



Stockholms
universitet

Tilläggsavtal och anpassning

Det institutionella (efter)arbetet för att upprätthålla OPS-avtalets
legitimitet inom Stockholms läns landsting 2012–2018

Livia Johannesson, fil. dr i statsvetenskap

Carl Yngfalk, fil. dr i företagsekonomi

Stockholms centrum för forskning om offentlig sektor (Score)

Stockholms universitet

Sammanfattning

Delrapporten redovisar resultat från en studie om hur OPS-avtalet hanterades och utvecklades inom landstingsförvaltningen efter nedläggningen av NKS-förvaltningen år 2012 och fram till 2018, året för invigningen av sjukhuset. Mer specifikt undersöker rapporten vilka strategier som användes för att hantera och försöka upprätthålla legitimitet för den nya projektorganisationen som skapades kring OPS-avtalet under perioden, och därigenom för OPS-avtalet som sådant. I detta ingår att studera vilka aktörer, idéer och organisatoriska arrangemang som var centrala för arbetet med att legitimera projektorganisationen. Utöver det diskuterar rapporten även implikationerna av detta legitimeringsarbete för demokratiskt beslutsfattande inom landstinget.

Rapporten bygger på idéer om legitimitet och institutionellt arbete inom den nyinstitutionella teoribildningen. Det empiriska material som ligger till grund för undersökningen består av policydokument samt semistrukturerade intervjuer med 14 nyckelpersoner som arbetade med OPS-avtalet under denna tidsperiod.

Rapporten tar sin utgångspunkt i att det skedde stora förändringar i den institutionella omgivningen runt år 2012, som medförde nya krav på projektorganisationen runt OPS-avtalet. Dessa nya förväntningar bestod bland annat i att OPS-avtalet från och med denna tidpunkt inte längre skulle betraktas som något unikt och annorlunda i landstinget, utan i stället integreras, som ett avtal bland många andra, i den övriga verksamheten. En annan ny förväntan var att Karolinska sjukhuset, som tidigare hade hållits på armlängds avstånd från NKS-projektet, nu skulle ges möjlighet att i betydligt i större utsträckning än tidigare påverka verksamhetsinnehållet i sjukhuset. Detta gjorde att Karolinskas idéer om god universitetssjukhusvård – som i vissa avseenden skiljde sig från NKS-förvaltningens – kom att påverka utformningen av sjukhuset, och därmed OPS-avtalet. En tredje ny förväntan hade sig grund i att medier från och med år 2013 mer närgånget började granska NKS-projektet, vilket ledde till ökade krav på att politikerna i landstinget skulle ha kontroll på kostnaderna för de tilläggsavtal som slöts och de ändringar som gjordes i OPS-avtalet.

I rapporten identifieras fyra huvudsakliga hanteringsstrategier som användes för att försöka upprätthålla legitimitet för projektorganisationen kring OPS-avtalet, och därmed även för själva avtalet.

Den *första strategin* handlade om att justera och anpassa OPS-avtalet utifrån Karolinskas nya position och ökade inflytande över verksamhetsinnehållet. Detta kom till uttryck genom ett

antal tilläggsavtal. Tilläggsavtalen syftade till att förändra och justera OPS-avtalet och tjänade därmed indirekt de politiska intressen inom landstinget som förespråkade de marknadsmässiga ideal som ursprungligen låg till grund för beslutet att använda OPS-modellen. Genom att tilläggsavtalen möjliggjorde anpassningar av det nya sjukhuset utifrån Karolinskas behov, bidrog de till ett minskat motstånd och en långsiktig legitimitet för avtalet.

Den *andra strategin* för att legitimera OPS-avtalet och den projektorganisation som skapades kring avtalet var att tydliggöra och i ökad grad formalisera ansvarsfördelningen mellan parterna. Den nya projektorganisationen kom att bestå av flera olika parter (främst Karolinska, landstingsstyrelsens förvaltning och projektbolaget), vilket gjorde att ansvarsfördelningen dem emellan snabbt blev en viktig fråga för projektorganisationen. Detta föranledde ett arbete inom landstinget med att successivt tydliggöra ansvarsfördelningen och knyta styrningen av tilläggsavtalen närmare den politiska nivån. Genom att utarbeta regler och markera formella gränser för ansvar försökte projektorganisationen påvisa att avtalet och kostnaderna var under kontroll, vilket skulle upprätthålla legitimitet för OPS-avtalet och det fortsatta arbetet med det, trots de nya förväntningarna från omgivningen.

Den *tredje strategin* handlade om hur projektorganisationen både formellt och under mer informella former distanserade sig från tidigare beslut om NKS. Denna distansering skedde i relation till NKS-projektet i allmänhet och till OPS-avtalets utformning i synnerhet.

