Stockholms läns landsting

8

Överlämnande av delrapport avseende genomlysning av Nya Karolinska Solna-projektet

LS 2016-1186

Landstingsrådsberedningen

SKRIVELSE
2018-03-28

LS 2016-1186

Landstingsstyrelsen

Överlämnande av delrapport avseende genomlysning av Nya Karolinska Solna-projektet

Föredragande landstingsråd: Irene Svenonius

Ärendebeskrivning

I ärendet överlämnas första delrapporten från Stockholms universitet avseende genomlysning av Nya Karolinska Solna-projektet.

Förslag till beslut

Landstingsrådsberedningen föreslår landstingsstyrelsen föreslå landstingsfullmäktige besluta

att lägga Stockholms universitets delrapport 2018-02-23, Framtidens universitetssjukhus – Beslut om Nya Karolinska Solna, till handlingarna.

Landstingsrådsberedningens motivering

Beslutet att uppföra ett nytt universitetssjukhus i Solna är ett av landstingets 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 landstingets oberoende revisorer och flera andra genomlysningar av projektets delar har också genomförts av eller på uppdrag av landstingets 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 har beslutat 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 ska behandla bakgrunden till och förberedelserna inför beslutet om ett nytt universitetssjukhus, med fokus på bedömningen av vårdbehov, investeringsbehov och förändringar i sjukvårdsstrukturen. Dessutom 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.

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

Beslutsunderlag

Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande
Stockholms universitets delrapport 2018-02-23, Framtidens universitetssjukhus – Beslut om Nya Karolinska Solna

Irene Svenonius

Gustaf Drougge

Landstingsstyrelsen
Landstingsstyrelsens förvaltning
SLL Juridik
Anne Rundquist

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2018-03-13

LS 2016-1186

Landstingsstyrelsen

Överlämnande av delrapport avseende genomlysning av Nya Karolinska Solna-projektet

Ärendebeskrivning
I ärendet överlämnas första delrapporten från Stockholms universitet avseende genomlysning av Nya Karolinska Solna-projektet.

Beslutsunderlag
Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande
Stockholms universitets delrapport 2018-02-23, Framtidens universitetssjukhus – Beslut om Nya Karolinska Solna

Förslag till beslut
Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige besluta

att lägga Stockholms universitets delrapport 2018-02-23, Framtidens universitetssjukhus – Beslut om Nya Karolinska Solna, till handlingarna.

Förvaltningens förslag och motivering
Sammanfattning
Stockholms universitet har levererat den första 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 Solna-projektet 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.

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

Förvaltningen föreslår att landstingsfullmäktige lägger delrapporten till handlingarna.

Ekonomiska konsekvenser
Beslutet har inga ekonomiska konsekvenser.

Malin Frenning
Landstingsdirektör

Anne Rundquist
Chefsjurist

Beslutsexpediering:
Akt
SLL Juridik

Godkänd av Malin Frenning, 2018-03-13

Stockholms universitet

Framtidens universitetssjukhus

Beslut om Nya Karolinska Solna

Delrapport, 2018-02-23

Göran Sundström, projektledare

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

Stockholms universitet

Inledning och läsanvisningar

Den 29 juni 2017 slöt Stockholms läns landsting (SLL) 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 SLL och SU ska lägesbeskrivningar och delresultat från projektets olika delprojekt avrapporteras till SLL under projektets gång, där en första avrapportering är satt till februari 2018. Denna delrapport svarar mot denna överenskomna avrapportering.

Rapporten består av tre delar. I den första redogörs för uppdragsprojektets uppläggning. I den andra delen redogörs för det arbete som har genomförts sedan projektstarten i juli 2017. I den tredje delen sammanfattas resultaten i avrapporteringarna från delprojekt 1 och 3. De fullständiga avrapporteringarna från de båda delprojekten återfinns som bilagor sist i rapporten.

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 SLL, 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 för genomförandet av byggnationen. *Delprojekt 3* analyserar processen bakom beslutet 2010 att sluta kontrakt enligt OPS-modellen. *Delprojekt 4* analyserar olika beslut om verksamhetsinnehåll och driftsättning på NKS. *Delprojekt 5* analyserar NKS ur ett övergripande planeringsperspektiv.

Stockholms universitet

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 projektledningsgrupp som möts regelbundet för att samordna 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 även lägesbeskrivningar och delresultat från delprojekten avrapporteras till SLL under projektets gång. En första sådan avrapportering avser delprojekten 1 och 3. Tidpunkter för nästa avrapportering är bestämd till våren 2019. Slutredovisning sker 2020.

Hittills genomfört arbete

I enlighet med projektplanen påbörjades delprojekten 1-4 den i juli 2017, medan delprojekt 5 påbörjades den 1 januari 2018. De fem delprojekten genomförs parallellt under de tre åren. Denna avrapportering handlar därmed inte om att slutrapportera delprojekten 1 och 3 utan om att redovisa lägesbeskrivningar och inledande resultat från de båda delprojekten. Båda delprojekten kommer att fortsätta efter denna avrapportering.

Mot bakgrund av att SLL har begärt avrapportering av delprojekten 1 och 3 redan i februari 2018 har projektarbetet under hösten 2017 kommit att fokusera dessa båda delprojekt. Det innebär att projektet har lagt mer resurser än budgeterat på dessa båda delprojekt sedan starten i juli 2017. Ambitionen har varit att samla in rikligt med empiriskt material under hösten 2017, för att under januari och februari 2018 kunna analysera materialet och sammanställa de båda delrapporterna.

En stor mängd dokument har samlats in. Det rör sig om utredningar, protokoll från nämnder och fullmäktige, tjänsteutlåtanden och skrivelser, som framförallt har hämtats från SLLs hemsida, SLLs arkiv samt Locums arkiv. Därutöver har projektet byggt upp en egen databas

med medieartiklar. Databasen bygger på en genomgång av ett 40-tal tidningar och tidskrifter, där sökningar gjorts i Mediearkivet. Detta skriftliga material har kompletterats med ett 30-tal intervjuer med personer som har haft insyn i de processer och skeenden som projektet intresserar sig för. Allt detta material har inte analyserats ännu. En del material kommer att analyseras och avrapporteras senare i delprojekten 1 och 3. Annat insamlat material kommer att används för delprojekten 2, 4 och 5. Ytterligare material kommer att samlas in framöver.

Projektledningsgruppen har mötts vid ett flertal tillfällen sedan projektstarten i juli 2017 för att diskutera såväl frågor om materialinsamling som mer analytiska frågor kopplade till de enskilda delprojekten och olika projektövergripande teman. Projektet har också haft två avstämningsmöten med SLL under hösten 2017.

Resultat från avrapporteringarna avseende delprojekt 1 och 3

Delprojekt 1: ”Ett megaprojekt tar form Den tidiga planeringen av Nya Karolinska Solna”

Delrapporten redovisar resultat från en studie av processerna bakom beslutet om att bygga Nya Karolinska Solna och fokuserar därmed på perioden från initiering och inledande planering av NKS-projektet fram till det formella beslutet togs 2008. Det empiriska material som ligger till grund för undersökningen består av policydokument samt semistrukturerade intervjuer med 17 nyckelpersoner som haft djup insyn i processen under de tidiga skedena.

En viktig utgångspunkt för studien är att NKS kan betraktas som ett megaprojekt, vilka har det gemensamt att de är stora, kostsamma och komplexa projekt med en omfattande förändringsambition. Att dra lärdomar av den tidiga planeringen av denna typ av projekt är av särskild vikt eftersom forskning visar att problem som dyker upp i senare delar av ett projekt ofta bottnar i olika val och beslut som görs redan vid projektets initiering. En annan viktig utgångspunkt är att planeringen av NKS sker inom ramen för en politisk beslutsprocess där vi studerar projektets väg upp på den landstingspolitiska dagordningen och fram till beslut.

Vi ställer följande frågor i rapporten: Hur och varför blev ett nytt, litet, högspecialiserat universitetssjukhus i Solna det framgångsrika lösningsalternativet under de tidiga

planeringsskedena av NKS-projektet? Vilka andra förslag diskuterades under denna period och varför blev de inte lika framgångsrika? På vilket sätt har beslutsprocessens organisering påverkat förslagets successiva utformning?

Undersökningen visar att det vid millennieskiftet öppnas ett ”möjlighetsfönster” på den landstingspolitiska dagordningen för att bygga ett nytt universitetssjukhus. Vid denna tidpunkt presenterar landstingets fastighetsbolag Locum en sammantagen kalkyl över kostnaderna för de omfattande renoveringsbehov som föreligger vid KS. Det visar sig att dessa kostnader är jämförbara med att bygga ett nytt sjukhus. Denna indikation ger tillräckliga argument för landstingspolitikerna att lansera ett *lösningskoncept* med inriktning mot ett *litet, högspecialiserat, forskningsdrivet, flexibelt universitetssjukhus i närhet till KI i Solna*. Bakom denna konceptuella lösning med inriktning mot spjutspetsforskning är KI starkt drivande eftersom sjukhuset kan bli en del av en större satsning på BioScience i Solna/Stockholm.

Förutom renoveringsbehoven på KS knyter lösningskonceptet an till två andra aktuella problembilder vid tiden. Den första handlade om en *styrningsproblematik* mellan SLL och KS där ledningen inom SLL uppfattade att KS under lång tid hade expanderat okontrollerat. Den andra handlade om *excellensforskning* och formulerades som att Stockholm hade förlorat i konkurrenskraft inom den medicinska forskningen.

Det föreslagna lösningskonceptet med ett litet högspecialiserat sjukhus i Solna vinner så småningom bred uppslutning bland landstingspolitikerna. Det blir med tiden också klart att projektet inte bara handlar om att bygga ett nytt sjukhus. Förslaget kom istället att utvecklas till en omfattande förändringsagenda för hela Stockholms läns sjukvårdssystem.

Under hela den studerade perioden har det på politisk nivå funnits en betydande samsyn kring lösningskonceptet och inriktningen låses fast redan i uppstartsfasen och ligger sedan fast hela vägen till beslut. Dock sker en betydande utveckling och konkretisering av förslaget under processens gång. Viktiga delar i detta är utredningen om Stockholms sjukvårdsstruktur, formgivningstävlingen och beredningen av förslaget i NKS-kansliet.

På frågan om beslutsprocessens organisering visar undersökningen att den tidiga planeringen av NKS präglades av en prioritering av handlingskraft framför bred förankring av de centrala delarna i konceptet. Detta innebar inte att det helt saknades tillfällen till dialog, samverkan

och involvering av intressenter. Tvärtom kännetecknas betydande delar av processen av att den på olika sätt öppnar upp för deltagande och aktörssamverkan, om än utifrån ganska strategiska premisser vad gäller exempelvis vilka aktörer som bjuds in och i vilken roll de har mandat att påverka. Dessutom sker öppningarna för dialog i hög grad inom de givna konceptuella ramar som redan slagits fast för vilket typ av sjukhus NKS ska bli. Just med avseende på handlingsförmåga måste strategin också ses som framgångsrik i den bemärkelsen att förslagets centrala beståndsdelar står sig relativt oförändrade genom hela den inledande fasen fram till beslut.

Sammanfattningsvis pekar rapporten på tre huvudsakliga lärdomar kring organiseringen av de tidiga planeringsskedena för att utveckla förmågan att planera stora projekt i framtiden. *För det första* är det tydligt i fallet med NKS att det gavs ett högst begränsat utrymme för diskussioner kring projektets övergripande inriktning innan de konceptuella ramarna låstes fast kring ett litet, högspecialiserat, forskningsinriktat sjukhus. Forskning visar dock att genom att öppna upp en diskussion om *olika tänkbara konceptuella lösningar* i ett tidigt stadium kan viktig kunskap, olika perspektiv och behovsanalyser tas till vara vilket ger bättre förutsättningar för att projektet ska bli framgångsrikt i senare skeden. Det handlar om vikten av att lägga mer tid och kraft på denna initiala fas där diskussionen fortfarande kan handla om vilken typ av projekt som ska påbörjas snarare än hur projektet bäst kan genomföras. I detta fall skulle en sådan konceptuell diskussion tydligare ha kunnat precisera och på olika sätt pröva de omfattande förändringsambitioner som NKS-projektet kom att innefatta. Att frågan lyfts till landstingsnivå, utifrån resonemang om att frågan är större än att bara gälla KS, ligger i linje med att öppna upp för en sådan bredare diskussion. Men genom att konceptet samtidigt låstes in kom frågorna om till exempel strukturförändringarna och kopplingen mellan högspecialiserad vård, utbildning och forskning inte att bli föremål för en sådan diskussion i detta skede.

För det andra kan förutsättningarna för att skapa legitimitet för lösningskonceptet stärkas om processen i ett tidigt skede öppnas upp för ett brett deltagande bland berörda aktörer kring frågor som rör projektets övergripande inriktning. Genom att tidigt få bred uppslutning och engagemang kring inriktningen på projektet bland berörda aktörer skapas legitimitet vilket minskar risken för konflikter och motsättningar i senare skeden. I NKS-projektet gjordes

ansträngningar för att förankra projektet hos sjukvårdsprofessionerna, men dessa öppningar av processen kom i ett skede när själva inriktningen på projektet – de konceptuella ramarna – redan var fastslagna. Rådslagen och seminarierna med professionsföreträdare handlade inte heller om det övergripande konceptet för projektet, utan om mer specifika frågor inom ramen för det stora projektet.

För det tredje är det av avgörande betydelse *hur* öppningar av processen sker i de tidiga planeringsskedena. Processen kan inte hållas öppen för alla berörda parter hela tiden utan öppenhet handlar om en strategisk avvägning där deltagande och inkludering balanseras mot behov av handlingskraft och förmåga att föra processen framåt. Vem som bjuds in att delta, på vilka grunder och med vilket mandat är alla strategiskt viktiga beslut som påverkar både legitimiteten och handlingskraften i den fortsatta projektplaneringen. I NKS-projektet återkommer strategin att bjuda in aktörer att delta på basis av deras kompetens och att samtidigt begränsa utrymmet för inflytande för ledande representanter för sjukhusorganisationerna under hela den tidiga planeringen. Detta var ett medvetet beslut för att inte skapa svårhanterliga konflikter och låsningar, men strategin kan samtidigt ha begränsat möjligheterna till att skapa bred förankring och legitimitet, sett i ljuset av de kontroverser som kringgärdat NKS-projektet i senare skeden.

Delprojekt 2: ”Vägen fram till beslutet om offentlig-privat samverkan för Nya Karolinska Solna”

Delrapporten redovisar resultat från en studie av processerna bakom landstingsfullmäktiges beslutet i juni 2008 om att använda offentlig-privat samverkan som upphandlingsform för Nya Karolinska Solna (NKS). Den fråga som ställs är hur OPS-alternativet kunde ges prioritet åren 2006 till 2008, trots att det mer eller mindre hade avskrivits i två tidigare utredningar inom landstinget, de så kallade SNUS och 3s. De främsta argumenten i dessa utredningar mot att använda OPS var att den offentliga sektorn i Sverige hade bristande erfarenhet av upphandlingsformen, att marknaden inte var tillräckligt utvecklad för denna upphandlingsform, att det saknades ett tydligt offentligt regelverk för den samt att vi har en

speciell svensk förvaltningsmodell med kommunal självstyrelse, som innebär kommunal beskattningsrätt och möjligheter för landstingen att ta egna lån.

Utifrån ett styrningsperspektiv granskas hur upphandlingsfrågan bereddes i landstinget med fokus på de knappa två åren från valet 2006 till det formella beslutet 2008. Tyngdpunkten i analysen ligger på att klargöra hur politikerna organiserade utredningsarbetet med upphandlingsfrågan och att peka på olika aspekter i denna organisering som gjorde det möjligt för OPS att bli den lösning som fullmäktige till slut bestämde sig för. I denna analys riktas sökarljuset mot vilka alternativ som utreddes och vilka aktörer som deltog i dessa utredningar. Studien bygger på en kvalitativ analys av material i form av utredningar om offentlig-privat samverkan som genomförts inom landstinget såväl som på statlig nivå, ett 50-tal officiella dokument inom NKS-projektet samt fem kvalitativa djupintervjuer med olika nyckelaktörer inom NKS-projektet.

Studien visar att OPS i huvudsak var en politiskt driven idé, där de två olika politiska majoriteterna som styrde landstinget mellan åren 2001 och 2008 hade kontrasterande syn på marknadens och privata företags roll i offentlig verksamhet och, som en följd av detta, på om OPS bör användas som upphandlingsform för NKS. I linje med detta kom *maktskiftet i landstinget 2006* att bli avgörande för att OPS-alternativet överhuvudtaget kunde prioriteras åren 2006 till 2008.

Av stor betydelse var hur NKS-frågan kom att *organiseras* efter valet. Den nya politiska ledningen valde att skapa en ny och relativt självständig enhet – NKS-kansliet – under ett politiskt organ i landstingsstyrelsen. I och med detta kom graden av tillträde till beslutsprocessen att minska och därmed också risken för att eventuella konflikter skulle uppstå under processens gång. Att relativt avskärmade enheter i den offentliga förvaltningen, som dessutom är direkt underordnade verkställande politiska organ, delegeras ansvaret att bereda specifika ärenden har i andra studier visat sig få konsekvenser för vilka beslut som tas. Dels tenderar den politiska kontrollen av hur ärenden bereds att öka. Dels minskar sannolikheten för att andra enheter och andra ärenden inom förvaltningen påverkar enhetens arbete. Den avskärmade enheten kan i stället prioritera och fokusera sina egna frågor och jobba relativt ostört mot uppsatta mål.

Av stor betydelse för utvecklingen av OPS-frågan var att NKS-kansliet valde att ge vissa konsulter tillträde till beslutsprocessen för att utreda OPS-frågan. Genom dessa konsulter kom arbetet med upphandlingsfrågan successivt att snävas in. Redan i den första konsultrapporten, från PwC, kom OPS-alternativet att ges större utrymme än det alternativ som kallades samverkansentreprenad och som förespråkades av oppositionen. Inte heller blickade PwC bakåt på de båda tidigare utredningarna (SNUS och 3s) för att diskutera de problem med OPS som dessa hade pekat på. OPS-alternativet framställdes som det mest fördelaktiga. Genom att NKS-kansliet slöt upp bakom PwC:s slutsatser kom nästa konsultutredning, från Ernst & Young, inte att handla om frågan *om* OPS skulle användas utan *hur* en OPS-upphandling konkret skulle läggas upp. I konsultrapporterna presenterades således främst fördelar med och motiveringar till att välja OPS, som sedan kunde användas i såväl den politiska debatten som i annan extern kommunikation. I den meningen kom anlitandet av konsulterna i praktiken kanske inte i första hand att handla om att förutsättningslöst utreda olika upphandlingsalternativ utan snarare om att legitimera OPS-alternativet.

Vid sidan av dessa olika organisatoriska arrangemang lyfter undersökningen fram betydelsen av den mer informella styrning – så kallad *mikrostyrning* – som karaktäriserade den projektorganisation som uppstod kring OPS-frågan. En sådan mikrostyrning sker när tjänstemän exempelvis upparbetar nära kontakter med politiker och därigenom avläser politiska signaler, anteciperar och till och med föregår politiska utspel via lojalitets- och förtroendeband. Undersökningen visar att NKS-kansliet tidigt anpassade sitt arbete med att bereda beslutet om OPS efter politiska signaler som förespråkade OPS. Sådana signaler är svåra att utläsa av formella beslut som fattades i landstingsstyrelsen och fullmäktige. I stället pekar vår undersökning mot att styrningen var av mer informellt slag.

De viktigaste lärdomarna från undersökningen kan kopplas till hur upphandlingsfrågan *organiserades* efter maktskiftet 2006. Den politiska ledningen valde som sagt att förlägga frågan till en särskild, nyskapad enhet, och nyckelpersoner som arbetade inom denna enhet har i intervjuer med oss beskrivit hur arbetet redan vid ett tidigt skede anpassades efter det politiska trycket att realisera OPS-alternativet. Att det skapas den här typen av organisatoriska speciallösningar i samband med stora projekt är alls inget unikt för NKS. Tvärtom är det ett vanligt förfarande i samband med megaprojekt. Fördelen är att processen kan föras snabbare

framåt, exempelvis genom att enheten anställer nya personer utan tidigare bindningar till de frågor som ska hanteras och genom att enheten kan frikopplas från etablerade rutiner avseende ärendehantering och samordning. Samtidigt finns det risker med denna typ av särlösningar. I ambitionen att föra processen framåt riskerar frågor att bli alltför ensidigt belysta. Detta behöver inte bero på att ansvariga aktörer medvetet undanhåller frågor utan snarare på att frågorna som de hanterar hamnar utanför etablerade rutiner för samordning, kvalitetssäkring och genomlysning. För den organiserande parten – den politiska ledningen i NKS-fallet – gäller det således att finna en lämplig balans mellan avskärmning (för att kunna föra frågor framåt) och inkludering och samordning (för att få frågorna allsidigt belysta).

Ett megaprojekt tar form

Den tidiga planeringen av Nya Karolinska Solna

Martin Qvist, fil.dr

Livia Johannesson, fil.dr

Statsvetenskapliga institutionen

Stockholms universitet

Stockholms universitet

INNEHÅLL

1. Inledning ... 3

Megaprojekt och tidiga planeringsskeden ... 5

En studie av NKS väg upp på dagordningen ... 7

Avgränsningar och material ... 9

2. Bollen sätts i rullning ... 12

Renoveringsbehov och förändringsbehov ... 12

En vision tar form ... 16

De inledande utredningarna ... 20

Ett möjlighetsfönster för förändring ... 25

3. Att göra visionen möjlig ... 27

Processen öppnas för dialog och fler perspektiv ... 27

Arkitekttävling och fokus på byggprojektet ... 33

4. De sista stegen fram till beslut ... 36

Beredningen i NKS-kansliet ... 36

Politisk konsensus om att bygga NKS ... 40

5. Slutsatser ... 43

Bärande idéer om förändring ... 43

Organisering för handlingskraft ... 45

Lärdomar från de tidiga planeringsskedena ... 47

6. Referenser ... 50

Bilaga 1: Metodappendix ... 55

Bilaga 2: KS alternativförslag ... 58

Bilaga 3: SNUS-utredningens lokaliseringsförslag ... 59

Bilaga 4: Karta projektprogram 2007 ... 60

1. INLEDNING

Den här delrapporten redovisar resultat från en studie av processerna bakom beslutet om att bygga Nya Karolinska Solna och fokuserar därmed på de tidiga planeringsskedena i projektet.[1] Det formella beslutet att bygga det nya universitetssjukhuset togs i landstingsfullmäktige den 8 april 2008, i enlighet med landstingsstyrelsens förslag. Beslutet togs i bred politisk enighet mellan den dåvarande alliansmajoriteten och oppositionen.[2] Projektet präglades av optimism och förväntningarna på det nya universitetssjukhuset var stora, vilket kan illustreras med följande skrivning i beslutsunderlaget:

> Nya Karolinska Solna (NKS) är ett av Stockholms läns landstings mest omfattande projekt någonsin och kommer att ha stor betydelse inom en lång rad områden. Sjukhuset ska vara navet i ett regionalt och nationellt sjukvårdssystem som är internationellt konkurrenskraftigt. Nya Karolinska ska vara ett specialsjukhus för regionen med inriktning på högspecialiserad och specialiserad vård och ska inta en central roll vid utvecklingen av stockholmsregionen till ett biomedicinskt kraftcentrum (SLL 2008, s. 2).

Vad som också framgår av citatet är att Nya Karolinska Solna (NKS) inte ”bara” handlar om att bygga ett nytt sjukhus utan också om en uttalad vilja om att åstadkomma *förändring*. Det är betydligt mer än den nya byggnaden som står på spel. NKS som projekt tar sikte på att påverka hela sjukvårdssystemets organisation. Det utgör ett tillfälle att realisera ambitioner som funnits länge om en mer processorienterad styrning av vården med ”patienten i centrum”. Det rymmer också visioner om att skapa förutsättningar för att nå nya höjder i den medicinska forskningen och om att därigenom flytta fram positionerna i internationella jämförelser.

Den här omfattningen och ambitionen i projektet gör att NKS passar väl in på beskrivningen av ett *megaprojekt*. Sådana projekt utmärks, enligt Flyvbjerg (2014), av att de utgör mångmiljardinvesteringar, tar lång tid att förbereda och genomföra, uppvisar hög komplexitet, involverar många intressen och har en genomgripande inverkan för miljontals människor. Den här genomgripande inverkan tar sig uttryck i att megaprojekten är utformade för att förändra den samhällsstruktur som de genomförs i, snarare än att de planeras för att passa in i den existerande ordningen. Att beskriva NKS som ett megaprojekt är dock inte bara ett sätt att understryka projektets genomgripande karaktär. Det är också ett sätt att placera in NKS i ett

[1] Delprojekt 1 i forskningsprojektet ”Framtidens universitetssjukhus: beslut om Nya Karolinska Solna”, finansierat av Stockholms läns landsting. Utöver författarna har även fil.dr Catrin Andersson vid Stockholms universitet (Score) bidragit till arbetet med att samla in empiri i form av dokument från bl.a. landstingets arkiv.

[2] Endast Miljöpartiet reserverade sig, men detta rörde bland annat en avgränsad fråga om att NKS borde ha ett eget produktionskök och inte projektet i stort (SLL 2008a, s. 5).

större forskningsmässigt sammanhang. Även om hälso- och sjukvården har sina specifika särdrag och styrningsutmaningar (Blomqvist 2007; Öhrming 2008; Berlin & Kastberg 2011) finns det många likheter med andra typer av megaprojekt som istället för sjukhus kan handla om tunnelbyggen, flygplatser eller arenor. Förutsättningarna och utmaningarna i beslutsprocessen är ofta likartade, till exempel vad gäller hantering av risk, osäkerhet och många olika intressen.

Perioden av initiering och inledande planering som leder fram till beslutet 2008 motsvarar det som i projektsammanhang brukar benämnas utvecklingsfasen eller tidiga/förberedande planeringsskeden.[3] Det finns goda skäl att fästa särskild vikt vid dessa tidiga skeden i processen. Både inom planerings- och projektstyrningsforskning beskrivs att problem som dyker upp i senare delar ofta bottnar i olika val och beslut som görs redan vid projektets initiering (Miller & Lessard 2000). Att utveckla formerna för tidiga planeringsskeden är med andra ord en central faktor för att stärka förmågan att driva denna typ av projekt i stort (se t.ex. Priemus 2008; Williams & Samset 2010).

En annan viktig utgångspunkt är att planeringen av NKS handlar om en politisk beslutsprocess inom ramen för ett demokratiskt system. Det är genom denna process de olika viljor och intressen som oundvikligen finns kring en sådan stor fråga ska mötas och i bästa fall jämkas samman till gemensamma ställningstaganden. Hälso- och sjukvården är ofta omdebatterad och uppmärksammad i media, och i landstingspolitiken finns det ständigt problem som pockar på uppmärksamhet, förslag som lyfts av olika aktörer i samhället, och prioriteringar som måste göras mellan olika frågor. Initieringen av ett projekt kan ur detta perspektiv sägas handla om en frågas väg upp på dagordningen – från det att den börjar diskuteras och ägnas uppmärksamhet bland berörda beslutsfattare, till att det finns alternativ som på allvar kan komma att sättas i verket, för att sedan komma fram till beslut. Även detta är ett område där det finns omfattande forskning. Policyforskare har länge intresserat sig för hur och varför vissa frågor, men inte andra, kommer upp på dagordningen (Kingdon 1984) och likaså varför vissa alternativ väljs, och andra väljs bort, i beslutsprocesser som kännetecknas av osäkerhet och skilda perspektiv på problem och lösningar (Zahariadis 2003). Genom att ställa liknande frågor i fallet med NKS erbjuds en fruktbar ingång till att förstå vägen fram till beslutet 2008.

[3] På engelska används ofta uttrycket ”front-end decision-making/planning” för att beskriva processerna före beslut. Enligt en enkel tredelad kategorisering går processen efter beslutet in i projektfasen eller ”implementeringsfasen” då själva genomförandet av projektet sker. Efter att objektet är färdigställt vidtar den operativa fasen där verksamheten tas i drift (Samset 2009, s. 23).

Vi ställer i denna rapport följande frågor: Hur och varför blev ett nytt, litet, högspecialiserat universitetssjukhus i Solna det framgångsrika lösningsalternativet under de tidiga planeringsskedena av NKS-projektet? Vilka andra förslag diskuterades under denna period och varför blev de inte lika framgångsrika? På vilket sätt har beslutsprocessens organisering påverkat förslagets successiva utformning? Svaren på dessa frågor ligger sedan till grund för en diskussion om lärdomar kring hur beslutsprocesser i tidiga planeringsskeden kan utvecklas.

