Regionrådsberedningen

SKRIVELSE
2019-04-03

LS 2016-1186

Regionstyrelsen

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

Föredragande regionråd: Irene Svenonius

Ärendebeskrivning

I rapporten överlämnas den andra delrapporten från Stockholms universitet avseende Nya Karolinska Solna-projektet.

Förslag till beslut

Regionrådsberedningen föreslår regionstyrelsen föreslå att regionfullmäktige beslutar följande.

Stockholms universitets delrapport nr 2, 2019-03-15, Framtidens universitetssjukhus – Beslut om Nya Karolinska Solna 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 förra året.

Den nu föreliggande andra återrapporteringen innehåller lägesbeskrivningar och delresultat från tre av projektets fem delprojekt. I delrapporten redovisas analyser avseende delprojekten

-Beslut om genomförande av byggnationen
-Beslut om att sluta kontrakt enligt OPS-modellen
-Beslut om verksamhetsinnehållet

Det framgår också av beslutet att resultaten av granskningen ska presenteras för fullmäktige.

Beslutsunderlag

Regiondirektörens tjänsteutlåtande
Stockholms universitets delrapport nr 2, 2019-03-15, Framtidens universitetssjukhus Beslut om Nya Karolinska Solna

Irene Svenonius

Region Stockholm

5

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

LS 2016-1186

Regionstyrelsen
Regionledningskontoret
SLL Juridik
Anne Rundquist

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2019-03-21

LS 2016-1186

Regionstyrelsen

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

Ärendebeskrivning
I rapporten överlämnas den andra delrapporten från Stockholms universitet avseende Nya Karolinska Solna-projektet.

Beslutsunderlag
Regiondirektörens tjänsteutlåtande
Stockholms universitets delrapport nr 2, 2019-03-15, Framtidens universitetssjukhus Beslut om Nya Karolinska Solna

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

> Stockholms universitets delrapport nr 2, 2019-03-15, Framtidens universitetssjukhus – Beslut om Nya Karolinska Solna läggs till handlingarna.

Regionledningskontorets förslag och motivering
Godkänd av Carina Lundberg Uudelepp, 2019-03-21Sammanfattning
Stockholms universitet har levererat den andra delrapporten av sin oberoende genomlysning av Nya Karolinska Solna-projektet. Delrapporten överlämnas och fullmäktige föreslås lägga den till handlingarna.

Bakgrund
Landstingsfullmäktige i Stockholms län beslutade den 13 september 2016, LS 2015-1106, att ge landstingsstyrelsen i uppdrag att genomföra en oberoende genomlysning av beslut rörande projektet att uppföra ett nytt universitetssjukhus i Solna. 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 godkänna att en oberoende genomlysning av Nya Karolinska Solnaprojektet genomförs 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 kommer att ske i tre etapper med två 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 landstingsfullmäktige den 8 maj 2018.

Den andra delrapporten planerades till våren 2019.

Överväganden
Stockholms universitet, som getts i uppdrag att genomföra den oberoende genomlysningen av Nya Karolinska Solna-projektet, har nu levererat den andra delrapporten.

Delrapporten innehåller lägesbeskrivningar och delresultat från tre av projektets fem delprojekt. I delrapporten redovisas analyser avseende delprojekten

-Beslut om genomförande av byggnationen
-Beslut om att sluta kontrakt enligt OPS-modellen
-Beslut om verksamhetsinnehållet

Förvaltningen föreslår att regionfullmäktige lägger delrapporten till handlingarna.

Ekonomiska konsekvenser
Beslutet har inga ekonomiska konsekvenser.

Carina Lundberg Uudelepp
Regiondirektör

Anne Rundquist
Chefsjurist

Beslutsexpediering:
Akt
Klicka här för att fylla i vilka beslutet ska skickas till

Stockholms universitet

Framtidens universitetssjukhus

Beslut om Nya Karolinska Solna

Delrapport 2

2019-03-15

Göran Sundström, projektledare

Epost: goran.sundstrom@statsvet.su.se
Telefon: 08 16 32 63

Stockholms universitet

Inledning och läsanvisningar

Den 29 juni 2017 slöt dåvarande Stockholms läns landsting (SLL) – sedan den 1 januari 2019 Region Stockholm (RS) – och Stockholms universitet ett avtal om uppdragsforskning (dnr: SU FV-6.1.3-2197-17). Avtalet avser ett samhällsvetenskapligt forskningsprojekt gällande beslut om Nya Karolinska Solna (NKS). Projektet är förlagt till Statsvetenskapliga institutionen och sträcker sig från den 1 juli 2017 till den 30 juni 2020.

Forskningsprojektet handlar om de beslutsprocesser som ledde fram till öppnandet av sjukhuset, om de aktörer som har agerat i dessa processer, om den organisering som kringgärdat processerna och om de idéer som har varit betydelsefulla i beslutsprocesserna. Syftet är att öka förståelsen för och kunskapen om den typ av komplexa beslutsprocesser som kringgärdar stora projekt som NKS.

Enligt avtalet mellan RS och SU ska lägesbeskrivningar och resultat från projektets olika delprojekt avrapporteras till RS under projektets gång. En första avrapportering skedde den 23 februari 2018 och omfattade delprojekten 1 och 3. Avrapporteringen var inte en slutrapportering från de båda projekten utan avsåg delresultat. Denna rapport utgör en andra avrapportering och omfattar delprojekten 2, 3 och 4. Inte heller denna avrapportering handlar om att slutrapportera delprojekten, utan om att redovisa lägesbeskrivningar och delresultat. Alla tre delprojekten kommer att fortsätta efter denna avrapportering.

Rapporten består av tre delar. I den första redogörs för hela projektets uppläggning. I den andra delen redogörs för det arbete som har genomförts sedan den första delrapporteringen. I den tredje delen sammanfattas resultaten i avrapporteringar från delprojekten 2, 3 och 4. De fullständiga avrapporteringarna från dessa delprojekt återfinns som bilagor sist i rapporten. Delprojekten 2 och 4 avrapporteras genom två rapporter författade av Catrin Andersson och Maria Grafström, vid statsvetenskapliga institutionen och Stockholms centrum för forskning om offentlig sektor (Score). Delprojekt 3 avrapporteras genom en rapport författad av Carl Yngfalk och Svenne Junker, båda vid Score.

Stockholms universitet

Projektets uppläggning

Projektet ”Framtidens universitetssjukhus. Beslut om Nya Karolinska Solna” syftar till att beskriva och förklara beslutsprocesserna kring NKS, från att det första initiativet till att bygga sjukhuset togs i slutet av 1990-talet, till och med det slutliga färdigställandet av byggnationen, inklusive verksamhetsinnehåll och driftsättning. Som samhällsvetenskapligt projekt är ambitionen inte att försöka slå fast vem eller vilka som har gjort rätt eller fel. Det handlar heller inte om att försöka fastställa vilka konsekvenser alternativa beslut till de som har tagits hade fått. I stället syftar projektet till att öka förståelsen för och kunskapen om den typ av komplexa beslutsprocesser som omger stora och avancerade projekt som NKS. Inte minst handlar det om att lyfta fram olika organisatoriska aspekter som kan ha påverkat kvaliteten i beslutsfattandet med avseende på såväl olika demokratiska värden – som insyn, deltagande och ansvarsutkrävande – som handlingskraft och effektivitet. Ambitionen är att RS, och andra aktörer, ska kunna dra lärdomar från projektets resultat så att framtida beslutsprocesser kring stora och komplexa projekt som NKS kan organiseras på ett sätt som ökar förutsättningarna att leva upp till krav på såväl demokrati som effektivitet. Projektet fokuserar följande frågeställningar:

1) Vilka har de viktigaste beslutstillfällena varit i processen bakom NKS?
2) Vilka har de viktigaste aktörerna varit i beslutsprocesserna, och vilka strategier har de använt för att förverkliga sina ambitioner?
3) Vilka organisatoriska arrangemang har format beslutsprocesserna, genom att både möjliggöra och förhindra olika aktörers ageranden?
4) Vilka idéer har varit betydelsefulla i beslutsprocesserna, och på vilket sätt har de påverkat processerna?

Projektet består av fem delprojekt. *Delprojekt 1* analyserar processen fram till beslutet i april 2008 om att bygga NKS. *Delprojekt 2* analyserar olika beslut avseende organiseringen av genomförandet av NKS-projektet. *Delprojekt 3* analyserar processen bakom beslutet 2010 att sluta avtal enligt OPS-modellen och det efterföljande arbetet med att förvalta avtalet. *Delprojekt 4* analyserar olika beslut om verksamhetsinnehåll på och driftsättning av NKS. *Delprojekt 5* analyserar NKS ur ett övergripande planeringsperspektiv.

Delprojekten 1-4 påbörjades den 1 juli 2017 och löper samtliga över tre år. Delprojekt 5 påbörjades den 1 januari 2018 och löper över två och ett halvt år. Varje delprojekt leds av en delprojektledare. Tillsammans med projektledaren bildar delprojektledarna en projektlednings-grupp som möts regelbundet för att samordna och diskutera de olika delprojekten.

Projektet avrapporteras dels via rapporter och artiklar från de olika delprojekten, dels genom en avslutande bok, där resultat från samtliga delprojekt diskuteras och syntetiseras. Publikationerna kommer att rikta sig till såväl en svenskt publik av beslutsfattare, tjänstemän, forskare och intresserade medborgare som till det internationella forskarsamhället.

Vid sidan av nämnda publikationer ska, som nämnts, även lägesbeskrivningar och delresultat från delprojekten avrapporteras till RS under projektets gång. En första sådan avrapportering skedde i februari 2018 och avsåg delprojekten 1 och 3. Denna andra avrapportering avser delprojekten 2, 3 och 4. Slutredovisning sker senast den 31 december 2020.

Genomfört arbete februari 2018 – mars 2019

I enlighet med projektplanen har det under året pågått arbete inom samtliga delprojekt. Delprojekt 1 var långt framskridet redan vid avrapporteringen i februari 2018 och har sedan dess fördjupats ytterligare och beräknas vara färdigt i början av hösten 2019. Utöver delrapporten från februari 2018 redovisas resultat från detta delprojekt i projektets kommande slutbok och i olika forskningsartiklar (se nedan).

Mot bakgrund av att SLL begärde in avrapportering av delprojekten 1 och 3 redan i februari 2018 kom arbetet under hösten 2017 att fokusera dessa båda delprojekt. Det innebär att det lades mer resurser än budgeterat på dessa båda delprojekt. När delprojekt 1 snart avslutas kommer därför budgeterade resurser för detta projekt att gradvis styras över till de andra delprojekten, främst delprojekten 2 och 4.

Under det gångna året har de olika delprojekten fortsatt att samla in dokument och texter av olika slag: utredningar, remissyttranden, protokoll från nämnder och fullmäktige, tjänsteutlåtanden och skrivelser. Material har även hämtats och bearbetats från den databas med medieartiklar som har byggt upp inom projektet. Vi har därutöver fortsatt att genomföra

intervjuer med personer som har deltagit i de olika besluten kring NKS. Således har de 30-tal intervjuer som vi genomförde under projektets första halvår kompletterats med ytterligare ett 50-tal intervjuer.

Projektledningsgruppen har under året mötts vid ett flertal tillfällen för att diskutera såväl utkast till artiklar och rapporter som olika frågor om vägval kopplade till de enskilda delprojekten. Diskussioner har också förts om olika projektövergripande teman och projektets kommande slutbok. Den 1 oktober 2018 hade projektet också ett möte med det vetenskapliga råd som är kopplat till projektet. Under en halvdag diskuterade vi texter från de olika delprojekten. Projektet har även haft tre avstämningsmöten med RS under året. Slutligen har också texter och resultat från projektet presenterats i följande sammanhang:

Konferenspresentationer:

Johannesson, L. & Qvist, M. (2018) ”The organizational dimension of policy entrepreneurship: Agenda-setting in the case of the New Karolinska hospital in Sweden”. Text presenterad vid European Consortium for Political Research (ECPR) allmänna konferens, Hamburg, 22-25 augusti.

Johannesson, L. & Qvist, M. (2018) ”Strategic stakeholder involvement of the professions in health care reform: The case of the New Karolinska hospital in Sweden”. Text presenterad vid the Swedish Political Science Association’s (Swepsa) årliga konferens, Malmö, 3-5 oktober 2018.

Qvist, M. & Johannesson, L. (2018) “Bridging the gap between politicians and professions? A meta-governance perspective on the involvement of healthcare professionals in collaborative processes”. Text som har accepterats och kommer att presenteras vid International Conference on Public Policy (ICPP4), Montreal, 26-28 juni 2019.

Smaas, L. (2018). “Urban and regional policy dimensions of a mega project: Exploring the New Karolinska University Hospital and Hagastaden city district”. Presentation vid International Workshop on Nordic Policy Styles in Urban and Regional Governance, Stockholm, 26 oktober.

Forskningsartiklar:

Johannesson, L. & Qvist, M. (*under bedömning*) “Navigating the policy stream: Contested solutions and organizational strategies of policy entrepreneurship”, *The International Review of Public Policy (IRPP)*.

Seminariepresentationer:

Allmänna seminariet vid Stockholms centrum för forskning om offentlig sektor (Score), Stockholms universitet, presentation av delrapporten ”Framtidens universitetssjukhus. Beslut om Nya Karolinska Solna”. Livia Johannesson, Svenne Junker, Martin Qvist och Staffan Furusten (8 mars 2018).

Forskardagarna vid Statsvetenskapliga institutionen, Stockholms universitet, presentation av rapporten ”Ett megaprojekt tar form. Den tidiga planeringen av Nya Karolinska Solna”. Livia Johannesson, Martin Qvist och Göran Sundström (21 maj 2018).

Allmänna seminariet vid Förvaltningsakademin, Södertörns högskola, presentation av delrapporten ”Framtidens universitetssjukhus. Beslut om Nya Karolinska Solna”. Svenne Junker, Martin Qvist och Göran Sundström (14 juni 2018).

Ratio, Stockholm, presentation av rapporten ”Vägen fram till beslutet om offentlig-privat samverkan för Nya Karolinska Solna”, med Patrick Joyce, fil. lic. nationalekonomi, som opponent. Svenne Junker och Carl Yngfalk (21 november 2018).

Allmänna seminariet vid Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet, presentation av delrapporten ”Framtidens universitetssjukhus. Beslut om Nya Karolinska Solna”. Svenne Junker, Martin Qvist och Göran Sundström (5 december 2018).

Resultat från avrapporteringarna avseende delprojekt 2, 3 och 4

Delprojekt 2: Beslut om genomförandet av byggnationen

”Att styra genom organisation: Exkludering, inkludering och villkorat deltagande i NKS-projektet”, rapport av Catrin Andersson och Maria Grafström

I litteraturen om megaprojekt – till exempel infrastrukturella satsningar, större sportevenemang och stora byggnader – framhålls att beslutsprocesser i sådana projekt i många avseenden är komplexa. En central del av denna komplexitet består i att en mängd aktörer berörs av och är involverade i projekten – inte sällan med motstridiga behov och intressen – och att detta tenderar att leda till konfliktfyllda beslutsprocesser. Hur en projektledning väljer att organisera och samordna centrala aktörer i processen blir därför en viktig, men samtidigt ofta svårhanterlig, fråga. Region Stockholm (RS), tidigare Stockholms läns landsting (SLL), har också beskrivits som särskilt ”konfrontativ” och konfliktfylld jämfört med andra regioner i Sverige, varför samordning av NKS-projektet kan tänkas vara särskilt utmanande.

Stockholms universitet

Analysen fokuserar åren 2008 till 2012, det vill säga från landstingsfullmäktiges beslut att bygga ett nytt sjukhus, och i samband med detta inrätta en särskild förvaltningsorganisation – den så kallade NKS-förvaltningen – till dess att denna förvaltning lades ned år 2012. Valet att skapa en helt ny förvaltningsorganisation – i stället för att, såsom tidigt föreslogs, organisera den inom ramen för ordinarie verksamhet – blev betydelsefullt i flera avseenden. Organiseringen blev avgörande för vem eller vilka som inkluderades i beslutsprocessen – och därmed gavs möjlighet till påverkan – och vem eller vilka som hölls på distans, eller gavs, såsom vi beskriver, ett ”villkorat” deltagande och därmed begränsad möjlighet till påverkan.

Rapportens syfte är att förklara varför en särorganisatorisk lösning i form av NKS-förvaltningen valdes och vilka konsekvenser denna lösning fick för olika aktörers möjligheter till deltagande. Undersökningen bygger på intervjuer med verksamma nyckelpersoner under dessa år samt på analyser av olika typer av texter, med särskilt fokus på dokument från RS i stort och NKS-förvaltningen specifikt.

Resultaten från undersökningen visar, att en viktig förklaring till att ansvariga politiker valde att inrätta en ny förvaltning var att de ville hålla vissa organisationer på avstånd från processen. Detta gällde särskilt Karolinska universitetssjukhuset, men också Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (HSN-förvaltningen). Den starka politiska visionen om att skapa ett helt *nytt* sjukhus, med en ny verksamhet och med ett nytt högspecialiserat uppdrag, var en viktig anledning till att dessa organisationer, och då främst Karolinska, hölls på avstånd. Vid tiden för beslutet att bygga ett nytt sjukhus fanns det bland politikerna ett starkt missnöje med Karolinska – sjukhuset beskrevs som svårstyrbart och präglat av en förändringsobenägen organisationskultur. Att lägga ett projekt, med målet om en radikal förändring, i händerna på en sådan, som den uppfattades, bakåtsträvande organisation ansågs inte lämpligt.

NKS-förvaltningen organiserades nära den politiska ledningen. Detta genom att den direkt underställdes ett utskott under landstingsstyrelsen, det så kallade Forsknings-, utvecklings- och utbildningsutskottet (FoUU-utskottet). Genom att styrelsen till detta utskott delegerade beslutsmandat i ett stort antal frågor som rörde NKS-projektet koncentrerades ansvaret för och inflytandet över NKS-frågorna till särorganisationen (FoUU-utskottet och NKS-förvaltningen). Till detta kom att många NKS-ärenden, enligt bestämmelser i Offentlighets- och sekretesslagen, omfattades av sekretess, vilket medförde att endast en begränsad krets av politiker och

tjänstepersoner hade full insyn i projektet. Det sätt på vilket ansvaret för NKS-projektet organiserades innebar att NKS-förvaltningen gavs en särskild status inom RS förvaltningsorganisation.

Vår analys visar att ansvariga för NKS-projektet behövde balansera mellan att å ena sidan driva processen effektivt och å andra sidan förankra projektet hos berörda aktörer för att värna legitimiteten. Genom den särorganisatoriska lösningen betonade projektansvariga effektiviteten i processen. För att kunna realisera visionen om det nya sjukhuset ansågs vissa intressen behöva hållas på distans. Över tid ledde detta dock till en växande legitimitetsproblematik: centrala aktörer ansåg sig utestängda från arbetet och uppfattade att de saknade möjligheter att påverka. Därigenom växte också ett allt större missnöje med den särorganisatoriska lösningen. Situationen kan också förstås som att Karolinskas ledning och NKS-förvaltningen arbetade med två parallella, men i grunden motstridiga, uppdrag – Karolinska med att slutföra sammanslagningen av Huddinge och Solna, och NKS-förvaltningen med att skapa ett helt nytt sjukhus i Solna, något som skulle kunna medföra en upplösning av fusionen mellan Solna och Huddinge.

Särorganiseringen, som innebar att NKS-frågan bröts ur den övergripande planeringen av hälso- och sjukvården i Stockholm, möttes också av kritik från HSN-förvaltningen, som särskilt lyfte fram det allt mer akuta problemet med *samordningen*. Den bristande samordningen med NKS-förvaltningen försvårade, enligt HSN-förvaltningen, planering av övrig vård i Stockholm. Idén om att skapa en *effektiv* organisation med exekutiv kraft hamnade därmed i konflikt med behovet av samordning och av att se NKS i ett större regionalt sammanhang. Försöken att samordna dessa för projektet centrala organisationer – och hantera konflikterna dem emellan – hanterades främst på förvaltningsnivå.

Ett centralt resultat från studien är att själva *bildandet* av NKS-förvaltningen var ett tydligt uttryck för politik – det fick mer eller mindre direkta konsekvenser i termer av vilka som gavs möjlighet att delta i, och vilka som hölls utanför, beslutsprocessen. Ett lika tydligt uttryck för politik var fullmäktiges beslut att *lägga ned* förvaltningen 2012. Nedläggningen föregicks av en allt starkare kritik från Karolinska och HSN-förvaltningen, och de båda organisationerna hade dessutom tagit egna initiativ för att förändra sina respektive roller i processen: HSN-förvaltningen initierade den så kallade Framtidsplanen – med avsikten att placera NKS-

projektet i ett vidare sammanhang för planering av den övergripande vården i Stockholm – och Karolinskas ledning arbetade med att förbättra den egna ekonomin, ett arbete man hoppades skulle stärka politikernas, tidigare låga, förtroende för sjukhusledningen. Dessa initiativ bidrog till att politikerna valde att lägga ned NKS-förvaltningen och i stället överlåta ansvaret för det nya sjukhusets verksamhetsinnehåll till Karolinska.

Nedläggningen av NKS-förvaltningens visar på hur dess självständiga ställning, och särskilda status i relation till den övriga förvaltningen, gjorde den *sårbar*. NKS-förvaltningen organiserades för att vara självständig gentemot andra aktörer, men den var samtidigt *beroende* av dessa aktörer. Exempelvis var den i behov av kompetens inom främst Karolinska. Således såg den sig nödgad att låna in personal från Karolinska. När sedan Karolinska valde att dra tillbaka denna utlånade personal blev NKS-förvaltningens sårbarhet tydlig. Utvecklingen måste också förstås i relation till att de centrala bärarna av visionen – som främst hade varit starka i planeringsfasen – nu inte längre var lika framträdande. Och eftersom NKS-förvaltningens stöd i princip endast fanns i det vertikala ledet, på ledningsnivå, fick den svårt att värja sig mot angreppen från Karolinska och HSN-förvaltningen.

Avslutningsvis kan konstateras att centrala parters insyn i och möjligheter till påverkan av NKS-projektets inriktning begränsades genom särorganiseringen. Detta förstärktes av att flera NKS-relaterade ärenden omfattades av sekretess. Särorganisationen skapade därför en situation där inte bara vissa aktörer exkluderades – eller vars deltagande villkorades – utan påverkade också möjligheterna till ansvarsutkrävande. Behovet av insyn har betonats särskilt för landstingsfullmäktige, givet dess yttersta ansvar för budgeten.

Delprojekt 3:Beslut om att sluta kontrakt enligt OPS-modellen

”Allt ljus på OPS: Legitimeringen av offentlig-privat samverkan för Nya Karolinska Solna”, rapport av Carl Yngfalk och Svenne Junker

Rapporten undersöker och diskuterar användningen av så kallad offentlig-privat samverkan (OPS) i upphandlingen, finansieringen och byggnationen av Nya Karolinska Solna (NKS). Som idé innebär OPS att den privata sektorn helt eller delvis planerar, genomför samt utformar finansieringen av offentliga projekt. Syftet med rapporten är att undersöka hur idén om OPS

spreds och fick fäste – legitimerades – i dåvarande Stockholms läns landsting (SLL), sedan den 1 januari 2019 Region Stockholm (RS), och dess förvaltning. Undersökningen fokuserar på tidsperioden mellan maktskiftet i landstinget 2006, när frågan om OPS aktualiserades (på nytt) i landstinget, fram till byggstarten av NKS 2011, då även den särskilda projektorganisation som hade haft ansvar för OPS-frågan från 2008 – NKS-förvaltningen – lades ner.

Rapporten har en organisationsteoretisk utgångspunkt med fokus på att förstå legitimitets-skapande strategier och praktiker i och kring projektorganisationen i allmänhet och NKS-förvaltningen i synnerhet. Rapporten bygger på kvalitativa analyser av dels 28 djupintervjuer med involverade tjänstepersoner, landstingspolitiker och konsulter, dels cirka 500 officiella dokument och inofficiellt arbetsmaterial inom NKS-projektet från landstingsstyrelsens arkiv. Det inofficiella arbetsmaterialet utgör en mindre samling icke-diarieförda dokument, som samlats in från respondenter i samband med intervjuer, exempelvis, dokument som inte arkiverats, brev och personliga minnesanteckningar. Som stöd i arbetet har ytterligare nio kvalitativa intervjuer analyserats med personer inom landstinget och sjukvårdsprofessionen och som arbetat nära projektorganisationen. Dessa intervjuer har utförts av kollegor i forsknings-projektet.

Rapporten visar på fem huvudsakliga kronologiska moment i besluts- och organiserings-processen som varit centrala i legitimeringen av OPS-idén. Det *första* momentet visar hur OPS-idén aktualiserades och prioriterades 2006–2007, där olika managementkonsulters roll i att ”ställa om” projektorganisationens arbetssätt mot OPS framstår som betydande. Det *andra* momentet visar hur idén spreds och fick fäste i landstingets förvaltning, med fokus på den framtidsorienterade organisationskultur och nyskapande identitet som genomsyrade projekt-organisationen för NKS och som delvis var kopplad till frågan om OPS. Det *tredje* momentet visar hur OPS-idén spreds vidare via arbetet med att organisera anbudsprocessen genom marknadsföring av NKS-projektet. Det *fjärde* momentet visar hur detta arbete mer specifikt bedrevs inom projektorganisationen genom att analysera de beslut som utifrån Offentlighets- och sekretesslagen fattades för att uppnå sekretess under den förhandlade upphandlingen och för att skapa den konkurrens som var en förutsättning för genomförandet, trots att det bara fanns ett anbud. Det *femte* momentet visar hur det slutligen fattades beslut om att använda OPS-modellen och hur projektorganisationen påbörjade genomförandet av modellen under åren 2010

och 2011, och hur ansvaret för genomförandet till slut flyttades från projektorganisationen till en ny organisation.

Sammantaget utgör dessa fem moment grunden för en fördjupad analys av projektorganisationen för NKS, där tre övergripande aspekter av legitimeringen av OPS lyfts fram:

1) en *omprioritering av kunskap och kompetens* – som bland annat medförde en omfördelning av ansvar i sakfrågor – innebar att projektorganisationen gjorde sig beroende av externa aktörer med ”särintressen” för att hantera projektet. Här bistod inte minst managementkonsulter projektorganisationen i arbetet med att ge företräde åt den alternativa OPS-idén inom landstinget, bland annat genom att framhäva och idealisera OPS i relation till den traditionella upphandlingsmodellen för byggnationsprojekt. Det var inte så att konsulterna fattade beslut åt landstinget och projektorganisationen, men ur samverkan och utbyten med managementkonsulter kom avgörande beslut;

2) ett *främjande av en elitistisk organisationskultur* i och kring NKS-projektet, där projektorganisationen tillskrevs prestige, privilegier och ekonomiska fördelar gentemot landstingets övriga förvaltning. Denna elitistiska organisationskultur bidrog bland annat till att kritik av och motstånd mot OPS ”hölls tillbaka” i projektorganisationen, vilket även ökade möjligheterna för en indirekt och politisk mikrostyrning av NKS-projektet;

3) en *mobilisering för idén om konkurrens,* som manifesterades i strategier för att hävda konkurrens, och som användes för att under processens gång ”omförhandla” regler och villkor för OPS-upphandlingen så att de passade rådande omständigheter. Konkurrens ska i detta avseende betraktas som ett styrmedel för att rättfärdiga OPS-idén genom, exempelvis, sekretessförfaranden och ekonomiska kalkyler på referensobjekt, snarare än ett strukturellt förhållande som inverkade på prisbildningen.

Sammanfattningsvis visar rapporten att organiseringen av NKS-projektet i landstinget, och särskilt managementkonsulternas relationer till projektorganisationen, har haft avgörande betydelse för legitimeringen av OPS-idén under processen att upphandla ett nytt universitetssjukhus i Stockholmsregionen. Inte minst visar rapporten att beslutsblindhet i många avseenden

präglat processen i Stockholms läns landsting för att upphandla och finansiera Nya Karolinska enligt en OPS-modell. Denna blindhet visar sig i att processen att utreda förutsättningarna för en OPS-upphandling samt att besluta om ett OPS-avtal och sedan förhandla fram ett avtal, alltsammans under mandatperioden mellan 2006 och 2010, var synnerligen forcerad och legitimerades via externa parter med egna kommersiella intressen, som vare sig redogjordes för på ett transparent sätt eller hanterades adekvat i arbetsprocessen. Ansvariga tjänstepersoner på lägre nivå i landstingsförvaltningen upplevde sig varken ha tid eller möjlighet att lyfta och utreda problem, att peka på risker och villkor för OPS-modellen eller att arbeta igenom detaljer i avtalet när det väl tecknades.

Delprojekt 4: Beslut om verksamhet

”Oklarhet som förändringsstrategi. NKS-projektet och idén om den högspecialiserade vården”, rapport av Maria Grafström och Catrin Andersson

Rapporten undersöker NKS-förvaltningens – den särskilda förvaltning som inrättades 2008 för att genomföra NKS-projektet – uppdrag och arbete med att planera verksamhetsinnehållet vid det nya sjukhuset. Utgångspunkten är den omfattande debatt som har förts – och fortfarande förs – om hur vården i Stockholm (och även i landet i övrigt) ska struktureras. Många menar att frågan om vilket verksamhetsinnehåll NKS skulle ha hölls öppen för länge och att detta fick omfattande och långsiktiga konsekvenser för såväl verksamhet som kompetensförsörjning, inte bara inom NKS utan inom hela sjukvårdssystemet i Stockholm. Konsekvenserna märks i dag, menar kritikerna, i form av bland annat sent initierade tillbyggen av sjukhus runt om i Stockholm, bristande samordning mellan sjukhus, vårdköer och personalbrist. Hur kunde det bli så?

Syftet med undersökningen är att bidra med förståelse till hur och varför beslut om det mer precisa verksamhetsinnehållet på NKS sköts på framtiden och att diskutera olika konsekvenser av detta uppskjutande av beslut. Studien fokuserar *den högspecialiserade vården*, och den visar att själva *idén* om högspecialiserad vård (hur den kom att definieras och användas) delvis kan förklara varför verksamhetsinnehållet kunde hållas öppet och odefinierat långt in i processen. Undersökningen sträcker sig över åren 2008 till 2012, då NKS-förvaltningen existerade. Den bygger på ett 30-tal intervjuer med verksamma nyckelpersoner under dessa år samt på analys

av olika typer av texter med särskilt fokus på dels rapporter om verksamhetsinnehållet från NKS-förvaltningen, dels remissvar från berörda instanser.

Undersökningen tar avstamp i tidigare forskning om stora projekt som har visat att idéer – i samspel med aktörer, regler och organisation – formar beslutsprocesser i omfattande, komplexa förändringsprocesser. Det teoretiska ramverket är främst hämtat från organisatorisk institutionell teori som tar utgångspunkt i att idéer både kan skapa och begränsa handlingsutrymme och därigenom också forma maktstrukturer och relationer. Idéerna själva är inte av naturen givna, utan formas och omformas genom aktörers handlande. En idé kan genom oklarhet ges kraft och skapa både en känsla av konsensus och möjlighet till inkludering av motstridiga intressen. Oklarhet kan därför vara en framgångsrik diskursiv strategi i att initiera och förankra radikal organisationsförändring. Samtidigt kan otydligheten – om den består över tid – skapa problem för genomförandet av samma förändring.

Studiens resultat visar att mötet mellan idén om den högspecialiserade vården och den praktiska verksamheten blev konsekvensrikt. Samtidigt som NKS från ett tidigt skede var planerat att innehålla högspecialiserad vård fanns det ingen tydlig eller given definition av vad sådan vård omfattar. Det var också uttalat i politikernas uppdrag till NKS-förvaltningen att avvakta med att fastställa verksamhetsinnehållet med hänvisning till bland annat den snabba medicintekniska utvecklingen och andra tänkbara krav på en sjukvård som flera år framåt i tiden skulle vara internationell konkurrenskraftig. Men när ledande politikers och projektledningens syn på NKS som ett högspecialiserat nav för regionens sjukvård – med en fortsatt öppenhet kring verksamhetsinnehållet – mötte berörda professioners och organisationers intressen och ambitioner framträdde konflikter och motstridiga intressen. Öppenheten från projektledningens sida möttes av skarp kritik från flera parter – inte minst från Karolinska universitetssjukhuset och andra sjukhus i regionen som önskade planera för framtida beläggning, men också från till exempel fackliga organisationer, Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning och den politiska oppositionen.

Studien visar, att samtidigt som idén om den högspecialiserade vården erbjöd dåvarande projektledning möjlighet att *rättfärdiga* ett öppet förhållningssätt, och avvakta med beslut om det närmare verksamhetsinnehållet på det nya sjukhuset, kom denna öppenhet att senare skapa problem för realiseringen av den initiala visionen om det lilla, högspecialiserade sjukhuset.

Stockholms universitet

Analysen pekar på tre centrala faktorer som i samverkan med varandra kom att skapa grus i projektmaskineriet och försvåra arbetet med att omsätta de politiska drömmarna fullt ut i praktiken.

För det första, fanns det en *inneboende spänning i själva idén om den högspecialiserade vården*. Dess oklarhet, osäkerhet och formbarhet både tonade ned (först) och förstärkte (senare) konflikter. Samtidigt som idén var attraktiv på en övergripande diskursiv nivå och kunde mobilisera olika aktörer och intresse och skapa uppslutning för sjukhusprojektet genom att vara öppen, var det samma öppenhet som senare kom att bidra till spänningar och konflikter. Utvecklingen kan förstås som att idén om den högspecialiserade vården bidrog till att skapa ett alltför stort glapp mellan de storslagna framtida (teoretiska) planerna och den gällande (praktiska) situationen med patienter i behov av vård; en vård som behövde organiseras, samordnas och, inte minst, bemannas med rätt kompetens.

För det andra, i sin iver att transformera – och inte transferera – kan utvecklingen förstås som *att idén om den högspecialiserade vården blev (alltför) separerad från etablerade strukturer och arbetssätt*. Med ambitionen om att bryta mot etablerad struktur, organisation och kultur fanns det en tanke om att det nya sjukhuset behövde byggas på (helt) ny grund. Detta ansågs kräva extraordinära insatser i form av en särorganisering (NKS-förvaltningen och FoUU-utskottet). Sjukhuset och dess verksamhet tilläts alltså inte att växa fram ”organiskt”, som flertalet andra högspecialiserade sjukhus i andra länder hade gjort. Att projektet – och därmed också idén om den högspecialiserade vården – på detta sätt distanserades från etablerade strukturer och arbetssätt blev med tiden problematiskt på två sätt. *Dels* ledde det till att övriga sjukhus i regionen, liksom andra externa intressenter, kände sig bortkopplade från verksamheten; de saknade insyn i och förståelse för arbetet i NKS-förvaltningen, vilket – givet att alla sjukhus är beroende av varandra på en rad olika sätt – gjorde det svårt för dem att planera sin egen verksamhet. *Dels* uppstod också en otydlig ansvarsfördelning mellan NKS-förvaltningen och HSN-förvaltningen, vilket medförde att frågor som rörde konsekvenserna av NKS för hela regionen aldrig kom att diskuteras ordentligt. Planerna på att reformera hela regionens sjukvård, som hade varit närvarande under den tidiga planeringsfasen, tappades i hög grad bort under NKS-förvaltningens första tid.

För det tredje *kräver idéer ett starkt politiskt ledarskap* – de kan inte flyga själva. Visionen om NKS var bräcklig, inte bara för att den kom att förvaltas av en organisering som var distanserad från många viktiga aktörer utan också för att den bars av ett begränsat antal ledande personer. Detta är problematiskt i den typ av komplexa och i tiden utsträckta projekt som NKS utgör. Även om oklarhet i ett inledningsskede kan skapa enighet mellan olika aktörer med skilda och svårförenliga intressen, och därmed lägga en grund för en förändringsresa, måste oklarheten så småningom skingras: för att det abstrakta ska kunna realiseras i praktiken krävs att oklarheten översätts till mer handfasta mål, handlingsplaner och åtgärder. Men för att förvaltningar ska kunna konkretisera abstrakta visioner och idéer krävs vägledning av ansvariga politiker. Analysen av idén om den högspecialiserade vården visar hur krav på konkretisering gång på gång ställdes av berörda parter, men utan att hörsammas av projektansvariga. Ett svar på varför konkretiseringen uteblev är att de politiker och tjänstepersoner som bar idéerna i planerings-fasen inte hade samma betydande roll i denna genomförandefas – en situation som gjorde att idén tappade kraft. Studien visar här på svårigheten att organisera och driva ett stort, komplext projekt som NKS över flera mandatperioder.

*

Idén om den högspecialiserade vården – och det idépaket som den var en del av – flög nog kanske alltför högt. I önskan och ambitionen om att skapa ett *verksamhets*projekt, där sjukvården skulle transformeras, snarare än ett *bygg*projekt, där sjukvården skulle flyttas från en lokal till en annan, organiserades flera faktorer bort på vägen – vilket i hög grad möjliggjordes genom särorganisering – faktorer som behövs för att idéer inte bara ska få flygkraft utan också kunna realiseras i en genomförandefas.

Att styra genom organisation:
Exkludering, inkludering och villkorat deltagande i NKS-projektet

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

Innehållsförteckning

INLEDNING **3**

ORGANISATION SOM POLITISKT STYRMEDEL **6**

METOD OCH MATERIAL **9**

DEN TIDIGA PLANERINGSPROCESSEN – ATT HÅLLA KAROLINSKA PÅ DISTANS **11**

FRÅN OMÖJLIG ORGANISATION TILL MÖJLIG – GRUNDEN TILL NKS-FÖRVALTNINGEN **14**

BILDANDET AV NKS-KANSLIET: KAROLINSKA HÅLLS FORTSATT PÅ AVSTÅND **17**

ATT SÄRORGANISERA – POLITIK- OCH FÖRVALTNINGSSTRUKTUR FÖR NKS **19**

Den politiska nivån – FoUU-utskottet som maktcentrum 20
Förvaltningsnivån: NKS-förvaltningen nära den politiska makten 23

VARFÖR SÄRORGANISERA? ATT HÅLLA BAKÅTSTRÄVARE PÅ DISTANS **25**

Misstro som motiv till särorganisationen 26
HSN-förvaltningen – ett hot mot förnyelse? 27
Effektivitet som motivering till särorganisering 28

HUR FUNGERADE SÄRORGANISATIONEN NKS-FÖRVALTNINGEN? **29**

Att både inkludera och exkludera Karolinska 29
Den positiva berättelsen om NKS 33

BÖRJAN TILL SLUTET – ESKALERANDE SPÄNNINGAR **36**

Karolinska och NKS-förvaltningen i parallella processer 36
HSN-förvaltning och NKS-förvaltningen – processer i ”osynk” 38
Den kritiska kören växer 39

NKS-FÖRVALTNINGENS FALL **44**

Ny politisk organisation – inrättandet av NKS-beredningen 49

SLUTSATSER OCH DISKUSSION **52**

REFERENSER **57**

Inledning

I litteraturen om megaprojekt framhålls ofta att stora projekt – som infrastrukturella satsningar, sportevenemang eller byggandet av större byggnader – inte enbart, eller ens främst, karaktäriseras av att de är stora (”mega”), utan att de i olika avseenden är komplexa. Komplexiteten kan exempelvis handla om att de är utsträckta över tid vilket innebär att förutsättningarna – politiska, tekniska eller ekonomiska – förändras. En annan form av komplexitet utgör det faktum att ett stort antal aktörer med (inte sällan) motstridiga intressen är involverade. Det gör att megaprojekt ofta blir konfliktfyllda (se t. ex. Blomquist och Jacobsson 2002; Clegg et al. 2017). Hur projektledningen väljer att organisera och samordna de centrala aktörerna i beslutsprocessen är därför viktigt och kan bli problematisk. Det är denna problematik som vi intresserar oss för i den här rapporten.

Svårigheten med att hantera många aktörer med potentiellt motstridiga intressen kom också att karaktärisera beslutsprocessen för byggandet av Nya Karolinska Solna (NKS). NKS-projektet har beskrivits som ett mycket ambitiöst förändrings- och förnyelseprojekt. Landstingets revisorer konstaterar att NKS är ett ”i flera avseenden ovanligt projekt” och ett av ”de största projekten någonsin för SLL” (Landstingsrevisorerna 2012A:138). Skapandet av universitetssjukhus är dessutom mycket komplicerat, kanske till och med det mest komplicerade av husbyggnadsprojekt (Axelsson och Lindberg 2009). I NKS-projektet involverades ett stort antal organisationer från olika sektorer – landsting, stat och privata aktörer. Stockholms läns landsting (SLL) – numera Region Stockholm – som är en av de största offentliga organisationerna i Sverige, består dessutom i sig av en mängd aktörer med sinsemellan olika roller, funktioner och komplexa, och i många fall konfliktfyllda, relationer (Charpentier och Samuelson 1999). En återkommande beskrivning av klimatet inom SLL är att det är ”konfrontativt” (Läkartidningen 2010:6) och med betydligt mer av partipolitiska konflikter än vad som är vanligt inom andra landsting i Sverige (Ds 2005:7). Givet de här förutsättningarna – en stor och komplex organisation kännetecknad av en hög konfliktnivå – skulle NKS-projektet bli särskilt utmanande.

De motstridiga intressen som karaktäriserade beslutsprocessen måste också förstås i ljuset av – och kan sägas ha förstärkts av – NKS-projektets ambition om att inte bara bygga ett nytt hus, utan att också fylla det med nytt innehåll. Det nya sjukhuset skulle rymma en förändrad verksamhet fokuserad på högspecialiserad vård som skulle konkurrera med sjukhus i

internationell toppklass (Qvist och Johannesson 2018). Avsikten var därför att ersätta den existerande organisationen – Karolinska universitetssjukhuset (Karolinska) – och därigenom skapa förutsättningar för en ny organisationskultur (Öhrming 2017). Det nya sjukhuset skulle bli mindre till både antal vårdplatser och personal. Att detta kunde leda till spänningar och maktkamper med det gamla sjukhuset, dess ledning och delar av dess personal, var därför inte oväntat.

Sjukvården beskrivs dessutom ofta som särskilt svårstyrbar (Berlin och Kastberg 2011; Blomqvist 2007; Hallin och Siverbo 2011). En förklaring till svårstyrbarheten är verksamhetens komplexitet, något som gör den svår för politikerna att överblicka och därmed att styra. Hälso- och sjukvården är omfattande och strukturerad på flera olika nivåer vilket bidrar till komplexiteten. De verksamma inom vården, framför allt läkarna, har i kraft av deras professionella kompetens dessutom ett särskilt ”beslutsmandat” eftersom de gör svåra bedömningar i enskilda fall (Berlin och Kastberg 2011:21). Det innebära att professionen också har en särskild autonomi, som är en nödvändig förutsättning för yrkesutövandet. Det professionella yrkesutövandet kräver en lång utbildning och med detta en hög kunskapsnivå, vilket ytterligare försvårar för politikerna att styra då dessa befinner sig i ett kunskapsunderläge. De här omständigheterna leder ofta till en form av maktkamp mellan professionen å ena sidan, som värnar sin autonomi och därmed vill undvika detaljstyrning, och politikens behov av styrning (Ibid 2011:66).

Ett viktigt styrmedel för att hantera en svårstyrd verksamhet som hälso- och sjukvården är organisation. Vi vet från tidigare forskning att organisation utgör ett viktigt politiskt styrmedel, kanske till och med *det* viktigaste (se t. ex.; Blomquist och Jacobsson 2002; Dahlström 2018; Sundström 2016). I en komplex, eller ”extraordinär beslutsprocess” (Blomquist och Jacobsson 2002) som NKS-projektet, kan politikerna inte styra processen i detalj och därför kommer valet om hur beslutsprocessen organiseras – hur ramverket för beslutsprocessen formas – att bli betydelsefullt. Inrättandet av en särskild organisation, såsom skedde i NKS-projektet, är därför en tydlig politisk styrsignal och en markering av att politikerna vill prioritera ett särskilt område, eller vissa intressen. Det kan dock leda till att andra intressen uppfattar sig som hotade eller nedprioriterade. Organiseringen av en komplex beslutsprocess innebär därför ofta att effektivitet – där inte allas intressen kan tillgodoses – ställs mot och behöver balanseras i relation till legitimitet för projektet. Ett alltför långtgående exkluderande av centrala aktörer kan skapa legitimitetsproblem.

När Landstingsfullmäktige under våren 2008 fattade det formella beslutet om att bygga ett nytt universitetssjukhus i Solna var alltså frågan om hur projektet skulle organiseras central. Den organisatoriska lösningen blev att inrätta en helt ny förvaltning med ansvar för NKS-projektet – sjukhusets verksamhetsinnehåll, byggnation och upphandling – den så kallade Nya Karolinska Solna-förvaltningen (NKS-förvaltningen). NKS-förvaltningen organiserades nära politiken – direkt underställd Landstingsstyrelsens FoUU-utskott – och därmed skapades en särskild struktur på politik- och förvaltningsnivå för NKS-projektet. NKS-förvaltningen blev ett nytillskott i den redan existerande förvaltningsstrukturen där hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (HSN-förvaltning), underställd Landstingsfullmäktiges hälso- och sjukvårdsnämnd (HSN), var en central aktör. En annan central aktör för NKS-projektet var den existerande sjukhusorganisationen – Karolinska. Den särorganisatoriska lösningen medförde att NKS-förvaltningen fick en särskild ställning inom SLL:s organisation och kom därmed att påverka såväl HSN-förvaltningens som Karolinskas möjligheter till deltagande. Denna särställning förstärktes av att flera av NKS-förvaltningens uppdrag omfattades av sekretess, något som bidrog till att begränsa deltagande och insyn från andra aktörer, politiker såväl som tjänstepersoner. Valet att forma en ny organisation – istället för att exempelvis samordna aktörer inom den ordinarie – var i sig politiskt och ett sätt att från politikernas sida skapa kontroll över processen (Öhrming 2017). Det är denna organisatoriska lösning som är i fokus för vår analys; en lösning som skulle visa sig få betydande påverkan på NKS-projektet.

Syftet med den här rapporten är därför att förklara varför SLL valde att särorganisera NKS-projektet under dess första år (mellan 2008 och 2012) och vilka konsekvenser denna organisatoriska lösning fick för andra aktörers möjligheter till deltagande och påverkan. Vi visar att särorganisationen blev styrande för projektets inriktning och utveckling. Det fanns, menar vi, starka skäl till varför landstingspolitikerna valde denna särskilda lösning som handlade om vilka aktörer som önskades inkluderas i respektive exkluderas från arbetet. Organiseringen skapade möjlighet att villkora vissa centrala – och delvis oundvikliga – aktörers deltagande; ett deltagande som alltså varken var helt inkluderat eller helt exkluderat.

I den här rapporten visar vi alltså att *skapandet* av NKS-förvaltningen var betydelsefullt för projektet, men även att *nedläggningen* av samma förvaltning var ett minst lika viktigt politiskt beslut. Organisationen var tänkt att vara verksam åtminstone till år 2015 då det nya sjukhuset enligt planerna skulle driftsättas men NKS-förvaltningen lades ned redan vid årsskiftet

2011/2012. Genom att visa hur NKS-förvaltningen organiserades och hur organisationen förhöll sig till andra centrala aktörer ges både en förståelse för den övergripande inriktningen för megaprojektet NKS och en förklaring till hur och varför NKS-förvaltningen lades ned och nya aktörer övertog ansvaret för projektet.

Rapporten är fortsättningsvis disponerad enligt följande: I nästa avsnitt redogörs för rapportens teoretiska utgångspunkter och vår förståelse av organiseringen av NKS-projektets beslutsprocess som politisk och hur organisation är ett centralt styrmedel i denna process; ett styrmedel som skapar möjlighet att inte bara inkludera eller exkludera aktörer utan att också villkora deras deltagande. Därefter redogör vi för studiens metod – ett processperspektiv där vi har studerat NKS-projektets organisation kronologiskt med fokus på åren då den särorganisatoriska lösningen fanns (2008-2012). Organisationens betydelse har analyserats med hjälp av dokument (främst från SLL och NKS-förvaltningen men även debattartiklar och intervjuer i tidningsartiklar) och intervjuer med nyckelpersoner som var verksamma under de studerade åren. Efter att vi har presenterat bakgrunden till den särorganisatoriska lösningen (bland annat med hjälp av våra kollegors tidigare studie om NKS-projektets planeringsprocess, se Qvist & Johannesson 2018, samt de tidiga utredningarna SNUS respektive 3S), följer vår analys i sju separata avsnitt. De två första analyserar perioden precis innan NKS-förvaltningens start och de efterföljande fem avsnitten behandlar hur särorganisationen såg ut på politisk respektive förvaltningsnivå, varför lösningen valdes, hur den fungerade i praktiken och avslutningsvis varför den över tid hotades och till slut avvecklades. I rapportens sista del redogör vi för våra slutsatser och diskuterar den särorganisatoriska lösningens dilemma: att balansera mellan värdena *effektivitet* (i bemärkelsen beslutskapacitet och förmåga att driva processen framåt) och *legitimitet* (i bemärkelsen att samordna och förankra processen med berörda parter mot bakgrund av krav på såväl påverkansmöjligheter som insyn och ansvarsutkrävande). Vi menar att särorganisationen var ett uttryck för att effektiviteten i projektarbetet prioriterades framför att söka legitimitet för arbetet; en prioritering som blev problematisk över tid.

Organisation som politiskt styrmedel

En utgångspunkt för vår analys är att organisering av en beslutsprocess är politisk i bemärkelsen att ett stort antal aktörer med ofta motstridiga intressen involveras – eller vill involveras. Hur processen organiseras – vilka aktörer som ges mer inflytande och vilka som ges mindre – blir

därför ett viktigt politiskt styrmedel eller kanske, som vi beskrev i inledningen, *det* viktigaste politiska styrmedlet (Blomquist och Jacobsson 2002; Sundström 2016; Qvist 2017). Beslutsprocessens organisering påverkar därför ”handlingsutrymmet för dem som vill förverkliga sina drömmar” (Blomquist och Jacobsson 2002:30). I sin studie av Öresundsbron och tunneln genom Hallandsåsen konstaterar Blomquist och Jacobsson att beslutsprocesser med den här komplexiteten och konfliktnivån ställer särskilda krav på hur man hanterar olika intressen. Behovet av samordning ”brukar ses som eftersträvansvärd, bl a för att balansera olika intressen” (Blomquist och Jacobsson 2002:18). Samordning ska dock inte förstås som ett tillgodoseende av alla krav ”utan hur man kan vara rimligt lyhörd mot de flesta av kraven och ändå åstadkomma handling” (Ibid). Den springande punkten och den inneboende värdekonflikten handlar därför om att skapa en process som överhuvudtaget möjliggör handling – att värna effektiviteten – men att samtidigt vara rimligt lyhörd mot berörda aktörer. Eller, annorlunda formulerat, om balansen mellan att öppna processen för deltagande (och därigenom skapa legitimitet för den) eller att, i effektivitetens namn, sluta processen och därmed exkludera potentiellt centrala aktörer.

I sin studie av den tidiga planeringen av NKS visar Qvist och Johannesson (2018) hur dilemmat med att försöka balansera mellan effektivitet och legitimitet var närvarande under hela perioden. Denna spänning har resulterat i att aktörer har varit mer eller mindre exkluderade. Qvist och Johannessons studie visar dock att det redan under den tidiga planeringsfasen skedde förändringar över tid – samma aktör/er har under olika skeden varit mer eller mindre exkluderade eller inkluderade. Liknande iakttagelser har även gjorts i annan forskning om komplexa beslutsprocesser där förändringar av makt- och ansvarsförhållande är vanliga (t. ex. Björklöf 1976; Blomquist och Jacobsson 2002; Clegg et al. 2017). Blomquist och Jacobsson beskriver detta i termer av att diskursiva förändringar kan leda till att en aktör som tidigare varit marginaliserad, under och genom processens gång, blir betraktad som mer legitim och därmed också ges större möjligheter till påverkan. Detta hör i sin tur ofta samman med att en aktör som tidigare beskrivits som ”bakåtsträvare” genom den förändrade diskursen istället framstår som en modern ”förnyare” och därför blir en legitim aktör i beslutsprocessen. I sin diskussion om betydelsen av diskursiva förändringars effekter för deltagande utgår Blomquist och Jacobsson (2002) från diskussionen om Stockholms trafiksituation där de miljöintressen som betecknades som ”systemkritiska” i det tidiga skedet definierades ut ur processen medan andra, som menade att kringfartslederna skulle åstadkomma en bättre miljö i Stockholm inkluderades och ”fick tillgång till förhandlingsbordet” (Blomquist och Jacobsson 2002:22). I ett senare skede kunde

de ”systemkritiska”, genom att argumentera ”på ett sätt som framstod som sakligt, oberoende och vetenskapligt förankrat” (Ibid), istället inta positionen som ekologiskt moderna och därmed bli legitima aktörer i processen.

Hur en aktör kategoriseras är därmed inte statiskt, utan kan förändras; bakåtsträvare kan bli förnyare och vice versa. Vi menar att förståelsen av vissa aktörer som förnyare – och som legitima och därmed inkluderade – och andra aktörer som bakåtsträvare och ”förändringsobenägna” (Öhrming 2017) – och därmed som mindre legitima – har kännetecknat beslutsprocessen för NKS. Vi menar att bildandet av NKS-förvaltningen kan förstås i termer av att man ville skapa förutsättningar för att driva det visionära projektet i hamn (att hålla upplevda bakåtsträvare – så långt som det uppfattades vara möjligt – utanför). Effektiviteten (att driva processen framåt) premierades före legitimiteten (förankring hos för centrala aktörer). Långsiktigt fick dock detta förhållningssätt paradoxalt nog negativa återverkningar just för effektiviteten i termer av problem med samordningen.

Aktörer och aktörers intressen är därför heller inte på förhand givna. Vår utgångspunkt är, liksom till exempel Blomquist och Jacobsson (2002) och Sahlin-Andersson (1989), att aktörer och intressen är endogena i förhållande till processen; aktörer skapas, liksom deras intressen, i och genom beslutsprocessen. Det är genom deltagandet som frågor om vem man är, vad man tycker och hur man ser på andra aktörer (vem som blir ”vän” eller ”fiende” – alternativt vem som görs till ”förnyare” eller ”bakåtsträvare”) formas och som därmed kan ge upphov till konflikter. Hur organiseringen av processen sker mer specifikt i ett särskilt fall avgör därmed konstruktionen av aktörernas intressen och positioner. Projektansvariga organiserar därför processen med utgångspunkt i en föreställning om de olika aktörerna. Ett sätt att hantera komplexitet och potentiella motstridiga intressen är att organisera den/m i *parallella processer* (Jacobsson 1987/94). Genom att organisera motstridiga intressen i parallella processer ställs intressena inte öppet mot varandra och därmed undviks, åtminstone kortsiktigt, rena konfrontationer. Potentiella intressekonflikter försvinner inte, men genom denna organisation så möts de heller inte. Dessa parallella processer kan alltså drivas med motstridiga syften – men så länge de inte möts kan komplexiteten även fortsättningsvis hanteras. Vi menar att detta – att projektet kom att drivas i parallella processer – har varit centralt för organiseringen av NKS. Men vi menar också att det faktum att projektet just drevs i parallella processer långsiktigt bidrog till att konfliktnivån eskalerade och organiseringen havererade.

NKS-projektets organisation behövde inte bara förhålla sig till en mångfald av aktörer utan också till etablerade strukturer. Över tid utvecklas stabila strukturer för olika politikområden; strukturer som skapar en tröghet och som gör att vissa frågor kommer att ges mer uppmärksamhet på bekostnad av andra. Blomquist och Jacobsson (2002:30) menar att sådana strukturer kan förstås som ”riggade” på särskilda sätt och kanske bara går att ”modifiera på marginalen”. De menar dock också att aktörer kan försöka ”re-organisera” struktur för att skapa förutsättningar för förändring:

> […] man kan förstås tänka sig …att man försöker re-organisera just för att skapa gynnsamma villkor för att genomföra det egna beslutet. Det (handlar om) att ”rigga strukturen” på ett sätt som passar de egna intressena (Blomquist och Jacobsson 2002:30).

Vi menar, i enlighet med Blomquist och Jacobsson, att beslutet om att inrätta en ny organisation, en ny förvaltning, för NKS-projektet bör förstås som ett sätt för de ledande landstingspolitikerna att just ”rigga om strukturen” för att därmed skapa förutsättningar för ett framgångsrikt genomförande av de visionära idéerna. Att dessa strukturer i sig var stabila visade sig senare i de betydande svårigheter och motstånd som ”omriggandet” mötte. Att förändra en verksamhet, ett politikområde, låter sig inte enkelt göras. Genom att använda organisation som strategi kan en aktör ”skapa låsningar, binda upp sig själv och andra, skapa motivation och förväntningar, hålla konkurrenter borta” (Blomquist och Jacobsson 2002:23). Vissa aktörer använder sig av organisation för att genomföra ett projekt medan andra agerar för att motverka detsamma. För att påverka kan aktören sätta sin tillit till egna resurser i form av ekonomiska medel, kunskap eller det förtroende man åtnjuter hos andra aktörer (Ibid). En betydelsefull strategi i form av organisation var förstås inrättandet av en förvaltning med ansvar för NKS-projektet: NKS-förvaltningen.

Metod och material

För att förstå hur NKS-projektet har organiserats och hur olika aktörer inom och utom Stockholms hälso- och sjukvårdssystem därmed har involverats och exkluderats i beslutsprocessen har vi analyserat den utifrån ett processperspektiv. Genom att följa projektets utveckling kronologiskt kan vi utveckla förståelse för hur och varför det sker förändringar – maktförskjutningar – gällande dessa aktörers möjligheter till påverkan. Det betyder alltså, menar vi, att processen i sig formar och omformar (synen på) aktörerna.

I den här rapporten har vi fokus på åren mellan 2008 – då det formella beslutet om att bygga NKS togs – och 2012, då en genomgripande omorganisering av beslutsprocessen genomfördes; det vill säga från inrättandet av NKS-förvaltningen till avvecklandet av förvaltningen. Vårt empiriska material utgörs av dokument och intervjuer. Vi har strävat efter att inkludera olika perspektiv på NKS-projektet – inte minst för att den här typen av megaprojekt just berör och involverar många aktörer, ofta med motstridiga önskemål och intressen.

I vår dokumentanalys har vi med hjälp av NKS-arkivet gjort en sökning i arkivmaterialet på orden ”Karolinska” och ”Nya Karolinska Solna”. Materialet, som uppgår till cirka tusen ärenden, har sammanställts i ett Exceldokument där vi på basis av ärenderubriker särskilt sållat ut material som varit relevant för undersökningen i denna rapport. Dokumenten utgörs främst av utredningar, rapporter, tjänsteutlåtanden och remisser från SLL och NKS-förvaltningen specifikt, men inkluderar även minnesanteckningar och debatter i Landstingsfullmäktige. Vi har även inkluderat andra typer av dokument som debattartiklar, och i viss mån intervjuer i tidningsartiklar.

Via dokumentanalysen har vi identifierat centrala aktörer i NKS-projektets tidiga fas. Vi har gjort ett strategiskt urval av personer att intervjua för att säkerställa en spridning bland positioner, organisationer och professioner. Med tanke på att processen spänner över lång tid och har tenderat att vara konfliktfylld (något som ytterligare har förstärkts med de senare årens intensiva mediebevakning) har det varit av stor vikt för studien att samla en mångfald av röster och perspektiv. Det är viktigt att betona att intervjupersonernas utsagor endast ger en bild – bland flera möjliga – av vad som inträffat och hur något har upplevts eller hanterats. Det är en bild som är ett ”resultat av ett samtal på en viss plats och vid ett visst tillfälle, där det som sägs – även om det är med ärliga avsikter – kan ha andra syften än vad intervjuaren tänkt sig eller förstår” (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2015:54). Frågorna i den här studien rör också händelser som ligger flera år bakåt i tiden och minnesbilderna av vad som har hänt behöver därför hanteras med försiktighet. Vi upplever att de allra flesta intervjupersonerna har varit tillgängliga och öppna. Totalt har vi genomfört 23 intervjuer med framför allt tjänstepersoner i de involverade organisationerna. Inom ramen för projektet som helhet har ytterligare intervjuer genomförts av projektkollegor varav vi som en del av vår analys i den här rapporten har tagit del av tio av dessa intervjuer (intervjuer som genomfördes inom ramen för det första delprojektet med fokus på planeringsfasen av NKS-projektet, se Qvist & Johannesson 2018). Bland dessa intervjuer

finns både tjänstepersoner och politiker representerade. Samtliga intervjuer har anonymiserats i texten.

Den tidiga planeringsprocessen – att hålla Karolinska på distans

De första initiativen och utredningarna om ett eventuellt bygge av ett nytt sjukhus togs redan vid millennieskiftet och drevs först i den så kallade SNUS-utredningen (*Stockholms nya universitetssjukhus*) som följdes av 3S-utredningen (*Stockholms nya SjukvårdsStruktur)*. Redan i detta inledande skede av planeringsprocessen kom de politiska visionerna att handla om något mer än att bygga en ny byggnad – minst lika betydelsefullt var att ge sjukhuset en ny verksamhet, med ett koncentrerat högspecialiserat uppdrag. Därigenom hoppades landstingspolitikerna dessutom lösa den ”styrningsproblematik” (Qvist och Johannesson 2018:20) och ”förändringsobenägenhet” (Öhrming 2017) som politikerna förknippade med Karolinska. Politikerna uppfattade att denna svårstyrbara kultur satt ”i väggarna” (Qvist och Johannesson 2018:14) vilket bidrog till att idén om att bygga om det gamla sjukhuset – istället för att bygga helt nytt – inte sågs som ett alternativ. I SNUS ledningsgrupp konstaterades att ”det är svårt att förändra folks (vårdpersonalens, ledningens, vår anm.) beteenden om de känner igen sig!” (SLL 2001). Den här uppfattningen – och ambitionen att förändra kulturen – talade alltså för nybyggnation.