Distanseringen skedde på två olika sätt. Dels genom att tjänstepersoner inom landstinget tog avstånd från beslut som hade fattats tidigare i NKS-projektet, t.ex. beslutet att använda en OPS. Detta var en effektiv strategi i detta läge, eftersom många av de personer som var ansvariga under den tid då besluten om att använda OPS fattades nu hade försvunnit från projektorganisationen. Det andra sättet som distansering skedde på var genom att Karolinska tog avstånd från NKS-förvaltningens idéer om hur sjukhuset skulle vara utformat.

Distanseringen syftade till att lugna kritiska röster i projektets institutionella omgivning och till att skapa det handlingsutrymme som behövdes för att anpassa OPS-avtalet till övrig sjukvårdsstruktur i Stockholm, och på så sätt även skapa legitimitet för OPS-avtalet på längre sikt.

Den *fjärde strategin* som användes för att försöka upprätthålla legitimitet för OPS-avtalet handlade om att projektorganisationen inom landstinget än mer konsekvent än tidigare framhävde, förädlade och tillämpade OPS-avtalets idé om att offentliga aktörer ska agera som beställare av funktionalitet och tjänster och inte som beställare av lösningar (såsom en ny sjukhusbyggnad). Detta innebar att de marknadsorienterade idéer som ligger till grund för

OPS-modellen framhövdes i organisationen och fick utrymme i landstingets förvaltning mer generellt och bortom NKS-projektet. Genom att på så sätt minska kontrasterna mellan styrningen av NKS, som bygger på en OPS-modell, och styrningen av alla andra sjukhus, försökte man upprätthålla legitimitet för OPS-avtalet.

Dessa legitimeringsstrategier har flera demokratiska implikationer. *För det första* premierar idén om den offentliga aktören som beställare av funktioner och tjänster i stället för lösningar extern generell expertis – i termer av marknadens tänkta innovationskraft – framför den lokala kunskap som finns i offentlig verksamhet. Idén med denna typ av (funktions)upphandlingar är att externa aktörer är bättre lämpade att formulera lösningar på problem som en organisation upplever än de personer som till vardags arbetar i organisationen. I fallet med sjukvårdsorganisationer leder detta till att makt och inflytande flyttas längre bort från de vårdgivande professionerna och närmare de privata aktörer som kontrakteras i funktionsupphandlingar.

För det andra påverkar de distanseringsstrategier som användes inom både landstingsstyrelsens förvaltning och Karolinska möjligheterna att dra lärdom av tidigare beslut. Genom att inte sätta sig in i de resonemang och ställningstaganden som låg bakom införandet av OPS-modellen, försvåras ett genomtänkt mottagande av framtida reformidéer inom landstinget. Organisationer som inte vill ta intryck av och lära från sina tidigare kollektiva erfarenheter försämrar sina möjligheter att kritiskt värdera och hantera nya idéer och situationer.

För det tredje kan vi konstatera att överlåtandet av utarbetandet av lösningar på behov inom offentlig verksamhet till privata företag försvagar de demokratiska mekanismerna för ansvarsutkrävande. I litteraturen om OPS har ansvarsutkrävande beskrivits som ett av de demokratiska dilemman som följer av uppluckrade gränser mellan offentlig och privat verksamhet. Ett demokratiskt system bygger på att medborgarna kan utkräva ansvar för de beslut som deras valda representanter har fattat. OPS leder till att det blir en oklar ansvarsfördelning mellan den offentliga verksamheten och de privata aktörer som ingår i samarbetet.

INNEHÅLL

INLEDNING	6
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....	8
TEORI: ORGANISATIONSLEGITIMITET OCH INSTITUTIONELLT ARBETE.....	9
METOD	11
NY PROJEKTORGANISATION KRING OPS-AVTALET ÅR 2012	12
NYA FÖRVÄNTNINGAR OCH KRAV PÅ PROJEKTORGANISATIONEN FRÅN DEN INSTITUTIONELLA OMGIVNINGEN.....	15
HANTERING AV OPS-AVTALET 2012–2018: STRATEGIER FÖR LEGITIMERING AV PROJEKTORGANISATIONEN.....	18
STRATEGI 1: HANTERING GENOM JUSTERINGAR OCH TILLÄGGSAVTAL	19
STRATEGI 2: HANTERING GENOM FORMALISERING AV ANSVARSFÖRDELNING	22
STRATEGI 3: HANTERING GENOM DISTANSERING FRÅN TIDIGARE BESLUT	25
STRATEGI 4: HANTERING GENOM FÖRÄDLING OCH TILLÄMPNING AV OPS-IDÉER BORTOM NKS	29
DISKUSSION OCH SLUTSATSER	33
OPS-AVTALETS ROLL I MARKNADISERINGEN AV LANDSTINGET 2012–2018	33
IMPLIKATIONER FÖR DEMOKRATISKT BESLUTFATTANDE I OFFENTLIG SEKTOR	36
REFERENSER.....	38