Megaprojekt och tidiga planeringsskeden

Megaprojektens storlek och genomgripande karaktär gör att de präglas av komplexitet, osäkerhet och betydande risker. Detta gör i sin tur att det finns många fallgropar längs vägen. Forskningen har också visat att megaprojekt ofta dras med betydande problem: de blir dyrare än planerat, tar längre tid att genomföra än beräknat, brister i förankring och transparens, och de blir ofta omdiskuterade och kritiserade i politik och media (se bl.a. Flyvbjerg m.fl. 2003; Altshuler & Luberoff 2003). Att NKS har kommit att bli ett mycket omdiskuterat projekt vet vi nu i efterhand. Den politiska och mediala diskussionen har framförallt handlat om finansieringsmodellen och användningen av konsulter, men också om sjukhusets inriktning mot högspecialiserad vård och konsekvenserna av detta för sjukvårdsstrukturen i länet. Sjukhusets inriktning och senare också dess fysiska utformning har varit föremål för betydande kritik från företrädare från professionerna, vilket speglar att det också har funnits en legitimitetsproblematik.

En viktig slutsats i forskningen om megaprojekt är att ”fröna till framgång eller misslyckande i enskilda projekt sås tidigt i processen” (Miller & Lessard 2008, s. 146). Det är också vanligt att för lite insatser läggs på projektens utvecklingsfas. Ledande aktörer bestämmer sig ofta för ett specifikt alternativ redan vid projektets initiering (Priemus 2008; Flyvbjerg m.fl. 2003; Flyvbjerg 2009). Det kan också handla om att ramarna för projektets inriktning sätts allt för snävt tidigt i processen, vilket begränsar möjligheten att förutsättningslöst jämföra olika alternativs brister och fördelar. Dessa ramar (konceptuella, organisatoriska, ekonomiska eller tekniska) tenderar sedan att vara svåra att förändra. Det skapas en spårbundenhet där den tidiga organiseringen får en formativ inverkan på projektets fortsatta utveckling (Miller & Lessard 2008).

En brist i de tidiga planeringsskedena är också att det ofta finns en tendens att snabbt gå över till detaljfrågor och tekniska lösningar. Då hamnar fokus på hur projektet bäst kan

genomföras, men minst lika viktigt är diskussioner om vilken typ av projekt som bäst lämpar sig för ändamålet. Med utgångspunkt i denna problematik menar Williams och Samset (2010) att större vikt bör fästas vid att diskutera nya projekt på ett strategiskt och konceptuellt plan innan processen går in i ett projektformat. Det initiala beslutsfattandet, menar de, bör därför vara inriktat på att ta fram ett gemensamt *koncept*, vilket i detta sammanhang kan förstås som ”en mental konstruktion” över en generellt utformad lösning och hur den är menad att lösa ett problem eller möta ett visst behov (Williams & Samset 2010, s. 39; Samset 2008).[4]

Att i högre grad öppna upp de tidiga planeringsskedena för olika berörda intressen är också något som lyfts fram inom planerings- och policyforskningen (se t.ex. Innes & Booher 2010; Hajer & Wagenaar 2003). Det finns flera argument för detta. Ett handlar om att involvering av intressenter i planeringsprocessen kan vara ett sätt att skapa förankring och stärka den demokratiska legitimiteten för besluten. Ett annat handlar om att kunna dra nytta av den lokala kunskap som finns hos olika berörda grupper i samhället (Yanow 2003). I fallet med sjukhusplanering kan detta till exempel handla om att ta tillvara erfarenheter från läkare, sjuksköterskor och patientföreträdare. Kunskap tenderar att vara omtvistad i megaprojekt. Det är sällan så enkelt att den tekniska kunskapen löser konflikter genom att ge svaren. Stora projekt fungerar ofta som en arena för identitetsskapande där det bildas koalitioner och gemenskaper både bland förespråkare och kritiker. Expertunderlag ställs ofta mot varandra i processen, vilket gör att valet av vilken typ av kunskap som ska tas fram i sig blir en politisk och intressedriven fråga (De Bruijn & Leijten 2008; Hajer & Wagenaar 2003).

Att betona koncept, interaktivitet och lokala perspektiv i tidiga skeden står i betydande avseenden i kontrast med det rationalistiska planeringsidealet som dominerade under efterkrigstiden, där det fanns ett starkt fokus på att försöka förutse framtida efterfrågan för att sedan utforma lösningar som funktionellt kan möta behoven (”predict and provide”). Ett exempel är planeringen av Huddinge sjukhus under 1960-talet. Sjukhuset planerades i hög grad för att passa in i och komplettera den befintliga sjukvårdsstrukturen utifrån olika geografiska och demografiska hänsyn (Björklöf 1976). Detta kan ses i relation till megaprojektens transformerande visioner och ”drömmar om framtiden” (Blomquist & Jacobsson 2002), som närmast per definition utmanar den rationalistiska modellen. Att planeringen av Nya Karolinska inte följer

[4] I den svenska kontexten kan noteras att en liknande idé om koncept och konceptval var vägledande när systemet för planering av transportinfrastruktur reformerades år 2013, främst i form av ett nytt inledande planeringsmoment där berörda aktörer gemensamt prövar olika alternativ inom ramen för så kallade ”åtgärdsvalsstudier” innan en fysisk planläggningsprocess påbörjas. En tanke med detta var att få till stånd en mer förutsättningslös diskussion innan processen låser sig vid ett visst alternativ – inte minst för att tidigt kunna avstyra dyra och ineffektiva förslag (Qvist 2017).

en sådan modell visar också Jan Öhrmings (2017) studie av NKS-projektet. Den studien fokuserar framförallt på verksamhetsinnehållet och visar hur frågor om sjukhusets mer exakta funktion inte bestämdes tidigt utan istället tilläts vara relativt öppna långt in i projektets genomförande. I förhållande till Huddinge finns också en betydande skillnad i att det sjukhuset byggdes på vid den tiden oexploaterad mark, medan NKS har utvecklats i en ytterst komplex miljö: vid gränsen mellan Stockholm och Solna, och som en parallell till, men samtidigt sammanflätad process med, planeringen av Norra Stationsområdet/Hagastaden (Swanson 2011).

En studie av NKS väg upp på dagordningen

En viktig utgångspunkt för analysen av de tidiga skedena i NKS-processen är att den är omgärdad av mångtydighet i betydelsen att frågornas komplexitet gör att det alltid ryms olika sätt att förstå ett och samma fenomen (Zahariadis 2003). I linje med detta beskriver Miller och Lessard (2008; 2000) megaprojekt som dynamiska, iterativa och rentav ”kaotiska” system. Även om vi rent schematiskt kan beskriva dem i olika faser utgörs de i praktiken inte av en ordnad och sammanhållen kedja av händelser utan snarare av ett antal interrelaterade episoder som var och en kan ha sin egen dynamik. Denna förförståelse har betydelse för studiens perspektiv, men den innebär inte att grundläggande värden som styrbarhet, transparens, representation, ansvarsutkrävande och kontroll blir mindre viktiga. Istället blir utmaningen att undersöka hur sådana värden beaktas och hanteras – *givet* den dynamik, mångtydighet och episodiska karaktär processen kan förväntas ha.

Vår ansats för att studera NKS-projektets väg upp på den landstingspolitiska dagordningen är att använda oss av analytiska verktyg från policyforskning och beslutsteori som är anpassade för denna typ av beslutssituationer (Kingdon 1984; Zahariadis 2003).[5] Att beslutsprocessen, som Miller och Lessard beskriver det, förstås som ett antal sammanhängande episoder kan ses mot bakgrund av att problembilder och även synen på lösningar ofta förändras, och likaså hur dessa lösningar är relaterade till problemet. Beslutsfattarnas preferenser är sällan konstanta – de påverkas av den aktuella kontexten, och beslutsfattande handlar ofta om att förstå och skapa mening för den aktuella situationen (Weick 1995). Beslut kan i detta sammanhang ses som resultatet av att problem, lösningar och politiska förutsättningar kopplas samman vid

[5] Denna analytiska ansats går ibland under benämningen Multiple Streams Framework (MSF) eller Multiple Streams Approach (MSA) och utarbetades ursprungligen av den amerikanske statsvetaren John Kingdon (1984; se även Zahariadis 2003), men bygger i sin tur på teorier om ”bounded rationality” (March & Simon 1958) och beslutsfattande under osäkerhet i organisationer (Cohen m.fl. 1972).

olika tidpunkter där det därigenom skapas ett ”policyfönster” för handlande och beslut (Kingdon 1984). Ett analytiskt grepp i detta sammanhang är att studera politik, problem och lösningar som tre separata ”strömmar” och hur de länkas samman under en specifik episod. Istället för att tänka sig att problemdefiniering som en fas som föregår lösningsgenerering innebär denna ansats att politiska förutsättningar, problembilder och lösningsdiskussioner pågår som tre analytiskt separerbara spår genom hela processen. Förutom att detta ofta stämmer bra in med den typ av beslutssituationer som studeras här ger det ett användbart verktyg för att strukturera det empiriska materialet på ett sätt som tar hänsyn till den dynamik och komplexitet som processen kännetecknas av (se Bilaga 1 för beskrivning av analys och kodning).

I en politisk kontext – det här fallet den landstingspolitiska – finns det ständigt en mängd problem som lyfts och gör sig påminda genom rapporter, indikatorer och medierapportering. Alla problem är dock inte på agendan samtidigt, utan detta påverkas av de politiska förutsättningarna och – inte minst – om de kan kopplas till en färdig och acceptabel lösning. Lösningar är sällan helt nya utan kommer i form av idéer som plockas upp, anpassas, konkretiseras och förfinas bland grupper av experter, tjänstemän och framträdande förespråkare, så kallade policyentreprenörer. Politiken – i form av de politiska partierna, opinionen, intressegrupper och händelser inom det politiska systemet – skapar i sin tur förutsättningar för vilka problem och lösningar som kan komma upp på dagordningen. Exempelvis kan ett maktskifte, eller byte av personer på ledande befattningar, öppna ett policyfönster för nya typer av problem och förslag att bli uppmärksammade.

Politik, problem och lösningar sammanströmmar dock inte i ett vakuum. Beslutsprocesser är organiserade på så vis att de begränsar vilka aktörer, problem och lösningar som kan komma upp på bordet vid varje givet tillfälle. Alla aktörer och intressen har inte tillgång till beslutsarenan hela tiden. Om så vore fallet skulle den lätt bli överbelastad och det skulle bli omöjligt att fatta beslut. Istället är det vanligt att olika episoder i varierande utsträckning kännetecknas av öppenhet respektive slutenhet gentemot omgivningen. Frågor kan ”lyftas” ut och hanteras i parallella processer, eller sekventiellt, efter varandra (Jacobsson 1987; Sahlin-Andersson 1989). Megaprojektens komplexitet, mängden aktörer som är involverade och att kunskapen i regel är omtvistad gör att hanteringen av balansen mellan öppenhet och kontroll blir en central utmaning för styrningen av processen. Givet resonemanget ovan om att skapa förankring genom deltagande, handlar detta också om en balansgång mellan att skapa handlingskraft och att skapa legitimitet (Blomquist & Jacobsson 2002; Qvist 2017).

Avgränsningar och material

Den tidsperiod som berörs i rapporten tar sin början de sista åren på 1990-talet och pågår fram till att det formella beslutet att bygga NKS tas i landstingsfullmäktige i april 2008. Genom att undersöka vilka idéer, problem och aktörer som har haft inflytande samt hur processen organiserats över tid är ambitionen att lägga grunden för en diskussion om lärdomar från de tidiga planeringsskedena i NKS. Detta innebär samtidigt att vi gör avgränsningar. Det vi kommer att kunna uttala oss om handlar om vilka de tongivande idéerna, problemformuleringarna och aktörerna var, samt beslutsprocessens organisering och dess konsekvenser för de beslut som fattas. Vissa av dessa konsekvenser kommer det att gå att dra slutsatser om i denna rapport, inte minst genom att relatera till tidigare forskning. En del andra konsekvenser kommer att bli föremål för fortsatt analys i forskningsprojektets kommande faser. Viktigt att betona är att vår inriktning mot beslutsprocessen innebär att vi inte kommer att kunna göra bedömningar av effekter av enskilda sakförslag. Vi kommer inte heller att kunna uttala oss om eventuella konsekvenser av alternativ som aldrig blev av. Sådana analyser är dessutom alltid förbundna med betydande metodproblem. Det kan också noteras att detta rör en fråga där själva besluten inte är möjliga att göra om, men där kunskap om beslutsprocessen kan utgöra ett mer framåtsyftade bidrag för framtida projekt, både inom Stockholms läns landsting och i ett vidare sammanhang.

Viktigt att notera är att rapporten fokuserar på beslutet om att bygga sjukhuset och inte valet av finansieringsform, offentlig-privat samverkan (OPS). Det är dock svårt att helt hålla dessa frågor isär och därför berörs finansieringsfrågan i vissa avsnitt i texten, men då i syfte att ge kontext åt beskrivningar av olika händelser och inte minst de olika idékomplex som ligger till grund för förslaget om det nya sjukhuset. En annan avgränsningsfråga rör NKS-processens koppling till den större stadsutvecklingsprocessen kring Norra Stationsområdet. Denna process berörs i rapporten men främst vid de tillfällen den kopplas samman med planeringen av NKS. Rapporten gör med andra ord inte anspråk på att ge en heltäckande bild av NKS som en del av Norra Stationsområdet/Hagastaden.

Det material som ligger till grund för rapporten utgörs av dokument och intervjuer. Dokumenten består av utredningar, beslut och fullmäktigeprotokoll, utlåtanden och skrivelser och är framförallt hämtade från SLL:s hemsida, SLL:s arkiv och Locums arkiv.[6] Det skriftliga materialet ger dock inte insikter om de informella relationer och processer som pågick under de

[6] Som bakgrundsmaterial har vi också haft nytta av det politiska arkiv som är upprättat efter Ralph Lédels tid i landstinget under åren 1991-2002.

tidiga planeringsskedena av NKS och därför har intervjuer varit viktiga för rapportens slutsatser. Intervjuerna som har genomförts kan beskrivas som ”elitintervjuer” (Tansey 2007) där syftet har varit att komma åt bakomliggande motiveringar för och strategier med organiseringen av planeringsarbetet, samt beskrivningar av mer informella skeenden och diskussioner kring vilka idéer som florerade runt NKS bland de ledande aktörerna. Urvalet av intervjupersoner har varit strategiskt på så sätt att vi har försökt hitta de personer som på olika sätt haft djup insikt om eller varit direkt involverade i att bereda och fatta beslut under de tidiga planeringsskedena. Vi har hittat dessa personer dels genom att de nämns i de formella beslutsunderlagen, dels genom ett så kallat snöbollsurval där intervjuade personer har fått uppge andra personer som de anser besitter viktiga kunskaper. Med hjälp av dessa dubbla strategier har vi kunnat fånga upp både personer som i formell mening varit ansvariga för planeringsarbetet i det tidiga skedet och personer som ingått i de ”dolda kluster av specialister” (Kingdon 1984, s. 68) som på ett informellt sätt påverkat utformningen av NKS-processen. Vår urvalsstrategi har uppenbara fördelar, men givetvis har den också sina begränsningar. Det bör till exempel understrykas att det främst är de som på olika sätt har haft direkt inflytande på beslutsprocessen som fångas här. Däremot har det inte varit möjligt för oss att belysa hur grupper som varit direkt påverkade men inte haft direkt inflytande över processen, exempelvis sjukvårdspersonal ute i verksamheten, har uppfattat processen.

Totalt har vi intervjuat 17 personer, varav de flesta vid intervjutillfället hade lämnat sina dåvarande roller i NKS-processen (se intervjulista i Referenser för mer detaljerad information). Våra intervjupersoner kan grupperas i fyra olika kategorier: 1) tjänstemän med ledande befattningar inom landstinget och vid Locum, 2) politiker inom Stockholms läns landsting, 3) representanter för Karolinska institutet och 4) representanter för läkarprofessionen på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna och Huddinge.

Några personer ur gruppen politiker som vi har kontaktat har inte besvarat våra förfrågningar eller av andra skäl avböjt deltagande. Vissa centrala gestalter under de tidiga planeringsskedena har också avlidit. Konsekvenserna av detta är att vissa perspektiv och erfarenheter som vi tror har varit viktiga för processen inte har kunnat tas med i rapporten. Vi har i största möjliga utsträckning försökt att hitta andra källor, såsom skriftligt material och partikamrater, för att fylla dessa luckor. I rapporten namnges inte de personer som har intervjuats, utan istället anges deras professionella roll under den tidsperiod som studien behandlar.[7] I texten refereras de med förteckningen IP (intervjuperson) följt av identifieringssiffra.

[7] Informanterna har informerats om detta och att de ej är utlovade anonymitet.

Intervjuerna har varit semi-strukturerade, vilket betyder att de har följt en intervjuguide som har anpassats efter varje intervjupersons roll och insyn i processerna (Kvale & Brinkmann 2009). Intervjuerna har i genomsnitt pågått mellan 60 och 180 minuter och i de allra flesta fall gjorts av en forskare i projektet, förutom i några fall där två forskare har genomfört intervjun tillsammans. Nästan alla av intervjuerna har spelats in och transkriberats, i något fall har istället anteckningar tagits. Bearbetningen av intervjuer och dokument har genomförts systematiskt utifrån ett analytiskt ramverk som bland annat bygger på den indelning i ”strömmar” (politik, policy och problem) som diskuterades tidigare, och kodningen har gjorts i ett datorprogram för kvalitativ analys (se Bilaga 1 för mer utförlig beskrivning).

2. BOLLEN SÄTTS I RULLNING

I detta avsnitt behandlas initieringen av NKS-projektet, med vilket vi avser både de diskussioner som fördes på ett slags idéstadium, innan någon formell process hade påbörjats, och de allra tidigaste planeringsaktiviteterna efter att beslut togs om att påbörja utredningen av ett nytt universitetssjukhus i Solna.

Politiska beslut är på många sätt produkter av den samtid och den kontext som de är formade i. Detta gäller i hög grad även NKS. För att förstå hur och varför processen påbörjades är det nödvändigt att sätta in initiativet i ett större sammanhang. Att exakt fastställa var och när en idé uppstår är dock ofta en omöjlig uppgift. Idéer och lösningsförslag är sällan helt unika: de bygger på jämförelser och inspiration från andra platser, de utvecklas och modifieras över tid, och inte så sällan bygger de på att flera befintliga idéer läggs samman och kombineras om till någonting som framstår som nytt (Kingdon 1984). Det är först när idéer börjar översättas i konkreta handlingar som deras inverkan, i retrospektiv, blir påtaglig och ibland blir deras ursprung då också föremål för mytologisering (Czarniawska 2013).

När det gäller idéerna om ett nytt universitetssjukhus är det under det sena 1990-talet som frågan på allvar börjar diskuteras bland ledande aktörer och intressenter. Processen initieras sedan formellt i november 2001 genom en skrivelse från dåvarande finanslandstingsrådet Ralph Lédel (m) till landstingsstyrelsen om att tillsätta en utredning (SLL 2001). Kapitlet inleds med att beskriva de olika problembilder som fanns kring Karolinska vid tiden för processens initiering. Därefter beskrivs de första initiativen och hur projektets konceptuella ramar tidigt slogs fast. Avslutningsvis ges en förklarande analys till hur och varför projektet kom upp på agendan. Vi återknyter här till resonemanget om koncept och kopplar det till starten av NKS-processen.

Renoveringsbehov och förändringsbehov

Fastighetsproblemet

I slutet av 1990-talet fanns det flera olika problembilder kopplade till Karolinska Solna (KS). En av de mest grundläggande handlade om slitaget på de befintliga byggnaderna. Den gamla huvudbyggnaden stod klar år 1940. Renoveringsbehoven var ett återkommande samtalsämne mellan ledningarna för landstinget, landstingets fastighetsbolag Locum, Karolinska institutet

(KI) och KS under hela 1990-talet (IP13, IP6, IP9). Den dåvarande biträdande sjukhusdirektören på KS minns de olika behoven som sjukhuset hade: det var regelbundna elavbrott för att elgeneratorerna var gamla, vattenläckor för att vattenledningsrören var uttjänta och vid ett tillfälle rasade ”hela putsen i taket på en vårdavdelning […] ner i sängarna bland patienterna som låg där och man fick stänga ner avdelningen” (IP9).

Vid sidan av de omfattande renoveringsbehoven ansågs sjukhuset vara omodernt och dåligt anpassat för framtidens högteknologiska vård. KS är byggt som ett paviljongsjukhus med huskroppar utspridda över ett stort område som förbinds med långa kulvertar. Vissa såg detta som en styrka och som en viktig del av sjukhusets identitet, men många såg det som en omodern och ineffektiv struktur där de utspridda husen skapar samverkansbarriärer och andra logistiska problem (IP11, IP13, IP3). För landstinget och dess fastighetsbolag var det också av betydelse att KS låg på markområden som höll på att bli mer och mer attraktiva, och därmed värdefulla, i och med att staden bredde ut sig (IP5).

Ett tredje problem kopplat till renoveringsbehovet, som lyftes kring millennieskiftet, handlade om kostnaderna för att renovera KS samt olika problem som en renovering skulle kunna medfölja. År 2000 genomförde Locum en utredning av det totala renoveringsbehovet vid KS i syfte att ta fram en Fastighetsutvecklingsplan. Denna presenterades för Locums styrelse samma år. Frågan om renoveringsbehoven hade, som sagt, diskuterats länge och mer avgränsade utredningsinsatser hade gjorts tidigare under 1990-talet, men detta var första gången det gjordes kalkyler och beräkningar på de totala renoveringskostnaderna för KS. Det stod också klart att det skulle ta cirka 10–12 år att genomföra ombyggnationerna. Detta innebar att sjukhuset skulle behöva vara en byggarbetsplats under lång tid med risk för störningar för verksamheten. I fastighetsutvecklingsplanen jämfördes renoveringskostnaderna med kostnaden för att bygga ett nytt sjukhus (IP6, IP8). Dåvarande Vd:n på Locum beskriver att planen mynnade ut i slutsatsen att det är ”ungefär samma investeringsvolym att bygga, underhålla och renovera gamla som att bygga ett nytt sjukhus” (IP5). Denna iakttagelse kom snart att fångas upp av politikerna i landstinget och senare få stor betydelse för att motivera initieringen av processen för ett nytt sjukhus.

Styrningsproblemet

För politikerna i landstingshuset var renoveringsfrågan självklart ett stort problem i sig, men där fanns också en annan, mer övergripande, problembild som handlade om sjukvårdens styrning. Denna framträder inte lika tydligt i de officiella dokumenten om NKS, men utgör ett

centralt tema i intervjuerna med politiker och tjänstemän på SLL. Att hälso- och sjukvården är svår att styra politiskt är inte något specifikt för detta fall, utan kan snarare beskrivas som ett generellt och inom forskningen välkänt fenomen (se Berlin & Kastberg 2011; Blomqvist 2007; Anell 2007; Öhrming 2008). Denna ”svårstyrbarhet” bottnar bland annat i professionernas makt och inflytande, vilket är en utmärkande egenskap hos hälso- och sjukvården, där framförallt läkarkåren har kunnat utöva stort inflytande över sjukvårdens organisation. Samtidigt som läkare och annan personal har en stark ställning i förhållande till politik och förvaltning agerar de också i huvudsak utifrån yrkesprofessionens normer och förväntningar, vilket gör att styrningsförsök utifrån kan få svårt att slå igenom i verksamheten. Vården är också en fråga som engagerar medborgarna och också bland allmänheten är det vanligt att reformer möts med skepsis, särskilt om de är kopplande till nedskärningar eller effektiviseringar. En annan faktor är att sjukvården som system är komplext i bemärkelsen att det består av många delar som är kopplade till varandra och att förändringar i en del lätt kan få oförutsedda följdverkningar i andra delar av systemet.

I linje med denna problematik vittnar såväl intervjupersoner som arbetat operativt inom gamla KS och Huddinge sjukhus (HS) som intervjupersoner inom SLL – ledande tjänstemän och politiker – alla om en styrningsproblematik mellan beställare och utförare av sjukvården i Stockholm. Professionens makt och motstånd till förändringar tas upp av flera intervjupersoner, men även att politiker ofta har svårt att säga nej när sjukhusen drar över budget eftersom sådana ställningstaganden försätter politiker i negativt ljus i den offentliga debatten.

Särskilt svårstyrt verkar gamla KS ha uppfattats som, ofta med hänvisning till att sjukhuset expanderade sin verksamhet på ett sätt som var utom kontroll för SLL:s beställarfunktion. En dåvarande chef inom landstinget beskriver problemet så här:

> Sjukhusledningen har ju egentligen aldrig styrning över ett sjukhus utan där gör ju professionen som de vill. Kommer det en ny behandlingsmetod, då börjar man ju använda det på Karolinska, det är inte så att man sitter och väntar på att det ska bli nytt budgetår (IP8).

Utöver denna återkommande dragkamp om ekonomi mellan landsting och sjukhus uppges det också ha funnits en betydande intern maktkamp inom KS och ett starkt ”revirtänkande” med tillhörande konflikter mellan enheter (IP3). I intervjuerna tas den interna kulturen upp som ett problem, till exempel i termer av att mycket ”sitter i väggarna” (IP7; IP3). Karolinskas ”förändringsobenägenhet” beskrivs från olika sidor i vårt intervjumaterial, men hur rättvisande denna bild är går det inte exakt att fastställa här och det är inte heller poängen. Det centrala är att denna problembild kom att bli mycket viktig för initieringen av NKS-projektet och för att

detta projekt kom att ses som något betydligt större än en renoveringsfråga – det var också ett sätt att åstadkomma reell förändring genom att ”spränga väggarna” som en informant lite dramatiskt uttryckte det (IP3).

Att förändring ansågs nödvändig var kopplat till de utmaningar som föreligger för vårdens utveckling. Den demografiska utvecklingen där allt fler lever allt längre innebär en större efterfrågan på vård. Ökande kostnader har gjort att kostnadskontroll och effektiviseringar är ett ständigt inslag i sjukvårdspolitiken (Blomqvist 2007). Samtidigt som specialisering och nya tekniska landvinningar innebär att fler lever längre, blir den högspecialiserade vården dyrare. Detta har i sin tur medfört att effektiviseringsdiskussioner ofta har varit inriktade på att försöka stratifiera sjukvårdssystemen mer, exempelvis genom utbyggd närsjukvård. Det innebär också att det finns starka ekonomiska motiv till att försöka styra den vård som inte kräver högspecialiserad behandling från universitetssjukhusen till andra delar av sjukvårdssystemet.

Excellensproblemet

Ett tredje problem som också fick en stark inverkan på beslutsprocessen handlade om en känsla av att ha hamnat på efterkälken – eller riskera att göra det – i den medicinska forskningen. Denna problembild lyfts framförallt fram av forskningsföreträdare och allra tydligast av KI. Det är dock även politiker som lyfter fram detta problem – att ligga i framkant inom forskning och innovation är prioriterat inom både landstings- och kommunpolitiken, inte minst genom frågans koppling till ett tillväxtperspektiv.

Att problemet har att göra med ”excellens” hänger ihop med att det vid tiden fanns en stark betoning på att satsa på spjutspetsforskning som centreras till så kallade ”centre of excellence” vid universitetssjukhusen. Detta fordrar en centralisering av universitetssjukvården till ett färre antal sjukhus med större upptagningsområden som specialiserar sig inom ett fåtal forskningsområden (SLL 2002b, s. 23). Excellensproblemet framträder i jämförelser med andra universitetssjukhus och sjukvårdssystem. Förutom att detta kan göras via rankinglistor kommer jämförelserna också från resor till andra sjukhus och via internationella kontakter. Inte minst vid KI besitter forskarna ett brett kontaktnät och inspireras av internationella förebilder såsom Johns Hopkins eller Cleveland Clinic i USA. Som vi kommer att återkomma till flera gånger i texten gör också politiker och tjänstemän ett stort antal resor till sjukhus runt om i världen (främst i Europa och USA) och dessa intryck kom att tjäna som viktiga referenspunkter och inspirationskällor i NKS-processen. De blir högst betydelsefulla för utformningen av lösningar

men ger också en viktig referensram för problemförståelsen när ”gamla KS” ses i ljuset av de internationella förebilderna.

En vision tar form

Att sluta ”lappa och laga”

De kalkyler som gjordes inom ramen för fastighetsutvecklingsplanen och som presenterades för Locums styrelse år 2000 väckte snabbt intresse hos ledande politiker. Renoveringen av Karolinska bedömdes kosta i storleksordningen 7 miljarder kronor och ta 10–12 år att genomföra. Det fanns också farhågor om att det både kunde bli dyrare och ta längre tid än vad kalkylerna angav (IP14, IP3). Det som framförallt snappades upp från utredningen var att det för en summa i denna storleksordning istället skulle kunna gå att bygga ett helt nytt sjukhus. Att detta blev ett viktigt startskott beskrivs i nästan samtliga av våra intervjuer, och ett uttryck som snabbt fick fäste var att man nu skulle sluta ”lappa och laga” och istället bygga nytt.