Mot bakgrund av att politikerna ansåg att sjukhusledningen var svårstyrd hölls Karolinskas ledning redan under den tidiga processen på distans från utredningsarbetet. Under SNUS-utredningen markerades detta begränsade inflytande genom att sjukhusdirektören fick rollen som adjungerad i utredningens ledning – sjukhusdirektören hade rätt att närvara vid möten och delta i diskussioner men inte i besluten. I 3S ledningsgrupp kom sjukhusledningen att helt sakna representation. Av minnesanteckningarna från SNUS styrgrupp framgår att utredningsgruppens förhållningssätt till sjukhusets ledning upplevdes som ett dilemma. En återkommande kommentar var vikten av att å ena sidan förankra förslag hos Karolinska, men att förslagen å andra sidan just riskerade att skapa ”meningsskiljaktigheter med KS [Karolinska]” (SLL 2002). Avvägningen mellan att driva projektet effektivt och att samtidigt förankra det – att skapa legitimitet för det hos sjukhusledningen – var alltså ett dilemma för projektansvariga redan i den tidiga planeringsfasen.

Trots att Karolinska hölls på distans från direkt inflytande över utredningarna försökte man från sjukhusets sida ändå påverka processen. Sjukhusledningen presenterade en egeninitierad parallellutredning till SNUS (KUS 2002) – med förslag om ombyggnation istället för nybyggnation (och med ett huvudsakligen bevarat uppdrag) – en utredning som fick ett svalt mottagande hos landstingspolitikerna (Qvist och Johannesson 2018). I slutfasen av SNUS gav sjukhusdirektören dessutom en längre skriftlig kommentar till SNUS förslag, som i flera avseenden var kritisk till utredningen. Kommentaren avslutades dock med en önskan om att Karolinska skulle ges möjlighet att medverka i den fortsatta processen:

> Vi finner således att studien – innan man kan ta ställning lokalisering eller dimensionering – måste fördjupas betydligt och det *är väsentligt att sjukhuset med sina erfarenheter av drift- och organiseringsfrågor får tillfälle att belysa dessa faktorer. KS deltar gärna i detta fortsatta arbet*e, då vi tror att ett förnyat KS behöver växa fram med rationell logistik […] (Karolinska 2002b).

Sjukhusdirektören menade alltså projektansvariga borde ta tillvara på den kunskap och kompetens som fanns inom sjukhusets väggar. Även om sjukhusets ledning uteslöts från deltagande i 3S-utredningen öppnades processen upp för andra delar av Karolinskas personal och för personal från andra sjukhus. Qvist och Johannesson (2018:32) beskriver detta deltagande som en ”professionernas utredning” och därmed som en strategi ”för inkludering av intressenter”. Detta deltagande innebar dock inte nödvändigtvis en möjlighet till faktisk påverkan. Möjligheten till påverkan begränsades av tidsbrist och av att vissa aspekter hade låsts fast redan i utredningens inledningsskede (Qvist och Johannesson 2018:33). Inom 3S ledningsgrupp fanns det också en medvetenhet om att utredningen i viss mån hade misslyckats med det förankringsarbete som ingick i uppdraget från landstingspolitikerna.

> Utredningen hade också i uppdrag att ”söka en bred och aktiv dialog med sjukvårdens personalgrupper och deras organisationer samt i detta syfte samråda med landstingets personalberedning”. Något samråd med personalberedningen har inte skett och inte heller finns det någon, generellt sett, bred och aktiv dialog med personalen. (SLL 2004a).

Att utredningen ansåg sig ha misslyckats med dialog och förankringsarbete bland personal kan alltså förstås i termer av ett legitimitetsproblem. I utredningens slutfas uppstod ytterligare problem. Ett sådant problem berörde frågan om en plan för faktiskt genomförande för de

omfattande förändringar som krävdes. 3S ledningsgrupp konstaterade att utredningen inte kommit tillräckligt långt gällande konkreta planer för *genomförande* av dess förändringar. Detta var problematiskt eftersom de politiska direktiven till utredningen var att ta fram en tydlig handlingsplan; en ”tidsatt aktivitets- eller åtgärdsplan som beskriver hur det är tänkt att den nya sjukvårdsstrukturen skall förverkligas” (SLL 2004a). Ledningsgruppen bedömde att man hade misslyckats med detta och därför stannade förslaget på en, som det formulerades, ”visionär” nivå och led därför av betydande ”hältor” varav ”en är att vi förhållandevis väl beskriver VAD vi vill göra men i väsentligt lägre grad HUR det skall förverkligas. Drömmar kan man ju ha men hur skall de förverkligas?” (SLL 2004b).

3S hade organiserat sitt arbete i olika delprojekt – ett med fokus på det nya universitetssjukhuset och ett annat koncentrerat till förändringarna av Stockholms sjukvårdsstruktur i stort (närsjukvården) – och bristen på förslag om hur visionerna skulle genomföras gällde särskilt för delprojektet om närsjukvårdens utveckling. Universitetsjukvårdsprojektet hade, enligt utredningen, en mer ”handfast karaktär vad gällde vilka förändringar som krävs”(SLL 2004b), dock fanns det även här brister som handlade om att man inte förmått ge ett övertygande förslag om hur man skulle kunna gå från de nuvarande 900 vårdplatserna på Karolinska till de planerade 500 i det nya sjukhuset. Vad gällde förändringarna i närsjukvården fanns:

> (Risk) att 3 S inte kommer att kunna beskriva den nya, samlade sjukvårdsstrukturen på ett sätt och i termer som visar hur den är tänkt att samverka, hur den är tänkt att se ut mer konkret/infrastrukturellt, när olika förändringar måste genomföras för att ”systemet” skall hänga ihop etc. (SLL 2004a).

Att de två delrapporterna var av olika karaktär – och hade ”divergerande inriktning och utformning” – och inte presenterade gemensamma och sammanhängande planer för genomförande av de stora förändringarna som krävdes – och som behövde genomföras redan tidigt i processen – sågs av 3S ledningsgrupp som ”ett *rejält problem*” (SLL 2004a). Organiseringen av närsjukvården var en viktig pusselbit för att åstadkomma den nya sjukvårdsstrukturen i Stockholm och det förändrade uppdraget för det nya universitetssjukhuset innebar att den bassjukvård som bedrivits av Karolinska skulle övertas av andra aktörer inom Stockholms hälso- och sjukvård. Detta medförde krav på omfattande förändringar av övrig vård – förändringar som 3S alltså inte ansett sig kunnat ge några konkreta planer för. Det slutliga förslaget var tänkt att presenteras i form av *ett* sammanhållet dokument men istället blev det

två utredningar med olika karaktär, sammanhållna av en ”kappa”. Att 3S inte förmått nå längre berodde enligt ledningsgruppen dels på att arbetet organiserats i separata utredningar, dels på en betydande tidspress. Problemet med samordningen av NKS-projektet å ena sidan och planerna för Stockholms hälso- och sjukvård i stort å den andra skulle komma att återkomma under perioden för NKS-förvaltningen.

Från omöjlig organisation till möjlig – grunden till NKS-förvaltningen

I slutskedet av 3S-utredningens arbete fördes i ledningsgruppen diskussioner om hur beslutsprocessen fortsättningsvis skulle organiseras. Tiden för ett förväntat politiskt beslut om byggandet av ett nytt sjukhus närmade sig, och inom ledningsgruppen övervägdes – utan att 3S själv tog ställning för något av dem – två alternativa organisatoriska lösningar.

Det första alternativet utgick från landstingets ordinarie organisation – Landstingsstyrelsen och Landstingsstyrelsen förvaltning; Landstingsfullmäktige och dess förvaltningsorganisation, det landstingsägda fastighetsbolaget Locum, Karolinska universitetssjukhuset och Karolinska Institutet (KI) (som part utanför landstingets organisation) – och en samordning av arbetet genom och mellan dessa. Enligt detta förslag skulle ansvaret för bygget av det nya universitetssjukhuset läggas på Locum, som hade haft en central roll i det tidiga utredningsarbetet. Den så kallade landstingskoncernledningens[1] roll skulle bli att ansvara för dels beslutsunderlag för de verksamhetsmässiga förändringarna av övrig vård i Stockholm, dels för förslag till budgetdirektiv och budgetbeslut (SLL 2004b). I övrigt skulle berörda delar av den politiska organisationen liksom förvaltningsorganisationen samverka inom och mellan den ordinarie organisationen och inom etablerat styrsystem (beställa/utförar-modellen) och ordinarie budgetprocess. Landstingsstyrelsens Allmänna utskott (med ansvar för den övergripande styrningen) – senare Arbetsutskottet – föreslogs inte få någon formell

[1] ”Koncernledningen” – inspirerad av förebilder från näringslivet – utgjordes av en ”inre krets” i den sedan år 2004 centraliserad förvaltningen; en förvaltning som genom denna centralisering givits en ”styrande funktion gentemot vårdproducenterna och en samordnande uppgift mot politiken” (Öhrming 2017:26). Koncernledningen var, enligt Öhrming, väl sedd av olika politiska majoriteter och hade en mycket stark ställning. Det var också koncernledningen som drev NKS-frågan under det tidiga 2000-talet (Öhrming 2017:26). Efter valet 2006 när det återigen blev en alliansledd ledning i landstinget valde man att avveckla koncernledningen och decentralisera den politiska ledningen genom att återigen inrätta lokala politiska organ i form av tre lokala sjukvårdsstyrelser. Hösten år 2015 återinförde de borgerliga partierna en centraliserad koncernledning under landstingsdirektören ”för att kunna slutföra arbetet med NKS” (Öhrming 2017:26). Därefter har det skett nya förändringar i styrningen, från att 2016 driva en decentralisering till att hösten år 2017 återigen – inte minst som ett resultat av uppfattningen om att den förvaltning som då ansvarade för NKS-frågorna hade varit alltför vidlyftig ekonomiskt – centralisera förvaltningsorganisationen.

beslutskompetens för NKS-frågorna, utan skulle kvarstå som ett ”informellt forum” för diskussion. Det innebar också att Landstingsfullmäktige skulle ges en central roll och inflytande över NKS-projektet.

Ett andra alternativ som diskuterades i 3S-utredningen var att ”åtminstone på tjänstemanna-planet” bilda en ny projektorganisation för NKS-frågorna. Denna tjänstemannagrupp föreslogs bestå av ”berörda chefstjänstemän”: landstingsdirektör, biträdande landstingsdirektör, sjukvårdsdirektören vid SLSO[2], beställardirektör vid HSN-förvaltning, sjukhusdirektör vid Karolinska, eventuellt ytterligare någon sjukhusdirektör samt VD för Locum (SLL 2004b). Genom att en ny separat projektorganisation på tjänstemannanivå föreslogs liknade detta alternativ den NKS-förvaltning som senare skulle komma att införas, men skiljde sig vad gällde ledningen av den föreslagna organisationen då såväl HSN-förvaltnings som Karolinskas ledning som övriga delar av ordinarie organisation förutsattes få ledande positioner. Förslaget innebar att flera för Stockholms hälso- och sjukvård centrala aktörer skulle ingå i ledningen. Denna grupp skulle ges ansvar för byggnationen av det nya sjukhuset. Däremot avfärdades idén om att bilda en särskild projektorganisation för förändringsarbetet av verksamhetsinnehållet på det nya universitetssjukhuset; detta tycktes av utredningen ”föga ändamålsenligt, om ens möjligt” då en sådan i praktiken skulle ta över beställar/utförarmodellens ansvar och uppgifter (SLL 2004b).

I detta andra förslag till organisation utgick 3S från att ansvaret för NKS på den politiska nivån skulle ges till Allmänna utskottet, det vill säga ett politiskt sammansatt organ under Landstingsstyrelsen. Allmänna utskottet hade – i likhet med Arbetsutskottet, som det numera kallas – ansvar för övergripande styrnings- och systemfrågor, liksom för landstingets ekonomiska och verksamhetsmässiga resultat. Genom att Allmänna utskottet, enligt förslaget, fick ta hand om ärenden som rörde det nya sjukhuset menade 3S-utredningen att man försäkrade sig om att NKS-relaterade frågor placerades i ett vidare sammanhang och behandlades i den övergripande styrningen av hälso- och sjukvårdsfrågor (SLL 2004b). 3S diskuterade vidare vilka befogenheter Allmänna utskottet skulle ges avseende NKS: Frågan var om utskottet enbart skulle vara ett beredande organ (till Landstingsstyrelsen) utan ”formella befogenheter”

[2] SLSO, *Stockholms läns sjukvårdsområde*, som ansvarar för all landstingsdriven vård utanför akutsjukhusen – dvs primärvård (närsjukvård) och psykiatri – fick enligt detta alternativ en central roll. Att organisera in SLSO skulle kunna ses som ett svar på de tidigare upplevda problemen i 3S: misslyckandet med att samordna utvecklingen av närsjukvården (primärvården) med den planerade förändringen av det nya sjukhusets uppdrag.

eller om Allmänna utskottet, genom särskild delegation från Landstingsstyrelsen, skulle ges vissa formella beslutsbefogenheter. Valdes det senare alternativet var det av stor vikt – för att inte skapa ”förvirring och oklarhet” – att noga avgränsa Allmänna utskottets beslutskraft gentemot andra politiska organ ”främst hälso- och sjukvårdsutskottet” (SLL 2004b). Risken med ett Arbetsutskott försedd med formell beslutskraft var alltså att det skulle kunna skapa spänningar mellan andra politiska organ i landstinget. Valdes ett sådant alternativ skulle det ”sannolikt komm(a) att rucka på nuvarande ansvarsförhållanden” (SLL 2004b).

De här olika alternativen för organiseringen av ett framtida projekt ledde inte till några konkreta förslag i 3S slutliga tjänsteutlåtande, utan presenterades mer övergripande. I tjänsteutlåtandet formulerades ett antal ”huvudprinciper” för organiserandet av det fortsatta arbetet; principer som innebar att rådande styr- och ansvarsförhållanden inom den existerande landstingsorganisationen i huvudsak bibehölls. Vikt lades vid att Landstingsfullmäktige skulle ges en roll som central knutpunkt för det politiska arbetet. Det kom till uttryck genom formuleringen att ”samtliga strukturellt viktiga förändringar ska läggas fram genom politiska beslut”, och att det ”i första hand är […] fullmäktige som fattar dessa beslut” (SLL 2004c:34). Det konstaterades också att dessa förslag till strukturella förändringar borde, så långt som möjligt, ”koncentreras till det årliga budgetarbetet” (Ibid).

Förslaget att fullmäktige skulle bli knutpunkt och att NKS-arbetet tydligt integrerades i budgetarbetet innebar att man skapade förutsättningar för att NKS-projektet sattes in i ett ”verksamhetsmässigt och ekonomiskt helhetsperspektiv” (SLL 2004d:35). Vidare förslogs att ansvaret på central tjänstemannanivå koncentrerades till ”koncernledningen för samordning” (SLL 2004d:35). 3S förklarade att detta ansvar *måste* ligga på koncernledningen, därför att samarbetet mellan beställar- och ägarfunktionerna ”som är helt nödvändiga” därigenom ”tryggas”(Ibid). I utlåtandet lades därför vikt vid samordning mellan Landstingsfullmäktige, i dess beställarroll, och Landstingsstyrelsen, med dess ansvar för ägarfrågorna.

3S-utredningen ansåg vidare att det mer specifika ansvaret för att leda planering och byggnation av det nya sjukhuset och den vidare uppgiften att ”planera och genomföra viktigare strukturförändringar” (SLL 2004d:35) borde hanteras av en särskild ”parlamentarisk grupp”. Någon sådan blocköverskridande grupp för samtal och samverkan blev det inte, vilket oppositionen längre fram kom att vara kritisk mot. 3S-utredningen pekade också att ”förändringsprocessen ska präglas av en nära dialog med personalen och fackliga

organisationer” (SLL 2004d:34), ett förankringsarbete som 3S alltså bedömde att man själv hade misslyckats med. Förhållningssättet till fackliga organisationer kom dock också att bli omtvistat senare i processen (se vidare i avsnittet ”Den positiva berättelsen om NKS”).

Sammanfattningsvis kan det konstateras att 3S-utredningen särskilt lade vikt vid att NKS-frågorna behandlades i ett helhetsperspektiv – att det nya sjukhusets uppdrag sattes in i den vidare planeringen av de strukturförändringar som behövde genomföras i Stockholms hälso- och sjukvård i stort. Detta markerades dels genom att Allmänna utskottet, som just ansvarade för övergripande styrningsfrågor, föreslogs hantera NKS-frågorna inom Landstingsstyrelsen, dels genom att NKS-relaterade frågor integrerades i budgetarbetet. Vidare betonade 3S behovet av att Landstingsfullmäktige gavs en central roll i den fortsatta processen samt att samordningen mellan Landstingsfullmäktige och Landstingsstyrelsen gjordes till ett prioriterat område. Slutligen ansåg 3S att den fortsatta processen borde ske i nära samverkan med personal, inte minst genom de fackliga organisationerna och att processen därmed också var förankrad i bredare personalgrupper. Detta kan förstås som att 3S särskilt värnade om legitimiteten – dialog med och förankring hos vårdpersonal – i den fortsatta processen.

Bildandet av NKS-kansliet: Karolinska hålls fortsatt på avstånd

Perioden som följde efter 3S-utredningen, och särskilt efter valet år 2006 då Alliansen efter en mandatperiod i opposition återigen fick majoritet i landstinget, kännetecknades av ett från politiskt håll ökat intresse för NKS-projektet (Qvist och Johannesson 2018). De styrande politikerna hade som ambition att vinna kontroll över den process som tidigare huvudsakligen hade drivits av ledande tjänstemän, ”utan särskilt mycket styrning från politiskt håll” (Qvist och Johannesson, 2018: 36). Efter 3S-utredningen hade ett särskilt programkontor med ansvar för NKS-projektet inrättats, organisatoriskt placerad under landstingsdirektören. Detta ökade intresse från den nya politiska ledningens sida innebar att programkontoret flyttades från att vara underställt landstingsdirektören till att underställas FoUU-utskottet – ett politiskt organ under Landstingsstyrelsen. Efter att programkontoret förflyttades och direkt underordnades politisk styrning kom det att få fastare organisatoriska ramar och från år 2007 benämnas NKS-kansliet.

Inrättandet av programkontoret, som sedan blev NKS-kansliet, var ett sätt att även fortsättningsvis hålla Karolinskas ledning på distans. De i 3S tidigare diskuterade idéerna om

att tydligare inkludera sjukhusledningen i processen följdes således inte. Som chef för programkontoret, därefter först NKS-kansliet och sedan NKS-förvaltningen, rekryterades från Akademiska sjukhuset i Uppsala professorn i neurokirurgi Lennart Persson. NKS-projektet kom därmed att på tjänstemannanivå ledas av en person hämtad utanför SLL. Qvist och Johannesson (2018) menar att detta var ett högst strategiskt beslut: ”Inom ledningen för SLL fortsatte arbetet med att styra NKS-projektet som ett förändringsarbete där KS-ledningens roll skulle begränsas” (Qvist och Johannesson, 2018:37). Liknande slutsatser gör Öhrming som beskriver de ledande politikernas och tjänstepersonernas syn på sjukhuset på följande sätt:

> Politiker och tjänstemän uppfattade den dåvarande ledningen för sjukhuset som förändringsobenägen, mot bakgrund av att ”så lite” hade hänt efter fusionen 2004 (syftande på sammanslagningen av Huddinge och Solna, vår anm.). Organiseringen och bemanningen av kansliet var ett medvetet val och en markering från landstingsledningens sida att man inte riktigt litade på alla delar av den egna organisationen. NKS-kansliets tillkomst kan därför ses som ett misstroende riktat mot Karolinskas ledning och verksamheterna och deras vilja att åstadkomma reella förändringar (Öhrming 2017:43).

Även om Karolinskas ledning hölls utanför direkt inflytande under NKS-kansliet engagerades ett stort antal av sjukhusets övriga personal. Organiseringen likande därmed den som drivits under 3S-utredningen – sjukhusledningen hölls på behörigt avstånd medan annan personal på lägre nivåer involverades. Det här arbetssättet spädde på spänningarna mellan NKS-kansliet och Karolinskas ledning (Qvist och Johannesson 2018:38).

Vi kan konstatera att man från politisk sida använde organisering som ett sätt att delvis styra bort Karolinskas ledning från NKS-projektet. En viktig politisk markering var också, som nämndes ovan, att NKS-kansliet leddes av den utifrån hämtade programdirektören Lennart Persson. Men NKS-kansliet förseddes också, efter förslag från FoUU-utskottet (SLL 2007a) som följdes av beslut i Landstingsfullmäktige, med ett särskilt styrråd. Styrrådet skulle enligt detta beslut utgöras av ledande tjänstemän från Landstingsstyrelsens förvaltning (landstingsdirektör och biträdande landstingsdirektör), VD för Locum AB, beställardirektör från HSN-förvaltning, en representant för KI *samt* sjukhusdirektören för Karolinska. Även

fortsättningsvis, under NKS-förvaltningen, knöts en särskild styrgrupp/styrråd[3] till förvaltningen – också där med representation från sjukhusledningen. Från politiskt håll hade man därmed organiserat in Karolinskas ledning i processen och samtidigt hållit sjukhusledningen på avstånd från verkligt inflytande. Detta ledde till att sjukhusledningen tvingades in i en process som leddes av någon annan.

Vi menar att NKS-kansliets relation till Karolinskas ledning kan förstås som ett exempel på ett ”villkorat deltagande”, det vill säga som ett försök att skapa förankring och legitimitet för projektet hos sjukhusledningen samtidigt som ledningens möjligheter till påverkan begränsades. Dessa begränsningar kommer till uttryck dels genom att NKS-kansliets *ledning* var en person hämtad utanför Karolinska och SLL, dels genom formuleringar i beslutsunderlaget för projektorganisationen där det sades att Karolinska, liksom Locum, hade till uppgift att *bistå* NKS-kansliet med sin kompetens (SLL 2007a). Det finns här likheter med den tidiga planeringsfasen, under SNUS-utredningen, då sjukhusledningen fick delta på möten och i diskussioner som fördes vid dessa möten men inte gavs möjligheter att delta i beslutsfattandet. Även här handlade det alltså om möjlighet till deltagande, men med begränsningar i faktisk påverkan. Genom det här upplägget organiserades också en inneboende spänning in i projektorganisationen; en spänning som eskalerade under NKS-förvaltningens tid.

Att särorganisera – politik- och förvaltningsstruktur för NKS

NKS–kansliet saknade ”exekutiv makt” (Öhrming 2017:45) – det var en organisation som ansvarade för planeringen av NKS, men som inte hade befogenheter att fatta avgörande beslut. Genom att kansliet så småningom omorganiserades till NKS-förvaltningen gavs särorganisatonen betydligt mer exekutiv makt och med det kom förväntningar om att processen skulle drivas med större effektivitet. I det här avsnittet visar vi hur politikerna, i samband med beslutet om att bygga nytt sjukhus, valde att bryta ut NKS-frågan och skapa en särorganisatorisk lösning som omfattade såväl den politiska nivån som förvaltningsnivån. Det innebar en motsatt strategi än den av 3S-utredningen föreslagna där särskild vikt lades vid att placera NKS i ett helhetsperspektiv, inom ramen för planeringen av Stockholms samlade hälso- och sjukvård. I avsnittet visar vi också att inrättandet av NKS-förvaltningen bör förstås mot bakgrund av den bild av Karolinska som fanns inom SLL.

[3] I det empiriska materialet används senare både begreppet ”styrgrupp” och ”styrråd”. I beslutsunderlaget för organiseringen av detta forum under NKS-kansliet används begreppet ”styrråd”. Under NKS-förvaltningen användes huvudsakligen ”styrgrupp” varför vi längre fram i rapporten kommer att använda det begreppet.

Den politiska nivån – FoUU-utskottet som maktcentrum

I samband med att beslutet om att bygga ett nytt universitetssjukhus togs blev frågan om hur och var det politiska ansvaret skulle organiseras högaktuell. Det var långt ifrån givet hur ansvaret för NKS-projektet skulle organiseras på politisk nivå. Det slutliga valet – att även fortsättningsvis ge ansvaret till FoUU-utskottet – föregicks av ett annat förslag; att inrätta en ny NKS-nämnd. I likhet med FoUU-utskottet innebar även detta alternativ att ansvaret för NKS på politisk nivån bröts ut till ett särskilt politiskt organ. Till skillnad från FoUU-utskottet föreslogs NKS-nämnden organisatoriskt placeras under Landstingsfullmäktige. Motiveringen till att skapa en särskild politisk organisation för NKS-frågorna var att det ”med tanke på projektets stora komplexitet ökar […] kraven på att det finns en tydlig organisation med väl definierade ansvars- och befogenhetsgränser som har det samlade ansvaret för det fortsatta projektet” (SLL 2007b:41). Detta ansvar omfattade planeringen, projekteringen, uppförandet och färdigställandet av NKS (Ibid).

I 3S ledningsgrupp hade det landstingsägda fastighetsbolaget Locum ingått och haft en viktig position. Locums ledning var nu kritisk mot den roll som man såg att den egna organisationen skulle komma att spela i den fortsatta projektorganisationen, enligt förslaget om inrättandet av en NKS-nämnd. Locums styrelseordförande, moderaten Mikael Freimuth, ansåg att Locum – om förslaget om den nya nämnden genomfördes – skulle förlora sin tidigare centrala roll i projektet och riskerade att ”bli mer av en remissinstans utan reellt inflytande” (DN 2007-12-17). I en intervju i Dagens Nyheter menade Freimuth vidare att:

> Det vore olyckligt om det uppstår en konkurrenssituation mellan den nya nämnden och Locum. Min utgångspunkt är att Locums kunskaper och erfarenheter ska komma det nya projektet till del. Det gäller helt enkelt att ta till vara på våra skattepengar på bästa sätt. Nya Karolinska är ett gigantiskt projekt som ska byggas under flera mandatperioder. Jag tycker vi ska ha en öppen diskussion om hur ett sådant projekt ska skötas (DN 2007-12-17).

I samma artikel uttalade sig också Locums VD Tommy Hoff som instämde i kritiken kring att Locus framtida roll i projektet var otydlig: ”vad som sagts hittills är att vi ska bistå Landstingsstyrelsen men vad det innebär är oklart” (DN Ibid).

Den kristdemokratiska landstingspolitikern Stig Nyman, en av de centrala politikerna i NKS-projektet och ordförande i FoUU-utskottet, menade dock i samma artikel i Dagens Nyheter (2007-12-17) att det fanns rent funktionella skäl till att ge Locum en förändrad roll: ”Nya Karolinska är främst ett verksamhetsprojekt och Locums uppgift är främst att bygga och förvalta fastigheter”. Nyman avvisade också tankarna om att Locums förändrad roll och minskade inflytande skulle tolkas som ett uttryck för misstro mot bolaget från politikernas sida. En intervjuad tjänsteperson menade dock att det vid den här tiden, i samband med beslutet om att bygga ett nytt sjukhus, fanns en misstro från politikernas sida mot Locum och att detta var en förklaring till att Locum delvis organiserades ut ur NKS-projektet (IP31). Här ges alltså två förklaringar till att landstingets eget fastighetsbolag Locum fråntogs sin ledande roll i NKS-projektet: den ena handlade om att NKS inte bara, eller ens främst, var ett byggprojekt, utan framför allt handlade om att ge sjukhuset ett helt nytt uppdrag och verksamhet, vilket inte var Locums kompetensområde. Den andra förklaringen var att det fanns en misstro mot Locum vid tiden för beslutet och att bolaget därför blev hänvisad till en mer perifer roll i den fortsatta processen, med uppgift att bistå projektledningen med sin kompetens. Detta kan, i likhet med den roll sjukhusledningen gavs, förstås i termer av ett villkorat deltagande, där Locum, enligt dess ordförande, skulle förpassas till en roll som remissinstans, utan reellt inflytande. Därmed skulle också, enligt Locums ledning, NKS-projektet gå miste om den kompetens som fastighetsbolaget hade. Förslaget att inrätta en ny nämnd gick dock inte igenom, istället fick FoUU-utskottet även fortsättningsvis ansvaret för NKS-projektet. För Locums del innebar detta förmodligen ingen skillnad – bolaget kom ändå fortsättningsvis att få en betydligt mer undanskymd roll i processen.

Beslutet att låta det politiska ansvaret koncentreras till FoUU-utskottet motiverades med projektets komplexitet, som bland annat tog sig uttryck i ”dess ekonomiska omfattning, den tidsmässigt långa horisonten och kravet på att många olika kompetenser deltar” (SLL 2007b). Denna komplexitet innebar också att det fanns ett starkt behov av kontinuitet i den politiska ledningen, vilket motiverade ”att FoUU-utskottet får fortsatt ansvar för NKS-projektet. Arbetet med NKS kommer att ske över lång tid. Att hitta goda arbetsformer är därför viktigt” (SLL 2007b:4, landstingsrådsberedningens skrivelse). En landstingspolitiker från den styrande Alliansen menade att det var behovet av att skapa effektivitet i processen som avgjorde organiseringen på den politiska nivån (IP30). Alternativet hade, enligt samma politiker, annars varit att låta detta skötas av Landstingsstyrelsen i sin helhet. Ett sådant alternativ innebar dock att styrelsen dels skulle behöva sammanträda med kort varsel och dels tränga in i detaljfrågor

som inte nödvändigtvis behövde hanteras på styrelsenivå (IP30). De organisatoriska valen handlade därför om en avvägning mellan *effektivitet* och *samordning*. Att FoUU-utskottet blev det politiskt ansvariga organet kan alltså ses som ett uttryck för att effektiviteten prioriterades medan 3S-utredningens förslag – om fullmäktige som en central aktör och med Allmänna utskottet som ansvarigt politiskt organ inom Landstingsstyrelsen – kan förstås som en betoning av samordning och förankring (att prioritera legitimitet).

FoUU-utskottet kan mot bakgrund av detta förstås som ett politiskt maktcentrum för NKS. Utskottet ansvarade sedan en tid tillbaka, under NKS-kansliets verksamhet, för *beredningen* av NKS-relaterade ärenden men i samband med beslutet om att bygga nytt sjukhus vidgades utskottet roll till att också omfatta egen beslutsmakt. Detta gjordes genom en förändring i delegationsordningen (SLL 2007b) och innebar att Landstingsstyrelsen i ett antal frågor som rörde NKS delegerade beslutsrätt till FoUU-utskottet som därmed kunde fatta beslut utan att behöva lyfta frågan till Landstingsstyrelsen. Genom delegationen gavs alltså utskottet egen beslutsmakt i flera NKS-relaterade ärenden, såväl vad gällde sjukhusets verksamhetsinnehåll som OPS-upphandlingen.[4] Vanligtvis har de politiskt sammansatta utskotten och beredningarna under Landstingsstyrelsen endast beredande uppgifter men det är också möjligt, såsom i fallet för FoUU-utskottet, att även delegera vissa beslut till utskott. För FoUU-utskottets del innebar detta, enligt en politiker, att utskottet fick ”en ganska långtgående beslutsdelegation” och ”därmed blev den politiska ledningen för NKS-förvaltningen” (IP30). Samma landstingspolitiker beskriver FoUU-utskottet som ”en speciallösning”.

Insynen i de ärenden som hade delegerats till FoUU-utskottet begränsades av att en stor andel av dessa var sekretessbelagda vilket innebar att ledamöterna i utskottet inte fick dela information ens med sina egna partikamrater eller till ledande tjänstemän inom de egna förvaltningarna. Även om denna sekretess gjordes i enlighet med offentlighets- och sekretesslagen bidrog detta till att organiseringen framstod som sluten. Det var en begränsad krets politiker, med relativt stor egen beslutsmakt, som hade insyn i NKS-ärendena. Utskottet hade nio ordinarie ledamöter, fem av dessa kom från Alliansen medan övriga representerade den rödgröna minoriteten. Ordförande för utskottet var, som sagt, kristdemokraten Stig Nyman.

[4] Exempel på denna delegation av beslutsmakt, där FoUU-utskottet var ensam beslutsfattare, är följande ärenden: ”Genomförande och övergripande tidplan för NKS-projektet”; Innehåll av tekniska servicetjänster i OPS-upphandlingen samt byggnation och drift av patienthotell”; ”Innehåll av mjuka servicetjänster i OPS-upphandlingen”; ”Prekvalificering”; ”Förfrågningsunderlag”; ”Inriktningsbeslut avseende övergripande verksamhetsinnehåll”; ”Slutförande av OPS-upphandling”; ”Beslutsordning avseende verksamhetsinnehåll och OPS-upphandling” , se Nya Karolinska Solna-förvaltningen (2010), *Beskrivning av OPS-upphandling*, rapport nummer 1:2010, s. 19.

De två mindre partiernas representanter – Vänsterpartiet och Miljöpartiet – var dock bara adjungerade, det vill säga de hade rätt att delta i utskottets möten och diskussioner men inte i besluten.

Det fanns dock kritiska röster mot att ansvar och politisk makt samlades under FoUU-utskottet och att NKS istället för att organiseras utifrån samordnande principer organiserade med syfte att skapa effektivitet. I en debatt i Landstingsfullmäktige år 2010 – två år efter det att beslut om inrättandet av NKS-förvaltningen och beslut att ge FoUU-utskottet ansvar på den politiska nivån – påminde den socialdemokratiska landstingspolitikern Inger Ros om att man i samband med dessa beslut hade haft för avsikt att skapa en särskild parlamentarisk grupp (enligt 3S-utredningens förslag), som var tänkt att få en samordnande roll mellan hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN), FoUU-utskottet och Landstingsstyrelsen:

> När vi började det här arbetet var vi några stycken som tidigt föreslog, för att vi skulle få eniga och långsiktiga beslut för vårdens skull, en parlamentarisk grupp mellan FoUU-utskottet, landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden, vi såg tidigt att det inte gick att isolera NKS-arbetet i en framtida sjukvårdsstruktur. Tyvärr fick vi inte gehör för det […] [J]ag blir rätt bekymrad när, jämsides med det arbetet, viktiga politiska beslut och stora investeringsbeslut tas i produktionsutskottet, som jag menar är beslut som påverkar helheten av verksamheten. För mig har det hela tiden varit tydligt att det inte går att fullt ut diskutera NKS verksamhetsinnehåll utan att också ha den övergripande diskussionen om hur övrig vård ska organiseras och fördelas i vårt län. Jag tycker att FoUU-utskottets mandat är väldigt oklart (Landstingsfullmäktige 2010, Anförande-protokoll, anförande nr 85, 2010-05-06).

Förvaltningsnivån: NKS-förvaltningen nära den politiska makten

På den politiska nivån koncentrerades alltså ansvaret för NKS-frågorna till FoUU-utskottet under Landstingsstyrelsen. I samband med beslutet om den politiska organiseringen bestämdes det också att det skulle bildas en separat organisation även på förvaltningsnivå, vilket alltså blev NKS-förvaltningen. Förvaltningen underställdes FoUU-utskottet och därmed skapades en separat och sammanhängande egen struktur – på både politik- och förvaltningsnivå – för NKS-projektet.

I likhet med den politiska organisationen diskuterades alternativa lösningar också för förvaltningsnivån; bland dessa fanns stiftelseformen samt alternativet att lägga det i ett eget landstingsägt bolag, men man stannade vid förvaltningsformen. Även andra tänkbara alternativ diskuterades såsom att, istället för att inrätta en helt ny förvaltning, stärka de redan existerande förvaltningarna och då framför allt Landstingsstyrelsens förvaltning (nuvarande Regionledningskontoret). Landstingsstyrelsen förvaltning hade det övergripande ansvaret för att ta fram beslutsunderlag till Landstingsstyrelsen och den övriga politiska organisationen i styrnings-, lednings-, och samordningsfrågor. Enligt en av de intervjuade landstingspolitikerna var detta dock inte ett lämpligt alternativ för NKS-projektet (IP30). Landstingspolitikern menade att projektet krävde ”människor som fick jobba helt och hållet med detta” och därför var, enligt samma person, inrättande av en separat ”förvaltningsorganisation” en ”idealisk lösning” (IP30). En av de intervjuade tjänstepersonerna bekräftade att det fanns ”en väldigt stark diskussion inom politiken” om behovet av att bryta ut NKS-frågorna för att skapa förutsättningar för att politiskt fokusera men då krävdes ”en egen förvaltningsstruktur som hängde ihop med politiken” (IP31). Enligt Öhrming (2017:47) fanns det initialt, i samband med beslutet om att bygga nytt sjukhus, en bred politisk enighet över blockgränserna om att inrätta NKS-förvaltningen. Öhmring menar dock, vilket vi också visar längre fram i rapporten, att oppositionen så småningom skulle komma att bli mer kritiska till detta val av organisering.

Givet det konfrontativa klimatet i SLL blev det viktigt att ge projektledningen inom den nyinrättade förvaltningen så goda förutsättningar som möjligt att hävda sig. Det gällde att forma en organisation som gav dess ledning tillräcklig ”status”, ”legitimitet” och ”makt” gentemot andra organisationer inom SLL så att organisationen gavs förutsättningar att driva ett projekt som i flera avseende skulle kunna vara utmanande för andra organisationer inom SLL (IP31). Med valet av förvaltning som organisationsform hamnade NKS-projektet statusmässigt på samma nivå som de redan existerande förvaltningarna. Genom att NKS-förvaltningen direkt underställdes ett av *Landstingsstyrelsens* utskott kunde, menade en intervjuad tjänsteperson, man förstå det som att NKS-förvaltningen i själva verket fick en högre i status i förvaltningshierarkien än andra organisationer, såsom exempelvis Karolinska (IP15). NKS-förvaltningen organiserades ”extremt nära” FoUU-utskottets ledning och låg därmed organisatoriskt ”nära politiken” (IP15). I skriften *Det ljusa sjukhuset* (NKS-förvaltningen 2011) bekräftar organisationen bilden av att den hade en särskild ställning i SLL:s förvaltningsorganisation:

> NKS-förvaltningen har varit direkt underställd landstingsstyrelsens FoUU-utskott sedermera NKS- beredning, och har där löpande (månadsvis) rapporterat status samt fört upp större frågor för beslut. NKS-förvaltningen har med denna beslutshierarki haft en jämförelsevis självständig ställning visavi andra förvaltningar och verksamheter i landstinget (NKS-förvaltningen 2011:100).

Genom studier av FoUU-utskottets sammanträdesprotokoll (för åren 2007 – 2010) kan vi också bekräfta att representanter för NKS-förvaltningen – någon eller några ur förvaltningens ledning – var närvarande vid samtliga av utskottets möten och gjorde regelbundna, månadsvisa, avrapporteringar till dess ledamöter. Förutom dess formella kontakter förekom det, enligt en intervjuad landstingspolitiker, många informella kontakter mellan politiker i utskottet och NKS-förvaltningen (IP30). Intrycket av att NKS-förvaltningen hade en särskild ställning förstärktes också av att förvaltningen fick egna lokaler på Hamngatan och att NKS-förvaltningen därför också rent fysiskt befann sig på avstånd från den övriga förvaltningsorganisationen.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att landstingspolitikerna genom valet att koncentrera – och därmed bryta ut – det politiska och förvaltningsmässiga ansvaret i en separat organisatorisk struktur samlade och i viss mån avskärmade NKS-projektet från övriga delar av SLL:s organisation. Det innebar också att NKS-förvaltningen blev särskilt beroende av det politiska stödet i FoUU-utskottet och till ett begränsat antal politiker. Den politiska ledningen över NKS-projektet kom i och med bildandet av NKS-förvaltningen att koncentreras till FoUU-utskottet, där alliansen hade majoritet. FoUU-utskottet fick utökade befogenheter från att under NKS-kansliet formellt enbart haft beredande uppgifter till att, genom en särskild delegationsordning, också ges möjlighet att fatta beslut i en relativt stor omfattning. Det innebar också att andra delar av den politiska organisationen fick mindre inflytande och insyn – detta inte minst som flera NKS-relaterade ärenden var sekretessbelagda.

Varför särorganisera? Att hålla bakåtsträvare på distans

Vi har i avsnittet ovan konstaterat *att* NKS-förvaltningen fick en särskild ställning i landstingets organisation och vi kommer nu närmare att diskutera *varför* landstingspolitikerna valde den här organisatoriska lösningen. Vi menar att det fanns två argument som rättfärdigade valet av en separat organisering. Det ena handlade om att skapa en så effektiv organisation som möjligt, en

organisation som inte påverkade eller tog kompetens från övriga delar av förvaltningsorganisationen. Det andra hade att göra med den starka politiska visionen och drömmarna som låg bakom NKS-projektet; att lägga grunden till ett helt nytt sjukhus – i världsklass. Detta förnyelseprojekt behövde, enligt det här argumentet, drivas av visionära och förändringsmotiverade aktörer. Omvänt ledde detta till att organisationer och individer som skulle kunna tänkas motsätta sig dessa visioner – bakåtsträvarna – behövde hållas på distans. I avsnitten som följer diskuterar vi först detta argument – att hålla bakåtsträvarna på distans – och därefter effektiviseringsargumentet.

Misstro som motiv till särorganisationen

Enligt en av våra intervjupersoner fördes det vid tiden för beslutet att bygga ett nytt sjukhus ”ganska mycket diskussioner” (IP31) inom SLL:s organisation om hur projektet fortsättningsvis bäst borde organiseras vidare. I dessa diskussioner blev Karolinskas roll ett centralt tema och man frågade sig ”huruvida Karolinska själva” (IP31) skulle kunna driva en fråga av NKS dignitet. Erfarenheten från den nyligen genomförda stora omorganiseringen, fusionen mellan sjukhusen i Huddinge och Solna, visade, enligt samma person, på de betydande svårigheter sjukhusledningen hade haft vid genomförandet av ”förändringar i den här typen av struktur” vilka var ”jättesvåra”. Sammanslagningen av de båda sjukhusen kom också att bli en utdragen och turbulent process (Choi 2011).

Landstingspolitikerna upplevde alltså att den tidigare sjukhusledningen hade misslyckats med sammanslagningen mellan Huddinge och Solna och den hade heller inte lett till de ekonomiska besparingar som landstingsledningen hade hoppats på (Öhrming 2017; Choi 2011). Tillsammans med sjukhusets ekonomi var i kraftig obalans innebar detta att politikernas misstro mot sjukhusledningen var stark vid tidpunkten för när beslutet om den fortsatta organiseringen av NKS-projektet togs (Öhrming 2017). Bilden av att Karolinska, särskilt då sjukhuset i Solna, präglades av förändringsobenägen organisationskultur är återkommande. Kulturen i Solna beskrivs av en intervjuperson som ”gammaldags” (IP15) och av en annan som ”väldigt svårstyrd” (IP11). Vissa av våra intervjupersoner betonar samtidigt att detta just var en bild av Karolinska och inte nödvändigtvis representerade den faktiska kulturen och arbetsmiljön på sjukhuset (IP22; IP11).

Den här bilden av Karolinska bidrog till att sjukhusledningen inte ansågs kunna få leda – eller till och med borde hållas bort från – det förnyelseprojekt som NKS innebar (Öhrming 2017:49). Utifrån en sådan problembeskrivning blev det tydligt att någon annan behövde ansvara för NKS. Den politiska misstron mot Karolinska kan också förstås som något som motiverade en förväntan om förändring i samband med att en ny sjukhusledning tillträdde år 2007. En person uttrycker det som att den kultur som fanns ville man från politiskt håll gärna ändra på, ”och då såg man detta med att bygga upp en helt ny, både fysiskt sjukhus och dessutom en ny organisation, ny ledning skulle vara ett sätt att göra det på” (IP12). Genom att etablera en ny självständig förvaltning som skulle ansvara för NKS avsåg alltså landstingspolitikerna att skapa förutsättningar för de kulturella och organisatoriska förändringar som var centrala delar i förnyelseprojektet.

HSN-förvaltningen – ett hot mot förnyelse?

Det var inte enbart Karolinska som upplevdes som ett hinder för förnyelse; även andra delar av landstingets förvaltning beskrev som problematiska, inte minst HSN-förvaltningen, det vill säga förvaltningen under Landstingsfullmäktiges hälso- och sjukvårdsnämnd (HSN). En intervjuperson menar att det inom SLL fanns en bild av HSN-förvaltningen som en organisation som – i likhet med Karolinska – ”inte funkade” (IP20). Öhrming säger i sin studie att HSN-förvaltningen betraktades som ett av ”särintressena” i SLL:s organisation och som därmed borde hållas på avstånd från förnyelseprojektet NKS.

HSN-förvaltningen är en central aktör i planeringen av hälso- och sjukvården i Stockholm. Dess uppdrag är att ” ta reda på hur behovet av hälso- och sjukvård samt tandvård i länet ser ut. Utifrån det behovet beställer förvaltningen den vård och tandvård som behövs samt följer upp vårdens resultat och kvalitet” (www.sll.se/om-region-stockholm). Genom att HSN är ett politiskt organ under fullmäktige innebär det att nämnden har en central roll vad gäller finansiering av vården och därför är betydelsefull för planeringen av Stockholms hälso- och sjukvård. Tillsammans med Karolinska var HSN-förvaltning de två på förvaltningsnivå, för NKS-projektet, kanske mest centrala aktörerna – och båda hölls utanför planeringen av sjukhuset. Under tidens gång kom detta utanförskap att leda till betydande spänningar mellan Karolinska och HSN-förvaltning å ena sidan och NKS-förvaltningen å den andra. Detta ledde i sin tur till att de båda utorganiserade organisationerna längre fram vidtog motstrategier och så småningom också agerade för att förändra organiseringen av beslutsprocessen.

Effektivitet som motivering till särorganisering

Vi har så här långt visat att den politiska visionen att driva NKS som ett förnyelseprojekt var ett viktigt motiv för att hålla vissa aktörer, upplevda som bakåtsträvare, utanför eller åtminstone på distans från processen. Men det fanns ytterligare en motivering som återkommer i beskrivningarna om varför den särorganisatoriska lösningen valdes. Det handlade om att skapa en så effektiv organisering som möjligt. NKS-projektet var både omfattande och komplext, och att lägga ansvaret på den ordinarie förvaltningsorganisationen – till exempel Landstingsstyrelsens förvaltning och Karolinskas ledning – skulle innebära att man behövde ta betydande resurser från dessa organisationer, ett resursutnyttjande som riskerade att påverka deras verksamhet negativt.

Att ge ansvaret till sjukhusledningen, särskilt i ett läge där ledningen och hela organisationen fortsatt var upptagna med att slutföra fusionen mellan sjukhusen i Huddinge och Solna, ansågs därför inte lämpligt. En av landstingspolitikerna beskrev det som att man från politikernas sida ”så lite som möjligt ville störa driften av Karolinska” (IP30). Under sådana omständigheter ville landstingspolitikerna inte ta över ”ledande portalfigurer” från Karolinska till NKS-projektet (IP30). I vårt material framträder en bild av att det initialt fanns en acceptans för den särorganisatoriska lösningen även från sjukhusledningens sida (IP12; IP22). Minnesanteckningar från ett möte i NKS-förvaltningens styrgrupp, där ju sjukhusledningen också var representerad, bekräftar denna bild av att en enig styrgrupp, vid den här tidpunkten, stod bakom förslaget om att inrätta en särskild förvaltning med ansvar för NKS-projektet (NKS-förvaltningen 2008). Detta kom dock att förändras över tid – Karolinska skulle komma att bli allt mer negativ till den särorganisatoriska lösningen.

Effektivitet som argument för särorganisering var dock, enligt våra intervjupersoner, mindre betydelsefullt än misstron mot Karolinska (IP12; IP20; IP22). Samtidigt fanns det dock en koppling mellan argumenten: för att driva NKS-projektet på ett effektivt sätt fanns det, uppfattades det, ett behov av att hålla vissa intressen utanför så att dessa inte riskerade att sinka processen. Sammanfattningsvis kan konstateras att motiveringen till att landstingspolitikerna valde att skapa en ny förvaltning, istället för att lägga den i inom SLL:s ordinarie organisation, var två: det första handlade om landstingspolitikernas misstro mot främst Karolinska men även andra delar i landstingsförvaltning såsom Locum och HSN-förvaltningen. Det andra skälet var att man inte ville belasta sjukhuset med ett sådant jätteprojekt, då det skulle kunna inverka negativt på driften av existerande Karolinska. Det ansågs alltså saknas resurser för att leda både

den pågående verksamheten och utformningen av den nya. Beslutet att skapa en ny förvaltningsorganisation var därmed ett uttryck för politik, i den meningen att det kom att påverka vilka som skulle ges möjlighet att driva och påverka NKS-projektet och vilka aktörer som ansågs behöva hållas på avstånd från sådan påverkan.

Hur fungerade särorganisationen NKS-förvaltningen?

Samtidigt som särorganiseringen i NKS-förvaltningen skapade möjlighet att hålla vissa berörda aktörer på distans från processen, behövde förvaltningen ändå förhålla sig till dessa aktörer. NKS-förvaltningen hade behov av att dels förankra arbetet hos Karolinska, dels använda sig av sjukhusets kompetens. Vi menar att NKS-förvaltningens förhållningssätt till Karolinskas ledning, i likhet med tidigare faser, kan förstås i termer av villkorat deltagande – Karolinska gavs möjlighet att delta, men under särskilda och begränsade förutsättningar. I det här sammanhanget blir det också viktigt, menar vi, att förstå hur förvaltningen organiserade sina kontakter med de fackliga organisationerna – dialog med och förankring hos personalen och de fackliga organisationerna var ju något som 3S-utredningen hade pekat på som centralt i den fortsatta planeringsprocessen – men också att förstå hur Karolinskas kompetens användes i form av de så kallade 20-procentarna.

På NKS-förvaltningen fanns en idé om att genom kommunikation förankra NKS-projektet och att därigenom forma en NKS-mottaglig och positiv miljö bland personalen på Karolinska. Det var ett tillvägagångssätt som blev särskilt problematiskt eftersom en framgångsrik kommunikation, enligt NKS-förvaltningen, förutsatte att ett enhetligt budskap kommunicerades av såväl förvaltningen som sjukhusledningen. Eftersom de båda organisationerna hade olika uppfattning om fundamentala frågor – inte minst kring det nya sjukhusets verksamhetsinnehåll (se Grafström och Andersson 2019) – var det också i praktiken omöjligt att komma överens om ett sådant enhetligt budskap.

Att både inkludera och exkludera Karolinska

NKS-förvaltningen kom under sin verksamhetstid att bestå av ett 30-tal helårsanställda bestående av läkare, sjuksköterskor, ingenjörer, kommunikatörer, jurister, statsvetare, civilekonomer, arkitekter och administratörer (NKS-förvaltningen 2011). Personal hämtades också från Landstingsstyrelsens förvaltning. Förutom kärnorganisationen knöt NKS-förvaltningen ytterligare ca 1 700 personer till förvaltningens arbete (Ibid). Dessa personer var

verksamma i projektets olika arbets- och referensgrupper, som i sin tur var kopplade till något av de tio huvudprojekt som förvaltningens uppdrag var organiserade i (Ibid).

I likhet med övriga förvaltningar inom SLL skedde en del av den formella styrningen och regleringen av NKS-förvaltningen genom en förvaltningsmanual (SLL 2008a,) som bland annat reglerar organisationsstruktur, delegationsordning, hantering av dokument samt intern kontroll. För NKS-förvaltningen tillkom dessutom särskilda riktlinjer avseende sekretess. Det faktum att flera områden var känsliga – detta gällde såväl OPS-upphandlingen som sjukhusets verksamhetsinnehåll – togs alltså särskild hänsyn till i förvaltningsmanualen. Den omfattande sekretessen som kringgärdade NKS-förvaltningens arbete uppfattades dock av medarbetarna på förvaltningen som problematisk då detta stred mot förvaltningens egna värderingar: ”fokus”, ”flexibilitet” och ”öppenhet” (NKS-förvaltningen 2009b).

NKS-förvaltningen organiserades i en linjeorganisation, uppdelad på fyra avdelningar – kommunikation, vård/verksamhet, byggnation och administration. Den sistnämnda avdelningen ansvarade för OPS-upphandlingen och lades ned år 2010 då upphandlingen var genomförd. En särskild ledningsgrupp bildades bestående av förvaltningschefen Lennart Persson tillsammans med cheferna för de fyra avdelningarna. Dessutom bildades en särskild ledningsgrupp för OPS-upphandlingen.

Till NKS-förvaltningen knöts också ett särskilt råd, som kallades för NKS Styrgrupp. Beslutet om att förse NKS-förvaltningen med ett särskilt råd togs av landstingsfullmäktige i samband med beslutet om att inrätta NKS- förvaltningen (SLL 2007b). NKS Styrgrupp kan alltså ses som en motsvarighet till det styrråd som organiserades under NKS-kansliet. Vilken funktion, roll och eventuellt inflytande som skulle ges till denna nya styrgrupp framgår inte tydligt av beslutsunderlaget. Vad som sägs är att Karolinska ska ”bistå med sin kompetens” (SLL 2007b). I styrgruppen ingick, förutom ledningen för NKS-förvaltningen, Karolinska (ofta både biträdande sjukhusdirektör och sjukhusdirektören) representanter för KI och ledande tjänstepersoner i Landstingsstyrelsens förvaltning (oftast landstingsdirektören). Enligt en granskning av Landstingsrevisorerna (2012a) ansåg sig sjukhusledningen dock sakna möjligheter till att påverka NKS-förvaltningen arbete och därmed var styrgruppen främst ett försök till utbyte av information (jfr IP22).

Bilden av att sjukhusledningen saknade möjlighet till reell påverkan bekräftas också av en av våra intervjupersoner: ”det var informationsmöten så det fanns ingen, egentligen ingenting utöver det” (IP12). Vi menar att det kan förstås i termer av villkorat deltagande – att en aktör bjuds in i processen men på ett sätt som gör att möjligheterna till faktisk påverkan är begränsade. Av minnesanteckningar från sammanträdena i NKS Styrgrupp (se t. ex. NKS-förvaltningen 2010d; 2010e; 2011a) framgår att ett tema för diskussionerna inom styrgruppen rörde den viktiga frågan om det framtida sjukhusets verksamhetsinnehåll. Detta var den centrala konflikthärden mellan NKS-förvaltningen och Karolinskas ledning (se Grafström och Andersson 2019). I ett av mötesprotokollen beskrivs det som att det är ”viktigt att frågan (om verksamhetsinnehåll, vår anm.) förankras i styrgruppen” (NKS-förvaltningen 2010d), men då åsikterna om det nya sjukhusets verksamhetsinnehåll var motstridiga var förutsättningarna för en sådan förankring inte särskilt goda.

Till NKS-förvaltningens programdirektör och dennes ledningsgrupp kopplades dessutom ett antal referensgrupper med representanter från fackliga organisationer, patientföreningar, KI och Karolinska. Beslut om att sådana referensgrupper skulle knytas till NKS-förvaltningen hade tagits av Landstingsfullmäktige (SLL 2007b). De fackliga organisationerna deltog i detta referensarbete genom det som kallades för Central Samverkansgrupp (CSG). Ärenden som NKS-förvaltningen diskuterade med CSG skulle vara ”av principiell beskaffenhet och som ska beslutas på politisk nivå” (SLL 2008a). Personalen från Karolinska hade därmed organiserade relationer med NKS-förvaltningen genom deltagande från fackförbunden, genom andra referensgrupper och genom styrgruppen. Fackförbunden, särskilt Läkarförbundet men också Vårdförbundet, kom dock att vara kritiska mot hur NKS-förvaltningen tog tillvara på deras synpunkter. Förbunden menade att NKS-förvaltningen i begränsad omfattning, eller inte alls, lyssnade på dem (se Grafström och Andersson 2019). Så ansåg Stockholms Läkarförening/Centrala SACO-rådet att NKS-förvaltningen, genom att påstå att den kontinuerligt hade informerat fackförbunden om förvaltningens arbete om det pågående arbetet med verksamhetsinnehållet, givit en felaktig verklighetsbeskrivning:

> I inledningen anges (medvetet?) felaktigt att det under arbetet med rapporten lämnats kontinuerlig information till de fackliga företrädarna. Denna typ av sakförvrängning borde inte få förekomma i detta sammanhang (Stockholm Läkarförening/Centrala SACO rådet 2009).

Till kontakterna mellan NKS-förvaltningen och Karolinska hörde även den grupp anställda som kallades för 20-procentarna, vilket var personal från Karolinska som rekryterades av NKS-förvaltningen och fick en deltidsanställning i förvaltningen. Den här personalgruppen utgjordes av cirka 200 personer och initialt hade 20 procents anställning; en procentsats som efterhand utvidgades för vissa (IP16). 20-procentarna medverkade i flera av NKS-förvaltningens projekt, till exempel utformning av vården och lokalerna och som därmed ”skulle utmynna i en kravspecifikation inför upphandlingen” (NKS-förvaltningen 2011). Enligt några av våra intervjupersoner (IP11; IP15) fanns det tankar om att 20-procentarna så småningom skulle utgöra grunden för – och ges ledande befattningar i – det nya universitetssjukhuset. Också Öhrming (2017) menar att det fanns sådana tankar, även om detta inte var uttalat.

20-procentarna utgjorde en potentiell möjlighet till kontakt, eller brygga, mellan de båda organisationernas respektive ledningar och personal i övrigt. Det är oklart om, och i så fall i vilken utsträckning, dessa personer i själva verket var avsedda att utgöra en sådan kontaktyta. Våra intervjupersoner ger utifrån sina respektive perspektiv olika bilder om detta var avsikten – och om de i så fall skulle *kunna* fungera som en kontakt (IP12; IP16). En av våra intervjupersoner menade (som nämnts tidigare) att man vid rekryteringen av 20-procentarna undvek att i allt för stor utsträckning använda sig av ledande personer från Karolinska (IP30) – detta för att inte i alltför stor utsträckning störa driften på sjukhuset. En annan av våra intervjupersoner menar att en rekrytering av personal i mer ledande ställning skulle ha kunnat ge bättre möjligheter att förankra NKS-projektet på Karolinska (IP11).

Sammantaget betyder detta att Karolinska på flera sätt både involverades och samtidigt hölls på distans – ett deltagande som vi alltså förstår som villkorat. Karolinskas ledning hade främst kontakt med NKS-projektet via NKS-förvaltningens styrgrupp, men menade sig sakna möjligheter att påverka arbetet där. Denna bild bekräftas av den tidigare refererade rapporten från Lanstingsrevisorerna (2012a). Som vi har visat fanns det också organiserade kontakter med fackförbunden, men även här framträder en bild av att man bjuds in i processen utan att förbunden för den skull ges möjlighet till faktisk påverkan (Grafström och Andersson 2019). Vi menar därför att också fackförbundens deltagande kan förstås som villkorat. Det fanns dock exempel på delar av sjukhusets personal som var direkt involverade i NKS-förvaltningens arbete genom anställning i NKS-förvaltningen (20-procentarna).

Den positiva berättelsen om NKS

Vi har tidigare i den här rapporten visat att man under 3S-utredningen, enligt utredningens ledningsgrupp själv, ansåg sig ha misslyckats med förankringsarbetet hos personal, till exempel fackförbund och personalberedningar. Qvist och Johannesson (2018) beskriver att delar av vårdpersonalen engagerades under den tidiga planeringsprocessen men att deras möjligheter till faktisk påverkan i viss mån begränsades på grund av tidsbrist och av att vissa frågor redan tidigt i processen var ”låsta”. Därmed begränsades möjligheter till påverkan. Öhrming hävdar att ett av de stora problemen med processens organisering var ”ett otillräckligt fokus på människan (personalen) och det som skapar arbetsmotivation inom vården” (Öhrming 2017:12). Mot bakgrund av detta var legitimiteten för NKS-projektet svag bland stora personalgrupper.

Legitimitetsproblematiken – och att stora delar av vårdpersonalen var kritisk mot NKS-projektet som sådant – såg man inom NKS-förvaltningen som delvis orsakad av en kunskaps-brist hos vårdpersonalen, en kunskapsbrist som man hoppades åtgärda med hjälp av *information*. Genom att förmedla den positiva visionen om NKS avsåg NKS-förvaltningen att skapa en bättre förståelse hos personalen och övertyga den om det starka behovet av att bygga ett nytt sjukhus. Betoningen av kommunikation som viktigt lyftes fram i en granskning som konsultbolaget Deloitte gjorde på uppdrag av Landstingsrevisorerna (Landstingsrevisorerna 2008). I rapporten konstateras att det ”finns en övergripande vision för NKS-programmet […]; visionen skapar ett fokus för NKS som är positivt” (SLL 2008:5).[5] Denna vision har ”ledande befattningshavare inom SLL” god kännedom om men bland övrig personal (läkare och övrig vårdpersonal) finns ett ”potentiellt problem”(Ibid). Problemet ansågs bestå i att de här grupperna har tolkat visionen för NKS fel: ”som att det skall vara ett ersättningssjukhus för Karolinska sjukhuset och inte som ett nytt centrum för hälso- och sjukvård” (SLL 2008: 5). Detta ”missförstånd” kan ”i viss mån [bero på] att inriktningen för NKS ännu inte är helt klart” (Ibid).

Något hårdraget kan man alltså säga att den, från NKS-förvaltningens perspektiv, felaktiga förståelsen av visionen handlade om att det fortfarande saknades mer detaljerade framskrivningar i hur den skulle realiseras och vad den skulle få för konsekvenser i praktiken. Rekommendationerna löd därför att NKS-förvaltningen, tillsammans med berörda intressenter,

[5] NKS vision var att det nya universitetssjukhuset är: ”integrerat men oberoende, föränderligt men stabilt, effektivt men värdigt och humant och utgör en framgångsrik förening av kreativitet, produktivitet och omsorg”.

borde beskriva NKS-projektets vision i generella termer och att syftet med NKS som ett centrum för hälso- och sjukvården i Stockholm borde förtydligas:

> Det är viktigt att den förändrade roll som det nya sjukhuset kommer att ha jämfört med det uppdrag som nuvarande Karolinska sjukhuset i Solna har tydligt framgår och kommuniceras ut (SLL 2008:5).