Inledning

Det krävdes extraordinära former av organisering i landstingsförvaltningen för att driva igenom beslutet om att finansiera, bygga, driftsätta och på över tjugo års sikt förvalta Stockholms nya universitetssjukhus, Nya Karolinska Solna (NKS), med så kallad Offentlig-Privat Samverkan (OPS) (Yngfalk & Junker 2019). Ursprungsidén med OPS går i stora drag ut på att en privat aktör ersätter den offentliga aktörens roll som finansiär, utförare och förvaltare av en offentlig verksamhet. OPS-modellen grundas alltså i ett idépaket som premierar marknadslösningar inom offentlig sektor i syfte att effektivisera och minska den offentliga sektorn (Mörth & Sahlin-Andersson 2006, s. 17). Till skillnad från traditionella upphandlingsmodeller som har använts inom Stockholms Läns Landsting¹, såsom totalentreprenad och samverkansentreprenad, upphandlar beställaren i en OPS en tjänst med tydligt specificerade funktioner, och inte en viss utformning av eller teknisk lösning för till exempel en sjukhusbyggnad. Samtidigt som entreprenören finansierar den beställda tjänsten över en förutbestämd tidsperiod, och därmed står för den finansiella risken, betalar beställaren ett årligt vederlag eller ”hyra” för de tjänster och den funktionalitet som avtalet slagit fast. Om entreprenören inte lever upp till den standard som fastslagits i avtalet finns det förutbestämda avdragsnivåer som reglerar sänkningar av vederlaget på tjänsten. Om beställaren däremot själv initierar förändringar eller tillägg som påverkar entreprenörens kostnader för att tillhandahålla tjänsten och funktionen, kan det resultera i att entreprenören höjer vederlaget. NKS-projektet innebär dock en modifiering av den ursprungliga idén för OPS. År 2010 slöt Stockholms Läns Landsting avtal med ett privat konsortium vid namn *Swedish Hospital Partners* (SHP) om att projektera, bygga och på över tjugo års sikt underhålla det nya universitetssjukhuset i Solna, till och med år 2040, men där landstinget stod för en viss del av finansieringen. Genom att landstinget valde att gå in med kapital initialt i processen kunde det årliga vederlaget minskas något. SHP kontrakterade i sin tur *Skanska Healthcare AB* för projektering och byggnation samt *Coor Service Management* för utformning och leverans av ett flertal servicetjänster.

OPS-modellen kräver att avtalet som reglerar relationen och ansvarsfördelningen mellan beställaren och utföraren är detaljerat och omfattande. Det OPS-avtal som reglerar NKS-projektet omfattar 4500 sidor och kräver juridisk och managementorienterad expertis för att

¹ Vi kommer i denna rapport att använda Stockholms Läns Landsting som beteckning på Region Stockholm, eftersom den beteckningen gällde under den studerade tidsperioden.

till fullo förstås eller ändras. Trots OPS-avtalets omfattning finns det vissa delar som under förhandlingarna inför kontraktsskrivningen 2010 plockades ut ur det ursprungliga avtalet. Det gäller exempelvis medicinteknisk utrustning samt informations- och kommunikationsteknik. Anledningen till det var att sjukhuset ville ha kontroll över dessa delar, samt att den snabba teknologiska utvecklingen skulle göra det svårt att slå fast kostnader för dessa tjänster i det ursprungliga avtalet. Andra delar, såsom Thoraxbyggnaden, lyftes ut ur avtalet för att minska de totala kostnaderna, vilket krävdes för att alls kunna sluta ett avtal som höll sig inom de politiskt satta kostnadsramarna (Yngfalk & Junker 2019, 43). Dessa utlyfta, eller snarare tillfälligt åsidosatta, delar blev dock nödvändiga att förhandla om i senare skeden av projektet, och det är delvis detta arbete som denna rapport handlar om.