Bland företrädare på KI hade det länge diskuterats idéer om att skapa ett spetssjukhus för att kunna hävda sig i den internationella konkurrensen och adressera excellensproblemet som beskrevs ovan. Dessa diskussioner hade förts inom ramen för olika organisationer kopplade till bioteknik särskilt stiftelsen Stockholm Science City Foundation som arbetar för att Hagastaden ska bli ett nav i Stockholm för ”Life Science” (Öhrming 2017, s. 37). KI fungerade här också som en brygga till den process som ungefär samtidigt startade kring att utveckla Norra Stationsområdet till den stadsdel som idag benämns Hagastaden.

Kring millennieskiftet väcks ett intresse för Norra Stationsområdet och en möjlig överdäckning av själva stationsområdet bland olika bostadsbyggherrar som uppvaktar fastighetsägarna Stockholms kommun och SJ. Detta blir startskottet på en lång och relativt invecklad planeringsprocess där universitetssjukhuset så småningom blir en del. Inledningsvis var både KS och landstinget avvaktande till att dras in i denna större stadsutvecklingsprocess. KI däremot var högst proaktivt och såg möjligheter att få tillgång till utrymmen för forskning om biomedicin och bioteknik utanför KI:s campus. Ledande KI-företrädare var aktiva i att föra fram ett koncept om forskning och innovation kallat ”Stockholm Bio Science Park” där man också sökte samverkan med KTH och Stockholms universitet. Initiativet väcker betydande intresse hos politikerna både i landstinget och i Stockholms stad som såg möjligheter till jobb och tillväxt genom satsningen (IP4; Swanson 2011).

Förutom att KI är aktivt och uppvaktar ledande politiker i den dåvarande landstingsmajoriteten, bestående av moderaterna, folkpartiet och kristdemokraterna, görs också ett antal resor under 2001 som får stor betydelse för att frågan lyfts politiskt. På resorna deltar både politiker från majoritetspartierna och vissa tjänstemän från SLL och Locum. En av resorna går till USA för att besöka olika sjukhus och på denna resa deltar bland andra dåvarande finanslandstingsrådet Ralph Lédel (m) och Stig Nyman (kd) som senare kom att få en viktig roll under en stor del av NKS-processen. En annan resa som beskrivs som något av en ögonöppnare för Lédel gick till Valencia hösten 2001 (IP8; IP6). Enligt en tjänsteman på Locum var resan egentligen inriktad på att studera ett sjukhus som hade byggts med finansieringsmodellen Public Private Partnership (PPP), men väl där lär sig gruppen att man i Valencia även håller på att bygga ett nytt universitetssjukhus:

> Under de här mötena så dök det upp något som väckte intresse, då fick man reda på […] att de höll på att bygga ett nytt universitetssjukhus och då undrade vi lite ”jaha, varför, vad är skälet?” ”jo, ett sjukhus som är byggt på 50-talet är för gammalt och håller inte måttet att hålla på och bygga om och lägga ner massa pengar är onödigt. Det är mycket bättre att bygga nytt” […] Vi hade mycket diskussioner runt det där under resten av resan. Och två veckor, tre veckor senare i november så skickade Ralph ut meddelande att vi ska bygga nytt sjukhus (IP6).

Meddelandet som nämns i citatet är skrivelsen till landstingsstyrelsen i november 2001 och att resan hade betydelse antyds i texten där Lédel nämner att ”i Frankfurt och i Valencia ersätts 60-talssjukhus med moderna nya sjukhus anpassade till den nyaste tekniken” (SLL 2001, s. 1).

Därmed är bollen satt i rullning och frågan lyfts från KS och Locum till landstingsnivån. Beslut om att tillsätta en utredning om ett nytt universitetssjukhus tas i landstingsstyrelsen i december 2001 och bara några månader därefter drar utredningen igång. Tempot i initieringsskedet är högt. Beslutet att tillsätta utredningen föregås inte av någon debatt i fullmäktige och bland politikerna finns det både förespråkare och motståndare, även inom den moderatledda koalitionen (IP16). Dock beskrivs i intervjuerna att det överlag fanns en enighet över blockgränserna om att utreda möjligheterna att bygga nytt (IP2; IP13; IP16; IP17). Det tycks också vara så att när denna inriktning får momentum är det fler och fler (både politiker och tjänstemän) som ansluter eller anpassar sig till förslaget. Detta fenomen är tidigare känt inom dagordningsforskning som en ”bandvagnseffekt”. Bland experter och tjänstemän handlar detta om en uppseglande konsensus om vilka alternativ som för tillfället står till buds och vilket av dessa som har störst potential att realiseras – både utifrån krav om teknisk genomförbarhet och om att kunna få gehör hos politikerna och bland allmänheten. Bland politikerna handlar ”bandvagnen”

om en ovilja att hamna i en förlorande koalition. När ett förslag börjar få momentum och det börjar bli klart vilket alternativ som kommer att vinna hoppar fler och fler på för att inte förlora möjligheten till inflytande över förslagets utformning (Kingdon 1984).

En anledning till det höga tempot har att göra med de politiska förutsättningarna vid tiden. År 2002 drogs landstinget med ett rekordstort underskott som senare ledde till den anmärkningsvärda situationen att landstingsstyrelsen inte beviljades ansvarsfrihet av revisorerna (IP10). Underskottet motsvarade exakt den summa som gick till det ekonomiska omfördelningssystemet mellan kommuner och landsting. Utfallet var delvis en medveten strategi från främst Lédel att protestera mot detta system som vid tiden var en stor konfliktfråga och mycket illa omtyckt bland de borgerliga politikerna. Mot bakgrund av den kritik, både i Stockholm och nationellt, som detta gav upphov till var landstingsledningen inställd på att förlora makten vid nästkommande val. Tiden var kort för att kunna påverka frågan om Karolinska då KS arbetade på ett eget renoveringsförslag och landstingsvalet var mindre än ett år bort. I en intervju 2015 med journalisterna Fredrik Mellgren och Henrik Ennart, kort innan han gick bort, beskriver Lédel hur han i detta läge ”försökte få så mycket som möjligt i rullning och såg till att ha rätt folk på rätt stolar när jag slutade hösten 2002” (Ennart & Mellgren 2016, s. 298).

Ett sjukhus i världsklass

I Lédels skrivelse (SLL 2001) finns formuleringar om att han ville se ett nytt och modernt sjukhus. Det antyds att sjukhuset ska byggas i Solna genom att Solna stad ska vara med i utredningsgruppen och att det ska vara forskningsinriktat eftersom det ska ge KI/KS möjlighet att ”återta en ledande ställning i världen när det gäller både forskning och klinisk verksamhet”. KI ska också sitta med i utredningsgruppen. Vidare ska sjukhuset bidra till Stockholmsregionens ökande behov av utbildning av sjukvårdspersonal. Det sägs också i skrivelsen att ”möjligheter skall undersökas att finansiera investeringen med statliga medel, landstingsskattemedel och bidrag från näringslivet. Så kallad PPP-finansiering (Private-Public-Partnership) bör undersökas och konkreta erfarenheter av detta finns i Storbritannien”.

Sammantaget finns det alltså i Lédels skrivelse en vision om ett nytt, modernt, forskningsinriktat, utbildningsanpassat, PPP-finansierat universitetssjukhus i Solna. Förutom att vara det första formella initiativet finns här också ett relativt tydligt lösningskoncept för vilken typ av projekt NKS ska bli. Under processens gång förändras och utvecklas sedan denna konstruktion, och den anpassas till andra idéer för att vinna acceptans, bli tekniskt genomförbar och för att kunna passera olika framtida prövningar genom beslutsprocessen.

Inledningsvis har alltså initiativet ett starkt fokus på forskning, och idén om ett mindre sjukhus med mindre volymer av bassjukvård är kopplad till att vilja anpassa sjukvården utifrån forskningens förutsättningar – åtminstone såsom de uppfattades då – med satsningar på specialiserade ”centre of excellence”. Inriktningen är också en konsekvens av att KI var starkt drivande bakom initiativet och kunde i detta läge förse förslaget med den substans och tyngd som krävdes för att det skulle kunna bli trovärdigt. För KI var det viktigt att sjukhuset hamnade i Solna och kunde knytas till konceptet om BioScience som drevs i den större processen kring Norra stationsområdet. Dess dåvarande rektor beskrivs samstämmigt som den kanske viktigaste ”visionären” och inspiratören bakom den föreslagna inriktningen. Han hade täta kontakter med både tjänstemännen i landstingets ledning och politikerna, till exempel vid återkommande frukostmöten med finanslandstingsrådet och andra politiker (IP1, IP12, IP13, IP14, IP3).

Själv tonar rektorn ner sin roll i processen och menar att hans roll var att ”röra om i grytan”, men beskriver hur han konsekvent förordade ett nybyggnadsalternativ med inriktning mot spjutspetsforskning och presenterade dessa idéer i ett stort antal sammanhang (IP4). Denna roll som visionär och företrädare för en specifik lösning brukar i policylitteraturen benämnas ”policyentreprenör”, och är en särskilt viktig roll i beslutsprocesser som kännetecknas av osäkerhet (Kingdon 1984; Zahariadis 2003). Policyentreprenörer har förmågan att länka samman lösningar med öppningar i politiken och problem som uppfattas som viktiga, vilket i sin tur gör det möjligt för frågan att komma upp på dagordningen. Deras inflytande bestäms sällan av deras formella maktposition i processen utan snarare deras förmåga att övertyga i mer informella diskussioner bland makthavare och experter.

Idén om ett mindre universitetssjukhus med inriktning mot högspecialiserad vård låg på flera sätt rätt i tiden sett till de politiska förutsättningarna. Möjligheterna till innovation och samverkan med näringslivet inom ”Life Science” attraherade ledande politiker i både landstinget och kommunerna. Vid den här tiden fanns en stark vurm för privata alternativ inom vården, vilket inte minst privatiseringen av S:t Görans sjukhus några år tidigare var ett uttryck för. Alla kopplingar till det privata näringslivet välkomnades av Lédel och den moderatledda koalitionen, och det var också på detta sätt som intresse på politisk nivå tidigt väcktes för PPP. Att ett högspecialiserat sjukhus också borde ha ett större upptagningsområde, vilket aktualiserade regionpolitiska frågor, spelade väl in i den kritik som fanns mot landstinget som konstruktion. Denna kritik fanns bland företrädare för professionen, men även moderaterna drev vid den här tiden frågan att landstingen borde avskaffas och Lédel var en ivrig förespråkare av denna linje. Bland politiker och framförallt ledande tjänstemän på landstinget väckte konceptet

med ett mindre sjukhus också idéer om att kunna ta sig an den ”styrningsproblematik” som beskrivits ovan och som man sedan länge kämpat med – inte minst i relation till Karolinska.

De inledande utredningarna

Att frågan om Karolinskas framtid lyfts till landstingsnivån får också som konsekvens att KS och Locums fastighetsutvecklingsplan inte längre är aktuell. Landstingets egen utredning om ett nytt universitetssjukhus (SNUS) leds av den dåvarande landstingsdirektören som blir en förgrundsgestalt för den nya inriktningen. På KS är det fortfarande vissa som framhåller renoveringsalternativet, främst företrädda av den dåvarande sjukhusdirektören. Här uppstår en konflikt mellan de båda sidorna, men det bör noteras att det är SNUS som har det formella mandatet från landstingsstyrelsen att utreda frågan. Sjukhusdirektören går ändå vidare och utvecklar det så kallade maxalternativet i Fastighetsutvecklingsplanen, dvs. det mest ambitiösa renoveringsalternativet, till ett eget förslag. Till sin hjälp tar ledningen för KS en konsult från White arkitekter och tjänstemän från Locum (IP9; IP6; Locum 2004, s. 18–19). Landstinget har ett slags dubbel hållning gentemot den så kallade ”alternativutredningen” – å ena sidan är det den som ger det viktigaste argumentet för att bygga nytt genom att visa på kostnaderna för renoveringen (IP8; IP14), å andra sidan finns uppgifter om att alternativutredningens förslag avvisades relativt bryskt från landstingsledningens sida (Ennart & Mellgren 2016, s. 66; Swanson 2011, s. 87). SNUS-utredningen drivs i raskt tempo med ambitionen att hålla momentum i processen (IP1; IP14; IP3).

KS-utredningen

Karolinska sjukhusets utredning, som inte var sanktionerad av SLL, presenterade sin rapport ”Förslag till förnyelse av Karolinska sjukhuset” i oktober 2002 (Karolinska sjukhuset 2002). Rapporten har sin utgångspunkt i det pågående förändringsarbetet på KS där en huvudprincip är att skilja den akuta vården från den elektiva (planerade) vården. Strategin är också att minska den akuta öppna bassjukvården inom KS, men samtidigt betonas vikten av att behålla stora delar av bassjukvården för att kunna bedriva forskning och utbildning på basis av den. Mottot för detta förändringsarbete är ”den delaktiga patienten – vår källa till dynamisk utveckling av vård, forskning och undervisning” (Karolinska sjukhuset 2002, s. 4). Häri ingår en tanke om att skapa tematiska vård- och forskningscentra där samverkan mellan olika kliniker runt en patient

kan underlättas. Rapporten talar om nätverk och vårdkedjor där ”konsultation, provtagning, diagnostik och behandling kan i framtiden organiseras till en för patienterna mera enkel och sammanhållen process” (Karolinska sjukhuset 2002, s. 7). Rapporten betonar vikten av att ta tillvara den snabba biomedicinska utvecklingen genom samarbete med KTH, Kista, Stockholms universitet och KI för att skapa förutsättningar för Life science, men samtidigt formuleras relationen mellan forskning och vård som att vården är den självklara förutsättningen för forskning (Karolinska sjukhuset 2002, s. 8).

Planeringsstrategin i utredningen var högst pragmatisk, vilket inte minst kommer till uttryck i förordandet av en successiv renovering av fastighetsbeståndet över en 13-årsperiod (Karolinska sjukhuset 2002, s. 33). Fördelen med detta ansågs vara att det skulle skapa flexibilitet genom att ombyggnationen sker successivt och därför kan anpassas efter förändrade behov (IP11). Det handlar inte om någon radikal förändring utan snarare om stegvisa justeringar av det befintliga sjukhuset. Rapporten präglas av en vilja att behålla så mycket som möjligt att vad som uppfattas som KS arkitektoniska uttryck och rapportförfattarna slår fast att ”styrkan sitter i väggarna” (Karolinska sjukhuset 2002, s. 14), vilket står i kontrast till utsagorna ovan från SLL:s ledning om att det som sitter i väggarna på KS är problem. Ett annat exempel på den pragmatiska inställningen som präglade KS-förslaget var att man medvetet ville undvika att bli en del av Norra Stationsprojektet. En av de inblandade i utredningen beskriver det så här:

> vi inte visste riktigt vad det skulle bli [med Norra stationsområdet] och vi ville inte blanda in det utan vi ville sköta sjukhusbygget på norrsidan istället (IP9).

Beskrivningen i citatet har sin bakgrund i farhågor om att en inblandning i Norra stationsprocessen skulle kunna medföra förseningar och göra genomförandet mer komplicerat. Istället för att geografiskt knyta an till KI och det som kom att bli Hagastaden i södra delarna är strategin att behålla huvudbyggnaden i norr (se Bilaga 2).

Att KS-förslaget saknade potential att få genomslag hos de som bestämde stod snart klart för flera av dem som var involverade i arbetet med att ta fram förslaget (IP11, IP6, IP9). Konfliktlinjerna ska samtidigt inte överdrivas då flera som var involverade i KS-förslaget senare kom att arbeta i olika faser i NKS-projektet. Det finns flera orsaker till att KS-förslaget inte var gångbart inom ledningen för SLL och politikerna. Visserligen knöt KS-förslag an till aktuella problembilder som den om att stärka forskningen genom närmare samverkan med vården och att effektivisera vården genom processorienterade arbetssätt. Förslaget tog däremot inte hänsyn till styrningsproblematiken som upplevdes central på SLL. Snarare var utredningen

i sig ett uttryck för just den problematik som SLL hade att styra KS eftersom den inte var sanktionerad av SLL. Dessutom hade förslaget som ambition att bygga ut antalet vårdplatser, vilket spädde på SLL-ledningens intryck av att KS expanderade okontrollerbart. Vidare ansågs förslaget sakna en tydlig vision (IP11). En hög tjänsteman inom SLL menar att visionära idéer hade en särskild dragningskraft på beslutsfattarna vid denna tidpunkt. Tjänstemannen beskriver att ”jag tror man längtade efter något stort, det fyllde en funktion med något stort visionärt projekt” (IP3). Bristen på koppling till KI och framförallt Norra Stationsprocessen gick också stick i stäv med ambitionerna på den politiska nivån. Alternativet vare sig kunde eller hade ambitionen att vara ett förändringsprojekt av det slag som efterfrågades av politiker och ledande tjänstemän inom SLL.

SNUS-utredningen

När SNUS-utredningen drar igång i början av 2002 är det på förhand klart att huvudalternativet är en nybyggnation (IP14; IP3). En annan viktig ram är tiden – utredningen har ungefär ett halvår på sig att leverera ett resultat. Utredningen leds av landstingsdirektören och till styrgruppen knyts bland andra KI:s rektor, Vd:n för Locum samt sjukhusdirektören för KS. I projektgruppen ingår också flera erfarna tjänstemän och det är en huvudsekreterare som genomför det mesta av utredningsarbetet. Utredningens upplägg följer inte någon given ram eller planeringsmodell hur de tidiga skedena ska organiseras, detta är i hög grad situationsanpassat och personbundet (IP14). Att placera ”rätt folk på rätt stolar”, som Lédel uttryckte det i citatet ovan, utgör en central strategi för hur politikerna styr utredningsarbetet och detta är något som kommer att gälla även för senare planeringsskeden. Arbetet bedrivs främst genom att tjänstemännen tar fram olika underlag och genomför ett ganska stort antal intervjuer med olika personer med insyn och kunskaper i frågan: från landstinget, KI, Socialstyrelsen, sjukhusledningen och fackliga företrädare. Vidare fortsätter resorna ut i Europa och USA och erfarenheterna sammanställs som underlag. Underlagen presenteras och förankras i styrgruppen och vid några tillfällen för politikerna. Det handlar dock inte om någon påtaglig politisk styrning; utredningen har ett mandat att arbeta relativt fritt (IP1, IP14). En anledning till detta är att inriktningen (genom att tydligt betona nybyggnadsalternativet, tidsramen och val av ordförande) redan är klar från början och att det också råder politisk enighet om denna (IP13, IP5).

En viktig utgångspunkt för utredningen var att se det som att ”vi bygger ett helt nytt sjukhus” och att detta handlar om en fråga som är betydligt större än att bara röra själva KS. Det rör inte minst forskningen, och både tjänstemännen i utredningen och ledande politiker blir

också mer och mer övertygade om att det är en fråga som påverkar hela sjukvårdssystemet. Detta ligger väl i linje med att adressera de styrningsproblem som man från centralt håll på SLL uppfattade med KS. I intervjuerna återkommer formuleringar om att detta projekt skulle vara ett ”transformprojekt” och inte ett så kallat ”tranferprojekt” (IP5, IP12, IP3, IP14), vilket det enligt detta synsätt skulle ha blivit om KS fick det avgörande inflytandet över planeringen av nybyggnationen.

Uttrycket verkar delvis härstamma från SLL-ledningen som fick inspiration från Norge, där man hade byggt ett nytt universitetssjukhus under mottot att transformera. Den biträdande landstingsdirektören beskriver denna linje:

> Jag tyckte det var viktigt, [..] om Karolinska håller i det där då kommer det att bli, vi talade mycket om att då blir det transfer som vi sa, bara överföra, då blir det ett byggnadsprojekt och vi var, jag drev hårt att det skulle vara transform. Man ska vända på stenarna i ett annat perspektiv (IP3)

Andra personer har fått inspiration till att transformera från andra platser. Huvudsekreteraren beskrev till exempel att han inspirerades av hur man arbetade i Danmark, där man talade om att ”barmarksprojekt” gav större utrymme att skapa nya arbetsformer och strukturer än ”ombyggnadsprojekt”(IP1).

Oavsett var tankarna om att radikalt förändra arbetssätt och styrningsstrukturer kom ifrån, så talar flera intervjupersoner om att begränsa KS inflytande över projektet. Landstingsdirektören poängterar att nybyggnationen var ett sätt att bryta upp de gamla strukturerna på KS, och att detta gjordes i samråd med KI:

> Det är inte Karolinska sjukhuset som bygger sig ett nytt sjukhus, för då bevarar vi de gamla strukturerna och de ska vi ändra på, det var hela tanken, vi ska börja arbeta på ett nytt sätt och där formulerade vi oss, tyckte jag, tillsammans med KI hela tiden också (IP14).

Inriktningen var att bygga ett forskningsinriktat sjukhus där även den högspecialiserade vården centraliseras. Detta innebar en mindre andel bassjukvård och färre slutenvårdsplatser än vid gamla KS. Detta krävde i sin tur utbyggnation av närsjukvård och ökad samverkan med andra delar i sjukvårdssystemet, inte minst vad gäller grundutbildningen för läkare. Utredningen tog även upp en eventuell sammanslagning av KS och Huddinge sjukhus, men konstaterar att det är för tidigt att i detta skede fatta beslut om en hopslagning. Denna fråga kom dock att aktualiseras igen i samband med ett senare budgetunderskott (se avsnitt 3).

Sammantaget har SNUS en tydlig konceptuell inriktning. Utredningen beskriver en relativt tydlig inriktning och karaktär på det nya sjukhuset samt dess funktion i ett framtida sjukvårdssystem. Men utöver detta diskuterar utredningen också en mer detaljerad planering av själva husbygget. Att placeringen bestäms till Solna är det tydligaste uttrycket för detta. Placeringen var ingen självklarhet och snart efter att processen drogs igång uppvaktades landstinget av ett flertal kommuner som anmälde intresse och var beredda att upplåta mark. Möjligheten att koncentrera den högspecialiserade vården till Huddinge var också högst aktuell och hade på flera sätt kunnat vara ett attraktivt alternativ, exempelvis eftersom det finns markutrymmen (IP5; IP6). I landstingspolitiken finns det sedan länge en geografisk dimension i konfliktlinjerna som bl.a. handlar om balansen mellan sjukvårdssatsningar i de norra respektive södra delarna av länet, vilket gör att frågan inte är okontroversiell och en potentiell källa till låsningar.

Det som fäller avgörandet är kopplingen till KI: ”Ett nytt universitetssjukhus bör lokaliseras till KS-området eftersom det ger den nödvändiga närheten till Karolinska Institutet” (SLL 2002a, s. 4). Men för att kunna fastslå detta ställningstagande måste utredningen undersöka om det är tekniskt möjligt att placera huskroppen i det sydvästra hörnet av KS-området. Redan i SNUS anlitas därför arkitekter från White för att göra tidiga ritningar på det nya sjukhuset (IP6). Dessa tidiga ritningar (se Bilaga 3) väckte också frågor bland företrädare för Norra Stationsprojektet som på allvar hade dragit igång den processen under 2001, om varför arbetet inte samordnades med deras stadsutvecklingsprojekt. Enligt arkitekten Owe Swanson (2011, s. 88) blev svaret att landstinget ännu inte var redo att gå in i en direkt planering men ville visa en möjlig plats på tomten.

Som svar på den moderatledda koalitionens intresse för PPP som en möjlig finansieringsform tas även detta upp i SNUS. På denna punkt följer dock inte utredningen den inslagna vägen utan gör bedömningen att PPP inte bör användas som finansieringsform. Detta speglar att idén med PPP främst drivs från politiskt håll och att processen i det här skedet är expert- och tjänstemannadriven. KI är i första hand intresserat av att sjukhuset byggs enligt den föreslagna inriktningen mot forskning men förefaller vara mindre intresserat av finansieringsformen (IP4). De ledande tjänstemännen inom SLL och Locum är främst fokuserade på struktur- och styrningsfrågorna och renoverings- och fastighetsfrågan.

Ett möjlighetsfönster för förändring

Som tidigare konstaterats hade frågan om ”vad ska vi göra med Karolinska?” diskuterats under hela 1990-talet i och kring landstinget. Idén om ett nytt sjukhus hade också legat på lut och bubblat upp i olika sammanhang. Men vid millennieskiftet kommer frågan plötsligt upp på dagordningen – det öppnas ett ”policyfönster” för förändring.

Policyfönster kan öppnas genom att det sker ett maktskifte eller andra ändringar i politiken, men i det här fallet handlar det – i analytiska termer – om ett fönster som öppnas i strömmen av problem som ständigt pockar på uppmärksamhet. Vare sig styrningsproblemen eller problemet med att hamna efter i internationella jämförelser är tillräckliga för att dra igång ett stort förändringsprojekt, men när rapporten kommer om de stora renoveringskostnader som föreståt blir läget ett annat. Vid tiden finns också ett färdigt koncept som är redo att hakas på problemet: KI:s vision om ett högspecialiserat sjukhus med spjutspetsforskning som en del i en större satsning på BioScience i Solna/Stockholm. Detta alternativ går att koppla till såväl upplevda styrningsproblem som till uppfattningen att Sverige håller på att tappa i internationell konkurrenskraft. Det ligger också rätt i tiden med händelser och ideologiska strömningar på det politiska planet: den större stadsutvecklingsprocessen i Norra Stationsområdet, idéerna om att avskaffa landstingen, innovation och samverkan med näringslivet och möjligheter till kostnadskontroll genom ökad stratifiering av sjukvårdssystemet. De politiska förutsättningarna är goda i den bemärkelsen att det, som det kommer att visa sig, finns en stabil enighet över blockgränserna för ett nytt sjukhus i Solna. Konkurrerande alternativ är främst KS utredning, men den avfärdas snabbt. Det förslaget har inte förutsättningarna att nå den politiska dagordningen.

Lösningsförslag länkas inte till problem och öppningar på det politiska planet av sig själva. Det krävs att strömmarna aktivt länkas samman genom drivna policyentreprenörer som ser möjligheterna och lyckas föra fram sina förslag i rätt läge. I det här fallet är det främst KI och dess företrädare som har denna drivande roll, men även de ledande borgerliga politikerna är drivande och ser att policyfönstret är öppet. Den konceptuella inriktningen på det nya sjukhuset slås fast redan när processen startar och vad gäller beslutsprocessens organisering är den från starten relativt sluten gentemot omgivningen. Organiseringen av SNUS speglar en genomtänkt strategi för att framförallt skapa handlingskraft och momentum. Kontakter och förankring sker främst genom bilaterala kontakter med utvalda intressenter och KS ledning ges ett begränsat inflytande över processen. Till stor del handlar SNUS om att utveckla ett relativt tydligt koncept för det nya sjukhuset, men den handlar inte om att öppna upp för en bredare

diskussion kring olika möjliga koncept. I likhet med vad som lyfts fram i projekt-forskningslitteraturen börjar utredningen också snabbt att undersöka de mer tekniska förutsättningarna för husbygget, och arkitekter finns med och gör ritningar redan i detta skede. Detta har sin bakgrund i lokaliseringsfrågan som genom att det går att visa att förslaget är genomförbart också snabbt låses in till lokaliseringsalternativet på KS-tomtens sydvästra del. Nästa fas i NKS-processen innebär en fortsatt utveckling och förfinande av det koncept som SNUS-utredningen förespråkade.

3. ATT GÖRA VISIONEN MÖJLIG

Initieringsfasen i NKS-processen utmärktes av högt tempo och en stark betoning av handlingskraft för att låsa fast centrala delar av konceptets inriktning. Detta innefattade att bygga förutsättningar för ”centres of excellence”, minska andelen bassjukvård och den geografiska lokaliseringen. Efter SNUS-utredningen inträder en annan episod i NKS-processen där tempot i många avseenden dras ner. Det blir maktskifte i landstinget vid valet 2002, men för NKS-processens del står inriktningen i allt väsentligt fast. Frågan om PPP ligger dock nere under denna period eftersom den röd-gröna majoriteten inte är intresserad av att driva denna finansieringsform, och på tjänstemannanivån är inställningen också avvisande, vilket även framgick tydligt i SNUS. Under perioden är det också en annan fråga som seglar upp på dagordningen och under en tid blir föremål för den mesta av uppmärksamheten: sammanslagningen av KS och Huddinge sjukhus.

Samtidigt är det viktiga planeringssteg som tas mellan 2003 och 2006. SNUS gör tydligt att det nya sjukhuset kommer att få konsekvenser för hela Stockholms sjukvårdsstruktur och arbetet med detta går vidare inom ramen för den så kallade 3S-utredningen (Stockholms nya sjukvårdsstruktur). SNUS presenterar det grundläggande konceptet för det nya universitetssjukhuset, men för att detta ska kunna gå vidare till ett beslut måste lösningen utvecklas ytterligare. Den måste kunna visa upp att den har förutsättningarna att bli både tekniskt genomförbar och värdemässigt acceptabel, vilket kan ses som nödvändiga kriterier för att en lösning ska kunna bli ett skarpt förslag och uppfattas som legitim i ett större politiskt sammanhang (Kingdon 1984; Zahariadis 2003, s. 155). 3S-utredning innebar både ett öppnande av processen genom att bjuda in intressenter, framförallt från professionerna, till dialog, och en fortsatt utredning av själva byggnationen. Utredningen tjänar därefter som underlag för en arkitekttävling som arrangeras i Locums regi och som gör att fokus i processen rör sig från struktur och styrningsfrågorna till själva byggprojektet. Vid den här tiden knyter processen också närmare an till den parallella process som pågår kring Norra Stationsområdet.