Enligt rapporten låg ansvaret för att förmedla visionen på ”de ledande befattningshavarna” som genom ”formaliserade samarbeten” (d.v.s. mellan dessa ledande befattningshavare) starkare skulle ”sprida information om NKS vision till sin personal” (SLL 2008:2). Ett sådant mer eller mindre formaliserat samarbete initierades också genom bildandet av styrgruppen mellan NKS-förvaltningen och Karolinskas ledning. Mot bakgrunden av att de båda organisationerna hade olika syn på det framtida sjukhuset och dessutom – åtminstone enligt sjukhusledningen – i grunden, som diskuteras senare, också hade motstridiga uppdrag var detta en grupp med begränsade förutsättningar att lyckas, något som en intervjuperson också reflekterar över: ”det kommunicerades helt klart och vi försökte få en gemensam kommunikation men det gick inte” (IP22). Flera formuleringar i den kommunikationsstrategi som ändå togs fram visar på spänningar mellan de båda organisationerna:

> …motsägelsefulla budskap försvårar för såväl pågående förbättringsarbete som framtagande av NKS verksamhetsinnehåll; gemensamma avsändare förutsätter gemensamma budskap, ledningarna för NKSf och Karolinska bör – *så långt det är möjligt* (vår kursivering) – enas om en gemensam framtidsbild för Nya Karolinska Solna; Karolinskas vision/långsiktiga mål och Nya Karolinska Solna-förvaltningens vision/långsiktiga mål bör - så långt möjligt - sammanfalla och beskrivas likartat; Förslag om verksamhetsinnehåll i NKS ska accepteras, och så småningom gillas, av en majoritet av Karolinska anställa (sic); Undvika en konkurrenssituation mellan Karolinska och NKS; Formulera och sprida gemensamma budskap från NKS och Karolinskas ledningar. Gärna där båda är avsändare; NKS och Karolinska ”växeldrar” dvs kommunicerar varandras aktuella budskap och positiva nyheter (NKS-förvaltningen 2010e).

Landstingsrevisorernas granskning visade också att kommunikationsavdelningens aktiviteter – som syftade till ”att skapa en positiv bild av programmet” – på senare tid hade koncentrerats till att ta fram ett färdigformulerat och enhetligt budskap som man ville att personer som talade

om NKS-projektet skulle använda sig av:

> Allt större fokus har lagts på att göra budskapet om NKS-programmet samstämmigt och enhetligt. Det finns en rad färdigformulade budskap som personer som offentligt berättar om NKS ombeds använda sig av (SLL 200:13).

I revisorernas rapport förklarades vidare att målgruppen för kommunikationen främst var ”interna intressenter”, det vill säga inom landstinget och då främst personal på Karolinska. Någon mer aktiv kommunikation mot allmänheten eller näringslivet bedömdes som mindre angeläget eftersom man ansåg att allmänhetens intresse var ”begränsat” i nuläget.

En tid efter det att Landstingsrevisorernas rapport hade publicerats genomförde NKS-förvaltningens kommunikationsavdelning en enkätundersökning[6] för att undersöka om de kommunikativa aktiviteterna hade givit ett positivt resultat. Här konstaterades att främst läkare – men även annan vårdpersonal – var kritiska till NKS-projektet (NKS-förvaltningen 2009Aa). Detta beskrevs i enkätundersökningen återigen som en fråga om ”kunskap”, det vill säga vårdpersonalen saknade kunskap i ett flertal aspekter som rörde det nya sjukhuset: kunskap och förståelse för varför man bygger först och formar verksamhetsinnehåll sedan; kunskap om varför man bygger ett nytt sjukhus och vad detta sjukhus nya uppdrag är, kunskap om varför man bygger nytt istället för att bygga om samt kunskap om vikten att bygga generellt och flexibelt (SLL 2009a). Ett flertal av respondenterna – vårdpersonalen – upplevde att NKS – under den då svåra ekonomiska situationen för Karolinska med stora nedskärningar – inte var en ”klok (ekonomisk) satsning”. Här ifrågasattes också om det var ”god ekonomi” att bygga nytt istället för att bygga om (Ibid).

I en avslutande öppen fråga i enkätundersökningen återkom ett stort antal respondenter till ”den svåra frågan om verksamhetsinnehållet”: det vill säga det faktum att man ännu inte hade preciserat sjukhusets verksamhet, vilket för många gjorde det svårt ”att känna sig positivt inställd till projektet” (SLL 2009a). Med detta kom också en oro för om den egna verksamheten skulle komma att ingå i NKS eller inte. Den mest kritiska gruppen utgjordes av läkarna och eftersom läkarna, enligt undersökningen, var en mycket inflytelserik grupp på sjukhuset var

[6] Enkätundersökningen skickades till Danderyds sjukhus, Södersjukhuset, Södertälje sjukhus, Norrtälje sjukhus och Karolinska universitetssjukhuset. Därtill gick den också ut till primärvårdens vårdcentraler. Karolinska universitetssjukhuset definierades dock ”huvudmålgrupp” för mätningen.

detta särskilt problematiskt. NKS-förvaltningen ansåg det därför vara viktigt att fortsätta undersökningen och att särskilt fokusera på varför just läkarna var så kritiska. I enkäten konstaterades att det fanns en personalgrupp som var betydligt mer positiv till NKS-projektet, nämligen ”övrig personal”. Här ingick till exempel administratörer, sjukhuskemister, ingenjörer, professorer, verksamhetschefer, dietister, sjukhusfysiker, logopeder, vaktmästare och städare. Denna överlag positivt inställda personalgrupp kunde, menade NKS-förvaltningen, fungera som ”viktiga ambassadörer” för projektet; ambassadörer som skulle kunna påverka de mer kritiska personalgrupperna.

Början till slutet – eskalerande spänningar

Efter hand kom spänningarna mellan sjukhusledningen på Karolinska och HSN-förvaltningen å ena sidan och NKS-förvaltningen å den andra att eskalera. De eskalerande spänningarna och maktkampen mellan de involverade organisationerna, menar vi, var en bidragande orsak till att NKS-förvaltningen lades ned. Men kritiken mot NKS-förvaltningen fanns också bland andra aktörer som på olika sätt påverkades av dess arbete. Detta blev särskilt tydligt när förvaltningen år 2009 presenterade sitt förslag till verksamhetsinnehåll på det nya sjukhuset (för utvecklad diskussion om verksamhetsinnehållet, se Grafström och Andersson 2019).

Karolinska och NKS-förvaltningen i parallella processer

Karolinska fick en ny sjukhusledning år 2007, ungefär samtidigt som arbetet med organiseringen av NKS-projektet tog fart på allvar. Den nya sjukhusledningen hade som centrala uppdrag att dels få ordning på ekonomin, dels att fullfölja sammanslagningen av sjukhusen i Solna och Huddinge. En sammanslagning som den tidigare sjukhusledningen ansågs ha misslyckats med (se Choi 2011). För att slutföra sammanslagningen fokuserade sjukhusledningen på att förändra organisationskulturen på sjukhusen (IP15; IP22). Den nya sjukhusledningens första år var därför koncentrerad till de här båda huvuduppdragen och i denna tidiga fas ägnade ledningen därför ingen särskild uppmärksamhet åt NKS-förvaltningens uppdrag.

Parallellt med att Karolinskas ledning fokuserade på sina uppdrag tog NKS-förvaltningens arbete fart med fokus på att koncentrera den högspecialiserade vården till det nya sjukhuset i Solna. Indirekt betydde det också att Huddinge skulle få en annan inriktning än den fördelningen som nu hade arbetats fram mellan de två sjukhusen. NKS-förvaltningens första

förslag till verksamhetsinnehåll hanterade inte denna fråga och kunde därför tolkas som att fusionen mellan Solna och Huddinge skulle upplösas (Grafström och Andersson 2019). Under rubriken ”Huddinge kan bli eget igen när Nya Karolinska står klart” skrivs till exempel att landstingsledningen håller frågan om Huddinges framtida roll ”öppen”, vilket ”kan innebära att enheterna, i Solna och Huddinge, som slogs samman i januari 2004, åter står inför en uppdelning” (Dagens Medicin 2009:39).

Mot bakgrund av detta, menade Karolinskas ledning (Karolinska 2009), pågick det inom landstingets förvaltningsorganisation två parallella, och i grunden motstridiga, processer. Enligt Karolinskas ledning var det bristen på tydlig styrning och avsaknaden av en generalplan för Stockholms hälso- och sjukvårdssystem som var ”förklaring till de motstridiga direktiv och uppdrag som Karolinska och NKS-projektet har” (Ibid). Sjukhusledningen menade att det därför var angeläget att SLL prioriterade arbetet med en generalplan. Här betonades också att det krävdes en ”tydligare styrning på övergripande (koncern)-SLL nivå med stark förankring hos sjukhusledningarnas befintliga organisationer” (Karolinska 2009). Sjukhusledningen menade också att det behövdes en tydligare ägastyrning från politikernas sida och med detta samordnade ägardirektiv till såväl Karolinska som övriga akutsjukhus. Sammanfattningsvis efterfrågade alltså Karolinska mer och tydligare politisk styrning av Stockholms hälso- och sjukvård generellt och en tydlighet gällande NKS-förvaltningens och sjukhusets uppdrag specifikt. Såsom situationen nu var arbetade ledningen på Karolinska med verksamhetsutveckling på det existerande sjukhuset medan NKS-förvaltning arbetade för att skapa ett helt nytt sjukhus – och en nystart för verksamheten.

I Karolinskas remissvar till NKS-förvaltningens första rapport om verksamhetsinnehållet efterfrågades alltså en tydligare politisk styrning men även en närmare samverkan mellan NKS-förvaltningen och sjukhusledningen. Karolinska beskrev det som att universitetssjukhuset redan hade kommit långt med genomförande av förbättringar på områden som för NKS-förvaltningen också var prioriterade (såsom idéerna om ”patienten först”, ge ”högsta möjliga kvalitet, hög tillgänglighet och god service”) men i jämförelse med NKS-förvaltningen, som bara, enligt sjukhusledningen, var på planeringsstadiet inom de här områdena, hade sjukhuset kommit betydligt längre fram i faktiskt genomförande. Av den anledningen fanns det ” goda skäl för NKS-förvaltningen att ta till sig och bejaka det förbättringsarbete som idag pågår vid Karolinska, ge synpunkter och säkert också påverka” (Karolinska 2009). Eftersom detta var ett arbete som redan var igång på sjukhuset fanns det ingen anledning för NKS-förvaltningen att

stå ”i labbet teoretisera och prototypa” (Ibid). Sammantaget innebar detta att sjukhuset ansåg att NKS-förvaltningen borde lyssna till och ta lärdom från det sjukhus som redan fanns och inbjuda Karolinska till påverkan i NKS-förvaltningens arbete.

HSN-förvaltning och NKS-förvaltningen – processer i ”osynk”

HSN-förvaltningen var, i likhet med Karolinska, kritisk till hur NKS-förvaltningen samordnade sitt arbete med övriga delar av förvaltningsorganisationen. Att HSN-förvaltning skulle ha en central roll i NKS-projektet hade 3S-utredningen tagit för givet. 3S-utredningen utgick från att processen skulle organiseras i enlighet med den etablerade styrmodellen, det vill säga beställar-utförmodell, med HSN-förvaltningen som ansvarig beställare av vård. Beslutet att lägga huvudansvaret för NKS-projektet i en helt ny förvaltning förpassade därför HSN-förvaltningen till en mer perifer och oklar roll. Genom att NKS-förvaltningen inte preciserade verksamhetsinnehållet på det nya sjukhuset blev det också problematiskt för HSN-förvaltningen att planera för utvecklingen av övrig vård i Stockholm.

Den visionära idén om att NKS skulle bli ett ”nav” i Stockholms hälso- och sjukvårdsstruktur försvårades därför av att planeringen av ”navet” och planeringen av övrig hälso- och sjukvård hanterades av två skilda organisationer och effekten av denna organisatoriska uppdelning blev, enligt en tjänsteperson, snarast den motsatta: istället för ett centrum för vården i Stockholm ledde den organisatoriska uppdelningen till att NKS blev en ”solitär” organisation i strukturen (IP12). Situationen skapade problem med hur de olika förvaltningarna – HSN-förvaltningen, Karolinska och NKS-förvaltningen – skulle synkroniseras och då inte minst vad gällde ansvaret för planeringen för Stockholms hälso- och sjukvårdsstruktur (jfr IP31). Detta var en problematik som också togs upp till i debatt i fullmäktige. Den socialdemokratiska landstingspolitikern Inger Ros, en av oppositionens centrala politiker i NKS-frågan, beskrev i ett anförande i Landstingsfullmäktig hur problematisk organiseringen av NKS-projektet var, just med avseende på samordningen av de båda förvaltningarnas uppdrag:

> För mig har det varit tydligt att det inte fullt ut går att diskutera NKS verksamhetsinnehåll utan att också ha den övergripande diskussionen om hur övrig vård ska organiseras och fördelas i vårt län. Jag menar att det grundläggande felet ligger i själva organisationen kring NKS-projektet, där vi har en NKS-förvaltning som mycket riktigt påpekar att de bara har i uppdrag att formulera verksamhetsinnehållet och se till att sjukhusbyggnaden

> uppförs. Samtidigt sitter en annan förvaltning, som ansvarar för sjukvårdsutbudet, som egentligen inte har något egentligt mandat att påverka utformningen av NKS och dess roll i sjukvårdssystemet. (Landstingsfullmäktige 2010, anf 84)

HSN-förvaltningens kritiska inställning till NKS-förvaltningen blev också tydlig i det remissvar som skrevs med anledning av NKS-förvaltningens första rapport om verksamhetsinnehållet. Här framhöll HSN-förvaltningen att det med tanke på den egna rollen som finansiär och beställare var nödvändigt att förvaltningen, liksom andra intressenter, gavs möjlighet att påverka det fortsatta arbetet inom NKS-förvaltningen:

> Verksamhetsinnehållet vid NKS påverkar i princip hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting i alla dess delar, vilket också har uppmärksammats i arbetet med den så kallade generalplanen. Det är därför *nödvändigt att verksamhetsinnehållet i NKS bereds och tas fram tillsammans med övriga intressenter i landstinget.* I detta sammanhang har HSN-förvaltningen ett särskilt ansvar som beställare och finansiär för den samlade hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting. HSN-förvaltningen anser att processen för att ta fram och besluta om NKS framtida verksamhetsinnehåll måste förtydligas ytterligare. Arbetet bör ske i en väl fungerande beredning med samtliga intressenter. Viktigt är också att de olika aktörernas beslutsmandat blir tydligt (HSN-förvaltningen 2009).

HSN-förvaltningen lyfte i likhet med Karolinska alltså särskilt fram behovet av att förtydliga ”aktörernas beslutsmandat”. På samma sätt som det fanns otydlighet avseende Karolinskas och NKS-förvaltningens uppdrag, fanns det också oklarheter vad gälldes HSN- och NKS-förvaltningens mandat (IP26).

Den kritiska kören växer

Karolinska och HSN-förvaltningen tillhörde de mest kritiska rösterna över NKS-förvaltningens förslag till verksamhetsinnehåll. Med tanke på att dessa två var de kanske mest centrala aktörerna (på förvaltningsnivå) för NKS-projektet, som samtidigt hade utorganiserats från direkt påverkan, var denna kritik knappast förvånande. Situationen ledde också till en stundtals ganska hätsk debatt mellan försvararna av förslaget å ena sidan – främst ledande landstingspolitiker, chefstjänstemän och företrädare för NKS-förvaltningen – och kritiker å

andra sidan – Stockholms läkarförening och enskilda läkare på Karolinska (se Läkartidningen 2009:9; 2009:12; 2009:14; 2009:17).

Men sjukhusledningen och HSN-förvaltningen var inte ensamma i sin kritik; flera andra organisationer inom och utom SLL kom också att rikta kritik mot förslaget. I vår rapport om den högspecialiserade vården analyseras mer djupgående de olika aktörernas reaktioner på det föreslagna verksamhetsinnehållet (Grafström och Andersson 2019). Flera ställer sig kritiska till hur det nya sjukhusets radikalt förändrade uppdrag skulle komma att påverka den egna verksamheten. Remissvaren vittnade också om vilka aktörer som ansåg sig mer eller mindre uteslutna ur processen – och som var kritiska över att inte ha fått göra sina röster hörda eller fått möjlighet att påverka processen – och vilka som var mer nöjda och ansåg sig delaktiga i NKS-förvaltningens arbete. Förslagets övergripande karaktär innebar att flera remissinstanser ansåg att det lämnade många frågor obesvarade, inte minst vad gällde Huddinges roll och framtid. Det faktum att NKS-förvaltningen höll mycket öppet var dock, menar vi, en förutsättning för att idén om den högspecialiserade vården kunde leva vidare (Grafström och Andersson 2019).

En av de kritiska rösterna var Produktionsutskottet (som under vissa perioder kallats för Ägarutskottet), ett utskott som i likhet med FoUU-utskottet är ett politiskt organ under Landstingsstyrelsen. Produktionsutskottet har ett särskilt ansvar för ägarstyrning av den landstingsägda vården, produktionsplanering och samordning mellan landstingets (nu regionens) egna hälso- och sjukvårdsverksamheter ”för att säkerställa att de uppnår fullmäktiges mål” (www.sll.se/politik). Tidigare forskning visar att det i SLL har förekommit konflikter mellan beställarna i HSN å ena sidan och ägarföreträdarna, det vill säga Landstingsstyrelsens med dess Produktionsutskott å andra sidan, dvs konflikter mellan politiska organ under Landstingsfullmäktige och respektive Landstingsstyrelsen (Charpentier och Samuelson 1999; Hallin och Siverbo 2011). Med NKS-projektet uppstod nya konfliktlinjer, här mellan organ inom Landstingsstyrelsens politiska organisation – mellan Produktionsutskottet och FoUU-utskottet. Produktionsutskottet kritik låg i linje med sjukhusledningens tidigare framförda resonemang om behovet av att förtydliga styrningen. Så hävdade Produktionsutskottet att ägarstyrningen måste prioriteras i den fortsatta processen. Det var, enligt utskottet:

> […] viktigt att uppdraget för NKS kan göras mycket tydligt, inte minst för att NKS ska

> kunna utgöra en viktig del av regionens akademiska sjukvårdssystem Tydligheten bör gälla sjukvårdsverksamhetens innehåll, ekonomiska balanskrav, utbildningsuppdragen och sjukhusets ansvar inom forskningen (Produktionsutskottet 2010).

I likhet med såväl HSN-förvaltningen som Karolinska efterfrågade Produktionsutskottet dessutom ”klart uttalade ansvarsförhållanden”, något som var en förutsättning för en ”framgångsrik styrning av sjukvården” och engagemang från ägarna (Produktionsutskottet 2010). Produktionsutskottet kommenterade också FoUU-utskottets hantering av den tidigare beslutsprocessen och det beslutsunderlag som förslaget till verksamhetsinnehåll vilade på:

> FoUU-utskottet föreslår att tidigare fattade beslut i landstinget skall ligga till grund för innehållet i verksamheten. Dessvärre föreligger det formellt sett inte tydliga sådana beslut. Det som redovisas inför utskottet som exempel på ställningstaganden ingår som alternativ i olika tjänsteutlåtanden men har inte lyfts fram som beslut. Det är därför ett kvarstående uppdrag för landstingsstyrelsen att utarbeta sådana förslag. Lämpligen kan detta ske i anslutning till ställningstagande med anledning av hälso- och sjukvårdsnämndens redovisning och förslag rörande framtida sjukvårdsbehov och finansiering.

Liksom flera andra remissinstanser lade Produktionsutskottet vikt vid att det fortsatta förändringsarbetet ”förankras väl i den pågående sjukvårdsverksamheten”. En viktig förutsättning för att flera av de centrala aktörerna skulle ges möjlighet att påverka var att beslutsprocessen drevs med öppenhet och möjlighet till insyn. Så här långt hade insynen varit begränsad:

> Samtliga ledamöter, adjungerade ledamöter och tjänstemän som deltar i FoUU-utskottets överläggningar och/eller i NKS-förvaltningens arbete har undertecknat sekretessförbindelser för att landstinget inför och under upphandling av byggnation av det nya universitetssjukhuset ska kunna skydda känslig information. Hittillsvarande planering för verksamhetsinnehåll i det nya sjukhuset har letts av FoUU-utskottet och NKS-förvaltningen. Arbetet har omgärdats av sekretess på samma sätt som arbetet med upphandling av byggnation av det nya sjukhuset. NKS-förvaltningens har genomfört av ett 50-tal intervjuer och därtill har i en referensgrupp två representanter för Karolinska

> universitetssjukhuset engagerats, vidare en representant för hälso- och sjukvårds-förvaltningen och en representant för Karolinska Institutet. Dessa kontakter har inte invigts i sekretessomfattad information. (Produktionsutskottet 2010)

Utskottet framhåller alltså att de centrala aktörerna för utvecklingen av verksamhetsinnehållet – KI, Karolinska och HSN-förvaltningen – genom den sekretess som omgärdade NKS-förvaltningens arbete hade begränsad insyn i arbetet. Produktionsutskottet menade dessutom att det förslag till beslut om ”övergripande verksamhetsinnehåll” som FoUU-utskottet, på förslag av NKS-förvaltningen, lagt fram endast i ”begränsad omfattning” låtit ”synpunkter från remissinstanser påverka beslutsunderlaget”. Sammanfattningsvis, menade Produktions-utskottet, krävdes det ett ”betydligt mer utvecklat beslutsunderlag” och att framtagandet av ett sådant måste ske ”i samverkan med fler aktörer i sjukvårdssystemet”(Ibid). Kritik av samma slag – möjligheten till reell påverkan – kom också från andra delar av den politiska organisationen, oppositionen (Socialdemokraterna och Vänsterpartiet):

> Projektet att uppföra ett nytt sjukhus sträcker sig över flera mandatperioder och kommer att vara i ständig förändring. Därför är det särskilt viktigt att verksamhetsinnehållet på Nya Karolinska och dess påverkan på hela länets sjukvårdsstruktur blir föremål för blocköverskridande politiska överläggningar som går i takt med landstingsförvaltningens arbete. Fram tills idag har dock processen i större utsträckning gått ut på informella möten och seminarier, som förvisso varit informativa, men där den politiska dialogen varit i det närmast obefintlig. Den borgerliga majoriteten verkas till synes inte vara intresserad av att bjuda in till politiska överläggningar (SLL 2009a).

Det faktum att de politiska överläggningarna främst hade skett i informella sammanhang och det därmed saknades dokumentation, försvårade också möjligheterna till granskning och ansvarsutkrävande (se t. ex. Landstingsrevisorerna 2012a; Landstingsrevisorerna 2012b). Oppositionen kritiserade, i likhet med flertalet andra remissinstanser, att hänsyn inte hade tagits till synpunkter från remissinstanserna: ”Vi anser att det är mycket olyckligt att föreliggande förslag till verksamhetsinnehåll inte alls tycks ha tagit hänsyn till de synpunkter som kommit in från de olika remissinstanserna (SLL 2009a)." Flera av de andra större sjukhusen i regionen lyfte också fram behovet av att man fortsättningsvis förankrade planeringen hos de andra stora sjukhusen. Så skriver exempelvis Södersjukhuset:

> Det är viktigt att den övriga sjukvården redan nu på allvar är med i den planering som kräver långsiktighet inte bara på NKS, utan i alla delar av vårdapparaten. Södersjukhuset vill gärna delta i en sådan planering…Det är viktigt att den övriga sjukvården nu på allvar är med i den planering som kräver långsiktighet inte bara på NKS, utan i alla delar av sjukvårdsapparaten (SÖS 2009).

Till organisationer som efterfrågade mer delaktighet i NKS-förvaltningens arbete hörde också Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO).[7] SLSO bedriver sjukvård inom primärvård, psykiatri, geriatrik och ASIH (avancerad sjukvård i hemmet) i landstingets regi. 3S-utredningen hade pekat ut SLSO som en central aktör i den fortsatta planerings- och omstruktureringsprocess av Stockholms hälso- och sjukvård, där NKS utgjorde en viktig pusselbit. En sådan central roll hade SLSO inte fått och man efterfrågad därför i likhet med flera av de övriga remissinstanserna delaktighet i den fortsatta processen (SLL 2009B). Också CeFAM, Akademiskt primärvårdscenter, efterlyste en diskussion om ”hur en nära samverkan mellan NKS-förvaltningen, SLSO och CeFAM skulle kunna etableras” (CeFAM 2009).

Vi kan sammanfattningsvis konstatera att ett gemensamt drag i remissvaren var efterfrågan av att arbetet fortsättningsvis förankrades bättre genom att fler aktörer tilläts delta i och påverka detta arbete. Gemensamt var också att flera remissinstanser ansåg att de själva hittills inte hade erbjudits sådana möjligheter. Ett tema i remissvaren var också att många såg ett behov av att NKS-förvaltningen samverkade med såväl andra akutsjukhus som med företrädare för primärvården. Ett annat tema handlade om en tydligare politisk styrning och att en generalplan togs fram för vården i Stockholm. Det fanns dock ett viktigt undantag från de kritiska remissinstanserna och det var KI:

> Karolinska Institutet vill (…) uttrycka sin uppskattning för de goda möjligheter som har getts att medverka i planeringen av NKS. Karolinska Institutet ser fram mot att få delta i den fortsatta planeringen att bygga en organisation för vård, forskning och utbildning med förmåga till kontinuerlig utveckling och förändring (Karolinska Institutet 2009).

Att KI uttryckte sig positivt angående det egna deltagandet i processen var kanske inte så förvånande. KI hade redan i den tidiga planeringsfasen varit en av de drivande aktörerna och

[7] SLSO är både namnet på den politiska nämnden och på den förvaltning som är underställd denna nämnd. Remissvaret som refereras till i texten är från förvaltningen.

en av initiativtagarna till det nya sjukhuset (se Qvist och Johannesson 2018). KI hade också i andra sammanhang varit pådrivande i förändringar av universitetssjukhuset, exempelvis vad gällde sammanslagningen av sjukhusen i Huddinge och Solna. Sedan en tid tillbaka hade KI dessutom sökt driva frågan om ett förändrat huvudmannaskap för Karolinska, det vill säga att staten skulle överta ansvaret (se Choi 2011; IP31). Senare skulle KI vara en av de aktörer som arbetade aktivt för införandet av en ny verksamhetsmodell i sjukhuset, den så kallade värdebaserade vården. Medan Karolinska tillsammans med HSN-förvaltningen gavs rollen som bakåtsträvare (som borde hållas utanför processen), blev KI en del av de förnyande, visionära krafterna. Vår analys av de olika fora och samverkansorgan som NKS-förvaltningen organiserade visar också att KI deltog i flera sådana. Förutom deltagande i NKS styrgrupp hade KI:s ledning separata fora för samverkan med NKS-förvaltningen. KI var också representerat i den särskilda referensgrupp som knöts till arbetet med sjukhusets verksamhetsinnehåll.

NKS-förvaltningens fall

Parallellt med att de kritiska remissvaren offentliggjordes så djupnade konflikterna mellan Karolinska och NKS-förvaltningen. Enligt flera av våra intervjupersoner (IP15; IP16) kom relationen mellan NKS-förvaltningen och Karolinska att allt mer utvecklas till en maktkamp om vem som skrev dagordningen, ägde agendan och därmed hade politikernas öra. Dessa spänningar – och beskrivningen av en pågående maktkamp – uppmärksammades också i media. Under rubriken ”Strid om makten” skriver Dagens Industri (2011) om hur relationen mellan ”gamla” Karolinska och NKS-förvaltningen blivit allt mer infekterad. Denna maktkamp började nu förändras till sjukhusledningens fördel. Samtidigt upplevde hälso- och sjukvårdsförvaltningen att situationen med två parallellt och delvis motstridigt arbetande förvaltningsorganisationer blev allt mer ohållbar (IP20) och NKS-förvaltningen kom därmed att bli ifrågasatt av såväl Karolinskas ledning som av hälso- och sjukvårdsförvaltningen. I det här avsnittet analyserar vi den process som ledde fram till NKS-förvaltningens ”fall”.

Som vi beskrivit tidigare ansåg Karolinska att det inom SLL:s förvaltning drevs två parallella och motstridiga processer. Inom Karolinska arbetade man med ett kontinuerligt utvecklingsarbete med den egna verksamheten medan NKS-förvaltningen arbetade med att skapa en helt ny verksamhet och uppdrag. Över tid hade den grundläggande skillnaden i synen på det nya sjukhuset mellan Karolinska och NKS-förvaltningen kommit att bli alltmer problematisk – och synlig. Skillnaden kan beskrivas – i något förenklade ordalag – som att

medan sjukhusledningen utgick från att NKS skulle utvecklas med grund i det gamla och den existerande verksamheten var utgångspunkten för NKS-förvaltningen att man inte enbart skulle bygga ett nytt sjukhus utan detta sjukhus skulle vara en helt ny *organisation* – avsikten var alltså inte att bygga på det gamla utan att istället forma något helt nytt. Att NKS-förvaltningen hade ett tydligt sådant uppdrag bekräftades också av finanslandstingsrådet Torbjörn Rosdahl (m) som i den ovan refererade artikeln i Dagens Industri förklarade att:

> ”Vi bygger inte ett nytt Karolinska. Nya Karolinska är inte gamla Karolinska i nya kläder. Karolinska ska stänga. Vi bygger ett helt nytt sjukhus där den högspecialiserade vården ska samlas. Och där ska vi bli världsledande” (DI 2011).

I en ledare i Karolinskas personaltidning Karolina förmedlade sjukhusdirektören att han också under processen gång fått insikt om detta:

> Jag (fick) intrycket att man ville lämna över nyckeln till en helt ny organisation, obesmittad av gamla Karolinska. Jag har dock hela tiden menat att det är nödvändigt att bygga på det vi har. Det Karolinska har, är nämligen något unikt och enastående (Karolina 2014:3).

Spänningarna mellan organisationerna kom alltså att öka över tid och med dem djupnande också konflikterna i NKS styrgrupp. I december år 2010 hölls ett möte i styrgruppen och efter mötet träffades NKS-förvaltningens programdirektör Lennart Persson, landstingsdirektören Mona Boström och sjukhusdirektören Birgir Jakobsson (NKS-förvaltningen, 2010e). Sjukhusdirektören deklarerade då att Karolinska skulle ta en ”Time Out” från fortsatt samverkan med NKS-förvaltningen.[8] Pausen/”time outen” motiverades med att:

> Karolinska universitetssjukhuset har begärt paus i tema- och referensgrupperna för att medarbetare i NKS ska koncentrera sig på det interna förbättringsarbetet på Karolinska (NKS-förvaltningen 2010f).

Beslutet om paus ledde till att 20-procentarnas anställning i NKS-förvaltningen avslutades, med motiveringen, således, att de behövdes i det interna förbättringsarbetet på Karolinska. Detta var

[8] I Styrgruppen beslöts senare att man i officiella dokument inte skulle använda sig av begreppet ”Time Out” utan i stället kalla det ”Paus”.

enligt flera av våra intervjupersoner en ”maktdemonstration” (IP11; IP15) från Karolinskas sida. Att Karolinskas tillbakadragande av 20-procentarna hade påverkat NKS-förvaltningen visade sig redan vid nästa möte i styrgruppen. NKS-förvaltningens förvaltningschef gjorde i samband med detta möte följande uttalande:

> NKS(-förvaltningen) förtydligar att när man har pratat om teman så är det själva sjukvården som menas och att syftet inte varit att titta på organisationen (NKS-förvaltningen 2010e).

Sjukhusledningen hade ju återkommande betonat att Karolinska *inte* skulle tvingas genomgå några fler organisatoriska förändringar efter den turbulenta sammanslagningen av Huddinge och Solna. Uttalandet från förvaltningschefen kan ses som en tydlig markering av att NKS-förvaltningen inte (längre?) avsåg att genomföra genomgripande organisatoriska förändringar och kan därför förstås som ett tillmötesgående av sjukhusledningen. Vid samma möte förklarade också NKS-förvaltningens förvaltningschef att det fanns flera olika tänkbara alternativ för NKS framtida verksamhetsinnehåll:

> Sannolikt kan man flytta in dagens Karolinska Solna in i NKS och vill man koncentrera all högspecialiserad vård i NKS är det också möjligt. Viss volymverksamhet kanske inte går in (NKS-förvaltningen 2010e).

Uttalandet får betraktas som defensivt. De centrala politiska visionerna var ju att man just *inte* skulle flytta in det existerande KUS i det nya sjukhuset. Detta var själva essensen i den politiska visionen där ambitionen var att ge det nya sjukhuset ett helt nytt innehåll och ny verksamhet. Att lägga fram detta som ett alternativ – att föreslå att dagens Karolinska var möjligt att flytta in i den nya byggnaden – hade förmodligen varit otänkbart i ett tidigare skede, och stridande mot de politiska intentionerna. Detta alternativa förslag till verksamhetsinnehåll kan därför tolkas som att maktkampen mellan de båda organisationerna höll på att vända till Karolinskas fördel. När styrgruppen möttes igen en månad senare, i januari år 2011, för att diskutera hur ett nytt tjänsteutlåtande – det vill säga ett förslag till beslut (om verksamhetsinnehållet) från tjänstemännen till politikerna – skulle utformas poängterade sjukhusledningen återigen att tjänsteutlåtandet skulle ”validera att det går att få in olika verksamhetsinnehåll” i NKS (NKS-förvaltningen 2011a). Karolinska tryckte också särskilt på vikten av att ”få in alla synpunkter så får politiken ta in det i sin beräkning. Politikerna skall höra alla synpunkter”(Ibid).

Parallellt med de ökade konflikterna i styrgruppen skedde, enligt Öhmring (2017), en försvagning av det politiska engagemanget för NKS och med detta bleknade också den tidigare starka visionen om NKS. I vår rapport om idén om den högspecialiserade vården (se Grafström och Andersson 2019) förstår vi detta som att det politiska aktörskapet också blev svagare. I samband med den här generella utvecklingen lämnade också några, för NKS-projektet – såsom de har beskrivits (IP12; IP 15) – nyckelpersoner, landstinget. Samtidigt med försvagningen av visionen och tappet av nyckelpersoner drev också sjukhusledningen ett aktivt och, menar våra intervjupersoner (IP12; IP15), framgångsrikt arbete gentemot landstingspolitikerna i syfte att låta Karolinska överta ansvaret för verksamheten på det nya sjukhuset. Vi ska nedan närmare skildra detta.

Enligt flera av våra intervjupersoner hade sjukhusledningen arbetat hårt för att få ett förnyat förtroende hos landstingspolitikerna (IP15; IP20; IP22). Några av intervjupersonerna beskrev det som att Karolinskas ledning hade fått ”politikernas öra” och med detta ett förnyat förtroende (IP15; IP22). Detta bekräftas också av landstingspolitikerna. I samband med en debatt om den framtida planeringen av Stockholms sjukvårdsstruktur betonades att sjukhusledningen skött sitt uppdrag och fått ordning på den tidigare svajiga ekonomin (Landstingsfullmäktige 2011). Den folkpartistiska fullmäktigeledamoten Hans Åberg menade exempelvis att ”det nuvarande KS har under de senaste åren genomgått något av en metamorfos när det gäller arbetssätt och ekonomi” (Ibid). När sjukhuset därför författade ett PM (IP22) till landstingsdirektören med en önskan om att Karolinska skulle få överta ansvaret för verksamhetsinnehållet fick det ett, för Karolinskas ledning, positivt mottagande (IP12). Öhrming (2017) menar att det vid den här tiden också fanns en ganska bred politisk samsyn om att NKS-förvaltningen borde läggas ned. Det fanns dock undantag från denna breda politiska samsyn; en av ledamöterna i FoUU-utskottet ansåg det ”vara på tok” att NKS-förvaltningen lades ned och att man istället för att lägga ned förvaltningen snarare skulle ha låtit organisationen ”vidgas” (IP30).

Samtidigt som Karolinska ökade sina kontakter med landstingspolitikerna, tog också HSN-förvaltningen initiativ. HSN-förvaltningen formulerade en skrivelse riktad till landstingsstyrelsens förvaltning med en önskan om att ansvaret för NKS verksamhetsinnehåll borde överföras till sjukhusledningen (IP20). HSN-förvaltningens menade att det var olämpligt att det drevs två parallella och motstridiga processer i den egna förvaltningsorganisationen (IP20, se också Landstingrevisorerna 2012A). I samband med detta tog HSN-förvaltningen

initiativ till det som kom att kallas för framtidsplanen för hälso- och sjukvården. Detta kan förstås som den av flera remissinstanser (se Grafström och Andersson 2019) efterfrågade generalplanen för den samlade vården i Stockholm. Med detta initiativ var NKS tänkt att sättas in i ett vidare sammanhang i planeringen och utbyggnaden av övrig vård i länet. Behovet av en sådan plan och genomförandet av densamma hade ju diskuterats redan under 3S men kom först nu, tio år senare, att leda till ett politiskt beslut i frågan.

Senare samma år, i juni 2011, fattade landstingsfullmäktige beslut om att lägga ned NKS-förvaltningen (Landstingsfullmäktige 2011). Beslutet innebar att ansvaret för verksamhets-innehållet övertogs av Karolinska medan ansvaret för byggnation och upphandling lades på Landstingsstyrelsen och den under Landstingsstyrelsens nyinrättade avdelningen NKS Bygg. De här förändringarna genomfördes i samband med att det togs beslut om den första (det skulle komma fler senare versioner) planen för framtidens hälso- och sjukvård. I beslutsunderlaget finns inga särskilda motiveringar till detta beslut och debattprotokollet avslöjar heller inga sådana motiveringar.

Förändringarna av ansvarsfördelningen – nedläggningen av NKS-förvaltningen och överför-andet av ansvaret för verksamhetsinnehållet till Karolinska – blev en utdragen process. Enligt Landstingsrevisorerna kom det att ta nio månader innan den var fullt genomförd (Landstingsrevisorerna 2012a). Avsikten var att Karolinska skulle överta ansvaret från 1 januari 2012 men Landstingsfullmäktiges beslut i juni 2011 innebar ett ”avbrott i projektets framåtskridande under hösten 2011” (Landstingsrevisorerna 2012a, bilaga C, s. 5). Under hösten år 2011 lämnade ett flertal personer i ledande positioner NKS-förvaltningen – förvaltningschef, administrativ direktör, vårddirektör, kommunikationschef, pressansvarig, och administrativ chef – vilket ledde till en stark oro bland övrig personal och bidrog till att arbetet inom NKS-förvaltningen delvis avstannade (Ibid). Avbrottet gällde framför allt arbetet med verksamhetsinnehållet, medan byggnationen inte ansågs påverkas i lika hög utsträckning (Ibid, s. 6). Landstingsrevisorerna hävdade därför att Landstingsstyrelsen inte hade haft tillräcklig framförhållning vad gällde information till personal inom NKS-förvaltningen vilket ledde till tappet av nyckelpersoner. Processen med verksamhetsinnehållet riskerade dessutom att försenas ytterligare på grund av att Karolinskas ledning inte ansåg sig ”ha kunnat delta på ett aktivt sätt i det arbete som NKSf bedrivit för att precisera verksamhetsinnehållet” (Ibid, s. 9). Detta fick till följd att Karolinska upplevde ett ”behov av sin egen process och har i princip startat från början, vilket förmodas bli tidskrävande”(Ibid).

Revisorernas slutsats blev mot bakgrund av detta att Landstingsstyrelsen ”under 2011 inte tillräckligt säkerställt kompetens, styrfart och helhet i NKS-projektet” (Ibid, s. 2). Landstingsrevisorerna kommenterar också samordningen av styrningen av NKS-projektet å ena sidan och styrningen av den övergripande planeringen av Stockholms samlade hälso- och sjukvård å den andra:

> Beslutet att bygga NKS har fått stora konsekvenser för sjukvårdsstrukturen i SLL. Det faktum att det grundläggande styrdokumentet för hälso- och sjukvårdens fortsatta utveckling, Framtidsplan för hälso- och sjukvården, kom först flera år efter att fullmäktige fattat det långsiktiga och genomgripande beslutet att bygga NKS – visar att det behövs en tydligare övergripande styrning av de strategiska hälso- och sjukvårdsfrågorna (Landstingsrevisorerna 2012a, bilaga C, s. 6).

Ny politisk organisation – inrättandet av NKS-beredningen

Vid årsskiftet 2010/2011, ungefär samtidigt som spänningarna ökade mellan NKS-förvaltningen och Karolinska, genomfördes förändringar av den politiska organisationen. I december 2010 fattade Landstingsfullmäktige, efter förslag från Landstingsstyrelsen, beslutet om att det politiska ansvaret för NKS skulle övertas av den nyinrättade NKS-beredningen. Detta beslut togs i samband med mer omfattande förändringar av den politiska organisationen, förändringar som syftade till att åstadkomma ”en tydligare politisk struktur genom att bl a stärka ägarstyrningen och tydliggöra kompetensfördelningen mellan landstingsstyrelsens utskott” (SLL 2010b). Sammantaget innebar förändringarna en centralisering av den politiska organisationen.

Den nyinrättade NKS-beredningen fick 15 ledamöter som därmed vidgades jämfört med FoUU-utskottet som hade haft nio ordinarie ledamöter. NKS-beredningens uppdrag formulerades som att den skulle ”bereda frågor gällande planering och genomförande gällande byggnation av Nya Karolinska universitetssjukhuset samt (bereda) förslag till beslut om verksamhetsinnehållet” (SLL 2010b). I uppdraget ingick dessutom att analysera hur verksamheten vid NKS ”påverkar utvecklingen inom den samlade sjukvårdsstrukturen” (Landstingsrevisorerna 2012b). Därmed kom NKS-beredningen att ges ett bredare uppdrag än vad FoUU-utskottet hade haft, vars ansvar var koncentrerat till NKS medan det vidare ansvaret för den samlade sjukvårdsstrukturen låg

på HSN med dess förvaltning.

I uppdragsbeskrivningen till NKS-beredningen betonades också behovet av samverkan mellan andra delar av den politiska organisationen, så skrivs det att ”beredningen följer hälso- och sjukvårdsnämndens och produktionsutskottets respektive arbete med frågor som rör förändringar i sjukvårdsstrukturen med anledning av tillkomsten av Nya Karolinska universitetssjukhuset” (SLL 2012b). Inrättandet av NKS-beredningen skulle kunna tolkas som ett svar på den kritik som hade riktats mot hur NKS-projektet organiserats tidigare, där NKS-frågan organisatoriskt brutits ut ur den vidare planeringen av den samlade hälso- och sjukvården. Till skillnad mot FoUU-utskottet, som genom särskild delegation gavs rätt att i flera NKS-relaterade frågor fatta egna beslut (utan att behöva lyfta dem till Landstingsstyrelsen), fick NKS-beredningen enbart beredande uppgifter. Denna centralisering av makten över NKS-frågorna till Landstingsstyrelsen kan möjligen tolkas som ett svar på det enligt vissa (främst oppositionen) alltför oklara mandat FoUU-utskottet hade haft. Den nya organiseringen, med NKS-beredningen, kom dock redan efter ett år att ifrågasättas. I Landstingsrevisorernas årsrapport för Landstingsstyrelsen konstaterade revisorerna att:

> Den övergripande politiska insynen i och styrningen av NKS-projektet förefaller f.n. alltför begränsad. Den löpande avrapporteringen av NKS-projektet sker nu i NKS-beredningen som inte har några beslutsmandat. Ledamöterna i fullmäktige och landstingsstyrelsen (som har revisions-ansvar för NKS-projektet) förefaller inte få någon löpande rapportering av projektet…Det är angeläget att landstingets förtroendevalda ges tillräckliga underlag och förutsättningar för att bedöma ekonomiska och andra konsekvenser av olika beslut. Väsentliga förändringar i t.ex verksamhetsinnehållet vid NKS kan få stora konsekvenser för landstingets framtida kostnader, särskilt åren 2015 - 2018. Då kommer den stora omställningen av sjukvården i enlighet med Framtidsplanen att äga rum, vilket sannolikt får en betydande påverkan på driftkostnaderna (SLL 2012a).

Inrättandet av NKS-beredningen – med just beredande uppgifter och avsaknad av eget beslutsmandat – blev ett nytt problem. Det kan snarast beskrivas i termer av att det uppstod en form av beslutsvakuum för NKS-frågan. NKS-beredningen saknade beslutsmandat men eftersom det var NKS-beredningen som nu hade det (något oklara) politiska ansvaret – och därmed också var det politiska organ NKS-förvaltningen hade kontakt med – samt att beredningen inte, enligt Landstingsrevisorerna, själv rapporterade vidare till de politiska organ,

landstingsstyrelsen och landstingsfullmäktige, som hade den formella beslutsmakten, blev den politiska styrningen och ansvaret oklart. Landstingsrevisorerna pekade också på att Landstingsstyrelsens och Landstingsfullmäktiges insyn var begränsad, vilket var problematiskt med hänsyn till att de var revisionsansvariga. Kritiken mot den bristande insynen återkom revisorerna till i en senare rapport samma år:

> Där (i NKS-beredningen, vår anm) har muntliga föredragningar dominerat utan någon egentlig skriftlig dokumentation…Revisionens uppfattning är att beredningen bör ske så att det finns möjlighet till insyn i det politiska beslutsfattandet kring NKS…Revisionen har *tidigare* lyft vikten av att ledamöterna i såväl fullmäktige som landstingsstyrelsen (som har revisionsansvaret) löpande har god insyn. I samband med årsrapporten 2011 påtalade revisorerna att det är angeläget att landstingets förtroendevalda ges tillräckliga underlag och förutsättningar för olika beslut i NKS-projektet. I granskningen konstaterades att den övergripande politiska insynen och styrningen av projektet föreföll alltför begränsade (Landstingsrevisorerna 2012b).

Hur NKS-frågan hanterades i NKS-beredningen kom också att uppmärksammas i media. I februari år 2011 skulle frågan om NKS verksamhetsinnehåll diskuteras i beredningen men inför denna diskussion fanns, enligt en artikel i Dagens Medicin (2011:7), inga offentliga dokument som underlag för diskussionen. Istället gjordes enbart muntliga presentationer. Dagens Medicin beskrev det som att ”det råder stort hemlighetsmakeri kring utredningen om vad storsjukhuset Nya Karolinska Solna, NKS, ska ha för verksamhet” (Ibid). I artikeln uttalar sig Birgitta Sevefjord (v), ledamot i NKS-beredningen. Sevefjord anser det vara ”ytterst märkligt att vi inte får förslagen skriftligt. Hur ska vi annars ta ställning och diskutera detta”. Också det socialdemokratiska oppositionslandstingsrådet Ilijan Batljan är kritisk och beskriver det som att ”beredningen helt saknar ledning och styrning”. Batljan hävdar också att Karolinskas ledning har blivit ”sidsteppad i processen” och därför saknat inflytande, vilket Batljan, enligt artikeln, finner ”oacceptabelt” (Ibid).

NKS-beredningen kom att ha det politiska ansvaret för NKS under åren 2011 och 2012. Från år 2013 gjordes dock ytterligare en organisatorisk förändring då NKS-beredningen lades ned och ansvaret istället övertogs av Landstingsstyrelsens arbetsutskott. Detta var i linje med det förslag som 3S-utredningen tio år tidigare hade lagt fram gällande ansvaret för NKS inom Landstingsstyrelsen organisation. Det kan också förstås som att ansvaret för NKS-frågorna

centraliserades och sattes in i ett vidare sammanhang för styrningen av Stockholms samlade hälso- och sjukvård. Det var också till Landstingsstyrelsen arbetsutskott som Karolinskas ledning rapporterade om det fortlöpande arbetet med verksamhetsinnehållet.

Slutsatser och diskussion

Vi konstaterade i inledningen av den här rapporten att organiseringen av beslutsprocesser av NKS dignitet per definition är en komplex uppgift. En viktig del i denna komplexitet handlar om hur ansvariga väljer att hantera berörda aktörer med potentiellt motstridiga intressen. Vi har i den här rapporten visat att detta också har varit centralt för den tidiga fasen av NKS-projektet, under den period som NKS-förvaltningen och FoUU-utskottet var verksamma. Vi menar att beslutet att inrätta en särorganisatorisk lösning var ett tydligt uttryck för vem eller vilka intressen som skulle inkluderas i processen och vilka som skulle hållas på distans. Aktörer som hölls på distans tilläts ett visst deltagande, men detta deltagande var i hög grad villkorat. Nedan diskuterar vi denna särorganisation i relation till värdena *effektivitet* och *legitimitet*. Vi menar att den särorganisatoriska lösningen innebar att de ansvariga framför allt prioriterade effektivitet på bekostnad av legitimitet. Den här prioriteringen skapade en situation där NKS-projektet genom särorganiseringen kunde runda intressen och krav från omvärlden, men detta kom över tid att få konsekvenser för projektets legitimitet. Vi visar också hur särorganisationen både sökte skapa ett *oberoende* gentemot intressen och krav från berörda aktörer i omvärlden samtidigt som den – i en genomförandefas av projektet – var *beroende* av dessa aktörer.

Vi har i den här rapporten förstått *effektivitet* som beslutskapacitet och förmåga att driva processen framåt medan *legitimitet* innebär att berörda aktörer samordnas i en process som ger dessa möjligheter till påverkan, insyn och i förlängningen också möjligheter till ansvarsutkrävande. En betoning av legitimitet innebär därför en prioritering av att processen förankras hos centrala aktörer (Blomquist och Jacobsson 2002). En (för) långt driven förankringsprocess kan dock riskera effektiviteten i processen – det är inte möjligt att tillgodose alla aktörers intressen, särskilt inte om dessa är motstridiga. Det kan hindra möjligheten att överhuvudtaget genomföra projektet och processen riskerar därmed att gå i stå. En stark betoning på effektivitet kan dock i stället riskera att leda till att processen inte förankras hos för projektets centrala aktörer och skapa problem i genomförandefasen: misslyckas projektansvariga med att förankra projektet hos centrala aktörer riskerar detta att leda till att dessa aktörer är ovilliga att medverka i genomförandet, eller till och med sätter sig på tvären

mot projektet. I den så kallade implementeringslitteraturen (se t. ex. Lundquist 1992) brukar det också poängteras att en viktig förutsättning för ett framgångsrikt genomförande är att aktörer förstår, kan och *vill* medverka i genomförandet. Det brukar också framhållas att möjlighet till deltagande och påverkan i demokratiska beslutsprocesser är ett viktigt värde *i sig*. Något hårdraget kan detta sammanfattas i termer av att en prioritering av legitimitet innebär en *inkluderande* strategi medan effektivitet innebär ett mer *exkluderande* förhållningssätt. Vilka värden som prioriteras kan förstås förändras i och genom processen; makt- och ansvarsförhållanden är inte statiska (se t. ex. Björklöf 1976; Blomquist och Jacobsson 2002), vilket även denna studie visar.

Den starka politiska visionen om att driva ett radikalt förnyelseprojekt, som skulle kunna uppfattas som utmanande för flera aktörer, stärkte idén om att effektiviteten i NKS-projektet behövde premieras. En inkluderande hållning med alltför stort inflytande från organisationer beskrivna som ”särintressen” (Öhrming 2017) – utmålade som problematiska och motsträviga – ansågs riskera ett framgångsrikt genomförande. Att vissa aktörer just beskrevs och förstods som problematiska och som ”bakåtsträvare” gjorde det möjligt att argumentera för och motivera att de exkluderades från processen, eller att deras deltagande åtminstone begränsades – det vill säga villkorades.

Karolinska kom att ges en särskild stämpel som en för projektet potentiellt problematisk aktör. Beslutet att inte ge ansvaret för NKS-projektet till Karolinskas ledning – och att istället välja den särorganisatoriska lösningen – bör därmed förstås i en vidare historisk kontext och mot bakgrund av den sedan länge ansträngda relationen mellan politiker och sjukhusledning. Som vi har visat – och som även Öhrming (2017) visar i sin studie – beskrevs sjukhuset som svårstyrt med en ”förändringsobenägen” kultur och med återkommande ekonomiska problem. I närtid låg också, enligt landstingspolitikerna, sjukhusledningens misslyckande med fusionen av sjukhusen i Huddinge och Solna. Detta bidrog till uppfattningen att sjukhusledningen inte var i stånd att driva omvälvande förändringar av (den egna) verksamheten. Förhoppningen var att NKS-förvaltningen skulle fungera som en hävstång för att inte bara forma ett universitetssjukhus i världsklass utan även förändra sjukhusets kultur och därmed förbättra möjligheterna för den politiska styrningen. Ett annat sådant ”särintresse” (Öhrming 2017) – som ansågs behöva hållas på distans – var HSN-förvaltningen.

Särorganisationen syftade alltså till att hålla på avstånd aktörer som riskerade att motverka förnyelseprojektet. För att lösningen skulle ges kraft och skapa den hävstång för förändring som det nya sjukhuset bar förhoppningar om behövde den ges en stark position inom SLL med hög status. Vi kan förstå det som att NKS-förvaltningen behövde ges ett visst *oberoende* gentemot omvärlden – vilket går hand i hand med att prioritera effektivitet enligt vårt resonemang ovan. Ett första viktigt val var förstås organisationsformen som sådan, det vill säga att inrätta en ny *förvaltning*. Detta innebar att organisationen fick en viss pondus, och, till skillnad från den tidigare organiseringen i projektform med NKS-kansli som enligt Öhrming (2017) enbart var ett ”diskussionsforum”, också en exekutiv makt.

Ytterligare en markering av NKS-förvaltningens särskilda ställning var att dess ledning hämtades från ett annat landsting och därmed inte kunde ses som representant för något särskilt intresse inom SLL. Genom att NKS-förvaltningen organiserades direkt under Landstingsstyrelsens FoUU-utskott och därmed nära politiken stärktes intrycket av förvaltningens särskilda status och ställning inom SLL. FoUU-utskottet gavs också i sin tur möjlighet att fatta beslut i ett stort antal ärenden som rörde NKS (utan att behöva lyfta frågorna till Landstingsstyrelsen som helhet), vilket innebar att ansvar och makt koncentrerades till utskottet. Det ledde till att det skapades en särskild separat struktur för NKS-projektet, såväl på politisk nivå som på förvaltningsnivå. Till detta kom att flera av de ärenden som behandlades inom FoUU-utskottet och NKS-förvaltningen var sekretessbelagda. Även om denna sekretess gjordes i enlighet med offentlighets- och sekretesslagen bidrog det till bilden av en sluten organisering som andra delar av SLL:s organisation inte hade insyn i. NKS-förvaltningen (2011) beskriver själv att den hade en särskild plats i SLL:s beslutshierarki och en relativt självständig ställning i förhållande till övriga förvaltningar. Ytterligare en markering av NKS-förvaltningens särskilda status var att den rent fysiskt var frikopplad från SLL:s övriga organisation, detta genom att förvaltningen hade egna lokaler.

Det fanns alltså en stark ambition om att skapa en från övriga organisationer inom SLL självständig förvaltning; en självständighet som ansågs ge förutsättningar för att driva det radikala förändringsprojektet i hamn. För att genomföra uppdraget var dock förvaltningen samtidigt *beroende* av de organisationer man avsåg att förhålla sig självständigt till. Detta skapade en situation där NKS-förvaltningen kan förstås som både ha hög status *och* vara sårbar och svag. Ett exempel på denna sårbarhet visade sig när Karolinska valde att återkalla sin utlånade personal från NKS-förvaltningen. Vi menar att den särorganisatoriska lösningen –

samtidigt som den kan sägas ha skapat effektivitet i den inledande genomförandefasen – över tid bidrog till svårigheter att förankra NKS-projektet och skapa legitimitet för förnyelsearbetet hos personal på Karolinska. För att skapa legitimitet (bland vårdpersonalen) för projektet försökte förvaltningen använde sig av kommunikation som ett sätt att förmedla den positiva berättelsen om NKS och att stärka legitimiteten. I vår rapport om den högspecialiserade vården (Grafström och Andersson 2019) ser vi dock att personalen (genom fackförbunden) ansåg att NKS-förvaltningen inte lyssnade på, eller tog till sig, synpunkter från fackförbunden. Det var en uppfattning som delades av Karolinskas ledning; en gemensam ståndpunkt var att de (begränsade) möjligheterna till *deltagande* i processen inte ledde till faktiska möjligheter att *påverka* densamma. Sammantaget innebar detta att den särorganisatoriska lösningen hade en svag legitimitet bland personal och ledning på Karolinska (och andra delar av förvaltningsorganisationen) och därmed också var sårbar. Annorlunda uttryckt kan vi förstå det som att särorganisationen inrättades för att hålla kritiska röster på distans, men att detta samtidigt kan sägas ha skapat en grogrund för och förstärkt kritik.

Vår studie visar att legitimitetsproblematiken också fanns inom politiken. Genom att formerna för samverkan över blockgränserna, enligt oppositionen, var informella och att de från början utlovade forumen för formell samverkan inte genomfördes. Särorganiseringen innebar också att såväl Landstingsfullmäktiges som Landstingsstyrelsens insyn över NKS-projektet blev begränsat. Organisationslösningen skapade därför en situation där inte bara vissa aktörer exkluderades – eller vars deltagande villkorades – utan påverkade också möjligheterna till ansvarsutkrävande.

Ett försök att balansera mellan effektivitet och legitimitet i processen utgjordes av det, som vi kallar det, villkorade deltagandet. Detta var ett sätt att bjuda in aktörer till deltagande i processen men – som ovan också har nämnts – samtidigt begränsa utrymmet för verklig påverkan. Vi menar dock att detta försök att balansera mellan effektivitet och legitimitet var en mellanväg som ledde till nya svårigheter. Det villkorade deltagandet väckte istället frustration just genom att man bjöds in utan att få påverka – vilket i sin tur ledde till förnyade problem med legitimiteten. Exempel på detta ser vi i remissyttrandena över NKS-förvaltningens förslag till verksamhetsinnehåll: trots upprepad kritik från fackförbunden hörsammade NKS-förvaltningen inte denna kritik, vilket ledde till en växande irritation (se Grafström och Andersson 2019). Det villkorade deltagandet visade sig också i det organiserade forumet för

samverkan mellan Karolinskas ledning och NKS-förvaltningen, som även det var ett sammanhang för information snarare än för reell påverkan.

I vår analys konstaterar vi att det med tiden växte fram ett allt större missnöje med denna särorganisatoriska lösning. Kritiken kom framför allt från Karolinska och HSN-förvaltning. Karolinskas ledning uppfattade att universitetssjukhuset och NKS-förvaltningen arbetade med två parallella och i grunden motstridiga uppdrag; Karolinska med att slutföra sammanslagningen av Huddinge och Solna medan NKS-förvaltningens uppdrag syftade till att skapa ett helt nytt sjukhus i Solna, något som skulle kunna medföra en *upplösning* av fusionen mellan Solna och Huddinge. Särorganiseringen, som innebar att NKS-frågan bröts ur den övergripande planeringen av hälso- och sjukvården, möttes också av kritik från HSN-förvaltningen som särskilt lyfte det allt mer akuta problemet med *samordningen*. Den bristande samordningen med NKS-förvaltningen försvårade, enligt HSN-förvaltningen, planering av övrig vård i Stockholm. Idén om att skapa en *effektiv* organisation med exekutiv kraft hamnade därmed i konflikt med behovet av samordning.

Vi ser alltså *bildandet* av NKS-förvaltningen som ett uttryck för politik – och med politiska konsekvenser i termer av vem eller vilka som bjöds in till deltagande eller hölls på distans från beslutsprocessen. Ett lika viktigt uttryck för politik var Landstingsfullmäktiges beslut att *lägga ned* förvaltningen. Nedläggningen föregicks av en allt starkare kritik från Karolinska och HSN-förvaltningen, och de båda organisationerna hade dessutom tagit egna initiativ för att förändra sin respektive roller i processen: HSN-förvaltningen initierade den så kallade Framtidsplanen – med avsikt att placera NKS-projektet i ett vidare sammanhang för planering av den övergripande vården i Stockholm – och Karolinskas ledning arbetade på olika sätt med att försöka stärka politikernas, tidigare låga, förtroende för sjukhusledningen. Vi menar att dessa initiativ kan ha bidragit till att landstingspolitikerna valde att överlåta ansvaret för det nya sjukhusets verksamhetsinnehåll till Karolinska, och att de i samband med detta också lade ned NKS-förvaltningen. Detta skedde i ett sammanhang där centrala bärare av visionen – som varit särskilt aktiva i den tidiga planeringsfasen – över tid i genomförandefasen hade blivit allt färre och mindre betydelsefulla – en utveckling som också skapade ett minskat stöd för NKS-förvaltningen.

Referenser

Ahrne, G., & Svensson, P., (red), (2015), *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber.

Björklöf, Sune (1976), *Det stora projektet. Planeringen av ett sjukhus*. Stockholm: Liber

Blomquist, C., & Jacobsson, B., (2002), *Drömmar om framtiden.* Malmö: Studentlitteratur.

Charpentier C och Samuelson L A (1999), *Effekter av en sjukvårdsreform. En studie av Stockholmsmodellen*. Stockholm: Nerenius och Santérus förlag.

Choi, Soki (2011), *Competing logics i hospital mergers. The case of the Karolinska University Hospital. Thesis for doctoral degree.* Stockholm: Karolinska Institutet.

CeFAM (2009), *NKS och primärvården*. Remissvar Förslag Koncept övergripande verksamhetsinnehåll, 2009-09-03.

Clegg S, Sankran S, Biesenthal C and Pollack J (2017),"Power and Sensemaking in Megaprojects" (s. 238 – 258) i Flyvbjerg B (red.) *The Oxford Handbook of Megaproject Management.* Oxford: Oxford University Press.

Dagens Industri, (2009), *Strid om makten*, 2011-02-03.

Dagens Medicin, (2009), *Huddinge kan bli eget igen när Nya Karolinska står klart*. Nr 39:9.

Dagens Medicin, (2011), *Svårt att få besked om Nya Karolinska*. 2011:7. 2011-02-16.

Dagens Nyheter, (2007), *Kritik mot nämnd för Nya Karolinska*, 2007-12-17.

DS 2005:7, (2005), *Iakttagelser om landsting*. Departementsserien. Kansliet för samverkan med kommuner och landsting.

