samhällsplaneringens rumsliga rationalitet består i att fysiska åtgärder är centrala för att skapa en attraktiv bostadsmiljö och innovativ företagsmiljö. Utgångspunkten är att det är möjligt att bygga bort samhällsproblem. Det finns dock ingen enkel kausal relation mellan miljö och samhälle (Foucault, 2001) utan det är en dialektisk relation där rummet produceras av samhället och samhället formas av rummet (se Lefebvre, 1991). NKS och Hagastaden är produkter av sin tid, av det rådande regerandekomplexet, baserade på nyliberala politiska-ekonomiska bevekelsegrunder och specifika rumsliga föreställningar, där rummet också utgör en väsentlig teknologi för att forma samhället.

Referenser

Källmaterial

Solna Stad

2006. ÖP 2006. Översiktsplan för dagens och framtidens Solna 2006-2025 (antagen av kommunfullmäktige maj 2006)
2007. Fördjupad översiktsplan för Solna stationsområde (med lokalisering av ny arena för fotboll) (antagen av kommunfullmäktige 29 oktober 2007)
2008. Karolinska - Norra Station. Fördjupning av två översiktsplaner (antagen av kommunfullmäktige 25 augusti 2008)
2009. Detaljplan för nytt universitetssjukhus m m, P10/1 (upprättad i maj 2009, laga kraft 8 juni 2009)
2010. Detaljplan för aula inom KI, del av Haga 4:35 (upprättad i januari 2010, laga kraft 15 juli 2010)
2016. Program för Norra delen av Hagastaden (godkänt av byggnadsnämnden, oktober 2016)

Stockholms Stad

1991. Översiktsplan 90 Stockholm (antagen av kommunfullmäktige 1991)
1999. Översiktsplan 1999 Stockholm (antagen av kommunfullmäktige oktober 1999)
2001. Tjänsteutlåtande av Gatu- och Fastighetskontoret för Gatu- och fastighetsnämnden.
2007a. Kommunfullmäktiges sammanträde den 11 juni april 2007 (protokoll nr 8)
2007b. Ett Stockholm i världsklass - Vision 2030. Stadsledningskontoret. Stockholm stad.
2007c. Inriktningsbeslut för projekt Norra Station samt förvärv av fastigheten Vasastaden 1:17. (tjänsteutlåtande från Exploateringskontoret till Exploateringsnämnden 10 april 2007)
2008. Karolinska - Norra Station. Fördjupning av två översiktsplaner (antagen av kommunfullmäktige, 29 september 2008)
2010a. Promenadstaden: Översiktsplan för Stockholm (antagen av kommunfullmäktige 15 mars 2010)
2010b. Detaljplan för Vasastaden 1:16 i stadsdelen Vasastaden, Dp 2009-02013-54 (antagen av kommunfullmäktige, 15 mars 2010).
2010c. Kommunfullmäktiges sammanträde den 15 mars 2010 (protokoll)
2010d. Detaljplan för Stockholmsarenan mm i stadsdelen Johanneshov i Stockholm, Dp 2008-09117-54 (antagen av kommunfullmäktige, maj 2010).
2016. Program för Östra delen av Hagastaden (Norrtull) Dnr 2014-14026. (godkänd av Stadsbyggnadsnämnden, 13 oktober 2016)
2018. Hagastaden - en vetenskapsstad för liv och hälsa. (informationsmaterial).

Stockholms läns landsting (SLL)/ Region Stockholm (RS)

2002a. Regional utvecklingsplan 2001 för Stockholmsregionen. RUFS 2001. Regionplan för Stockholms län. (antagen av landstingsfullmäktige maj 2002).
2002b. SNUS-utredningen. Rapport från utredningen om ett nytt universitetssjukhus (november 2002).
2004. 3S-utredningen. Utredning om Stockholms SjukvårdsStruktur (3S). (september 2004).

2005. Nytt universitetssjukhus vid Karolinska Solna. Formgivningstävling. Tävlingsprogram. (november 2005).
2006. Nytt universitetssjukhus vid Karolinska Solna. Formgivningstävling. Tävlingsresultat. (augusti 2006).
2007. Nya Karolinska Solna. Projektprogram. (november 2007).
2008. Landstingsfullmäktiges sammanträde den 8 april 2008 (sammanträdeshandlingar).
2009. Regionala stadskärnor. Rapport 1:2009. Regionplane- och trafikkontoret.
2010. Regional utvecklingsplan för Stockholmsregionen. RUFS 2010. (antagen av landstingsfullmäktige 11 maj 2010).
2011a. Landstingsfullmäktiges sammanträde den 14-15 juni 2011 (sammanträdeshandlingar)
2011b. Locums särskilda uppdrag. Projektrapport Nr 6/2011. Landstingsrevisorerna.
2018. Regional utvecklingsplan för Stockholmsregionen. RUFS 2050. (antagen av landstingsfullmäktige 12 juni 2018).