En tidigare rapport (Yngfalk & Junker 2019) har lyft fram tre förklaringar till varför denna, i Sverige oprövade och ifrågasatta, projektmodell lyckades genomdrivas för NKS trots motstånd från både politiker och landstingets tjänstemannaorganisation. Den första förklaringen handlar om särorganisering; med en särskild förvaltningsorganisation benämnd Nya Karolinska Solnas Förvaltning (NKSf), skapades och upprätthölls legitimitet i termer av bred politisk acceptans för OPS-idén. NKSf realiserade och betonade fram till 2011 en diskurs om marknadens innovationskraft som premierade offentliga aktörer som beställare snarare än som utförare av offentlig välfärd. Till sin hjälp hade NKSf managementkonsulter som bland annat via olika utredningar framhöll fördelarna med OPS utan en direkt jämförelse med den konventionellt nyttjade upphandlingsmodellen för projekt inom regionen, så kallad Samverkansentreprenad. Den andra förklaringen handlar om att NKSf – den marknadsorienterade förvaltningsorganisation som ansvariga politiker inrättade och som verkade 2006 till 2012 – karaktäriserades av en elitistisk organisationskultur som bland annat innebar att OPS-idéns legitimitet ytterligare stärktes genom att ifrågasättanden och kritik hölls tillbaka bland de anställda på NKSf. Den tredje förklaringen handlar om att politiker med insyn i förhandlingarna tillsammans med NKSf lyckades upprätthålla idén om kostnadsreducerande konkurrens i anbudsförhandlingarna genom sekretessavtal och referensobjekt trots att det saknades reell konkurrens mellan olika alternativ (Yngfalk & Junker 2019).

Efter att OPS-avtalet hade slutits 2010 gick NKS-projektet in i en ny fas. Under 2011 blev det alltmer tydligt att NKSf skulle avvecklas och att Karolinska universitetssjukhuset (Karolinska, fortsättningsvis), som hittills hade hållits på armlängds avstånd i projektet (Andersson & Grafström 2019), skulle släppas in i beslutsfattandet kring NKS. Detta ledde

till att Karolinskas idéer om god universitetssjukhusvård – som inom NKS-projektet dittills hade utmålats som bakåtsträvande och förändringsobenägna (Johannesson & Qvist 2019) – kom att påverka det fortsatta arbetet med att bestämma verksamhetsinnehåll och utformning av sjukhuset. En viktig aspekt i detta var att SHP:s arbete under byggnationen inte kunde fortskrida utan Karolinskas mer aktiva involvering i processen. Samtidigt slutade många av de personer, både politiker och tjänstepersoner, som hade varit drivande i att föra fram OPS-idén i projektet. Det innebar att det efter 2012 inte fanns kvar lika många uttalat starka försvarare av OPS. Dessa förändringar representerar starten på en omfattande omorganisering av NKS-projektet med en förändrad syn på OPS-avtalet. Denna rapport undersöker och analyserar denna utveckling utifrån ett organisationsteoretiskt perspektiv med fokus på hur OPS-avtalet hanterades för att skapa och upprätthålla legitimitet för den nya projektorganisationen, och därigenom för OPS-avtalet.

Syfte och frågeställningar

Syftet med rapporten är att undersöka hur OPS-avtalet hanterades och utvecklades inom landstingets förvaltning efter nedläggningen av NKSf år 2012 och fram till 2018, året för invigningen av sjukhuset. Mer specifikt undersöker rapporten vilka strategier som användes för att hantera och försöka upprätthålla legitimitet för den nya projektorganisationen som skapades kring OPS-avtalet under perioden, och därigenom för OPS-avtalet som sådant. I detta ingår att studera vilka aktörer, idéer och organisatoriska arrangemang som var centrala för arbetet med att legitimera projektorganisationen. Utöver det diskuterar rapporten även implikationerna av denna hantering av OPS-avtalet för demokratiskt beslutsfattande inom landstinget.

Rapporten bygger på organisationsforskning och idéer om legitimitet och institutionellt arbete inom den nyinstitutionella teoribildningen (se t.ex. Scott 2008; Bromley & Meyer 2015). Dessa diskussioner säger dels att organisationer inte kan existera utan legitimitet i relation till deras institutionella omgivning, som består av regler, normer och beteendemönster som skapar förutsättningar för och förväntningar på organisationer. Dels säger dessa idéer att organisationer och individer kan arbeta strategiskt för att påverka och forma deras institutionella omgivning utefter specifika intressen (Lawrence, Suddaby & Leca 2009; Lawrence, Leca & Zilber 2013). Begreppen *organisationslegitimitet* respektive *institutionellt arbete* hjälper oss att förstå hur OPS-modellen arbetades in, och dess marknadsidéer utvecklades och fick fäste, i landstingsförvaltningen under den studerade perioden. Begreppen

möjliggör en analys av hur förutsättningarna för OPS i sig kom att anpassas av projektorganisationen via exempelvis styrning av avtalets regelverk och omfattning, förändrad ansvarsfördelning respektive påverkan av normer för projektstyrning inom landstinget.

Rapporten är disponerad enligt följande. I *avsnitt 2* presenterar vi vårt teoretiska ramverk. I *avsnitt 3* diskuterar vi vår metod och vårt material, följt av en redogörelse i *avsnitt 4* för de nya institutionella förväntningar som skapades runt OPS-avtalet i och med nedläggningen av NKSf. I *avsnitt 5* presenterar vi analysen av vår empiriska undersökning, och rapporten avslutas i *avsnitt 6* med en summerande diskussion och slutsatser.