Grafström, M. & Andersson, C., (2019), *Oklarhet som förändringsstrategi. NKS-projektet och idén om den högspecialiserade våden*. Rapport, Stockholms centrum för forskning om offentlig sektor, Stockholms universitet, Stockholm.

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

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, (2009),*HSN-förvaltningens svar på remiss om förslag till verksamhetsinnehåll Nya Karolinska Solna universitetssjukhus*, 2009-08-18.

Jacobsson, Bangt (1987), *Kraftsamling. Politik och företagande i parallella processer*. Lund: Doxa AB.

Karolina, (2014), Personaltidning KUS, *Ledare*, 2014:3.

Karolinska Institutet (2009), *Yttrande över rapporten Förslag till Koncept Verksamhetsinnehåll, Nya Karolinska Solna universitetssjukhus*, 2009-08-31.

Karolinska universitetssjukhuset/White arkitekter (2002a), *Förslag till förnyelse av Karolinska sjukhuset*. Oktober 2002.

Karolinska universitetssjukhuset/sjukhusdirektören (2002b), Sjukhusdirektörens kommentarer på SNUS-utredningen, 2002-10-22.

Karolinska universitetssjukhuset/sjukhusdirektören (2009), *Karolinska universitetssjukhusets svar till remissen "Koncept verksamhetsinnehåll Nya Karolinska Universitetssjukhuset"*, 2009-08-19.

Kastberg G och Berlin J (2011), *Styrning av hälso- och sjukvård*. Stockholm: Liber AB.

Lindsten, J (u.å.), *Fyra år som sjukhusdirektör. Varför inte fler?* Stockholm: www.wikiks.se.

Landstingsfullmäktige (2010), *Sammanträdeshandlingar, anförandeprotokoll*, 2010-05-04.

Landstingsfullmäktige (2011), *Sammanträdeshandlingar. Anförandeprotokoll*. 14-15 juni 2011.

Landstingsrevisorerna (2008), *Granskning av styrningen av Nya Karolinska projektet*, Projektrapport 9/2008.

Landstingsrevisorerna (2012a) *Årsrapport Landstingsstyrelsen 2011*. Med bilagor.

Landstingsrevisorerna (2012b), *Byggnationen av Nya Karolinska Solna*, Projektrapport 3/2012.

Landstingsrevisorerna (2013), Projektrapport nr 16/2012, *Planeringen av framtidens hälso- och sjukvård*.

Lundquist, L., (1992), *Förvaltning, stat och samhälle*. Lund: Studentlitteratur.

Läkartidningen (2009a), *Vi bygger Nya Karolinska för framtidens vård*. Debattartikel. Nr 8. 2009-02-17.

Läkartidningen (2009b), *Framtidens vård kräver framtidens arbetssätt*. Debattartikel. Nr 12. 2009-03-17.

Läkartidningen (2009c*), Vad tror Stig Nyman att vi håller på med i sjukvården?. Debattartikel.* Nr 14. 2009-03-31.

Läkartidningen (2009d), *Så här tror Stig Nyman om vården*. Debattartikel. Nr 17. 2009-04-21.

NKS-förvaltningen (2008), Nya Karolinska Solna-förvaltningen/NKS Styrgrupp, *Minnesanteckningar*, 2008-04-03.

NKS-förvaltningen (2009a), Nya Karolinska Solna-förvaltningen, *Kunskaps- och attitydmätning av Nya Karolinska Solna – Resultatredovisning och analys*. 2009-01-01.

NKS-förvaltningen (2009b), Nya Karolinska Solna-förvaltningen, *Strategidag*, 2009-04-29.

NKS-förvaltningen (2010a), Nya Karolinska Solna-förvaltningen, *Studieresa till Cleveland Clinic, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center & New York Presbyterian*.

NKS-förvaltningen (2010b), Nya Karolinska Solna-förvaltningen, *Beskrivning av OPS-upphandling*, NKS-rapport nr 1 maj 2010.

NKS-förvaltningen (2010c), Nya Karolinska Solna-förvaltningen, *Arbetsgrupper för NKS-förvaltningen* (2010-09-23, reviderad 2010-10-12).

NKS-förvaltningen (2010d), Nya Karolinska Solna-förvaltningen/NKS Styrgrupp, Minnesanteckningar 2010-10-13.

NKS-förvaltningen (2010e), Nya Karolinska Solna-förvaltningen/NKS Styrgrupp, Minnesanteckningar 2010-12-06. Med bilaga Gemensam plan för kommunikation.

NKS-förvaltningen (2010f), Nya Karolinska Solna-förvaltningen, Minnesanteckningar från samverkansgrupp NKSf – Karolinska institutet. 2010-12-17.

NKS-förvaltningen (2011a), Nya Karolinska Solna-förvaltningen/NKS Styrgrupp, Minnesanteckningar, 2011-01-17.

NKS-förvaltningen (2011b), Nya Karolinska Solna-förvaltningen, *Det ljusa sjukhuset – Nya Karolinska Solna i ord och bild.*

Produktionsutskottet,(2010), Produktionsutskottets yttrande till ”Inriktningsbeslut avseende övergripande verksamhetsinnehåll vid Nya Karolinska i Solna”, remissvar 2010-01-18. LS 0906-0489, 2010-01-18.

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

SACO/Stockholms Läkarförening (2010), Yttrande över tjänsteutlåtande LS 1003-0255, Nya Karolinska Solna övergripande verksamhetsinnehåll, 2010-03-30.

SLL (2001), Landstingskontoret, Minnesanteckningar från SNUS styrgrupp, 2001-04-30.

SLL (2002), Landstingskontoret, Minnesanteckningar från SNUS styrgrupp., 2002-02-01.

SLL (2004a), Landstingskontoret, minnesanteckningar från 3 S ledningsgrupp 2004-01-11

SLL (2004b), Landstingskontoret, minnesanteckningar från 3 S ledningsgrupp 2004-04-01.

SLL (2004c), 3S-utredningen, tjänsteutlåtande, *Förslag till ny hälso- och sjukvårdsstruktur för Stockholms läns landsting samt uppförande av ett nytt universitetssjukhus* (LS 0409-1729, 2004-09-28).

SLL (2007a), Landstingsstyrelsens FoUU-utskott, *Landstingsstyrelsens projektorganisation för arbetet med nytt universitetssjukhus* (LS 0612-2069).

SLL (2007b), Tjänsteutlåtande, *Förslag om byggnation av nytt universitetssjukhus*, (LS 0710-1039).

SLL (2008), Nya Karolinska Solna-förvaltningen, *Förvaltningsmanual för Nya Karolinska Solna-förvaltningen* (LS 0810-0948).

SLL (2009a) Inriktningsbeslut avseende övergripande verksamhetsinnehåll vid Nya Karolinska sjukhuset, remissvar från Socialdemokraterna och Vänsterpartiet, Förslag till beslut, 2009-12-15, LS0906-0489.

SLL (2009b), Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO), *Svar från Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) på remissen koncept verksamhetsinnehåll Nya Karolinska Solna Universitets sjukhus,* 2009-08-31.

SLL (2010a), Landstingsstyrelsen, *Nya Karolinska Solna Universitetssjukhus – beslut om övergripande verksamhetsinnehåll samt förslag till tilldelningsbeslut avseende funktionsupphandling i offentlig privat samverkan* (LS 1003-0255).

SLL (2010b), Landstingsstyrelsen, *Landstingsstyrelsens förslag till beslut (Förslag 2010:85). Ny politisk organisation för Stockholms läns landsting*, LS 1011-0897.

Sundström G (2016), ”Strategisk styrning bortom New Public Management”, Statsvetenskaplig tidskrift.

SOU 2016:2 (2016), *Effektiv vård.* Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. Stockholm.

SOU 2003:123 (2003), *Utvecklingskraft för hållbar välfärd. Delbetänkande från Ansvarskommittén*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.

SÖS (2009), Södersjukhuset, *Svar på remiss ”Koncept verksamhetsinnehåll Nya Karolinska Solna universitetssjukhus*”, 2009-08-09.

Qvist, M (2017), *Trafikverket som samhällsutvecklare*, i Jacobsson, B och Sundström G ”En modern myndighet”. Lund: Studentlitteratur.

Qvist, M och Johannesson L (2018), *Ett megaprojekt tar form. Den tidiga planeringen av Nya Karolinska Solna*, Stockholms universitet, Statsvetenskapliga institutionen.

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

Allt ljus på OPS: legitimeringen av offentlig-privat samverkan för Nya Karolinska Solna

Fil. dr Carl Yngfalk

Ekon. dr Svenne Junker

Innehåll

1. Inledning och syfte 4

2. Teori: ett organisationsperspektiv på legitimeringen av OPS 6

OPS som del av ’managementpaket’ för offentlig förvaltning 6

Legitimering och institutionellt arbete i organisationer 8

Managementkonsulter som institutionella aktörer 9

Policyprofessionalitet som politiskt institutionellt arbete 10

Sammanfattning 12

3. Metod och material 13

4. Organisering för OPS i landstingets förvaltning 2006–2011 15

OPS aktualiseras och prioriteras 2006–2008 17

Förespråkande av OPS i konsultutredningar 17

Befästande av OPS via marknadsskapande åtgärder 20

Idealisering av OPS i NKS-kansliet 21

Politisk acceptans för OPS genom ’utbildning’ av landstingspolitiker 23

En ’exekutiv’ organisation för OPS 2007–2008 26

Statushöjande åtgärder för ökad handlingsfrihet 26

Elitidentitet och rekryteringsstrategier för att minimera ifrågasättande 28

Marknadsföring av OPS 2008–2009 30

Säkerställande av marknadskompetens via rekrytering av managementkonsulter 30

Marknadskommunikation för stärkt image inför prekvalificeringen 32

Sekretessavtal och tystnadskultur som styrmedel för ’varumärket’ NKS 35

En illusion av konkurrens 2009–2010 40

Förhandlingsprocess ’under radarn’ 40

En bild av konkurrens via referensobjekt som ’spökanbudsgivare’ 41

Mandatperiodens slut och rättfärdigandet av det enda anbudet 43

Realisering och implementation av OPS 2010–2011 44

Förhandlingar med oppositionen skapar politisk legitimitet 44

Nya politiker skapar nya institutionella förutsättningar 46

NKS-förvaltningen som ’offerlamm’ för att införliva befintliga KS i OPS:en 47

5. Legitimeringen av OPS: institutionellt arbete i förvaltningsorganisationen 48

Legitimering via omprioritering av kompetens och ansvar 49

Legitimering via främjandet av elitism och policyprofessionalitet 52

Legitimering via strategier för att hävda konkurrens i upphandlingen 55

6. Avslutande diskussion 59

Politisering riskerar att främja ”amatörförvaltning” 59

Beslutsblindhet – en oförmåga att upptäcka skeva intressen 61

Referenser 62

1. Inledning och syfte

I den här rapporten undersöks och diskuteras beslutet att använda så kallad offentlig-privat samverkan (OPS) i upphandlingen, finansieringen och byggnationen av Nya Karolinska Solna (NKS). OPS är en upphandlings- och finansieringsform som ursprungligen introducerades i Storbritannien inom ramen för det som i litteraturen benämns Public-Private Partnership, eller PPP (Hellowell & Pollock, 2009, Bexell & Mörth, 2010). Kortfattat innebär OPS att den privata sektorn helt eller delvis planerar, genomför samt utformar finansieringen av offentliga projekt. OPS är en sorts "totalentreprenad", där en privat aktör, ofta ett konsortium av företag som representerar olika verksamhetsområden och som tillsammans bildar ett projektbolag, väljs under konkurrens för att ansvara för detaljprojektering, utförande samt underhåll och drift under projektets hela livscykel, eller åtminstone under en lång tid (se Junker & Yngfalk, 2018).

Vid tidpunkten för Stockholms läns landstings – numera Region Stockholm – beslut att bjuda in till en arkitekttävling för ett nytt världsledande universitetssjukhus i Stockholm den 19 april 2005 var förutsättningarna för OPS i många avseenden begränsade. Två tidigare landstings-utredningar i sjukhusprojektets initiala fas, SNUS (SLL, 2002) och 3 S (SLL, 2004), hade pekat på flera risker och problem med OPS, inte minst bristen på erfarenhet av OPS i Sverige. Utredningarna hade sammantaget förordat en traditionell samverkansupphandling. Trots dessa rekommendationer kom OPS-frågan upp på landstingets dagordning direkt efter att Alliansen hade vunnit landstingsvalet 2006, varpå en särskild projektorganisation – NKS-kansliet – växte fram inom landstingsförvaltningen för att hantera projektet och inte minst utreda frågan om finansiering och upphandling.

En nyrekryterad programdirektör med bakgrund från Akademiska sjukhuset i Uppsala, Lennart Persson, vände sig ganska snart till ledande managementkonsultbolag som arbetat med och verkat för OPS på den internationella marknaden. Bolagen skulle understödja projektorganisa-tionen via utredningsuppdrag gällande OPS som en alternativ upphandlingsmodell, trots att mycket alltså talade emot en sådan. När fullmäktige med knapp majoritet i juni 2008 hade beslutat om att genomförandet av en OPS-upphandling endast skulle ske om förväntad konkurrens kunde uppnås, och därefter, i upphandlingsprocessen, bara ett anbud hade inkommit, så fattades det dock inga nya beslut om att avbryta OPS-upphandlingen. Efter månader av förhandlingar med den enda anbudsgivaren hade slutsumman fortfarande inte landat under det fastställda kostnadstaket, samtidigt som valet 2010 bara befann sig några

månader bort, vilket innebar en osäkerhet för alla inblandade parter och därmed inverkade på beslutsprocessen. Efter en ny politisk uppgörelse ställde sig samtliga partier i landstingsfullmäktige bakom beslutet om ett OPS-avtal. Hur gick detta till? Hur kunde OPS får stöd när såväl tidigare utredningar som rådande konkurrenssituation talade emot upphandlingsformen?

Syftet med rapporten är att undersöka hur idén om OPS spreds och fick fäste – legitimerades – i landstinget och dess förvaltning. Undersökningen fokuserar tidsperioden mellan maktskiftet i landstinget 2006, när frågan om OPS aktualiserades på nytt, fram till tiden för byggstart 2011 och då en större omorganisation i landstingsförvaltningen genomfördes som innebar att ansvaret för NKS-projektet fördelades om. Vi ägnar särskild uppmärksamhet åt den särskilda projektorganisation som skapades för att genomföra NKS-projektet.

Rapporten bygger på organisationsforskning med fokus på diskussioner om beslutsfattande, identitetsarbete och legitimeringsprocesser i organisationer. Analysen grundas i neoinstitutionell teoribildning som utgår från att beslut kringgärdas av idéer om vad som är ett normativt korrekt och regelrätt handlade och som via olika initiativ och praktiker har kommit att stödjas och legitimeras (Meyer & Rowan, 1977; Scott, 2008; Powell & DiMaggio, 2012; Furusten, 2013; Bromley & Meyer, 2015). Genom att betrakta OPS som ett uttryck för en i den svenska kontexten ny form av managementidé för styrningen och hanteringen av offentliga projekt (t.ex. O'Mahoney & Sturdy, 2016), och som därmed genomsyrade hela projektorganisationen för NKS och inte bara frågan om finansiering och/eller upphandling, vill vi också belysa olika aktörers roller och maktpositioner samt konsekvenserna av detta för NKS-projektet och även bredare för landstingsorganisationen i allmänhet. Sammantaget hjälper teorierna oss att förstå aspekter av inflytande, makt och politik i beslutsprocessen för OPS, som trots att den utåt sett framstod som strömlinjeformad under ytan karaktäriserades av motstånd och konflikter, som hanterades inom projektorganisationen och landstinget med syfte att skapa acceptans för OPS.

Rapporten är disponerad enlig följande. I *kapitel 2* presenterar vi vårt teoretiska ramverk. I *kapitel 3* diskuterar vi vår metod och vårt material, följt av en presentation av våra iakttagelser från undersökningen i *kapitel 4*. I *kapitel 5* analyserar vi dessa iakttagelser med hjälp av vårt teoretiska ramverk, och i *kapitel 6* för vi en avslutande diskussion.

2. Teori: ett organisationsperspektiv på legitimeringen av OPS

I det här kapitlet presenterar vi vårt teoretiska ramverk med utgångspunkt i forskning om marknadiseringen av offentlig sektor och med fokus på diskussioner om beslutsfattande, identitetsarbete och legitimeringsprocesser i organisationer. Vårt ramverk hjälper oss att förstå, analysera och problematisera arbetet med att skapa legitimitet för OPS inom landstinget. Vi ser således inte OPS som begränsad till att endast vara en finansiell modell för NKS-projektet, utan som ett uttryck för en managementdiskurs eller ett 'managementpaket' relaterat till bredare politiska strömningar i den västerländska ekonomin och mer specifikt gällande organiseringen av offentlig förvaltning.

OPS som del av 'managementpaket' för offentlig förvaltning

I denna bredare bemärkelse kan OPS betraktas i ljuset av de neoliberala idéströmningar som karaktäriserar den västerländska politiska ekonomin sedan slutet av 1970-talet och som bland annat betonar privatisering och välfärdsstatens avreglering till förmån för marknadsekonomi och ökad kommersialisering (t.ex. Harvey, 2007; Andersson m.fl. 2017). Mot den bakgrunden lyfts OPS ofta fram som ett instrument för att effektivisera offentlig styrning efter idealen om en samverkande stat, till skillnad från en traditionell och mer hierarkisk offentlig styrning (Börzel & Risse, 2005). I den globala ekonomin har OPS haft stort genomslag i arbetet med internationellt bistånd (Graeber, 2011), och internationella aktörer som Världsbanken och OECD har därigenom bistått i arbetet med att sprida OPS-idén till enskilda länder. Forskning har även uppmärksammat att managementkonsulter haft en viktig roll i att sprida kommersiella idéer som OPS inom offentlig sektor, framför allt genom rådgivning och utbildning, men även genom att utforma system och modeller som kan användas för att omsätta OPS i praktiken (O'Mahoney, 2007).

Som idé om offentlig styrning kan OPS ses som ett exempel på den så kallade 'marknadiseringsvåg' som rullat fram över den globala ekonomin under de senaste decennierna (Djelic, 2006). OPS-idén ingår därmed i ett större paket av både kompletterande och inbördes spretiga reformidéer som ofta benämns med begreppet NPM (New Public Management). Även om det sedan länge har funnits en tilltagande och i många fall befogad kritik mot NPM har det ganska nyligen konstaterats att Sverige fortfarande förefaller att vara pionjär vad gäller utökade reformer för att införa marknadselement i offentlig sektor (Pollitt & Bouckaert, 2011; Hall,

2012). I den bemärkelsen har kommersiella managementidéer i hög grad kommit att utgöra normen för alla möjliga organisationer i samhället (Arnould & Cayla, 2015), där forskningen bland annat pekat på hur detta kan skapa omständigheter som påverkar beslutsfattande i offentliga organisationer i riktningar som inte nödvändigtvis ligger i linje med deras egna intressen (Furusten & Werr, 2016; O'Mahoney & Sturdy, 2016; Sturdy & O'Mahoney, 2018).

Föreställningen om att det finns stora behov av att konkurrensutsätta offentliga investeringar är starkt kopplad till idén om OPS. I den offentliga debatten behandlas konkurrens generellt som något som spontant växer fram när vissa strukturella förhållanden råder mellan deltagande aktörer, och som den offentliga sektorn genom åtgärder som exempelvis informationsspridning kan möjliggöra. Arora-Jonsson med flera (2018) kritiserar en sådan atomistisk syn på konkurrens, det vill säga att den utgör en elementär beståndsdel i det sociala systemet som uppkommer av sig själv och som dessutom i princip styr andras handlingar på avstånd från själva händelsen. De argumenterar istället för en bredare syn på begreppet konkurrens och placerar det i förhållande till reformtrender för marknadisering, privatisering och företagisering i offentlig sektor. Konkurrens ska i det ljuset ses som något som skapas och formas genom aktiv organisering, processer i vilka beslut också fattas och avvägningar görs. Trots att konkurrens i många fall kan vara problematisk att mäta och granska är den därför legitimitetsgrundande i att den bidrar till att rättfärdiga offentliga beslut om marknadsreformer. I praktiken behöver konkurrens nämligen inte alltid innebära att flera olika aktörer uttrycker intresse för ett visst uppdrag, och att beställaren måste göra ett kvalitativt val mellan dessa aktörer. Istället kan konkurrens anses råda trots att det endast finns en aktör som ”konkurrerar” om uppdraget. Öppenhet i upphandlingar och potentiella ”hot” om att det kan finnas konkurrenter, alternativt att det konkurrensutsatta kontraktet i framtiden kan omförhandlas och på nytt utsättas för konkurrens, är mekanismer som kan användas för att bekräfta konkurrensen. Samtidigt blir en sådan ”tom” konkurrens svår att hantera analytiskt i studier av offentliga verksamheter (ibid.).

I denna studie utgår vi från en bredare syn på reformer för marknadisering och konkurrens. Konkurrens analyseras i första hand som ett centralt styrmedel skapat och nyttjat av aktörer i organisationer och som därmed utgör en del i legitimeringen av OPS som managementidé. Styrning genom att skapa konkurrens innefattar åtminstone två centrala aspekter som kan analyseras (Arora-Jonsson, Blomgren, Forssell & Waks, 2018, s. 21). Dels organiseringen av kunden i konkurrensförhållandet, det vill säga den som ska beställa och även kontrollerar

resurserna om vilka andra organisationer ska konkurrera. Och dels organiseringen av de aktörer som konkurrerar om resurserna. Bägge dessa är centrala i vår analys av arbetet för att legitimera OPS-modellen i upphandlingen av ett nytt universitetssjukhus i Stockholm.

Legitimering och institutionellt arbete i organisationer

Hur legitimitet skapas för beslut och organisationer utgör en central diskussion inom neoinstitutionell organisationsteori. Här lyfts regelverk, ideal och normer i den institutionella omgivningen fram som avgörande för organisationers sätt att strukturera sina praktiker och verksamheter och som organisationer därmed lägger mycket resurser på att hantera (Meyer & Rowan, 1977; Scott, 2008; Powell & DiMaggio, 2012; Furusten, 2013). Hanteringen av institutionella förväntningar sker inte minst genom att organisationer anpassar sig till och inför idéer om styrning som har bred legitimitet (Bromley & Meyer, 2015).

Men om än forskningen har tenderat att fokusera på hur organisationer anpassar sig och formas efter den institutionella omgivningen har den delvis även skiftat fokus till organisationers förmåga att påverka och förändra institutioner (dvs. institutionella förväntningar). Begreppet *institutionellt arbete* uppmärksammar avsiktliga aktiviteter hos aktörer för att skapa, underhålla eller bryta ner institutioner och olika former av normaliserade praktiker i organisationer (Lawrence, Suddaby & Leca, 2009; Lawrence, Leca & Zilber, 2013). Mer specifikt uppmärksammar Perkmann och Spicer (2008) *politiska* former av institutionellt arbete för att hantera och påverka hur regler kan tolkas, genom exempelvis gränsdragning i organisationer för inkludering och exkludering av individer, men även utformandet av rekryteringsstrategier och en mer medveten fördelning av roller i beslutsprocesser. Författarna beskriver här hur särskilt politisk institutionellt arbete kan generera stöd för en idé eller praktik genom att skapa handlingskraftiga koalitioner och nätverk för att på så sätt omförhandla de institutionella förväntningarna (ibid.).

I Skandinavien, och inte minst Sverige, har nyinstitutionell organisationsforskning särskilt uppmärksammat arbetet i enskilda organisationer med att anpassa, justera och därmed ”översätta” generella idéer till lokala varianter (jfr Czarniawska & Sevón, 1996; Sahlin-Andersson & Engwall, 2002; Furusten, 2009). Sådant institutionellt arbete är i hög grad beroende av insatser som ”de-kontextualiserar” managementidéer från situationer där de praktiseras och gör dem mer allmänna, och som ”re-kontextualiserar” och inför dem i nya

miljöer (Furusten, 2013). I sådana termer utgör svenska utvärderingar av utländska OPS-projekt en form av de-kontextualisering, medan arbete med att ta fram strategier för att använda OPS-modellen lokalt i Sverige utgör en form av re-kontextualisering. Ett sådant perspektiv på institutionellt arbete uppmärksammar lokala organiseringar, beslut och strategier för att omforma, anpassa och genomföra managementidéer i offentligs sektor.

För en enskild organisation kan förekomsten av motstridiga krav från den institutionella omgivningen vara svåra att hantera (Alexius & Furusten, 2019). Exempel på sådan hantering är att genom utbyten eller förhandlingar med relevanta intressenter i omgivningen hitta legitima kompromisslösningar (jfr Oliver, 1991). Här har forskningen visat på betydelsen av mekanismer som ”särkoppling”, som möjliggör för organisationer att å ena sidan formellt visa att de agerar i linje med etablerade föreställningar om hur verksamheten bör bedrivas, medan den praktiska verksamheten å andra sidan fungerar annorlunda eller till och med tvärtemot (Brunsson, 1989; Bromley & Meyer, 2017). En genomtänkt särkoppling av formella beslut och policys från hur verksamheten bedrivs i praktiken kan därmed även ses som ett institutionellt arbete och utgör en viktig mekanism för hur dagens organisationer ofta hanterar skiftande och motstridiga förväntningar från omvärlden, inte minst inom näringslivet (Yngfalk, 2012), men i ökande grad även inom civilsamhället (Fyrberg-Yngfalk & Yngfalk, 2019) och offentliga organisationer (Junker, 2003; 2014).

Genom att knyta an till dessa diskussioner om institutionellt arbete lägger vi i studien fokus på sammansättningen och utvecklingen av projektorganisationen för NKS samt hur olika typer av aktörer kom att driva projektet i en viss riktning där vissa idéer blev accepterade och i hög grad börjar institutionaliseras och därmed togs för givna. Här har forskningen särskilt uppmärksammat den centrala betydelsen av managementkonsulter som institutionella aktörer för marknadisering av offentlig sektor, där också efterfrågan på konsulter har ökat kraftigt inom offentlig sektor under de senaste decennierna (Stone & Ladi, 2015; Riksrevisionen 2018).

Managementkonsulter som institutionella aktörer

Tidigare forskning visar att managementkonsulter i den offentliga sektorn fyller en central roll i att legitimera specifika idéer och skapa mening för vissa beslut, snarare än att bistå i själva genomförande av dessa beslut (Czarniawska-Joerges, 1990). I sådant avseende framstår managementkonsulter som ”idéskapare” alternativt ”idéodlare” (ibid., s. 148). Andra studier

har visat hur konsulter inte bara nyttjas för planering och genomförandet av större politiska reformer, utan även i allt större utsträckning under mer temporära former i beslutsprocesser av mer löpande natur (Kirkpatrick, et al., 2019). Genom att inta en mer informell roll kan managementkonsulter delta i det institutionella arbetet genom att exempelvis minska motstånd i beslutsprocesser och skapa legitimitet för alternativ och förändringsprocesser gentemot övriga intressenter (ibid.).

Studier visar också att managementkonsultbolag ofta tillskrivs hög status och makt i offentliga organisationer, och även bredare i samhället, via den expertkunskap de representerar i sakfrågor (Furusten, 2013). Därmed kan managementkonsulter även vara ett medel för organisationer som anlitar konsulterna att skapa kollektivt engagemang i specifika sakfrågor och legitimera ibland konfliktfyllda beslut genom den elitstatus som konsulterna via sin expertkunskap tillskrivs (Alvesson & Robertson, 2006; Smith, 2013). Forskningen visar här också att konsultbolag tenderar att attrahera ambitiösa anställda med höga standarder och som är villiga att arbeta hårt för att nå organisationens mål (Ekman, 2013). Anställda inom organisationer där konsulter är verksamma tillskriver sig därför identitetsmässigt ofta prestige, privilegier och andra ekonomiska fördelar i relation till andra aktörer i den institutionella omgivningen, inte minst eftersom det ofta ger dem ökat handlingsutrymme (Alvesson & Robertson, 2006; Costas & Fleming, 2009; Visscher, Heusinkveld & O'Mahoney, 2018).

Spridningen av managementidéer inom offentlig förvaltning sker därför ofta via mer indirekta former av maktutövanden i relation till den expertis som managementkonsulter besitter (O'Mahoney & Sturdy, 2016). Inte nödvändigtvis genom att enskilda grupper framställs som bättre eller sämre i direkt bemärkelse utan genom åtgärder med de-legitimerande syften som medför att vissa gruppers handlingsalternativ per automatik framstår som mer relevant (t.ex. Mazza & Pedersen, 2004). Institutionellt arbete i denna form påverkar alltså inte bara hur beslut bereds och tas, utan även vilka alternativ som inte kommer att behandlas (jfr Kingdon, 1984; Cyert & March, 2002). Förekomsten av elitism och makt är viktigt för vilka idéer som sprids och översätts till handling och för organisering av denna spridning och översättning.

Policyprofessionalitet som politiskt institutionellt arbete

Forskningen om offentliga organisationer har nyligen uppmärksammat förekomsten av så kallad policyprofessionalitet i dagens politik (Garsten, Rothstein & Svallfors, 2015). Gruppen

”policyprofessionella” utmärker sig genom att vara ideologiskt drivna och engagerade i att påverka politiska beslut utan att vara folkvalda. Policyprofessionella är, kort sagt, ”anställda för att bedriva politik” (ibid. s. 7), vilket innebär att policyprofessionalitet kan förstås som en form av politiskt institutionellt arbete (jfr Perkmann & Spicer, 2008).

En traditionell uppdelning inom offentlig förvaltning mellan politiker som beslutsfattare och tjänstepersoner som neutrala utförare utmanas delvis av detta perspektiv genom att policyprofessionella i vissa fall ’kilar in sig’ mellan dessa två grupper. Policyprofessionella finns i hela samhällssystemet, från politiska organisationer och partier till intresseorganisationer, fackförbund, konsultbolag och tankesmedjor. Forskningen om policyprofessionella kopplar bland annat till begreppet ”politiska eliter” som viktiga drivkrafter i det politiska beslutsfattandet (jfr Dahl, 1961). Den synen utgår från att det finns flera rivaliserande kluster av politiska eliter som kringgärdar den verkställande makten. Ett centralt styrinstrument för folkvalda politiker är i detta perspektiv att mobilisera utvalda elitkluster till att bedriva politiskt arbete och rekrytera elitindivider till inflytelserika poster inom förvaltningen (Kingdon, 1984).

På liknande sätt visar Garsten, Rothstein och Svallfors (2015) att policyprofessionella överlag är kopplade till, om inte de politiska partierna så till ideologiskt förankrade aktörer som bransch- och intresseorganisationer, fackförbund och tankesmedjor. Även privata företag kan anställa policyprofessionella (Svallfors & Tyllström, 2017). Studier visar att policyprofessionella dessutom ofta förflyttar sig mellan organisationer inom fältet såväl som mellan nivåer inom offentlig förvaltning, och kan därigenom åstadkomma kopplingar mellan aktörer och intressenter i beslutsprocesser på ett sätt som kan vara svårt att upptäcka och analysera för utomstående (Garsten et al., 2015, s. 32-33). Forskare menar att ”otydlighet i kombination med osynlighet och oansvarighet tycks vara ett genomgående drag när det gäller ordningen för policyprofessionellas ställning i svensk politik.” (ibid., s. 237)

I sin analys av politiska tjänstepersoner, som enligt definitionen ovan utgör en del av gruppen policyprofessionella, fastlägger Ivarsson Westerberg och Nilsson (2009) att de politiska staberna kring ledande politiker har växt successivt inom såväl stat som landsting och kommuner. Vilken roll politiska tjänstepersoner intar i det politiska systemet är mer utforskat, ibland definierade som ”mäklare” mellan de folkvalda och förvaltningens tjänstepersoner (Dahl, 1989; Ivarsson Westerberg, 2010; Svallfors, 2017). De förväntas förutspå och antecipera den politiska viljan för att inte alltför ofta behöva hissa frågor till den politiska nivån, och

dessutom ha en god förståelse för hur förvaltningen fungerar – vem som sitter på viktig information och hur processer i den offentliga förvaltningen fungerar (Ullström, 2011). Empiriska studier visar också att politiska tjänstemän i många fall ”hamnar på ledande positioner i den fasta förvaltningen, där de ska tjäna som oberoende och neutrala byråkrater” (Ivarsson Westerberg och Nilsson 2009, s. 340). I dessa avseenden kan policyprofessionalitet även relateras till diskussionen om managementkonsulters roll och ’experternas makt’ i organisationer, och blir därmed viktiga att ta med i analyser av beslut, inflytande och makt i offentlig förvaltning.

Policyprofessionalitet kopplar även väl till begreppet ”mikrostyrning”, definierat som en form av lojalitet och förtroende som uppstår mellan politiker och tjänstepersoner som löpande samverkar i förvaltningen i form av avstämningar och mer informella utbyten (Jacobsson m.fl., 2015). Mikrostyrningen kan också sägas utgöra en viktig del av förhållandet mellan politiker och policyprofessionella. Lojalitet mellan dessa grupper kan medföra att policyprofessionalitet kan bidra till att lösa politiska konflikter genom att antingen inte lyfta specifika ärenden till den politiska nivån eller att skjuta besluten framåt i tiden trots att praktiken i förvaltningen redan ställts om i enlighet med de politiska signalerna (jfr Brunsson, 1989). Dessa processer av mikrostyrning och policyprofessionalitet menar vi utgör centrala delar i analyser av institutionellt arbete i offentliga organisationer.

Sammanfattning

Ovanstående diskussion beskriver olika ’nivåer’ i legitimeringen av OPS som managementidé inom Stockholms läns landsting för att bygga och finansiera ett nytt universitetssjukhus under perioden 2006 till 2011. På en nivå, som kan beskrivas som landstingets ”indirekta institutionella omvärld”, finns OPS som en global managementidé med tydliga kopplingar till ett bredare managementpaket för offentlig styrning, och som i hög grad förespråkas och sprids genom internationella organisationer som Världsbanken och OECD, men även genom exempelvis internationella managementkonsulter med egna ekonomiska intressen i frågan. Vissa aktörer som har direkta relationer till organisationer i landstinget utgör organisationernas direkta institutionella omvärld. Här ingår förstås de politiska partierna, som är representerade i landstingsfullmäktige, men även exempelvis intresseorganisationer och företag. På denna nivå formas regler och normer, inte bara av landstinget utan även av externa aktörer som

exempelvis managementkonsulter. Det senare arbetet bedrivs ofta i form av utredningar ämnade att lösa uppkomna problem, men även för att bygga kompetens kring specifika frågor.

Institutionellt arbete, definierat som insatser för att generera stöd för en idé eller praktik, och därigenom omförhandla och förändra institutionella förväntningar, utförs i organisationen eller i dess direkta institutionella omvärld. I kapitlet har vi diskuterat olika former av institutionellt arbete som vi tar med oss i studien av hur OPS legitimerades för Nya Karolinska: exempelvis mikrostyrning, politiska förhandlingar, rekryteringar och identitetsarbete i förvaltningen såväl som rådgivning av managementkonsulter som kan vara baserade på utredningar eller specifika styrningsmodeller.

Genom att uppmärksamma dessa olika nivåer av OPS-idén i förhållande till landstinget generellt och specifikt den projektorganisation som inrättas för att upphandla och finansiera Nya Karolinska, skapar vi i denna rapport en bredare förståelse av hur managementidén om OPS legitimerades i processen med att inrätta ett nytt universitetssjukhus i Stockholmregionen. Rapportens teoretiska utgångspunkter sammanfattas i tabell 2.1

Tabell 2.1: OPS-idén i landstingets institutionella omvärld

Indirekt institutionell omvärld	*Diskurser*: t.ex. globala managementidéer, samhällstrender, normer
Direkt institutionell omvärld	*Institutionella aktörer*: t.ex. managementkonsulter, politiska partier, företag, policyprofessionella *Institutionella produkter*: t.ex. lagar, regler, principer, utredningar, konkurrens, 'OPS' *Institutionellt arbete*: t.ex. mikrostyrning, förhandlingar, rekryteringar, rådgivning, utredning
Projektorganisation för Nya Karolinska – "NKS-förvaltningen"	

Baserat på Furusten (2013)

3. Metod och material

Rapporten bygger på en kvalitativ analys av primärt 28 semistrukturerade djupintervjuer med tjänstepersoner i landstingsförvaltningen, men även med konsulter, politiker verksamma under den analyserade perioden och anbudsgivare, respektive cirka 500 officiella dokument och inofficiellt arbetsmaterial inom NKS-projektet.

Urvalet av respondenter baserades på deras koppling till frågan om OPS, där första kontakt främst togs via e-post. Responsen från tjänstepersoner var överlag positiv, varvid de flesta som kontaktades ställde upp på att bli intervjuad. Många respondenter uttrycket förvåning över att de inte hade kontaktats tidigare för att berätta om sina erfarenheter. I vissa fall uttrycktes till och med tacksamhet över att få berätta om händelser med koppling till OPS. Responsen från kontaktade konsulter var dock en annan, där majoriteten inte ville ställa upp på intervju. Endast fyra av ett tiotal kontaktade konsulter ställde upp.[1] Gällande övriga intervjuer var responsen blandad.

Intervjuerna varade i genomsnitt cirka 90 minuter. Samtliga spelades in och transkriberades ordagrant. Som stöd i analysen har vi dessutom tagit del av transkriberingar av ytterligare nio kvalitativa djupintervjuer med tjänstepersoner inom landstinget och sjukvårdsprofessionen. Dessa intervjuer har utförts av kollegor inom andra delstudier i forskningsprojektet om NKS på Stockholms universitet, där fokus inte har varit på frågan om OPS men där materialet ändå är av intresse. Av metodologiska och forskningsetiska skäl har samtliga intervjuer anonymiserats. Anonymiteten motiveras särskilt av att mycket material berör känsliga frågor och relationer. Anonymiteten innebär att det i den löpande texten endast framgår vilken roll personen har haft i förhållande NKS-projektet. I tabell 3.1 finns en sammanställning av respondenternas antal och dåvarande positioner.

Tabell 3.1: Intervjurespondenter, översikt

Respondenter (R)	**Antal**
Förstahandsmaterial (R1-R28)	
Tjänstepersoner, NKS-kansliet/NKS-förvaltningen	13
Tjänstepersoner, övrigt SLL	5
Landstingspolitiker	5
Konsulter	4
Skanska	1
Totalt antal respondenter	28
Personer intervjuade av andra forskare i vårt forskningsprojekt (RX1-RX9)	
Tjänstepersoner med viss koppling till NKS-kansliet/NKS-förvaltningen	3
Tjänstepersoner, övrigt SLL	2
Landstingspolitiker	1
Representanter, sjukvårdsprofessionen	3
Totalt antal respondenter	9

[1] I ett fall avbokade det internationella konsultföretaget på kort varsel vår inplanerade intervju och bad att få återkomma skriftligen med svar på våra frågor. Efter att ha väntat i drygt tre månader på dessa svar återkopplade vi till konsultbolaget. Vid det tillfället ställde bolaget återigen upp på att bli intervjuat, under förutsättning att företagets presschef medverkade tillsammans med den kontaktade respondenten.

De officiella dokumenten har samlats in genom en systematisk genomgång av det officiella arkivet för NKS-förvaltningen för perioden 2008 till 2012 och från landstingsstyrelsens arkiv för perioden innan och efter. Materialet, som tagits fram med hjälp av registrator hos landstinget, består av allt ifrån korrespondens mellan sakkunniga och beslutsfattare som arbetade med OPS-frågan i landstinget och externa aktörer, till officiellt material kopplat till upphandlingsprocessen, beslut och fullmäktigeprotokoll respektive interna rapporter, beslutsunderlag och tjänsteutlåtanden. Materialet omfattar även beräkningar, konsultkontrakt och annat utredningsmaterial i OPS-frågan. Urvalet av dokument har avgränsats till perioden mellan 2006 och 2012, även om det till viss del även omfattar material som är centralt för analysen från och med 2001.

För att skapa ett relevant urval genomförde vi med hjälp av registratorn sökningar inom identifierade kritiska perioder i beslutsprocessen och med hjälp av centrala begrepp som, exempelvis, ”OPS” och ”NKS-förvaltningen” eller nyckelaktörers namn. Vi har besökt arkivet vid ett tiotal tillfällen, men även arbetat med digital beställning via registrator. Det inofficiella arbetsmaterialet utgör en mindre samling icke-diarieförda dokument, så kallat arbetsmaterial, som samlats in från respondenter i samband med intervjutillfället. Detta material är exempelvis känsliga dokument som inte har arkiverats, korrespondens/brev och privata minnesanteckningar.

Analysprocessen har karaktäriserats av reflexiva principer för kvalitativ forskning (Alvesson & Sköldberg, 2017), där vi har läst, tolkat och abstraherat det empiriska materialet i en iterativ process där våra teoretiska begrepp varit styrande (se Bryman & Bell, 2013). Rapportens två författare har analyserat materialet var och en för sig för att kunna jämföra analyserna. Fokus i analysen har genomgående legat på de ståndpunkter och idéer som uttrycks i dokumenten och, i analysen av intervjuerna, hur dessa idéer tillskrivs mening av aktörer i praktiker, strategier och beslut i och kring projektorganisationen för NKS. Utkast av rapporten har löpande lästs och kommenterats av forskare i det treåriga forskningsprojektet vid Stockholms universitet för genomlysning av NKS-projektet.

4. Organisering för OPS i landstingets förvaltning 2006–2011

I detta kapitel presenterar vi vår undersökning av hur OPS legitimerades i landstinget. Vi diskuteras fem huvudsakliga moment i besluts- och organiseringsprocessen som vi menar var

centrala i legitimeringen av OPS. Momenten presenteras i kronologisk ordning med start 2006, då OPS på nytt aktualiserades i landstinget, fram till 2011 då OPS realiserades genom avtalet med projektbolaget SHP (Swedish Hospital Partners, som ägs av Skanska och brittiska investmentbolaget Innisfree).

I det *första momentet* visar vi hur OPS-idén aktualiseras och prioriteras med start i ett särskilt uttalande från landstingsstyrelsen i september 2006, endast två dagar efter att Alliansen tagit över styret, om att fortsätta utreda alternativ avseende finansieringen av NKS (Stockholms läns landsting [SLL], 2006). Iakttagelser i detta avsnitt innefattar och belyser framförallt managementkonsulternas roll i hur OPS-idén fick fäste inom landstinget efter att mer eller mindre ha avskrivits i två landstingsutredningar 2002 respektive 2004. I det *andra momentet* undersöker vi hur idén översattes och spreds inom och bortom den speciella projektorganisation som skapades kring OPS-frågan – NKS-förvaltningen – vilket går att härleda till beslut i landstingsfullmäktige om formerna för det fortsatta arbetet (SLL, dnr. LS 0502-0309, 2005-05-10; SLL, dnr. LS 0612-2069, 2007-01-15). Här pekar vi bland annat på betydelsen av den organisationskultur och identitet som kom att genomsyra projektorganisationen och som delvis var kopplad till frågan om OPS. I det *tredje momentet* diskuterar vi hur OPS-idén spreds via arbetet med att prekvalificera anbudsgivare i OPS-handlingen och specificera underlaget till det formella anbudsunderlaget. Dessa iakttagelser belyser framförallt det arbete som projektorganisationen bedrev under åren 2008 och 2009 i egenskap av den ”exekutiva” organisation som hade inrättats för att bland annat driva frågan om OPS. I det *fjärde momentet* visar vi mer specifikt på det arbete som bedrevs inom projektorganisationen genom att belysa de beslut som fattades för att uppnå sekretess under den förhandlade upphandlingen och för att skapa den utlovade konkurrensen trots att det bara fanns ett anbud. Avslutningsvis, i *moment fem,* redogör vi för hur OPS-modellen slutligen realiserades och började implementeras under åren 2010 och 2011. Bland annat innebar detta en nedläggning av projektorganisationen: NKS-förvaltningen.

Presentationen av de fem huvudsakliga momenten ämnar ge läsaren en helhetssyn av hur OPS-idén aktualiserades och successivt spreds, översattes och slutligen realiserades i landstingets organisation. Sammantaget utgör kapitlet grunden till en fördjupad analys och en avslutande diskussion i nästa kapitel.

OPS aktualiseras och prioriteras 2006–2008

I de två centrala utredningarna SNUS (SLL, 2002) och 3 S (SLL, 2004) som genomfördes av landstinget innan valet 2006, då majoriteten i landstingsfullmäktige skiftade från en rödgrön koalition till de fyra Allianspartierna, var den sammantagna bilden att OPS inte var ett lämpligt alternativ som modell för upphandling och finansiering av Nya Karolinska. De nästintill obefintliga erfarenheterna av OPS i Sverige innebar att det ansågs finnas stora mått av osäkerhet och risk kopplat till att använda en sådan modell för ett projekt av NKS storlek. Men under 2006 aktualiserades OPS på nytt och gavs prioritet i det NKS-kansli som vid tidpunkten utgjorde projektorganisation.

Den politiska ledningen bestämde sig också för att omorganisera kansliet från en stabsfunktion till landstingsdirektören till att bli ett självständigt kansli som skulle rapportera till FoUU-utskottet (Forskning-, utbildning- och utvecklingsutskottet), ett politiskt beredningsorgan som hade inrättats under landstingsstyrelsen under föregående mandatperiod 2004 (SLL, dnr. LS 1002-0407, 2004-03-16). En landstingspolitiker som vi har intervjuat berättar att omorganiseringen var en "speciallösning" för att vissa politiker skulle kunna tränga in i detaljfrågor som man ansåg inte behövde tas upp i landstingsstyrelsen. Enligt politikern fick FoUU-utskottet därmed en "ganska långtgående beslutsdelegation" avseende upphandlingen av det nya sjukhuset (R3). Vi återkommer längre fram till hur sammansättningen av denna projektorganisation kom att påverka besluts- och legitimeringsprocessen för OPS inom landstinget.

Förespråkande av OPS i konsultutredningar

NKS-kansliet började i samband med majoritetsskiftet 2006 att bereda frågan om OPS, varpå det redan under våren 2007 beslutade om att initiera en ny och fördjupad utredning om OPS som alternativ till den inom landstinget konventionella samverkansentreprenadmodellen. Till skillnad från de två tidigare utredningarna var det denna gång dock inte fråga om någon ny landstingsutredning. En vid tidpunkten högt uppsatt tjänsteperson i landstingets förvaltning beskriver hur hen i stället valde att låta "världsledande konsulter" undersöka frågan närmare (R2).

Uppdraget gick först till managementkonsultbolaget Öhrlings PriceWaterhouseCoopers (PwC, fortsättningsvis) på grund av dess tidigare erfarenhet av OPS i byggnationen av sjukhus i bland

annat Storbritannien, och därefter till Ernst & Young (EY, fortsättningsvis) för att få vad hen menar var en ”second opinion” av den första utredningens resultat och rekommendationer (R2). Samma person beskriver hur NKS-kansliet redan under 2006 kände av förändrade politiska signaler från landstingsfullmäktige att driva igenom en OPS-lösning, vilket även bekräftas av flera andra respondenter (t.ex. R3, R7, R18). Tjänstepersonen menar att dessa signaler utgjorde en förutsättning inte bara för initiativet att kontakta konsulterna 2007 utan även för på vilket sätt utredningarna kom att genomföras (ibid.).

Samtidigt som uppdragsbeskrivningarna till PwC betonade att uppdraget var att utvärdera OPS som en *alternativ* lösning skedde det aldrig någon regelrätt jämförelse där även den traditionella modellen, samverkansentreprenad, analyserades och utvärderades. Samtidigt var, enligt en av de inblandade konsulterna på PwC, tankegångarna inom landstingsförvaltningen och NKS-kansliet vid tidpunkten tungt präglade av den traditionella modellen. Mycket av PwC:s arbete under sommaren och tidig höst 2007 kom därför att handla om att bistå NKS-kansliet i att ställa om till vad konsulten beskriver som ett ”nytt mindset” för hur projektet skulle organiseras. PwC:s utredningsarbete mynnade ut i en rapport i oktober 2007 och därefter ytterligare konsultering i projektorganisationen från och med hösten 2008, efter att beslut om OPS hade fattats i landstingsfullmäktige. Så här beskriver konsulten uppdraget under sommaren och hösten 2007:

> Och det första vi gjorde när vi kom in, då konstaterade vi ju att, nej men projektet är ju inte riggat för en OPS-upphandling, […] man hade gjort projektering baserat på vilken skruv, mutter och vilken betong man skulle ha så där va, inte återigen [de] funktionella kraven på anläggningen […] Så, ja, vi konstaterade att, men ni har ju detaljprojekterat utifrån att det ska vara en traditionell upphandling, det vill säga ni har jobbat med de tekniska specifikationerna. […] Alltså man gjorde precis som man brukar. Så komma fram till beslutet och så sade vi det liksom, att nä liksom… Ja vad behövde de göra för att göra en [OPS-]upphandling då. Då sade vi ”nej, men ni måste ju börja arbeta med de funktionella kraven, d.v.s. inte detaljprojektera tekniskt utan så här ”hur många operationssalar behöver ni, vilka krav har ni på operationssalarna”, alla sådana där verksamhetsrelaterade saker. […] Utan där hjälpte vi dem att identifiera gamla, eller från UK [Storbritannien] som har gjort sådana här upphandlingar, hur sådant material såg ut. Man skiljer på det som är ’input base’ till det som är ’output base’ i specifikationen, där input är liksom skruvar och betong och sådant där tekniskt, och output vad är det man vill ut ifrån det. Och det är ju liksom en mindset att tänka så. (R4)

Citatet illustrerar att det redan under hösten 2007 påbörjades en omställning mot OPS inom projektorganisationen, inte minst genom interaktionen med konsulterna och deras utredningsarbete. Som ovanstående konsult beskriver det ansågs inte landstingets konventionella sätt att driva projekt vara förenligt med OPS och konsulternas uppdrag kom därför i hög grad att handla om att förmå landstinget att tänka om. I denna bemärkelse låg konsulternas syn på samverkansentreprenad som modell för Nya Karolinska i linje med de politiska signaler NKS-kansliet hade uppfattat alltsedan hösten 2006, trots att NKS-kansliets ledning formellt hade delegerats uppgiften att utreda OPS som en *alternativ* lösning.

I omställningsarbetet mot OPS låg fokus på ansvarsfördelning och marknadsdriven effektivisering. En tjänsteperson som arbetade i NKS-kansliet under programdirektören berättar att detta sågs som en utmaning av många, att undvika att ifrågasätta konsulternas förespråkande av OPS trots att det fortfarande fanns frågetecken kring modellen:

> Och sen så var det ju rent praktiskt ganska drivet av konsulter som var duktiga på det här. […] Man vänder ju på så många frågor liksom, ansvar för olika saker, och helt plötsligt så ville man, från att vi skulle styra ganska många saker i en upphandling så ville man vända det så att vi inte skulle ta ansvar för saker. Utan det här ansvaret skulle istället ligga på projektbolaget och att man skulle ge dem väldigt mycket möjligheter för innovation. Jag upplever det som framför allt [chefen för OPS-upphandlingen fr.o.m. 2008] var väldigt, väldigt mycket inne på det här att det är entreprenören som är innovatören i det här, de kan komma med nya innovativa lösningar, både vårdrelaterade… Och vi får inte styra in dem i ett spår liksom. (R23)

I oktober 2007 presenterade PwC sin rapport ”Utvärdering av alternativa lösningar för finansiering och drift av Nya Karolinska Solna” (PwC, 2007a). Det formella uppdraget hade varit att ”beskriva och genomlysa förutsättningarna för att välja alternativa lösningar för finansiering och drift av” NKS samt att ”presentera förslag på hur sådana lösningar kan utformas och genomföras” (ibid., s 4). I rapporten diskuterades två olika modeller för finansiering som möjliggör drift av sjukhuset i egen regi: den traditionella samverkansentre-prenaden med så kallad partnering respektive funktionsupphandling med privat ägande, det vill säga OPS. Rapporten utgick från och betonade på olika sätt behovet av flexibilitet, generalitet och elasticitet i finansieringsmodellen för NKS (s 9), varpå det konstaterades att OPS med stor sannolikhet leder till en ”bättre konkurrenssituation […] vid upphandling av NKS till följd av större internationellt intresse” (s 63). I sammanhanget hänvisades det till flera internationella sjukhusbyggen där OPS hade använts och där PwC också hade varit delaktigt, särskilt två

brittiska sjukhus, vilka båda framhölls som föredömen. Trots den erfarenhet som fanns inom landstinget genom SNUS (SLL, 2002) och 3 S (SLL, 2004), där ingen av representanterna för dessa brittiska sjukhusprojekt hade kunnat rekommendera en OPS-lösning för Nya Karolinska eftersom de svenska landstingen hade möjlighet att ta upp lån på egen hand, så beskrivs OPS överlag av PwC-konsulterna som ett överlägset alternativ till samverkansentreprenad.

Befästande av OPS via marknadsskapande åtgärder

I sin argumentation för OPS betonade PwC (2007a) hur man inom ramen för utredningsarbetet hade genomfört en så kallad ”marknadssondering”, där man hade undersökt förutsättningarna för anbudsgivare till en OPS-lösning. Denna sondering beskrevs som en viktig del i att kommunicera internationellt om projektet, varför den kan ses som ett verktyg för att bygga legitimitet för OPS i de pågående diskussionerna inom landstinget genom att aktivt försöka skapa en marknad för OPS i Sverige. I rapporten uppgavs det att,

> [e]tt tiotal byggföretag kontaktades, varav tre svenska. Utöver de svenska företagen kontaktades företag från Tyskland, Frankrike, Storbritannien samt Spanien, Norge och Finland. (PwC, 2007a, s. 58)

Och där PwC betonade betydelsen av att,

> [d]et krävs tydlighet från SLL att man har för avsikt att genomföra en OPS-lösning samt tydlighet från stat och myndighet att det finns ett framtida flöde av projekt generellt (ibid.).

I konsultrapporten diskuterade PwC således behovet av att det klart och tydligt framgår för potentiella anbudsgivare att det finns möjligheter i framtiden att genomföra fler OPS-upphandlingar utöver den för Nya Karolinska. I den marknadsskapande processen skickade PwC exempelvis ett brev till potentiella anbudsgivare, där det särskilt betonades att det ideologiska skiftet i den svenska partipolitiken innebar en sådan möjlighet.

> New Karolinska Solna Hospital has the potential to be one of the first of a series of PPP projects in Sweden. A new coalition Swedish government was elected in 2006. The new government has clearly indicated its interest in trying new forms for procurement, risk sharing and financing of public investment, in particular for large public infrastructure investment projects […] [p]ublic expenditure in Sweden accounts for a high share of GDP and the scale of decentralisation of tasks to Municipalities and County Councils is substantial in international terms (PwC, 2008b, s. 47).

Betydelsen av PwC:s marknadssondering i besluts- och legitimeringsprocessen illustreras ytterligare av att landstingsstyrelsen sedermera lyfte fram den som central i sin prioritering av

OPS för NKS (SLL, dnr. LS 0804-0429, 2008-04-14, s. 12). I detta beslutsunderlag konstaterades att flera svenska och internationella aktörer i och för sig vore intresserade av en OPS-upphandling av det nya sjukhuset, men att de tillfrågade entreprenörerna hade angivit att det var av avgörande betydelse för huruvida man ska inkomma med anbud att OPS-modellen får ”en bred politisk acceptans i Sverige” (SLL, dnr. LS 0804-0429, 2008-04-14, s. 23). Att det fanns stöd för OPS i staten såväl som i andra landsting och kommuner ansågs därför vara centralt för att företagen skulle kunna räkna med fler OPS-projekt på den svenska marknaden, vilket därmed skulle öka graden av konkurrens i upphandlingen (ibid). I ett internationellt perspektiv var det således centralt i legitimeringsprocessen för OPS att redan från start framställa NKS-kansliet som en attraktiv kund. Detta illustreras vidare inte minst av PwC:s löpande konsultinsatser för att ställa om landstingets ”mindset” för hur sådana här projekt bör organiseras. En högt uppsatt tjänsteperson inom projektorganisationen berättar:

> Jo, men så rullade det på och vi […] skulle få en bättre effektivitet och så vidare om man har det mer, en annan organisationsmodell och så vidare på beställarsidan […] vi skulle sätta oss in i en helt annan avtalsmodell som ingen hade någon erfarenhet utav. Och då hade vi ju PwC kom ju in i vissa fall, de hade en engelsk specialist som kom över till oss […] när vi hade lite spörsmål om hur man löser det enligt OPS och så vidare och då kom ju han in med sina synpunkter. Alltså de tyckte det här, det var modellen alltså på något sätt. Alltifrån första gången jag träffar dem 2007. (R15)

Men även om PwC:s rapport tydligt förespråkar OPS för Nya Karolinska var man tydlig med att påpeka att frågan bör analyseras ytterligare innan beslut kan fattas. I november 2007 upphandlades därför ett kompletterande utredningsarbete kring OPS-alternativet, nu med hjälp av managementkonsultbolaget EY.

Idealisering av OPS i NKS-kansliet

EY var mån om att redan i sin offert till landstinget påpeka att ”en utvärdering av alternativa lösningar för finansiering och drift av NKS har gjorts, som rekommenderar en OPS-lösning för att bygga och förvalta fastighet[en] samt leverera allmänna FM-tjänster” (EY, 2008, s. 5), varpå konsultfirmans uppdrag ansågs bestå i att framställa en djupare analys av det arbete som redan genomförts av PwC. En av de inblandade konsulterna berättar:

> Såsom jag uppfattade det så var det, vad ska man säga, en second opinion som vi skulle göra. Det var inte ett stort jobb. Det var väldigt tydligt. Det handlade om att helt enkelt titta på om PwC hade rätt i det hela, om det fanns stöd för OPS eller inte så att säga i det här underlaget. Vi skulle

> inte ta fram och göra research på liksom, t.ex. projekteringar eller annat för att få fram siffror, utan allting skulle liksom delges oss av NKS[-kansliet] genom redan genomförda uppdrag. (R24)

EY:s utredningsarbete kan därmed beskrivas som ett relativt kortvarigt men intensivt arbete där det inte dröjde mer än tre månader mellan offerten i december 2007 och slutrapporten i mars 2008. I rapporten diskuterade EY uteslutande möjligheterna med OPS. Konsultfirman avfärdade bland annat kritik som uttryckts gällande följderna av den ekonomiska krisen 2008 och som ansågs innebära en risk för färre anbud i upphandlingsprocessen:

> Under genomförandet av denna analys har en del oro uttryckts för effekterna av den turbulenta situationen på den globala kreditmarknaden. [...] Det skulle kunna leda till problem avseende att hitta finansiering till projektet eller att banker kräver en hög ränta pga. riskbedömningen. Detta skulle i sin tur kunna leda till att inte tillräckligt många aptitliga anbud inkommer. Men samtidigt ska noteras att det under samma period har setts en ökad vilja att placera kapital eller på annat sätt investera i långsiktiga samarbeten som OPS, där den offentliga aktörens delaktighet gör att projektet anses som ett relativt säkert placeringsobjekt. Även om OPS som genomförandeform är relativt oprövad i Sverige och att det därför finns få svenska referenser att luta sig mot så har marknaden under lång tid väntat på den här typen av projekt. Det borgar ytterligare för möjligheter att få in bra anbud (EY, 2008, s. 56).

Men denna slutgiltiga analys och de rekommendationer som presenterades i EY:s slutrapport i mars 2008 skilde sig väsentligt åt från det som hade framförts i tidigare versioner av rapporten och som presenterades för NKS-kansliet under januari och februari. En av de delaktiga konsulterna i utredningsarbetet berättar hur det var en,

> […] väldigt lång rapport från början [vi] ville ha väldigt mycket om och men. […] Den var lång och den hade en bakgrundsbeskrivning och den hade litteraturgenomgång och den beskrev vilka vi hade intervjuat och den var liksom, ja men så…, och feedbacken [från NKS-kansliet] var att den var för akademisk. (R24)

Den första versionen av EY:s rapport uppfattades således av NKS-kansliet som ”för akademisk”. Feedbacken från kansliet var att EY inte tog tillräckligt tydlig ställning för eller emot OPS. EY fick därefter möjlighet att åtgärda sin otydlighet. Konsulten beskriver hur,

> [jag] blev irriterad. Tyckte att de förenklade världen, väldigt mycket. […] Jag tror att [ledningen på NKS-kansliet] sade att det inte gick att utläsa ordentligt om det är ett ja eller nej. Utan att de tycker att det var väldigt resonerande å ena sidan och å andra sidan för analytiskt. [De sa] tycker ni OPS eller tycker inte OPS? Och utifrån det vi hade då så lutade det över, tyckte vi mot OPS. (R24)

Där EY, enligt egen utsaga, initialt hade presenterat resonemang som inte lika tydligt förespråkade OPS för det nya universitetssjukhuset ändrade sig konsultfirman således efter kritiken från NKS-kansliet. Detta menar vi ytterligare belyser den prioritering, och till och med idealisering, av OPS som karaktäriserade beslutsprocessen. I EY:s slutrapport förespråkades alltså OPS. Efter att de tidigare så kallade ”akademiska” analyserna lyfts ur konstaterade EY nu entydigt att den finansiella oron inte utgjorde någon risk för en OPS-lösning:

> Sammantaget bedömer inte Ernst & Young att den senaste tidens kreditoro eller bristen på andra större OPS-projekt i Sverige kommer att leda till ett färre antal anbud. E&Y går därmed på samma linje som PwC och rekommenderar upphandling enligt OPS (EY, 2008, s. 57).