Övrigt

Ny Karolinska Solna. (u.å) Dokumentärfilm producerad av Staffan Hildebrand & Andreas Alfredsson för Nya Karolinska Solna, Stockholms läns landsting. Tillgänglig (12 september 2019) via https://vimeo.com/103720169

Region Stockholm. 2019. Frågor och svar om Nya Karolinska Solna. Tillgängligt (19 september 2019) via https://www.sll.se/verksamhet/halsa-och-vard/Aktuella-projekt-Halsa-och-vard/Nya-Karolinska-Solna/Fragor-och-svar-om-Nya-Karolinska-Solna/

Stockholm stad. 2019. Hagastaden. Tillgängligt (19 september 2019) https://vaxer.stockholm/hagastaden

SFS 2010:900. *Plan- och bygglag.* Svensk författningssamling. Stockholm: Näringsdepartementet.

Sveriges kommuner och landsting (SKL). 2008. *Fullt flexibelt: flexibilitet och generalitet i sjukhusbyggnader*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.

Sveriges kommuner och landsting (SKL). 2018. ppna jämförelser inom detaljplaneområdet. Tillgänglig (9 januari 2019) https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-699-5.pdf

Vision 2025. 2007. Inbjudan till att skapa världens främsta område för life science. Karolinska/Norra Station.

White Arkitekter. 2004. Norra Stations-, Ki- och KS-området. Stadsutveckling i gränslandet mellan Stockholm och Solna (november 2004)

Litteratur

Albrechts, Louis. 2004. ”Strategic (spatial) planning reexamined”. *Environment and Planning B: Planning and Design* 31 (5): 743–758.

Andersen, Kristina Vaarst, Markus M. Bugge, Høgni Kalsø Hansen, Arne Isaksen, och Mika Raunio. 2010. ”One Size Fits All? Applying the Creative Class Thesis onto a Nordic Context”. *European Planning Studies* 18 (10): 1591–1609.

Andersson, Catrin och Maria Grafström. 2019. Att styra genom organisation: Exkludering, inkludering och villkorat deltagande i Nya Karolinska Solna. Scores Rapportserie, 2019:3. Stockholm: Stockholms universitet.

Bergström, Anders, Lars Marcus, och Daniel Koch. 2010. *KI arkitektur och kunskapsmiljö: tävlingen, etableringen, förnyelsen*. Stockholm: Akademiska Hus.

Boschma, Ron. 2005. ”Proximity and Innovation: A Critical Assessment”. *Regional Studies* 39 (1): 61–74.

Burrell, Gibson, och Karen Dale. 2014. ‘Space and Organization Studies’. In *The Oxford Handbook of Sociology, Social Theory, and Organization Studies*, edited by Paul Adler, Paul du Gay, Glenn Morgan, and Mike Reed. Oxford University Press.

Buunk, W.W., och L.M.C. van der Weide. 2015. ”Value-oriented approach to discursive analysis of urban and regional planning”. I *The Routledge Handbook of Planning Research Methods*, redigerad av Elisabete A. Silva, Patsy Healey, Neil Harris, och Pieter Van den Broeck, 213–24. New York: Routledge.

DeLanda, Manuel. 2006. A New Philosophy of Society: Assemblage Theory and Social Complexity. London & New York: Continuum.

Ennart, Henrik, och Fredrik Mellgren. 2016. *Sjukt hus: globala miljardsvindlerier-från Lesotho till Nya Karolinska*. Stockholm: Ordfront.

Elden, Stuart. 2006. ”*Discipline, Health and Madness: Foucault’s Le Pouvoir Psychiatrique*”. History of the Human Sciences 19 (1): 39–66.

Elmhorn, Camilla. 2013. *Från hot till löfte: Stockholms ekonomiska omvandling 1945 - 2010*. Monografier utgivna av Stockholms stad 239. Stockholm: Stockholmia förlag.

Emmelin, Lars och Jan-Evert Nilsson. 2016. Fysisk planering - att forma ett ämne. I *Femtio år av svensk samhällsplanering: vänbok till Gösta Blücher,* redigerad av Albertsson, Bertil, Lars Emmelin, Jan-Evert Nilsson, Fredrik von Platen och Gösta Blücher, 301-322. Karlskrona.