Teori: organisationslegitimitet och institutionellt arbete

För att organisationer ska fungera och överleva måste de uppfattas som legitima av aktörer i deras omgivning. Legitimiteten kan gälla regelverk, normer och andra kulturella beteendemönster. Hur legitimitet uppstår för organisationer representerar därmed kärnan i den nyinstitutionella organisationsforskningen (Scott 2008; Powell & DiMaggio 2012; Furusten 2013). I dessa diskussioner har det återkommande lagts vikt vid institutioners kraft att stabilisera organisationer och mer eller mindre avgöra vilka aktiviteter eller sätt att tänka – det vill säga idéer, till exempel OPS – som får utrymme i dem. Hanteringen av institutionella förväntningar i omgivningen avseende regelverk och normer sker därmed genom att organisationer anpassar sig till dessa i sina beslut och aktiviteter. Det kan, exempelvis, handla om att införa de idéer om styrning av organisationer som för tillfället har hög legitimitet i samhället (Bromley & Meyer 2015). OPS är ett exempel på en sådan idé, vilken kommer ur och därmed relaterar till en mer övergripande och sedan några årtionden tillbaka pågående marknadsiering av offentlig sektor, där en marknadiskurs med fokus på privata och kommersiella intressen getts ökat utrymme (Andersson, Erlandsson & Sundström 2017)

För att nyansera förståelsen för hur institutioner förändras för att legitimitet ska uppstå för en specifik organisation eller idé (till exempel, OPS) har framväxande diskussioner om *institutionellt arbete* skiftat fokus från institutioners kraft att avgöra organisationers handlingsutrymme till individers och organisationers förmåga att också påverka institutioner (Lawrence & Suddaby 2006). Här visar studier att aktörer även kan påverka institutioner – regler, normer och beteendemönster – genom att på olika sätt ”arbeta” strategiskt med dessa. I relation till detta har organisationsforskningen betonat att legitimitet för generella idéer ofta är beroende av att de anpassas, justeras och ”översätts” till lokala varianter (jfr Czarniawska &

Sevón 1996; Sahlin-Andersson & Engwall 2002; Furusten 2009). Sådan översättning sker ofta via insatser som ”de-kontextualiserar” idéer från situationer där de tidigare har praktiserats och ”re-kontextualiserar” dem i den nya miljön (Furusten 2013). Ju mer re-kontextualiserad idén blir, desto mer institutionaliserad kan den sägas vara. Översättning kan därmed förstås som en viktig del av det institutionella arbete som utförs av individer och organisationer för att skapa legitimitet för OPS och särskilt i relation till de nya institutionella förväntningar som uppstod och riktades mot NKS-projektet under den studerade perioden.

Begreppet institutionellt arbete uppmärksammar således avsiktliga aktiviteter hos organisationer och individer för att skapa, underhålla eller till och med bryta ner institutionaliserade praktiker och sätt att tänka i organisationer (Lawrence, Suddaby & Leca 2009; Lawrence, Leca & Zilber 2013). En central utgångspunkt för rapporten att därmed att alla institutioner är föränderliga strukturer som upprätthålls och påverkas genom de meningsskapande aktiviteter som olika aktörer utför i relation till dem. OPS-avtalet kunde, exempelvis, inte ha accepterats utan det institutionella arbete som bidrog till en delvis förändrad organisationskultur inom landstinget som innebar en kraftfullare marknadsorientering eller institutionalisering av marknadsorienteringen inom landstingsförvaltningen (Yngfalk & Junker 2019).

Med hjälp av begreppet institutionellt arbete kan vi i rapporten synliggöra försök till styrning från projektorganisationens sida av OPS-avtalets institutionella förutsättningar, det vill säga styrning och förändring riktad mot de regler, normer och andra rutiniserade beteendemönster för projekthantering inom landstinget. Vi uppmärksammar särskilt vad Lawrence och Suddaby (2006) beskriver som ”politiskt arbete” riktat mot utformningen av (nya) regler, rättigheter och gränsdragningar i organisationer. Delvis handlar detta om styrning av OPS-avtalets utformning och omfattning, vilket utgör själva regelverket för projektet efter 2010 och fram till 2040, exempelvis genom tilläggsavtal respektive formalisering av ansvar. Vidare uppmärksammar vi i rapporten även vad Lawrence och Suddaby (2006) beskriver som ”tekniska” former av institutionellt arbete, vilket innebär försök att omformulera etablerade beteendemönster; ”mentala modeller” och ”delade synsätt” för projekthantering i landstingsförvaltningen. Delvis handlar det även om normbildning, exempelvis genom utarbetning och anpassning av rutiner och kompetens för uppföljning av kravställning utefter funktion (vilket är centralt för OPS-idén). Detta relaterar även till så kallat inbäddande och rutiniserande arbete eller ”kulturellt institutionellt arbete” (Lawrence och Suddaby 2006), det vill säga aktiviteter som förstärker de normativa grunderna för en institution och, exempelvis,

den som representeras av marknadslogiken (Yngfalk 2019). Här förstår vi de normativa grunderna för OPS-modellen som en stark tilltro till marknadens innovationskraft och en generell politisk strävan efter att luckra upp gränserna mellan offentlig och privat verksamhet.