Efter rapporten fick EY inte fortsatt förtroende att bistå projektorganisationen för Nya Karolinska, trots anpassningen av utredningen. EY:s arbete med OPS var dock inte begränsat till rapportens färdigställande. I likhet med PwC:s sonderingsarbete hösten 2007 agerade managementkonsulter från EY även aktivt gentemot externa marknadsaktörer i början av 2008, dvs. innan beslutet om en OPS-lösning fattades i landstinget. En av våra respondenter beskriver som en central del av uppdraget till EY från NKS-kansliet:

> När man sitter tillsammans med kunden så blir det ju när man scoopar det hela, hur ska vi göra det här. Vi har väldigt kort om tid. Då var det liksom klart att vi skulle prata med marknadsaktörer och kolla liksom lite hur det är […] Alltså, vi pratade lite grann med framförallt Skanska och NCC. Det fanns ingenting som tydde på att NCC inte skulle gå på det, ska jag säga. Vår oro baserades egentligen inte på det, för de var väldigt ’på’. Utan det baserades på att vi inte har någon konkurrens i det här landet och fortfarande inte har det. (R24)

En aktiv dialog med potentiella anbudsgivare var således en del av EY:s arbete under tiden för utredningen, det vill säga fram till mars 2008, men även efter, ända fram till dess att frågan behandlas i landstingsfullmäktige i juni. Detta illustrerar ytterligare de marknadsskapande åtgärder som kan sägas ha varit en del av legitimeringsprocessen för OPS och där managementkonsulter agerade proaktivt för att ’rigga’ den institutionella miljön för en OPS-lösning via sina nätverk och kommunikation med företag och privata intressenter.

Politisk acceptans för OPS genom ’utbildning’ av landstingspolitiker

Utöver det formella uppdraget att utreda OPS-frågan tog konsulter från EY även initiativ till att sprida kunskap om OPS, och därmed ytterligare befästa denna upphandlingsidé, i den institutionella miljön kring landstinget. Inte minst illustreras detta av hur EY i samband med,

och även efter att rapporten hade lagts fram våren 2008, vid ett flertal tillfällen tilläts utbilda politiker i landstingsstyrelsen i OPS-frågan. En av de inblandade konsulterna beskriver det hela på följande sätt:

> [Vi] var där och berättade om vår rapport i landstingsstyrelsen […] någon gång där under våren och då kom det upp: får man… jag kommer faktiskt inte ihåg vem det var som frågade, men får man använda Ernst & Young till utbildning, så att man kan förstå vad det är de skriver, […] jag kommer inte ihåg från vilken [politisk] färg eller så. Och då så svarar [programdirektören för NKS-projektet] ”nej men inte på vårt uppdrag. Då får ni i så fall bjuda in dem själva. Om ni vill göra det”. Jag har för mig att vi inte tog betalat överhuvudtaget faktiskt. […] Jag fick komma in under typ en halvtimme. [Vi] fick inte vara med på alla diskussioner, utan fick komma in och berätta i landstingshuset där de satt och hade sina möten. […] Ett gäng gånger. (R24)

Att EY under våren 2008 tilläts utbilda landstingspolitiker i OPS-modellen kan ses som en del i processen att bygga legitimitet för OPS, och på så sätt skapa en bredare politisk acceptans för OPS, vilket hade sagts vara viktigt för att locka potentiella anbudsgivare.

I tjänsteutlåtanden till landstingsstyrelsen i april 2008, undertecknade av landstingsdirektören och programdirektören för NKS-projektet, diskuterades för- och nackdelarna med de bägge alternativen – OPS och samverkansentreprenad – i relation till det utredningsarbete som hade genomförts under hösten 2007 och våren 2008. Här betonade förvaltningen att OPS framförallt ger mer förutsägbarhet i termer av kostnader och tidsåtgång, men att en OPS-lösning kräver en bred politisk acceptans. Sammantaget konstaterades i tjänsteutlåtandet att,

> […] för- och nackdelarna med de båda alternativen (samverkansentreprenad respektive OPS-upphandling) väger så jämt det inte går att på rent objektiva grunder entydigt förorda det ena eller andra, trots att ett mycket omfattande utredningsarbete genomförts. Ytterligare utredning i frågan skulle enligt förvaltningens [och därmed NKS-kansliets] bedömning inte tillföra analysen något mer. (SLL, dnr. LS 0804-0429, 2008-04-14, s. 23)

Ledningen på NKS-kansliet bedömde således att ytterligare utredningar *inte* skulle “tillföra analysen något mer” (ibid.), varpå frågan därmed överlämnades till den politiska majoriteten i landstingsfullmäktige att besluta om. En landstingstjänsteperson som deltog i det förberedande utredningsarbetet kring NKS berättar hur,

> […] jag blev inbjuden på möte hos [PwC], och det var väl en del av deras underlag då att ställa fram den här rapporten. Sedan tror jag aldrig att jag läste den då, men när jag fick det här utkastet till tjänsteutlåtande i min hand, så läste jag både PwC och Ernst & Young. Att det blev lite

> uppbragt, det berodde dels på att 1, på jag tyckte att båda konsultrapporterna var ganska dåliga, 2 att det här tjänsteutlåtandet var mer eller mindre en blåkopia [av rapporterna …] Man hade från NKS-förvaltningens sida, tyckte jag i vart fall, inte bildat sig en egen uppfattning i den här frågan, utan, ja, man tog det som konsulten hade sagt utan egen kritisk granskning eller analys, och dels rimmade det inte med min bild av hur en tjänstemannaorganisation arbetar. Det var ju ganska uppenbart tycker jag, att man hade fått underhandssignaler från den då nya politiska ledningen, det hade skett ett majoritetsskifte i valet, om att det var den här vägen man från politiskt håll ville gå. (R18)

Att konsultutredningarna i stort kom att utgöra grunden för förvaltningens argumentation kring fördelar och nackdelar med OPS respektive samverkansentreprenad är föga förvånande. Trots att förvaltningen inte tydligt rekommenderade något av alternativen, så målade utlåtandet sammantaget bilden av samverkansentreprenad som något som var förknippat med ”svårbedömda risker” (SLL, dnr. LS 0804-0429, 2008-04-14, s. 22) samtidigt som OPS förknippades med det motsatta, exempelvis att kostnaderna blir ”kända för landstinget i förväg” (ibid). Att konsulternas utredningar dessutom inte remissbehandlades gjorde att beslutsprocessen nu kunde snabbas upp, där NKS-kansliet redan i maj, och innan det formella beslutet om att använda OPS fattades, omorganiserades till en särskild ”NKS-förvaltning” med separat ekonomienhet för att kunna hantera upphandlingen. Som en respondent påpekar:

> Alltså, en sak som jag tror underlättade det som blev OPS-processen, det var ju att, [de] här konsultutredningarna och det här tjänsteutlåtandet, det remissbehandlades aldrig, utan det gick direkt, alltså tjänsteutlåtandet gick direkt ifrån landstingsdirektören till politiken. (R18)

I enlighet med detta tjänstutlåtande fattade landstingsfullmäktige den 10 juni 2008 beslutet att genomföra en OPS-upphandling för Nya Karolinska. Oppositionspartierna (S, MP, V) reserverade sig mot beslutet, och Miljöpartiet yrkade som ensamt parti på en återremittering av ärendet till landstingsdirektören för fortsatt utredningen. Trots att förvaltningens tidigare bedömning hade varit att en bred politisk acceptans inom landstinget skulle vara ”avgörande för att förorda en OPS-upphandling av det nya universitetssjukhuset, i annat fall bör en samverkansentreprenad med s.k. partnering förordas” (SLL, dnr. LS 0804-0429, 2008-04-14), lämnades härmed beredningen av OPS-frågan. I beslutet slogs dock fast att genomförandet skulle ske förutsatt att ”förväntad konkurrens kan uppnås”, ett villkor som vi återkommer till nedan. Härnäst presenterar vi våra iakttagelser kring den ovan nämnda organisation som skapades inom landstinget för att upphandla enligt OPS-modellen – NKS-förvaltningen – samt dess betydelse för legitimeringsprocessen för OPS, både innan och efter beslutet i juni 2008.

En ’exekutiv’ organisation för OPS 2007–2008

Statushöjande åtgärder för ökad handlingsfrihet

I maj 2008 övergick NKS-kansliet i NKS-förvaltningen med en egen ekonomienhet. Till att leda ekonomienheten, och därmed det fortsatta OPS-arbetet, handplockades en ekonom med flerårig bakgrund inom både landstinget och finansvärlden. Beslutet att skapa en särskild förvaltning för NKS-projektet föregicks och motiverades med överväganden som hade gjorts redan under hösten 2007 och som beskrevs i ett tjänsteutlåtande den 22 november:

> Den organisationslösning som hittills tillämpats för NKS-projektet har fungerat väl men bedöms inte vara den mest ändamålsenliga när projektet – efter fullmäktiges behandling – går in i en ny och genomförandeinriktad fas. Med tanke på projektets stora komplexitet och långvarighet ökar då kraven på att det finns en tydlig organisation med väl definierade ansvars- och befogenhetsgränser som har det samlade ansvaret för det fortsatta arbetet. Förvaltningen har övervägt flera olika organisationslösningar, bl. a. inrättande av ett särskilt aktiebolag, men stannat för att föreslå att en särskild nämnd, NKS-nämnden, med egen förvaltning, inrättas fr.o.m. den 1 mars 2008. Det operativa ledningsansvaret åvilar den nya nämnden och den ersätter därmed den styrgrupp, bestående av chefstjänstemän, som funnits allt sedan utredningsarbetet om nytt universitetssjukhus påbörjades i slutet av 2001. (SLL, 2007, LS0710-1039, s 41).

Dessa överväganden om vilken typ av organisation som framöver bäst kunde driva och hantera NKS-projektet menar vi låg till grund för hur legitimeringsprocessen för OPS fortskred. Vid denna tidpunkt hade Alliansstyret dessutom rekryterat en ny landstingsdirektör från landstinget i Halland, som instämde i att en tydlig ansvarsfördelning krävde en separation av NKS-projektet från Locum, och en förflyttning av beslutsberedningen närmare politiken för att på så sätt skapa större handlingsfrihet gentemot övriga landstingsförvaltningen. Som en högt uppsatt tjänsteperson som verkade på NKS-förvaltningen uttrycker det: ”Svagheten eller problemet för NKS-förvaltningen [innan maj 2008], det var ju just att den låg under landstingsstyrelses förvaltning (R2).”

Landstingsstyrelsens förvaltning betraktades således av vissa aktörer som en svaghet. Från partipolitikens sida fanns det ett behov av en egen förvaltning, eller som en vid tidpunkten aktiv landstingspolitiker beskriver det:

> Ja, det kändes lite som att det blev naturligt, eftersom det var ett stort uppdrag och, nej egentligen kommer jag inte ihåg att det var någon särskild utredning runt ska man göra en förvaltning eller

> inte förvaltning, utan det var ganska självklart. Om man ska vara ärlig så hade man inte riktigt det förtroendet för Locum att göra en sådan här stor byggnation, eller ett så här stort projekt som det här handlar om, utan man vill från landstingsstyrelsens sida, vad jag förstår, hålla i det här själv. Man ansåg att det där var ett så strategiskt viktigt uppdrag så det kunde man liksom inte riktigt […] Det skulle ligga mycket närmare politiken… (R7)

Landstingsstyrelsens förslag till beslut att upprätta NKS-förvaltningen var således, och precis som beslutet att genomföra en OPS, inte grundat i ett sedvanligt utrednings- och remissförfarande, utan ett sorts utredningsarbete av mer informellt slag. Den delaktiga landstingsutredaren berättar själv:

> Alltså det blev väl en liten promemoria på 8-10 sidor kanske, och jag tror [programdirektören] i första hand skulle ha den för eget bruk för de diskussioner som var på gång. Men han bad mig också att skicka över den till finanslandstingsrådet och till landstingsdirektören, så det gjorde jag. […] Ja du, jag tror [utredningsdirektiven] var väldigt allmänt hållna, men ungefär i stilen att: 'skissa på vilka organisatoriska, alltså mer formalorganisatoriska alternativ det skulle kunna finnas för att driva det här arbetet med att planera och förbereda för Nya Karolinska och vidare' […] Skulle man driva det som ett aktiebolag? Skulle man driva det som en kommunalförvaltning? En egen kommunalförvaltning? Eller skulle man eventuellt driva det vidare som man då hade gjort? […] alltså direktiven var 5-minuters samtal på herrmuggen... Det var ju inte mer genomtänkt eller omsorgsfullt än så… (R18)

Det vagt definierade utredningsarbetet låg dock till grund för de ”övervägningar” som därefter utgjorde ett centralt moment i motiveringen och därmed legitimeringen av, som flera av våra respondenter uttryckte det, en mer ”exekutiv organisation” (R2; R5) för OPS, i avseende på handlingsfrihet gentemot Locum. Av andra har den kallats ”genomförarorganisation” (R18).

Inte minst kan beslutet att skapa en förvaltning som organisationsform för hanteringen av NKS-projektet ses som en statusförhöjande åtgärd för att ge projektorganisationen ett högre anseende och makt. En högt uppsatt landstingspolitiker med god insyn i processen beskriver:

> För hur skulle det här kansliet få tillräckligt mycket legitimitet och makt och pondus för att driva något sådant som skulle utmana, vilket man ju var medveten om att det skulle göra. Och i det låg i diskussionerna så småningom då, nej men det är nog, [programdirektören] och hans organisation måste lyftas statusmässigt och det gör man när man blir förvaltningschef, då kommer man på samma nivå som de andra, det var en utav de delarna, plus att det fördes en väldigt stark diskussion

> inom politiken om kan vi bryta ut NKS frågorna och på vilket sätt får man det att fungera då också. (R21)

Via skapandet av NKS-förvaltningen upphöjdes därmed projektorganisationen till en högre statusnivå inom landstinget, med mer ”pondus”, som citatet ovan beskriver. Organisationen fick även kraft att agera tydligare för en OPS-lösning.

Elitidentitet och rekryteringsstrategier för att minimera ifrågasättande

För att ytterligare stärka den nyinrättade NKS-förvaltningens handlingskraft byggde organisationen ett slags ’elitidentitet’, där många av de anställda tjänstepersonerna, men även aktörer i den direkta omgivningen, såg på organisationen och dess arbete som något speciellt och unikt. Bland annat illustreras detta av den prestationskultur som många av våra respondenter ger uttryck för i sina beskrivningar av organisationen och deras hårda arbete för att driva frågan om OPS. Många var handplockade till NKS-förvaltningen för uppgifter som krävde extraordinära arbetsinsatser och engagemang. Som en anställd i NKS-förvaltningen beskriver det,

> […] den här typen av projekt, det lockar ju till sig vissa människor som gillar det liksom. Så det var ju många [av oss] som hade kommit dit för att de var engagerade i det, liksom. (R23)

Det skapades även barriärer mot kritik och ifrågasättande i organisationen när många av tjänstepersonerna såg arbetet som sitt livs chans, som inte kunde gå förlorad. NKS-förvaltningen kom således att bestå av en exklusiv skara produktiva medarbetare, som många uppger arbetade dygnet runt för att nå sina och organisationens mål. En annan anställd i NKS-förvaltningen beskriver hur hen visserligen inte själv kände sig delaktig i detta, men att,

> […] under de perioderna så jobbade framför allt mina kollegor otroligt hårt. Jag har aldrig behövt göra det, för jag har varit liksom utanför hela den processen. Jag var ju liksom inte inne och satte krav på hur sjukhuset skulle utformas, jag var inte med och utvärderade anbudet som kom in. Jag skötte ju mycket av det administrativa runt omkring, om vi kom in på sekretessbedömningar och så där så satt ju jag med svartpennan, så var det. Men jag behövde inte jobba så hårt som de gjorde. (R3)

De anställda på NKS-förvaltningen skapade sig och erhöll auktoritet utåt men även internt där det fanns en tydlig ansvarsfördelning och klara gränser mellan enskilda individer gällande insyn i OPS-upphandlingen. Beslut med kopplingar till OPS-frågan upplevdes som svåra att

ifrågasätta och kritisera från externt håll, men även internt från medarbetarna. Detta manifesteras inte minst av den externt rekryterade förvaltningschefen (tidigare programdirektören) som enligt vissa medarbetare kom att sätta en tydlig hierarkisk prägel på organisationen. En tjänsteperson på NKS-förvaltningen, som arbetade både innan och efter OPS-beslutet i juni 2008, beskriver hur hen sällan fick gehör för sina riskbedömningar gällande OPS:

> Att det fanns kulturskillnader, och det har faktiskt [förvaltningschefen] och jag pratat ett antal gånger om när vi från min tekniska sida kom med olika alternativ. Vi ville ha analys, vi ville liksom belysa konsekvenser av de beslut och till slut sa han till mig: ''Men [R20], jag är hjärnkirurg i botten, jag har inte tid med sådant här, vi har helt andra beslutsgångar, jag har två sekunder och antingen dör patienten eller inte, så kom inte hit med [dina] analyser.'' (R20)

Den elitidentitet som citatet illustrerar, och som på många sätt genomsyrade den ”exekutiva organisation” som NKS-förvaltningen har beskrivits som av flera respondenter, kommer även till uttryck hos de som arbetade längre ner i organisationen. En person som blev handplockad till NKS-förvaltningen i början av sin karriär berättar att,

> […] för min egen del så var det ju liksom en skjuts in i någonting otroligt intensivt. Det var ju… Det är ju svåra beslut, det var dyra eller stora affärer och det var liksom häftigt […] Ja, men folk var på tårna, folk jobbade väldigt mycket och väldigt intensivt och gjorde det liksom för att de tyckte att det var viktigt. Det var en ny förvaltning så att alla hade blivit plockade dit för en speciell uppgift och kände väl av det att det var viktigt med engagemang och leverans och det tyckte jag faktiskt att det var någonting som man andades i. Prestation liksom. (R5)

På liknande sätt uttrycker en annan tjänsteperson hur,

> [d]et var spännande med stora prestigeprojekt liksom, så att vi uppfattade det som att det var ett stort intresse både från tjänstemän i landstinget men också i politiken. Och det var väl många, som i alla stora projekt, som var intresserade av projektet och så där. Men man försökte att hålla det inom den delen liksom. Inte minst då när man började titta på upphandlingar, upphandlingsform och sådana saker som är lite känsligt då liksom att sprida viss information liksom. (R23)

Genom att aktivt rekrytera prestationsinriktade individer i början av sina karriärer minimerade organisationen risken för ifrågasättanden bland de anställda. NKS-projektet var vid tidpunkten det mest prestigefyllda man kunde arbeta med inom landstinget, med ett åtråvärt nätverk av medarbetare och konsulter. Många upplevde nog att det var en skjuts i karriären att bli en del av det. I denna prestationskultur gavs det lite utrymme för motstånd eller ”analys”, som en av

respondenterna ovan uttryckte det. OPS skulle drivas igenom oavsett vad, som denna tjänsteperson vittnar om:

> Jag tror att det var ju så att [OPS-chefen] hade ju sin synpunkt kring det här och de tyckte att… nu vet jag inte om det var han som tog beslut om det eller om det kom från en annan del av landstinget eller politiker eller så, med att man skulle driva vidare den här OPS-grejen, oavsett vad vi andra i förvaltningen tyckte. Så att det var ju en sådan grej som vi [andra kollegor] pratade mycket om […] Det var nog flera som ifrågasatte och tyckte att vi ser att det finns de här riskerna och det här känns inte bra, hur löser vi, och så där. Vilket vi egentligen inte fick få mycket gehör för i de fallen. Det är lite märkligt hela beslutsgången kring just det där tänker jag. (R23)

I egenskap av att vara både ett karriärmässigt och personlighetsutvecklande prestigeprojekt ville således många vara en del av NKS-projektet. Prestationskulturen inom organisationen, där både högpresterande tjänstepersoner och managementkonsulter ingick, bidrog till legitimeringen av OPS. En tjänsteperson med en lång bakgrund av att hantera ekonomiska frågor inom landstinget menar att NKS-förvaltningens image vid denna tidpunkt bland annat bottnade i att dess arbete var oerhört prioriterat och att organisationen mer eller mindre hade en ”obegränsad budget” för sitt arbete (R8).

Marknadsföring av OPS 2008–2009

Säkerställande av marknadskompetens via rekrytering av managementkonsulter

När OPS-idén från och med sommaren 2008 skulle omvandlas till praktisk upphandling behövde NKS-förvaltningen göra en rad kompromisser i förhållande till den ursprungliga planen. Den 14 augusti 2008 preciserade NKS-förvaltningen i en övergripande plan för OPS-upphandlingen att landstinget skulle genomföra åtgärder som ”innebär ett visst avsteg från en principiellt renlärig OPS-modell efter brittiskt mönster (Private Public Partnership, PPP)” (SLL, dnr. LS 0807-0705, 2008-08-14, s. 1). Så kallad ”styrd OPS-upphandling” innebar att utgångspunkten för anbudsgivarna skulle vara förslaget ”Forum Karolinska”, som 2005 hade vunnit arkitekttävlingen avseende ett nytt universitetssjukhus. En ”renlärig” modell hade varit att låta anbudsgivare formge helt nya förslag på sjukhusbyggnad, ett förfarande som tänks skapa kreativitet och innovation hos entreprenören, enligt de tidigare konsultutredningarna. En viktig anledning till detta avsteg uppgavs vara att minska tiden för upphandlingen. I inlagan framhålls till exempel att NKS-förvaltningen med stöd av inhyrda managementkonsulter hade

utarbetat en genomförande- och tidsplan för OPS-upphandlingen som var ”snäv jämfört med traditionell OPS-upphandling (t.ex. brittisk PPP)”.

I samband med dessa beslut att öka tempot i OPS-upphandlingen genomgick organisationen av NKS-projektet betydande förändringar. I projektets förvaltningsberättelse beskrivs det att NKS-projektet under 2008 har ”accelererat” och att förvaltningschefen ”successivt byggt upp förvaltningens organisation och struktur för att kunna genomföra planeringen av det nya universitetssjukhuset på bästa sätt.” (SLL, 2008c, s. 3). Som vi diskuterade ovan gjordes det exempelvis en rad nya rekryteringar till NKS-förvaltningen i syfte att stärka kompetensen att utforma anbudet och förhandla med såväl anbudsgivare som banker och investerare angående finansieringen. Man anställde också personer för att hantera underkonsulter i upphandlingsförfarandet. Även antalet konsulter som anlitades av projektorganisationen växte kraftigt under dessa år, vilket går att utläsa i tabell 4.1 nedan. Konsultfirman PwC återkom i projektet och skulle inom det ramavtal som fanns upphandlat understödja NKS-förvaltningen på löpande räkning i att genomföra upphandlingen utefter den reviderade OPS-modellen. Att uppdraget nu åter tilldelades PwC hade att göra med att NKS-förvaltningen ansåg att, som vi beskrev tidigare i rapporten och som en av de högt uppsatta tjänstepersonerna uttrycker det, ”[EY] var vi inte så nöjda med egentligen” (R2).

Tabell 4.1: Konsult- och projektledningskostnader för NKS-förvaltningen 2008-2010 (SLL, 2010a; 2010aa)

	2008-2009	2010**
OPS-konsulter*	41 101 974 kr	18 283 085 kr
Arkitekturkonsulter	55 298 183 kr	5 751 923 kr
Extern projektledning (Karolinska, Locum m.fl.)	10 592 322 kr	5 781 805 kr
Övriga konsultkostnader	4 058 423 kr	1 015 165 kr
Totala kostnader	**119 050 902 kr**	**30 831 978 kr**

* Konsulter i management, strategi och juridik
** Konsultkostnader fram till juni 2010

Organiseringen med nyrekryteringar och tillflöde av konsulter var en direkt anpassning till de snäva tidsramar som hade ställts upp för beslutet om OPS. Arkivmaterial visar att NKS-förvaltningen anlitade en rad mindre konsultbolag för att stärka kompetensen i genomförandet av en OPS-upphandling, utöver PwC och advokatbyrån Mannheimer Swartling. Utåt må NKS-förvaltningen ha framstått som en avgränsad förvaltningsenhet. Organisationsschemat som kommunicerades på landstingets hemsida med knappt 50 anställda förefaller däremot inte som

en särskilt representativ avbild av praktiken under perioden 2008 till 2010. Exakt hur många som jobbade med OPS inom NKS-förvaltningen har inte kunnat fastställas, men att exempelvis över 1 300 personer från juli 2008 till dess att landstinget ingick ett OPS-avtal i juni 2010 skrev under ett sekretessavtal ger en fingervisning om det stora antalet människor som var involverade i processen gällande bland annat utformande av förfrågningsunderlag och bedömning av anbud (se även SLL, 2010b, s.40; SLL, 2010bc s. 12).

Marknadskommunikation för stärkt image inför prekvalificeringen

Sommaren 2008 planerades en prekvalificering av anbudsgivare. Denna process sades vara en viktig komponent i OPS-modellen, där intressenter i ett tidigt skede ska visa sin lämplighet och kompetens som potentiella samarbetspartner (R10). Det antogs att landstinget skulle behöva göra ett första urval från en större mängd företag och privata konglomerat till ett mindre antal behöriga aktörer, så att man inte band upp sig till anbudsgivare som saknade förmågan att slutföra upphandlingen. Inom NKS-förvaltningen fanns det alltså förväntningar på att det skulle finnas ett stort antal intressenter – vilket inte minst de själva hade varit noga med att påtala som argument för OPS i beslutsprocessen under våren 2008 – och att man skulle behöva sålla bland dessa för att få till stånd en kvalificerad upphandling.

Troligen var byggprojektet redan väl känt bland intressenter i byggindustrin, såväl inom som utanför Sveriges gränser. Som vi visat tidigare i rapporten hade såväl landstinget som PwC och EY vid den här tidpunkten under loppet av flera år kommunicerat med såväl svenska som internationella aktörer i byggindustrin för att informera om NKS-projektet och möjligheterna till framtida OPS-projekt i Sverige. Även fullmäktigebeslutet förväntade sig konkurrens och därmed, kan man utgå från, att flera företag skulle kvalificera sig som anbudsgivare.

NKS-förvaltningens fortsatta arbete med OPS karaktäriserades av vad som närmast kan beskrivas som konventionellt varumärkesbyggande med fokus på att stärka organisationens image på marknaden. Fyra månader efter att landstingsfullmäktige hade gett klartecken till OPS, den 3 oktober 2008, lanserades exempelvis prekvalificeringen på Arlanda Conference Center. Inbjudan till det som kallades för ”Market day” (t.ex. SLL, 2008, dnr. LS 0807-0705, 2008-08-14, s. 3) hade utannonserats brett i nordisk och internationell affärspress, och det var då byggföretag och intressenter för första gången informerades om detaljer i OPS-upphandlingen (SLL, 2010b). Enligt den formella rapporteringen (ibid.) lockade mötet

omkring 250 personer från cirka 100 organisationer (SLL, 2008, dnr. 0809-0870, 2008-10-03) och bedömdes som framgångsrikt att döma av de intervjuer med beslutsfattare i landstinget som filmades under mötet och som senare lades upp på NKS-projektets hemsida. Den sammantagna bedömningen i dessa intervjuer var att intresset för att delta i OPS-förhandlingen var omfattande. På en film uppgav den administrativa OPS-chefen att,

> …det vi hoppas på är att vi ska få in utländsk konkurrens i den här OPS-upphandlingen, det tror vi är jätteviktigt för att få ett bra pris helt enkelt, att vi får en hård och rejäl konkurrens. Man kanske inte ska säga att det är ett misslyckande, men det är i alla fall inte lyckat om vi inte lyckas rekrytera utländska konsortier till upphandlingen (SLL, 2008a).

Schemat för Arlandamötet var späckat. Utöver att upplysa om detaljer i OPS-upphandlingen presenterades sjukvårdsvisionen i Stockholms län innan man gjorde en snabbvisit på området i Solna där det nya universitetssjukhuset skulle byggas. En punkt på dagordningen var ”NKS som en affärsmöjlighet” där ledningen för NKS-förvaltningen presenterade tre huvudsakliga motiv för en OPS-upphandling: kostnadssäkerhet, tidsvinster och mer värde över livscykeln vad gäller design och teknisk innovation (SLL, 2008b). Trots att det politiska beslutet redan var fattat ansågs det uppenbarligen fortfarande finnas skäl att framhäva fördelarna med OPS. Att den globala finanskrisen hade briserat bara några veckor tidigare smittade också av sig på stämningen bland medarbetare på NKS-förvaltningen. En anställd som jobbade med OPS-upphandlingen berättar:

> Ute på Arlanda där hela projektet beskrevs liksom, att det är det här stora huset som vi ska bygga och vi vill gärna få in då ett konsortium som både kan bygga och sedan kan leverera servicetjänster för en längre period. Men då hade ju precis Lehmankraschen blivit ett faktum. Jag har för mig att vi hade det här mötet på Arlanda 1 oktober. Och Lehman kraschade väl i september […] Så det var väldigt skakigt där liksom. ’Kan vi gå vidare?’, alltså ’kommer det här kunna bli någonting överhuvudtaget?’ och sedan hade vi ju, där var 2008, det var två år till nästa val och då visste man ju också fönstret för att överhuvudtaget göra det här var fram tills dess. Sedan visste man ju liksom inte riktigt vad som kunde hända efter det valet. (R7)

Nu när prekvalificering formellt var påbörjad bedrevs vidare marknadsföring av projektet genom att projektledare och chefer på NKS-förvaltningen gjorde ett antal internationella resor till bland annat London, Madrid och Berlin för att besöka nybyggda projekt och företagskonglomerat som uttryckt intresse (R1). NKS-projektet deltog i ”både nationella och internationella mässor för att skapa goda kontakter runt om i världen” (SLL, 2008c, s. 8). Likaså togs representanter för Europeiska investeringsbanken emot på NKS-förvaltning i syfte

att informera om projektets syfte och betydelse (SLL, 2010b). Som en anställd på NKS-förvaltningen uttrycker sig,

> …och så gjorde man sådan ”road trip” med [ledningen] och sedan var det väl, ja vilka mer som var med, utomlands och liksom var ute och liksom jorden runt-tripp bara för att annonsera och liksom uppmärksamma internationellt det här projektet. (R11)

Prekvalificeringsprocessen skulle göras ”by the book” (R11), alltså enligt ett förutbestämt körschema där innehåll och hållpunkter var tydliga för alla inblandade. Uttryckt i mer allmänna termer handlade det om att ta företag till den avgörande omgången i OPS-upphandlingen. I processen behövde landstinget, enligt den tidigare PwC-rapporten, göra avvägningar för att förmå ”tillräckligt många intresserade anbudsgivare att utarbeta fullständiga anbud och samtidigt säkerställa att antalet anbud möjliggör konkurrens mellan anbudsgivarna.” (PwC, 2007a, s. 47). Företagen hade fram till den 15 december 2008 på sig att anmäla sitt intresse, vilket kan ses som en förhållandevis kort tidsfrist med tanke på den arbetsinsats som krävdes för att skapa ett attraktivt anbud, något som talar för att seriösa anbudsgivare redan innan OPS-beslutet i juni 2008 redan hade börjat arbeta med anbudet. Företrädare för den vinnande anbudsgivaren, Skanska, beskriver också att de långt tidigare i processen visste att,

> […] landstinget var runt och tittade och det började väl de kanske ännu tidigare. Det var ju för att titta på alltså liknande anläggningar och det är klart att då hade vi ju byggt något [av dessa]. Och sedan var de väl i USA och for runt liksom va. (R10)

Hur många företag förväntade sig ledningen på NKS-förvaltningen att kvalificera som anbudsgivare i OPS-upphandlingen? Utgångspunkten verkar ha varit minst tre anbud, men under hösten 2008 justerades förväntan ned något. Informationsfilmer som låg ute på NKS-projekts hemsida illustrerar denna förändring. I samband med Arlandamötet uppgav Moderaternas finanslandstingsråd att,

> Vi har ju sagt själva att ska det vara en ordentlig konkurrens så ska det helst vara tre, annars har vi möjlighet att ta ställning om vi ska fortsätta med en OPS-lösning eller inte. (SLL, 2008a)

I filmmaterialet säger även Kristdemokraternas landstingsråd, tillika ordförande i FoUU-utskottet, att: ”Jag hoppas det finns åtminstone tre som vill lägga anbud på detta sjukhus.” OPS-chefen på NKS-förvaltningen intervjuades i en av dessa filmer i november 2008 och sade att det kanske bara blir två som kvalificerar sig. Förvaltningschefen svarade en månad senare på frågan om hur många anbud man förväntar sig att ”vi har sagt att vi vill ha mellan två och tre anbudsgivande företag”. (SLL, 2008a) Insatserna för att marknadsföra OPS-projektet under

hösten 2008 såväl som kommunicerade förväntningar om konkurrens kan ses som metoder för att skapa en trovärdig 'image' för OPS-projektet, alltså som en del i den fortsatta legitimeringen av OPS-idén.

Sekretessavtal och tystnadskultur som styrmedel för 'varumärket' NKS

Enligt instruktionerna som lämnades till deltagande intressenter på Arlanda under 'Market day' skulle "alla anbudssökande, relevanta organisationer och deras rådgivare som går vidare till anbudsstadie att bli ombedda att lämna särskilda åtaganden rörande sekretess" (SLL, 2008e). Absolut sekretess gällde, förutom för anbud och ansökningar, också från början för andra handlingar, som exempelvis tekniska specifikationer och upphandlingsplanen. Endast de som arbetade med ärendet hade rätt att ta del av dessa handlingar under den pågående upphandlingen, men då under strikta förbindelser om sekretess och tystnadsplikt. I sekretessavtalet framgår även sanktioner för avtalsbrott, bland annat att "för den som uppsåtligen röjer insiderinformation eller utnyttjar insiderinformation genom att handla med finansiella instrument […] kan [påföljden] bestämmas till fängelse" (SLL, dnr. LS 0809-0870-31, s. 2).

Sekretesskraven gjorde att få kände till prekvalificeringens resultat. Knutpunkten i denna process var ekonomienheten på NKS-förvaltningen, men inte ens på denna fanns mer än ett fåtal individer som kunde överblicka alla beslut och resultat. Politiker i FoUU-utskottet hölls också kontinuerligt uppdaterade om upphandlingens förlopp. I en formell avrapportering står det att NKS-förvaltningen under hela upphandlingstidens gång (18 månader) månatligen rapporterade om läget i OPS-upphandlingen till FoUU-utskottet, och att den inför större beslut skrivit tjänsteutlåtanden som förelagts FoUU-utskottet (SLL, 2010b). Samtliga dessa utlåtanden och beslut var däremot sekretessbelagda under upphandlingstiden i enlighet med offentlighets- och sekretesslagen. Det utformades en policy internt på NKS-förvaltningen som hette "Riktlinjer för informationshantering under pågående upphandling." (SLL, dnr. LS 0810-0948, 2008-10-16, s. 1) Landstingsfullmäktige beslutade att de finansiella delarna i OPS-avtalet skulle vara sekretessbelagda även efter själva tilldelningsbeslut. Nedanstående citat ur förvaltningsmanualen från NKS-förvaltningen betonar att upphandlingen skulle präglas av "absolut sekretess" ända fram till den dag då landstinget ingick ett OPS-avtal.

> Anbudsansökningar och lämnade anbud omfattas av absolut sekretess fram till dess att tilldelningsbeslut har fattats eller om upphandlingen avslutats av andra skäl. Efter att

> tilldelningsbeslut har fattats eller alla anbud har offentliggjorts hanteras alla handlingar rörande upphandlingen i enlighet med offentlighetsprincipen. Om någon begär ut handlingar rörande en upphandling är NKS-förvaltningen skyldig att skyndsamt undersöka om sekretess gäller för några uppgifter i handlingarna. Uppgifter och handlingar som omfattas av sekretess får inte lämnas ut. Exempelvis är uppgifter om vem som har skickat in anbudsansökningar eller vilka som har begärt ut förfrågningsunderlaget sekretessbelagda. Det är inte tillåtet att tala om hur många det är som har ansökt om, blivit prekvalificerade för eller lämnat anbud förrän efter tilldelningsbeslut är fattat (SLL, dnr. LS 0810-0948, 2009-09-22, s. 17).

När prekvalificeringen till att delta i OPS-upphandlingen stängde den 15 december 2008 hade landstinget erhållit endast en ansökan, från byggföretaget Skanska. Detta trots alla förväntningar inom NKS-förvaltningen och inspel bland annat från PwC och inte minst EY, som själva beskriver det som att deras kommunikation under våren 2008 med framförallt NCC hade gett en stark indikation på att NCC i någon form skulle inkomma med ett anbud (R24). Konkurrenten Peab hade också meddelat NKS-förvaltningen att man tackade nej till att delta i upphandlingen. Företaget hade kontaktat en rad europeiska byggföretag, men inget hade varit berett att bära risken för projektet. Vidare stod det i brevet att: ”om endast ett fåtal byggföretag är intresserade av att pre-kvalificera sig finns en uppenbar risk att Ni inte kommer att kunna uppnå en låg kostnad.” Peab föreslog att projektet borde ha delats upp i mindre delar, vilket bedömdes ”få avsevärt fler intressenter och därigenom en helt annan konkurrens än vad vi, mot bakgrund av våra ovan redovisade erfarenheter, bedömer att Ni kommer att få med nuvarande upplägg.” (SLL, dnr. LS 0809-0870-13, 2008-12-12, s. 2)

Ett fåtal chefer på NKS-förvaltningen, delar av landstingets ledning inklusive landstingsdirektören och politikerna i FoUU-utskottet kände till prekvalificeringens resultat, och alla omfattades av sekretess. Enligt det beslutade körschemat hade landstinget nu sju veckor på sig att fatta beslut om prekvalificering och informera processens anbudssökare, varpå en formell inbjudan att lämna anbud skulle skickas ut åtta veckor, i början av mars 2009. Sedan skulle anbudsgivaren ha sex månader på sig att utforma sitt anbud, varpå landstinget skulle förhandla med anbudsgivaren fram till undertecknandet av projektavtalet och ”financial close” ungefär i april månad 2010 (SLL, 2008e). Från den 15 december 2008, då det stod klart att det endast fanns ett anbud, fram till upphandlingens beräknade slutpunkt rymdes omkring 17 månader.

Skulle sekretessen hålla under den förhandlade upphandlingen med Skanska som enda anbudsgivare, och med de över 1 300 sekretessavtalen, i åtanke? Var det förenligt med lagen

om offentlig upphandling att förhandla med endast ett företag? Gick det i strid med beslutet i juni 2008 om att OPS-upphandlingen ”endast sker om förväntad konkurrens kan uppnås”? Eller med tjänsteutlåtandet inför OPS-beslutet som föreskrev att landstinget borde ha ”en möjlighet att avbryta upphandlingen om den föreslagna prekvalificeringen inte leder till att flera konkurrerande anbud faktiskt läggs”? (SLL, dnr. LS 0804-0429, 2008-04-14, s. 21). En ledande tjänsteperson som deltog i diskussionerna säger att,

> Ja, det var mycket diskussioner då. För då fick man ju svart på vitt att det bara var en, och då var ju frågan, för det första var frågan: Kan/får man fortsätta? Finns det några legala hinder mot att fortsätta, det utreddes ju men då var svaret nej. Men sedan blir ju frågan, är det lämpligt eller inte lämpligt att fortsätta med bara en? Kan vi uppnå konkurrens sedan? Hur vet vi att vi får in ett tillräckligt bra anbud när vi bara har en, var också en diskussion. Det diskuterades mycket. […] Det var en lämplighetsfråga. För då kommer man tillbaka till det som sa att man ska uppnå konkurrens. Kan vi gå vidare? Eller ska vi göra om det? Om det var frågan om OPS:en som sådan, alltså det kommer jag inte ihåg om det diskuterades, men det diskuterades väldigt mycket: gå vidare eller börja om. Det var en stor fråga, en svår fråga. (R13)

En av politikerna som vi har intervjuat menar vidare att,

> Ja, men det var ju verkligen fram och tillbaka alltså hur man skulle göra. Samtidigt var det ju så att vi var ju i behov av att komma igång och bygga sjukhuset, alltså det låg ju med där någonstans som, det som övervägde att vi ändå gick vidare, det var ju utifrån diskussionen men anbudsgivaren vet ju inte om att de är ensamma. (R19)

Men som tidigare framgått var det långt över tusen personer som skrivit på sekretessavtal och som i olika bemärkelser var involverade i arbetet på NKS-förvaltningen under denna fas. Trots att det formella beskedet kvarstår än idag när vi talar med ansvariga, vilka får medhåll av landstingsrevisorerna i deras rapport från 2010 (SLL, 2010c, s. 13) – det vill säga att NKS-förvaltningen lyckades bibehålla sekretessen och att Skanska därmed inte skulle ha känt till deras förhandlingsställning som den enda anbudsgivaren – berättar flera informanter att Skanska med största sannolikhet förstod att man var ensam budgivare. Som en av tjänstepersonerna i NKS-förvaltningen beskriver den senare delen av förhandlingsprocessen med Skanska, när det gällde att mötas kring ett accepterat pris:

> Det är klart att de visste. Vi fick ju väldigt intressanta pikar när vi hade de här samtalen, ”Jaha, oj då, men vi träffas ju ofta, hur hinner ni träffa alla andra anbudsgivare?” Och så he he... Så det är klart att de visste det. Men det var en ganska hård förhandling där om att få ner alla priser, för att de låg ju rätt högt. (R23)

Men hur det nu än var föreslog NKS-förvaltningen i sitt tjänsteutlåtande om prekvalificering (SLL, dnr. LS 0901-0053, 2009-02-03) att FoUU-utskottet skulle besluta att gå vidare med OPS-upphandlingen. NKS-förvaltningen uppgav att: ”Med beaktande av den rådande finansiella situationen i samhället, storleken av byggnationen, det begränsade antalet stora byggbolag och andra omständigheter, kan en anbudssökande anses vara i linje med förväntningarna.” (ibid. s. 3) NKS-förvaltningen konstaterade här också att en anbudsgivare är förenligt med lagen om offentlig upphandling. Utlåtandet framhöll även att en utvärdering av huruvida anbudet är ”konkurrenskraftigt” endast kan göras efter att anbudstiden hade löpt ut i månadsskiftet september/oktober 2009. NKS-förvaltningen betonade också att någon ”ny analys av olika entreprenadformer och dess konsekvenser för landstinget” inte hade utförts.

Den 3 februari 2008 beslutade FoUU-utskottet i enlighet med NKS-förvaltningens förslag, frånsett oppositionspartierna som yrkade på avslag. En ledande tjänsteperson i landstinget svarar på frågan om det någonsin var aktuellt att avbryta OPS som upphandlingsform,

> R21: Alltså jag uppfattar att det fortfarande var öppet, även om det var en väldigt stark önskan från politiken om att man skulle hitta möjligheter att säkra att man åstadkommer konkurrens. Även om man bara skulle få en anbudsgivare som vi säger. Men jag uppfattar ändå att det skulle ha kunnat avbrytas.
>
> Intervjuare: När du säger att ”man” fortfarande hade möjlighet att avbryta, vilka var ”man”? Var det NKS-förvaltningen?
>
> R21: Nej, det är politiken som i så fall skulle ha fattat det beslutet.
>
> Intervjuare: Var det en fråga som togs upp någonsin då i samband med att prekvalificeringen var slut, där man för första gången konstaterade att det blir bara ett anbud?
>
> R21: Den diskussionen fördes om jag minns rätt i första hand med företrädare på NKS alltså nämnden [dvs. FoUU-utskottet] där och på vilket sätt och även med politiken lite bredare än de som var med där.

En politiker som vi har intervjuat menar att NKS-förvaltningen inte på allvar lyfte frågan om att avbryta OPS-upphandlingen:

> Ja, alltså det fördes ju, inga sådana diskussioner om att just att dra i nödbromsen eller avbryta. Men sedan om det fanns [sådana diskussioner] i förvaltningen så. Inte att det nådde upp i så fall i [FoUU-]utskottet. Det är väl bra, jag vet inte vilka ni kan intervjua här, men just [förvaltnings- och OPS-chefen] och är väl de i så fall som kan tala om vart de förde frågan vidare. Jag vet inte

> att de kom med några förslag om eller allvarliga farhågor som skulle ha föranlett att dra nödbromsen som man säger. Men de kanske upplevde att de förde fram sådana. Jag har inget minne av det. (R26)

Flera respondenter som vid tiden arbetade på NKS-förvaltningen framhåller att dessa strategiska beslut fattades av en mycket liten krets kring förvaltningschefen (R7, R15, R20). Vidare finns det flera tecken på att ledningen i NKS-förvaltningen i hög grad förutsåg och anteciperade de styrande politikernas hållning i OPS-frågan för att på så sätt verka mer effektivt mot målet. Däremot höjdes det kritiska röster bland medarbetare på NKS-förvaltningen som aldrig nådde fram till den politiska nivån, vilket vi tidigare visat på, och som vidare illustreras av en person på NKS-förvaltningen som hade en viktig roll i OPS-upphandlingen:

> Ja, men i alla fall jag sa ju då till [förvaltningschefen] och [OPS-chefen], som var vår ekonomikille, att alltså jag tycker vi ska rekommendera politikerna att hoppa av det här OPS och att vi kör en ny runda. ”Nej men det finns inte tid”, ja men sa jag: ”För mig känns inte det här bra alltså”. Nä, så att så blev det i alla fall och jag antar väl att de kanske framförde det till politikerna, det var ju [hur som helst] inte jag. […] Ja jo, just det, att jag tycker att det här, jag tycker att man borde hitta ett annat upplägg men de hade bestämt sig redan då. (R15)

Citatet illustrerar hur en sorts tystnadskultur uppstod på förvaltningen där anställda inte fann det meningsfullt att ifrågasätta och lyfta kritiska aspekter på OPS. En annan tjänsteperson som säger sig ha varit kritisk till att fortsätta med OPS uppger att sådana beslut fattades av en mycket liten krets inom NKS-förvaltningen, där många medarbetare inte gavs tillträde:

> Även om vi var 25 stycken [på NKS-förvaltningen] så var det många saker som hölls i ett mindre rum, så var det ju också. Man tänker de här som du frågar om litegrann hur det gick till och så, jag kan bara säga det är min bild för jag var ju inte med i de innersta rummen liksom, men budskapet ifrån det var ju att målet var väldigt tydligt och klart och inte mycket utrymme för att ifrågasätta, så var det ju. (R14)

Parallellt med prekvalificeringen av anbudsgivare till OPS-upphandlingen bedrevs ett omfattande arbete med att utforma förfrågningsunderlaget för OPS-upphandlingen, det vill säga det dokument som beskriver landstingets funktionella krav på Nya Karolinska och som utgör grunden för anbudsgivarens framtagande av anbud. Den administrativa chefen för OPS ledde denna process, som enligt NKS-förvaltningens årsbokslut för 2008 engagerade ”flera hundra chefer och medarbetare från olika sjukhus och andra verksamheter inom SLL […] i ett 20-tal arbetsgrupper med syfte att beskriva funktionskrav på lokaler samt tekniska krav för byggnaderna” (SLL, 2008c, s. 7). Trots den kultur som rådde på förvaltningen liknades

förfarandet vid en öppen ”tankesmedja” (SLL, 2008a) och kan betraktas, vilket även en av medarbetarna inom NKS-förvaltningen beskriver, som ett sätt att även skapa legitimitet för OPS genom att mer grundligt förankra idén i sjukvårdsprofessionen och därmed bland blivande potentiella medarbetare på Nya Karolinska (R7).

Men med beslutet att gå vidare med endast en anbudsgivare, och därmed med till synes bristfällig konkurrens, i OPS-upphandlingen skapades nya behov att ytterligare förstärka legitimeringsarbetet kring OPS under åren 2009 och 2010 – särskilt som det i både formella beslut och i kommunikation till media och allmänhet hade avgivits löften om att konkurrens skulle prägla OPS-upphandlingen av Nya Karolinska. Hur detta legitimeringsarbete organiserades i den ”förhandlade upphandlingen” beskrivs härnäst.

En illusion av konkurrens 2009–2010

Förhandlingsprocess ’under radarn’

I mars 2009 avslutades arbetet med att ta fram ett förfrågningsunderlag för OPS-upphandlingen, och anbudsförfrågan skickades därmed till det enda företag som hade kvalificerat sig. Kraven på sekretess under hela upphandlingstiden kan ha medverkat till svensk medias begränsade rapportering om NKS-projektet vid denna tidpunkt. Som undantag kan nämnas branschtidningen Byggindustrierna (Gallagher, 2009) och lokaltidningen Mitt i Solna (Anonym, 2009) som i början av oktober 2009 rapporterade om att flera företag avstod från att lägga bud på NKS-projektet. I mars 2010 meddelade näringslivstidningen Dagens industri att ”byggjättar nobbar storsjukhus” (Leigard, 2009), och den 4 maj publicerade telegrambyrån TT (Anonym) den första nyheten om att Skanska hade vunnit upphandlingen. Förhandlingarna med den enda anbudsgivaren fördes således i stor utsträckning under radarn.

När landstinget fick in det enda anbudet den sista september 2009 från Skanska låg det dessutom betydligt högre än det beloppstak för investeringskostnader på 14,1 miljarder kronor i 2007 års penningvärde som hade beslutats av landstingsfullmäktige i april 2008. Det kom förmodligen inte som någon överraskning för NKS-förvaltningen. I samband med ett informationsmöte med anbudsgivaren den 4 maj 2009 hade Skanska, enligt protokollet (SLL, dnr. LS 0809-0870, 2008-09-05), ställt frågan: ”Är en nyinvesteringskostnad understigande 14,1 miljarder kronor ett absolut krav i upphandlingen?”. NKS-förvaltningen hade då, enligt samma protokoll, svarat att: ”En nyinvesteringskostnad understigande 14,1 miljarder kronor är

inte ett absolut skall-krav i upphandlingen.” Däremot fanns det uttalade ambitioner på NKS-förvaltningen att förhandla fram ett lägre pris.

En bild av konkurrens via referensobjekt som ’spökanbudsgivare’

För att skapa en illusion av konkurrens under förhandlingen med Skanska hade NKS-förvaltningen vid tidpunkten för anbudets överlämnande upphandlat en konsultfirma specialiserad på att kalkylera och utvärdera byggkostnader. Uppdraget omfattade stöd till NKS-förvaltningen i granskningen av byggkalkyler i det inkomna anbudet. För att kritiskt kunna bedöma kostnader i anbudet upprättades kalkyler för förslaget Forum Karolinska som hade ritats av arkitektfirman Whites, som också hade varit utgångspunkten för själva OPS-upphandlingen. Det ansågs vara ett försvar mot eventuell kritik om bristande konkurrens. En medarbetare vid NKS-förvaltningen säger att,

> Ja, försvaret var ju i så fall i form av att man kunde göra jämförelse av, alltså typ mot [konsultfirman], att om de nu säger ifrån det här konsortiet [anbudsgivaren] att det kostar så här mycket att bygga en sådan här byggnad, vad säger då [konsultfirman] att det kostar att göra en sådan här. Och likadant, att man tog ju sådana här kostnader per kvadratmeter, det här sjukhuset, vad skulle det kosta kvadratjämförelse med andra. Men då var ju det väldigt svårt att få fram någonting. Jag vet att vi försökte få fram ifrån Norge som hade ändå hyfsat nya större sjukhus som man hade byggt, vad de kostar per kvadrat, men då var det ju alltid något annat sätt som gjorde att man i alla fall inte riktigt kunde jämföra, så det var svårt. Det var svårt. (R7)

På NKS-förvaltningen benämndes detta arbete som beräkningar på det så kallade ”referensobjektet” eller en sorts ’spökanbudsgivare’. Dessa kostnadskalkyler skulle alltså utgöra motparten i förhandlingarna med den enda anbudsgivaren, och därigenom säkerställa konkurrens som i sin tur skulle resultera i marknadsmässiga kostnader. Så här säger en tjänsteperson som arbetade i ledande ställning inom landstinget om den tillämpade strategin:

> För då var det så här, hur ska vi kunna veta, när vi väl får ett anbud, att det är konkurrenskraftigt, för vad har vi för jämförelseobjekt? Normalt sett så har man ju ett antal anbud som man jämför emellan, på samma kravställning, så där får man ju marknadsbedömningen. Det hade man ju då inte utan då hade man ju det här referensobjektet, som man själv hade gjort, som man såg som ett anbud, som ett jämförelsematerial, helt enkelt. (R13)

Den förhandlade OPS-upphandlingen innebar dessutom att en rad arbetsgrupper tillsattes och möten genomfördes mellan NKS-förvaltningen och företrädare för Skanska under hösten 2009 för att diskutera och justera olika delar av anbudet. Referensobjektet var således ett viktigt

element i dessa samtal och förhandlingar. På frågan hur detta referenssjukhus blev central i förhandlingarna svarade en av de som arbetade på NKS-förvaltningen att,

> [j]a, det skulle jag säga, för referenssjukhuset var ju dels… det byggde prislappen lite, och även då kunde vi ju ha nånting att utvärdera gentemot, annars är det ju jättesvårt att utvärdera ett anbud på ett helt sjukhus de har byggt. Är det bra eller dåligt? Alltså vi måste ju ha nåt att väga det emot, annars hade man inte kunnat göra upp. (R3)

Förhandlingsarbetet ledde till en sänkning av anbudet på mellan en halv och en miljard kronor, enligt en av respondenterna som deltog i arbetet (R25). I praktiken innebar detta att det gjordes en rad förändringar i projektet, där vissa delar lyftes ur avtalet, men där dessa med stor sannolikhet senare under byggandet skulle återkomma i form av tilläggsavtal, tvärtemot det ursprungliga syftet med OPS, som ju var att fastställa kostnader och skapa förutsägbarhet. Exempelvis kom detta till uttryck i att vissa utrymmen togs bort eller hela avdelningar flyttades inom sjukhuset. Men ett halvår in i den förhandlade upphandlingen hade NKS-förvaltningen fortfarande inte lyckats pressa priset tillräckligt lågt. I en sekretessbelagd kalkylrapport som tillställdes NKS-förvaltningen den 21 december 2009 konstaterade en konsultfirma att anbudsgivarens redovisade byggkostnad översteg referensnyckeltalen med omkring 17 procent, motsvarande 1,6 miljarder kronor (R25). Så här säger en person med insyn i förhandlingen om referensobjektets förmåga att sänka kostnaderna:

> Om jag uttrycker mig på följande sätt: Skanska visste ju att vi inte kunde spela ut någon annan mot dem, så att när vi sade ”den här kostnaden ser åt helvete för hög ut, den avviker ju från alla gängse nyckeltal och så där”. Då sade de ungefär så här ”ja, men vi går hem och tittar på det där och ser”. Ja, så gick de hem och tittade på det och sade ”ja, du har rätt, vi får nog dra ner lite grann där”. Så drog de av lite grann så här [visar på pappret en liten sänkning]. Så vi hade ju ingen förmåga, vi kunde ju inte få ner dem till den nivå vi tyckte var rimlig och så. (R25)

I arbetet med att pressa priserna gjordes vissa avsteg från funktionskraven som NKS-förvaltningen hade utformat i förfrågningsunderlaget, vilket är naturligt i en sådan här process. I förhandlingarna hade Skanska i vissa fall möjligheter att driva egna så kallade ”innovativa” förslag som gick emot förfrågningsunderlaget men som samtidigt innebar en lägre kostnad. En av de involverade parterna på Skanska beskriver processen och menar att det,

> […] var ju inte fokus på byggpriset förrän vid årsskiftet skulle jag vilja säga va. Sedan hade vi ju vårt anbud så när vi tar in [vår] expertis i det här så skulle jag vilja säga att en sådan expertis har ju inte sammanhållet [tidigare] tittat på projektet förut, det är omöjligt va, och då hittar ju vi saker

> som… har ni verkligen tänkt rätt här va. Hur är det med relationen mellan antal operationssalar och bäddar i sjukhuset. Hur är det med 'dittan och dattan'. Behöver ni den här redundansen på elsystemet, kan ni nöja er med att ha det på akutavdelningar och ge fan i väntrummen liksom, den där typen av frågor så vi hade ju med någonting som vi kallade, ja "road to affordability" alltså besparingsförslag, va, som vi sa. Det här tycker vi ni ska, alltså vi får ju inte prata med kunden under anbudet, va, utan vi måste ju på något sätt tala om för att bli attraktiva att vi tror att de här sakerna kan man titta på och det hade vi med och sedan så började vi jobba med den så småningom också. (R10)

Förhandlingsprocessen karaktäriserades således av ett granskande av samtliga behovskrav som NKS-förvaltningen hade ställt på potentiella anbudsgivare. En tjänsteperson som arbetade med förhandlingen på NKS-förvaltningen uppger att,

> […] vi skulle energiförsörja hela sjukhuset med borrhål, med reversibel energiförsörjning: kyla på sommaren, uppvärmning på vintern. Av det så stannade bara en symbolisk del under försörjningskvarteret i och med att Skanska då kunde presentera i förhandlingarna att Fortum lämnade någonting som inte kan konkurrera med investeringen. Då tyckte de nog liksom att de har en bättre totallösning, och kan gå ned i pris. Och där har vi resonerat med att Fortum, det är tre till fem år beroende på avtal, sedan kan de höja vad som helst, och då kan vi inte borra under sjukhuset längre. […] Det försvann ju massor av långsiktiga lösningar som Skanska sparade på i investering. (R20)

Förändringar i förhållande till förfrågningsunderlaget, strategier att lyfta delar ur det ursprungliga avtalet samt prisförhandlingar med anbudsgivaren i förhållande till kalkylerade kostnader för referensobjektet utgjorde således viktiga delar i den förhandlade OPS-upphandlingen som genomfördes under 2009 och början av valåret 2010. Alla delar drev OPS-upphandlingen framåt, vilket därmed också bidrog till att legitimera OPS-projektet såväl internt i landstinget som mot externa intressenter.

Mandatperiodens slut och rättfärdigandet av det enda anbudet

Men NKS-förvaltningen jobbade uttryckligen mot klockan, då den politiska ledningen ville få till ett avtal innan mandatperiodens slut. Mandatperioden hade utgjort måttstocken för det planerade tidschemat: för OPS-lanseringen på Arlanda, prekvalificeringen, anbudsunderlaget såväl som för den förhandlade upphandlingen. En tjänsteperson på NKS-förvaltningen ger sin syn på saken,

> Intervjuare: Så mandatperioden satte väldigt mycket villkoren för hur arbetet bedrevs fortskridande?
>
> Respondent: Ja, precis. Så att alla de här olika tidpunkterna för att vi skulle lämna ett förfrågningsunderlag, vi skulle få in anbud och ett […] prekvalificeringsunderlag, alla de där olika tidpunkterna det var ju väldigt styrt av att vi i slutändan, senast egentligen när det här blev den 30 juni 2010 var tvungna att fatta det här beslutet, för sedan var det ju liksom Almedalen och bara val. (R7)

I elfte timmen enades parterna om en ”besparingslista” som skulle uppfyllas efter att landstinget och det privata konsortiet SHP (Swedish Hospital Partners) hade ingått ett OPS-avtal som sträckte sig till 2040. En person med insyn i slutfasen av förhandlingarna säger:

> Nu ska vi se, de [på NKS-förvaltningen] fick in ett anbud på 17 [miljarder] och då tillsattes olika arbetsgrupper för att banta ner det där. Då skulle vi banta det där. Jag tror inte vi nådde till 14,3 [miljarder] i de bantningarna utan jag har för mig också att det finns ett beslut om, som jag sade tidigare ibland tar man och säger så här ”okej, ni måste banta ytterligare så vi kommer ner till 14,3 men vi tar beslutet att genomföra det här med villkoret att ni ska hitta besparingar ytterligare under resans gång med så här mycket pengar”. (R25)

NKS-förvaltningen hade alltså vid denna tidpunkt föreslagit den politiska ledningen att fatta beslut i frågan om ett OPS-avtal utan att alla besparingspunkter ännu var lösta. Valet var i antågande, och inte bara OPS-idén utan hela NKS-förvaltningen och dess legitimitet som exekutiv organisation stod på spel. Såväl tidplanen för OPS-upphandlingen generellt som tillämpandet av strategier för hinderröjning och problemlösning i den förhandlade upphandlingen villkorades av att landstinget skulle ingå ett OPS-avtal innan mandatperioden var slut, något som beskrivs och diskuteras vidare i nästa kapitel.

Realisering och implementation av OPS 2010–2011

Förhandlingar med oppositionen skapar politisk legitimitet

Under våren 2010 kom slutligen landstinget och anbudsgivaren, genom projektbolaget SHP, överens i förhandlingsprocessen, och i juni kom beslutet att upprätta ett OPS-kontrakt. En central aspekt i detta var alltså den förhandlingsprocess som vi har beskrivit ovan, där de båda parterna enades om att tillfälligt lyfta ur vissa delprojekt, men med det informella förbehållet att det fanns goda möjligheter att dessa delar kunde återinföras via olika tilläggsavtal.

Här är det av särskild vikt att uppmärksamma de politiska förhandlingar som skedde mellan Allianspartierna och den rödgröna oppositionen efter det första tilldelningsbeslutet i maj 2010, det vill säga innan förhandlingsprocessen mellan landstinget och projektbolaget SHP formellt var avslutad. Vid den tidpunkten saknades den bredare politiska acceptans inom landstinget som behövdes för att OPS-avtalet skulle framstå som legitimt. Den politiska oppositionen, via ett av Socialdemokraternas landstingsråd, kom dock slutligen överens med Allianspartierna, där kompromissen blev att göra förändringar i det finansiella upplägget genom att landstinget betalade en större andel av byggkostnaden innan projektet var färdigställt. På så vis minskade storleken på de årliga vederlagen. Men detta innebar samtidigt en omfördelning av risk, från anbudsgivaren till landstinget, vilket i sin tur urgröpte byggbolagets incitament att komma upp med innovativa och kostnadssänkande lösningar. Landstingsrevisorerna beskriver i sin rapport från november 2010 generellt dessa justeringar som att landstinget därigenom möjliggjorde för ändringar och tillägg till projektavtalet:

> Justeringarna innebär en minskning samt tidigareläggning av engångsbetalningarna av vederlag vid färdigställande av viss fas. Vidare introducerades resultatbaserade betalningar under själva byggfasen. Dessa förändringar medför en minskning av storleken på de årliga vederlagen. […] Enligt revisionskontorets uppfattning har det varit upphandlingsrättsligt tillåtet för SLL att ändra i avtalsförslagets tidpunkter för betalning. Det valda upphandlingsförfarandet är förhandlat förfarande vilket innebär att SLL inte är tvungna att anta anbud i den lydelse som lämnades in. Den föreslagna utformningen av projektavtalet är inte en absolut förutsättning eftersom accepterande av projektavtalet i dess helhet inte anges som ett skall-krav i förfrågningsunderlaget. *Tvärtom ges anbudsgivare uttryckligen möjlighet att ändra och göra tillägg till projektavtalet i sina anbud.* (SLL, 2010c, s. 19, vår betoning)

Som citatet visar lyckades landstinget och projektorganisationen därmed å ena sidan bibehålla legitimiteten för OPS-idén gentemot den politiska oppositionen. Å andra sidan skapades samtidigt goda affärsmöjligheter för anbudsgivaren SHP:s att på både kort och lång sikt, via olika former av tilläggsavtal, erhålla ökat arvode trots att den formella prislappen i juni 2010 var väsentligt lägre än det ursprungliga anbudet. Som framgår i en utvärdering från 2016, på beställning av landstinget (SLL, dnr. LS 2015-1062, 2016-05-13, s. 20), innebar detta bland annat extra kostnader på ca 1,3 miljarder kronor för ombyggnation och integration av de så kallade Thorax- (N-kvarteret) och Laboratoriekvarteren (L-kvarteret).