Fainstein, Susan S. 2008. ”Mega-projects in New York, London and Amsterdam”. *International Journal of Urban and Regional Research* 32 (4): 768–785.

Florida, Richard L. 2002. *The Rise of the Creative Class: And How It’s Transforming Work, Leisure, Community and Everyday Life*. New York, NY: Basic Books.

Florida, Richard L. 2005. *Cities and the creative class*. New York: Routledge.

Flyvbjerg, Bent. 1998. *Rationality and Power: Democracy in Practice*. Morality and Society. Chicago: University of Chicago Press.

Flyvbjerg, Bent. 2001. *Making Social Science Matter: Why social inquiry fails and how it can succeed again*. Översatt av Steven Sampson. Cambridge: Cambridge University Press.

Flyvbjerg, Bent. 2014. ”What You Should Know About Megaprojects and Why: An Overview”. *Project Management Journal* 45 (2): 6–19.

Foucault, Michel. 2002. *Power*. Redigerad av James D. Faubion. Essential Works of Foucault 1954-1984, Michel Foucault; Vol. 3. London: Penguin.

Foucault, Michel. 2004. ”The Crisis of Medicine or the Crisis of Antimedicine?” *Foucault Studies*, December, 5–19.

Foucault, Michel. 2007. ”The Incorporation of the Hospital into Modern Technology”. I Space, Knowledge and Power: Foucault and geography, redigerad av Jeremy W. Crampton och Stuart Elden, översatt av Edgar Jr. Knowlton, William J. King, och Stuart Elden, 141–51. Aldershot, England ; Burlington, VT: Ashgate.
Foucault, Michel. 2010. *Säkerhet, territorium, befolkning: Collège de France 1977-1978*. Redigerad av Michel Senellart, François Ewald, och Alessandro Fontana. Översatt av Kim West.
Foucault, Michel. 2017. *Övervakning och straff: fängelsets födelse*. Översatt av C. G. Bjurström. Femte översedda och Ombrutna upplagan. Lund: Arkiv förlag.
Franzén, Mats, Nils Hertting, och Catharina Thörn. 2016. *Stad till salu: entreprenörsurbanismen och det offentliga rummets värde*. Göteborg: Daidalos.
Fredricsson, Christian, och Lukas Smas. 2013. *En granskning av Norges planeringssystem: Skandinavisk detaljplanering i ett internationellt perspektiv*. Nordregio Report, 2013:1. Stockholm: Nordregio.
Glemdal, Michael. 2008. *Gubben på kullen: om den smärtsamma skillnaden mellan politiska intentioner och praktiska resultat*. Jönköping: Jönköping University.
Grafström, Maria, och Catrin Andersson. 2019. Oklarhet som förändringsstrategi: Nya Karolinska Solna och idén om den högspecialiserade vården. Scores Rapportserie, 2019:2. Stockholm: Stockholms universitet.
Gustafsson, Anna, och Lisa Röstlund. 2019. *Konsulterna: Kampen om Karolinska*. Stockholm: Mondial.
Hall, Peter. 2014. *Cities of Tomorrow: An Intellectual History of Urban Planning and Design Since 1880*, 4th ed. John Wiley & Sons.
Hall, Thomas. 2009. Stockholm: the making of a metropolis. London: Routledge.
Harley, J B. 1989. ”Deconstructing the Map”. *Cartographica: The International Journal for Geographic Information and Geovisualization* 26 (2): 1–20.
Harvey, David. 1989. ‘From Managerialism to Entrepreneurialism: The Transformation in Urban Governance in Late Capitalism’. *Geografiska Annaler. Series B. Human Geography* 71 (1): 3–17.
Harvey, David. 2009. *Den globala kapitalismens rum: på väg mot en teori om ojämn geografisk utveckling*. Översatt av Maria Åsard. Hägersten: Tankekraft.
Healey, Patsy. 2010. *Making better places: the planning project in the twenty-first century*. New York: Palgrave Macmillan.
Hermelin, Brita. 2009. “Spatial Strategic Planning in the Stockholm Region—Discourses on the Space-Economy and Growth Factors.” *European Planning Studies* 17 (1): 131–48.
Hermelin, Brita, Margareta Dahlström, och Lukas Smas. 2014. “Geographies of Knowledge and Learning: The Example of Medical Technology.” *Growth and Change* 45 (3): 450–
Huxley, Margo. 2002. ”Governmentality, Gender, Planning”. I *Planning Futures: New Directions for Planning Theory*, redigerad av Phil Allmendinger och Mark Tewdwr-Jones, 136–153. London and New York: Routledge.
Huxley, Margo. 2006. ”Spatial Rationalities: Order, Environment, Evolution and Government”. *Social & Cultural Geography* 7 (5): 771–87.
Johannesson, Livia och Martin Qvist. 2019. Ett megaprojekt tar form: Den tidiga planeringen av Nya Karolinska Solna. Scores rapportserie 2019:4. Stockholm: Stockholms universitet.
Johannesson Livia och Carl Yngfalk. 2020. Tilläggsavtal och anpassning. Det institutionella (efter)arbetet för att upprätthålla OPS-avtalets legitimitet inom Stockholms läns landsting 2012–2018. Scores rapportserie 2020:2. Stockholm: Stockholms universitet