Processen öppnas för dialog och fler perspektiv

Redan i SNUS står det klart att konceptet för det nya universitetssjukhuset får konsekvenser för sjukvårdsstrukturen i hela länet. Den efterföljande utredningen får därför till uppdrag att göra en mer ingående undersökning av hur en ny sjukvårdsstruktur, med NKS som den högsta nivån

av högspecialiserad vård, kan se ut. Precis som många förutspått blir det ett maktskifte vid valet 2002 men detta innebär ingen kursändring för planeringen av det nya universitetssjukhuset. I linje med förslaget i SNUS ger den röd-gröna majoriteten klartecken till tjänstemännen att gå vidare med en fördjupad utredning av sjukvårdsstrukturen. I skrivelsen till landstingsstyrelsen om att tillsätta 3S betonas vikten av att ligga i framkant i den globala medicinsk-tekniska utvecklingen betonas, liksom att ”mycket talar [..] för att framtidens krav medför att universitetssjukhusen inte bör innehålla lika stora volymer bassjukvård som hittills varit fallet vid Karolinska Sjukhuset och Huddinge Universitetssjukhus AB” (SLL 2003, s. 3). Vad gäller det fortsatta arbetets organisering förordas en mer öppen process: ”[u]tredningen bör dessutom sträva efter ett brett samråd med hälso- och sjukvårdens personal, forskarsamhället, länets kommuner och andra landsting” (SLL 2003, s. 3).

Detta är också vad som sker i 3S – det skapas en betydligt öppnare process där många aktörer bjuds in för att diskutera strukturförändringar. Som diskuterades i avsnitt 2 är sjukvårdsstrukturen komplex och förändringar i en del kan lätt leda till oförutsedda konsekvenser i andra delar av systemet. Vidare innebär professionens starka ställning att det kan etableras ett betydande motstånd. Att ett sådant motstånd skulle kunna uppstå var också något som de ledande aktörerna inom SNUS och 3S var väl införstådda med (IP1; IP3; IP8; IP12; IP13; IP14). Detta var också en viktig anledning till den mer öppna och interaktiva karaktären på utredningsarbetet.

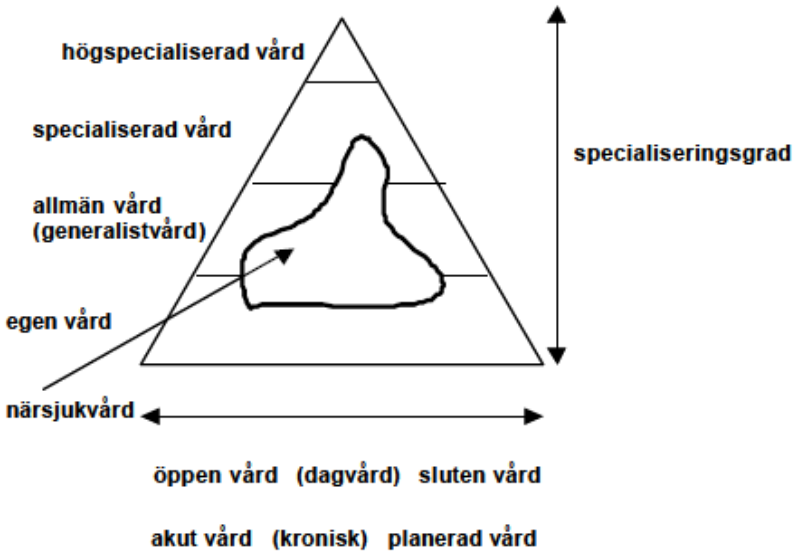
3S genomförs under perioden mars 2003 till september 2004 och består av tre parallella delutredningar. Den första handlar om utveckling av närsjukvården, den andra om akutsjukvården och det nya sjukhuset i Solna och den tredje om byggnationen av det nya sjukhuset. Till detta kommer även en rapport om finansiering och ekonomiska frågeställningar. På ett liknande sätt som i SNUS leds arbetet av en ledningsgrupp där landstingsdirektören är ordförande. Delutredningarna har var sin ledningsgrupp och det finns en projektledare och ett mindre projektkansli. Till projektet knyts också flera referensgrupper, bl.a. en med olika sjukhusdirektörer och en annan med fackliga representanter. Utredningen är inriktad på att inom en lång rad specialiteter fastställa vad som bedrivs inom högspecialiserad vård, specialiserad vård och närsjukvård inom respektive område, samt vad av detta som kan koncentreras till färre enheter. Detta görs med hjälp av olika sakkunniga och verksamhetsföreträdare. Preliminära rapporter presenteras sedan på ett tiotal ”rådslag” där personer från verksamheterna (KI, landstingets sjukvård och kommunal vård och omsorg) medverkar. Enligt slutrapporten för 3S har ett tusental personer medverkat vid dessa rådslag. Utöver detta har ett större seminarium för

politiker hållits. Vidare har ett stort antal studieresor företagits och rapporter från dessa är en del av underlaget (SLL 2004b, s. 36-40).[8]

NKS som ”kronan på verket”

Det nya universitetssjukhuset skulle fungera som ”navet” i den nya sjukvårdsstrukturen (IP14) och som ”kronan på verket” (IP8). Övriga sjukhus i länet skulle sedan forma sig som ringar på vattnet runt detta nav, och längst ut skulle närsjukvården ligga. På det sättet skulle också akut-sjukvården på universitetssjukhuset kunna koncentreras till enbart remisspatienter som kom med ambulans eller helikopter. Som ett första steg i denna strukturomvandlingsprocess var man tvungen att försöka specificera vad som var högspecialiserad respektive specialiserad vård. Den högspecialiserade vården kan ses som toppen av en pyramid som också speglar en ambition om en ökad stratifiering i sjukvårdsstrukturen och att patienter ska behandlas på rätt nivå i detta system (se Figur 1).

Figur 1. Illustration över framtida sjukvårdsstruktur i 3S



Källa: SLL 2004b, s. 19.

[8] Resorna har gått till: Nortwestern Memorial Hospital Chicago, Mayo Clinic Rochester, UCLA, UCSF (USA); Rikshospitalet i Oslo (Norge); Leiden University Medical Center (Nederländerna); Heidelberg University Hospital och Charité University Hospital (Tyskland).

En utmaning var att få acceptans från professionen att centrera den högspecialiserade vården till det nya universitetssjukhuset och förlägga ännu mer av det som kallades ”basvård” ute på de andra sjukhusen. Det skulle i praktiken innebära att de andra sjukhusen blev av med delar av sin specialisering, och istället fick mer av den mindre prestigefulla ”basvården” (IP8). Enligt landstingsdirektören var lösningen att göra hela sjukvårdssystemet till en forskningsorganisation:

> De specialister som skulle finnas på universitetssjukhuset skulle också arbeta ute och ha forskningsprojekt tillsammans med det här navet. Hela sjukvården skulle i princip vara en forskningsorganisation (IP14).

En annan knäckfråga var hur utbildningen av läkare skulle hanteras om det enbart fanns högspecialiserad vård inom universitetssjukhuset i Solna. Lösningen som beskrivs i 3S är att förlägga större delar av utbildningen till de övriga sjukhusen i länet (SLL 2004c, s. 14–15). Diskussionerna om var utbildningen skulle förläggas initierades redan i SNUS, men slutsatsen att utlokalisera stora delar av utbildningarna på de andra sjukhusen, framförallt Huddinge, formulerades först i 3S (IP1).

Sammanhållna vårdkedjor

Det var inte bara sjukvårdssystemets organisering som stod i fokus för förändringsambitionerna, utan också klinikstrukturen inom sjukhusen skulle utvecklas mot nätverksstrukturer med tematiska vårdenheter. I 3S diskuteras ”sammanhållna vårdkedjor” som en sedan länge pågående förändringstendens inom vården. Idén var att bryta upp klinkstrukturen och införa processorienterade vårdflöden där samma patient under en vårdprocess kan ”utredas, behandlas och rehabiliteras inom den högspecialiserade vården vid universitetssjukhuset, specialiserade vården vid något av akutsjukhusen, inom närsjukvården och den kommunala hemsjukvården” (SLL 2004c, s. 16). Andra begrepp som i intervjumaterialet ligger nära tanken om ”sammanhållna vårdkedjor” är tematisk vård och nätverksorganisering. I SNUS och 3S drivs och utvecklas dessa idéer framförallt av företrädare för KI och tjänstemän med bakgrund i läkarprofessionen (IP1; IP4; IP12). [9]

[9] Det kan här noteras att detta inte är detsamma som den omtalade modellen med värdebaserad vård som delvis bygger på liknande idéer men som kommer in senare i NKS-processen (IP12; IP9; IP7; IP13).

Tanken med tematisk vård är att bryta upp klinikstrukturen och införa teman kring olika sjukdomar, men i 3S är konceptet också nära kopplat till användningen av ny telekommunikationsteknologi som gör att patienter kan vårdas i dagvård eller på närsjukvårdinrättningen samtidigt som kunskap och kompetens förmedlas från den specialiserade vården. Att bryta upp klinikstrukturerna är dock ett mycket ambitiöst projekt. Strukturen är nära kopplad till läkarutbildningens specialiseringar och har enligt en av våra intervjupersoner en lång historia med betydande spårbundenhet:

> För hela organisationen bygger på de gamla klinikerna, divisioner och sammanläggning av klinikerna, ekonomin går via klinikerna, hela läkarutbildningen går via klinikerna […] Så att hela sjukvården är så, av tradition, fast i de här klinikstrukturerna, och varje klinik bor någonstans, de har egna sådana här fina konferensrum, och där sitter porträtt på väggarna på gamla klinikchefer. Du förstår, det är så mycket kopplat till den gamla strukturen, så det här är en väldigt genomgripande förändring man talar om då (IP11).

Flera av våra intervjupersoner pekar på svårigheterna att realisera förändringar av denna struktur och menar att idén inte var tillräckligt förankrad i sjukvården i Stockholm, utan hade arbetats fram av en liten grupp specialister och chefer. De starkaste företrädarna pekar också på att de har mött ett betydande motstånd när de åkt runt och berättat om konceptet (IP1; IP12). En strategi för att hantera detta var att tona ner de alltför långtgående ambitionerna och istället prata om ”matrisorganisationer” där både klinker och teman får plats:

> Vi ska ju veta att klinikbegreppet är ju hundra år gammalt och det var bra på den tiden. Det kan vara bra inom vissa discipliner fortfarande och vi ska inte släppa klinikbegreppet men vi går in i någon from av matrisorganisation (IP1).

Tematanken har två huvudmotiv i våra intervjuer. Det ena handlar om att skapa mer effektiva flöden i vården. Här finns en betydande kostnadsmässig aspekt: den högspecialiserade vården kostar mer och då måste man hitta nya innovativa arbetsformer där en patient kan befinna sig inom en annan del av sjukvårdssystemet men ändå få tillgång till den högspecialiserade vården (IP1). Detta knyter i sin tur an till idén om ett mindre sjukhus som kan ”tvinga” fram nya nätverksbaserade lösningar:

> Lite grand skapar man en viss resursbrist från början så föds nya arbetsprocesser som leder till effektivitet. I Oslo, rikshospitalet, lärde vi oss att på detta sättet hade man, man fick begränsat med slutenvårdsprodukter men man fick en stor yta att bedriva dagvård på och det hade lett till att man hade utvecklat nya former för dagvård (IP14).

Men det är inte bara effektivitetsvinster som ligger bakom idén med nätverk och teman. För en professor på KI som var drivande i denna fråga handlade visionen snarare om gränsöverskridande forskning och synergieffekter när olika kompetenser möts och samarbetar med varandra (IP12).

Sammanslagningen HS-KS

Hösten 2003 får 3S-utredningen under en tid en annan inriktning. Detta har sin bakgrund i ett budgetunderskott som gör att den föreslagna budgeten 2003 blir underkänd. Utredningen får då i uppdrag att ta fram åtgärder för att skapa en budget i balans. Den stora förändringen som man drev igenom förutom skattehöjningar, höjning av SL-taxan och besparingar i vården var att slå samman KS och Huddinge till ett enda universitetssjukhus (IP10; IP14). Tanken på att göra detta hade funnits länge och då främst på grund av problem med konkurrens mellan KS och HS. Att den nu hastigt aktualiserades handlade om att landstinget såg möjligheter till besparingar, t.ex. inom administration genom att funktioner som fanns på båda ställena slogs samman.

Sammanslagningen hade begränsad inverkan på NKS-processen, men den innebar att fokus under en tid kom att flyttas till denna fråga. Detta gäller på den politiska nivån (IP17), men kanske framförallt för personalen på HS och KS kom sammanslagningen att bli det stora samtalsämnet under lång tid framöver. Det nya sjukhuset tycks däremot i många fall ha uppfattats som en mer avlägsen fråga (IP7).

Förankring inom givna ramar

Bland de personer som drev 3S-utredningen betonas särskilt inkluderingen av verksamhetsföreträdarna i planeringsarbetet: ”Det är professionens utredning”, som en av de ledande tjänstemännen uttrycker det (IP1). Det är tydligt att många har bjudits in och medverkat i utredningen, och både öppenheten för omgivningen och graden av interaktivitet måste anses hög i detta skede. Det tillämpades också en intrikat strategi för inkluderingen av intressenter. Denna gick ut på att bjuda in personer i egenskap av att vara specialister inom sitt fält och inte i egenskap av deras position som företrädare för en viss klinik eller för ett visst sjukhus. Målet med detta var att försöka få till stånd en mer förutsättningslös diskussion om utvecklingen inom de olika specialiteterna och att inte gå in på frågor om exakt vilken vård som skulle bedrivas var. Detta var en strategi för att undvika låsningar i diskussionen:

> Alltså det är så att verksamhetsföreträdarna på ett sjukhus är lojala med sin sjukhusledning, det kan jag nog säga. Däremot kan man säga så här, att när du sitter runt ett bord och där är åtta verksamhetsföreträdare som kommer från olika sjukhus, ja då lever man upp till sitt medicinska professionella ansvar och status […] så att därför blir resonemanget annorlunda när man samlar dem runt bordet än vad det är om de sedan sitter hemma och slår vakt om sitt sjukhus och budget och sådana saker, det är två olika perspektiv (IP1).

Samtidigt som strategin tycks ha fungerat väl för att få till diskussioner i grupperna som sedan kunde sammanställas till underlag, är det svårt för deltagarna att helt bortse från de olika positionerna och organisatoriska hemvisterna. Strategin måste också ses som en fortsättning på ambitionen att hålla KS ledning på ett visst avstånd från planeringsarbetet och det var inte alltid som förankringen också fortplantade sig ute i verksamheterna (IP1).

Vissa landstingsföreträdare ser också i efterhand att det var en stor och svår uppgift att verkligen få uppslutning kring vissa av de mer genomgripande förändringsambitionerna under den relativt korta utredningsperiod som detta handlar om. En sådan förändring i synsätt tar, enligt detta perspektiv, betydligt längre tid att få gehör för än vad som var möjligt här, trots det interaktiva upplägget (IP8; IP11). Bland företrädare för professionen förekommer också kritik som handlar om att ”bollen redan var i rullning”, vilket gjorde att möjligheterna att påverka var begränsade (IP7). Till detta kommer att många hade fokus på sammanslagningen HS-KS och att det bland personalen ute i verksamheterna var långt ifrån självklart att NKS-processen också skulle leda till skarpa förslag (IP7).

Sammantaget innebär detta att 3S skapade en betydande öppning för en mängd aktörer och olika lösningsförslag, och att det fanns en genuin vilja till att bjuda in till dialog. Denna öppning sker dock inom de ramar som redan vid initieringen av processen har ”låsts in”. Kopplat till diskussionen i föregående avsnitt om *koncept* skulle man kunna beskriva det som att frågan inte heller här handlade om att jämföra och diskutera olika koncept utan om att utveckla och föra dialog inom ramen för ett givet koncept.

Arkitekttävling och fokus på byggprojektet

Efter att 3S-utredningen avslutats går NKS-processen in i en annan fas där fokus riktas mer mot själva byggfrågan. Det är också en period där landstingspolitikerna åter riktar uppmärksamheten mot NKS efter att under en tid främst varit inriktade på budgetunderskottet och sammanslagningen mellan KS och HS (IP17). I maj 2005 tas ett inriktningsbeslut i landstingsfullmäktige om att gå vidare dels med de principer om sjukvårdsstrukturen som läggs fram i

3S, dels i frågan om universitetssjukhuset genom att utlysa en formgivningstävling (SLL 2005c). Tävlingen utgjorde en viktig möjlighet för den socialdemokratiskt ledda majoriteten att sätta sin prägel på projektet och den hade ambitionen att kunna tillkännage en vinnare redan innan valet i september 2006. Värt att notera är också att den politiska ledningen vid den här tiden arbetade utifrån en tidsplan att efter formgivningstävlingen upphandla tekniska konsulter och att sedan ta fram ett förslag om verksamhetsinnehåll, lokalprogram och produktionskostnader för beslut i fullmäktige efter sommaren 2008 (SLL 2005c). Denna planering tyder på att den röd-gröna majoriteteten vid denna tidpunkt hade för avsikt att använda traditionella entreprenadupphandlingar för att genomföra NKS-projektet.

Det är Locum som får i uppdrag att genomföra arkitekttävlingen och under denna tid går NKS-processen över till att inriktas på byggfrågan. Planeringen sker på det kansli som skapas under Locum för att ta fram underlagshandlingar och för att sedan genomföra tävlingen. I samband med framtagandet av underlaget för tävlingen blir det också nödvändigt att koordinera arbetet med Norra Stationsprojektet. Dessa två processer har i stor utsträckning utvecklats parallellt men kopplas nu på ett tydligt sätt samman när byggfrågan kommer i fokus. Locum vill att så mycket som möjligt i stadsutvecklingsprocessen med Stockholms stad och Solna kommun ligger fast för att kunna skapa bra förutsättningar för arkitektfirmorna. De andra aktörerna i Norra Stationsprojektet ser å sin sida risker med att sjukhusets fysiska utformning kommer sätta ramar för stadsutvecklingsprocessen. Underlaget till arkitekttävlingen blir den rapport över Gemensamma planeringsförutsättningar som framtagits gemensamt av Stockholm stad, Solna och Stockholms läns landsting (Swanson 2011).

Formgivningstävlingen inleddes med en prekvalificering där fem tävlande team av arkitekter valdes ut bland de 19 som anmälde intresse. Det vinnande bidraget utsågs av en jury som bestod av företrädare för de politiska partierna i landstinget, KI, KS, Locum och olika experter inom stadsbyggnad och arkitektur. Juryn förfogade under bedömningstiden över fyra sakkunniga beredningsgrupper inom områdena Funktion, Struktur, Teknik samt Ekonomi, tid och genomförande. Det vinnande bidraget blev alternativet ”Forum Karolinska” från White arkitekter och om detta rådde det betydande politisk enighet (IP17; IP2; IP13). Förslaget uppskattades framförallt för sitt sätt att möjliggöra kopplingar mellan vård, forskning och utbildning och erbjuda överlägsen inre logistik (Locum 2006). Det kan noteras att White hade deltagit planeringsarbetet i både KS alternativutredning och SNUS och därmed tidigt skaffat sig betydande erfarenheter och kunskap om de konceptuella idéerna som fanns kring NKS (IP6).

I våra intervjuer med personer som var involverade i formgivningstävlingen (i juryn och på Locum) framgår att det vinnande förslaget inte sågs som det mest spektakulära, men det som

bäst motsvarade de funktionella krav som ställdes om vårdflöden, tät koppling mellan vård och forskning och generalitet (IP3; IP6; IP14). I megaprojektsammanhang finns ofta en dragning åt spektakulära arkitektoniska lösningar i form av monument som gör långvarigt avtryck i omgivningen (Flyvbjerg 2014). I den mån det har funnits en dragning åt det spektakulära och extraordinära i de tidiga planeringsskedena av NKS har det snarare handlat om teknologiska lösningar, inte minst i form av användningen av ny IT-teknik för att understödja samverkan, sammanhållna vårdkedjor och kommunikation mellan olika nivåer i sjukvårdsstrukturen. En stark förhoppning och tilltro till den tekniska utvecklingens framsteg är dock ett annat utmärkande drag för planeringen av megaprojekt (Trapenberg Frick 2008).

I enlighet med planen kunde den socialdemokratiska ledningen utropa det vinnande förslaget innan valet i september 2006, men därefter blev det istället maktskifte. Projektet lyftes då igen till landstingsnivån med större fokus på vårdfrågorna. I och med att en borglig majoritet tog över väcktes också frågan om OPS igen vilket hade betydelse för den fortsatta organiseringen av processen.

4. DE SISTA STEGEN FRAM TILL BESLUT

I detta avsnitt redogörs för hur planeringsarbetet organiserades efter att White Arkitekters förslag ”Forum Karolinska” utsetts till det vinnande förslaget i formgivningstävlingen i augusti 2006 och fram till att beslutet att bygga ett nytt universitetssjukhus i Solna fattades i landstingsfullmäktige den 8 april 2008. Under denna fas konkretiserades planerna på utformning av och verksamhetsinnehåll i det nya sjukhuset. Arbetet som utfördes under denna period handlade i stor utsträckning om att förfina projektets tekniska genomförbarhet och skapa värdemässig acceptans bland politiker, tjänstemän och experter för att på så sätt förbereda och underlätta förslagets resa genom den formella beslutsprocessen. Organiseringen av planeringsarbetet knöts närmare politiken genom att ett projektkansli upprättades som rapporterade direkt till ett politiskt organ underställt landstingsstyrelsen. På den politiska nivån rådde det fortfarande konsensus om att det bästa alternativet var att bygga ett nytt, litet, högspecialiserat universitetssjukhus. Däremot började frågan om OPS-finansiering återigen komma upp på dagordningen efter att den borgerliga alliansen fick makten i landstinget efter valet 2006. Samtidigt förlorade Locum, som dittills drivit mycket av planeringsarbetet, successivt inflytande över projektet. Under denna period blev det tydligt att planeringsarbetet organiserades för att inkludera en viss typ av kompetens medan bland annat KS ledning medvetet hölls utanför processen. På det sättet vann projektledningen handlingskraft och styrförmåga, men riskerade samtidigt att förlora möjligheterna till förankring bland starka företrädare för Stockholms sjukvård.

Beredningen i NKS-kansliet

På hösten 2006 fortsatte arbetet med att utveckla det vinnande förslaget i formgivningstävlingen genom att landstingsstyrelsen tillsatte en programdirektör och inrättade ett kansli som enbart skulle arbeta med att ta fram ett projektprogram för NKS. I uppdragsramarna för projektprogrammet (SLL 2006) står det att ett projektprogram skulle presenteras vid årsskiftet 2007/2008 med tillräckligt underlag för att politikerna skulle kunna fatta beslut om nybyggnationen.

I detta skede stärktes politikernas intresse för planeringsarbetet. Arbetet med NKS på tjänstemannanivå hade hittills skett utan särskilt mycket styrning från politiskt håll. Den dåvarande landstingsdirektören ville fortsätta leda arbetet, men var mån om att få ett brett mandat att göra detta (IP14). Allianspartierna som fått majoritet i valet hösten 2006 ville dock

ha mer inflytande över det fortsatta arbetet. Därför omorganiseras programkontoret från att ha fungerat som en stabsfunktion till landstingsdirektören till att bli ett självständigt kansli som rapporterade till FoUU-utskottet (Forsknings-, utbildnings- och utvecklingsutskottet), ett politiskt organ under landstingsstyrelsen. Landstingsdirektören avgick i samband med detta.

Inkludering och exkludering

Inom ledningen för SLL fortsatte arbetet med att styra NKS-projektet som ett förändringsprojekt där KS-ledningens roll skulle begränsas. I projektramarna från 2006 finns en formulering om att ”det nya universitetssjukhuset skapas för ett nytt uppdrag och ska ej ses som ersättningslokaler för Karolinska Solna” (SLL 2006, s. 14). Det är första gången tanken om att NKS är ett ”transformprojekt” och inte ett ”transferprojekt” för KS formuleras i skrift. Tillsättandet av programdirektören för att leda arbetet i NKS-kansliet baserades, enligt våra intervjuer, på att personen skulle kunna leda projektet utan att låta KS få för mycket inflytande. För det krävdes en person som kom utifrån och som inte varit inblandad i tidigare intressekonflikter inom Stockholms sjukvård men som var ”på minst deras nivå” när det gällde både akademisk kompetens och erfarenhet av operativt ledningsarbete på sjukhus. Genom att söka efter denna kompetensprofil markerades också att det var ett vårddrivet projekt och inte ett byggprojekt (IP14, IP13, IP3). Det kan också noteras att tillsättningen av ledande positioner fortsatte att utgöra en central strategi för politikerna att styra utredningsarbetet.

NKS-kansliet var uppdelat i en verksamhetsplaneringsdel och en del som arbetade med den fysiska byggplaneringen. Arbetet leddes av programdirektören som knöt medarbetare med olika kompetenser till sig. I vilket utsträckning verksamhetsinnehållet på det nya sjukhuset skulle definieras rådde det dock delade meningar om. Enligt en tjänsteman på Locum som ansvarade för byggplaneringen var man beroende av att verksamhetsinnehållet började definieras mer konkret för att kunna komma vidare i planeringen av byggnationen (IP6). I uppdragsbeskrivningen i projektramarna för NKS-kansliet står det däremot att ”nya Karolinska Solna ska enligt planeringen byggas på ett flexibelt sätt, så att beslut om vilka verksamheter och vilket uppdrag Nya Karolinska Solna får, kan avgöras senare i planerings- och byggprocessen” (SLL 2006, s. 6). Anledningen till att avvakta med att bestämma verksamhetsinnehållet mer i detalj motiverades med att den medicinska utvecklingen var snabb och svår att förutse. Organiseringen av sjukvården i Sverige förväntades också förändras vilket kunde ge NKS ”ett utökat

regionalt ansvar" inom Mälardalen (SLL 2006, s. 6).[10] Att sjukhuset skulle byggas enligt principerna om generalitet och flexibilitet hade dock funnit med sedan SNUS-utredningen och byggde på en tanke om att i framtiden kunna anpassa de fysiska förutsättningarna inom sjukhuset till den förväntade snabba teknikutvecklingen och de nya behandlingsmetoder som den medförde. Tanken med generalitet och flexibilitet i den fysiska planeringen av sjukhuset knyter också an till idén om förändringar i verksamheten och ambitionen att inte låsa fast sig i gamla organisationer, såsom klinikstrukturer och enheter.

Även om NKS-kansliet i detta skede inte hade i uppdrag att bestämma det konkreta verksamhetsinnehållet behövde idén om att organisera vården i teman och flöden konkretiseras. Under ledning av den nya programdirektören satte NKS-kansliet därför igång ett omfattande arbete med att genom seminarier och arbetsgrupper med verksamhetsföreträdare komma fram till hur vård skulle organiseras i flöden istället för i klinikenheter (IP1, IP6, IP9). Återigen gick planeringsprocessen in i en mer öppen fas. Till dessa arbetsgrupper bjöds klinisk personal med olika typer av kompetenser in att delta. I projektprogrammet beskrivs denna arbetsprocess som en helt ny arbetsmetod och en väldigt "flexibel process" som ger möjlighet att under "kort tid studera många olika alternativa lösningar och utvärdera dem mot varandra" (SLL 2007, s. 92).

I intervjuerna beskrivs att dessa arbetsgrupper var framgångsrika och konstruktiva, men också att de spädde på spänningen mellan NKS-kansliet och KS ledning. Orsaken var, enligt våra intervjupersoner, att NKS-kansliet ville att sjuksköterskor och läkare som arbetade dagligen i verksamheten på KS och Huddinge deltog på dessa seminarier, men det ogillades av ledningen för KS som inte ville undvara personal (IP3, IP7, IP9). Ambitionen med dessa arbetsgrupper var att öppna upp processen och att få ta del av den verksamma professionens erfarenheter och kompetens. Samtidigt var de konceptuella ramarna, precis som i 3S-utredningen, redan satta för vilket typ av projekt detta var och i vilka roller de inbjudan var tillåtna att diskutera de givna frågorna. Till exempel menar en fackligt aktiv läkare att fackliga krav på att skapa funktionella arbetsplatser för personalen inte blev hörsammat av NKS-kansliet (IP7).