Om inte den styrande majoriteten i landstinget hade kommit överens med oppositionspartierna hade den enda möjliga alternativa utvägen varit att avbryta upphandlingen helt och hållet och

börja om från början. Men inget parti verkade föredra detta. En landstingspolitiker 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. (R19)

När avtalet mellan landstinget och projektbolaget SHP hade ingåtts i juni 2010 hade OPS-modellen slutligen realiserats, men som vi redan har påtalat kvarstod mycket arbete inte minst gällande lösningar för de delar av projektet som hade lyfts ur under förhandlingsprocessen men som man senare ändå skulle behöva hantera på något sätt. Den närmsta tiden kan ändå beskrivas som en ny fas i projektet, vilket vi diskuterar i nästa avsnitt.

Nya politiker skapar nya institutionella förutsättningar

Det var alltså nu, i samband med mandatperiodens slut 2010, som Skanska och projektbolaget SHP kunde påbörja det konkreta arbetet med byggnationen. Härmed inleddes också processen att lägga ned NKS-förvaltningen, genom en kombination av dels en ny politisk mandatperiod med nytt styre inom landstinget, dels en successiv realisering av det nya universitetssjukhuset bland annat med innebörden att det befintliga Karolinska sjukhuset nu på allvar tvingades engagera sig mer konkret i processen. Eller som en projektansvarig på Skanska beskriver det:

> Man kan väl säga så här, att vi möttes ju då under förhandlingen och satte upp projektet. Som vi uppfattade det då representerade [NKS-förvaltningen] ju landstinget och Karolinskas syn på saker och ting va. I förvaltningen så hade man ju de som var kliniskt ansvariga då, som kom ifrån sjukhuset, de var ju tillsatta då för att bevaka och försvara deras intressen så att det här blev på rätt sätt. Men sedan allt eftersom projektet gick så... Och det var nog liksom ett strategiskt beslut förmodar jag, man sa att förvaltningen kör lite grann det här projektet - det går inte att fråga alla hur de vill ha det utan ni får bestämma utifrån viss information hur det ska vara. Och sedan när projektet gick fram, då uppfattade ju vi att, då började på något sätt Karolinska vakna till liksom: åh vad fan är det här nu då, och du vet, lite titta över stängslet ”fan nu bygger de där” och så vidare. (R10)

Att representanter från Skanska nu uppfattade det som att Karolinska ”vaknade” och ”plötsligt” började med påtryckningar på NKS-förvaltningen gällande sakfrågor i projektet rörde om i NKS-förvaltningens arbete. Detta i kombination med att, som en tjänsteperson i NKS-förvaltningen beskriver det, den politiska oppositionen efter valet i september 2010 ställde sig bakom Karolinskas ledning, tillika de ”påtryckningar” som ledde till att ”Allianspartierna inte orkade hålla emot” (R2). Nu bröts den politiska enighet för OPS som endast några månader innan valet hade funnits, vilket innebar en de-legitimering av NKS-förvaltningen som organisation. OPS-avtalet var däremot säkrat och projektbolaget SHP, med Skanska vid rodret, kunde sitta lugnt i båten eftersom man visste att ingen, vare sig den styrande majoriteten eller oppositionen, var villig att avbryta kontraktet av det enkla skälet att inget rimligt alternativ längre fanns tillgängligt.

NKS-förvaltningen som ’offerlamm’ för att införliva befintliga KS i OPS:en

Ett annat sätt att beskriva det som hände från avtalstecknandet fram till sommaren 2011 var att NKS-förvaltningens *raison d’être* försvann: OPS-upphandlingen var realiserad och andra delar av landstingsförvaltningen krävde nu mer plats i arbetet med att konkretisera sjukhuset. Samtidigt försvann flera centrala politiker som hade stöttat förvaltningen. En person högre upp i NKS-förvaltningen berättar:

> Jag tror att det var där det skar sig och då tror jag det var så här att [förvaltningschefen] han hade en jäkla bra uppbackning från början. Men sedan tror jag Karolinska jobbades in mer och mer centralt mot politiken men jag tror till slut så blev det jobbigt det här och det blev lite osämja kan jag tänka mig, jag vet inte men om man läser lite på så tror jag det kan vara. Och då bestämde sig ju [förvaltningschefen] blixtsnabbt för att sluta och blev chef över akademiska i Uppsala […] (R15)

Intervjupersonens berättelse får stöd av en annan av medarbetarna på NKS-förvaltningen som vi talat med, som också beskriver beslutet att avveckla förvaltningen under 2011:

> Jag tyckte nog att det inte var så väntat faktiskt. Man visste ju inte riktigt och det är väl också, politiskt så fanns det ju ett bra stöd för projektet, man höll emot Karolinska som tryckte på vissa saker. Men till slut så försvann ju vissa av politikerna och det blev ju lite såhär, och de resterande, de kunde ju inte hålla emot riktigt, utan man har ju inte förankrat det här inom Karolinskas organisation då. […] Men så nånstans där [2011] blev det ju tydligt [vilka] som stod upp för projektet politiskt och på tjänstemannanivå också högre upp i landstinget. När de inte gjorde det längre så kom ju Karolinska in och tog över. (R23)

I slutet av 2010 genomfördes en organisationsförändring av NKS-förvaltningen, där fastighetsavdelningen lades ned vilket medförde arbetsbrist för fem befattningar (SLL, 2008d). Året därpå slutade alltså förvaltningschefen ”blixtsnabbt”, som en av respondenterna ovan uttrycker det, varpå en av de tidigare arbetsgruppsledarna i NKS-förvaltningen fick ta över rollen som förvaltningschef. En högt uppsatt tjänsteperson beskriver att det som följde var en successiv nedläggning av NKS-förvaltningen där mycket verksamhet fördes över till Karolinska (se Andersson och Garfström 2019):

> Men under de åren [som följde efter att förvaltningschefen slutade], det är ett och ett halvt år ändå. Då såg [vi att…] alltså NKS-förvaltningen klarar inte den här jättelika medicintekniska [projektet] och sjukhuset måste vara involverat. Det är ju de som ska [ta över sedan]. […] Vi delade NKS-förvaltningen, varför jag sa att det där borde ju tillhöra Karolinska, så då flyttade en hel del, eller flera utav medarbetarna över till Karolinska och där bildade man en stor programgrupp. (R15)

Samma tjänsteperson berättar hur arbetsgruppsledarna fick ge flertalet av de anställda inom förvaltningen beskedet att de inte längre skulle få arbeta kvar, vilket av många respondenter som ingick i den prestationskultur som omgärdade organisationen beskrivs som svårt att acceptera. NKS-förvaltningen blev i ritualmässiga termer, så att säga, det ’offerlamm’ som krävdes för att säkerställa NKS-projektets legitimitet på kort och på lång sikt genom att befintliga Karolinska sjukhuset därmed införlivades i projektorganisationen.

5. Legitimeringen av OPS: institutionellt arbete i förvaltningsorganisationen

I det här kapitlet analyserar och problematiserar vi de fem huvudsakliga momenten i beslutsoch organiseringsprocessen för NKS-projektet utifrån vårt teoretiska ramverk. Vi lyfter särskilt fram tre centrala teman i analysen av hur OPS-frågans legitimerades i landstinget. *Det första temat* handlar om det institutionella arbete som utfördes inom landstingsförvaltningen och som innebar en omprioritering av kunskap och kompetens och som också medförde en omfördelning av ansvar i sakfrågor. Vi diskuterar framförallt omställningen från en prioritering av kompetens kopplad till tekniska frågor och byggnationsprocesser till en prioritering av kompetens kopplad till funktionsbeskrivningar och marknadskommunikation. *Det andra temat* handlar om en elitism som uppstod inom NKS-förvaltningen och som kom att föra med sig nya maktrelationer i landstinget där ett policyprofessionellt institutionellt arbete styrde beslutsprocessen i riktning mot en OPS-lösning. *Det tredje temat* handlar om hur det, i hög grad politiska,

institutionella arbetet som bedrevs av NKS-förvaltningen manifesterades i olika strategier för att skapa och hävda konkurrens i ett kritiskt skede av upphandlingsprocessen och som bidrog till att legitimera OPS, trots att endast ett anbud hade inkommit.

Legitimering via omprioritering av kompetens och ansvar

När frågan om OPS under hösten 2006 kom att aktualiseras i NKS-projektet stod det klart att kunskap och kompetens saknades inom landstingsförvaltningen för att driva frågan om OPS. Ett centralt beslut i projektorganisationen vid denna tid – NKS-kansliet – var således att vända sig till externa managementkonsulter inom området för hjälp. Detta är i sig inte så förvånande mot bakgrund av att tidigare forskning har visat att managementkonsulter har fått ett allt större inflytande inom offentliga organisationer för genomförandet av bland annat olika reformer, men även att de nyttjas mer informellt för att minska motstånd mot, och skapa legitimitet för, beslut och förändringsprocesser (Kirkpatrick et al., 2018).

I utvecklingen av projektorganisationen, där vi i kapitel 4 visade hur OPS-frågan prioriterades och till och med idealiserades i beslutsprocessen för upphandling och finansiering av Nya Karolinska, uppstod nya maktrelationer när man i avsaknad av kunskap om OPS inom både landstinget och staten vände sig till den erfarna konsultfirman PwC för hjälp. Här aktualiserade och främjade managementkonsulternas arbete nya former av kunskap och kompetens i projektet. Framförallt flyttades fokus från en konventionell prioritering av kunskap för hantering av tekniska frågor och byggnationsprocesser till funktionsbeskrivningar och marknadskommunikation. Tidigare forskning har visat hur rekrytering som strategi kan ses som en form av institutionellt arbete där syftet är att generera stöd för en (ny) idé eller praktik genom att skapa handlingskraftiga koalitioner och nätverk som kan utmana och omforma etablerade praktiker (Perkmann & Spicer, 2008). Konsultfirman PwC hade stor erfarenhet av OPS internationellt och hade varit med och drivit igenom flera sjukhusprojekt i världen enligt denna modell. PwC:s medverkan i projektorganisationen innebar således att projektet mer kraftfullt kunde riktas in mot OPS, och när frågan om upphandling och finansiering nu formellt handlade om att utreda OPS som ett alternativ till traditionell samverkansentreprenad dröjde det inte länge innan PwC kunde konstatera dels att landstingets projektorganisation var kunskapsmässigt uppbyggd på ett sätt som inte gynnade idén om OPS, dels att det saknades en marknad för OPS i Sverige.

Som vi visar i kapitel 4 påbörjades således ganska snart efter valet 2006 en form av institutionellt arbete för att bryta ner och omforma institutionaliserade praktiker i syfte att ge företräde åt alternativa idéer (Lawrence, Suddaby & Leca, 2009). Inom landstingsförvaltningen handlade dessa alternativa idéer om OPS och innebar bland annat att projektorganisationen skulle förmås tänka om kring ansvarsfördelning i projektet, där konsulterna uppmanade tjänstepersonerna i landstingsförvaltningen att släppa sin invanda prioritering av ansvaret för byggnationsprocessen med ”skruvar och betong”, som en av konsulterna uttryckte det, och i stället se till vilken funktion som efterfrågas för att därigenom låta ”marknaden” bestämma vilka material och verktyg som passade bäst.

Vidare, i konsulternas arbete med att ställa om projektorganisationen, såväl kunskaps- som kompetensmässigt, genomfördes även försök att aktivt skapa och förbereda en OPS-marknad för NKS-projektet, trots att OPS formellt fortfarande var under utredning som ett av flera *alternativ*. Utredningarna som utfördes av de två managementkonsultbolagen under åren 2007 och 2008 kännetecknas av att idealisera OPS-alternativet, där kunskap om ”marknaden” lyftes fram som nyckeln till framgång. Att kunskap om marknaden ansågs vara central för att genomföra en OPS är kanske inte så anmärkningsvärt, men att detta även innebar att lite eller till och med *inget* fokus fästes vid att diskutera och utreda den konventionella modellen för byggnationer – samverkansentreprenad – spelade större roll. Allt ljus i utredningen av upphandlingsmodell kom att ligga på OPS.

Som vi har visat bedömde konsulterna att arbetsrutiner och praktiker i landstinget vid tidpunkten präglades av idén om samverkansentreprenad, vilket samtidigt ansågs utgöra ett hinder för OPS. Därmed kom fokus i frågan om OPS redan under hösten 2007 att ligga vid att ”ställa om landstingets mindset” mot OPS, eftersom de ”var fast” i vad som beskrivs som ett gammalmodigt sätt att tänka. Präglade av idén om marknadens potential att via konkurrens, vilket vi återkommer till längre fram, lösa frågor om teknik och byggnation på ett effektivt och innovativt sätt, initierade konsulterna ett identitetsarbete i landstingsförvaltningen med kund-begreppet och funktionsbeskrivningar i centrum. Konsulternas engagemang i OPS-frågan handlade återkommande om att lyfta fram marknadens potential för ekonomisk effektivitet, där ett kundorienterat fokus i princip ansågs innebära obegränsade möjligheter. Tidigare forskning har visat hur liknande omställningsarbeten kan ske genom ett förberedande arbete riktat mot att underminera oliktänkande grupperingar inom organisationer (Mazza & Pedersen, 2004). På samma sätt pekar våra iakttagelser i kapitel 4 på hur särskilt konsulternas utredningsarbete

fungerade de-legitimerande för förvaltningens konventionella metoder, särskilt samverkans-entreprenad som framställdes som både förlegad och ineffektiv.

I den styrning av projektorganisationen som kom att aktualiseras via konsulternas arbete från och med hösten 2007, bland annat via de två konsultutredningarna, framställdes således samverkansentreprenad som en metod som missar marknadens potential och kraft att skapa effektivitet och innovation i projektet. Att arbetet i projektorganisationen därför nedprioriterade teknisk sakkunskap och ansvar för byggnation och drift till förmån för kunskap om marknads-skapande åtgärder och kravspecifikation framstod i det ljuset som naturligt. Här låg framförallt fokus vid att fortsätta upphandla 'rätt' konsulttjänster för att förstå den internationella mark-naden för OPS. Men det innebar även ett arbete med att försöka skapa en marknad för OPS i Sverige. Inte minst kom detta till uttryck i den marknadssondering som PwC genomförde under hösten 2007, cirka ett halvår innan det formella beslutet om OPS togs, vilket innebar ett möjliggörande för potentiella anbudsgivare att redan vid denna tidpunkt påbörja arbetet med anbudsprocessen, något som bekräftades av företrädare från Skanska.

Men även om denna marknadssondering genomfördes inom ramen för det avtal som projektorganisationen för NKS hade slutit med PwC, vilket vi visat i kapitel 4, visar våra iakttagelser på andra former av aktiviteter för att bryta ner och omförhandla kunskap och kompetens i projektorganisationen. Bland annat tog managementkonsulterna egna initiativ till att förankra idén om OPS hos de politiska partierna. Inte minst har vi visat hur konsultfirman EY under våren 2008 kom att engagera sig i utbildningar av landstingspolitiker i OPS, vilket skedde under så pass många tillfällen att det inte kan ha undgått vare sig förvaltningen eller styrelsen i landstinget. Detta stöder slutsatsen att managementkonsulter ofta nyttjas mer informellt av beslutsfattare inom offentlig förvaltning för att minska motstånd i beslutsproces-ser och skapa legitimitet för alternativ och förändringsprocesser (Kirkpatrick et al., 2018).

Men det institutionella arbetet med att ställa om projektorganisationen till en marknadsorien-terad organisation handlade också om att från NKS-kansliets sida hantera och organisera det arbete som managementkonsulterna genomförde. Detta illustreras inte minst av att EY:s utredningsarbete till en början ansågs som allt för analytiskt och inte tydligt satte ner foten i frågan om OPS. Här kunde konsulternas arbete uppfattas som kritiskt mot OPS-idén och marknadens potential, vilket även manifesterades i PwC:s tidigare rapport som låg mer i linje med de politiska ambitionerna med NKS. Detta löste sig när konsultfirman EY på inrådan av

NKS-kansliet fick möjlighet att förtydliga sina synpunkter och slutligen leverera en rapport som inte kunde tolkas på annat sätt än som ett tydligt ställningstagande *för* en OPS-lösning.

Omprioriteringen från förvaltningsansvar mot marknadskunskap med fokus på funktionsbeskrivande och marknadskommunikativ kompetens tog sig vidare uttryck i vad som närmast kan beskrivas som konventionell marknadsföring inom projektorganisationen. Här genomfördes bland annat PR-resor i syfte att dels främja kunskapsproduktionen för OPS via inhämtandet av erfarenheter och kunskap från andra länder, dels på ett i marknadsföringstermer mer personligt och trovärdigt plan sälja in och kommunicera med internationella aktörer om de affärsmöjligheter som NKS innebar. På hemmaplan anordnades Arlanda ”Market Day”, där representanter från NKS-förvaltningen och styrande politiker framstod som hänförda av det intresse som potentiella anbudsgivare visade. Men den omprioritering av kompetens som kom till uttryck i legitimeringsarbetet för OPS karaktäriserades även av en mer grundläggande form av identitetsarbete inom organisationen, vilket utgör fokus för diskussionen härnäst.

Legitimering via främjandet av elitism och policyprofessionalitet

I förgående kapitel visade vi att det tidigt i beslutsprocessen för upphandling och finansiering av NKS initierades ett identitetsarbete understött av managementkonsulter inom förvaltningsorganisationen. Här låg fokus identitetsmässigt på kundbegreppet och vilka behov organisationen ”som kund” på marknaden har samt hur dessa kan preciseras i en funktionsbeskrivning som underlag till upphandlingsprocessen. Kapitel 4 visar vidare att det redan från början, under 2006–2007, skedde ett aktivt arbete i landstinget för att statusmässigt ’lyfta’ projektorganisationen för NKS i förhållande till landstingsförvaltningen i övrigt för att på så sätt ge den mer kraft att agera i beslutsprocessen för OPS. Detta arbete mynnade under våren 2008 ut i skapandet av den särskilda och mer ”exekutiva” och ”exklusiva” NKS-förvaltningen.

Att ställa om till en marknadsorganisation var tätt sammanflätat med att organisationskulturen i NKS-förvaltningen i många bemärkelser präglades av vad som i litteraturen beskrivs som ’elitism’. Elitism kommer ofta till uttryck i identitetsarbete bland individer inom organisationer när de tillskrivs och tillskriver sig själva prestige, privilegier och ekonomiska fördelar gentemot andra aktörer i den institutionella omgivningen (Alvesson & Robertson, 2006). Detta kan få konsekvenser inte minst för hur olika former av beslut och praktiker får legitimitet, vilket därmed är relaterat till uppkomsten av nya maktrelationer (O’Mahoney & Sturdy, 2016). Den

image som skapades kring NKS-förvaltningen tog sig bland annat uttryck i att den av många i och kring landstinget ansågs vara en mycket speciell enhet med till synes ”obegränsad budget” att bedriva sin verksamhet, vilket bland annat ledde till att många så det som åtråvärt att arbeta i organisationen.

Identitetsarbetet illustreras inte minst av själva skapandet av NKS-förvaltningen, då projektorganisationen. Till denna nya förvaltning, som fick mer självbestämmande gentemot landstingsstyrelsen än andra förvaltningar, rekryterades sedan personer som i många fall var i början av sina karriärer och villiga att arbeta ihärdigt för att vara en del av denna ’exklusiva skara’ av medarbetare inom landstinget. Rekryteringsstrategin kan ses som en form av institutionellt arbete, vilket innebär att generera stöd för en idé eller praktik genom att skapa koalitioner och nätverk för att omförhandla institutioner (Perkmann & Spicer, 2008). I denna bemärkelse innebar arbetet i hög grad skapandet av vad Garsten med flera (2015) beskriver som policyproffesionalitet. Här främjades en organisation med särskilt utvalda tjänstepersoner på centrala poster som idéutvecklare.

Enligt forskningen om policyprofessionella är omfattningen av dessa i betydelsen ”politiska tjänstepersoner” mindre i landstinget jämfört med i staten, även om andelen har ökat över tid (Ivarsson Westerberg & Nilsson, 2009). Stockholms läns landstings politiska tjänstepersoner är dessutom i regel kopplade till partiernas landstingsråd, inte direkt till landstingsförvaltningen. Landstingsdirektören tycks däremot vara en post som åtminstone i viss utsträckning har en politisk prägel. Nyligen, i januari 2019, har exempelvis Region Stockholm infört tidsbegränsade förordnanden för regiondirektören som sammanfaller med den fyråriga mandatperioden. En sådan kvalificering av landstingsdirektören som mer uttalad ”politisk tjänsteperson” har tidigare även tillämpats i praktiken. Som vi såg i studien anställde den Alliansledda landstingsstyrelsen ganska snart efter valet och maktskiftet en ny landstingsdirektör med erfarenhet från endast Alliansledda kommuner och landsting. Även om landstingsdirektören inte hade någon formell koppling till ett politiskt parti rekryterades denna person från ett annat Alliansstyrt landsting direkt av det moderata landstingsrådet i Stockholm. I det avseende är det rimligt att kvalificera denna landstingsdirektör under den studerade perioden som policyprofessionell (jfr Garsten et al., 2015).

I processen att inrätta NKS-förvaltningen som en separat förvaltning med hög status i relation till övrig landstingsförvaltning finns det också tecken på att man i hög grad rekryterade

personer med policyprofessionalitet, anställda för att bedriva politik, hellre än förmodat ’neutrala’ administratörer och byråkrater. Personer handplockades från utvalda delar av landstingsförvaltningen och från externa organisationer för att driva OPS-frågan i mål innan mandatperioden var slut. Bland cheferna på NKS-förvaltningen fanns det uppenbarligen en hög grad av lojalitet med politikområdet och OPS-idén, vilket enligt forskningen om staten innebär att tjänstepersoner i många fall kan betecknas som ”aktivister” (Premfors & Sundström, 2007, s. 152), där anställda i förvaltningen drev de frågor som de är personligen var övertygade om var ”rätt” (jfr Daléus, 2012) och som vidare rättfärdigades i relation till den elitism som präglade projektet. Genom att landstingsförvaltningen i stor utsträckning kom att befolkas av tjänstepersoner med politiska drivkrafter ökade möjligheterna för så kallad ”mikrostyrning” (Jacobsson m.fl. 2015) mellan ansvariga politiker i FoUU-utskottet och rekryterade chefer i NKS-förvaltningen, eftersom de enades i en lojalitet mot själva OPS-idén. Mikrostyrningen innebär också att centrala beslut att driva processen vidare kunde fattas i informella och avskilda sammanhang, utan att lämna tydliga spår i landstingsarkivet.

En central egenskap hos en del policyprofessionella är att omvandla expertkunskap till för organisationen användbara ställningstaganden (Garsten et al., 2015, s. 11). Som en form av institutionellt arbete för att främja OPS som managementidé inom landstingsförvaltningen, kom därmed expertkunskapen att via policyprofessionalitet inom NKS-förvaltningen att omvandlas till relevanta och legitima ställningstaganden och ståndpunkter. Och det var kanske i denna bemärkelse som projektorganisationen framförallt gav uttryck för en elitistisk organisationsidentitet. NKS-förvaltningen karaktäriserades i stort av högpresterande individer som tillsammans med managementkonsulter, som i forskningen metaforiskt har beskrivits som ”the best and the brightest” (Alvesson & Robertson, 2006), arbetade hårt och engagerat för att framställa ställningstaganden och ståndpunkter om OPS som politiskt relevanta och legitima oavsett kritik och ifrågasättanden. I likhet med Alvesson och Robertsons forskning (2006, s. 214) genererade den elitism som kom till uttryck i NKS-förvaltningens organisationskultur ett mer känslomässigt engagemang för organisationens mål hos de anställda. Kritik och ifrågasättande ansågs utifrån detta identitetsarbete som kontraproduktivt i organisationen. Forskningen om identitet i organisationer visar att dagens konsultbolag tenderar att attrahera ambitiösa individer med höga standarder och som är villiga att arbeta hårt mot organisationens mål (Ekman, 2013). En konsekvens av detta, som vi uppmärksammar i kapitel 4, är att denna effekt ’spiller över’ på organisationen där konsulterna är verksamma, i detta fall NKS-förvaltningen,

där motstånd och förekomsten av kritiska ståndpunkter mot OPS minskade genom medarbetarnas önskan att få vara en del av organisationen (jfr Smith, 2013).

Managementkonsulternas närvaro och involvering i beslutsprocessen medförde även att det skapades en elitidentitet för tjänstepersoner på nyckelpositioner inom NKS-förvaltningen och en bild utåt att ledningen var i samförstånd med konsulterna som innehavare av den ’riktiga’ kunskapen om finansiering och upphandling. I likhet med Visscher, Heusinkveld & O'Mahoney (2018), medförde en sådan elitidentitet för ledningen att beslutsprocessen anpassades efter den politiskt drivna inställningen att OPS ’var rätt väg att gå’. Detta illustreras i kapitel 4 inte minst av att projektorganisationens rekommendationer till landstingsfullmäktige mer eller mindre var, som en av respondenterna uttryckte det, ”en blåkopia” av de slutgiltiga konsultrapporterna samt att programdirektören ogillade alltför ”analytiska” ståndpunkter gällande OPS. Och på liknande sätt som managementkonsulterna nyttjades för att ställa om projektet till en mer tydligt definierad marknadsorganisation, där OPS idealiserades, hade dessa åtgärder även en de-legitimerande effekt på idén om samverkansentreprenad och landstingets fastighetsbolag Locum (jfr Mazza & Pedersen, 2004).

Legitimering via strategier för att hävda konkurrens i upphandlingen

Efter att NKS-förvaltningen hade inrättats 2008 visar kapitel 4 på en omfattande organisering relaterad till frågan om konkurrens, som exempelvis insatserna i NKS-förvaltningen för att ”sondera” och aktivt skapa en marknad för OPS i Sverige, som analyserats i föregående teman, men även upprättandet av ett så kallat ”referensobjekt” för att hävda konkurrens i den förhandlade upphandlingen. I det institutionella arbetet för att generera stöd för OPS urskiljer vi framförallt fyra olika strategier för att skapa en föreställning om konkurrens i upphandlingsprocessen: utformandet av formella rapporter; verbal kommunikation (eller helt enkelt ’prat’); arrangering av evenemang; samt upprättandet av ekonomiska kalkyler (jfr Brunsson, 1989). Samtliga strategier utgör således ett politiskt institutionellt arbete för legitimeringen av OPS-idén.

I konsulternas utredningar som diskuteras ovan används termen ”konkurrens” som något eftersträvansvärt och en förutsättning för en framgångsrik OPS-upphandling. Ett exempel på en sådan rapport var den ”marknadssondering” som managementkonsulter utförde 2007 på uppdrag av landstinget som ett led i att utreda förutsättningarna för en OPS-upphandling. Vid

den tidpunkten hade landstinget ännu inte fattat något beslut om OPS-upphandling och det var oklart huruvida ett sådant beslut faktiskt skulle komma att fattas. Likafullt konstaterade konsulterna att det fanns ett stort intresse från både svenska och europeiska byggföretag att delta i en kommande OPS-upphandling, men att det behövdes fler politiska åtgärder för att skapa en mer omfattande OPS-marknad i Sverige och därigenom också öka konkurrensen. Det rörde sig i första hand om löften från politiken om att det skulle bli fler OPS-projekt i framtiden, men även att det skulle finnas en bred uppslutning hos de politiska partierna kring OPS-lösningen för Nya Karolinska.

Konsultrapporten är onekligen präglad av krav på vad politiken borde göra för att säkerställa konkurrens. Det är förvisso inte ovanligt att myndigheter genom exempelvis utredningar ställer krav på vad den politiska ledningen bör göra, inte minst i avseende på frågor om konkurrens. Intressant i NKS-fallet är att dessa krav utformades av managementkonsulter, utan att ifrågasättas av förvaltningen. Studien visar däremot inte på vilka sätt kraven togs vidare inom projektorganisationen, men i efterhand står det klart att varken landstinget eller den svenska staten gick något krav till mötes. Mot den bakgrunden borde resultaten av konsulternas marknadssondering rimligen också ha bedömts. Men vi har inte sett någon formell diskussion inom NKS-förvaltningen om vad det innebar för konkurrensen att det inte blev någon bred politisk uppslutning för OPS-beslutet 2008.

Pratet om internationell konkurrens var däremot relativt omfattande efter att beslutet om att genomföra en OPS-upphandling hade fattats. Exempelvis berörde flera informationsfilmer som lades ut på projektorganisationens hemsida ämnet. Som vi konstaterade i kapitel 4 tycktes det finnas en etablerad uppfattning inom projektorganisationen om att det var ett stort intresse i den privata sektorn för att delta i OPS-upphandlingen, vilket borde leda till att landstinget skulle kvalificera minst tre anbudsgivare. Som institutionellt arbete tycks detta prat därmed även ha inverkat på beslutet som landstingsfullmäktige fattade i juni 2008, nämligen att genomföra en OPS-upphandling förutsatt att förväntad konkurrens kunde uppnås.

Även om konkurrens återkommande framhölls som centralt i diskussionerna om OPS hos de styrande politikerna, var NKS-förvaltningen involverad i hur och på vilket sätt detta prat var strukturerat. Detta utgör också en förklaring till att pratet om konkurrens från olika beslutsfattare inom landstinget var så pass synkroniserat. Strategin att tydligt styra *hur* det talades om konkurrens i relation till upphandlingsprocessen hade inte minst kopplingar till hur

konsulter uttryckte sig och rapporterade till NKS-förvaltningen, där både PwC och EY hade konstaterat och förankrat i projektorganisationen att det fanns goda förutsättningar för flera anbud i upphandlingsprocessen. Av betydelse för legitimeringen av OPS var därför inte bara att NKS-förvaltningen under denna period hade täta relationer med de anlitade konsultbolagen utan också hur dessa konsulter rättfärdigade och pratade om OPS-upphandlingen i och kring projektorganisationen. I en sådan miljö kan konsulternas sätt att prata om och beskriva den rådande konkurrenssituationen på ett relativt friktionsfritt sätt sprida sig till både tjänstemän och politiker, utan att lämna några spår i den formella dokumentationen.

Samtidigt som detta politiskt institutionella arbete kring konkurrensen kommunicerades via främst NKS-förvaltningen infördes, enligt bestämmelser i Offentlighets- och sekretesslagen, omfattande sekretess och tystnadsplikt kring själva upphandlingen. Alla som arbetade med upphandlingen behövde skriva under ett sekretessavtal, och det var relativt få som kunde överblicka processens samtliga delar. Informationen om att det endast fanns en intresserad anbudsgivare i OPS-upphandlingen stannade exempelvis inom en relativt liten krets av beslutsfattare. Därmed blev det möjligt inom landstinget att avskilja och särkoppla innehållet i de beslut som fattades kring OPS-upphandlingen från hur man utåt pratade i frågan. Detta relaterar till att det förmodligen bedömdes som en viktig strategisk åtgärd, för att gå vidare i den förhandlade upphandlingen, att säkerställa att kunskapen om att det endast fanns en anbudsgivare inte spred sig utanför den lilla kretsen. Dessutom skapade sekretessavtalen, som hotade med formella sanktioner för avtalsbrott, ytterligare en skyddsbarriär.

Att strategiskt göra skillnad mellan beslut och prat i organisationen kännetecknar det som av Brunsson (1989) har beskrivits som ”organiserat hyckleri”. Tendensen att särkoppla mellan kommunikation och formella beslut är vanligt förekommande inom organisationer (Brunsson, 1989; Bromley & Meyer, 2017) och grundar sig ofta i att det riktas oförenliga förväntningar mot organisationen från aktörer i den institutionella omgivningen. I fallet med projektorganisationen för NKS kan man tänka sig att såväl granskande media som företag i byggbranschen förväntade sig att många företag borde delta i en legitim OPS-upphandling. Pratet om konkurrens var därmed ett sätt att legitimera projektet i förhållande till framför allt dessa parter. Intern i landstinget fördes det däremot andra diskussioner, där exempelvis oförutsägbara händelser i omvärlden som den globala finanskrisen spillde in över processen att besluta om huruvida ett ensamt anbud i OPS-upphandlingen ansågs tillräckligt för att uppnå konkurrens. I kapitel 4 konstaterade vi att bilden av konkurrens förändrades i ljuset av finanskrisen. NKS-

förvaltningen konstaterade att man borde vara nöjda med att över huvud taget ha fått in ett anbud, eftersom de rådande ekonomiska omständigheterna innebar förhöjda risker för potentiella projektbolag att resa kapital för finansiering av bygget. Nu övergick strategin för hur man pratade om konkurrens till att framställa upphandlingsprocessen som att den i själva verket hade element av konkurrens, trots att så inte direkt var fallet. Även den förmodade konkurrenten Peab hade i ett brev till NKS-förvaltningen betonat att ett fåtal antal anbud inte ger goda förutsättningar för konkurrens, och därigenom minskade möjligheter för landstinget att nå uppställda mål med OPS-upphandlingen.

Ytterligare en strategi för att skapa och illustrera konkurrens i legitimeringsprocessen för OPS var att arrangera evenemang. Det offentliga mötet på Arlanda som gick under namnet ”Market day” gjorde det förmodligen möjligt för NKS-förvaltningen att effektivt sprida en enhetlig information om OPS-upphandlingen till ett stort antal potentiella intressenter. Men Arlanda-mötet kan även beskrivas som en taktik för att upprätthålla bilden av att upphandlingsprocessen präglades av konkurrens. Och denna illustration, eller till och med illusion, av konkurrens påverkade hur landstinget slutligen skulle uppfylla beslutet om att uppnå förväntad konkurrens. Att hundratals företagsrepresentanter deltog i evenemanget sågs som ett landmärke i NKS-förvaltningens organisering av upphandlingsprocessen. Även om endast ett av dessa företag slutligen deltog i upphandlingen, skapade evenemanget på Arlanda en bild av att konkurrens styrde processen för upphandlingen av NKS.

Den fjärde strategin för att skapa konkurrens var att inrätta system i NKS-förvaltningen för att kalkylera fiktiva byggkostnader i den förhandlade upphandlingen. I avsaknaden av faktiska konkurrenter fyllde det så kallade referensobjektet en central roll i att stärka bilden av konkurrens i förhandlingarna med den enda anbudsgivaren Skanska. Det är däremot oklart i vilken utsträckning denna strategi var framgångsrik. Vi har visat hur NKS-förvaltningen med hjälp av dessa kalkyler visserligen förhandlade ned priset till en nästintill acceptabel nivå. Samtidigt tillämpades en rad andra taktiker för att sänka priset, där man bland annat lyfte ut enskilda delar ur avtalet för att tillfälligt få ner kostnaderna vid avtalstillfället. Kalkylerna utgjorde således en viktig beståndsdel i arbetet med att legitimera den fortsatta upphandling, och att i efterhand – när det blev känt för omvärlden att det endast fanns en anbudsgivare i OPS-upphandlingen – kunna argumentera för att konkurrens trots allt hade uppnåtts.

Sammanfattningsvis tillämpades en rad strategier inom NKS-förvaltningen för att iscensätta konkurrens i upphandlingsprocessen. Mot den bakgrunden kännetecknades NKS-förvaltningen av att vara en ”konkurrensorganisatör”, som enligt Arora-Jonsson med flera är ”den som av någon anledning vill se till att det blir konkurrens” (2018, s. 20). I linje med denna forskning visar analysen att en rad initiativ inom projektorganisationen, varvid vi särskilt har lyft fram fyra strategier, syftade till att formera, värdera och kommunicera konkurrens, vilket i slutänden var centralt i legitimeringen av OPS.

6. Avslutande diskussion

Politisering riskerar att främja ”amatörförvaltning”

Sammantaget visar rapporten att organisationen av NKS-projektet i landstinget såväl som managementkonsulters tillträde och relation till projektorganisationen hade avgörande betydelse för hur OPS-idén legitimerades under processen att organisera för och upphandla Nya Karolinska. I den fördjupade analysen som presenterades i föregående kapitel konstaterade vi, *för det första*, att en omprioritering av kunskap och kompetens respektive ansvar med anledning av OPS innebar att NKS-förvaltningen gjorde sig starkt beroende av management-konsulter och andra externa aktörer med ”särintressen” för att hantera projektet. Konsulter bistod landstinget i det institutionella arbetet med att bryta ner och omforma etablerade praktiker i syfte att ge företräde åt den alternativa OPS-idén. I uppgiften att utreda, marknadsföra och argumentera för en OPS-lösning intog managementkonsulter rollen som ”idéodlare” (Czarniawska-Joerges, 1990). Genom att idealisera OPS i relation till den traditionella modellen för att driva byggnationsprojekt inom landstinget inverkade de på vilka beslut som initierades, bereddes och fattades i landstinget. Det var inte så att konsulter fattade beslut åt förvaltningen, men ur samverkan och utbyten med managementkonsulter kom avgörande beslut. Omständigheter uppstod i projektorganisationen för NKS som gjorde att en stor del av uppmärksamhet och ljus riktades mot OPS.

Analysen synliggjorde dessutom, *för det andra*, ett institutionellt arbete inom landstinget som främjande vad som beskrivits ovan som ’elitism’ inom projektorganisationen för NKS. Att NKS-förvaltningen tillskrevs prestige, privilegier och ekonomiska fördelar gentemot landstingets övriga förvaltning odlade en elitism även inom projektorganisationen. Denna organisationskultur bidrog bland annat till att kritik av och motstånd mot OPS ”hölls tillbaka”

i organisationen. Dessutom konstaterade vi att det institutionella arbetet karaktäriserades av policyprofessionalitet, där tjänstepersoner uppvisade en hög grad av lojalitet mot OPS-idén, vilket underlättade en partipolitisk mikrostyrning av NKS-projektet. Elitism och policyprofessionalitet inom projektorganisationen bidrog till legitimeringen av OPS som en normativt lämplig managementidé för NKS-projektet.

Slutligen, *för det tredje*, diskuterade vi i den fördjupade analysen ett institutionellt arbete i NKS-förvaltningen som manifesterades i olika strategier för att hävda och skapa konkurrens, genom vilket villkoren för upphandlingen ”omförhandlades” för att passa rådande omständigheter under OPS-upphandlingen. Konkurrens ska i detta avseende betraktas som ett styrmedel att legitimera OPS-idén och åstadkomma handling, snarare än som ett strukturellt förhållande som inverkar på exempelvis prisbildningen. Den senare formen av konkurrens blir i fallet med NKS-projektet synnerligen bristfällig och tom, eftersom det endast fanns ett anbud i upphandlingen. Konkurrens var däremot en viktig faktor för att legitimera det fortsatta OPS-arbetet. Dels i utredningsfasen, som resulterade i bedömningar om att det fanns omfattande och internationell konkurrens, dels under själva OPS-upphandlingen, med hjälp av sekretessförfaranden och ekonomiska kalkyler på ett referensobjekt.

Sammanfattningsvis visar rapporten att omprioriteringen av kompetens och ansvar, främjandet av elitism och policyprofessionalitet i landstingets förvaltning samt strategier för att hävda konkurrens utgjorde centrala aspekter i legitimeringen av OPS-idén. Detta skapade och upprätthöll en organisation där förvaltningschefer i hög grad anteciperade de styrande politikernas önskemål att genomföra en OPS-upphandling oavsett vilka problem, vilken kritik och vilka utmaningar som uppstod längs med vägen. Vi menar att en sådan tydlig politisering av landstingets förvaltning, förutsatt att den är generell eller växer i omfattning, främjar utvecklingen mot en ”amatörförvaltning” där, enligt Ivarsson Westerberg och Nilsson (2009, s. 327-328) noggrannheten tenderar att minska, lojaliteter splittras och perspektiv bli kortsiktiga. Ur ett amatörförvaltningsperspektiv framstår konventionella metoder som remissförfaranden och trögrörlighet i beslut som problematiska, föråldrade och ineffektiva. Mot bakgrund av rapportens resultat menar vi dock att den konventionella förvaltningen snarare behöver förstärkas i en tid då det blir allt vanligare att nyttja extern expertis i form av konsulter för styrning och offentlig organisation.

Beslutsblindhet – en oförmåga att upptäcka skeva intressen

Avslutningsvis vill vi lyfta blicken för att tala om beslut i landstingets förvaltning generellt. Beslutsblindhet är ett ord som kan användas för att beskriva en organisation med god kapacitet att både fatta beslut och verkställa projekt, men samtidigt uppvisar oförmåga att upptäcka skevhet och manipulering av viktiga ställningstaganden för verksamheten, alternativt uppvisar en uttalad avsikt att inte utforska och därmed räta ut dessa skeva omständigheter. I offentlig förvaltning kan beslutsblindhet vara tjänlig såväl som högst ofördelaktig – tjänlig genom att man får saker gjorda, men ofördelaktig genom att den kan äventyra såväl effektivitet och långsiktig bruklighet som olika demokratiska värden (insyn, delaktighet och ansvarsutkrävande).

I det korta perspektivet kan en politisk ledning mycket väl föredra en beslutsblind förvaltning. Reformer kan drivas igenom utan omfattande och kvalificerat utredningsarbete eller sedvanliga remissförfaranden och därmed verkställas inom en mandatperiod. Det finns ofta en övertygelse hos politiker om det rätta och riktiga i vissa alternativ. Samtidigt kan vi inte utgå från att politiker besitter expertkunskaper som ger besluten innehållslig kvalitet. Förvaltningen behövs således för att borga för ett rättssäkert och effektivt såväl som ett demokratiskt förfarande. Förvaltningen ska se till att den politiska organisationen inte fattar långsiktiga beslut som omvalda politiker inte längre ställer sig bakom när besluten väl ska genomföras och där det inte längre finns reella möjligheter att frångå fattade beslut.

Föreliggande rapport uppvisar att beslutsblindhet i många avseenden har präglat processen i Stockholms läns landsting att upphandla och finansiera Nya Karolinska enligt en OPS-modell. Redogörelsen visar att förloppen att utreda förutsättningarna för en OPS-upphandling samt att besluta om ett OPS-avtal och sedan förhandla fram ett avtal, alltsammans under mandatperioden 2006-2010, var synnerligen forcerad och legitimerades via externa parter med egna kommersiella intressen som inte redogjordes för på ett transparent sätt i arbetsprocessen. Ansvariga tjänstepersoner på lägre nivå i landstingsförvaltningen upplevde sig varken ha tid eller möjlighet att lyfta och utreda risker och villkor för OPS-modellen eller att arbeta igenom alla detaljer i avtalet när det väl skulle tecknas.

På ett övergripande plan är svaret på frågan varför Nya Karolinska upphandlades med ett OPS-avtal relativt rakt: det handlar till syvende och sist om valcykeln i den svenska demokratin.

Hade Alliansen inte tagit över det politiska styret i landstingen efter valet 2006 hade frågan om OPS av allt att döma inte lyfts tillbaka upp på den politiska dagordningen. Och hade valet 2010 inte varit i direkt antågande hade den ”tomma” konkurrensen i OPS-upphandlingen, problemen att tillmötesgå kostnadskraven i förhandlingarna samt motståndet som uttrycktes i landstingets förvaltning mot framför allt kostnaderna för den privata finansieringen troligtvis fått större genomslagskraft och därmed till och med förändrat förutsättningarna att driva igenom ett slutgiltigt OPS-beslut. Vad som hade hänt om valcykeln hade sett annorlunda ut, eller att den politiska apparaten inte hade tagit hänsyn till mandatperiodens början och slut, går förstås inte att utreda. Det är däremot troligt att NKS-projektet hade fått motta stora mängder av kritik oavsett upphandlingsmodell.

Referenser

Andersson, C., Erlandsson, M. och Sundström, G. (2017). *Marknadsstaten. Om vad den svenska staten för med marknaderna – och marknaderna med staten*. Liber.

Andersson, C. och Grafström, M. (2019). ”Att styra genom organisation. Exkludering, inkludering och villkorat deltagande i NKS-projektet”, delrapport till Region Stockholm. Stockholms universitet: Statsvetenskapliga institutionen och Score.

Anonym (2009, 6 oktober). Peab drar sig ur miljardbygge. *Mitt i Solna*

Anonym (2010, 5 maj). Skanska bygger nya Karolinska. *TT*.

Alexius, S., & Furusten, S. (Red.) (2019). *Managing Hybrid Organizations*. Palgrave Macmillan.

Alvesson, M., & Robertson, M. (2006). The best and the brightest: The construction, significance and effects of elite identities in consulting firms. *Organization*, *13*(2), 195-224.

Alvesson, M., & Sköldberg, K. (2017). *Reflexive methodology: New vistas for qualitative research*. Sage.

Arnould, E. J., & Cayla, J. (2015). Consumer fetish: Commercial ethnography and the sovereign consumer. *Organization Studies*, *36*(10), 1361-1386.

Arora-Jonsson, S., Blomgren, M., Forssell, A., & Waks, C. (Red.) (2018). *Att styra organisationer med konkurrens*. Studentlitteratur.

Bryman, A., & Bell, E. (2013). *Företagsekonomiska forskningsmetoder*. Liber.

Bexell, M., & Mörth, U. (Red.). (2010). *Democracy and public-private partnerships in global governance*. Springer.

Bromley, P., & Meyer, J. W. (2015). *Hyper-organization: Global organizational expansion*. Oxford University Press.

Bromley, P., & Meyer, J. W. (2017). “They are all organizations”: The cultural roots of blurring between the nonprofit, business, and government sectors. *Administration & Society*, *49*(7), 939-966.

Brunsson, N. (1989). *The organization of hypocrisy: Talk, decisions and actions in organizations*. John Wiley & Sons.

Börzel, T. A., & Risse, T. (2005). Public-private partnerships: Effective and legitimate tools of international governance. I Grande, E., & Pauly, L. W. (Red.) *Reconstituting Political Authority: Complex Sovereignty and the Foundations of Global Governance*. University of Toronto Press.

Costas, J., & Fleming, P. (2009). Beyond dis-identification: A discursive approach to self-alienation in contemporary organizations. *Human Relations*, *62*(3), 353-378.

Cyert, R. M., & March, J. G. (2002). *A behavioral theory of the firm*. John Wiley and Sons.

Czarniawska-Joerges, B. (1990). Merchants of meaning: Management consulting in the Swedish public sector. *Organizational symbolism*, 139-150.
Czarniawska, B., & Sevón, G. (1996). (Red.), *Translating organizational change*. Walter de Gruyter.
Dahl, R. A. (1961). *Who governs? Power and democracy in an American city*. Yale University Press.
Dahl, R. A. (1989). *Democracy and its Critics*. Yale University Press.
Daléus, P. (2012). *Politisk ledarskapsstil: Om interaktionen mellan personlighet och institutioner i utövandet av det svenska statsministerämbetet* (Doktorsavhandling, Statsvetenskapliga institutionen, Stockhoms universitet).
Djelic, M. L. (2006). Marketization: From intellectual agenda to global policy making. I Djelic, M. L., & Sahlin-Andersson, K. (Red.). *Transnational governance: Institutional dynamics of regulation*. Cambridge University Press.
Ekman, S. (2013). Fantasies about work as limitless potential – how managers and employees seduce each other through dynamics of mutual recognition. *Human Relations*, *66*(9), 1159-1181.
EY (2008). SLUTRAPPORT: Utvärdering av OPS som genomförande- och finansieringsform för NKS, 2008-03-28, Online [2018-02-07]: http://www.nyakarolinskasolna.se/globalassets/ops/ey_nks_ops_slutversion_28_mars_2008.pdf
Furusten, S. (2009). Management consultants as improvising agents of stability. *Scandinavian Journal of Management*, *25*(3), 264-274.
Furusten, S. (2013). Commercialized professionalism on the field of management consulting. *Journal of Organizational Change Management*, *26*(2), 265-285.
Furusten, S. (2013). *Institutional theory and organizational change*. Edward Elgar Publishing.
Furusten, S., Werr, A. (Red.). (2016). *The organization of the expert society*. Taylor & Francis.
Furusten, S., & Alexius, S. (2019). Managing Hybrid Organizations. In *Managing Hybrid Organizations* (pp. 333-360). Palgrave Macmillan, Cham.
Fyrberg-Yngfalk, A., & Yngfalk, C. (2019). Hybridity as Fluid Identity in the Organization of Associations. I Alexius, S., & Furusten, S. (Red.) *Managing Hybrid Organizations* (s. 109-128). Palgrave Macmillan, Cham.
Gallagher, I. (2009, 2 oktober). Delad syn på OPS. *Byggindustrierna*.
Garsten, C., Rothstein, B., & Svallfors, S. (2015). *Makt utan mandat: de policyprofessionella i svensk politik*. Dialogos förlag.
Graeber, D. (2011). Debt: The first five thousand years. *Melville House*.
Hall, P. (2012). *Managementbyråkrati: organisationspolitisk makt i svensk offentlig förvaltning*. Liber.
Harvey, D. (2007). *A brief history of neoliberalism*. Oxford University Press.
Hellowell, M., & Pollock, A. M. (2009). The private financing of NHS hospitals: politics, policy and practice. *Economic Affairs*, *29*(1), 13-19.
Ivarsson Westerberg, A. (2010). *Makthavare: i ministerns skugga*. Boréa.
Ivarsson Westerberg, A. I. & Nilsson, T. (2009). De dolda makthavarna – politiska tjänstemän i stad och stat. *Statsvetenskaplig tidskrift*, 111(4).
Jacobsson, B., Pierre, J. och Sundström, G. (2015). *Governing the Embedded State. The Organizational Dimension of Governance.* Oxford University Press.
Junker, S. (2003). Ett läkemedels öde: dumpning i en politisk soptunna. *Score (Stockholms centrum för forskning om offentlig sektor) working paper*.
Junker, S. (2014). *Att skapa gemenskap hur beslut fattas i en EU-myndighet*. (Doktorsavhandling, Department of Management and Organization, Handelshögskolan i Stockholm)
Junker, S., & Yngfalk, C. (2018). *Vägen fram till beslutet om offentlig-privat samverkan för Nya Karolinska Solna*. Statsvetenskapliga institutionen, Stockholms universitet.
Kingdon, J. W. (1984). *Agendas, alternatives, and public policies*. Little, Brown.
Kirkpatrick, I., Sturdy, A. J., Alvarado, N. R., Blanco-Oliver, A., & Veronesi, G. (2019). The impact of management consultants on public service efficiency. *Policy & Politics*, *47*(1), 77-96.
Lawrence, T. B., Suddaby, R., & Leca, B. (Red.). (2009). *Institutional work: Actors and agency in institutional studies of organizations*. Cambridge university press.
Lawrence, T. B., Leca, B., & Zilber, T. B. (2013). Institutional work: Current research, new directions and overlooked issues. *Organization Studies*, *34*(8), 1023-1033.
Leigard, V. (2010, 3 mars). Byggjättar nobbar nytt storsjukhus. *Dagens industri*.

Mazza, C., & Pedersen, J. S. (2004). From press to e-media? The transformation of an organizational field. *Organization Studies*, *25*(6), 875-896.
Meyer, J. W., & Rowan, B. (1977). Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. *American journal of sociology*, *83*(2), 340-363.
Oliver, C. (1991). Strategic responses to institutional processes. *Academy of management review*, *16*(1), 145-179.
O'Mahoney, J. (2007). The diffusion of management innovations: The possibilities and limitations of memetics. *Journal of Management Studies*, *44*(8), 1324-1348.
O'Mahoney, J., & Sturdy, A. (2016). Power and the diffusion of management ideas: The case of McKinsey & Co. *Management Learning*, *47*(3), 247-265.
Perkmann, M., & Spicer, A. (2008). How are management fashions institutionalized? The role of institutional work. *Human Relations*, *61*(6), 811-844.
Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2011). *Continuity and change in public policy and management*. Edward Elgar Publishing.
Powell, W. W., & DiMaggio, P. J. (Red.). (2012). *The new institutionalism in organizational analysis*. University of Chicago press.
PwC, (2007a). Utvärdering av alternativa lösningar för finansiering och drift av Nya Karolinska Solna, Online 2018-02-07: http://www.nyakarolinskasolna.se/globalassets/dokument/ls-0710-1126-huvudrapport.pdf
PwC, (2007b). Bilaga, Utvärdering av alternativa lösningar för finansiering och drift av Nya Karolinska Solna, Online 2018-02-07: http://www.nyakarolinskasolna.se/contentassets/e9b20c32d91945dcad0d96be02a0377f/ops-bilaga.pdf
Premfors, R., & Sundström, G. (2007). *Regeringskansliet*. Liber.

Riksrevisionen (2018). Staten som inköpare av konsulttjänster – tänk först och handla sen (RiR 2018:20).
Sahlin-Andersson, K., & Engwall, L. (2002). *The expansion of management knowledge: Carriers, flows, and sources*. Stanford University Press.
Scott, W. R. (2008). *Institutions and organizations: Ideas and interests*. Sage.
Stockholms läns landsting [SLL]. (2002). Rapport från utredningen om nytt universitetssjukhus, 2002-11-15.
SLL. (2004). Utredningen om Stockholms SjukvårdsStruktur, 3 S, med tjänsteutlåtande i landstingsstyrelsen (dnr: LS 0409-1729), 2004-09-28.
SLL. (2006). Särskilt uttalande (M, FP, KD), 2006-09-19, ärende 14.
SLL. (2008a). Informationsfilmer, Online 2018-08-31: http://www.nyakarolinskasolna.se/
SLL. (2008b). Powerpoint-presentation, "New Karolinska Solna University Hospital: Information Meeting PPP procurement Stockholm Arlanda 3 October 2008".
SLL. (2008c). NKS-förvaltningens årsbokslut 2008.
SLL. (2008d). NKS-förvaltningens årsbokslut 2010.
SLL. (2008e). "NYA KAROLINSKA SOLNA: Informationspromemoria OPS-upphandling, Oktober 2008"
SLL. (2010a). Landstingsstyrelsens FoUU-utskott, protokoll 2010-03-08/16, 7/2010, bilaga §26.
SLL. (2010aa). Landstingsstyrelsens FoUU-utskott, protokoll 2010-05-18, 7/2010, bilaga 1.
SLL. (2010b). "NYA KAROLINSKA SOLNA: NKS-rapport 1 - maj 2010, Beskrivning av OPS-upphandling".
SLL. (2010c). Landstingsrevisorerna, Projektrapport Nr 10/2010, "Offentlig Privat Samverkan, Nya Karolinska Solna"
SLL, dnr. LS 0502-0309, 2005-05-10
SLL, dnr. LS 0612-2069, 2007-01-15
SLL, dnr. LS 0804-0429, 2008-04-14
SLL, dnr. LS 0710-1039, 2007-11-22
SLL, dnr. LS 0807-0705, 2008-08-14
SLL, dnr. LS 0809-0870, 2008-10-03
SLL, dnr. LS 0810-0948, 2008-10-16

SLL, dnr. LS 0810-0948, 2009-09-22
SLL, dnr. LS 0901-0053, 2009-02-03
SLL, dnr. LS 0809-0870, 2008-09-05
SLL, dnr. LS 0809-0870-13, 2008-12-12
SLL, dnr. LS 0809-0870-31, ej daterat (”Sekretessförbindelse”)
SLL, dnr. LS 2015-1062, 2016-05-13
Smith, I. S. (2013). Management consultants at work with clients: Maintenance and contestation of elite status. In *The Anthropology of Elites* (pp. 207-226). Palgrave Macmillan, New York.
Stone, D., & Ladi, S. (2015). Global public policy and transnational administration. *Public Administration*, *93*(4), 839-855.
Sturdy, A., & O’Mahoney, J. (2018). Explaining national variation in the use of management consulting knowledge: A framework. *Management Learning*, *49*(5), 537-558.
Svallfors, S. (2017). Knowing the game: motivations and skills among partisan policy professionals. *Journal of Professions and Organization*, *4*(1), 55-69.
Svallfors, S., & Tyllström, A. (2017). Lobbying for Profits: Private Companies and the Privatization of the Welfare State in Sweden. *Institute for Futures Studies working paper*.
Ullström, A. (2011). *Styrning bakom kulisserna: Regeringskansliets politiska staber och regeringens styrningskapacitet* (Doktorsavhandling, Statsvetenskapliga institutionen, Stockholms universitet).
Visscher, K., Heusinkveld, S., & O'Mahoney, J. (2018). Bricolage and identity work. *British journal of management*, *29*(2), 356-372.
Yngfalk, C. (2012). *The constitution of consumption: food labeling and the politics of consumerism* (Doctoral dissertation, Stockholm School of Business, Stockholm University).

Oklarhet som förändringsstrategi:
NKS-projektet och idén om den högspecialiserade vården

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

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

Innehållsförteckning

Inledning ... 3
Om betydelsen av idéer och oklarhet som strategi i megaprojekt ... 5
Metod och material ... 9
Högspecialiserad vård och de formativa åren före NKS-förvaltningen ... 10
NKS-förvaltningens första år: Att definiera högspecialiserad vård ... 14
Idén möter praktiken – oklarheten synliggör och förstärker konflikt ... 19
NKS som import – internationella vs svenska förutsättningar och behov ... 20
Nivåstrukturering av vården med NKS som nav ... 22
Interorganisatorisk fråga – ett eller två sjukhus? ... 27
Idén används för att rättfärdiga fortsatt otydlighet ... 30
Idén försvagas – oklarheten i konflikt med krav på planering ... 33
Den politiska oppositionen hand i hand med HSN-förvaltning ... 34
De fackliga organisationerna upprepar sin kritik ... 35
Det lilla sjukhuset blir större – existerande struktur betonas ... 37
Idén tappar sin kraft – drömmarna som gick i kras ... 39
Slutsatser och diskussion ... 44
Referenser ... 47

Inledning

Frågan om hur den högspecialiserade vården bäst organiseras har beskrivits som något som kan leda till ”inbördeskrig” i svensk sjukvård (Dagens Medicin 2017a) och rubricerades som ”den stora sjukhusstriden” i SVT:s Dokument inifrån våren, 2018. I november, 2017, lade regeringen ett förslag till riksdagen om en ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården (Prop. 2017/18:40). Förslaget grundas på betänkandet ”Träning ger färdighet – koncentrera vården för patientens bästa” (SOU 2015:98); ett betänkande som har debatterats flitigt och även kritiserats skarpt för att innehålla flera brister. Debatten handlar i hög grad om hur den högspecialiserade vården bär med sig krav på att nivåstrukturera och koncentrera vården. Dessa krav har lett till farhågor om att inte få vara med – om att det bara är ett begränsat antal sjukhus som är aktuella för den här typen av sällansjukvård. Idén om den högspecialiserade vården tenderar därför att skapa en konkurrenssituation mellan sjukhus (jfr Dagens Medicin 2017b), synliggöra delade meningar om dess konsekvenser för patientsäkerhet (t. ex. Läkartidningen 2018), och väcka frågor om huruvida en ökad koncentration riskerar att leda till en mer ojämlik vård (Dagens Medicin 2018a). Klart är att en ytterligare nivåstrukturering av svensk sjukvård och synen på, samt organiseringen av, den högspecialiserade vården är känsliga frågor som lätt leder till meningsskiljaktigheter.

Liknelsen vid ”inbördeskrig” kan översättas till den roll som den högspecialiserade vården har spelat i utformningen och genomförandet av megaprojektet Nya Karolinska Solna (NKS). Trots att planerandet av verksamhetsinnehållet var ett av tre uppdrag som gavs NKS-förvaltningen – den särskilda organisation som initialt fick ansvar för att leda projektet – fattades dock inga beslut som preciserade innehållet närmare under dess tid (de två andra uppdragen handlade om upphandlingen av det nya sjukhuset [se Yngfalk & Junker 2019] och att ansvara för genomförandet av själva byggnationen). I en av de få studier som finns publicerade om NKS-projektet menar Öhrming (2017) att processen kan förstås som att den har genomförts ”baklänges”: I stället för att först besluta om funktionen – för att därefter designa själva sjukhusbyggnaden – har Stockholms läns landsting (SLL, numera Region Stockholm) sjösatt ett projekt med uppgift att bygga ett ”påkostat sjukhus utan att på förhand ordentligt klargöra vårdbehoven i länet och utan att bestämma ett verksamhetsinnehåll annat än i allmänna ordalag” (Öhrming 2017, sid. 17). Det har riktats kritik mot ansvariga för att de inte tydligare angav vilken typ av vård som faktiskt skulle flytta in i det nya huset. Verksamhetsinnehållet har även

beskrivits som särskilt känsligt att fatta beslut om – något som skulle kunna motivera ansvariga att knuffa tuffa beslut på framtiden för att så långt det är möjligt undvika just ett ”inbördeskrig”.

Mot denna bakgrund är syftet med den här undersökningen att förklara hur och varför beslut om det mer precisa verksamhetsinnehållet kunde skjutas på framtiden under den tid NKS-förvaltningens var verksam. Vi visar att själva idén om den högspecialiserade vården åtminstone delvis förklarar varför verksamhetsinnehållet hölls – och kunde hållas – öppet och odefinierat. Därigenom fick idén om den högspecialiserade vården betydelse inte bara för verksamhetsinnehållet i NKS-projektet, utan påverkade också förutsättningarna för planeringen i bredare termer både för det nya sjukhuset och för hela regionens sjukvård. Vår analys fokuserar på åren mellan 2008 och 2012; de år då den särskilda förvaltningsorganisationen, NKS-förvaltningen, existerade (för mer om förvaltningsorganisationen, se Andersson & Grafström 2019; Öhrming 2017).