Johansson, Jan, red. 2004. *Europas modernaste sjukhus: fem uppsatser om tillkomsten av Sunderby sjukhus*. Luleå: Luleå tekniska universitet.
Junker Svenne, och Carl Yngfalk. 2019. Vägen fram till beslutet om offentlig-privat samverkan för Nya Karolinska Solna. Scores rapportserie 2019:5. Stockholm: Stockholms universitet.
Kornberger, Martin, och Stewart R. Clegg. 2004. ”Bringing Space Back in: Organizing the Generative Building”. *Organization Studies* 25 (7): 1095–1114.
Lefebvre, Henri. 1991. *The Production of Space*. Translated by Donald Nicholson-Smith. Oxford: Basil Blackwell.
Lundevall, Peter. 2006. *Stockholm: den planerade staden*. Stockholm: Carlsson.
Mattsson, Henrik. 2009. ”Innovating in Cluster/Cluster as Innovation: The Case of the Biotechvalley Cluster Initiative”. *European Planning Studies* 17 (11): 1625–43.
Mellander, Charlotta, Richard Florida, Bjørn Asheim, och Meric Gertler, red. 2013. *The creative class goes global*. New York: Routledge.
Mitander, Tomas, Line Säll, och Andreas Öjehag-Pettersson, red. 2013. *Det regionala samhällsbyggandets praktiker: tiden, makten, rummet*. Göteborg: Daidalos.
Moisio, Sami, och Anssi Paasi. 2013. ”From Geopolitical to Geoeconomic? The Changing Political Rationalities of State Space”. *Geopolitics* 18 (2): 267–83.
Niedomysl, Thomas, och Høgni Kalsø Hansen. 2010. ”What Matters More for the Decision to Move: Jobs versus Amenities”. *Environment and Planning A: Economy and Space* 42 (7): 1636–49.
Olsson, Gunnar. 1990. *Antipasti*. Göteborg: Korpen.
Olsson, Gunnar. 2007. Abysmal: a critique of cartographic reason. Chicago: University of Chicago Press.
Olsson, Gunnar. 2009. ”Nordplan and Nordregio”. I *International Encyclopedia of Human Geography*, redigerad av Rob Kitchin och Nigel Thrift, 469–472. Amsterdam: Elsevier.
Olsson, Lina. 2018. ”The Neoliberalization of Municipal Land Policy in Sweden”. *International Journal of Urban and Regional Research* 42 (4): 633–50.
Porter, Michael E. 1998. *The Competitive Advantage of Nations: With a New Introduction*. New ed. Basingstoke: Macmillan.
Porter, Michael E., och Elizabeth Olmsted Teisberg. 2006. Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Boston, Mass: Harvard Business School Press.
Prior, Lindsay. 1988. ”The Architecture of the Hospital: A Study of Spatial Organization and Medical Knowledge”. *The British Journal of Sociology* 39 (1): 86.
Pålsson, Ann och Monica Andersson, red. 2019. *Per Olof Hallman – stadsplanekonstens förnyare*. Samfundet S:t Eriks Årsbok 2019. Stockholm: Appell förlag.
Ramberg, Klas. 2012. *Konstruktionen av framtidens stad: arkitekttävlingar om bostäder och stadsdelar i Sverige 1989 - 2003*. Stockholm: Hemmavid förlag.
Ramírez, José Luis. 1996. ”Planeringsteori som humanvetenskaplig aktivitet”. I *Poste Restante: en avslutningsbok*, 106–21. Stockholm: Nordiska institutet för samhällsplanering.
Ramírez, José Luis. 2003. ”Retorik som humanvetenskaplig kunskapsteori och metod i samhällsplanering - En idéöversikt”. *Statsvetenskaplig tidskrift* 106 (1): 55–74.
Rådberg, Johan. 2014. *Stadsplanekonstens irrvägar*. Skärholmen: Debattförlaget.
Sahlin-Andersson, Kerstin. 1981. *Kommunal investeringsplanering: fallstudier av extraordinära beslut*. Stockholm: Statens råd för byggnadsforskning: Svensk byggtjänst.