Locums roll i de tidigare skedena av planeringen var stark, inte minst genom Locums kompetens inom byggplanering vilket gjorde att Locum producerade många av de underlag som planeringsarbetet grundades på. Locum organiserade formgivningstävlingen i en projektgrupp och arbetade i nära samverkan med landstingsledningen, KI, KS och Hälso- och sjukvårdsnämnden (IP6). Under det fortsatta arbetet med projektprogrammet blev dock Locums roll

[10] Detta resonemang var kopplat till Ansvarskommitténs utredning som pågick vid den här tiden (2003-2007) och som i sitt slutbetänkande bland annat föreslog att landstingen skulle ersättas med 6-9 regionkommuner (SOU 2007:10).

ifrågasatt, främst från politiskt håll. En av motiveringarna till detta var att politikerna inte litade på att Locum hade kompetens nog att driva ett så stort och komplext projekt som NKS (IP2, IP3, IP5, IP14). Frågan om huruvida Locum skulle ”klara av” att driva detta stora byggprojekt är också tätt sammankopplad med frågan om hur projektet skulle finansieras. Med en traditionell upphandlingsentreprenad skulle Locum vara den naturliga projektledaren (IP17), men med en OPS-finansiering skulle Locums roll bli mindre framträdande. En annan motivering till att Locums inflytande minskade var att projektet inte skulle vara byggdrivet utan att det i första hand var ett vårdprojekt, och därför skulle vara vårdorganisatoriskt styrt (IP5, IP6).

Lösningens konkreta utformning över tid

Som vi tidigare beskrivit började NKS-projektet i sin mest initiala fas som en vision om ett nytt, toppmodernt, litet, forskningsintensivt, universitetssjukhus i närheten av KI. Under planeringsprocessens gång blev denna vision successivt mer konkret genom arbetet i olika beredningsgrupper och utredningar. En kronologisk genomgång av beskrivningarna av det planerade sjukhuset i de olika beredningsunderlagen ger en bild av att sjukhusets storlek, lokalisering, dimensionering mellan öppenvård och slutenvård samt tidsplan inte förändras nämnvärt under hela denna period från initiering fram till beslut.

I SNUS-utredningen stod frågan om behovet av ett nytt universitetssjukhus i centrum och slutsatsen i den utredningen var att det fanns ett behov av att bygga ett nytt sjukhus och att det borde vara lokaliserat i Solna på grund av närheten till KI. Redan i SNUS var utformningen på det nya sjukhuset vid Solnavägen relativt detaljerat, med beskrivningar av hur huskroppen skulle kunna se ut, nämligen en ”kompakt struktur” med upp till ”nio våningar” mot Solnavägen med parkeringsplatser i suterrängvåningar (SLL 2002a, s. 16–17) (se Bilaga 3). Sjukhuset dimensionerades för 600–800 slutenvårdsplatser, varav 100–200 är intensivvårdsplatser, och med en minskad akutmottagning. Enkelrum och vårdsalar med ”open area”-utformning nämndes samt att både vård- och forskningslokalerna skulle vara flexibla och generella för att kunna anpassas till framtida förändringar. Att ett patienthotell skulle byggas i nära anslutning till sjukhuset nämns också redan i detta tidiga skede (SLL 2002a, s. 15–16). Genomförandetiden från beslut beräknades till 8–10 år (SLL 2002a, s. 21).

I 3S-utredningen behålls alla dessa grundläggande idéer. Däremot förskjuts genomförandet tre år framåt på grund av att beslutsprocessen drog ut på tiden och att huskroppen hade dimensionerats något större än i SNUS. Tänkt genomförandetid sänks dock till 6–7 år och påbörjad inflyttning preciseras till år 2012 och slutlig inflyttning till 2015 (Locum 2004, s. 19).

I uppdragsramarna för projektprogrammet preciserades utformningen av sjukhuset avsevärt, men förändrades inte på något radikalt sätt. Sjukhuset dimensioneras för 600–700 vårdplatser, varav 400 ska vara enkelrum. Storleken på huskroppen är i princip densamma som i 3S-utredningen medan tidsramarna för genomförandet justeras något uppåt till 7,5–8,5 år med slutlig inflyttning i det nya sjukhuset kring årsskiftet 2017/2018 (SLL 2006, s. 21–23).

I projektprogrammet som presenterades i december 2007 återfinns många av de ursprungliga idéerna om vilket typ av sjukhus NKS skulle bli. Det beskrivs som ett ”sjukhus i staden” och som ett ”nav i sjukvårdssystemet” och byggt utifrån principen om generalitet och flexibilitet och organiserat utifrån en ”matrisorganisation”, där forskning, utbildning och vård samverkar (SLL 2007, s. 13). Sjukhuset dimensioneras för totalt 600 slutenvårdsplatser och 100 dagvårdsplatser och ett intilliggande patienthotell. Här planeras också en ”skyway” som ska binda samman KI med sjukhuset genom en glasöverbyggnad över Solnavägen (SLL 2007, s. 69) (se bilaga 4). Projektprogrammet resonerar om möjligheten att förkorta genomförandetiden så att inflyttningen kan ske 2015 istället för 2017, vilket var den tidpunkt som slogs fast i ramarna för formgivningstävlingen. Slutsatsen i projektprogrammet är att det går att genomföra byggprojektet till 2015 (SLL 2007, s. 90–91). Det är detta förslag som politikerna fattar beslut om i april 2008.

Politisk konsensus om att bygga NKS

De tidiga planeringsskedena av NKS-projektet präglas från politiskt håll av en ovanligt hög grad av konsensus och samsyn över blockgränserna. Landstingspolitiken i Stockholm växlade majoritet varje mandatperiod under 1990-talet och partirepresentanter talar allmänt om en historiskt sett konfliktfylld relation mellan partier till höger och vänster (IP2, IP13; IP16). I frågan om NKS rådde det dock stor samstämmighet över blockgränserna under hela perioden från initiering av idén till beslut fattades i landstingsfullmäktige i april 2008 (IP16; IP17). En socialdemokratisk fullmärkigeledamot uttalar sig om detta ovanliga faktum redan vid en debatt 2005 inför inriktningsbeslutet som togs utifrån 3S-utredningen:

> En av mina favoritsysselsättningar i den här salen är att skälla på moderater. Jag tycker att moderater förtjänar att få lite skäll då och då. I synnerhet tycker jag att den förra moderata ledningen av Stockholms läns landsting förtjänar hård kritik för sitt lättsinniga sätt att ta ansvar för medborgarnas gemensamma tillgångar. I ett avseende tycker jag dock att Ralph Lédel, den förre moderata ledaren här i landstinget, visade stor framsynthet – han startade den process

> som ledde till att vi står här i dag. Lédel insåg att det skulle vara orimligt att lappa och laga på sjukhusanläggningen i Solna, samhällsekonomiskt talade mycket för att det vore klokare att investera i ett nytt sjukhus. Lédel startade därför något som kallades för SNUS-utredningen (Anförande nr 51, Dag Larsson (s), protokoll, Landstingsfullmäktige 2005-05-10).

Den enda politiska kontrovers som fanns vid detta beslutstillfälle var att de borgerliga partierna (M, FP, KD) tyckte att den röd-gröna majoriteten hade utlyst formgivningstävlingen innan vårdbehoven var tillräckligt utredda. De borgerliga partierna la därför fram en skrivelse med förslag om att vänta med att utreda frågan om sjukhusets utformning innan alla frågor om sjukvårdsstrukturen har utretts (SLL 2005a).

Tre år senare, den 8 april 2008, under fullmäktigedebatten inför beslutet om att bygga NKS, var samförståndet stort mellan de olika politiska partierna. Kristdemokraten Stig Nyman, en av de personer som drivit frågan om att bygga ett nytt universitetssjukhus från början, inledde debatten i fullmäktige med följande ord:

> I dag visar vi politiskt mod, vill jag påstå, och vi bör uppmuntra varandra att även fortsättningsvis agera politiskt modigt, klokt och framsynt[…]Hittills har vi varit politiskt överens – jag hoppas att det får vara en ledstjärna också för fortsättningen (Anförande nr 180, Stig Nyman (kd), protokoll Landstingsfullmäktige 2008-04-08).

Debatten i fullmäktige handlade till stor del om vilka drömmar och förväntningar som politikerna hade på det nya sjukhuset. Värdeord som delaktighet, jämställdhet, hållbar utveckling och hälsofrämjande sjukvård återkom i de politiska talen om vad NKS skulle komma att innebära för Stockholms sjukvård och stockholmarna. De kan ses som värdeord som under olika skeden knutits till projektet för att skapa värdemässig acceptans bland de olika politiska lägren. Dessa breda värdeladdade formuleringar bidrar till att skapa politisk enighet runt en stor och komplex fråga som NKS. När det formella beslutet fattades var också enigheten över partigränserna stor. Endast Miljöpartiet reserverades sig mot beslutet på grund av att de ville att beslutet skulle innefatta en formulering om att NKS skulle ha ett eget produktionskök samt att verksamhetsinnehållet skulle slås fast tidigare än vad som angetts i projektplaneringen.

Den positiva och hoppfulla stämningen i landstingsfullmäktige blev dock inte långvarig. Två månader senare, i juni 2008, lade den borgerliga majoriteten fram ett förslag om att finansiera NKS med en OPS-lösning. Socialdemokraterna, Miljöpartiet och Vänsterpartiet reserverades sig mot förslaget som ändå gick igenom och debatten i fullmäktige var hård och känslosam. Genom beslutet i juni om OPS påbörjades också en ny fas i NKS-projektet. En fas

som i mycket större utsträckning än de tidiga planeringsskedena präglades av konflikter både på den politiska nivån och inom tjänstemannaorganisationen.

5. SLUTSATSER

I detta avslutande avsnitt sammanfattar vi först rapportens viktigaste slutsatser. De handlar dels om den vision och omfattande förändringsambitioner som NKS-projektet kom att innebära, dels om hur organiseringen av processen har fungerat som ett sätt att styra projektets inriktning och utveckling på vägen fram till beslutet 2008. Avslutningsvis förs en diskussion om lärdomar från de tidiga planeringsskedena i NKS-projektet där slutsatserna från denna studie relateras till tidigare forskning om framförallt beslutsfattande i megaprojekt och aktörssamverkan i planeringsprocesser.

Bärande idéer om förändring

De tidiga planeringsskedena i megaprojekt fungerar som en slags magnet för idéer, lösningsförslag, problembilder och olika aktörer som ser en möjlighet att föra fram sina koncept eller intressen. På detta idéstadium knyts olika förväntningar till projektet och det blir en projektionsyta för olika drömmar om framtiden (Blomquist & Jacobsson 2002). NKS-projektet är inget undantag. Det härbärgerade redan tidigt stora drömmar om förändring. Nedan sammanfattas de olika bärande idékomplex som knöts till NKS-projektet i de tidiga planeringsskedena.

Redan i den mest initiala fasen, när Ralph Lédels skrivelse lades fram i landstingsstyrelsen, formulerades att NKS-projektet skulle stärka Stockholms forskningsmässiga ställning internationellt inom biomedicin. Det är alltså ett projekt som handlar om **excellensforskning** och när framtidsdrömmar om internationell ryktbarhet och kanske Nobelpris. Hagastaden och satsningen på ett biomedicinskt centrum fanns med tidigt i processen och drevs framförallt av KI och politiker som såg hur ett nytt universitetssjukhus med forskningsinriktning skulle kunna kopplas till ett sådant stadsplaneringsprojekt.

Men redan i denna första skrivelse skymtar också en annan idé som kommer att löpa genom hela NKS-processen, nämligen visionen om en närmare samverkan med näringslivet inom hälso- och sjukvården. Detta **marknadsprojekt** är politiskt drivet och bärs fram av politiska partier på den borgerliga sidan som länge förespråkat och drivit igenom privata finansieringslösningar i Stockholms sjukvård. I NKS-projektet ser dessa politiska aktörer en

möjlighet att få prova den, vid denna tidpunkt, nya och populära finansieringslösningen offentlig-privat samverkan (OPS).[11]

Under processens gång tillkommer fler bärande idéer om vilken typ av projekt NKS är eller ska bli. En av dessa har vi kallat **transformprojektet**, vilket handlar om att det inom ledningen på SLL fanns en utbredd frustration över att sjukvården i Stockholm generellt, och KS specifikt, var svårstyrd. Utifrån detta perspektiv blev NKS-projektet ett tillfälle att kunna påverka verksamhetens utformning utan att fastna i gamla intressekonflikter och revirtänkanden genom att den gamla sjukhuskroppen revs och ersattes med en ny. Denna idé hålls levande i projektet genom betoningen på flexibilitet i de nya lokalerna, vilket kan ses som ett uttryck för att den fysiska utformningen av byggnaden ska understödja förändringsbenägenhet i verksamheten.

En annan, men närliggande, bärande idé om vilket typ av projekt NKS skulle bli rymmer långtgående ambitioner om att förändra hela Stockholms sjukvårdsstruktur och att använda det nya sjukhuset som ett slags lokomotiv för att driva utvecklingen. Det är ett **strukturförändringsprojekt** som drivs av en dröm om att skapa en mer effektiv och modern sjukvårdsstruktur. Detta projekt innehåller flera olika delkomponenter om att skapa nätverksstyrning och samverkan mellan olika medicinska kliniska kompetenser och mellan forskning, undervisning och vård. Men det rymmer också en dröm om att bryta upp landstingsstrukturen och skapa större regioner, samt om att ingå i ett större nätverk med andra högspecialiserade sjukhus, främst i Europa.

Ingen av dessa idéer är unik för NKS. De förs in i den landstingspolitiska kontexten genom de kontakter som finns mellan forskare, läkare och sjukvårdspolitiker i Stockholm. Det finns också ett betydande inslag av imitation (jfr Sahlin & Wedlin 2008), som bland annat kommer till uttryck i det mycket omfattande resandet till sjukhus runt om i världen som företas inom ramen för utredningarna. Det tycks heller inte vara så att dessa idéer väljs helt fritt från en uppsättning möjliga alternativ. Istället speglar de starka institutionaliserade idéer inom det sjukvårdspolitiska fältet vid tiden (jfr Blomquist & Jacobsson 2002). Vissa av dessa idéer – exempelvis idén om att sätta ”patienten i centrum” (Bejerot 2008) – har en närmast tvingande karaktär, det vill säga att det är nödvändigt att förhålla sig till dem för att förslagen ska uppfattas som legitima. Detta förklarar också att samma beskrivningar om patienten i centrum, samman-

[11] Då fokus i denna rapport ligger på beslutet om att bygga det nya sjukhuset och inte på valet av finansieringslösning har dessa idéer inte behandlats utförligt här utan främst diskuterats som en viktig del av den politiska kontexten som omgav beslutet att bygga sjukhuset.

hållna vårdkedjor och nätverksorganisering finns med i både KS alternativutredning och landstingets utredningar i form av SNUS och 3S. De knyter an till samma idéer men översätts och anpassas på olika sätt för att passa in i de skilda alternativen vad gäller byggnadslösningen. Sammantaget blir det utmärkande draget för NKS inte idéerna i sig, utan hur de kombineras och hur de tillsammans skapar en mycket omfattande förändringsagenda.

Organisering för handlingskraft

Det som avgör att frågan om ett nytt universitetssjukhus kommer upp på dagordningen just efter millennieskiftet är det ”policyfönster” som öppnas genom att Locums kalkyler över kostnaderna för att renovera gamla KS når politikerna. Problemen med renoveringsbehoven blir ett kraftfullt argument för att bygga nytt. Att lösningen blir att satsa på ett litet, högspecialiserat sjukhus i Solna förklaras av att idéerna bakom denna lösning redan låg redo genom det förslag om en satsning på forskning och innovation inom biomedicin som hade utvecklats främst inom KI. Det fanns också proaktiva företrädare som drev detta koncept och som kom att fungera som viktiga policyentreprenörer för att knyta konceptet till redan existerande problem. Den KI-drivna biomedicinska inriktningen var ett förslag som redan hade vunnit gehör hos politikerna och när den formella processen initieras är ambitionen att snabbt ”sätta bollen i rullning”.

En motivering till att processen organiserades för att skapa handlingskraft och snabbhet var Stockholms landstingspolitiska historia av växlande majoriteter. Med de växlande majoriteterna i landstingsfullmäktige fanns en uppenbar risk för den sittande landstingsledningen att fönstret för att kunna sätta sin egen prägel på förslaget skulle stängas i samband med nästa val. Både i SNUS och i samband med arkitekttävlingen fanns exempel på hur politikerna försökte driva igenom sina initiativ med detta i åtanke. Detta innebar dock inte nödvändigtvis att fönstret för att föra fram förslaget om ett nytt sjukhus bara var öppet under en kort period. Som det kom att visa sig senare har det under hela den studerade perioden funnits stabila politiska förutsättningar för beslutet om att bygga det nya sjukhuset.

En annan viktig motivering för landstingsledningen att betona handlingskraft, och att skapa momentum i de tidiga skedena, var risken för låsningar och att processen kunde komma att präglas av de intressemotsättningar som finns inom och mellan sjukhusen i länet. Med projektets långtgående förändringsambitioner var det också närmast givet att förslaget skulle stöta på motstånd från olika företrädare för professionerna. Strategin som tillämpades var därför att låsa in de konceptuella ramarna för projektet tidigt, och det gjordes redan i SNUS-

utredningen. Under denna episod kännetecknas processen av en relativ slutenhet gentemot omgivningen. Tempot är högt och kontakter med intresseföreträdare och olika experter sker bilateralt snarare än genom att bjuda in till samråd eller dialoger. Konsekvensen av denna organisatoriska strategi blir att konceptet med ett litet, högspecialiserat, forskningsintensivt universitetssjukhus i närheten av KI ligger fast under hela den studerade perioden. Det som sker under resten av processen fram till beslut är att förslaget utvecklas och konkretiseras både vad gäller konsekvenserna för sjukvårdsstrukturen, den interna organisationen och själva byggnadens utformning.

Efter SNUS ändrar processen karaktär och organiseringen kännetecknas av en större öppenhet gentemot både professionerna och andra intressenter, och senare även gentemot den parallella planeringsprocessen kring Norra Stationsområdet. I 3S-utredningen öppnas det upp för dialoger med en mängd intressenter och företrädare för professionerna om sjukvårdsstrukturen, i frågor om vad som ska betraktas som specialiserad respektive högspecialiserad vård, samt kring utvecklingen av närsjukvården. Risken för låsningar beaktas dock även här genom att tillämpa en strategi att bjuda in företrädare i egenskap av specialister snarare än som företrädare för sin klinik eller sitt sjukhus. Ett led i denna strategi var att hålla frågan om det exakta verksamhetsinnehållet öppen för att undvika positioneringar och konflikter mellan olika klinikföreträdare. Vid sidan av dessa strategiska motiv till att inte föra ner processen på en alltför detaljerad nivå innan beslutet, förekom också återkommande argument om behovet av flexibilitet mot bakgrund av den snabba medicinsk-tekniska utvecklingen vilket gör de framtida behoven svåra att förutse.

3S-utredningen fyllde en viktig funktion för att kunna visa på förslagets genomförbarhet avseende konsekvenser för sjukvårdsstrukturen i stort.[12] På motsvarande sätt bidrog formgivningstävlingen till att skapa trovärdighet till förslagets tekniska genomförbarhet och att stärka den politiska samsynen genom att bjuda in alla politiska partier till juryn för tävlingen. När de borgliga partierna fick majoritet igen efter valet 2006 knöts dock NKS-projektet närmade politiken genom inrättandet av NKS-kansliet under landstingsstyrelsen. Under denna period öppnades processen återigen upp för bredare deltagande. Samrådsgrupper bestående av representanter från professionen bildades vid tre olika tillfällen under åren 2006–2007 för att diskutera hur en tematisk vårdstruktur skulle kunna genomföras på sjukhuset. Men även i detta mer öppna skede av processen var frågan om vilket typ av projekt som NKS skulle vara inte

[12] Givet den bedömning som gjordes vid denna tidpunkt av bland annat den demografiska utvecklingen. Senare visade det sig att befolkningen i Stockholm ökade betydligt snabbare än de bedömningar som låg till grund i de tidiga planeringsskedena.

öppen för diskussion utan enbart den mer konkreta frågan om *hur* den redan fastslagna konceptuella inriktningen med tematisk vård skulle organiseras.

Sammantaget speglar organiseringen av den tidiga planeringen av NKS en prioritering av handlingskraft framför bred förankring kring de konceptuella ramarna för projektet. Detta innebar inte att det fanns en avsaknad av dialog, samverkan och bred involvering av intressenter. Tvärtom kännetecknas betydande delar av processen av att den på olika sätt öppnar upp för deltagande och aktörssamverkan, om än utifrån ganska strategiska överväganden vad gäller exempelvis vilka aktörer som bjuds in och i vilken roll de får delta. Dessutom sker öppningarna för dialog i hög grad inom de givna konceptuella ramarna för vilket typ av projekt NKS är. Just med avseende på handlingsförmåga måste strategin också ses som framgångsrik i den bemärkelsen att förslagets centrala beståndsdelar står sig relativt oförändrade genom hela den inledande fasen fram till beslut. Ledningen behöver i dessa skeden inte göra avkall på sina visioner eller gå in i kompromisslösningar som skulle kunna påverka förslagets konceptuella inriktning. Kring dessa avvägningar mellan att skapa handlingskraft och att skapa legitimitet genom bred förankring finns det lärdomar att dra för att utveckla förmågan att planera stora projekt i framtiden.

Lärdomar från de tidiga planeringsskedena

Att ledande aktörer bestämmer sig för ett specifikt alternativ redan i initieringsfasen är ett vanligt och återkommande fenomen när det gäller megaprojekt (Priemus 2008; Flyvbjerg et al. 2003; Flyvbjerg 2009). Likaså är det vanligt att processen snabbt går över till att undersöka de tekniska förutsättningarna för olika fysiska lösningar (Williams & Samset 2010). NKS-projektet, där de drivande aktörerna prioriterade att få ”bollen i rullning”, är med andra ord inte unikt i detta avseende utan faller snarare in i ett inom forskningen välkänt mönster. Precis som i fallet med NKS bottnar detta ofta i en vilja att minska risker för låsningar och fördröjningar i ett skede när projektet ännu inte har påbörjats. Den spårbundenhet som tenderar att sätta in när projektets konceptuella ramar låses kan underlätta för beslutsprocessen genom att ge stadga och undanröja osäkerhet. Samtidigt kan den skapa problem då de inledande besluten ofta är svåra att ändra i senare delar av processen eftersom betydande resurser i form av tid, pengar och i många fall även prestige redan har lagts ner på den fastslagna inriktningen.

Sammanfattningsvis pekar rapporten på tre huvudsakliga lärdomar kring organiseringen av de tidiga planeringsskedena. *För det första* är det tydligt i fallet med NKS att det gavs ett

högst begränsat utrymme för diskussioner kring projektets övergripande inriktning innan de konceptuella ramarna låstes fast kring ett litet, högspecialiserat, forskningsinriktat sjukhus. Forskning visar dock att genom att öppna upp en diskussion om olika tänkbara konceptuella lösningar i ett tidigt stadium kan viktig kunskap, olika perspektiv och behovsanalyser tas till vara och ge bättre förutsättningar för att projektet ska bli framgångsrikt i senare skeden. Sådana diskussioner kan fungera som en arena för att ställa olika konceptuella alternativ mot varandra och för att kunna värdera deras för- och nackdelar (Williams & Samset 2010; Samset 2009). Det handlar om vikten av att lägga mer tid och kraft på denna initiala fas där diskussionen fortfarande kan handla om vilken typ av projekt som ska påbörjas snarare än hur projektet bäst kan genomföras. I detta fall skulle en sådan konceptuell diskussion tydligare ha kunnat precisera och på olika sätt pröva de omfattande förändringsambitioner som NKS-projektet kom att innefatta. Att frågan lyftes till landstingsnivå, utifrån resonemang om att frågan är större än att bara gälla KS, ligger i linje med att öppna upp för en sådan bredare diskussion. Men genom att konceptet samtidigt låstes in kom frågorna om till exempel strukturförändringarna och kopplingen mellan högspecialiserad vård, utbildning och forskning inte att bli föremål för en sådan diskussion i detta skede.

För det andra kan förutsättningarna för att skapa legitimitet för lösningskonceptet stärkas om processen i ett tidigt skede öppnas upp för ett brett deltagande bland berörda aktörer kring frågor som rör projektets övergripande inriktning. Genom att tidigt försöka förankra och skapa engagemang kring inriktningen på projektet bland berörda aktörer skapas legitimitet vilket kan minska risken för konflikter och motsättningar i senare skeden. Det är inte ovanligt att motstånd mobiliseras först när stora projekt är i sin genomförandefas och att det då dyker upp nya argument som då kan vara svåra att hantera. En inkluderande ansats i uppstartsfasen kan i detta avseende fungera som en proaktiv organisering för att kanalisera och ta tillvara lokala perspektiv och kunskaper på ett tidigt stadium (Hajer 2003).

I NKS-projektet gjordes ansträngningar för att förankra projektet hos sjukvårdsprofessionerna, men dessa öppningar av processen kom i ett skede när själva inriktningen på projektet – de konceptuella ramarna – redan var fastslagna. Rådslagen och seminarierna med professionsföreträdare handlade då istället om mer specifika frågor inom ramen för det stora projektet. Huruvida en mer omfattande och inkluderande dialog kring de konceptuella ramarna faktiskt hade resulterat i bättre förankring av NKS beror på en mängd olika faktorer som inte är möjliga att bedöma här. Det som går att visa på är konsekvenser av de val som görs i förhållande

till olika konkurrerande värden. Här skulle ett öppnande av processen kring frågan om projektets övergripande inriktning åtminstone kunnat innebära att *förutsättningarna* för förankring och delaktighet förbättrades.

För det tredje är det av avgörande betydelse *hur* öppningar av processen sker i de tidiga planeringsskedena. Processen kan inte hållas öppen för alla berörda parter hela tiden utan öppenhet handlar om en strategisk avvägning där deltagande och inkludering balanseras mot behov av handlingskraft och förmåga att föra processen framåt. När många perspektiv och intressen inkluderas ökar komplexiteten och risken för att processen ”överbelastas” av problem och lösningar (Cohen m.fl. 1972). Med andra ord är tekniker för att smalna av, lyfta ut frågor, hantera frågor sekventiellt och att begränsa tillträdet till beslutsarenan ofta nödvändiga för att i olika skeden få processen att röra sig framåt. Frågan handlar snarare om hur denna balansgång sker och i vad mån dialog och förankring är möjlig kring avgörande frågor (Blomquist & Jacobsson 2002; Qvist 2017). Vem som bjuds in att delta, på vilka grunder och med vilket mandat är alla strategiskt viktiga beslut som påverkar både legitimiteten och handlingskraften i den fortsatta projektplaneringen. Exempelvis kan det finnas fördelar med att ledande företrädare för verksamheterna deltar, utifrån vetskapen om att dessa företrädare förr eller senare kommer få en avgörande betydelse för projektets genomförande och därmed är viktiga att förankra processen hos. Samtidigt tenderar en sådan representation att återskapa den rådande maktstrukturen, fast i ett nytt forum, och det går att ifrågasätta hur inkluderande ett sådant forum verkligen blir (Quick & Feldman 2013). Om syftet är att åstadkomma förändring kan det ibland vara fördelaktigt att söka en bredare representation och utifrån andra grunder, till exempel utifrån liknande resonemang som fördes i 3S om att involvera personer utifrån deras specialistkompetens och inte utifrån deras maktposition. I praktiken handlar styrningen ofta om att skapa flera olika typer av konstellationer och inte minst om förmågan att samordna dessa för att föra processen framåt.

I NKS-projektet återkommer strategin att bjuda in aktörer att delta på basis av deras kompetens och att samtidigt begränsa utrymmet för inflytande för ledande representanter för sjukhusorganisationerna under hela den tidiga planeringen. Detta var ett strategiskt beslut för att inte skapa svårhanterliga konflikter och låsningar, men strategin kan samtidigt ha begränsat möjligheterna till att skapa bred förankring, sett i ljuset av de kontroverser som kringgärdat NKS-projektet i senare skeden. Samtidigt lyckades den föra det valda lösningskonceptet inte bara upp på dagordningen utan också fram till beslut.

6. REFERENSER

Litteratur

Altshuler, A. & Luberoff, D. (2003). *Mega-projects: the changing politics of urban public investment.* Washington, D.C.: Brookings Institution Press.

Anell, A. (2007). Varför är det så svårt att styra sjukvården? Medicinsk specialisering och professionens intressen. I Blomqvist, P. (red.) *Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård.* Stockholm: SNS förlag, s.78-103.

Bejerot, E. (2008). Patienten i centrum – ett tvingande styrningsideal. I Hasselbladh, H; Bejerot, E. & Gustafsson, R. Å. (red.) *Bortom new public management: Institutionell transformation i svensk sjukvård.* Lund: Adademia Adacta, s. 137-154.

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

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

Blomquist, C & Jacobsson, B. (2002). *Drömmar om framtiden – beslut kring infrastruktur.* Lund: Studentlitteratur.

Blomqvist, P. (2007). ”Sjukvårdens styrning och organisation”. I Blomqvist, P. (red.) *Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård.* Stockholm: SNS förlag, s. 11-52.