Vi tar avstamp i tidigare forskning som har visat att idéer – i samspel med aktörer, regler och organisation – formar beslutsprocesser i stora, komplexa förändringsprocesser (t. ex. Blomquist & Jacobsson 2002; Svensson 2017). Vårt teoretiska ramverk är främst hämtat från organisatorisk institutionell teori som tar utgångspunkt i att idéer både kan skapa och begränsa handlingsutrymme och därigenom också forma maktstrukturer och relationer. Idéerna själva är inte av naturen givna, utan formas och omformas – ofta i konfliktfyllda processer – genom aktörers handlande. En idé kan ges kraft och skapa både en känsla av konsensus och möjlighet till inkludering av motstridiga intressen genom oklarhet. Oklarhet kan därför vara en framgångsrik diskursiv strategi i att initiera och förankra radikal organisationsförändring (Gioia et al. 2012; Sahlin-Andersson 1989). Samtidigt kan oklarheten – om den tillåts bestå över tid – skapa problem och sätta käppar i hjulet för genomförandet av samma förändring.

Vi är särskilt intresserade av att förstå och förklara vad som händer i mötet mellan idén och praktiken – ett möte som blev konsekvensrikt: När (politikens och) projektledningens syn på NKS som ett högspecialiserat nav för regionens sjukvård mötte de berörda organisationernas intressen och ambitioner framträdde tydliga konfliktlinjer och motstridiga intressen. Otydligheten från projektledningen kritiserades av berörda parter – inte minst från Karolinska universitetssjukhuset (Karolinska) och andra sjukhus i regionen som önskade planera för framtida beläggning, men även av till exempel fackliga organisationer, Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (HSN-förvaltning) och den politiska oppositionen. Vi visar att

samtidigt som idén om den högspecialiserade vården erbjöd dåvarande projektledning möjlighet att *rättfärdiga* ett öppet förhållningssätt och att skjuta beslut kring konkretiseringar om innehållet på det nya sjukhuset på framtiden, kom denna öppenhet att senare skapa problem för realiseringen av den initiala visionen om det lilla, högspecialiserade sjukhuset.

I nästa avsnitt presenterar vi mer i detalj de teoretiska utgångspunkterna för vår studie. Vi visar på betydelsen av idéer för organisering och styrning av megaprojekt som NKS och utvecklar i vilken mån oklarhet kan vara en framgångsrik strategi för att initiera och driva på förändringsprocesser. Därefter redogör vi för hur vi har genomfört studien som baseras på en dokumentanalys och intervjuer med centrala personer verksamma under tiden för NKS-projektet. Efter en redogörelse för både det sammanhang som NKS-projektet kan förstås som del av (ett komplext, professionsstyrt och många gånger svårföränderligt sjukvårdssystem) och de värden som formades redan inför beslutet om att bygga ett nytt sjukhus, och som i hög grad blev ingångsvärden vid den formella starten av NKS-förvaltningen i april 2008, presenterar vi vår analys i fem separata avsnitt. Idén om den högspecialiserade vården följs kronologiskt med start i (1) NKS-förvaltningens första rapport om verksamhetsinnehåll (våren 2009), (2) en remissrunda från centrala, berörda parter (hösten 2009), (3) det tjänsteutlåtande som NKS-förvaltningen presenterade i slutet av 2009, (4) ytterligare remissvar (våren 2010), och (5) NKS-förvaltningens sista förslag till verksamhetsinnehåll (våren 2011) samt beslutet om att lägga ned NKS-förvaltningen för att flytta över ansvaret kring frågorna om innehållet till sjukhusledningen vid Karolinska. I rapportens sista avsnitt redogör vi för varför idén om den högspecialiserade vården försvagades över tid och diskuterar tre centrala faktorer som i samverkan med varandra försvårade arbetet med att omsätta visionen om det nya sjukhuset fullt ut i praktiken.

Om betydelsen av idéer och oklarhet som strategi i megaprojekt

Att beslutsprocesserna är komplexa och svårnavigerade är särskilt tydligt i stora, omfattande projekt som spänner över tid – sådana som vi i det här projektet förstår som megaprojekt och som ibland också har benämnts som ”extraordinära projekt” (se t.ex. Blomquist & Jacobsson 2002; Jacobsson 1994; Sahlin-Andersson 1989; Svensson 2017). I sådana megaprojekt tenderar beslutsprocesserna att karaktäriseras av många olika intressen, hög osäkerhet och att projektets utveckling och genomförande är svårt att planera. Det är i hög grad en beslutsprocess som utvecklas över tid genom att förutsättningarna förändras och nya tolkningar görs. I sin studie

om verksamhetsinnehållet vid NKS visar Öhrming (2017, sid. 12) att politiker och tjänstepersoner även i detta projekt har ”krånglat sig fram” till beslut.

I den här rapporten visar vi att vilka som har deltagit i – och karaktären på – ”krånglandet” har tagit sig olika uttryck under projektets gång. Precis som organisationer och organisering måste även beslut förstås i sitt sammanhang och utifrån ett historiskt perspektiv. Beslutsprocesser är reglerade, organiserade och idéstyrda samt involverar individer och organisationer med anspråk på ett visst utfall, med önskningar och intressen (Blomquist & Jacobsson 2002). I stora, komplexa beslutsprocesser – som i megaprojekt – kan antalet involverade aktörer vara stort och många gånger ha olika, motstridiga intressen. Sahlin-Andersson (1989) betonar att problem, eller lösningar i en beslutsprocess inte är givna, utan något som de involverade aktörerna konstruerar över tid. Erfarenheter, intressen och sammanhang påverkar vad som framstår som viktigt, problematiskt och vad som förstås som tänkbara och möjliga lösningar.

”Idé” som begrepp har förståtts på olika sätt i organisationsstudier. Det har till exempel gjorts studier av hur idéer rörande organisationers ledning och styrning – som balanced scorecard, TQM och Lean – sprids och översätts i olika typer av organisationer (Czarniawska & Sevón 1996; Rövik 2008; Sahlin-Andersson & Engwall 2002) och i sjukvårdsorganisationer specifikt (Eriksson 2005; Fredriksson et al. 2015; Walshe 2009). I sin studie av de stora infrastrukturprojekten Öresundsbron och Hallandsåsen visar Blomquist och Jacobsson (2002) hur idéer om tillväxt, regioner, sökande efter en europeisk identitet och samhörighet samt miljö samverkade och tillsammans påverkade riktning och utfall i beslutsprocesserna. De visar hur de involverade aktörernas handlande på ett eller annat sätt måste avspegla ”idéer som vid de aktuella tidpunkterna uppfattas som legitima” och att ”aktörernas framgång berodde i hög grad på att de förmådde skapa koalitioner kring för tillfället dominerande idéer” (Blomquist & Jacobsson, 2002, sid. 110). Även ”best practice” och ”världsklass” har identifierats som centrala idéer som påverkar och styr aktörer – inte minst inom hälso- och sjukvårdssektorn (t.ex. Ramirez et al. 2016); idéer som, tillsammans med planering för framtidens sjukvård i regionen och samverkan med forskning och utbildning, har spelat tydlig roll även i NKS-projektets utformning (jfr Qvist & Johannesson 2018; Öhrming 2017).

I megaprojekt som NKS är tidsperspektivet långt. Qvist och Johannesson (2018) visar hur initiativ och ambitioner så långt tillbaka som i slutet av 90-talet lade grunden för, och till viss del också blev ingångsvärden till, NKS-projektet; idéer som sedan kom att förändras över tid.

Hur en idé förstås och vilken betydelse den har för involverade och berörda parter ändras ofta under projektets gång och det som var självklara ingångsvärden behöver inte vara det genom hela projektet:

> Idéer styr vad som är möjligt att göra. Över tiden förändras också denna föreställning om vad som är möjligt. Den som följer diskussionerna om beslutsprocesser över en lång tid kan se att idéerna om varför en lösning är bra eller ej ofta förändras över tiden (Blomquist & Jacobsson, 2002, sid. 32).

Idéer skapar därmed både aktiviteter och identiteter. Blomquist och Jacobsson beskriver det som att man ofta lär sig både ”vad man vill” och ”vem man är” genom sådana idéer. De visar också att idéer skapar aktörer och exemplifierar med miljöfrågan. Idén om att miljö är viktigt har till exempel lett till att vi i dag har både Naturvårdsverket och kommunala miljöförvaltningar.

I komplexa megaprojekt som pågår under många år och som har att hantera olika aktörers intressen och viljor visar tidigare studier att oklarhet (på eng. *ambiguity*), osäkerhet och formbarhet kan vara en framgångsrik strategi (Gioia et al. 2012; Grafström & Tamm Hallström 2016; Sahlin-Andersson 1989). Att undvika att konkretisera idéer – och att undvika att fatta beslut – skapar möjlighet till inkludering och att till synes tillmötesgå olika intressenters ibland till och med motstridiga önskemål. Gioia et al. (2012, sid. 368) menar att i stället för att börja en förändringsprocess ”into an illdefined unknown with a constellation of wary and worried constituents, it is safer to frame change in terms that can encompass as many stakeholders’ interests as possible”. Så fort något behöver skrivas fram, tydliggöras och beslutas riskerar det att finnas aktörer som är mindre nöjda med utfallet och det blir tydligt vad som inte får plats, vad som behöver väljas bort och vem som behöver göra uppoffringar. Specifika mål och prioriteringar gör att vissa aktörer automatiskt blir exkluderade. Gioia et al. (2012, sid. 370) argumenterar för att ”visionär oklarhet” är särskilt kritisk i samband med förändringar som syftar till att påverka själva kärnan eller grunden för verksamheten – vilket kan jämföras med de initiala ambitionerna om att NKS skulle transformera sjukvården i regionen, och kanske även i hela landet.

De politiska drömmarna om att skapa ett nytt högspecialiserat sjukhus i världsklass blev genom sådan ”visionär oklarhet” något som alla – oavsett organisatorisk eller professionell tillhörighet

och politisk färg – kunde ställa sig bakom. Vi kan förstå det som att en ”abstrakt, diskursiv enighet skapades, trots att det fanns betydande underliggande konflikter” (Blomquist & Jacobsson 2002, sid. 22). Visioner om att bli bland de tio bästa eller i världsklass inom något område är starka symboler som på en och samma gång ger utrymme både för konsensus och motstridiga intressen (Gioia et al. 2012). De är tillräckligt tydliga för att skapa en känsla av att tillhöra någon form av elit samtidigt som berörda aktörer kan göra sina egna tolkningar – utifrån, och såsom det passar, den egna situationen. Visionen om ett högspecialiserat universitetssjukhus i världsklass var inte heller något som väckte motstånd – utan något som vi kommer att visa att även kritiska röster ställde sig bakom. Sådan ”visionär oklarhet”, menar Gioia et al. (2012, sid. 368), skapar alltså en grund för att få igång omfattande och radikala förändringsprocesser.

Genom att följa idén om den högspecialiserade vården illustrerar vi i den här rapporten hur konsensus – på ett abstrakt, diskursivt plan – skapades trots att det fanns starka intressen som stod i motsats till varandra. Eftersom idén om högspecialiserad vård per definition presenteras som beroende av öppenhet – där detaljerade förteckningar över vårdområden inte ansågs möjliga – kan idén förstås som ett slags diskursiv strategi som NKS-förvaltningen använde sig av. Genom att hänvisa till att högspecialiserad vård ständigt behövde förändras och justeras i relation till den medicinsktekniska utvecklingen, rättfärdigade idén både otydlighet och att knuffa krav på konkretisering på framtiden.

Idén kan sägas ha varit som starkast under perioden *innan* projektet formellt startade – som en del av det idépaket som utgjorde de politiska drömmarna om ett världsledande sjukhus (Qvist & Johannesson 2018). Därefter – i takt med att idén tvingades möta den verklighet som berörda parter befann sig i och som en del av Stockholms sjukvårdssystem – har den både utmanats och över tid även försvagats. Gioia et al. (2012) skulle förstå det som att den förändringsprocess som följde efter den initiala fasen – och som kräver att oklarheten, där ”anything goes” översätts till någon form av gemensamma mål och mer konkreta idéer om hur detta ska gå till – misslyckades. När sådan översättning eller konkretisering uteblir visar vår analys att idén om den högspecialiserade vården i stället beskrivs som problematisk och något som exkluderar centrala aktörer och värden. Otydligheten som initialt fungerade som skydd mot (underliggande) konflikter kom över tid att förstärka och till och med skapa konflikter. När ansvaret för att planera och driftsätta verksamhetsinnehållet flyttades från NKS-förvaltningen vid årsskiftet 2011/2012 till en ny projektledning vid Karolinska försvagades idén ytterligare

till förmån för andra värden som i stället blev styrande för arbetet med verksamhetsinnehållet. Den inneboende kraften i idéer är alltså sammanvävd med och i högst grad beroende av organisation och ett legitimt och starkt aktörskap.

Metod och material

För att analysera och förstå hur en idé ges kraft att styra och organisera en förändringsprocess behöver vi följa den över tid. Vi har därför studerat idén om den högspecialiserade vården utifrån ett processperspektiv med särskilt fokus på åren från Landstingsfullmäktiges beslut att bygga ett nytt sjukhus (år 2008) – och i samband med detta inrätta den särskilda förvaltningsorganisationen, NKS-förvaltningen – till dess att denna förvaltning lades ned (årsskiftet 2011/2012). Eftersom idén om högspecialiserad vård fanns med som en central ingrediens redan i de tidiga utredningarna som låg till grund för beslutet om att bygga NKS blickar vi även – då det är relevant – bakåt i tiden, främst med hjälp av den tidigare genomförda studien inom ramen för projektet (se Qvist & Johannesson 2018).

Processperspektivet gör det möjligt att fånga hur olika fenomen och frågor rörande projektet inte bara förändrades över tid utan varför och hur detta gjordes. Tidsperspektivet är centralt då aktörer inte bara kan ha fler än ett syfte med att engagera sig i ett projekt, utan dessa syften också utvecklas och förändras efterhand, ”bland annat som ett resultat av de aktiviteter och relationer som utvecklas i och kring processen” (Sahlin-Andersson 1989, sid. 25). NKS-projektet kan förstås som en arena – ett gränsland mellan olika organisationer – där etablerade grupperingar, professioner och relationer möts och formas. Hur, när och varför beslut fattas handlar om hur dessa aktörer sam- och motspelar på projektarenan (jfr Sahlin-Andersson 1989).

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. Som grund för denna genomgång hade vi en sammanställning (i Excel) över alla dokument med anknytning till projektet från landstingets NKS-arkiv. Utifrån denna sammanställning har vi sedan identifierat centrala dokument som specifikt rör processen kring verksamhetsinnehållet. I en andra fas har vi sedan närstuderat sådana dokument som vi har bedömt vara särskilt relevanta för vår studie. Dessa dokument utgörs främst av NKS-förvaltningens rapporter om verksamhetsinnehållet samt de remissvar på förslaget om nytt verksamhetsinnehåll som skrevs i två olika vändor. Genom att fokusera på berörda parters

remissvar kan vi skapa förståelse för hur dessa upplevde att de själva påverkades av NKS-förvaltningens existens och arbete med särskilt fokus på hur idén om den högspecialiserade vården påverkade verksamhetsinnehållet i det planerade sjukhuset samt organiseringen av sjukvård i regionen. En närstudie av remissvaren ger oss också en möjlighet att följa och förstå hur intressen och statuspositioner skapades över tid – i remissvaren formulerade olika aktörer ”vem jag är” i relation till andra i det större systemet, det vill säga till regionens sjukvård och de skrev fram sin position och sina intressen. Vi förstår därför remissvaren som uttryck för hur intressen och aktörer formas genom att förslag presenteras och måste bemötas.

Via dokumentanalysen har vi identifierat centrala aktörer i NKS-projektets tidiga fas. Vi har gjort ett strategiskt urval av personer att intervjua för att säkerställa en spridning bland positioner, organisationer och professioner. Med tanke på att processen spänner över lång tid och har tenderat att vara konfliktfylld (något som ytterligare har förstärkts med de senare årens intensiva mediebevakning) har det varit av stor vikt för studien att samla en mångfald av röster och perspektiv. Viktigt att betona är att intervjupersonernas utsagor endast ger en bild – bland flera möjliga – av vad som har inträffat och hur något har upplevts eller hanterats. Det är en bild som är ett ”resultat av ett samtal på en viss plats och vid ett visst tillfälle, där det som sägs – även om det är med ärliga avsikter – kan ha andra syften än vad intervjuaren tänkt sig eller förstår” (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2015, sid. 54). Frågorna i den här studien rör också händelser som ligger flera år bakåt i tiden och minnesbilderna av vad som har hänt behöver därför hanteras med försiktighet. Totalt har vi genomfört 23 intervjuer med framför allt tjänstepersoner i de involverade organisationerna. Inom ramen för projektet som helhet har ytterligare intervjuer genomförts av projektkollegor, varav vi som en del av vår analys i den här rapporten har tagit del av tio (främst intervjuer som genomfördes inom ramen för det första delprojektet med fokus på planeringsfasen av NKS-projektet, se Qvist & Johannesson 2018). Bland dessa intervjuer finns både tjänstepersoner och politiker representerade. Samtliga intervjupersoner har anonymiserats i texten.

Högspecialiserad vård och de formativa åren före NKS-förvaltningen

Som vi har visat redan i inledningen tenderar idén om den högspecialiserade vården att vara mer eller mindre ständigt närvarande i diskussioner om hur vården bäst utvecklas. Frågor om kostnadskontroll och effektiviseringar står allt som oftast i fokus (se t.ex. Berlin & Kastberg 2011; Blomqvist 2007). Den högspecialiserade vården är dyr, och nivåstrukturering och

koncentration motiveras därför inte bara med ökad patientsäkerhet – för att säkerställa att läkare får tillräckligt med tillfällen att praktisera sin specialistkompetens – utan också genom kostnadseffektivitet. Det finns alltså, precis som Qvist och Johannesson (2018, sid. 15) konstaterar, ”starka ekonomiska motiv till att försöka styra den vård som inte kräver högspecialiserad behandling från universitetssjukhusen till andra delar av sjukvårdssystemet”.

Den situation av konflikt och kamp som målas upp på debattsidor om den högspecialiserade vården är ingenting nytt och inte särpräglat just för den typen av vård; det är en situation som, för att använda Anells (2007, sid. 85) ord, illustrerar ”en ständigt pågående kamp om vem som skall ha rätten att utföra visst arbete” inom hälso- och sjukvårdens många olika professioner och organisationer. En tänkbar baksida med att specialisera vård är därför just att det kan skapa revirtänkande, problem med samverkan och en fragmentisering av vården (t.ex. Anell 2007; Berlin & Kastberg 2011). Den medicinska professionen präglas av en hierarki där hög status först och främst handlar om att vara akademiskt verksam och någon typ av specialist. Skillnader i status får ofta konsekvenser för hur mycket handlingsfrihet de verksamma har att avgränsa och definiera sitt eget arbete. Enligt Anell (2007) har verksamma inom till exempel högspecialiserad och organinriktad vård goda möjligheter att själva avgränsa och definiera sina uppdrag – där kan läkarkåren enklare konstatera att ”det här är vi bäst på, övrig sjukvård får andra ta hand om” (Anell 2007, sid. 89). Det här betyder i sin tur, menar Anell, att hierarki i status hänger ihop med arbetsmiljön – där till exempel primärvården och allmänläkare, som troligen har sämst förutsättningar att själva avgränsa och definiera sina uppdrag, också uppfattar sin arbetsmiljö som (mer) bristfällig. Den högspecialiserade vården bör dock inte bara förstås utifrån ett professionsperspektiv utan väcker också frågor om var – på vilka universitetssjukhus – den ska bedrivas (jfr Dagens Medicin 2017b). Spänningar kan därför uppstå både inom professionen och mellan olika sjukhus/vårdorganisationer.

Qvist & Johannesson (2018) visar att visionen om ett ”mindre universitetssjukhus med inriktning mot högspecialiserade vård” fanns med redan från den första utredningen om att bygga ett nytt sjukhus och att denna idé på flera sätt passade dåtidens problem och de politiska förutsättningarna. Det fanns alltså goda förutsättningar för att skapa ”visionär otydlighet” som kunde förena motstridiga intressen och inkludera en mångfald av aktörer (jfr Gioia et al. 2012). Ambitionen om att skapa ett sjukhus som skulle kunna flytta fram Sveriges positioner internationellt genom att utveckla medicinsk forskning i framkant ansågs kräva ett helt nytt sätt att tänka och nya sätt att organisera vården. En förändring av den högspecialiserade vården får

alltid konsekvenser för annan typ av vård eftersom dessa påverkar och är beroende av varandra. Planerna på ett nytt universitetssjukhus med fokus på högspecialiserad vård handlade redan i detta tidiga utredningsskede, i början av 2000-talet, om att förändra organisering och styrning av sjukvården i ett bredare perspektiv. Ett högspecialiserat sjukhus skulle kräva ett större upptagningsområde, vilket öppnade upp för ett nytt sätt att tänka kring regionalpolitiska frågor och landstinget som konstruktion (Qvist & Johannesson 2018, sid. 19).

Den ”visionära otydligheten” tillät därmed ett slags konsensus på ett abstrakt, diskursivt plan, trots att det redan under denna tidiga fas fanns kritik mot förslaget. Ledningen vid dåvarande Karolinska ställde sig till exempel kritisk till de idéer som fördes fram i planerna inför beslutet att bygga ett nytt sjukhus. Karolinska valde till och med att göra en alternativutredning som presenterades i oktober 2002 där förslag om förändring i organiseringen av den dåvarande vården presenterades (Qvist & Johannesson 2018; Karolinska 2002). I Karolinskas alternativutredning föreslogs en ombyggnation av befintliga lokaler istället för att bygga ett helt nytt sjukhus. En del av förslaget handlade om att stora delar av bassjukvården skulle behållas inom väggarna även på ett nytt Karolinska med argumentet att ”kunna bedriva forskning och utbildning på basis av den” (Qvist & Johannesson 2018, sid. 20). I motsats till tanken om det mindre högspecialiserade sjukhuset, med färre vårdplatser än det dåvarande Karolinska, argumenterade utredningen för att antalet vårdplatser snarare skulle kunna – eller behöva – bli fler. I utredningen betonades också att renoveringen skulle ske stegvis och att förändringarna i verksamhetsinnehållet skulle genomföras successivt med möjlighet att göra justeringar efter hand och samtidigt också värna om den kompetens och kultur som var etablerad på sjukhuset. Alternativutredningen fick inget gehör från politiskt håll – Qvist och Johannesson (2018, sid. 22) beskriver det som att ”alternativet vare sig kunde eller hade ambitionen att vara ett förändringsprojekt av det slag som efterfrågades av politiker och ledande tjänstemän inom SLL”. Alternativutredningen är ändå betydelsefull eftersom den ger en bakgrund till den roll som Karolinska senare kom att spela i relation till hur arbetet med att ta fram koncept för verksamhetsinnehåll utvecklades.

I den andra större utredningen som ligger till grund för beslutet om att bygga ett nytt universitetssjukhus – 3S-utredningen – sattes fokus på vad detta skulle kunna ge för konsekvenser för regionen. I en sammanfattning av 3S-utredningens slutsatser, presenterat i ett tjänsteutlåtande om förslag till beslut om ny hälso- och sjukvårdsstruktur för SLL samt uppförande av ett nytt universitetssjukhus (SLL 2004), beskrivs det högspecialiserade sjukhuset

som ett ”omvälvande” förslag som behöver gå hand i hand med ”verksamhetsförändringar även inom övriga akutsjukhus och inom närsjukvården” (SLL 2004, sid. 5).

De förändringar som föreslogs för akutsjukvården benämndes också i samma sammanfattning som mer ”dramatiska”, åtminstone i relation till vad som planerades för närsjukvården. 3S-utredningen föreslår att den framtida akutsjukvården ska struktureras så att högspecialiserad vård koncentreras till Karolinska och att detta bland annat innebär utflyttning av specialiserad vård från det planerade nya sjukhuset till Danderyds sjukhus, Södersjukhuset och S:t Görans sjukhus. Den akutsjukvård som inte kräver sjukhusens resurser ska överföras till närsjukvården. Det föreslås också att ”Södertälje sjukhus och Norrtälje sjukhus akutsjukvårdsuppdrag utvecklas i samverkan med Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge och Danderyds sjukhus och tillsammans med respektive närsjukvårdsområden” (SLL 2004, sid. 13). Därefter listas en rad andra förändringar som behöver genomföras för att framtidens akutsjukvård ska få den struktur som planeras – med utgångspunkt i en centralisering av den högspecialiserade vården. Det är tydligt att de olika sjukvårdsområdena måste förstås som högst sammanvävda och att en koncentration av en viss typ av vård skapar rörelse i nätverket och påverkar alla inblandade parter i större eller mindre omfattning.

3S-utredningen betonar också att ”högspecialiserad vård är ett dynamiskt begrepp som förändras hela tiden” (SLL 2004, s. 19) samt att en ökad koncentration behövs och skapar positiva effekter. Qvist och Johannesson (2018) konstaterar – utifrån intervjuer med centrala personer som deltog redan under denna förberedande fas för NKS-projektet – att det fanns en förväntan och förståelse om att det inte var självklart att en centrering av den högspecialiserade vården skulle få acceptans från den medicinska professionen. Det innebar som sagt att mer basvård skulle flyttas från Karolinska och förläggas till andra sjukhus i regionen. Dessa sjukhus skulle då i sin tur tappa en del av sin specialisering och få mer av det som utgör bassjukvården. I senare hänvisningar till och refererat från SNUS och 3S är frågan om och behovet av en koncentrering av högspecialiserad vård återkommande.

Inspiration till hur den högspecialiserade vården ska utvecklas och organiseras – och hur detta skulle kunna realiseras med hjälp av megaprojektet NKS – har hämtats från internationella exempel. I samband med utredningarna som lade grunden för sjukhusbygget, och även senare under NKS-förvaltningens tid, gjordes en rad studieresor till framgångsrika högspecialiserade sjukhus runtom i världen. Cleveland Clinic, Mayo Clinic, Memorial Sloan-Kettering Cancer

Center och New York Presbyterian var några av de amerikanska framstående sjukhus som förvaltningen besökte. Från dessa sjukhus kom tankar om ”patienten i centrum”, att se till hela vårdkedjan och att organisera utifrån teman snarare än kliniker. På ett översiktligt plan var det dock inte så mycket som var särskilt nytt i de här idéerna (t. ex. Eriksson 2005; IP29). Vårdpersonal har i alla tider haft patienten i centrum och vissa sjukdomsområden hade också redan organiserats utifrån teman snarare än från den klassiska klinikstrukturen, men i många av de underlag som togs fram och som ligger till grund för NKS-projektet presenterades dessa aspekter som nydanande och moderna – och som möjligheter för svensk sjukvård att nå nya höjder (Qvist & Johannesson 2018; Öhrming 2017).

NKS-förvaltningens första år: Att definiera högspecialiserad vård

Megaprojektet NKS kan förstås som både ett uttryck för ett upplevt behov av ytterligare specialisering – och alltså koncentration av högspecialiserad vård – och en pådrivare av densamma. Den särskilda förvaltningsorganisation som fick ansvaret att planera och genomföra bygget av det nya sjukhuset, NKS-förvaltningen, gavs en relativt detaljerad uppdragsbeskrivning (SLL 2008); en uppdragsbeskrivning som kan sägas vara resultatet av det mångåriga arbete som föranledde det formella beslutet om att bygga NKS och som vi presenterat ovan (se Qvist & Johannesson 2018). NKS-förvaltningen hade alltså redan från start med sig en rad ingångsvärden. Det kanske mest centrala av dessa ingångsvärden var att det nya sjukhuset skulle fyllas med högspecialiserad vård – och att detta var ett dynamiskt begrepp som inte fick låsas fast i rådande förståelse av vad som är högspecialiserat, utan måste förändras i takt med den medicintekniska utvecklingen och andra framtida tänkbara krav på en sjukvård i ”världsklass” (SLL 2008): ”Detta [att fastställa NKS uppdrag avseende vård, forskning och utbildning] bör ske så sent som möjligt i förhållande till driftstarten för det nya universitetssjukhuset” (SLL 2008, sid. 17). I NKS-förvaltningens projektramar från år 2008 förklarades också – med hänvisning till beslutet – varför detaljer kring verksamhetsinnehållet inte kunde fastställas:

> Ett av de viktigaste motiven till att avvakta med att fastställa verksamhetsinnehåll är den snabba medicinska och tekniska utvecklingen. Så är t ex högspecialiserad vård ett över tiden föränderligt begrepp vilket medför att det som är högspecialiserad vård idag inte nödvändigtvis är det när NKS tas i drift 2015. (NKS-förvaltning 2008, sid. 5)

Andra skäl som nämndes var dels frågetecken kring eventuella sammanslagningar av landsting till färre regioner, förändringar i SLLs sjukvårdsstruktur samt ”det pågående arbetet med profileringen av verksamheter inom dagens Karolinska universitetssjukhuset mellan Solna och Huddinge” (NKS-förvaltning 2008, sid. 5, se även SLL 2008). I den bilaga med projektbeskrivning som bifogades beslutet om att bygga ett nytt universitetssjukhus i april 2008 specificerades också att förslag om ”vilket verksamhetsinnehåll/uppdrag NKS ska ha liksom de olika verksamheternas ungefärliga dimensionering” skulle lämnas senast den 31 december 2010. I bilagan slogs också fast att ”förutom universitetssjukhusets verksamhetsinnehåll ska då även eventuella förändringar för övriga delar av sjukvårdsorganisationen i länet tas upp liksom den principiella uppgiftsfördelningen mellan NKS och Karolinska Huddinge” (SLL 2008, sid. 17).

I våra intervjuer framkommer att det inte fanns någon självklar erfarenhet eller kunskap att utgå från för att forma ett sjukhus med fokus på högspecialiserad vård. NKS-förvaltningen brottades med många frågor och i våra intervjuer framträder en bild av att arbetet i hög grad fick börja från början: Vad innehåller ett sådant sjukhus? Hur ska det organiseras? Hur förhåller det sig till andra vårdorganisationer? Andra högspecialiserade universitetssjukhus har ofta vuxit fram och utvecklats över tid – ”organiskt” som en person uttrycker det (IP22) – men här var tanken att projektledningen skulle skapa detta sjukhus från grunden. En av de första frågorna som rörde verksamhetsinnehållet handlade därför om att förstå och få klarhet i vad som kan tänkas rymmas i den högspecialiserade vården. Att definiera begreppet blev en central uppgift i planerandet för det framtida verksamhetsinnehållet – något som beskrivs som komplicerat och tog tid eftersom det inte fanns någon vedertagen definition (IP10; IP16; IP21). I arbetet med att analysera och ta fram planer för det framtida verksamhetsinnehållet anställdes ett antal läkare från Karolinska på 20 procent – som också kom att kallas för 20-procentarna. En person som var verksam under den här tiden menar att samtidigt som NKS-förvaltningen rekryterade yngre läkare, i början av sina karriärer, med en idé om att de inte skulle bära med sig alltför mycket av den tradition och de arbetssätt som fanns på Karolinska, skapade detta en bräcklig förvaltning (IP11; se även Andersson & Grafström 2019). Under NKS-förvaltningens första tid beskriver också flera av de intervjuade personerna att merparten av tiden gick åt till att förbereda inför upphandlingen av OPS och att ta fram ritningar för byggnaden (t. ex. IP11; IP16). Att utveckla koncept för verksamhetsinnehåll beskrivs därför som något som i början av förvaltningens existens blev ett slags ”snabbspår” (IP11).

I det arbetet ingick också att göra beräkningar över antal vårdplatser – både på ett framtida nytt sjukhus och hur detta i sin tur skulle påverka andra sjukhus i regionen (t. ex. NKS-förvaltningen 2009a). Ambition med att koncentrera högspecialiserad vård till det nya sjukhuset hängde ihop med, såsom några projektledare (20-procentarna) för verksamhetsinnehållet vid NKS uttryckte det i en replik i Läkartidningen (2009, sid. 871), att ”de svårast sjuka invånarna [ska få] den vård de behöver vid det högspecialiserade sjukhuset, att de mest komplicerade operationerna utförs av kirurger som får möjlighet att få en volym i sådana ingrepp, och att NKS blir ett ledande universitetssjukhus i Sverige och Europa.” Det betyder också omvänt, fortsätter de i sin replik, att den vård som inte är högspecialiserad ska ske i andra delar av nätverket ”där vården inte kostar lika mycket” (Läkartidningen 2009, sid. 871).

Det var i slutet av maj år 2009, ungefär ett år efter det att NKS-förvaltningen formellt hade inlett sitt arbete, som det första förslaget till verksamhetsinnehåll presenterades: ”Förslag Koncept Verksamhetsinnehåll Nya Karolinska Solna Universitetssjukhus” (NKS-förvaltning 2009a). Där poängteras att detta är ett första, översiktligt förslag, och att det finns en ambition att bestämma verksamhetsinnehållet mer konkret senast den 1 juli, 2011. Detta för att ”projektering och byggnation av sjukhuset [ska ske] liksom upphandling och installation av tyngre utrustning” (NKS-förvaltning 2009a, sid. 5). I förslaget betonas också att eftersom byggnaden kommer att vara generell och flexibel kan verksamhetsinnehållet tillåtas variera mycket: ”Det definitiva verksamhetsinnehållet kan därför fastställas sent i byggprocessen och styrs tidsmässigt huvudsakligen av tidpunkten för beslut om utrustningsinvesteringar och vissa byggnadsåtgärder” (NKS-förvaltning 2009a, sid. 5).

Nya arbetsmetoder och -sätt lyfts fram som centralt för det framtida verksamhetsinnehållet på det nya sjukhuset. Det slås också fast att detta är beroende av hur NKS kommer att samverka med andra aktörer i det regionala sjukvårdsnätverket. Det framgår också att:

> Sjukhuset ska inrymma 600 slutenvårdspalters varav 400 vårdplatser i enkelrum, 125 platser för intensiv/intermediärvård och 75 platser för pre/postoperativ vård. Till detta kommer 100 dagvårdsplatser och 100 platser vid patienthotell. Sjukhuset ska ha en operationsresurs med 35–40 operationssalar. (NKS-förvaltning 2009a, sid. 7)

En central del i rapporten utgörs av en översikt av ”internationella referensobjekt”. Här presenteras lärdomar från de internationella och världsledande sjukhus som har studerats (varav

åtta har besökts). I genomgången av dessa referensobjekt fokuseras särskilt på en del av de återkommande aspekterna som var centrala i projektet: nära samverkan mellan forskning och sjukvård samt samarbete i nätverk där de ledande universitetssjukhusen presenteras som ”kunskapsnav”. Det är också härifrån som idéerna om ”multidisciplinära teman”, ett processorienterat perspektiv och patientsäkerhet med ”patienten först” hämtats (NKS-förvaltning 2009a, sid. 19-23). Samtliga är aspekter som också känns igen från den tidiga planeringsprocessen (Qvist & Johannesson 2018).

Studieresor gjordes främst till sjukhus i England, Holland, Frankrike och USA. En av tjänstepersonerna, som deltog vid några studiebesök, förklarar att de letade bland sjukhus som ansågs vara ”topp bästa i världen” med fokus på temabaserad verksamhet, hög integrering av vård, forskning och utbildning och med ett tydligt högspecialiserat uppdrag (IP15; se även Läkartidningen 2009). Intervjupersonen menar också att, redan när själva urvalet gjordes fanns funderingar kring vad som var högspecialiserad vård och huruvida det ens är möjligt att ha ett renodlat högspecialiserat sjukhus. Samma person resonerar kring att de flesta av de världsledande sjukhus som besöktes endera var specialiserade, som till exempel det renodlade cancersjukhuset Stone Cathrine i New York, eller hade ett begränsat antal teman, vilket inte riktigt var fallet med NKS där det fanns ett behov av att anpassa antalet teman efter patientstrukturen i regionen.

I rapporten presenteras översiktligt resultat från de intervjuer NKS-förvaltningen hade genomfört med ”ett femtiotal beslutsfattare och nyckelpersoner inom och utanför landstingets organisation” (NKS-förvaltning 2009a, sid. 29). De flesta i intervjustudien är överens om att NKS är, som det uttrycks i rapporten, ”en möjlighet att utveckla nya arbetssätt, t.ex. genom att delvis överge klinikstrukturen och övergå till en mer processtyrd organisation” (NKS-förvaltning 2009a, sid. 30). Intervjuerna har också handlat om synen på vilken roll NKS ska spela i det framtida sjukvårdssystemet och där framträder flera frågetecken:

> Det råder en stor enighet om att NKS inte kan betraktas isolerat, utan måste ses som en del i hela sjukvårdssystemet. Samtidigt råder oenighet om vilken roll NKS bör spela i sjukvårdssystemet i relation till Karolinska Huddinge och övriga vårdgivare (NKS-förvaltning 2009a, sid. 29).

Det framgår dock inte vem som är oenig eller vad oenigheten mer specifikt handlar om. Det är dock troligt att frågan handlade om huruvida Huddinge fortsättningsvis skulle vara en del av Karolinska eller om fusionen mellan Huddinge och Solna var tänkt att upphöra. Den här frågan skulle redan i remissrundan efter denna första rapport om verksamhetsinnehållet bli en central konfliktpunkt (se nedan).

Av rapportens 35 sidor handlar endast de fyra sista om NKS-förvaltningens egna förslag. Förvaltningen presenterar här vad som kallas för ”Koncept NKS” som avser både övergripande verksamhetsinnehåll och förslag på organisation av patientvården (teman) samt ”de arbetssätt som kommer att prägla verksamheten så att de möjligheter den nya anläggningen och dess infrastruktur skapar utnyttjas till fullo” (NKS-förvaltning 2009a, sid. 31). Den korta översikten är till stora delar en sammanfattning av vad som presenterats redan tidigare i rapporten – i samband med genomgången av de internationella referensobjekten. Det handlar om att vården ska organiseras som en process med ”patienten först” och att NKS ska vara navet i det *akademiska* sjukvårdssystemet vilket kräver nära samverkan mellan universitet och sjukvård.

Rapporten hänvisar till nulägesanalyser och menar att ”all högspecialiserad vård i landstinget [skulle] kunna inrymmas vid NKS och den skulle då uppta högst ½ av sjukhusets kapacitet” (NKS-förvaltning 2009a, sid. 33). Resterande skulle kompletteras med specialiserad vård. NKS-förvaltningen föreslår följande huvudteman för det nya sjukhuset: barn, cancer, hjärta/kärl, neuro, inflammation samt reparativ medicin (inkl. trauma). Gemensamma stödfunktioner/-teman föreslogs vara imaging, immunologi, protemik/genomik och laboratorier.

Att slå fast vad högspecialiserad vård är lät sig alltså inte göras så enkelt – något som vi menar inte nödvändigtvis var ett problem i början av NKS-projektet. Otydligheten i verksamhetsinnehållet med inriktningen mot högspecialiserad vård möjliggjorde att många involverade aktörer på en retorisk, diskursiv nivå var ense och positiva till NKS – åtminstone initialt. Så snart någon form av konkretisering försökte göras – eller snarare att det fanns en förväntan om konkretisering som uteblev – blev konfliktlinjer och meningsskiljaktigheter tydliga. Det som framstod som självklara och givna ingångsvärden i NKS-projektet kom därigenom att bli centrum för kamp och konflikt. Öhrming (2017, sid. 53) skriver också att verksamhetsinnehållet var en ”extremt känslig fråga” – något som också blir tydligt i vår analys nedan av remissvar från berörda instanser.

Idén möter praktiken – oklarheten synliggör och förstärker konflikt

NKS-förvaltningens första rapport ”Förslag Koncept Verksamhetsinnehåll” (NKS-förvaltning 2009a) gick år 2009 på remiss, och i svaren blir det tydligt att oklarheten leder till problem för de berörda parterna. De flesta är fortsatt positiva till satsningen som sådan – att det ska byggas ett nytt, modernt sjukhus som kommer att kunna förbättra vårdutbudet i regionen. Men oklarheterna väcker frågor och kritiken låter inte vänta på sig. I en artikel i Dagens Medicin (2009) beskrivs det föreslagna verksamhetsinnehållet som ”tunt” och som ett ”skämt”. Dåvarande ordförande i Stockholms läkarförening, Thomas Flodin, uttrycker sitt missnöje i artikeln och säger bland annat att:

> Det här är rena skämtet. Bygget är igång och huset ska rymma 600 slutenvårdsplatser, men hur verksamheten ska se ut finns det inga utvecklade tankar om. (Dagens Medicin 2009)

Redan innan rapporten publicerades hade kritik från sjukhus i regionen vädrats i en ”Kunskaps- och attitydmätning av Nya Karolinska Solna” (NKS-förvaltning 2009c). Representanter – läkare och andra verksamma – vid samtliga stora sjukhus i regionen fick svara på ett antal frågor om deras syn på projektet. En tydlig kritik, som var särskilt stark vid Karolinska och bland läkare, var tanken om att låta beslut om verksamhetsinnehållet vänta till efter det att sjukhuset har byggts. Enkätsvaren visar också på en oro bland respondenterna:

> Den svåra frågan om verksamhetsinnehåll tycks vara en faktor, som gör att man har svårt att känna sig positivt inställd till projektet. Flera uttrycker också oro för ifall den egna verksamheten kommer att ingå i NKS eller ej. Några tar upp att det inte tas någon vidare hänsyn till den vård som produceras på Karolinska idag. (NKS-förvaltning 2009c, sid. 2)

Kritiken förstås i rapporten som en ”utvecklingsmöjlighet för kommunikationen av projektet”: Fördelarna med strategin att uppföra byggnaden innan verksamhetsinnehållet bestäms behöver tydliggöras för målgrupperna. Detta blir särskilt viktigt då det bidrar till osäkerhet eftersom det kan leda till okända förändringar för den egna verksamheten. Det konstateras därför att ”även här behövde satsningar göras för att skapa mening kring varför det är viktigt att inte ha alltför bråttom med att bestämma verksamhetsinnehållet” (NKS-förvaltning 2009c, sid. 5). Kritiken

förstås med andra ord som ett kommunikationsproblem – och som något som kan åtgärdas med bättre kommunikation med den berörda målgruppen (se vidare i Andersson & Grafström 2019).

Kritiken i remissvaren kan lite grovt kategoriseras i tre teman – som alla knyter an till idén om högspecialiserad vård: (a) internationella exempel missar svenska förhållanden och NKS roll som del av och ansvar i ett större sjukvårdssystem; (b) tanken om NKS som ”nav” och hur detta påverkar andra sjukhus; och (c) interorganisatoriska frågor – vad betyder NKS för den del av Karolinska som ligger i Huddinge? I det följande presenterar vi mer utförligt vår analys av remissvaren utifrån dessa teman.

NKS som import – internationella vs svenska förutsättningar och behov

De röster som hörs, både de som mer tydligt argumenterar för NKS men också de som ställer sig mer kritiska till vissa aspekter av planeringen av det nya sjukhuset, är eniga om att det är viktigt att SLL utvecklar en internationellt konkurrenskraftig position inom det högspecialiserade vårdområdet (t. ex. Danderyds Sjukhus 2009; Karolinska 2009). På en sådan abstrakt, diskursiv nivå råder det ett slags konsensus kring att svensk sjukvård – och den vård som bedrivs i Stockholm – ska utvecklas till att bli mer konkurrenskraftig internationellt och att den högspecialiserade vården är central i det arbetet. Enligt vår tidigare diskussion kan vi förstå detta som en ”visionär oklarhet” som förenar parter, även de med i övrigt motstridiga intressen. Sjukhusdirektör, Birgir Jakobsson, framför i Karolinskas remissvar över NKS-förvaltningens förslag att det:

> Såväl i en generalplan som i planerna för det framtida NKS bör stor vikt läggas på att skapa förutsättningar som kan stödja den högspecialiserade vården som en exportsektor. Redan idag väljer svenska patienter vård utomlands och det ökar kraftigt och kommer sannolikt att avsevärt påverka den offentliga hälsobudgeten framöver. (Karolinska 2009, sid. 2)

Kritiken i remissvaren handlar i stället om *hur* denna konkurrenskraft ska skapas. Det är en kritik som ska förstås i ljuset av den *import* av idéer som formade de svenska politikernas (Qvist & Johannesson 2018) och NKS-förvaltningens förståelse av den högspecialiserade vården. Både innan och under förvaltningens tid gjordes många studieresor. Samtidigt som det pågick förändringsarbete av den svenska sjukvårdens organisation – både i Stockholmsregionen och i

övriga landet (se t. ex. Eriksson 2005) – blickade alltså projektledningen längre bort i letandet efter inspiration. Tanken om att organisera vården i teman med ett tydligare processperspektiv kring patienten var långt ifrån nya tankar i ett svenskt sammanhang (t. ex. SOU 2016:2). NKS-förvaltningen importerade dock dessa idéer i hög utsträckning från internationella exempel. Ofta handlade de utländska exemplen om spjutspetssjukhus som verkade i privatiserade sjukvårdssystem. I dessa system fanns mindre krav och förväntningar på individuella sjukhus att fungera som ”noder” i nätverk – med ansvar bortanför de egna sjukhusväggarna. Thomas Flodin, ordförande för Stockholms läkarförening, kommenterar detta i den tidigare nämnda intervjun i Dagens Medicin (2009) och menar att tankarna om temavård är ”ogrundade och luddiga” och att det är ett problem att man har hämtat tankarna om detta från USA och övriga Europa – man har glömt bort ”det utvecklingsarbete som redan pågår på närmare håll.”

I Karolinskas remissvar skriver också sjukhusdirektör Jakobsson att de spetsområden som just Stockholms sjukvårdssystem ska satsa på – med ambition om att också bli konkurrenskraftiga utanför Sverige – är något som behöver definieras utifrån en förståelse för och analys av hela regionens sjukvårdsområde – där alltså NKS är en del av ett system:

> Vidare bör en generalplan definiera de ”spetsområden” som Stockholms sjukvårdssystem skall satsa på för att behålla och utveckla konkurrenskraft inom Sverige och Europa. Detta gäller såväl verksamhetsinnehåll i sjukvården som forskning och utveckling inom hela sjukvårdssystemet, NKS, innovationscentra och andra vårdproducenter, inte minst för att framstå som attraktiva samarbetspartners inför globala industriella spelare och forskningscentra vilket inte i sig är en självklarhet. (Karolinska 2009, sid. 2)

Sammantaget kan det konstateras att NKS-förvaltningens idé om den högspecialiserade vården var inspirerad av internationella exempel som förvaltningen hade importerat till Sverige via ett antal studieresor till framgångsrika, högspecialiserade sjukhus utomlands. I remissvaren riktas kritik mot att det svenska sammanhanget – Stockholmsregionen och det svenska sjukvårdssystemet – glöms bort i en sådan internationellt färgad förståelse av vad högspecialiserad vård är och hur den bäst organiseras. Det visar också på svårigheterna med att hämta idéer från ett sammanhang till ett annat; en sådan överföring kräver någon form av översättning till den lokala kontexten (jfr t. ex. Czarniawska & Sevón 1996).

Nivåstrukturering av vården med NKS som nav

Redan vid projektets formella start presenterades det nya sjukhuset som ett ”nav” i ett nätverk och var därmed ett av de ingångsvärden som NKS-förvaltningen hade med sig från tidigare utredningar och det formella beslutet att bygga ett nytt sjukhus. Vad detta nav innebar för det nya sjukhuset och för Stockholms sjukvårdsstruktur i stort var dock långtifrån självklart och kom, som vi visar längre fram i rapporten, därmed att vara i grunden omtvistat. Öhrming (2017) menar att idén om NKS som ett nav i Stockholms sjukvård snarast kan beskrivas i termer av att utgöra en ”politisk garnityr”.

I 3S-utredningen illustrerades den framtida sjukvårdsstrukturen som en pyramid med högspecialiserad vård högst upp och egenvård längst ned (se t. ex. Qvist & Johannesson 2018, sid. 29; IP20). Samtidigt som NKS skulle vara ett litet sjukhus, och erbjuda en högst begränsad typ av vård, skulle det också fungera som navet i samma sjukvårdssystem. Det ska dock inte ses som självklart att högst upp i pyramiden är synonymt med rollen som nav – kanske är det till och med rimligare att förstå pyramiden precis tvärtom. Ju längre ned i pyramidens hierarki vi kommer, desto mer vård utförs och fler kontaktytor finns med patienten. Primärvården skulle till exempel utifrån ett sådant resonemang förstås som ett nav i sjukvårdssystemet. En av intervjupersonerna förklarar att tanken om en pyramid med en typ av vård – och i det här fallet ett sjukhus – var problematisk: ”alla vill ju befinna sig där på toppen” (IP20). Samma person förklarar att en alternativ bild är att sätta patienten i centrum och sedan rita upp ett nät runtomkring med noder. Varje nod är vårdgivare och en av dessa skulle då vara NKS (ett sådant synsätt kom senare att inspirera arbetet med att ta fram den så kallade Framtidsplanen, som inbegrep planeringen för hela hälso- och sjukvårdssystemet i Stockholm).

NKS-förvaltningens egen intervjustudie (med ett femtiotal beslutsfattare och nyckelpersoner inom och utanför landstingets organisation) om synen på NKS och vilken roll det nya sjukhuset förväntades spela i det framtida sjukvårdssystemet visade på delade åsikter. Oklarheterna kring NKS roll som nav med ett högspecialiserat uppdrag samt hur detta skulle kunna tänkas påverka andra sjukhus i regionen blev en av huvudfrågorna för kritiken i den första rundan med remissvar i början av hösten 2009.

Karolinska och sjukhusdirektören Jakobsson ställer sig i sitt remissvar frågande till vad som menas med ”ett sjukvårdssystem inom landstinget”. Karolinska, tillsammans med flera andra (t. ex. Danderyds Sjukhus 2009; HSN-förvaltningen 2009; Södersjukhuset 2009), efterlyser en

”generalplan” som beaktar ”alla landstingets sjukvårdsproducenters uppgifter och inbördes samverkan i närtid och [som] inkludera[r] NKS från 2015”. Det är just avsaknaden av en sådan plan som kan vara förklaringen till ”de motstridiga direktiv och uppdrag som Karolinska och NKS-projektet arbetar efter” (Karolinska 2009, sid. 2). Remissvaret fortsätter:

> Om NKS väljer att organisera sig i temata, hur skall då övrig sjukvård organiseras? Möjligen ett temakoncept som går tvärs igenom hela det framtida sjukvårdssystemet i landstinget och t.ex. en cancerchef som leder och ansvarar för SLL-övergripande vårdprogram inom cancerområdet (Karolinska 2009, sid. 3).

Även i andra remissvar lyfts frågor om vilka konsekvenser NKS roll som nav får. Här framhåller kritikerna att valet av organisering för NKS innebär att också övriga sjukhus i nätverket behöver anpassa sig till denna. Capio S:t Görans sjukhus skriver till exempel att en eventuell flödesorientering i så fall måste införas även på andra sjukhus. De konstaterar att:

> Om NKS ska fungera som nav i ett flödesorienterat nätverk bör väl övriga nätverssjukhus:
> - också vara flödesorienterade
> - också vara organiserade i teman
> - arbeta med synkroniserade vårdprogram
> - arbeta med synkroniserade materialval (typ stentar och protesmaterial) (Capio S:t Görans sjukhus 2009, sid. 3)

Om idén om NKS som ett nav i ett regionalt sjukvårdssystem skulle tas på allvar behövde övriga vårdproducenter i nätverket genomföra genomgripande omorganiseringar och anpassningar till NKS organisation.

Danderyds Sjukhus betonar vidare att det finns flera aktörer i sjukvårdssystemet i Stockholm som är avgörande för den medicinska forskningen, och att samtidigt som ”NKS kommer att vara ledande vad gäller kompetens inom många områden” kommer det inte att vara det inom alla (Danderyds Sjukhus 2009, sid. 2). För vissa områden kommer tyngdpunkten vad gäller forskning att finnas på något av de andra sjukhusen. Remissvaret illustrerar tydligt att idén om den högspecialiserade vården och dess koncentration till NKS inte bara skapade spänningar inom professionen utan också mellan centrala organisationer.

HSN-förvaltningen (förvaltningen under fullmäktiges Hälso- och sjukvårdsnämnd), med uppdrag att beställa och planera vården i regionen, uttrycker på liknande sätt missnöje i sitt remissvar, men med fokus på att verksamhetsinnehållet inte preciseras bättre. Den skriver:

> Eftersom verksamhetsinnehållet i NKS påverkar hela hälso- och sjukvården i länet vill vi poängtera vikten av att verksamhetsinnehållet i NKS beslutas så tidigt som möjligt i den fortsatta processen. Detta för att nuvarande verksamhet och övriga delar av hälso- och sjukvården ska få rimliga förutsättningar att hantera eventuella omställningar. (HSN-förvaltning 2009, sid. 1)

HSN-förvaltningen ger också en längre kommentar som handlar om NKS roll att möta befolkningens behov av hälso- och sjukvård. Den efterlyser en mer utvecklad analys av effektivitetsvinster och en ”känslighetsanalys”, eftersom NKS planerade för färre antal vårdplatser, men med likvärdig eller till och med något större kapacitet jämfört med existerande Karolinska i Solna (på grund av effektivitetsökningar till följd av bland annat nya arbetssätt och kortare vårdtider).

NKS roll som nav behöver alltså klargöras, menar flera aktörer, men i remissvaren ges det också uttryck för skepsis mot att tillskriva ett specifikt sjukhus den mest central platsen i nätverket. Danderyds sjukhus skriver till exempel att det är viktigt att utveckla ett nätverk med ökad rörlighet vad gäller tjänstgöring på högt specialiserad nivå mellan sjukhusen inom SLL, men att beskrivningen av NKS bör modifieras för att ”ge plats åt ett mer jämlikt nätverkstänkande som leder till större flexibilitet och effektivitet” (Danderyds Sjukhus 2009, sid. 1). Sjukhuset menar vidare att det namn som Forskningsstrategiska kommitteen (FSK) föreslagit – Karolinska Medical Center (KMC) – borde tas i bruk för att skapa en tydlighet och samhörighet bland alla aktörer inom ”Stockholms akademiska sjukvårdssystem”:

> Det namnet skulle markera att hela SLL samarbetar och samverkar vad gäller sjukvård, forskning och undervisning och det skulle underlätta flödet av patienter, personal, studenter och kunskap mellan enheterna i SLL. Effektivare vårdkedjor kan etableras. I detta KMC behövs alla aktörer men vi har olika *roller*. Vi måste göra allt för att undvika retoriken om vem eller vilka enheter som är viktigare eller finare än andra. Det leder bara

> till ineffektivitet och frustration. Dessa våra olika roller behöver förtydligas i generalplanen. (Danderyds Sjukhus 2009, sid. 2)

Södersjukhuset uttrycker skepsis både vad gäller avsaknad av klinisk forskning som ledstjärna för NKS-förvaltningens arbete med verksamhetsinnehållet, och att det, som de uttrycker det, ”utslitna” uttrycket ”patienten först” används. Södersjukhuset utvecklar också ett resonemang om behovet av att stärka samverkan inom SLL för att skapa just ett fungerande sjukvårdssystem: ”NKS uppgift ska inte vara att leda, fördela eller administrera NKS-extern vårdverksamhet. NKS ska i stället få fokusera på sina viktiga medicinska och FoUU-uppgifter” (Södersjukhuset 2009, sid. 2). I remissvaret betonar Södersjukhuset vikten av att låta detta växa fram organiskt – snarare än genom strukturella grepp – och menar vidare att ”man måste behålla och skärpa lokala ansvar för patienter, personal, ekonomi och FoUU och samtidigt utforma incitament som stöder samverkan i nätverk” (Södersjukhuset 2009, sid. 2). Det är alltså tydligt att förslaget skapade spänningar mellan berörda organisationer och då särskilt de stora sjukhusen i regionen.

En central del i denna första vända remissvar över NKS-förvaltningens förslag om verksamhetsinnehåll handlar om primärvårdens roll inom universitetssjukvården. I ett remissvar från CeFAM (numera Akademiskt primärvårdscentrum) skrivs till exempel följande:

> Vi vill särskilt framhålla att genomförandet av denna vision [att utbildning och forskning ska ha en tydlig koppling till vården på alla nivåer och att tiden för överföring av vetenskapliga rön till klinisk praxis väsentligt ska kortas] förutsätter att ett tydligare samband etableras mellan högspecialiserad vård och allmänmedicinsk praktik. Primärvården är inte endast basen i sjukvården utan bör även ingå i en sammanhängande akademisk vårdkedja med såväl vård- som kunskapsproduktion i sitt uppdrag. (CeFAM 2009).

Stockholms Medicinska Råd (SMR, ett nätverk för samverkan inom hälso- och sjukvården i länet) efterlyser också en bredare syn på nätverket – bortanför Karolinska i Solna och SLL – ”det är hög tid att strukturera arbetet beträffande möjliga konsekvenser i övriga landstinget och utarbeta en åtgärdsplan för genomförande” (Stockholms Medicinska Råd 2009, sid. 1).

Som vi har varit inne på tidigare karaktäriseras den högspecialiserade vården av en ständigt pågående kamp kring var, och av vem, den ska bedrivas. En intervjuperson kommenterar att det idag är Nämnden för nationell högspecialiserad vård som bestämmer var denna typ av vård ska bedrivas, men att det historiskt tenderar att ha varit något som olika sjukhus mer eller mindre har kämpat om. Att till exempel barnhjärtkirurgin flyttade från Karolinska till Göteborg respektive Lund har enligt samma intervjuperson varit ”traumatiskt för KS” (IP29; [se även Bygdeman et al. (u.å.)]). En annan intervjuperson menar att Stockholm inte hade erfarenhet att tänka hela sjukvårdssystem då regionen har en annorlunda vårdkedja jämfört med resten av landet (IP24). När patienter ute i landet har fått vård på ett universitetssjukhus åker de vidare någon annanstans för fortsatt vård. Att patienter inte skulle slutvårdas på NKS var därför ett nytt sätt att tänka på i Stockholm, enligt personen: ”När man inte har behov av den högspecialiserade vården längre då tar någon annan vid” (IP24).

I våra intervjuer framträder också en bild av att det vid tiden för den första rapporten och den första omgången remissvar – det vill säga under år 2009 – inte fanns någon som hade tydligt mandat att utreda och ansvara för hela Stockholmsregionens sjukvård. En intervjuperson menar att ”man inte hade gjort hemläxan innan man skred till verket med NKS” (IP20). Situationen blev extra problematisk av att, som personen beskriver det, NKS var så ”aggressivt” planerat i bemärkelsen att det skulle vara ett så pass mycket mindre sjukhus jämfört med det dåvarande Karolinska; en förändring som ger stora implikationer för hela systemet – det ger ”ringar på vattnet i hela systemet” (IP20).

Sammantaget visar vår genomgång att sjukhusen i regionen ställde sig kritiska till presentationen av NKS som ett högspecialiserat nav i Stockholmsområdet. En hel del av kritiken rörde oklarheter kring hur vården på det nya sjukhuset skulle organiseras och vad den skulle innehålla. Samtidigt som idén om NKS som nav per automatik målade upp bilden av ett nätverk – där de olika aktörerna påverkar varandra – fanns det alltså i denna fas en avsaknad av analys och förslag kring hur detta nav skulle påverka resterande noder i nätverket. Vi kan också notera en irritation över att beskrivningen av det nya sjukhuset just som nav – som toppen på en pyramid; ett perspektiv som ansågs förstärka hierarki- och statuspositionering (jfr Anell 2007).

Interorganisatorisk fråga – ett eller två sjukhus?

Ytterligare en grund för olika och motstridiga förväntningar om NKS roll och utvecklingen av högspecialiserad vård i Stockholm fanns i relationen mellan Solna och Huddinge – det som ibland benämns ”norr/söderladdningen”. Vid tiden för NKS-projektets start hade det sammanslagna Karolinska existerat endast i ungefär fyra år. När beslutet om att slå samman sjukhusen i Solna och i Huddinge togs år 2003 ansågs denna vara både kontroversiell och komplex (Choi 2011). Sammanslagningen krävde ett omfattande och intensivt arbete för att skapa *ett* universitetssjukhus. Det är därför knappast förvånande att det tidigt i NKS-projektets historia hördes röster som uttryckte oro över att det nya sjukhuset blev geografiskt stationerat i Solna och planerna på att därmed också koncentrera den högspecialiserade vården till det nya sjukhuset. Genom skapandet av NKS riskerade ambitionen om ett gemensamt sjukhus att raseras – något som alltså precis hade genomförts och fortfarande befann sig i en etableringsfas.

Genom fusionen av dessa två sjukhus hade omorganiseringen av regionens sjukvård och skapandet av ett nätverk redan inletts i Stockholm med utflyttning av bassjukvård till andra sjukhus i regionen. Det hade också varit ett stort arbete att reda ut vilken högspecialiserad vård som skulle bedrivas på vilket sjukhus – i Huddinge respektive Solna. En intervjuperson med erfarenhet från tiden för sammanslagningen beskriver det som att det uttrycktes en önskan om att bedriva högspecialiserad vård vid båda sjukhusen men att inget av dem skulle vara renodlat högspecialiserat utan att de också skulle rymma ”vanliga vardagssjukdomar” (IP27).