Avslutningsvis uppmärksammar vi det som Perkmann och Spicer (2008) betonar, att det är en samverkan mellan olika former av institutionellt arbete som är nyckeln till att förstå en kraftfull institutionalisering av en managementidé. Det är således den *sammantagna effekten* av olika strategier som utvecklades för hantering av OPS-avtalet som en del av de institutionella förutsättningarna för NKS-projektet som står i centrum för analysen och därmed för vår förståelse för OPS-avtalets legitimitet under den studerade perioden.

Metod

För att studera hanteringsstrategier har en kvalitativ undersökningsmetod med intervjuer och dokumentanalys använts. Denna rapport är den tredje delrapporten i en större studie om OPS-modellens tillblivelse och legitimitet inom Stockholms Läns Landsting. Därför fanns det sedan tidigare ett stort antal intervjuer samt ett stort arkivmaterial att tillgå (se Yngfalk & Junker 2019). Vi har kompletterat detta material med intervjuer som härrör från andra delprojekt som berör samma tidsperiod som denna rapport. Därtill har vi inom ramen för denna delrapport gjort ett mindre antal nya intervjuer, varav några var uppföljningsintervjuer med personer som har intervjuats tidigare i projektet för att skapa djupare förståelse för den aktuella tidsperioden. Vi har också kompletterat det skriftliga materialet med fler rapporter och även en opublicerad konsultutredning från 2012 om hur Landstingsstyrelsens förvaltning ska hantera fastighetsstrategiska frågor, som vi har fått tillgång till via en intervjuperson.

Utifrån detta omfattande material har vi i denna rapport framförallt använt oss av 14 intervjuer (se bilaga 1). Urvalet är baserat på dessa personers erfarenhet och insyn i arbetet med OPS-avtalet åren 2012 till 2018. Samtliga är tjänstepersoner inom landstinget och Karolinska, och de har intervjuats under 2018 och 2019. En del av dem har lång erfarenhet av NKS-projektet genom sina olika professionella roller inom landstinget, medan andra fick insyn i landstingets verksamhet först under den studerade perioden. En avgränsning som vi har gjort i urvalet av intervjupersoner är att enbart fokusera på landstinget och Karolinska, vilket innebär att vi har utelämnat projektbolaget SHP. Studien redogör därmed enbart för det institutionella arbete som har pågått inom landstinget och Karolinska och inte för hur SHP har reagerat och anpassat sig efter detta. Anledningen till denna avgränsning är att vi i enlighet

med det övergripande syftet med forskningsprojektet i stort är intresserade av hur OPS-modellen har hanterats och legitimerats inom landstinget som offentlig aktör och inte hur OPS-modellen har påverkat privata aktörer som ingår OPS-avtal.

Intervjuerna varade i genomsnitt cirka 90 minuter och spelades in och transkriberades ordagrant. Av metodologiska och forskningsetiska skäl har samtliga intervjupersoner anonymiserats. Anonymiteten motiveras dels av att intervjupersonerna ska känna sig fria att berätta om sina upplevelser och åsikter, dels av att vi inte är intresserade av enskilda personers förhållanden utan ställer frågor om det institutionella arbete som bedrivits under den studerade tidsperioden. Anonymiteten innebär att det i den löpande texten endast framgår vilken roll en person har haft i förhållande NKS-projektet.

Vi har kodat materialet med utgångspunkt i den begreppsapparat som diskuterades i det teoretiska avsnittet för att hitta olika strategier som landstinget och Karolinska använt sig av för att hantera OPS-avtalet givet de förändrade förutsättningar som uppstod i den institutionella omgivningen när NKSf lades ned. Vi har identifierat fyra huvudsakliga strategier. Dessa är inte ömsesidigt uteslutande utan har vissa överlappningar med varandra. De är heller inte de enda strategier som kan ha använts under den studerade perioden för att skapa legitimitet kring projektorganisationen som förvaltade OPS-avtalet. Däremot är dessa fyra strategier de mest framstående som vi har funnit i det undersökta materialet.