Cairney, P. & Jones, M. (2016). Kingdon's Multiple Streams Approach: What Is the Empirical Impact of this Universal Theory? *Policy Studies Journal*, 44 (1): 37-58.

Cohen M.D., March J.G. & Olsen J.P. (1972). A Garbage Can Model of Organizational Choice. *Administrative Science Quarterly*, 17 (1): 1-25.

Czarniawska, B. (2013). The tales of institutional entrepreneurs. I Müller, A. & Becker, L. (red.) *Narrative and innovation: new ideas for business administration, strategic management and entrepreneurship*. Wiesbaden: Springer, s. 90-117.

De Bruijn, H. & Leiten, M. (2008). Mega-projects and contested information. I Priemus, H., Flyvbjerg, B. & Van Wee, B. (red.) *Decision-Making on Mega-Projects: Cost-Benefit Analysis, Planning and Innovation.* Cheltenham: Edward Elgar, s. 84-101.

Ennart, H. och Mellgren, F. (2016). *Sjukt hus. Globala miljardsvindlerier – från Lesotho till Nya Karolinska*. Stockholm: Ordfront förlag.

Flyvbjerg, B., Bruzelius, N. och Rothengatter, W. (2003). *Megaprojects and Risk. An Anatomy of Ambition.* Cambridge: Cambridge University Press.

Flyvbjerg, B. (2009). Optimism and misrepresentation in early project development. I Williams, T., & Samset, K. & Sunnevåg, K. (red.) *Making Essential Choices with Scant Information*. New York: Palgrave, s. 14-168.

Flyvbjerg, B. (2014). What You Should Know about Megaprojects and Why: An Overview. *Project Management Journal* 45 (2): 6–19.

Hajer, M. A. (2003). A frame in the fields: policymaking and the reinvention of politics. I Hajer, M. A. & Wagenaar, H. (red.) *Deliberative Policy Analysis: Understanding Governance in the Network Society*. Cambridge University Press.

Hajer, M. A. & Wagenaar, H. (red.) (2003). *Deliberative Policy Analysis: Understanding Governance in the Network Society*. Cambridge University Press.

Innes, J. & Booher, D. (2010). *Planning with Complexity: An Introduction to Collaborative Rationality for Public Policy*. New York: Routledge.

Jacobsson, B. (1987). *Kraftsamlingen. Politik och företagande i parallella processer*. Lund: Studentlitteratur.

Kingdon, J. (1984) *Agendas, Alternatives and Public Policies*. Longman Classics.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *InterViews : Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. Los Angeles: Sage Publications.

March, J. G. & Simon, H. A. (1958). *Organizations*. New York: Wiley.

Miller, R. & Lessard, R. D. (2000). *The Strategic Management of Large Engineering Projects. Shaping institutions, risk and governance.* Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.

Miller, R. & Lessard, R. D. (2008). Evolving strategy: risk management and the shaping of mega-projects. I Priemus, H., Flyvbjerg, B. & Van Wee, B. (red.) *Decision-Making on Mega-Projects: Cost-Benefit Analysis, Planning and Innovation.* Cheltenham: Edward Elgar, s. 145-172.

Priemus, H. (2008). How to improve the early stages of decision-making on mega-projects. I Priemus, H., Flyvbjerg, B. & Van Wee, B. (red.) *Decision-Making on Mega-Projects: Cost-Benefit Analysis, Planning and Innovation.* Cheltenham: Edward Elgar, s. 105-119.

Quick, K. & Feldman, M. (2013). Distinguishing participation and inclusion. *Journal of Planning Education and Research*, 31(3): 272–290.

Qvist, M. (2017). Trafikverket som samhällsutvecklare. I Jacobsson, B. & Sundström, G. (red.) *En modern myndighet: Trafikverket som ett förvaltningspolitiskt mikrokosmos*. Lund: Studentlitteratur, s. 83–112.

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

Sahlin, K. och Wedlin, L. (2008). Circulating Ideas: Imitation, Translation and Editing. I Greenwood, R., Oliver, C., Sahlin, K. och Suddaby, R. (red.), *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism*. London: Sage, s. 218-42.

Samset, K. (2008). How to overcome major weaknesses in mega-projects: the Norwegian approach. I Priemus, H., Flyvbjerg, B. & Van Wee, B. (red.) *Decision-Making on Mega-Projects: Cost-Benefit Analysis, Planning and Innovation.* Cheltenham: Edward Elgar, s. 173-188.

Samset, K. (2009). Projects, their quality at entry and challanges in the front-end phase. I Williams, T., & Samset, K. & Sunnevåg, K. (red.) *Making Essential Choices with Scant Information*. New York: Palgrave, s. 18-35.

Swanson, O. (2011). *Karolinska/Norra Station – bygga kunskapsstad.* White Arkitekter.

Tansey, O. (2007). Process Tracing and Elite Interviewing: A Case for Non-Probability Sampling. *PS: Political Science & Politics* 40 (04): 765–72.

Trapenberg Frick, K. (2008). The cost of the technological sublime: daring ingenuity and the new San Francisco-Oakland Bay Bridge. I Priemus, H., Flyvbjerg, B. & Van Wee, B. (red.) *Decision-Making on Mega-Projects: Cost-Benefit Analysis, Planning and Innovation.* Cheltenham: Edward Elgar, s. 239-262.

Weick, K. (1995). *Sensemaking in Organizations*. Thousand Oaks: Sage.

Williams, T. & Samset, K. (2010). Issues in Front-End Decision Making on Projects. *Project Management Journal (PMJ),* 41: 38-49.

Yanow, D. (2003). Accessing local knowledge. I Hajer, M. A. & Wagenaar, H. (red.) *Deliberative Policy Analysis: Understanding Governance in the Network Society*. Cambridge: Cambridge University Press.

Zahariadis, N. (2003). *Ambiguity and choice in public policy: Political decision making in modern democracies.* Georgetown University Press.

Öhrming, J. (2008). *Hälso- och sjukvårdes fragmentering: Från lokalt till transnationellt organiserad sjukvård.*

Öhrming, J. (2017). *Allt görs liksom baklänges: Verksamheten vid Nya Karolinska Solna.* Södertörns högskola. Södertörn Academic Studies 68.

Rapporter och dokument

Karolinska Sjukhuset (2002). Förslag till förnyelse av Karolinska sjukhuset. LOC 0006-1049

Locum (2004). 3 S-utredningen. Byggnation av nytt universitetssjukhus. LOC 0303-0568

Locum (2006) Formgivningstävling, tävlingsresultat, augusti 2006.

Stockholms läns landsting (2001). Finanslandstingsrådets Ralph Lédels skrivelse den 28 november 2001. LS 0111-0650.

Stockholms läns landsting (2002a). SNUS-utredningen. Rapport från utredningen om nytt universitetsjukhus. Huvuddokument.

Stockholms läns landsting (2002b). SNUS-utredningen. Rapport från utredningen om nytt universitetsjukhus. Bilaga 2.

Stockholms läns landsting (2002c). SNUS-utredningen. Rapport från utredningen om nytt universitetsjukhus. Bilaga 4.

Stockholms läns landsting (2003). Skrivelse från landstingsrådsberedningen den 5 mars 2003. LS 0201-0049.

Stockholms läns landsting (2004a). 3 S-utredningen. Den framtida närsjukvården.

Stockholms läns landsting (2004b). 3 S-utredningen. Det nya universitetssjukhuset och den framtida akutsjukvårdstrukturen.

Stockholms läns landsting (2004c). Tjänsteutlåtande. Förslag till ny hälso- och sjukvårdstruktur för stockholms läns landsting samt uppförande av ett nytt universitetssjukhus. LS 0409-1729.

Stockholms läns landsting (2005a). Skrivelse från Moderaterna, Folkpartiet och Kristdemokraterna den 4 april 2005.

SOU 2007:10. Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft. Slutbetänkande av Ansvarskommittén.

Stockholms läns landsting (2005b). Protokoll, landstingsfullmäktige 2005-05-10.

Stockholms läns landsting (2005c). Inriktningsbeslut om ny hälso- och sjukvårdsstruktur för Stockholms läns landsting. LS 0409-1729.

Stockholms läns landsting (2006). Nya Karolinska Solna, Uppdragsramer för projektprogram.

Stockholms läns landsting (2007). Nya karolinska Solna, Projektprogram.

Stockholms läns landsting (2008a). Protokoll, landstingsfullmäktige 2008-04-08.

Stockholms läns landsting (2008b). Byggnation av nytt universitetssjukhus i Solna. Landstingsstyrelsens förslag. LS 0710-1039.

Intervjuer

id-nr	Position under de tidiga planeringsskedena	intervjudatum
intervju 1	Medicinsk rådgivare, utredare i SNUS och 3S	2017-10-18
intervju 2	Landstingspolitiker (FP)	2017-12-13
intervju 3	biträdande landstingsdirektör, SLL	2017-10-13
intervju 4	Rektor, Karolinska Insitutet	2017-10-31
intervju 5	VD, Locum	2017-10-09
intervju 6	förvaltningsrådschef, Locum	2017-11-16
intervju 7	Ordförande i Läkarförbundet, Huddinge Sjukhus	2017-10-11
intervju 8	Sjukvårdsdirektör, SLL	2017-11-02
intervju 9	biträdande sjukhusdirektör på Karolinska sjukhuset	2017-11-09
intervju 10	Finansdirektör, SLL	2017-10-30
intervju 11	Verksamhetschef, Karolinska sjukhuset	2017-10-05
intervju 12	Professor, Karolinska Institutet	2017-12-12
intervju 13	Landstingspolitiker (KD)	2017-11-13
intervju 14	Landstingsdirektör, SLL	2017-10-30
intervju 15	Landstingspolitiker (S)	2018-01-16
intervju 16	Landstingspolitiker (M)	2018-01-17
intervju 17	Landstingspolitiker (S)	2018-02-19

Bilaga 1: Metodappendix

Materialet som ligger till grund för denna rapport – både intervjuer och dokument – har analyserats med hjälp av analysbegrepp hämtade från besluts- och policyteori, framförallt det teoretiska ramverk som kallas ”Multiple Streams Framework (MSF)” (Kingdon 1984; Zahariadis 2003: Cairney & Jones 2016). Detta ramverk utgår från att tre olika ”strömmar” – politikströmmen, policyströmmen och problemströmmen – under särskilda förutsättningar kopplas samman och skapar ett ”policyfönster” för förändring. Genomförandet av analysen som ligger till grund för denna rapport vilar på kodningar som vi gjort utifrån ramverket. Framställningen av analysen i denna rapport följer dock inte enbart dessa kodningar utan tar även hänsyn till det kronologiska händelseförlopp som NKS-projektet följer. Det betyder att framställningen är skriven kronologiskt för att underlätta för läsaren att förstå i vilken ordning olika händelser skedde. De analytiska poängerna och slutsatserna som rapporten presenterar är däremot härledda ur den kodningsstruktur som materialet har bearbetats utifrån och som redovisas nedan.

Problemströmmen

I problemströmmen formuleras olika typer av politiska problem som pockar på beslutsfattarnas uppmärksamhet. Vi har kodat de olika problemformuleringar som finns i materialet och klassificerat dem i olika övergripande teman. De tre övergripande teman som vi fann i materialet var ”KS renoveringsbehov”, ”styrningen av KS” och ”Stockholms sjukvårdsstruktur”. Inom varje övergripande tema finns det flera underkategorier och mer nyanserade problemformuleringar. Särskilt koden ”Stockholms sjukvårdsstruktur” innehåller flera olika mer konkreta problemformuleringar om vad som är problemet med olika delar av Stockholms sjukvård. Genom att induktivt koda materialet på detta sätt hittade vi de mest framträdande formuleringarna av problemen som cirkulerade inom ”problemströmmen” rörande NKS från slutet av 1990-talet till 2008. Vi kunde också analysera vilka aktörer som formulerade liknande problem och vilka som hade olika föreställningar om vilka problem som var mest akuta under denna fas.

Policyströmmen

I policyströmmen cirkulerar olika tänkbara lösningar och förslag som förespråkas av olika aktörer som betecknas som ”policyentreprenörer”. Dessa består av experter, akademiker, högre tjänstemän, rådgivare och konsulter och de verkar både i de formella processerna och genom att ha informella kontakter med varandra och med beslutsfattare. Vi har kodat intervjumaterialet

och det skriftliga materialet utifrån de olika lösningar och förslag som presenterats däri. Genom denna analytiska strategi har vi kunnat rekonstruera vilka olika lösningar och förslag som funnits tillgängliga vid olika faser av NKS-projektet, vilka aktörer som förespråkat dem samt i vilken mån de kopplats ihop med några av de vid tillfället framträdande problemformuleringarna. De mest dominerande lösningsförslag som vi hittade i materialet har vi benämnt ”KS-renoveringsförslag”, ”bygga nytt” och ”strukturförändringsförslaget”. Under varje sådan övergripande kategori har vi förfinat kodningen och gjort mer nyanserade koder som innehåller olika delförslag som på olika sätt hakar i de tre mer övergripande idéerna: att renovera KS befintliga byggnader, att bygga ett helt nytt hus och förändringar av Stockholms läns sjukvårdsstruktur.

Politikströmmen

Politikströmmen avser de förändringar som sker inom landstingspolitiken i form av maktskiften, byte av personer på ledande poster, ideologiska drivkrafter och samspel och förhandlingar med intresseorganisationer och mellan olika partier. Till skillnad från hur aktörer inom problem- och policyströmmarna agerar, handlar aktörer i den politiska strömmen utifrån förhandlingspositioner gentemot andra partier och för att tillfredsställa och fånga upp väljaropinionen. Vad som är opinionsmässigt och partiideologiskt gångbart är en viktig omständighet för att politiker ska vilja befatta sig med en lösning eller ett problem som de blir uppmärksammade om. Denna ström är inte lika induktivt kodad som de två föregående, utan mer styrd utifrån teoretiska begrepp som ”national mood”, ”turnovers” och ”emerging consensus”. Vi har kodat ”national mood” utifrån hur intervjupersonerna beskrivit den allmänna politiska inriktningen och ”emerging consensus” utifrån ur samspelet och intressemotsättningarna mellan olika partier förändrades över tid. ”Turnovers” innefattar politiska maktskiften och hur de politiska ambitionerna förändras vid sådana händelser.

Aktörskategorier

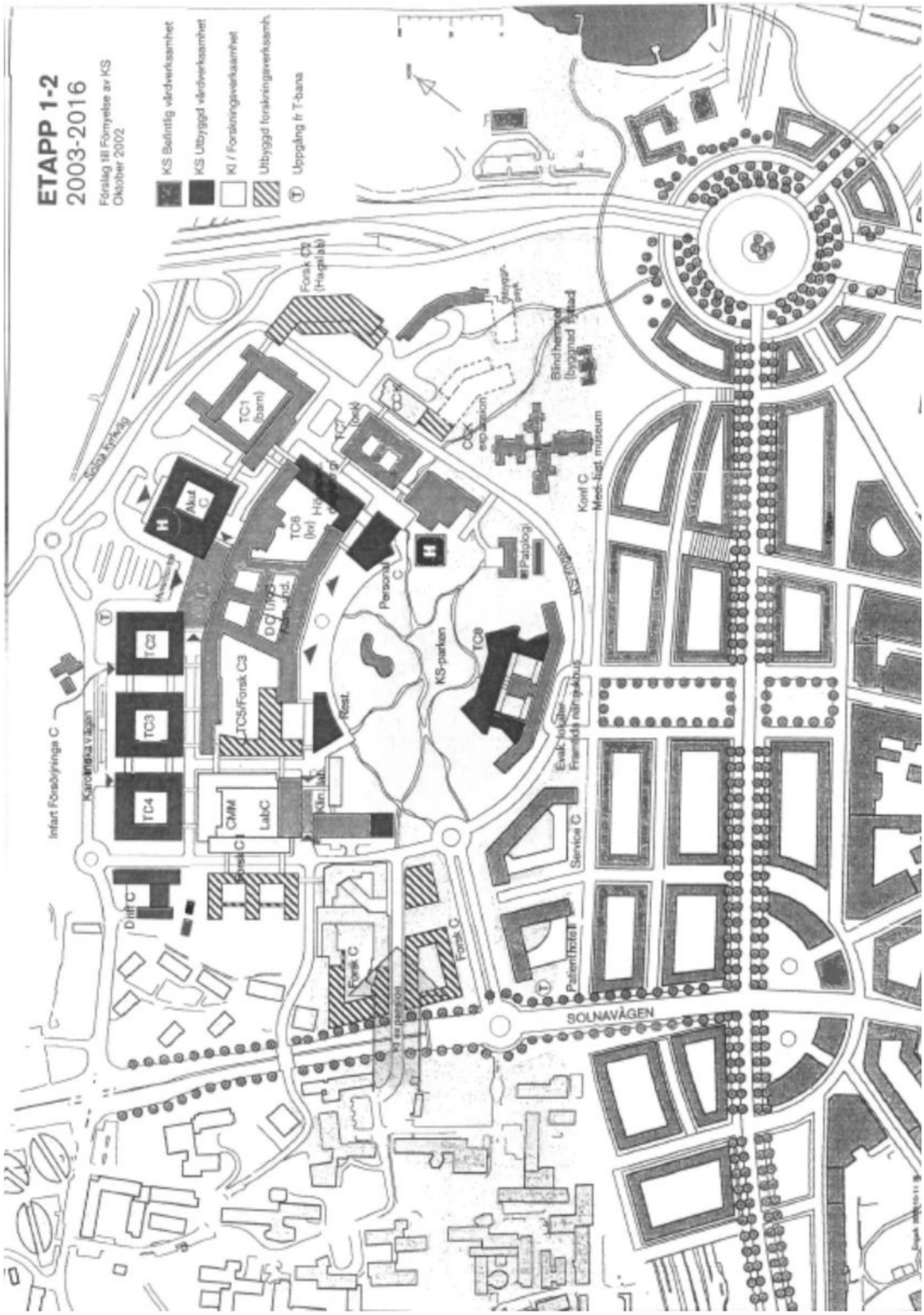
Inom MSF är aktörer viktiga för skapandet av förändring. Framförallt är policyentreprenörer en kategori aktörer som kan påverka vilka lösningsförslag som kommer upp på den politiska agendan, men även olika intressegrupper kan vara viktiga för att lyfta olika problemformuleringar på den politiska agendan. Vi har kodat materialet utifrån hur olika aktörer beskrivs både i intervjumaterialet och det skriftliga materialet. Med andra ord har vi inte själva bestämt vem som är en central policyentreprenör i de tidiga skedena av NKS-projektet, utan vi har tolkat

hur våra intervjupersoner har pratat om vissa aktörer som viktiga för att initiera eller driva projektet framåt.

Beslutsprocess

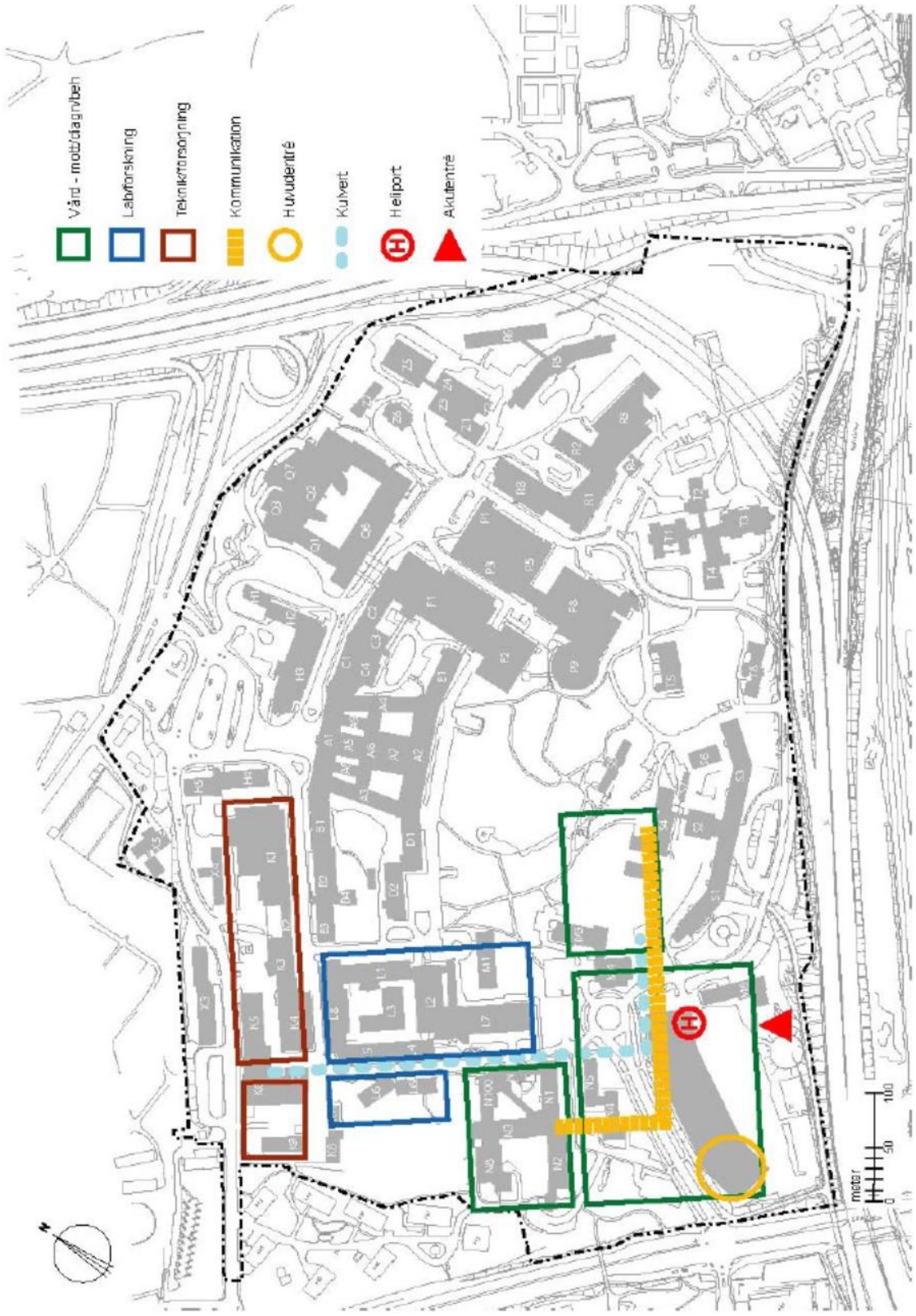
För att göra det möjligt att sammankoppla den mer analytiska kategoriseringen av materialet i de tre strömmarna med den kronologiska utvecklingen i processen har vi kodat för de olika episoder som är styrande i framställningen. Här har vi också kodat utifrån vissa organisationsteoretiska begrepp såsom ”inkludering och exkludering av aktörer”, vilket innefattar beskrivningar av och motiveringar till vilka som bjuds in, på vilka grunder samt med vilket mandat i olika skeden av processen.

Bilaga 2: KS alternativförslag



Källa: KS 2002, s. 13.

Bilaga 3: SNUS-utredningens lokaliseringsförslag



Källa: SLL 2002c.

Bilaga 4: Karta projektprogram 2007



Källa: SLL 2007, s. 11.

Stockholms universitet

Vägen fram till beslutet om offentlig-privat samverkan för Nya Karolinska Solna

Ekon. dr Svenne Junker

Fil. dr Carl Yngfalk

Innehåll

1. Inledning och syfte 3

2. Teoretiska utgångspunkter 4

3. Metod och disposition 6

4. OPS: bakgrund och kunskapsläget 2006 7

Byggande, drift och finansiering av offentlig verksamhet i privat regi 7

Tveksamhet om värdet av OPS i olika utredningar fram till 2006 10

5. Utredningen av OPS efter maktskiftet 2006 15

OPS-alternativet får prioritet 15

Konsultutredningar förespråkar OPS 18

6. Avslutande diskussion och slutsatser 24

1. Inledning och syfte

I den här rapporten undersöks och diskuteras vägen fram till beslutet om att finansiera Nya Karolinska Solna (NKS) genom så kallad offentlig-privat samverkan (OPS). Fokus ligger på hur OPS-frågan utreddes efter maktskiftet i Stockholms läns landsting (SLL) 2006 fram till dess att fullmäktige i juni 2008 beslutade om en OPS-upphandling för byggande, ägande och drift av NKS. Dessförinnan hade två landstingsutredningar diskuterat förutsättningarna för ett nytt universitetssjukhus i Stockholmsregionen och hur det i så fall skulle finansieras, och båda hade ställt sig kritiska till OPS-alternativet. De främsta argumenten i dessa utredningar mot att använda OPS var att den offentliga sektorn i Sverige hade bristande erfarenhet av upphandlingsformen, att marknaden inte var tillräckligt utvecklad för denna upphandlingsform, att det saknades ett tydligt offentligt regelverk för den samt att vi har en speciell svensk förvaltningsmodell med kommunal självstyrelse, som innebär kommunal beskattningsrätt och möjligheter för landstingen att ta egna lån. Trots dessa invändningar mot OPS-alternativet kom det således ändå att aktualiseras efter maktskiftet 2006 och slutligen också att väljas. Denna rapport handlar om hur denna omsvängning gick till och hur den kan förstås.

Utifrån ett styrningsperspektiv har vi granskat hur upphandlingsfrågan bereddes i landstinget med fokus på de knappa två åren från valet 2006 till det formella beslutet fattades i juni 2008. Tyngdpunkten i analysen ligger på att klargöra hur politikerna organiserade arbetet med upphandlingsfrågan under denna period och att peka på olika aspekter i denna organisering som gjorde det möjligt för OPS-lösningen att bli den finansieringsform som fullmäktige till slut beslutade om att genomföra. I denna analys riktar vi sökarljuset mot vilka alternativ som utreddes och vilka aktörer som deltog i dessa utredningar, där vi bland annat pekar på och problematiserar hur olika managementkonsultbolag fick en central roll i att bereda ärenden och ta fram underlag för besluten i landstinget. I rapporten redogör vi även för vad OPS innebär och hur frågan om universitetssjukhusets finansiering hanterades i tidigare skeden av NKS-projektet, under åren 2001 till 2006.

Vi vill tydliggöra att rapporten inte gör anspråk på att ekonomiskt utvärdera konsekvenserna av OPS som finansieringsform. I stället ligger fokus på att undersöka omständigheter i beslutsprocessen kring OPS som kan bidra till att förklara varför beslutet om att använda OPS kunde tas. Vi kommer inte att göra några jämförelser mellan OPS och andra metoder för

offentlig upphandling. Däremot kommer vi att diskutera om, och i så fall hur, andra upphandlingsalternativ diskuterades i det utredningsarbete som vi har granskat.

Det ska understrykas att rapporten är en första delstudie av beslutsförloppet kring OPS och ger viktiga, om än inte fullständiga, bidrag till förståelsen av detta förlopp. Den process som undersöks i denna rapport kommer att bli föremål för fördjupade analyser. Dessutom kommer hela perioden fram till genomförandet av upphandlingen 2010 att studeras.

2. Teoretiska utgångspunkter

Beslut är en central beståndsdel i alla organisationer. Ledningar förväntas fatta beslut som får konsekvenser för vilka verksamheter som utförs och hur de utförs. Ett sådant perspektiv visar att det finns tilltro till organisationsledningars förmåga att agera avsiktligt i arbetet med handlingsplaner och strategier. Forskningen om beslut har dock sedan länge uppmärksammat att praktiken sällan följer dessa förväntade ideal. Det har exempelvis uppmärksammats att beslutsfattare ofta anpassar sig till sådana preskriptiva ideal för beslut, utan att helt kunna uppfylla dem (March, 1987). För att förstå hur beslut fattas i praktiken har det istället visat sig vara viktigt att utreda *vem* som fattar beslut i en organisation, *när* dessa fattas och mer specifikt *hur* besluten tas (Brunsson & Brunsson, 2014).

Forskningen lär oss att besluten påverkas av omständigheterna de fattas under. Hur organisationen är sammansatt, vilka delar eller enheter som bereder besluten, vilka som kan delta och vilka procedurer som på förhand antagits för besluten har stor inverkan på vilka val som faktiskt görs. I det avseendet kan man säga att besluten är *endogena*, det vill säga i hög grad är formade av inre omständigheter som råder i organisationen som fattar beslutet (March, 1978, Jansson, 1992). Att besluten i vissa fall är svåra att förutsäga ökar också förväntningarna på deltagare att konstruera legitima förklaringar till varför besluten faktisk fattades (Brunsson, 2007). Det innebär att förklaringar och motiv som ges i efterhand av beslutsfattare inte alltid har varit avgörande i processen. I studier av beslut är även tidsaspekten viktig att ta hänsyn till (Kahneman & Snell, 1992). I vilken ordning som problem uppmärksammas, såväl som förslag till lösningar, kan få betydande konsekvenser på beslutsutfallet (Cyert & March, 1963). Följaktligen behöver forskare som önskar förklara beslut i organisationer anlägga ett processperspektiv där de följer hur förslagen har beretts och vilka som deltagit i beslutsprocesserna.