Det fanns alltså enligt intervjupersonen en poäng med att ha *både* högspecialiserad och annan typ av vård på ett universitetssjukhus. Diskussionen om Huddinges roll i ett framtida universitetssjukhus aktualiserade därmed frågor om hur patientunderlag och behov inom vård, forskning och utbildning relaterade till den högspecialiserade vården. På ett universitetssjukhus finns en viss motsättning i form av att forskarvärlden tenderar att främst önska högspecialiserad vård och att andra, till exempel kirurger, genom koncentration av högspecialiserad vård inte kan göra ingrepp tillräckligt ofta: ”Kirurgi är ett hantverk. Det behövs övning i vardagen på enklare saker också”, som en person förklarar (IP29). Ett alltför snävt tänk kring ett högspecialiserat uppdrag skulle alltså kunna leda till för få patienter. ”Superduktiga doktorer”, som en annan person uttrycker det, kanske då inte kan fylla sin arbetsdag (IP20). Därför kräver också läkarutbildningen tillgång till ”vardagspatienter” medan representanter för forskningen tenderar att vilja ta bort ”bruset av vardagsvård” för att kunna skapa en ”spektakulär verksamhet för att få poäng och högre rankning i vetenskapliga tidskrifter” (IP29). Det innebar att det fanns

en inneboende konflikt mellan idén om att koncentrera den högspecialiserade vården till NKS *och* att skapa lämpliga patientunderlag för vård och utbildning. Vissa ansåg dessutom att denna inneboende konflikt var närvarande i relation till forskning – eftersom forskning måste bedrivas inte bara på den högspecialiserade vården utan också på de breda folksjukdomarna (IP26; Läkartidningen 2017). Det bör samtidigt noteras att NKS uppdrag vad gäller verksamhetsinnehållet var att ha fokus på högspecialiserad vård och ”forskningsintensiv” vård (t. ex. NKS-förvaltning 2009b, sid. 7) – även om vad denna vård mer exakt skulle inkludera alltså var oklart.

I remissvaren på NKS-förvaltningens första rapport om verksamhetsinnehåll (2009a) är det tydligt att rapportens fokus på Solna – och exkludering av Huddinge – väcker frågor. De kritiska rösterna är flera, varav Stockholm Läkarförening/Centrala SACO-rådet SLL hör till de tydligaste. De börjar med att konstatera att NKS-förvaltningen felaktigt skriver att fackliga företrädare kontinuerligt har informerats och fortsätter sedan med kritik mot upplägget:

> Dokumentet kännetecknas av en påtaglig brist på beskrivning av hela Karolinska Universitetssjukhuset. Huddingedelens roll och integration i det nya sjukhuset saknas. Detta gör att dokumentets användbarhet som beslutsunderlag kan ifrågasättas. Om Karolinska Universitetssjukhuset åter skall delas borde detta framgå. Ett intryck ges i rapporten av två sjukhus med skilda arbetssätt och uppdrag. (Stockholms Läkarförening/SACO 2009, sid. 1)

Kommunal Stockholms Län efterlyser också en diskussion om Huddinges roll i förslaget och ställer frågorna: ”Hur har den [sjukhuset i Huddinge] en naturlig koppling till navet? Eller finns det något annat tänk runt Huddingesidan?” (Kommunal Stockholms Län 2009, sid. 2).

I Karolinska Institutets (KI) remissyttrande betonas också att Karolinska i Huddinge måste inkluderas tydligare i planerna vad gäller verksamhetsinnehållet. KI skriver bland annat att:

> NKS bör således, enligt Karolinska Institutets uppfattning, bli en del i ett framtida universitetssjukhus, med verksamhet och erforderlig infrastruktur i både Solna och Huddinge, med en sammanhållen organisation och en ledning. Det är detta som bör utgöra navet i ett nationellt och internationellt konkurrenskraftigt sjukvårdssystem. (Karolinska Institutet 2009, sid. 2)

Sjukhusdirektör Jakobsson på Karolinska påpekar i sitt remissvar att uppdraget till NKS om att vara navet i ett universitetssjukhussystem är ett annat uppdrag än den inriktning som sjukhuset har idag. Jakobsson beskriver kort det pågående integrations- och profileringsarbetet mellan Huddinge och Solna som syftar till att skapa enhetliga patientflöden inom Karolinska – oavsett organisation och kliniktillhörighet. Detta är ett arbete som kommer att skapa ett allt större beroende mellan de båda sjukhusen och som delvis motsäger den utveckling som NKS-förvaltningen beskriver i sin rapport: ”Den profilering som idag bedrivs med infektionssjukvård, immunologin och transplantation samt den tunga gastroenterologin i Huddinge går delvis stick i stäv med de intentioner som rapporten uttrycker” (Karolinska 2009, sid. 2). Även remissyttranden från till exempel Danderyds Sjukhus påtalar detta problem, och påpekar att sättet att beskriva NKS som ett nav i det akademiska sjukvårdssystemet är problematiskt och förvirrande med tanke på Karolinskas ”interna profileringsarbete mellan Huddinge och Solna” (Danderyds Sjukhus 2009, sid. 2).

Ett ytterligare exempel på detta, menar Jakobsson vid Karolinska, är den medicinsktekniska utvecklingen – som sker i samarbete mellan industri och akademi – som enligt NKS-förvaltningens rapport planeras till Solna. I enlighet med ägardirektiv och uppdrag planerar ledningen vid Karolinska att genomföra en sådan utveckling – men i Huddinge. Dessa oklarheter skapar problem, enligt Jakobsson:

> Det är uppenbart att dessa dubbla budskap skapar problem med trovärdigheten i det förändringsarbete som Karolinska bedriver. Ett regionalt utvecklingsperspektiv kräver givetvis en gemensam helhetssyn och skall vara i överensstämmelse med mål som bl a uttryckts i SLL:s budgetdirektiv 2010 där både Nord och Syd lyfts fram som viktiga utvecklingsområden. Öppna frågor som återstår att hantera är framtida samverkan mellan de två innovationsplatserna, liksom omfattande investeringsbehovs i Stockholms sjukvårdssystem under tiden fram till NKS är på plats. (Karolinska 2009, sid. 2)

I en artikel i Dagens Medicin (2009, sid. 8), som skrevs med anledning av att remissvaren hade offentliggjorts, säger en anonym läkare till tidningen att ingen längre vill till Huddinge: ”Nu gäller det att hålla sig så nära byggkranarna som möjligt och hålla rumpan framme så att man har en stol att sitta på i det nya sjukhuset.” I våra intervjuer bekräftas bilden av att Huddinge

initialt i hög grad uteslöts från planerna om det nya sjukhuset. En person beskriver frågan som kontroversiell och frågan om fusionen skulle splittras upp ”låg som ett spöke hela tiden” (IP11).

Sammantaget är det tydligt att planeringen av det nya universitetssjukhuset initialt inte tog hänsyn till att det existerande Karolinska bestod av två sammanslagna enheter – Solna och Huddinge. I skapandet av en stark och slagkraftig vision om just *ett* sjukhus i världsklass, där den nya sjukhusbyggnaden var katalysator och möjliggörare, blev Huddinges roll problematisk. Hur förena *två* sjukhus i de politiska drömmarna om *ett* sjukhus i världsklass? Situationen illustrerar ytterligare hur ”visionär oklarhet” skapade en slags ytlig konsensus där ingen var emot en satsning mot högspecialiserad vård i världsklass *per se*, men där remissvaren, och delvis våra intervjuer, vittnar om att nästan alla berörda parter var kritiska till hur stora delar av projektet planerades att genomföras.

Idén används för att rättfärdiga fortsatt otydlighet

Senare samma år, i december 2009, skrev NKS-förvaltningen, på basis av rapporten ”Koncept NKS” och remissvaren, ett tjänsteutlåtande avseende det övergripande verksamhetsinnehållet vid NKS. I utlåtandet slogs fortsatt fast att ”sjukvården förändras och det går inte att exakt förutsäga hur sjukvården och behoven på ett universitetssjukhus ska se ut om 10 år eller att en gång för alla definiera vad som i framtiden kommer att vara högspecialiserad vård” (NKS-förvaltning 2009b sid. 7). På grund av detta framhölls därför fortsatt – trots den rätt tunga kritik och den oro som framkommit genom remissvaren – att det var viktigt att ”uttrycka sjukhusets verksamhetsinnehåll i så generella termer som möjligt så att man inte låser fast ett detaljerat innehåll som riskerar att vara omodernt då sjukhuset öppnar eller att sjukhuset inte har beredskap att möta den medicinska och tekniska utvecklingen” (NKS-förvaltning 2009b, sid. 7). Det betonades även att ett mer detaljerat förslag på verksamhetsinnehåll skulle redovisas under 2011, och att det nuvarande därför skulle ses som ett slags utgångspunkt för fortsatt arbete: ”Föreliggande tjänsteutlåtande anger endast en övergripande inriktning av det nya universitetssjukhusets verksamhetsinnehåll som utgångspunkt för det fortsatta planeringsarbetet av den nya sjukhusbyggnaden” (NKS-förvaltning 2009b, sid. 11).

Den bestående oklarheten och öppenheten vad gällde verksamhetsinnehållet var under NKS-förvaltningens första tid inte bara sanktionerad av styrande politiker, utan kan förstås som önskad och driven av politikerna (t. ex. SLL 2008; IP28). Det handlade inte enbart om att det

kan tänkas ta tid att formulera och sjösätta de högt flygande ambitionerna om en ny vårdstruktur, nytt innehåll och nya arbetsmetoder – ett arbete som dessutom skulle göras samtidigt som NKS-förvaltningen skulle ansvara för upphandling av OPS-avtal och påbörja själva byggandet av det nya sjukhuset – utan motiverades kanske främst genom att det var vad som ansågs krävas för att realisera de högtflygande drömmarna. Samtidigt som detaljer och avtal kring både finansiering och byggnation var tvungna att beslutas om, ansågs preciseringar om verksamhetsinnehållet behöva skjutas på framtiden. Det missnöje som riktades mot denna otydlighet – från Karolinska, HSN-förvaltningen, andra sjukhus, fackliga organisationer och så småningom också från den politiska oppositionen – förklarades med att kritikerna inte riktigt hade förstått dynamiken i konceptet. En av de personer som varit med från början motiverade det öppna förhållningssättet just genom att ”ett modernt universitetssjukhus” i sig måste förstås som något dynamiskt – som något som ”förändras hela tiden” – vilket gör att det inte går att definitivt säga vad för typ av innehåll som behövs längre fram i tiden (IP29). I liknande ordalag förklarar en intervjuad politiker det omöjliga i att precisera verksamhetsinnehållet så tidigt i förändringsprocessen och menar att ”det var helt nödvändigt” att skjuta upp mer specifika beslut om innehåll därför att man inte kan ”veta 2010 om hur världen ser ut 2017, därför att vi har nya behandlingsmetoder – det som var en jättesvår sjukdom då kanske inte är det idag” (IP28).

Vi menar att detta kan förstås som att idén om den högspecialiserade vården användes för att *rättfärdiga* fortsatt otydlighet och brist på konkretisering. I en fas då den ”visionära oklarheten” hade fullgjort sitt syfte – att skapa konsensus och kraft att initiera en förändringsprocess (beslutet att bygga ett nytt sjukhus i april 2008) – och projektansvariga nu förväntades skapa mer klarhet och konkretisera mål samt tydliggöra steg i genomförandeprocessen (jfr Gioia et al. 2012) hänvisade NKS-förvaltningen i stället – återigen – till den högspecialiserade vårdens karaktär av att inte kunna definieras.

Flera intervjupersoner (t. ex. IP26; IP28) betonar också att förändring tenderar att göra människor nervösa och rädda då de inte vet vad resultatet kan komma att betyda för egen del. Kanske kommer vissa personers arbetsområden att flytta ut från sjukhuset (jfr t. ex. NKS-förvaltningen 2009c; Dagens Medicin 2009). En intervjuperson påpekar just att det kan uppstå problem med att vara för detaljerad – att slå fast vissa saker i relation till vad högspecialiserad vård är och ska vara gör att man öppnar upp för strider (IP16). I debattartikeln ”Tankarna bakom Nya Karolinska Solna: Vi måste våga förändra invanda traditioner och kulturer” skriver två projektledare/chefläkare vid NKS-förvaltningen (tidigare 20-procentare) att ”förändring kräver

mod, och därför måste alla som arbetar i vården ta ansvar för att våga tänka nytt" (Läkartidningen 2010). De betonar att goda exempel redan finns "i dagens högspecialiserade sjukvård", och nämner bland annat Karolinska, men menar samtidigt att mer behöver göras. Artikeln avslutas med att slå fast att för att säkerställa att NKS ska bli ett världsledande sjukhuset krävs en insats av alla inblandade:

> Vi måste dock lägga en del av gamla arbetssätt och gränsdragningar åt sidan och våga förändra invanda traditioner och kulturer. Gör vi det har vi möjlighet att skapa en sjukvård i absolut världsklass för nästa generation unga och gamla patienter. Här kan vi åstadkomma en verkligt patientsäker, effektiv och forskningsstark sjukvård. Vi har en unik möjlighet, och vi måste alla ta vårt ansvar för att bygga upp det nya universitetssjukhuset från grunden och anpassa det till framtida generationers sjukvård. (Läkartidningen 2010, sid. 2941).

Som tidigare studier av megaprojekt har visat kan också uppskjutande av beslut förstås i strategiska termer (jfr t. ex. Sahlin-Andersson 1989). Så länge innehållet inte definierades mer konkret behövde det inte bli "inbördeskrig", för att använda uttrycket i inledningen på nytt. De personer som riskerar att bli nervösa och rädda behöver inte oroas – eller åtminstone kan "oroandet" skjutas på framtiden.

NKS-förvaltningens idéer om vårdkedjor, tematisk organisation och processtänk kring patienten var dock beroende av nära samverkan med andra vårdorganisationer i sjukvårdssystemet. NKS-förvaltningens återkommande hänvisningar till det nya sjukhusets roll som nav i ett större, regionalt nätverk, förstärkte ytterligare kravet på – som också blev tydligt redan i första rundan remissvar – mer konkreta besked om hur NKS närvaro skulle påverka behov och efterfrågan i regionen. I det här skedet av processen, vid slutet av år 2009, befann sig NKS-förvaltningen i en situation där otydlighet inte längre kunde användas för att undvika strider – dessa fanns i förvaltningens närhet och var uttalade både i medierapportering och remissvar. Däremot innebar NKS-förvaltningens fortsatta oklarhet om verksamhetsinnehållet att kritiken förmodligen tog sig ett särskilt eller annat fokus för stunden. Såsom striderna i nuläget kom till uttryck handlade dessa om en gemensam kritik från andra organisationer, vårdhavare, mot NKS-förvaltningens förslag. Ett mer konkret förslag om verksamhetsinnehåll hade möjligen lett till andra strider och öppnat upp för till exempel konflikter mellan professioner och specialiteter.

Idén försvagas – oklarheten i konflikt med krav på planering

Efter det tjänsteutlåtande som NKS-förvaltningen hade tagit fram på basis av sin tidiga rapport om koncept för verksamhetsinnehåll och de många remissvar som inkommit (NKS-förvaltning 2009b) inkom ytterligare kommentarer och synpunkter, denna gången från såväl oppositionen, i form av Socialdemokraterna och Vänsterpartiet (reservation i FoUU-utskottet, se SLL 2009), som HSN-förvaltning (se utlåtande, HSN-förvaltning 2010) och Produktionsutskottet (ett politiskt sammansatt organ under Landstingsstyrelsen, se Produktionsutskottet 2010). Även arbetsgivar- och fackliga organisationer fick uttala sig på nytt. I dessa två omgångar med yttranden blir det tydligt att idén om den högspecialiserade vården på allvar hotas. Situationen påminner om att idéer bara kan ges kraft genom aktörskap och handling. De kan inte bäras – eller flyga! – av sig själva. De problem som kom med otydligheten visade sig nu än tydligare och det fördes fram fortsatta krav på konkretiseringar.

Fortfarande i slutet av 2009 och i början av 2010 finns en enighet bland berörda parter om behovet av det nya sjukhuset. Socialdemokraterna och Vänsterpartiet skriver till exempel i sin gemensamma reservation i FoUU-utskottet med anledning av ”Inriktningsbeslut avseende övergripande verksamhetsinnehåll vid Nya Karolinska sjukhuset” (SLL 2009, sid. 1) att: ”Vi är mycket positiva till bygget av Nya Karolinska Solna och vi vill precis som många andra understryka betydelsen av att det framförallt är ett verksamhetsprojekt och inte ett byggprojekt.”

Den inneboende spänningen i idén om högspecialiserad vård tar sig dock tydligt uttryck i remissvaren och flera kritiska frågor känns igen från den tidigare remissomgången och återupprepas nu. Den återkommande frågan handlar om hur berörda parter ska kunna planera för förändringar i sjukvårdssystemets organisering, hur noderna i nätverket hänger ihop, och i termer av innehåll, utbildningsuppdrag och personalförsörjning, detta trots att NKS-förvaltningen vidhåller att det ännu är för tidigt att konkretisera vad som ska rymmas i det nya sjukhuset. Det är en kraftig krock mellan att hålla alla dörrar öppna – för att vara flexibel i relation till den snabba medicintekniska och kunskapsmässiga utvecklingen – och att synka den högspecialiserade vården med sjukvårdssystemet i stort.

Den politiska oppositionen hand i hand med HSN-förvaltning

Oppositionen (Socialdemokraterna och Vänsterpartiet) menar i sin reservation i FoUU-utskottet att underlaget från NKS-förvaltningen väcker fler frågor än svar (SLL 2009), och HSN-förvaltningen inleder sitt utlåtande med att slå fast att den inte definitivt kan ta ställning till förslaget givet att det är presenterat på en sådan övergripande nivå (HSN-förvaltning 2010). Oppositionen påpekar att eftersom ”projektet ett uppföra ett nytt sjukhus sträcker sig över flera mandatperioder och kommer att vara i ständig förändring” är det ”särskilt viktigt att verksamhetsinnehållet vid Nya Karolinska Solna och dess påverkan på hela länets sjukvårdsstruktur blir föremål för blocköverskridande politiska överläggningar som går i takt med Landstingsförvaltningens arbete.” De fortsätter med att rikta kritik mot hur arbetet hitintills har organiserats:

> Fram tills idag har dock processen i större utsträckning gått ut på informella möten och seminarier, som förvisso varit informativa, men där den politiska dialogen varit i det närmaste obefintlig. Den borgerliga majoriteten verkar till synes inte vara intresserad av att bjuda in till politiska överläggningar. Detta riskerar leda till en diskussion om Nya Karolinska Solna präglad av osäkerhet och onödiga strider och som i slutändan enbart drabbar patienterna i Stockholms läns landsting. (SLL 2009, sid. 2).

Oppositionen lyfter särskilt fram det, såsom de ser det, olyckliga och problematiska i att NKS-förvaltningen inte tycks ha beaktat de synpunkter som kom in från remissinstanserna (se ovan, de som inkom efter NKS-förvaltningens första rapport i maj, 2009). Dessa synpunkter måste tas tillvara i det fortsatta arbetet, slår oppositionen fast i sin skrivelse. Det handlar bland annat om NKS i relation till Huddinge – som inte nämns i förslaget men som flera ”tunga remissinstanser” efterfrågar mer tydliga riktlinjer kring: ”Läsaren får nästan intrycket att den gemensamma organisationen mellan de två sjukhusen ska splittras och att det profileringsarbete som har påbörjats ska avbrytas.” (SLL 2009, sid. 2).

I HSN-förvaltningens utlåtande blir det tydligt att NKS-förvaltningens arbete med att ta fram verksamhetsinnehållet inte tillräckligt anses ha synkroniserats med HSN-förvaltningens arbete: ”Det framstår som rimligt att NKS-förvaltningens fortsatta arbete om NKS verksamhetsinnehåll synkroniseras med HSN-förvaltningens uppdrag om framtidens hälso- och sjukvård” (HSN-förvaltning 2010, sid. 2). HSN-förvaltningen hänvisar till att NKS har ansvar för att hantera den vård som produceras vid nuvarande Karolinska i Solna: ”Om detta inte blir

fallet måste alternativa investeringar ske inom andra delar av vården för att möta behoven." HSN-förvaltningen fortsätter med att uppmana till att detta måste göras snarast, då tiden är begränsad.

HSN-förvaltningen vittnar också om att NKS-förvaltningen verkar ha en överdrivet stark tilltro till effektivitetsvinster vid det nya sjukhuset – givet att man i förslaget utgår från att produktionen vid NKS kommer att vara lika stor som vid nuvarande Karolinska i Solna. HSN-förvaltningen lyfter en rad aspekter i sin remiss som den anser är oklara och som den kräver att NKS-förvaltningen måste precisera för att det ska vara möjligt för HSN-förvaltningen att kunna ta ställning till förslaget. En aspekt – som återkommer i de flesta av remisserna – är förslaget om det temaorganiserade arbetssättet och förändrade vårdprocesser; något som de flesta ställer sig positiva till, men vill veta mer om – inte minst för att detta kommer att skapa krav på förändrad organisering i hela sjukvårdssystemet. "De förändrade vårdprocesserna medför en stor förändring av sjukvårdsstrukturen och av detta följer att jämförelsen mellan NKS och den nuvarande verksamheten vid Karolinska i Solna är svår att göra" (HSN-förvaltning 2010, sid. 3). HSN-förvaltningen avslutar sitt remissvar med att konstatera att det är viktigt att "processen och ansvarsfrågan för att transformera den nuvarande organisationen blir tydlig" (HSN-förvaltning 2010, sid. 5).

De fackliga organisationerna upprepar sin kritik

Även i remissvaren från de fackliga organisationerna upprepas en hel del från den föregående remissrundan och de anser fortsatt att de inte har involverats i arbetet. Vårdförbundet (2010) skickade till och med in samma remissvar som föregående runda då det ansåg att ingenting hade tagits hänsyn till. Precis som tidigare i processen handlar remisserna främst om otydligheten och de stora problem som anses följa av den. Flera fackliga organisationer menar, i likhet med HSN-förvaltningen, att de inte kan ta ställning till delar av förslaget om de inte först får ta del av någon form av generalplan för regionen (t. ex. SACO 2010; Vårdförbundet 2010).

> Nya Karolinska Solna Universitetssjukhus är en av pusselbitarna i Stockholms läns framtida hälso- och sjukvård, för att få en bild av sjukhusets del i helheten hade vi gärna haft tillgång till de övriga pusselbitarna (Vårdförbundet 2010, sid. 1).

SACO/Stockholms Läkarförening skriver att det är ”helt nödvändigt att utvärdera NKS samband med och påverkan på övrig sjukvårdsstruktur” och att ”intrycket blir att viktiga frågor som behöver besvaras, skjuts framåt på ett olyckligt sätt” (SACO 2010, sid. 1). Den ställer sig också frågande till hur man ska uppnå ambitionen att NKS ska säkra framtida vårdbehov i regionen samtidigt som antalet vårdplatser minskar från Karolinskas 600-700 platser till 400 platser ska gå ihop i praktiken.

Diskussioner om NKS som nav återkommer och de flesta har fortsatta frågor kring vad det betyder. Det finns en stor efterfrågan på mer tydlighet och att definiera konsekvenserna av att NKS ges en roll som nav i ett nationellt och regionalt akademiskt sjukvårdssystem. SACO flaggar för att tanken om nav kan vara allt från okontroversiellt till en roll som behöver förklaras:

> Om man menar ett av flera universitetssjukhus torde detta vara tämligen okontroversiellt. Om man i stället menar att NKS skall ha en överordnad roll på nationell nivå, borde en beskrivning hur det ska bli möjligt ingå. Oklart är också om ”navet” skall innefatta hela Karolinska Universitetssjukhuset eller enbart NKS. Redan idag fungerar Karolinska som en sorts ”nav” och det är därför inte klart om skrivningen i sak innebär någon förändring. (SACO 2010, sid. 2)

Centralt är också önskemål och behov av att göra medarbetare mer delaktiga i förändringsarbetet och inkluderade i NKS. Inte minst de fackliga organisationerna uttrycker skarp kritik mot att förslaget inte behandlar frågor om hur NKS kommer att påverka personalbemanning och personalstruktur (se t. ex. SACO 2010). Kommunal Stockholms Län (2010, sid. 1) menar på samma sätt att det är ”mycket anmärkningsvärt att vi som personalorganisation utestängs från ett sådant arbete.”

Det blir i samband med detta också tydligt att en temaorganisation i sig inte ses som problematisk, men att den typen av stora förändringar i sjukvårdsorganisationen kräver omfattande omställning i arbetet. Det anses därför vara särskilt viktigt att personal engageras för att förberedas för en så omfattande förändring – en ”kulturförändring” kallar Kommunal Stockholms Län det för (vilket även flera av våra intervjupersoner beskriver det som, t. ex. IP11; IP15; IP16; IP20). Vårdförbundet, och många med dem (t. ex. Kommunal Stockholms Län 2010; SACO 2010; SKTF 2010), pekar på personalförsörjningen – hur ska man se till att

det finns kompetens när sjukhuset står färdigt om inte dessa frågor hanteras löpande under processen? Här blir återigen den inneboende paradoxen i idén om högspecialiserad vård tydlig där snabb kunskapsutveckling kräver både öppenhet och spetskompetens (som tar tid att utbilda).

> Vårdförbundet har vid ett flertal tillfällen påpekat vikten av att arbetet med personalförsörjning måste gå hand i hand med ”byggandet”, det finns annars risk för att det finns ett färdigbyggt sjukhus utan den specialistkompetens som behövs. En snabb kunskapsutveckling kräver att tid och möjlighet ges för alla yrkeskategorier för kontinuerlig kompetensutveckling. (Vårdförbundet 2010, sid. 1)

Remissvaret från SKTF innehåller en liknande diskussion och betonar att medarbetarna är den viktigaste tillgången i skapandet av morgondagens sjukvård och att dessa därför måste integreras i arbetet med att utveckla sjukhuset:

> Då finns kompetens att fylla det nya huset med när det är färdigt. Då kommer kompetenta och samtränade medarbetare att fortsätta sitt arbete i nya lokaler. Inte minst den snabba medicinska och tekniska utvecklingen ställer krav på detta. (SKTF 2010, sid. 1)

Det lilla sjukhuset blir större – existerande struktur betonas

Ett yttrande från Produktionsutskottet i januari 2010 innehåller bland annat rubriken ”Nytt stort sjukhus – nya möjligheter för hela hälso- och sjukvården”. Här finns en annan retorik och etikettering av det nya sjukhuset än de tidigare förekommande, och den som NKS-förvaltningen själva har använt, för att presentera det nya universitetssjukhuset. Det *lilla* sjukhuset beskrivs nu som det *stora*, och remissen påpekar att den högspecialiserade vården endast utgör cirka sex procent av hälso- och sjukvården varför den typen av vård endast kan komma att utgöra ”en begränsad del av vården vid NKS” (Produktionsutskottet 2010, sid. 4). Här efterlyses, precis som tidigare och senare remissinstanser, att ”det krävs ett mer utvecklat beslutsunderlag, framtaget i samverkan med fler aktörer inom sjukvårdssystemet, för att ta ställning till vilka teman som initialt ska koncentreras till NKS” (Produktionsutskottet 2010, sid. 4).

I samma yttrande från Produktionsutskottet betonas också att teoretiska modeller inte kommer att räcka till för att få en framtida sjukvårdsorganisation att fungera. Nu poängteras också att *existerande* struktur måste få en roll i *framtida* struktur.

> Det är i stället det praktiska arbetet med vårdsamband, logistik, rutiner mm kring diagnostik, behandling och omvårdnad som blir avgörande för goda resultat och effektiva vårdprocesser. Detta talar för att den organisation av patientvården som skall tillämpas initialt vid NKS bör utformas genom att förberedelsearbetet sker i nära samverkan med övrig sjukvård och förankras väl i den pågående sjukvårdsverksamheten. I stor utsträckning bör verksamhetsförändringsprojektet ske som en integrerad process med den existerande sjukvårdsstrukturen (Produktionsutskottet 2010, sid. 3).

I en kommentar från Landstingsstyrelsens förvaltning (med anledning av de fackliga organisationernas synpunkter, se ovan) tydliggörs att NKS-förvaltningen inte ska ses som ansvarig för att beräkna det nya sjukhusets effekter för regionens hälso- och sjukvårdsstruktur: ”I det fortsatta arbetet är det viktigt att förstå att NKS-förvaltningen inte har till uppgift att vara huvudansvarig för hur effekterna av planeringen för NKS påverkar övrig hälso- och sjukvårdsstruktur, eller hur profileringen mellan de två geografiska enheterna av universitetssjukhuset ska anges, även om man naturligtvis måste beakta också dessa delar.” (SLL 2010a, sid. 1). Enligt skrivelsen faller dessa uppgifter i stället på HSN-förvaltningen och på Landstingsstyrelsens förvaltning – och i viss mån även på ledningen för Karolinska genom deras nu pågående verksamhet.

I samma kommentar påpekar Landstingsstyrelsens förvaltning också att etiketteringen av NKS som ”nav” har övergetts eftersom det inte på ”ett tillräckligt tydligt sätt lyckats fånga universitetssjukhusets roll och uppgifter eller dess relationer till övrig hälso- och sjukvårdsstruktur” (SLL 2010a, sid. 2). Samtidigt betonas att detta dock inte betyder att ”universitetssjukhusets uppdrag kring den mest högspecialiserade sjukvården, eller för ansvaret avseende samverkan kring forskning och utbildning, förändrats”.

I ett tjänsteutlåtande från Landstingsstyrelsens förvaltning i april 2010 påpekas vikten av att NKS-förvaltningen i det fortsatta arbetet inkluderar medarbetare och berörda gruppers egna erfarenheter för att säkerställa att det tänkta verksamhetsinnehållet kan ”överföras till klinisk praktik”:

> Förståelsen av det som ska göras, visar forskning och erfarenhet, sker tydligast genom aktiva processer som bygger på den enskilde medarbetarens och berörda gruppens egna erfarenheter. Stor vikt måste därför läggas på att introducera projektets idéer och beskrivningar i både den pågående verksamheten vid Karolinska Universitetssjukhuset och i övriga hälso- och sjukvårdssystemet. (SLL 2010b, sid. 5).

Under NKS-förvaltningens första tid saknades en tydlig ansvarsfördelning och mandat att beräkna konsekvenser av NKS förändrade vårduppdrag för hela regionen. Fortfarande under våren 2010 saknades i hög grad den typen av beräkningar. Den kritik som särskilt HSN-förvaltningen riktar mot NKS-förvaltningen i remissvaret pekar på att det, enligt HSN-förvaltningen, saknades tillräckliga underlag för vad som skulle ingå i NKS uppdrag och verksamhetsinnehåll för att det skulle vara möjligt att göra beräkningar för helheten.

Under 2010 fick HSN-förvaltningen i uppdrag att analysera framtidens hälso- och vårdbehov i regionen – arbetet med vad som kom att kallas för ”generalplanen” och som senare blev Framtidsplanen. I mars 2011 presenterades en slutrapport från projektet Framtidens hälsa- och sjukvård (SLL 2011). En intervjuperson beskriver det som att rapporten var första gången som ett samlat dokument upprättades rörande vad SLL faktiskt vill (IP20): ”För NKS var en pusselbit men hur den pusselbiten ska fungera med alla andra pusselbitar var ju inte så glasklart i alla delar”. Samma intervjuperson förklarar också att det å ena sidan är förståeligt att det var löst i kanterna i början, men att man – i samband med utvecklandet av Framtidsplanen inte minst – behövde ”brotta ner” dessa frågor och definiera vad som faktiskt skulle göras. Att helhetsgrepp och ett helikopterperspektiv på hela regionens sjukvård kom så sent in i planerandet av det nya sjukhuset skapade en situation där NKS och regionens framtida behov hamnade i osynk. Samtidigt som idén om högspecialiserad vård kunde användas för att rättfärdiga den långtgående otydligheten, skapade det stora problem att säkra hem just denna vård i framtiden (då de berörda parterna helt enkelt inte kunde planera för vilken kompetens eller personal som skulle komma att krävas).

Idén tappar sin kraft – drömmarna som gick i kras

I mars 2011 publicerade NKS-förvaltningen rapporten ”Nya Karolinska Solna – mål och verksamhetsinriktning”. Rapporten presenterades som en sammanfattning av var ”arbetet med

verksamhetens innehåll vid det nya universitetssjukhuset befinner sig i dagsläget" (NKS-förvaltning 2011, sid. 2). En av intervjupersonerna förklarar att rapporten egentligen var tänkt att vara ett tjänsteutlåtande för beslut i fullmäktige, men att det i stället blev en bilaga till Framtidens hälso- och sjukvård (SLL 2011) (IP11). Rapporten upprepade den tidigare så många gånger berättade historiken som lade grunden för NKS-satsningen och beskrev översiktligt NKS kapacitet och utformning samt verksamhetens innehåll (i form av de sex temana, se nedan). Den betonar att den är "inte avsedd att utgöra underlag för att nu fatta detaljerade beslut avseende NKS verksamhetsinnehåll på klinik- och specialistnivå. Sådana ställningstaganden bedöms ligga flera år fram i tiden" (NKS-förvaltning 2011, sid. 2).

I rapporten görs dock försök att konkretisera vad som menas med högspecialiserad vård. Trots att det, på nytt, betonas att detta inte låter sig enkelt göras och att begreppet inkluderar sådan vård som är "särskild avancerad, forskningsnära- och investeringstung" (NKS-förvaltning 2011, sid. 12), lyfts det också fram att den fas som förvaltningen är inne i – "den redovisande fasen av beredningsarbetet" – kräver en mer detaljerad beskrivning av den högspecialiserade vården. De tidigare presenterade temana – barn, cancer, hjärta-kärl, inflammation, neuro och reparativ medicin – presenterades nu med "tänkbar volym av högspecialiserade/avancerade vårdtillfällen som kan koncentreras till NKS" (NKS-förvaltning 2011, sid. 26). Respektive tema redogörs nu för i något mer utförlig form än tidigare där uppskattningar görs kring hur resurserna vid det nya sjukhuset planerades att fördelas mellan de olika temana – skrivningar som alltså kan ses som försök till något slags konkretisering av verksamhetsinnehållet.

Rapporten avslutas med att betona att planeringsarbetet har "involverat ett mycket stort antal medarbetare från främst Karolinska universitetssjukhuset och från Karolinska Institutet" (NKS-förvaltning 2011, sid. 31) och fortsätter:

> De förslag som här redovisats uppfattas ha ett brett stöd även om meningsskiljaktigheter i enskilda frågor kan finnas. Karolinska universitetssjukhusets ledning har framhållit att genomförandet av den föreslagna koncentrationen av den högspecialiserade vården kan komma att medföra problem och att den är förknippad med risker. Dessa farhågor är naturligtvis berättigade, men det är drygt fem år kvar tills det nya sjukhuset ska tas i drift och med god planering, genomtänkt kommunikation, gemensamma krafter och ett strukturerat och disciplinerat genomförande, inkluderande noggrann riskanalys och

> riskhantering, torde potentiella problem kunna överkommas och målen nås. (NKS-förvaltning 2011, sid. 31)

NKS-förvaltningen bekräftar alltså här att Karolinska hade uttryckt kritik och oro över utvecklingen, men hänvisade till att det fortfarande fanns gott om tid att reda ut detaljerna. Samtidigt visar remissvar, andra dokument och även våra intervjuer att det vid den här tiden fanns många kritiska röster – Karolinska var långt ifrån ensamt. Innan det formella beslutet togs 2008 och under projektets tidiga fas fanns det inte några större politiska konfliktlinjer (förutom angående OPS-frågan, se Junker & Yngfalk 2018; Yngfalk & Junker 2019). Enigheten var relativt bred om att Stockholms sjukvårdsregion behövde ett nytt sjukhus och att detta nya sjukhus skulle kunna vara motorn i att omorganisera hela regionens vård mot ett tydligare processfokus centrerat runt patientens behov. Inte heller var frågan om teman särskilt kontroversiell. Det fanns redan liknande satsningar på svenska sjukhus och många ansåg att klinikstrukturen inte längre var det mest effektiva sättet att organisera den medicinska professionen.

Nu fanns det dock en växande politisk skepsis mot hur projektet hade utvecklats. En intervjuad politiker från oppositionen uppger att det så småningom började uppstå ”politiska konflikter om NKS-historien och det nya sjukhuset och att det började med diskussionen om själva sjukhusets innehåll” och till och med ”bråk om sjukhusinnehållet” (IP09). Personen beskriver situationen som frustrerande att ”man inte ville föra en diskussion om vad det nya sjukhuset skulle göra för något”. Samma person menar att både tjänstepersoner och den styrande Alliansen tyckte att man skulle vänta med att bestämma vilken vård som skulle finnas på det nya sjukhuset – och att detta blev problematiskt för planering av resten av vården: ” … vi var djupt oroade för vi kände det som att hela 3S-utredningen lades i papperskorgen […]” (IP09).

Röster från oppositionen menade också att ansvarsfördelningen mellan Huddinge och Solna var fortsatt oklar (t. ex. SLL 2009; IP09). Samtidigt bör noteras att det vid denna tid fanns uttalanden även från styrande politiker om att Huddinge fortsatt skulle ha ett högspecialiserat uppdrag. Vid en debatt om NKS i Landstingsfullmäktige säger till exempel Hans Åberg (dåvarande FP) att:

> Det är viktigt att påminna om att dagens Karolinska universitetssjukhus har sin verksamhet på två siter, Solna och Huddinge. Det ska man även ha i fortsättningen.

> Huddingesiten ska också vara ett universitets- och forskningssjukhus av världsklass, med egna spetsområden (Landstingsfullmäktige 2011, sid. 232).

Frågan om Huddinge/Solna relaterade också, som vi har visat tidigare, till frågan om konsekvenserna av NKS för hela regionens sjukvård. I ett anförande om Framtidsplanen för hälso- och sjukvården säger till exempel landstingsrådet Birgitta Svefjord (V) i sitt anförande att NKS ”är något som vi alla [är] överens om att vi ska bygga, men ju närmare vi kommer slutfasen av Nya Karolinska sjukhuset desto fler problem ser vi naturligtvis med detta sjukhusbygge” (Landstingsfullmäktige 2011, sid. 173). Svefjord pekar på de konsekvenser som NKS har för vården i Stockholmsregionen och menar att detta inte har belysts eller diskuterats tillräckligt – särskilt då en sådan omstrukturering innebär att vård kommer att flyttas till privata vårdgivare:

> Den omstruktureringen, om jag har förstått det hela korrekt när jag läser rapporten Framtidens hälso- och sjukvård, innebär i princip att vi ska flytta ut ganska mycket vård ut från dagens akutsjukhus, och det är möjligt att det är rätt att göra så men vi ska flytta ut den till privata vårdgivare. Det innebär att den omstrukturering som ska göras leder till en ganska omfattande ny privatisering av hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting. Det här har ju många av de remissvar som har inkommit med anledning av den här framtidsplanen tagit upp. Problemet med detta är att det kommer att skapa nya utmaningar för samarbete inom vården, delade vårdkedjor och så vidare. Vi måste faktiskt seriöst diskutera hur vi ska lösa det här. (Landstingsfullmäktige 2011, sid. 173).

I ett annat anförande vid samma debattillfälle pekar Tomas Eriksson (MP) på problemet med minskat antal vårdplatser som kommer med NKS och menar att ”Torbjörn Rosdahl [dåvarande moderat landstingsråd] måste vara den enda person i hela landstinget som lyckas hitta någon ledig kapacitet på våra sjukhus” och undrar var denna lediga kapacitet finns som är tänkt att täcka ”bortfallet i och med Nya Karolinska Solna”. Eriksson nämner även det alternativ som diskuteras i rapporten Framtidens hälso- och sjukvård om möjligheten att kunnat ge NKS ett bredare uppdrag, något som han menar skulle ha inneburit att man hade kunnat ”angripa problemet med bristen på vårdplatser” på ett annat sätt: ”Jag vet inte om det just nu är läge för högstatusprojekt som uppdraget för Nya Karolinska – att bara ägna sig åt högspecialiserad vård – eller om vi måste titta på detta en gång till” (Landstingsfullmäktige 2011, sid. 63).

Flera av intervjupersonerna beskriver också problematiken med att organisera och driva ett stort, komplext projekt som NKS över flera mandatperioder. En intervjuperson konstaterar till exempel att det är svårt att styra då planeringshorisonten tenderar att vara mandatperiodernas fyra år och det då blir svårt ”att hinna göra någonting” (IP28). En annan person uttrycker det som att ett förändringsarbete tar tid, att ”utvecklingen går steg för steg, tegelsten på tegelsten på tegelsten”, men att tyvärr har inte landstingspolitikerna förstått detta: ”De har för korta mandatperioder, de har för dålig grundkunskap inom fältet sjukvården” (IP27).

Trots att det alltså initialt fanns en slags grogrund att bygga något nytt med brett stöd över de politiska blocken, växte konflikterna till att bli så stora att en omfattande omorganisering av hela projektet genomfördes fyra år in i arbetet (se Andersson & Grafström 2019 för analys om hur konflikter genom särorganisation hamnade i parallella processer och därför inte blev tydliga för alla involverade parter). Från januari 2012 fick Karolinska formellt ansvaret för verksamhetsinnehållet för projektet NKS. Beslutet att lägga ned NKS-förvaltningen och bryta isär ansvaret för projektet, där NKS Bygg inom SLLs förvaltning, ansvarade för själva byggnationen av det nya sjukhuset och Karolinska fick ansvar för sjukhusets verksamhet och hur denna skulle organiseras, kom att få stora konsekvenser för det fortsatta arbetet med verksamhetsinnehållet och idén om högspecialiserad vård. Öhrming (2017, sid. 33) beskriver brytpunkten så här: ”År 2012 tonades de ursprungliga målen med NKS ned och projektet gavs en ny inriktning när politiken backade från målet om ett dominant sjukhusnav och deklarerade: ’vi kommer inte koncentrera all högspecialiserad vård till Solna’”.

Att beslutet om att lägga ned NKS-förvaltningen var i antågande var känt för de inblandade redan under våren 2011 (kanske även tidigare än så). En person förklarar, med anledning av att slutversionen från NKS-förvaltningen om verksamhetsinnehållet blev en bilaga och inte ett eget tjänsteutlåtande, att det i den vevan var en pågående ”maktkamp mellan Karolinska och förvaltningen”; en kamp som Karolinska vann (IP11).

Gioia et al. (2012) menar att oklarhet, osäkerhet och formbarhet kan skapa en grogrund för att mobilisera aktörers vilja att påbörja en förändringsresa, men att detta bär med sig krav om konkretisering och tydlighet i en nästa fas: för att det abstrakta ska kunna realiseras i praktiken krävs att oklarheten översätts till gemensamma mål och handlingsplaner. Analysen av idén om den högspecialiserade vården visar hur sådana krav gång på gång ställdes av berörda parter, men utan att hörsammas av projektansvariga. Den organisatoriska lösningen – som vi

analyserar mer ingående i en annan rapport (se Andersson & Grafström 2019) – där NKS-förvaltningen och FoUU-utskottet (som var det politiskt ansvariga organset) dels var nära knutna till varandra, dels skapade en organisatorisk distans till andra aktörer med intressen i NKS-projektet – kan ha förstärkt en upplevd situation av att inte behöva lyssna på ”utomståendes” kritik. Den organisatoriska lösningen legitimerade och möjliggjorde för NKS, och sjukvården i Stockholm, att hålla centrala parter på avstånd från processen. Det var ett viktigt syfte med särorganisationen.

Utifrån ett sådant perspektiv är det därför inte så förvånande att NKS-förvaltningen *inte* ändrade något av betydelse från den ena remissrundan till den andra. Lite tillspetsat kan vi förstå det som att den inte hade i uppdrag att lyssna på den typen av kritik utan att dess uppdrag just var att bryta mot det som var etablerat – och i det ingick att bli kritiserad. En del av kritiken var möjligen heller inte helt känd (eller kännbar) för NKS-förvaltningen. Genom den särorganisatoriska lösningen hamnade en hel del av diskussioner och konflikter i parallella processer, och blev därmed delvis inte lika tydliga för verksamma inom förvaltningen (Andersson & Grafström 2019).

Slutsatser och diskussion

Den här rapporten har visat hur idén om den högspecialiserade vården har påverkat synen på och hanteringen av frågor rörande verksamhetsinnehållet i NKS-projektet. Vår studie visar att en och samma idé kan ha högst olika betydelse för ett megaprojekt över tid. De politiska drömmar som Qvist och Johannesson (2018) framhåller var avgörande för att NKS-projektet skulle bli till – där idén om den högspecialiserade vården var central – visade sig senare stöta på motstånd och skapa problem. Samtidigt som dessa högtflygande planer antagligen *krävdes* för att NKS skulle förstås som ett projekt intressant nog att satsa på (jfr Gioia et al. 2012), var det delvis samma idépaket som senare *kvävde* den projektledning som initialt var satt att realisera projektet. Vår analys pekar på tre särskilt centrala faktorer som i samverkan med varandra kom att skapa grus i projektmaskineriet och gjorde det omöjligt att omsätta de politiska drömmarna om ett litet, högspecialiserat sjukhus fullt ut i praktiken.

För det första, fanns en *inneboende spänning i idén om den högspecialiserade vården*: dess oklarhet, osäkerhet och formbarhet både dolde/tonade ned och förstärkte/skapade konflikter. Samtidigt som idén kunde mobilisera intresse och uppslutning för sjukhusprojektet genom att

vara öppen (Gioia et al. 2012; Sahlin-Andersson 1989) var det samma öppenhet som senare kom att bidra till spänningar och konflikter. När oklarheten fortsatte att rättfärdigas även i en genomförandefas av projektet både synliggjordes och skapades spänningar. Den strategi som var tänkt att skjuta eventuella konflikter på framtiden utvecklades över tid till att förstärka meningsskiljaktigheter. Det blev en krock mellan argumentet att ovisshet om framtiden kräver öppenhet och faktiska behov av sjukvård bland medborgare i regionen – att kunna planera för konsekvenserna för andra vårdgivare i Stockholms hälso- och sjukvårdssystem för att, inte minst, trygga kompetensförsörjningen. Vi menar att utvecklingen kan förstås som att idén om den högspecialiserade vården bidrog till att skapa ett alltför stort glapp mellan de framtida – fortfarande då enbart i teorin resonerande – planerna och den reella, faktiska situationen där patienter behöver vård; en vård som behöver organiseras och bemannas med rätt kompetens.

I enlighet med vår diskussion ovan kan vi förstå det som att den organisatoriska lösningen medförde att kritiken mot att öppenheten och otydligheten bestod inte upplevdes så påträngande och akut för den dåvarande projektledningen (för en analys och diskussion, se Andersson & Grafström 2019). Samtidigt förstärktes den inneboende spänningen genom särorganiseringen (NKS-förvaltning och FoUU-utskottet). Fortfarande i intervjuer i dag framträder en bild av att ord står mot ord: de som var starka företrädare för projektets ambitioner om att radikalt omorganisera sjukvården i Stockholm menar att projektet inte hade kunnat hantera frågan om verksamhetsinnehållet på något annat sätt än just med stor öppenhet, medan kritiker menar att hela nätverkstanken kräver någon form av mer specificerad planering – en planering som måste omfatta hela regionens vårdorganisationer.

För det andra, i iver att transformera – och inte transferera – kan vi förstå det som *att idén om den högspecialiserade vården blev (alltför) separerad från etablerade strukturer och arbetssätt*. Med ambitionen om att bryta mot etablerad struktur, organisation och kultur fanns en tanke om att det nya sjukhuset behövde byggas på (helt) ny grund – med nya människor och nytt tänk (se Andersson & Grafström 2019). Sjukhuset och dess verksamhet tilläts alltså inte att växa fram ”organiskt”, som ansågs vara vanligt i många av de internationella exemplen på högspecialiserade sjukhus. Visionen om det nya sjukhuset fick inte bara kraft genom att peka på de positiva aspekterna med ett nytt, högspecialiserat sjukhus; den fick också kraft genom att måla upp det existerande som problematiskt, trögrörligt och bakåtsträvande (jfr Andersson & Grafström 2019). Samtidigt som idén om den högspecialiserade vården därför lovade något som inte fanns, skulle den – åtminstone längre fram i processen – attrahera de som faktiskt

befann sig i och som var en del av det som beskrevs som problematiskt (det vill säga den existerande sjukvårdsorganisationen). Det betyder att samtidigt som särorganiseringen med NKS-förvaltningen och FoUU-utskottet bland annat motiverades med att etablerad struktur och praktik inte skulle få alltför stort inflytande, ansåg vissa aktörer att det var särskilt problematiskt med upplägget att en kultur skulle förändras utan att fullt ut involvera den personal som arbetade på själva sjukhuset.

Att projektet – och därmed idén om den högspecialiserade vården – distanserades från etablerade strukturer och arbetssätt blev alltså med tiden problematiskt. Dels ledde det till att övriga sjukhus i regionen, liksom andra externa intressenter, kände sig bortkopplade från verksamheten; de saknade insyn i och förståelse för arbetet i NKS-förvaltningen, vilket – givet att alla sjukhus är beroende av varandra på en rad olika sätt – gjorde det svårt för dem att planera sin egen verksamhet. Dels uppstod också en otydlig ansvarsfördelning mellan NKS-förvaltningen och HSN-förvaltningen, vilket medförde att frågor som rörde konsekvenserna av NKS för hela regionen aldrig kom att diskuteras ordentligt. Planerna på att reformera hela regionens sjukvård, som hade varit närvarande under den tidiga planeringsfasen, tappades i hög grad bort under NKS-förvaltningens första tid.

För det tredje *kräver idéer ett starkt politiskt aktörskap* – de kan inte flyga själva. Visionen om NKS var bräcklig, inte bara för att den kom att förvaltas av en organisering som var distanserad från många viktiga aktörer utan också för att den bars av ett begränsat antal ledande personer. Detta är problematiskt i den typ av komplexa och i tiden utsträckta projekt som NKS utgör. Även om oklarhet i ett inledningsskede kan skapa enighet mellan olika aktörer med skilda och svårförenliga intressen, och därmed lägga en grund för en förändringsresa, måste oklarheten så småningom skingras: för att det abstrakta ska kunna realiseras i praktiken krävs att oklarheten översätts till mer handfasta mål, handlingsplaner och åtgärder. Men för att förvaltningar ska kunna konkretisera abstrakta visioner och idéer krävs vägledning av ansvariga politiker. Analysen av idén om den högspecialiserade vården visar hur krav på konkretisering gång på gång ställdes av berörda parter, men utan att hörsammas av projektansvariga. Ett svar på varför konkretiseringen uteblev är att de politiker och tjänstepersoner som bar idéerna i planeringsfasen inte hade samma betydande roll i denna genomförandefas – en situation som gjorde att idén tappade kraft. En av de intervjuade personerna i den här studien uttrycker det som att NKS-projektet över tid utvecklade en historielöshet. Studien visar här på svårigheten att organisera och driva ett stort, komplext projekt som NKS över flera mandatperioder.

Idén om den högspecialiserade vården försvann dock inte helt när dess främsta förespråkare lämnade projektet (dvs. när NKS-förvaltningen lades ned och Karolinskas ledning övertog ansvaret för verksamhetsinnehållet), utan den omtolkades. Precis som forskning visar översätts abstrakta idéer till lokala sammanhang (jfr Czarniawska & Sevón 1996). Det är genom sådana översättningsprocesser som idéer får kraft och blir betydelsefulla. Inom ramen för NKS-förvaltningen förstods därför den högspecialiserade vården i relation till de politiska drömmarna om att skapa ett sjukhus som tidigare inte hade funnits i Sverige – ett som kunde liknas vid framstående högspecialiserade internationella exempel; något som inte fick förknippas med eller förhållas till existerande sjukvård. På det nystartade Programkontoret vid Karolinska levde idén om den högspecialiserade vården vidare efter årsskiftet 2011/2012 men gavs en delvis annan betydelse. I det sammanhanget förstods den högspecialiserade vården inte minst i relation till annan vård som redan utfördes vid universitetssjukhuset.

Avslutningsvis kan vi förstå händelseutvecklingen som att idén om den högspecialiserade vården – och det idépaket som den var en del av – flög alltför högt. I önskan och ambition om att skapa ett *verksamhets*projekt där sjukvården skulle transformeras, och alltså inte ett *bygg*projekt där sjukvården skulle flyttas från en lokal till en annan, organiserades viktiga faktorer bort på vägen – vilket i hög grad möjliggjordes genom särorganisering – faktorer som vi menar behövs för att idéer inte bara ska få flygkraft utan också kunna realiseras i en genomförandefas.

Referenser

Andersson, C., & Grafström, M. (2019). Att styra genom organisation: Exkludering, inkludering och villkorat deltagande i NKS-projektet. Rapport, Stockholms centrum för forksning om offentlig sektor, Stockholms universitet, Stockholm.

Anell, A. (2007). Varför är det så svårt att styra sjukvården? Medicinsk specialisering och professionens intressen, i P. Blomqvist (red.) *Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård*. Stockholm: SNS Förlag, sid. 78-103.

Berlin, J., & Kastberg, G. (2011). *Styrning av hälso- och sjukvård*. Malmö: Liber.

Blomquist, C., & Jacobsson, B. (2002). *Drömmar om framtiden: Beslut kring infrastruktur*. Lund: Studentlitteratur.

Blomqvist, P. (2007). Kan vi styra sjukvården?, i P. Blomqvist (red.) *Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård*. Stockholm: SNS Förlag, sid. 222-238.

Bygdeman, M., Fridén, S., & Lindsten, J. (u.å.). *Minnen från att leda ett universitetssjukhus*. Stockholm.

Capio S:t Görans Sjukhus (2009). Remissvar Koncept verksamhetsinnehåll Nya Karolinska Solna Universitetssjukhus, 2009-08-31.

CeFAM (2009). NKS och primärvården. Remissvar från CeFAM, 2009-09-03.

Choi, S. (2011). Competing logics in hospital mergers: The case of Karolina University Hospital. Doktorsavhandling, Karolinska Institutet, Stockholm.

Czarniawska, B., & Sevón, G. (1996) (red.). *Translating organizational change*. Berlin: Walter de Gruyter.

Dagens Medicin (2009). Stor oro över hur vården ska utformas på nya Karolinska, 16 september, 2009.

Dagens Medicin (2017a). Tunga politiker sågar regeringens plan för högspecialiserad vård, 2017-12-06, https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2017/12/06/tunga-politiker-sagar-regeringens-propp/

Dagens Medicin (2017b). Vård behöver koncentreras men på ett trovärdigt sätt, debattartikel, 2017-12-06, https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2017/12/06/vard-behover-koncentreras-men-pa-ett-trovardigt-satt/

Dagens Medicin (2018a). Utred konsekvenserna av högspecialiserad vård, 2018-04-10, https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2018/04/10/utred-konsekvenserna-av-hogspecialiserad-vard/

Danderyds sjukhus (2009). Remissvar angående ”Koncept verksamhetsinnehåll nya Karolinska Solna Universitetssjukhus”, 2009-08-28, LS 0906-0489.

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

Eriksson-Zetterquist, U., & Ahrne, G. (2015). Intervjuer, i G. Ahrne & P. Svensson (red.), *Handbok i kvalitativa metoder*, Lund: Studentlitteratur, sid. 34-54.

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

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

Grafström, M., & Tamm Hallström, K. (2016). Värdeladdad organisering – kategoriers betydelse för stadsutvecklingsarbete. Scores rapportserie 2016:2, Stockholms universitet, Stockholm.

HSN-förvaltning (2009). HSN-förvaltningens svar på remiss om förslag till verksamhetsinnehåll Nya Karolinska Solna Universitetssjukhus, 2009-08-18.

HSN-förvaltning (2010) HSN-förvaltningens yttrande över remiss om inriktningsbeslut avseende övergripande verksamhetsinnehåll vid Nya Karolinska i Solna, Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltningen, 2010-01-18, HSN 1001-0069.

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

Junker, S., & Yngfalk, C. (2018). Vägen fram till beslutet om offentlig-privat samverkan för Nya Karolinska Solna. Rapport, Stockholm centrum för forskning om offentlig sektor, Stockholms universitet, Stockholm.

Karolinska Institutet (2009). Yttrande över rapporten Förslag Koncept Verksamhetsinnehåll, Nya Karolinska Solna Universitetssjukhus, 2009-08-31, Dnr 4240/09-002.

Karolinska (2009). Karolinska Universitetssjukhusets svar till remissen ”Koncept verksamhetsinnehåll Nya Karolinska Universitetssjukhus”, 2009-08-19, Dnr K1012-2009.

Kommunal Stockholms Län (2010). Kommunal anteckning till Centrala samverkansgruppen angående NKS, [datum saknas].

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

Läkartidningen (2009). Framtidens vård kräver framtidens arbetssätt, replik till Magnus Lichtenstein om Nya Karolinska, nr. 12, volym 106, sid. 871.

Läkartidningen (2010). Tankarna bakom Nya Karolinska Solna: Vi måste våga förändra invanda traditioner och kulturer, debattartikel, [18-09-14]], http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/1/15455/LKT1047s2940_2941.pdf

Läkartidningen (2017). KI ska utreda intensviakutens inverkan på utbildning och forskning, [19-02-12], http://lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2017/04/KI-ska-utreda-intensivakutens-inverkan-pa-utbildning-och-forskning/

Läkartidningen (2018). Bromsa centraliseringen av högspecialiserad vård, 16 maj 2018, [19-02-01], http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2018/05/Bromsa-centraliseringen-av-hogspecialiserad-vard/

NKS-förvaltning (2008). Nya Karolinska Solna – projektramar augusti 2008: Närhet, öppenhet, patientfokus – ett språng in i framtidens sjukhus.

NKS-förvaltning (2009a). Förslag Koncept Verksamhetsinnehåll – Nya Karolinska Solna Universitetssjukhus, rapport, 2009-05-29, LS 0906-0489.

NKS-förvaltning (2009b). Inriktningsbeslut avseende övergripande verksamhetsinnehåll vid Nya Karolinska Solna, tjänsteutlåtande, 2009-12-08, LS 0906-0489.

NKS-förvaltning (2009c). Kunskaps- och attitydmätning av Nya Karolinska Solna – Resultatredovisning och analys. Undersökning om NKS, 2009-04-01.

NKS-förvaltning (2011) Det ljusa sjukhuset: Nya Karolinska Solna i ord och bild.

Produktionsutskottet (2010). Produktionsutskottets yttrande till ”Inriktningsbeslut avseende övergripande verksamhetsinnehåll vid Nya Karolinska Solna”, remissvar, 2010-01-18, LS 0906-0489.

Prop. (2017/18:40), En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården, regeringens proposition 2017/18:40, http://www.regeringen.se/4ad353/globalassets/regeringen/dokument/socialdepartementet/proposition-2017-18-40.pdf

Qvist, M., & Johannesson, L. (2018) Ett megaprojekt tar form: Den tidiga planeringen av Nya Karolinska Solna, rapport, Statsvetenskapliga institutionen, Stockholms universitet.

Ramirez, F. O., Byrkjeflot, H., & Pinheiro, R. (2016). Higher education and health organizaional fields in the age of ”world class” and “best practices”, *Research in the Sociology of Organization*, 45, 35-57.

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

SACO/Stockholms Läkarförening (2010). Yttrande över tjänsteutlåtande ”Nya Karolinska Solna – övergripande verksamhetsinnehåll”, 2010-03-30.

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

Sahlin-Andersson, K., & Engwall, L. (2002) (red.). *The expansion of management knowledge: Carriers, flows, and sources*. Stanford, CA: Stanford University Press.

SKTF (2010). Synpunkter om ”Nya Karolinska Solna – övergripande verksamhetsinnehåll”, 2010-04-07, LS 1003-0255.

SLL (2004). Utredningen om Stockholms nya Sjukvårdsstruktur (3S), Förslag till ny hälso- och sjukvårdsstruktur för Stockholms läns landsting samt uppförande av ett nytt universitetssjukhus, LS 0409-1729.

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

SLL (2009). Reservation från Socialdemokraterna och Vänsterpartiet i FoUU-utskottet, Inriktningsbeslut avseende övergripande verksamhetsinnehåll vid Nya Karolinska sjukhuset, 2009-12-15, LS0906-0489, Ärende 7.

SLL (2010a). Kommentar från Landstingsstyrelsens förvaltning med anledning av de fackliga organisationernas synpunkter och frågor, 2010-04-07, LS 1003-0255.

SLL (2010b) Tjänsteutlåtande (del A) från Landstingsstyrelsens förvaltning: Nya Karolinska Solna Universitetssjukhus – *beslut om övergripande verksamhetsinnehåll* samt förslag till tilldelningsbeslut avseende funktionsupphandling i offentlig privat samverkan (OPS), 2010-04-14, LS 1003-0255.

SLL (2011). Nya Karolinska Solna – mål och verksamhetsinriktning, rapport mars 2011, LS 1103-0541.

SOU (2015:98), Träning ger färdighet: Koncentrera vården för patientens bästa, betänkande av Utredningen om högspecialiserad vård, http://www.regeringen.se/contentassets/13c797c47802474db94fabac1b3d81c8/sou-2015_98.pdf

SOU (2016:2). Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården, https://www.regeringen.se/contentassets/42b0aef4431c4ebf9410b8ee771830eb/effektiv-vard---slutbetankande-av-en-nationell-samordnare-for-effektivare-resursutnyttjande-inom-halso--och-sjukvarden_sou-2016-2.pdf

Stockholms Läkarförening/SACO (2009). Remissvar: ”Förslag Koncept Verksamhetsinnehåll Nya Karolinska Solna Universitetssjukhus”.

Stockholms Medicinska Råd (2009). Synpunkter på ”Förslag Koncept Verksamhetsinnehåll Nya Karolinska Solna Universitetssjukhus”, 2009-06-25.

Svensson, J. (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 (2018). Dokument inifrån: Den stora sjukhusstriden, 2018-05-02, https://www.svt.se/dokument-inifran-den-stora-sjukhusstriden/

Södersjukhuset (2009). Svar på remiss ”Koncept verksamhetsinnehåll Nya Karolinska Solna Universitetssjukhus”, 2009-08-09.

Vårdförbundet (2010). Vårdförbundets synpunkter vid slutbehandling av ärendet övergripande verksamhetsinnehåll vid Nya Karolinska Solna är de samma som lämnades vid remissförfarandet, 2010-04-06, LS 1003-0255.

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

Yngfalk, C., & Junker, S. (2019). Allt ljus på OPS: Legitimeringen av offentlig-privat samverkan för Nya Karolinska Solna. Rapport, Stockholms centrum för forskning om offentlig sektor, Stockholms universitet, Stockholm.

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