Ny projektorganisation kring OPS-avtalet år 2012

Genom det OPS-avtal som slöts sommaren 2010 realiserades en av de viktigaste uppgifterna för NKSf, nämligen att föra ett finansieringsavtal i hamn (Yngfalk & Junker 2019, 47). Det hade länge funnits kritik mot att Karolinska inte hade givits tillräckligt mycket inflytande över utformningen av det nya universitetssjukhuset, samt att landstingsfullmäktiges insyn i besluten som fattades i NKSf var för svag (Andersson & Grafström 2019). När Karolinska i december 2010 fattade beslutet att dra tillbaka KS-anställda som var utlånade till NKSf för att arbeta med verksamhetsinnehållet på det nya sjukhuset tappade NKSf en viktig del av sin personalstyrka (Andersson & Grafström 2019, s. 44f). Därmed fick NKSf problem med att upprätthålla sin legitimitet som en inkluderande organisation som lyssnade till sjukvårdsprofessionernas önskemål och synpunkter. Mot denna bakgrund beslutade landstingspolitikerna i juni 2011 att lägga ner NKSf och föra över ansvaret för verksamhetsinnehållet i sjukhuset till Karolinska. Under hösten 2011 tog således Karolinska

successivt över ansvaret för utformningen av det nya sjukhuset, och sommaren 2012 lades NKSf slutligen ner (Andersson & Grafström 2019).

I samband med denna organisationsförändring skedde det stora förändringar för NKS-projektet som helhet. Bland annat lämnade många tongivande personer inom NKS-projektet sina tjänster, däribland förvaltningschefen, den administrativa direktören, vårddirektören, kommunikationschefen, pressansvarige och den administrativa chefen och högste ansvariga för OPS-avtalet (Andersson & Grafström 2019, s. 48). Därtill försvann flertalet av de för OPS-avtalet högst ansvariga politikerna och tjänstemännen från projektet, bland annat landstingsdirektör Mona Bodström, som 2011 ersattes av Toivo Heinsoo, och finanslandstingsrådet Catharina Elmsäter Svärd (m), som 2010 ersattes av Torbjörn Rosdahl (m).

Organisationsförändringen innebar också att en ny projektorganisation skapades för att leda arbetet med NKS. Den nya organisationen bestod, förutom det privata projektbolaget SHP, av Karolinska och de delar av landstingsstyrelsens förvaltning som ansvarade för NKS. I denna rapport fokuserar vi på projektorganisationen utifrån landstingsstyrelsens förvaltnings hantering av OPS-avtalet. Denna hantering involverar dock relationen med övriga aktörer i projektorganisationen, främst Karolinska i sin roll som kravställare och utförare av vården, men även projektbolaget och den utanför OPS-avtalet liggandes upphandlingen av medicinskteknisk utrustning och informations- och kommunikationsteknik. Nedan följer en översiktlig beskrivning av de, utifrån rapportens syfte, viktigaste parterna i och omkring projektorganisationen.

Karolinska gavs av landstingsfullmäktige ansvar för implementeringen av vårdverksamheten och vårdorganisationen inför driftsättningen av NKS. Detta arbete koordinerades i ett programkontor på Karolinska, med personal anställd på Karolinska och med inhyrda konsulter (WSP 2016, s. 55).

Landstingsstyrelsen ansvarade för planeringen och genomförande av själva byggnationen av det nya sjukhuset. Arbetet utfördes inom landstingsstyrelsens förvaltning där ansvaret delades upp mellan förvaltningens enheter för strategiska fastighetsfrågor (Landstinget Strategiska fastighetsfrågor och investeringar), för juridiska frågor (Landstinget Juridik och upphandling), för ekonomi och styrning (Landstinget Styrning och ekonomi) och för IT-frågor (Landstinget IT). NKS Bygg, som var en avdelning inom Landstinget strategiska fastighetsfrågor och investeringar, hade i egenskap av att vara landstingets beställare av sjukhusbyggnationen