Rapporten tar särskilt fasta på två teoretiska förutsättningar vad gäller beslut i organisationer. Den första är att *graden av tillträde* till organisationens beslutsprocesser och beslutstillfällen påverkar beslutsutfallen. Att förlägga beslut till en specialiserad enhet som har anställda med en liknande professionell bakgrund är ett sätt att minska graden av tillträde och därmed också risken för konflikter under processens gång. Specialisering innebär att vissa beslut fattas i relativt avskärmade delar av organisationen. En sådan avskärmning kan antas öka kontrollen i beslutsprocesserna, vilket även är det som generellt motiverar arbetsdelning i en organisation (Ahrne, 1993). Men beslut som fattas i avskärmade sammanhang kan under vissa omständigheter också hota effektiviteten. Exempelvis kan processer i slutna enheter leda till att ett slags ”grupptänkande” (Janis, 1991) uppstår på grund av bristen på kritiskt ifrågasättande, vilket i sin tur ökar risken för att lösningar som i efterhand bedöms som opassande och ineffektiva ändå blir aktuella för beslut.

Beslut som däremot formas i relativt öppna procedurer, där företrädare för olika intressen kan delta och driva sina frågor, karaktäriseras av större osäkerhet och ett stort mått av oförutsägbarhet vad gäller beslutsutfallen (Cohen m fl, 1972, Kingdon, 1984, Sahlin-Andersson, 1989). Under sådana omständigheter är inte bara tidsaspekten central för beslutsprocessen, utan också vilka deltagare som deltar när och hur. Offentliga utredningar brukar exempelvis tillämpa en högre grad av tillträde. Utöver att utredningarna emellanåt innefattar företrädare från olika partier och experter av olika slag så skickas i regel utredningarnas rapporter och betänkanden på remiss till berörda intressenter, för att inhämta kommentarer på utredningarnas lösningsförslag.

Rapportens andra teoretiska utgångspunkt är att skeenden i organisationer påverkas av *styrning*. Med styrning avses för det mesta förhållandet mellan överordnade beslutsfattare och anställda i organisationen som bereder besluten. Styrning sker när beslutsfattare gör medvetna försök att få anställda att agera på ett visst sätt (Jacobsson, 1984, Sundström, 2015). I offentliga organisationer är styrningen i de flesta fall indirekt och distanserad. Regelstyrning kännetecknas exempelvis av formella regler som ska följas i syfte att uppnå organisationens mål. Införande av mål- och resultatstyrning, en central del av det som i litteraturen kallas för NPM (new public management), har gett större handlingsfrihet åt de aktörer som utför verksamheten men samtidigt även mer ansvar (Bringselius, 2015, Montin, 2015, Sundström, 2015). Styrning innebär även att fatta beslut om organisation för att

exempelvis förändra eller skapa nya enheter och procedurer. Alla dessa former av formell styrning påverkar inte bara hur besluten bereds i den offentliga organisationen, utan mer specifikt vilka beslut som kommer tas och vilka deltagare som mobiliseras i beslutsprocesserna.

I organisationer utövas också andra former av mer informell styrning i den befintliga organisationen, som ibland kallas *mikrostyrning* (Jacobsson, 2015). Det kan exempelvis handla om rekrytering av nya chefer eller omplacering av befintlig personal. Mikrostyrning kan utspelas i löpande samspel mellan politiker och tjänstemän, exempelvis i form av intern avstämning och rapportering. Det handlar delvis om olika former av lojalitet och förtroende som uppstår mellan politiker och tjänstemän. Genom att exempelvis ha nära kontakter med politiker och hålla sig uppdaterad om de politiska signalerna och utspelen kan tjänstemän i vissa fall avläsa, antecipera och därför föregå politikernas önskemål (Niemann, 2017). Villkoren för mikrostyrning ändras därför av hur distanserad och avskild förvaltningen är från det politiska beslutsfattande (Verhoest m fl, 2004).

Gränsdragningen mellan de diskuterade teoretiska förutsättningarna är analytisk. I praktiken sammanfogas och förenas de ofta i olika kombinationer. Ramverket ska fortsättningsvis vägleda analysen av hur OPS-frågan bereddes fram till beslutet 2008. Det hjälper oss att förklara händelseförlopp och skeenden i den studerade beslutsprocessen.

3. Metod och disposition

Rapporten bygger på en kvalitativ analys av material i form av utredningar om offentlig-privat samverkan som genomförts inom landstinget såväl som på statlig nivå, ett 50-tal officiella dokument inom NKS-projektet samt fem kvalitativa djupintervjuer med olika nyckelaktörer inom NKS-projektet. Analysprocessen karaktäriseras av reflexiva principer för kritisk forskning där vi läst, tolkat och abstraherat det empiriska materialet i en iterativ process i relation till våra teoretiska utgångspunkter (Alvesson & Sköldberg, 2017), med fokus på de formella ståndpunkter och idéer som kommer till uttryck i dokumenten samt, i intervjuerna, de mer informella meningar som dessa idéer tillskrivs av nyckelaktörer i beslutsprocessen. Dokumenten består framförallt av utredningar, beslut och fullmäktigeprotokoll respektive tjänsteutlåtanden. Framtagningen av dokument har i detta skede begränsats till perioden mellan 2001 och 2008, med särskilt fokus på 2006 och framåt,

det vill säga de första åren efter maktskiftet i landstingen, när frågan om OPS fick högre prioritet i NKS-projektet. (Se vidare tabell 1 under avsnitt 3 nedan för en översikt av nyckelbeslut inom processen mot OPS-beslutet.) Insamlingen av det empiriska materialet har slutligen avgränsats till att främst fokusera på aktörer som ansvarat för eller deltagit i de utredningar om OPS som genomförts i landstinget under den studerande perioden.

I kommande avsnitt 4 ger vi inledningsvis en bakgrund till OPS som finansierings- och upphandlingsmodell, hur den urskiljer sig från andra modeller, samt hur den hade använts i Sverige innan NKS-upphandlingen. Tidsmässigt fokuserar denna del perioden mellan 2001 och 2006. Avsnittet beskriver kunskapsläget kring OPS i samband med landstingsvalet 2006. Därefter, i avsnitt 5, analyserar vi hur OPS-frågan utreddes i landstinget efter valet 2006 fram till OPS-beslutet 2008. I detta avsnitt diskuteras även konsultutredningarnas betydelse för beslutsprocessen. Rapporten avslutas i avsnitt 6 med en sammanfattande diskussion kring rapportens slutsatser. Vi diskuterar nya frågeställningar som väcks av resultaten och vilka behov det finns av fortsatt forskning i syfte att fördjupa förståelsen av beslutsfattande inom landstinget.

4. OPS: bakgrund och kunskapsläget 2006

Byggande, drift och finansiering av offentlig verksamhet i privat regi

Offentlig-privat samverkan (OPS) är en upphandlings- och finansieringsform som ursprungligen introducerades i Storbritannien inom ramen för det som i litteraturen benämns Public Private Partnership, eller PPP (Hodge, 2004, Marrewijk m fl, 2007, 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.

Det som skiljer OPS från andra former av totalentreprenad är framförallt den ekonomiska riskfördelningen, eftersom den privata partnern förväntas ansvara för finansieringen av projektet, antingen genom kapitalanskaffning eller upptagande av egna lån. Den privata

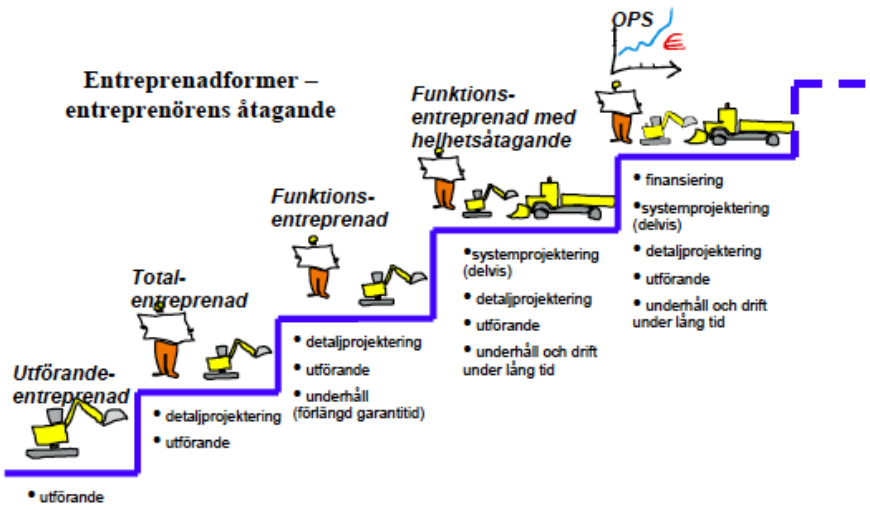
finansieringen gör också att det som entreprenören tillhandahåller ska klassificeras som en "tjänst", nämligen den att projektleda, bygga, underhålla och tillhandahålla ett specificerat projekt under en överenskommen tid (jfr Nilsson & Pydokke, 2007, s 2-4). Betalningen för den här tjänsten sker sedan årligen som en avgift, eller ett "vederlag" som det kallas i NKS-projektet, där driftskostnader, räntor och avbetalningen bakas ihop till en fast och förutbestämd summa. Villkoren för tjänsten förväntas vara formulerade i själva OPS-avtalet, vilket innebär att den offentliga beställaren fortlöpande under projektets gång kan avbryta kontraktet om villkoren inte uppfylls. Dessutom brukar OPS-avtalen innehålla klausuler som reglerar att det årliga vederlaget betalas först när vissa delar av projektet är färdigställt.

Kombinationen av byggande, drift och finansiering i privat regi kännetecknar således OPS. Ett av huvudsyftena med OPS är att effektivitetsvinster ska uppnås genom att den privata sektorns kommersiella kompetens utnyttjas. Eller som Statskontoret uttrycker saken i en rapport från 1998: "En avgörande skillnad mellan traditionella projekt och [OPS]-projekt är att det senare ger den privata sektorn bättre incitament att utföra ett bra arbete." (s 11). I Sverige har den här formen för att finansiera och upphandla offentliga projekt diskuterats ända sedan 1990-talet. Däremot har endast två konkreta OPS-projekt genomförts: den statliga Arlandabanan och sedermera NKS, vilka dock utgör två separata projekt som är svåra att jämföra i termer av omfång och komplexitet. Det föreligger dessutom god grund för att ifrågasätta huruvida Arlandabanan överhuvudtaget kan betraktas som en OPS-lösning om man sammanväger olika faktorer och den risk som fördes över till privata aktörer.[1] I den bemärkelsen kan man säga att det helt saknades erfarenhet av OPS i Sverige innan NKS. I andra länder har däremot metoden tillämpats i betydligt större omfattning. Enligt uppgifter som lämnades av den brittiska regeringen 2013 hade ett hundratal OPS-projektet genomförts i Storbritannien, varav 19 användes för att inrätta sjukhus (UK Gov, 2013).

OPS kan ställas mot "utförandeentreprenad", som generellt kategoriseras som traditionell upphandling. I en sådan ansvarar den offentliga beställaren för såväl detaljprojektering som finansiering. Beställaren handlar i dessa fall upp en eller flera entreprenörer för själva

[1] I fallet med Arlandabanan svarade staten för en betydande del av kostnaderna i projektet. Dels ett ekonomiskt bidrag om ca 1,4 miljarder kronor till byggandet av den s k Norra böjen (mellan Arlanda och Odensala) och kostnaden för att ansluta Arlandabanan till stambanan. Dessutom stod staten för ett villkorslån till den privata parten om 1 miljard kronor. Därutöver bekostade staten utbyggnad av järnvägen med två nya spår för 1,9 miljarder kronor. Se Riksrevisionen, 2016.

utförandet och därefter, vid behov, även för underhåll och drift. Projekten finansieras av antingen offentliga anslag eller lån. Utförandeentreprenad och OPS beskrivs ibland som två motsatta entreprenadsformer på en glidande skala (Nilsson & Pydokke, 2007). Det betyder också att många upphandlingar i praktiken har aspekter av båda dessa entreprenadsformer. Det finns exempelvis projekt där den offentliga aktören ansvarar för detaljprojektering och finansiering, medan den privata partnern står för utförande såväl som för underhåll och drift under lång tid. Några olika kombinationer av de två formerna beskrivs i figur 1 nedan. Att ett offentligt projekt genomförs med privat finansiering är således ett avgörande moment för att kategorisera en offentlig entreprenad som ett OPS-projekt.



Figur 1: Olika entreprenadformer mellan utförandeentreprenad och OPS (Nilsson & Pydokke, 2007).

Ovan har vi definierat OPS i allmänna termer. Fortsättningsvis i denna sektion 2 av rapporten kartlägger vi kunskapsläget för OPS inför landstingsfullmäktiges beslut den 10 juni 2008 att använda en OPS-upphandling. Den fråga som vägleder analysen är vilka motiveringar som framhållits till varför OPS ska användas i offentliga projekt överlag och NKS specifikt. Vi kommer inledningsvis att redogöra för slutsatser som dras i tre statliga utredningar och forskningsprojekt som låg för handen inför att landstinget i Stockholms läns beslutade om att bygga NKS utefter OPS-principer. Slutrapporterna från dessa utredningar var offentliga redan inför valet 2006 och valdes för att representera kunskapsläget i staten kring OPS vid tidpunkten då OPS-frågan utreddes i landstinget. Utöver innehållet i dessa utredningar redogör vi även för vilka slutsatser om OPS som drogs i två utredningar som initierades och

utfördes av SLL som underlag för besluten om att bygga ett nytt universitetssjukhus i Stockholmsregionen.

Tveksamhet om värdet av OPS i olika utredningar fram till 2006

Efter överenskommelse med Regeringskansliet initierade Statskontoret 1998 en utredning som framhöll tre huvudsakliga fördelar med OPS jämfört med anslags- eller lånefinansiering inom det offentliga. För det första, att OPS leder till en jämnare och därmed bättre fördelning av kostnader över hela projektets livslängd. Enligt utredningen skulle ett OPS-upplägg även leda till att offentliga medel frigörs i uppstartsfasen, samtidigt som det medför minskade investeringsramar i framtiden. För det andra uttrycktes det i utredningen att "ett partnerskap mellan den offentliga och det privata [kan] leda till effektivitetsvinster som varaktigt kan frigöra offentliga resurser" (Statskontoret, 1998, s 93). I utredningen framhölls också att OPS-projekt uppnår dessa effektivitetsvinster bland annat genom överföring av riskkostnader, samordningsfördelar mellan byggprojektering samt drift och underhåll, stimulerad konkurrens, kortare byggnationstid, teknikutveckling och bättre genomförande av upphandling. Det fanns dock inga hänvisningar i utredningen till tidigare genomförda OPS-projekt som visade att OPS verkligen genererar sådana fördelar. Utredningen presenterade inte heller någon modell för att uppskatta dessa effektivitetsvinster. Resonemangen hölls överlag på en allmän och principiell nivå.

För det tredje landade utredningen i slutsatsen att OPS kan leda till bättre offentlig styrning och kontroll över ett projekts kostnader, och det framhölls att OPS leder till "större flexibilitet för att tidsmässigt anpassa projekt till vad som är politiskt önskvärt och genomförbart" (ibid, s 92). Utredningen betonade även att det behövde finnas en tydlig politisk vilja och ett ställningstagande, och att mekanismer skulle inrättas för att kunna mäta faktiska effektivitetsvinster, samt att "kostnaderna för samtliga tillgängliga finansieringsformer [därför] bör ställas mot varandra och jämföras på lika villkor" (ibid, s 98). Utredningen landade också i slutsatsen att OPS har en huvudsaklig nackdel: OPS-beställningar tar generellt sett längre tid att planera och specificera, vilket typiskt medför högre kostnader för OPS-upphandlingar än traditionella upphandlingar för utförandeentreprenad.

En annan utredning genomfördes på regeringens uppdrag av Ekonomistyrningsverket 2006 där fokus låg på konkurrensutsättning och styrning av statlig verksamhet i privat regi (ESV,

2006). OPS definierades i denna som "ett långsiktigt samarbete mellan en offentlig huvudman och näringslivet där syftet är att på bästa möjliga sätt tillvarata den kompetens som är specifik för vardera partnern i syfte att tillhandahålla tjänster så effektivt som möjligt." (ESV, 2006, s 27). Där argumenteras för att den offentliga beställaren förväntas kunna ange vilka funktionskrav som en anläggning ska uppfylla, varpå ansvaret för konstruktion, projektering, byggande och finansiering överlåts till en privat aktör. Utredningen framhåller också att det finns två grundläggande förutsättningar för att lyckas med tillämpningen av OPS-modellen. Dels "att det finns en fungerande marknad med entreprenörer som är kapabla att åta sig de stora och långsiktiga projekt som det här är fråga om" (ibid, s 31). Dels att den offentliga beställaren har "en tillräcklig kompetens som kravställare och upphandlare" (ibid).

Utöver denna principiella analys av OPS-modellen gick ESV-utredningen igenom en rad internationella studier av genomförda OPS-projekt. Det konstaterades att även de internationella OPS-erfarenheterna fortfarande var begränsade och att utvärderingarna mestadels hade varit baserade på enkätundersökningar som uppskattar beställarens nöjdhet snarare än utförda ekonomiska analyser av faktiska kostnader i förhållande till planerade. Sammanfattningsvis drog utredningen slutsatserna att OPS-upplägg kan leda till effektivitetsvinster förutsatt att upphandlingen präglas av hög konkurrens samt att beställaren har tillgång till en kompetent upphandlingsorganisation som följer regelverket, har god kunskap om marknadens funktionssätt och som dessutom har kunskap om den verksamhet som ska upphandlas (ESV, 2006, ss 41).

Värt att betona är att ESV-utredningen därtill konstaterade att bristande konkurrens är ett utbrett problem i Sverige, framför allt på marknader som är relativt outvecklade där den offentliga sektorn är den huvudsakliga beställaren. OPS-upphandlingar kan därför komma att präglas av att färre och större företag lämnar anbud. Det, menade utredningen, borde leda till att förväntade effektivitetsvinster uteblir, alternativt högre kostnader än vad som skulle vara fallet i infrastrukturprojekt som genomförs med traditionell upphandling.

Konkurrensverket finansierade 2006 ett forskningsprojekt för att utreda de rättsliga förutsättningar och utmaningar med att använda OPS i kommuner och landsting (Mandell, 2006). Forskningsprojektet konstaterade att kommunallagens (1991:900) regler om en försiktig ekonomisk hushållning kan uppfattas som hämmande för kommuners möjligheter att investera och utvecklas. För stora och kostsamma investeringar kan det därför finnas ett

behov att försöka få in riskvilligt kapital från det privata näringslivet. Samtidigt påpekades följande risker med OPS-lösningar.

> OPS innebär i regel långvariga avtalsrelationer och det är givetvis svårt att förutse konsekvenserna av så långvariga kontrakt. En idrottsarena eller en simhall måste drivas under lång tid och när avtalet tar slut får kommunen ta över ansvaret. Kommunen kan då välja att konkurrensutsätta driften på nytt eller fortsätta att driva anläggningen i egen regi. Först då får man egentligen svaret på om den ursprungliga kalkylen var tillräckligt genomtänkt eller om arenan kommer att medföra en ekonomisk belastning för kommunen (Mandell, 2006, s 2).

Sammanfattningsvis kan synen på OPS i statliga utredningar vid denna tidpunkt beskrivas som avvaktande positiv. Det framgår att den svenska erfarenheten fortfarande var ytterst begränsad och att det kvarstod en stor osäkerhet kring huruvida OPS faktiskt kunde leda till utlovade effektivitetsvinster.

På landstingsnivå i Stockholms län väcktes det politiska intresset för OPS redan under hösten 2001. På inrådan av dåvarande finanslandstingsråd tillsattes den så kallade SNUS-utredningen (Stockholms Nya UniversitetsSjukhus) (SLL, 2002) för att undersöka möjligheterna att skapa ett nytt universitetssjukhus i Stockholmsregionen. Även finansieringen av sjukhuset diskuterades i slutrapporten från utredningen, där OPS definierades som en "privatfinansiering genom partnerskap, [vilket] innebär att den privata sektorn helt eller delvis deltar i utformning och finansiering av offentliga investeringar" (SLL, 2002, s 25). I utredningen hade ett antal politiker och ledande tjänstemän i landstingsförvaltningen, däribland ordföranden för utredningen tillika det moderata finanslandstingsrådet Ralph Lédel, som under 1990-talet drivit privatiseringen av S:t Görans sjukhus, åkt på studieresor till Storbritannien för att besöka nybyggda sjukhus. Samtliga av dessa sjukhus var privatfinansierade genom OPS-avtal. En av våra respondenter, som även deltog i utredningen, har beskrivit det som att huvudfokus för resorna var att skaffa information om erfarenheter av att använda OPS, där det bland annat organiserades möten med brittiska tjänstemän som fungerat som OPS-projektledare (Respondent 1).

Att dela risker med privata företag framhölls sedermera som ett centralt OPS-motiv i SNUS-utredningens slutsatser. Utredningen konstaterade att den ekonomiska risken, framför allt den för ökade slutkostnader, "i huvudsak ska bäras av den part som har möjlighet att hantera den till lägsta möjliga kostnad" (SLL, 2002, s 26). Det framstod också som tydligt att en förändrad riskfördelning mellan landstinget och den privata aktören nödvändigtvis skulle medföra ökade kostnader för projektet jämfört med traditionella upphandlingar.

> Ett [OPS]-konsortium kan förväntas ha en högre finansieringskostnad (än landstinget) eftersom det tar över risker som nämnts ovan. Genom en rating (i Storbritannien normalt BBB+) och genom att refinansiera sig, när lokalerna tagits i drift, kan ett [OPS]-konsortium räkna med att ha en högre upplåningskostnad än landstinget. Till detta skall läggas avkastningskravet på eget kapital. Sammantaget betyder detta att en [OPS]-lösning är mer kostsam strikt upplåningsmässigt för landstinget än en traditionell lånefinansiering (ibid, s 28).

SNUS-utredningen konstaterade dessutom att en förutsättning för OPS är konkurrens i upphandlingsprocessen. Här framhävdes att OPS-projekt förutsätter att det finns ett antal olika anbudsgivare som är beredda att satsa tid och andra resurser varvid det även konstaterades att det inom Sverige finns "få företag som hittills gett sig in i [OPS]-projekt. Skanska är dock aktivt i projektformen, bl a i Storbritannien" (s 27). Utredningen drog slutsatsen att det förmodligen kommer att behövas fler parallella OPS-projekt för att många anbudsgivare skulle konkurrera om uppdraget, varvid det redan i detta skede 2002 flaggades för behovet av en framtida marknad inom den svenska välfärden som framstår som attraktiv på den internationella arenan.

> Det kan vara så att anbudsgivarna gärna vill se att det finns fler [OPS]-projekt planerade innan de är beredda investera kompetens och resurser i en sådan omfattning som ett nytt universitetssjukhus kräver. Landstinget riskerar att få bära anbudsgivarnas kostnader om inte ett antal ytterligare miljardprojekt är aktuella där anbudsgivarna kan hoppas på att "räkna hem" nedlagda kostnader (SLL, 2002, s 27).

SNUS-utredningen konstaterade därför avslutningsvis att OPS-modellen,

> [...] så som läget är f n inte bör nyttjas vid uppförandet av ett nytt universitetssjukhus. Bedömningen grundas framför allt på dels de högre kostnaderna, dels de risker som förenade med att vara svensk pionjär (ibid).

Här menade utredningen att problembilden som motiverar OPS-tillämpning i Storbritannien – att det är staten som finansierar sjukvården och att den lokala myndighet som ansvarar för den offentliga sjukvården inte på egen hand kan ta upp lån – inte fanns i Sverige. Den kommunala beskattningsrätten i Sverige samt att landstingen kan ta upp lån för verksamheten gav således inte upphov till samma problem att finansiera ett nytt sjukhus i Stockholm. Mot bakgrund av dessa diskussioner resulterade SNUS i en rekommendation att OPS-modellen *inte* bör användas under omständigheterna som rådde med bristande erfarenhet och svårigheter att uppnå konkurrens. Förutsättningarna för ett lyckat OPS-projekt ansågs saknas.

Den efterföljande 3 S-utredningen, som tillsattes för att arbeta fram förslag till ny hälso- och sjukvårdsstruktur i Stockholms läns landsting och som publicerades ett par år senare (SLL, 2004), kan inte anses bidra till en förändrad inställning till OPS i detta skede. Visserligen menade utredningen, med hänvisning till olika motorvägsbyggen i Finland och Norge, att,

> [d]et torde vara möjligt att uppföra sjukhusbyggnaderna och hantera fastighetsförvaltningen genom en [OPS]-lösning men samtidigt behålla ansvaret för den medicinska verksamheten inom landstinget (SLL, 2004, s 228).

Men 3 S-utredningen ansåg samtidigt att en traditionell finansiering kvarstod som det främsta alternativet för NKS eftersom både lag- och branschpraxis för denna sorts upphandling var bättre utvecklad. De svenska erfarenheterna av OPS ansågs vara ytterst begränsade samtidigt som upphandlingsförfarandet skulle bli enklare (s 228). Utredningens slutsatser framgick i ett tillhörande tjänsteutlåtande från landstingsstyrelsen i samband med färdigställande av utredningen:

> Vilken finansieringsform som bör väljas vid byggnation av ett nytt universitetssjukhus får läggas fast i ett senare skede då arbetet med ett mer förfinat underlag kommit längre (SLL, 2004, s 34).

Diskussionen hittills har uppmärksammat att kunskapen om och de praktiska erfarenheterna av OPS i Sverige var begränsade vid 2006. Dessutom hade de två landstingsutredningarna SNUS (SLL, 2002) respektive 3 S (SLL, 2004) landat i att i första hand rekommendera en konventionell finansieringsform för NKS. Hur kom det sig då att OPS till slut ändå blev den modell som drevs igenom för NKS? I nästa avsnitt analyserar vi den beslutsprocess kring OPS som initierades i landstinget efter valet 2006, då frågan fick prioritet i landstinget.

5. Utredningen av OPS efter maktskiftet 2006

OPS-alternativet får prioritet

Ovan konstaterade vi att OPS-modellen inte rekommenderades för NKS i landstingets två centrala utredningar innan 2006, varpå den sammantagna rekommendationen av dessa var att förespråka traditionell lånefinansiering som det främsta alternativet, om än 3 S-utredningen inte stängde dörren helt för OPS.

Efter valet 2006, och det politiska maktskiftet i regering såväl som i SLL, kom inställningen till OPS att förändras. Majoriteten i landstingsfullmäktige skiftade från en rödgrön koalition med S, MP och V till de fyra Allianspartierna M, Kd, C och Fp, vars företrädare vid flera tillfällen sedan tidigt 2000-tal hade drivit frågan om OPS i olika offentliga sammanhang och i relation till frågan om ett nytt universitetssjukhus. Exempelvis hade M tillsammans med Fp och Kd redan 2003, i efterdyningarna av SNUS-utredningens rekommendation att inte genomföra NKS med OPS, i en skrivelse till den S-ledda landstingsstyrelsen argumenterat för att,

> [m]odellen med privatfinansiering genom partnerskap [OPS] bör fortsätta att analyseras. Då utredningen än så länge bara gjort en bedömning bör en mer fördjupad analys ske där för- och nackdelar redovisas (SLL, 2003, s 4).

Under hösten efter valet 2006 tilldelades ett kansli i landstingsstyrelsens förvaltning ett uppdrag att utveckla ett projektprogram för det nya universitetssjukhuset. Den politiska ledningen bestämde sig också för att omorganisera kansliet från en stabsfunktion till landstingsdirektörer till att bli ett självständigt kansli som skulle rapportera till FoUU-utskottet (Forskning-, utbildning- och utvecklingsutskottet), ett politiskt organ under landstingsstyrelsen. Detta NKS-kansli leddes av en nyrekryterad programdirektör med

bakgrund som professor i neurokirurgi tillika chef på Akademiska sjukhuset i Uppsala. En landstingspolitiker vi har intervjuat berättade att bildandet av kansliet var en organisatorisk "speciallösning" för att kunna tränga in i detaljfrågor som man ansåg inte behövdes tas upp i landstingsstyrelsen. Enligt politikern fick FoUU-utskottet därmed en "ganska långtgående beslutsdelegation" avseende upphandlingen av det nya sjukhuset (Respondent 3).

Nedanstående tabell visar de huvudsakliga händelserna inom SLL i processen från valet 2006 på vägen fram till att ett formellt OPS-beslut i juni 2008.