Sahlin-Andersson, Kerstin, och Anders Söderholm. 1987. *Visionen om framtidens Södertörn: organisering av ett regionalt utvecklingsprojekt*. Stockholm: Statens råd för byggnadsforskning: Svensk byggtjänst.
Strömgren, Andreaz. 2007. Samordning, hyfs och reda: stabilitet och förändring i svensk planpolitik 1945 - 2005. Uppsala: Uppsala University Library.
Swanson, Owe. 2012. *Karolinska/Norra station: bygga kunskapsstad?* White arkitekter.
Swyngedouw, Erik, Frank Moulaert, och Arantxa Rodriguez. 2002. ”Neoliberal Urbanization in Europe: Large-Scale Urban Development Projects and the New Urban Policy”. I *Spaces of neoliberalism: Urban Restructuring in North America and Western Europe*, redigerad av Neil Brenner och Nik Theodore, 195–229. Oxford: Blackwell.
Säll, Line. 2014. *Regionalpolitikens diskursiva grunder och gränser: om politik, makt och kunskap i det regionala samhällsbyggandet*. Karlstad: Karlstads universitet.
Sölvell, Örjan, Ivo Zander och Michael E. Porter. 1993. *Advantage Sweden*. Andra upplagan. Stockholm: Norstedts juridik.
Schmitt, Peter, och Lukas Smas. 2018. ”Spatial planning in Sweden: Key notions, trajectories and challenges”. I *Territorio y estados: Elementos para la coordinación de las políticas De ordenación del territorio en el siglo xxi [Territory and States: Essentials for the Coordination of Spatial Planning Policies in the XXIst Century]*, redigerad av Joaquín Farinós Dasí och Joaquín Peiró, 597–620. Valencia: Tirant Humanidades.
Tunström, Moa. 2009. *På spaning efter den goda staden: om konstruktioner av ideal och problem i svensk stadsbyggnadsdiskussion*. Örebro: Örebro University.
Tunström, Moa, och Lukas Smas. 2017. ”Spänningar på ett fält: stadsplaneringens diskurs och praktik på gränsen mellan innerstad och förort”. I *Urban utveckling och interaktion*, redigerad av Thomas Borén, 137:145–64. Ymer. Stockholm: Svenska Sällskapet för Antropologi och Geografi.
Valtonen, Eero, Heidi Falkenbach, och Kauko Viitanen. 2017. ”Development-Led Planning Practices in a Plan-Led Planning System: Empirical Evidence from Finland”. *European Planning Studies* 25 (6): 1053–75.
Wallenstein, Sven-Olof. 2008 Sjukhuset som det modernas laboratorium. I *Kulturen och hälsan: essäer om sambandet mellan kulturens yttringar och hälsans tillstånd,* redigerad av Gunnar Bjursell och Lotta Vahlne Westerhäll, 161-188. Stockholm: Santérus
Westin, Sara. 2010. Planerat, alltför planerat: en perspektivistisk studie i stadsplaneringens paradoxer. Uppsala: Kulturgeografiska institutionen, Uppsala Universitet.
Winden, Willem van, Luis de Carvalho, Erwin van Tuijl, Jeroen van Haaren, och Leo van Den Berg, red. 2012. *Creating knowledge locations in cities: innovation and integration challenges*. Regions and cities. London & New York: Routledge.
Yngfalk, Carl och Svenne Junker. 2019. *Allt ljus på OPS: legitimeringen av offentlig-privat samverkan för Nya Karolinska Solna*. Scores rapportserie 2019:6. Stockholm: Stockholms universitet.
Zakhour, Sherif, och Jonathan Metzger. 2018. “From a ‘Planning-Led Regime ’to a ‘Development-Led Regime ’(and Back Again?): The Role of Municipal Planning in the Urban Governance of Stockholm.” *DisP - The Planning Review* 54 (4): 46–58.
Öhrming, Jan. 2017. *Allt görs liksom baklänges: Verksamheten vid Nya Karolinska Solna*. Huddinge: Södertörns högskola.