2006 september	Landstingsval och maktskifte inom SLL
2006 september	Ny programdirektör anställs för att leda arbetet med att ta fram ett projektprogram för NKS
2006 hösten	NKS-kansliet omorganiseras från att ha fungerat som en stabsfunktion till landstingsdirektören till att bli ett självständigt kansli under FoUU-utskottet
2007 oktober	Konsultrapport (PwC) drar slutsatsen att OPS är ett starkt alternativ och bör utredas vidare
2008 mars	Konsultrapport (EY) drar slutsatsen att NKS bör genomföras med OPS-lösning
2008 april	Landstingsfullmäktige beslutar att upphandla byggandet av NKS
2008 juni	Landstingsfullmäktige beslutar om OPS som upphandlingsform

Tabell 1: Lista över centrala OPS-beslut i SLL för OPS 2006 till 2010.

Frågan om OPS fick alltså prioritet efter maktskiftet 2006. En tjänsteman inom SLL uppger att NKS-kansliet aldrig behövde ta ställning till frågan om val av upphandlingsmodell, utan att den politiska ledningen från den tidpunkten arbetade målinriktat för att realisera OPS-upphandlingen för NKS, trots att inga nya formella beslut hade fattats eller utredningar genomförts (Respondent 4). Det bekräftas av ytterligare en tjänsteman i SLL:

> De [Allianspartierna] förde ju fram detta i debatterna i landstingsfullmäktige hela tiden men när de sedan själva tog makten 2006 så placerades det upp på agendan åter igen och då var vi skyldiga att värdera detta. Däremot så fanns det inget beslut under min tid att gå den vägen utan det fanns en debatt och det fanns ett önskemål, därför så är mitt uppdrag att se till att detta belyses, om man nu ska göra en OPS lösning, hur ska man då göra den (Respondent 1).

Maktskiftet i landstinget möjliggjorde således att frågan om OPS kunde lyftas fram och placerades i centrum av projektorganisationen för NKS (Respondent 3). En rad händelser och omorganiseringar i landstingsförvaltningen efter maktskiftet 2006 hade betydelse för arbetet som följde. En SLL-tjänsteman som vi intervjuat beskriver att prioriteringen av OPS-frågan ökade markant efter maktskiftet. Bland annat blev det uppenbart att rekommendationer från de gamla utredningarna inte längre ansågs hålla måttet.

> R4: [....] då blev det väldigt uppenbart, då var det väl mera en order till [programdirektören i NKS-kansliet] att det skulle bli en OPS. Vi gjorde ett antal utredningar, vi intervjuade företrädare för olika konsulter […] och alltihopa, visade väl egentligen att det inte var någon fördel med OPS. […] Vi hade svårt att hitta skälet till OPS och signalerna från regering och riksdag, framför allt från finansministern var att han inte tyckte om det. Men vi vred och vände fram och tillbaka. Vi gjorde nästa slutliga utredning [EY, 2008] som ändå sedan resulterade i att man sa att vi tar ett beslut att bygga nytt sjukhus och det ska ske via OPS (Respondent 4).

Enligt en högt uppsatt tjänsteman inom SLL uppkom behovet inom NKS-kansliet tidigt att ta in hjälp utifrån för att hantera OPS-frågan, varpå tjänstemannen uppger att konsultbolaget Öhrlings PriceWaterhouseCoopers (PwC, fortsättningsvis) slutligen fick uppdraget att utreda frågan till följd av bolagets tidigare erfarenheter av OPS-projekt i Storbritannien (Respondent 3). Som närmare kommer att redogöras för i nästa avsnitt valde NKS-kansliet att ta in vad samma tjänsteman kallar för ”världsledande konsulter” inom området för att därmed kunna arbeta effektivt med frågan och för att driva på beslutsprocessen om finansieringen och byggandet av det nya universitetssjukhuset.

Även en politiker som vi intervjuat, och som vid denna tidpunkt verkade i FoUU-utskottet, bekräftade att OPS under mandatperioden var det förväntade beslutsutfallet:

> Nej, det var aldrig aktuellt [med ett alternativ till OPS] eftersom vi drev den här frågan så, så hade det blivit tvärtom att vi skulle öppnat, då hade vi fått börja om. Möjligen skulle förfrågningsunderlaget i allt väsentligt kunna användas. Men då innebar ju det att då skulle ju anbudet innehålla bara uppförandet av ett hus. Som jag ser det så skulle en traditionell byggupphandling ha gjort det väldigt svårt att göra de här tilläggsbeställningarna utan nya upphandlingar (Respondent 2).

Sammanfattningsvis visar analysen att det efter maktskiftet 2006 fanns en tydlig politisk signal att genomföra en OPS-upphandling för NKS. I nästa avsnitt diskuterar vi vilken roll de externa managementkonsulternas utredningar fyllde i den fortsatta processen mot ett formellt OPS-beslut.

Konsultutredningar förespråkar OPS

Som påpekats i både SNUS (SLL, 2002) och 3 S (SLL, 2004) var erfarenheterna av OPS i Sverige nästintill obefintliga. I vår undersökning har det framkommit att ledningen för NKS-kansliet upplevde att det fanns en stor kompetensbrist i OPS-frågan (Respondent 3), vilket var något som också hade konstaterats i SNUS-utredningen och som går att knyta till den generella bristen på erfarenhet av OPS i Sverige. För att skaffa kunskaper om OPS vände sig NKS-kansliet till externa managementkonsulter. Under 2007 anlitades först konsultbolaget PwC och därefter Ernst & Young (EY, fortsättningsvis) av NKS-kansliet för att beskriva och genomlysa vad som i utredningarna kallandes för alternativa lösningar (som närmare bestämt uteslutande var OPS) till den traditionella modellen för finansiering och drift av NKS.

PwC och EY är två av världens största revisions- och konsultfirmor. Båda ingår i globala nätverk som omsätter hundratals miljarder kronor varje år för rådgivning och revision till både företag och den offentliga sektorn. PwC har varit involverad i flertalet OPS-projekt på internationell nivå och har dessutom en långvarig erfarenhet av rådgivning till OPS-projekt i Storbritannien.

I oktober 2007 presenterades PwC-rapporten ”Utvärdering av alternativa lösningar för finansiering och drift av Nya Karolinska Solna” (PwC, 2007). Uppdraget från NKS-kansliet 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 PwC-rapporten diskuterades framförallt två alternativ till finansiering som möjliggör drift av sjukhuset i egen regi: samverkansentreprenad 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 enligt OPS, särskilt två brittiska sjukhus, vilka båda framhölls som föredömen.

Den positiva bild av OPS som målas upp i PwC-rapporten kan kontrasteras med den bild som framkommit i vår intervju med en av tjänstemännen inom SLL, tillika deltagare i SNUS-utredningen. Tjänstemannen menade att SNUS-utredningens studieresor till sjukhusen i Storbritannien 2002 hade gett en mer nyanserad bild av hur OPS-projekten fungerade i praktiken. Ingen av representanterna för de brittiska sjukhusprojekten kunde rekommendera att gå vidare med en OPS-lösning i Sverige eftersom de svenska landstingen hade möjlighet att låna pengar själva (Respondent 1).

Trots att denna erfarenhet fanns inom landstingets förvaltning i SNUS respektive 3 S-utredningen, så beskrivs OPS överlag i PwC:s rapport 2007 som ett överlägset alternativ till samverkansentreprenad, det vill säga det som hela tiden hade varit den politiska landstingsoppositionens alternativ till finansieringslösning. PwC konstaterade samtidigt att OPS borde begränsas till att inte omfatta bland annat de kliniska tjänsterna vid sjukhuset samt att ytterligare utredning borde ske i frågan. Här valde PwC att bland annat diskutera och framhäva den så kallade ”marknadssondering” – marknadsundersökning – som hade genomförts i rapporten där, som det uppgavs,

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

Och där PwC vidare konstaterade 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 diskuterades således behovet av att det klart och tydligt framgår för potentiella anbudsgivare att det finns möjligheter i framtiden att konkurrera om fler OPS-lösningar utöver NKS. I det brev som utgick till potentiella anbudsgivare i denna marknadssondering hade PwC betonat att ett maktskifte hade ägt rum i den svenska politiken och att detta skulle ses som en möjlighet till fler OPS-projekt framöver.

> 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 (PwCb, s 47).

PwC:s utredning framhåller således argumentet att det skulle vara till OPS-modellens fördel att potentiella anbudsgivare uppmärksammades på den förändring på den politiska scenen som uttrycks i citatet. Landstingsstyrelsen valde sedermera att peka på just denna marknadssondering som central i sitt förslag till beslut om att använda OPS (SLL, 2008a, s 25). Av betydelse är att landstingsstyrelsen i detta förslag 2008 konstaterade att flera svenska och internationella aktörer i och för sig vore intresserade av en OPS-upphandling av NKS, men att de tillfrågade entreprenörerna hade angivit att det är av avgörande betydelse för huruvida man ska inkomma med anbud, att OPS-modellen får en bred politisk acceptans i Sverige. Att det fanns stöd för OPS i staten såväl som i landsting och kommuner ansågs

därför vara centralt för att företagen skulle kunna räkna med fler OPS-upphandlingar på den svenska marknaden (ibid).

NKS-kansliet ställde sig bakom slutsatserna i PwC-rapporten. I ett tjänsteutlåtande till landstingsstyrelsens strategiska utskott som behandlade PwC-rapporten betonades särskilt att OPS (eller funktionsupphandling som det kallas i tjänsteutlåtandet) sannolikt förbättrar konkurrensen, att riskerna för kostnadsökning under byggnation och drift minskar och att "möjligheterna till innovativa lösningar för att åstadkomma långsiktigt optimerade drift- och underhållskostnader (livscykelsynsättet) förbättras" (SLL, 2007, s 36). Dessutom ansåg tjänsteutlåtandet att OPS kommer att tvinga fram en mer noggrann analys av vilka funktionskrav landstinget ska ställa på entreprenaden. Viktigt är dock, enligt tjänsteutlåtandet, och som således även påpekades av PwC i deras rapport (PwC, 2007, s 37), att de kliniska tjänsterna inte omfattas av upphandlingen eftersom antalet potentiella anbudsgivare då förmodligen skulle minska till följd av ökad komplexitet i arbetet med att inkomma med anbud (SLL, 2007, s 38).

Vidare konstaterade NKS-kansliet i tjänsteutlåtandet att "förvaltningens bedömning [är] att fullmäktige nu bör fatta ett inriktningsbeslut om att [OPS] ska tillämpas" (SLL, 2007, s 36). Dessutom konstaterade NKS-kansliet följande: "Innan ett slutgiltigt beslut fattas bör dock frågan analyseras närmare och en plan tas fram för hur en sådan upphandling konkret ska läggas upp." I enlighet med denna bedömning i november 2007 inleddes en kompletterande analys kring OPS-alternativet med hjälp av konsultfirman EY. Denna rapport (EY, 2008) diskuterade framförallt möjligheterna med OPS, varpå den även avfärdade kritik som uppkommit gällande implikationerna från rådande finanskris 2008 och som troligtvis skulle leda till färre anbud i en upphandlingsprocess. I ett stycke under rubriken "Marknadsperspektiv" i EY:s rapport går det bland annat att utläsa följande:

> 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).

Konsultrapporten varnade dock för att gå in med en offentlig delfinansiering för att sänka upplåningskostnaderna, varpå det sades att "SLL riskerar att bli 'gisslan' där en privat aktör kan utnyttja det faktum att SLL sitter 'på två stolar'" (ibid. s. 7). Avslutningsvis i rapporten bedömde EY att det inte förelåg några problem med OPS för NKS trots den dåvarande finansiella oron:

> 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).

Vi har ovan konstaterat att NKS-kansliet redan innan, och i samband med både PwC:s och EY:s rapporter, kände av ett tryck från politikerna inom SLL att driva igenom en OPS-lösning, även om dess arbete formellt handlade om att utvärdera OPS som en alternativ lösning. Konsulternas slutsatser att förorda OPS delades dock inte fullt ut av NKS-kansliet. I ett underlag till landstingsstyrelsen beslut om OPS konstaterade kansliet att det inte går att välja det ena eller det andra alternativet på "objektiva grunder" (SLL, 2008a, s 14). NKS-kansliet bedömde också att ytterligare utredning i frågan *inte* skulle "tillföra analysen något mer" (ibid), varpå frågan därmed lämnades till den politiska majoriteten att besluta om. När landstingsstyrelsen senare återkom till landstingsfullmäktige med sitt konkreta förslag till beslut var dock OPS det tydliga alternativet:

> Landstingsstyrelsen förespråkar en OPS-upphandling eftersom metoden är internationellt mer prövad samt att denna finansierings- och genomförandeform ger en högre finansiell förutsägbarhet och minskar riskerna för fördyringar och förseningar. Detta uppnås främst genom en bättre projektstyrning, där en privat aktör förväntas ha erfarenheter av stora och komplicerade projekt (SLL, 2008a, s 2).

I beslutsförslaget om vilken finansieringslösning som skulle användas för NKS uppmanade dessutom landstingsstyrelsen, vilket redan påpekats, med hänvisning till framförallt PwC:s marknadssondering, att beslutet om OPS måste vinna bred politisk acceptans. Detta särskilt då de potentiella internationella anbudsgivarna som PwC haft kontakt med i sin marknadssondering ska finna det värt att gå in på den svenska marknaden.

Men någon sådan politisk acceptans nåddes inte. Oppositionen ansåg istället att den hade blivit utsatt för ett svek med anledning av en gruppledaröverläggning om finansieringen av NKS där alla partier i landstingsfullmäktige hade deltagit ett par veckor innan det formella beslutstillfället. Där hade man enligt oppositionen beslutat om att politisk enighet var viktigare än att välja OPS-alternativet som förespråkades av landstingsstyrelsen. Debatten i landstingsfullmäktige i samband med att det formella OPS-beslutet fattades i juni 2008 kom därför att präglas av konflikt. Landstingsrådet Sevefjord (V) ansåg att konsulterna hade kört över NKS-kansliets bedömning att OPS inte kunde väljas på objektiva grunder (SLL, 2008b, s 88). I debatten klargjordes också att konsulterna hade varit i direktkontakt med flera av partierna för att informera om OPS-lösningen. Ledamot Jan Liliemark (Fp) sade exempelvis att:

> Det är [ett] komplicerat ärende vi har att ta ställning till i dag. Av det skälet har det beretts ovanligt grundligt. Som ett led i denna beredning har man gjort en ingående konsultutredning, och vi har också inom partierna haft ett flertal tillfällen att diskutera med konsulter och engagerade tjänstemän och sätta sig in i frågan (SLL, 2008b, s 92).

Och senare uppgav samma ledamot att:

> Jag hade väldigt liten insikt i vad en OPS-lösning var, men under resans gång, bland annat med hjälp av den här rapporten och diskussioner med konsulter, har jag kunnat sätta mig in i ärendet på ett fullgott sätt (ibid, s 93).

I omröstningen reserverade sig alla oppositionspartier till förmån för sin gemensamma reservation i landstingsstyrelsen. Mp-ledamöterna reserverade sig dessutom till förmån för sitt förslag på återremiss med motiveringen att,

> Det finns brister i utredningsunderlaget. Jämförelserna mellan OPS-lösningen och lösningen med samverkansentreprenad har enligt information från konsultföretaget [EY] den 16 maj 2008 inte skett utifrån samma tidsperiod och med samma grundkriterier (SLL, 2008, s 5).

I det här avsnittet av rapporten har vi konstaterat att de externa managementkonsulterna som anlitades av NKS-kansliet i första hand förankrade idén om OPS-alternativet som förespråkades av den politiska ledningen i landstingsstyrelsen. Någon bedömning och problematisering av konsulternas bredare intressen för en marknad för OPS-projekt i Sverige, och som indirekt kan kopplas till det specifika OPS-beslutet i NKS-fallet, diskuterades däremot inte i de beslutsgrundande rapporterna. I kommande sektion fördjupar vi analysen i förhållande till våra teoretiska utgångspunkter och sammanfattar rapportens slutsatser samt lyfter blicken mot frågor som behöver utredas vidare.

6. Avslutande diskussion och slutsatser

Denna rapport visar att OPS kan betraktas som en i huvudsak politiskt driven idé, där de två olika politiska majoriteterna som styrde SLL mellan åren 2001 och 2008 hade kontrasterande syn på marknadens och privata företags roll i offentlig verksamhet och, som en följd av detta, på om OPS bör användas som upphandlingsform för NKS. I linje med detta pekar analysen på att *maktskiftet i landstinget 2006* hade avgörande betydelse för att frågan om OPS överhuvudtaget kunde prioriteras åren 2006 till 2008, trots att den hade kritiserats och mer eller mindre avskrivits i de två utredningar (SNUS och 3 S) som tidigare diskuterat upphandlingsfrågan.

Vår analys påvisar dessutom betydelsen av det sätt som NKS-frågan *organiserades* från maktskiftet 2006 fram till det avgörande beslutet 2008. Organiseringen med ett självständigt kansli under ett politiskt organ i landstingsstyrelsen kan ha varit ett sätt att minska graden av tillträde och därmed också risken för att eventuella konflikter skulle uppstå under processens gång. Att relativt avskärmade enheter i den offentliga förvaltningen, som dessutom är underordnade verkställande politiska organ, delegeras ansvaret att bereda specifika ärenden har i andra studier visat sig få konsekvenser även för vilka beslut som tas (Verhoest m fl, 2004). Dels tenderar den politiska kontrollen av hur ärenden bereds att öka. Dels minskar sannolikheten för att andra enheter och andra ärenden inom förvaltningen påverkar enhetens arbete. Den avskärmade enheten kan i stället prioritera och fokusera sina egna frågor och jobba relativt ostört mot uppsatta mål.

Av stor betydelse för utvecklingen av OPS-frågan var att NKS-kansliet valde att ge vissa managementkonsulter tillträde till beslutsprocessen för att utreda OPS-frågan. Genom dessa konsulter kom arbetet med upphandlingsfrågan successivt att snävas in. Redan i den första konsultrapporten, från PwC, kom OPS-alternativet att ges större utrymme än det alternativ som kallades samverkansentreprenad och som förespråkades av oppositionen. Inte heller blickade PwC bakåt på de båda tidigare utredningarna (SNUS och 3s) för att diskutera de problem med OPS som dessa hade pekat på. OPS-alternativet framställdes som det mest fördelaktiga. Genom att NKS-kansliet slöt upp bakom PwC:s slutsatser kom nästa konsultutredning, från EY, inte att handla om frågan *om* OPS skulle användas utan *hur* en OPS-upphandling konkret skulle läggas upp. I konsultrapporterna presenterades således främst fördelar med och motiveringar till att välja OPS, som sedan kunde användas i såväl den politiska debatten som i annan extern kommunikation. I den meningen kom anlitandet av konsulterna i praktiken kanske inte i första hand att handla om att förutsättningslöst utreda olika upphandlingsalternativ utan snarare om att legitimera OPS-alternativet. Analysen väcker frågor om hur konsulter väljs och vilka roller och uppgifter de tilldelas, frågor som vi kommer att undersöka vidare.

Vid sidan av dessa organisatoriska arrangemang, med NKS-kansliet och anlitandet av olika konsultfirmor, betonar vår undersökning betydelsen av den informella styrning, eller *mikrostyrning,* som karaktäriserade den projektorganisation som uppstod kring OPS-frågan, och då särskilt NKS-kansliet. En sådan mikrostyrning sker när tjänstemän exempelvis upparbetar nära kontakter med politiker och därigenom avläser politiska signaler, anteciperar

och till och med föregår politiska utspel via lojalitets- och förtroendeband (Jacobsson, 2015, Niemann, 2017). I fallet med NKS-kansliet konstaterar vi att arbetet med att bereda beslutet om OPS tidigt anpassades efter politiska signaler som förespråkade OPS. Sådana signaler är svåra att utläsa av formella beslut som fattades i landstingsstyrelsen och fullmäktige. I stället pekar vår undersökning mot att styrningen var av mer informellt slag. Men hur denna mikrostyrning mer konkret gick till kommer att bli föremål för en mer ingående underökning.

Rapporten föder också andra frågor. Exempelvis omorganiserades NKS-projektet på nytt i maj 2008 då det skapades en särskild ”NKS-förvaltning” med separat ekonomienhet för att, som en av våra respondenter uttryckte det, “skapa en mer exekutiv organisation” (anonym). Det är troligt att även denna organisation hade betydelse för processen som ledde fram till det tilldelningsbeslut som landstingsfullmäktige fattade två år senare, i juni 2010. Fortsättningsvis ämnar vi undersöka hur anbudsprocessen hanterades under åren 2008 till 2010 och vilka aktörer och intressen som fick utrymme i att arbeta fram det konkreta OPS-avtal som landstingsfullmäktige tog ställning till.

En annan fråga som behöver undersökas vidare rör den politiska ledningens roll i relation till andra politiker, inte minst på nationell nivå. Att det exempelvis enligt konsultrapporterna behövde framgå för potentiella anbudsgivare att det fanns en framtida marknad för OPS-projekt i Sverige innebar att landstingets politiska ledning behövde arbeta för en bred förankring inom såväl landsting som riksdag och regering för att förbättra förutsättningarna för en lyckad OPS i Nya Karolinska. Hur det arbetet gick till behöver vi utreda vidare, inte minst som den dåvarande Alliansregeringen på nationell nivå vid denna tidpunkt ställde sig kritiska till OPS-modellen.

Vilka lärdomar kan man då dra från denna undersökning kring hanteringen av OPS-frågan? De viktigaste kan, menar vi, kopplas till hur frågan organiserades efter maktskiftet 2006. Den politiska ledningen valde att förlägga frågan till en särskild, nyskapad enhet. Och inom denna enhet har nyckelpersoner beskrivit för oss hur arbetet redan vid ett tidigt skede anpassades efter det politiska trycket att realisera OPS-alternativet. Att det skapas den här typen av organisatoriska speciallösningar i samband med stora projekt är alls inget unikt för NKS. Tvärtom är det ett vanligt förfarande i samband med megaprojekt (Flyvbjerg, 2014, Sahlin-Andersson, 1989). Fördelen är att processen kan föras snabbare framåt, exempelvis genom att enheten anställer nya personer utan tidigare bindningar till de frågor som ska hanteras och

genom att enheten kan frikopplas från etablerade rutiner avseende ärendehantering och samordning (Flyvbjerg m.fl. 2003). Samtidigt finns det risker med denna typ av särlösningar. I ambitionen att föra processen framåt riskerar frågor att bli alltför ensidigt belysta. Detta behöver inte bero på att ansvariga aktörer medvetet undanhåller frågor utan snarare på att frågorna som de hanterar hamnar utanför etablerade rutiner för samordning, kvalitetssäkring och genomlysning. För den organiserande parten – den politiska ledningen i NKS-fallet – gäller det således att finna en lämplig balans mellan avskärmning (för att kunna föra frågor framåt) och inkludering och samordning (för att få frågorna allsidigt belysta).

Referenser

Ahrne, G., 1993, Delvis människa, delvis organisation/Partly human, partly organization. *Sociologisk forskning*, 59-78.

Alvesson, M. & Sköldberg, K., 2017, *Tolkning och reflektion : vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*, Studentlitteratur AB.

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

Bringselius, L., 2015, New Public Management – ett enkelt penseldrag som förklarar det mesta?, *Organisation & Samhälle*, *1*.

Brunsson, N., 2007, *The consequences of decision-making*. Oxford University Press.

Brunsson, K., & Brunsson, B., 2014, *Beslut*, Liber.

Cohen, M. D., March, J. G., & Olsen, J. P., 1972, A garbage can model of organizational choice. *Administrative science quarterly*, 1-25.

Cyert, R. M., & March, J. G., 1963, A behavioral theory of the firm. *Englewood Cliffs*.

ESV (Ekonomistyrningsverket), 2006, Effektivare statlig verksamhet med privat medverkan? – om konkurrensutsättning och styrning av offentlig verksamhet i privat regi, ESV 2006:15.

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

Flyberg, B., Bruzelius, N. och Rothengatter, W., 2003, *Megaprojects and Risk. An Anatomy of Ambition*, Cambridge University Press.

Flyvbjerg, B., 2014, What You Should Know About Megaprojects and Why: An Overview, *Projects Management Journal*, 45(2): 6-19.

Hellowell, M., & Pollock, A. M., 2009, The private financing of NHS hospitals: politics, policy and practice. *Economic Affairs*, 29(1), 13-19.

Hodge, G. A., 2004, The risky business of public–private partnerships, *Australian journal of public administration*, 63(4), 37-49.

Jacobsson, B., 1984, *Hur styrs förvaltningen?: myt och verklighet kring departementens styrning av ämbetsverken*, Studentlitteratur.

Jacobsson, B., 2015, *Fotnoter till förvaltningspolitiken: Lärande, styrning and all that jazz...* Södertörns högskola.

Janis, I. L., 2008, Groupthink. *IEEE Engineering Management Review*, *36*(1).

Jansson, D., 1992, *Spelet kring investeringskalkyler: Om den strategiska användningen av det för–givet–tagna*, Norstedts juridik.

Kahneman, D., & Snell, J., 1992, Predicting a changing taste: Do people know what they will like?, *Journal of Behavioral Decision Making*, *5*(3), 187-200.

Kingdon, J. W., 1984, *Agendas, alternatives, and public policies*, Little, Brown & Co.

Mandell, T., 2006, *Sammanfattning: Offentligt-privat partnerskap, offentlig upphandling och statsstöd – hur ska gränsen dras?,* Umeå universitet.

March, J. G., 1978, Bounded rationality, ambiguity, and the engineering of choice. *The Bell Journal of Economics*, 587-608.
March, J. G., 1987, Ambiguity and accounting: The elusive link between information and decision making. *Accounting, organizations and society*, *12*(2), 153-168.
Marrewijk, A., Clegg, S. R., Pitsis, T. S., & Veenswijk, M., 2008, Managing public–private megaprojects: Paradoxes, complexity, and project design. *International Journal of Project Management*, *26*(6), 591-600.
Mellgren, F. och Ennart, H., 2015, Regeringen försökte stoppa NKS-affären, artikel i *Svenska Dagbladet*, den 22 november.
Montin, S., 2015, Från tilltrobaserad till misstrobaserad styrning. *Nordisk administrativ tidskrift*, *92*(1), 58-75.
Niemann, C., 2017, Tillitsbaserad styrning i statsförvaltningen: Kan Regeringskansliet visa vägen?, *Förvaltningsakademins rapportserie*, Södertörns högskola.
Nilsson, J. E., & Pydokke, R, 2007, Offentlig-privat samverkan kring infrastruktur: en forskningsöversikt. *VTI rapport 601*, VTI.
Premfors, Rune m.fl., 2003, *Demokrati & byråkrati*, Studentlitteratur.
PwCa, 2007, 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
PwCb, 2007, 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
Riksrevisionen, 2016, Erfarenheter av OPS-lösningen för Arlandabanan, *RiR 2016:3*, Riksrevisionen.
Sahlin-Andersson, K., 1989, *Oklarhetens strategi. Organisering av projektsamarbete*. Studentlitteratur.
SLL, 2002, Rapport från utredningen om nytt universitetssjukhus, 2002-11-15.
SLL, 2003, Landstingsstyrelsen, protokoll 3/2003 § 37 - 59, sammanträdesdag 2003-03-18
SLL, 2004, Utredningen om Stockholms SjukvårdsStruktur, 3 S, med tjänsteutlåtande i landstingsstyrelsen (dnr: LS 0409-1729), 2004-09-28.
SLL, 2007, Tjänsteutlåtande landstingsstyrelsens förvaltning, landstingsstyrelsens strategiska utskott, Förslag om byggnation av nytt universitetssjukhus i Solna, Dnr: LS 0710-1039.
SLL, 2008a, Landstingsstyrelsen, Landstingsstyrelsens förslag till beslut 2008:40, Dnr: LS 0804-0429
SLL, 2008b, Landstingsfullmäktige, Protokoll 2008-06-10.
SLL, 2008c, Landstingsfullmäktige, Beslutsprotokoll, 2008-06-10.
Statskontoret, 1998, *Privatfinansiering genom partnerskap*, 1998:12, Stockholm.
Sundström, G., 2016, Strategisk styrning bortom NPM. *Statsvetenskaplig tidskrift*, *118*(1).
Söderbaum, P., 1986, *Beslutsunderlag – Ensidiga eller allsidiga utredningar?*, Doxa Ekonomi, Lund.

UK Gov, 2013, Trade and Investment, Department of Health, Public Private Partnerships, Online [2018-02-19]: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/266818/07_PPP_28.11.13.pdf

Verhoest, K., Peters, B. G., Bouckaert, G., & Verschuere, B., 2004, The study of organisational autonomy: a conceptual review. *Public administration and development*, *24*(2), 101-118.

Öhrming J., 2017, *Allt görs liksom baklänges: verksamheten vid Nya Karolinska Solna*, Södertörns högskola.

Intervjuer

Respondent 1, tjänsteman SLL och deltagare i SNUS-utredningen, 2017-10-30

Respondent 2, politiker SLL, 2017-11-13

Respondent 3, tjänsteman SLL, 2017-11-13

Respondent 4, tjänsteman SLL och deltagare i SNUS-utredningen 2017-11-16

Respondent 5, tjänsteman SLL, 2017-10-30