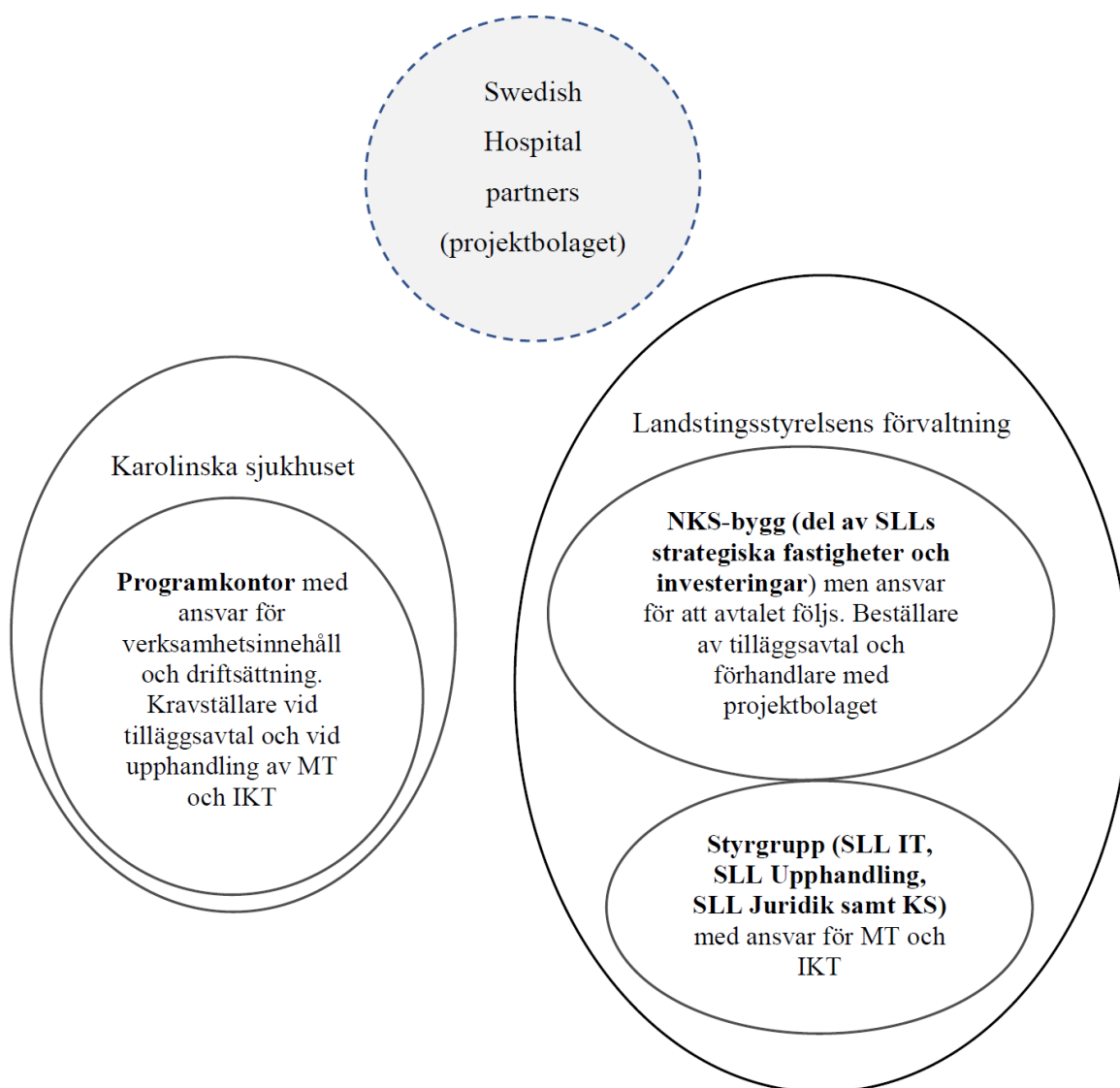
ansvaret för OPS-avtalet. Detta betydde att ansvaret för den löpande granskningen av *Swedish Hospital Partners* arbete hamnade här.

Ansvar för upphandlingen av medicinteknisk utrustning och informations- och kommunikationsteknik, som inte ingick i OPS-avtalet men ändå påverkade dess utformning, lades på en styrgrupp inom landstingsstyrelsens förvaltning, där även representanter för Karolinska ingick. Budget, tidplan och omfattning av denna upphandling beslutades av politikerna i landstingsfullmäktige och landstingsstyrelsen medan behovsformulering, avtalsupplägg, organisation och mottagande utformades av Karolinska (Landstingsrevisorerna 2014, s. 10).

NKS-beredningen var det politiska organ som fram till årsskiftet 2012/2013 ansvarade för NKS-projektet. Beredningen kritiserades återkommande i Landstingsrevisorernas rapporter för att inte vara tillräcklig transparent i sitt arbete och inte ha tillräcklig kontroll över kostnaderna för tilläggsavtalen (Landstingsrevisorerna 2016, bilaga 3). Det politiska ansvaret för NKS flyttades därför 2013 över till landstingsstyrelsens arbetsutskott som har till uppgift att bereda övergripande styrnings- och strukturfrågor inom landstinget. Arbetet med avrapportering och uppföljning av OPS-avtalet stärktes i och med denna förändring, enligt Landstingsrevisorerna (Landstingsrevisorerna 2016, bilaga 3).

Förutom nämnda delar av projektorganisationen kring OPS-avtalet fanns det bland annat en samverkansgrupp på förvaltningsnivå för att främja samarbetet mellan landstingsstyrelsens förvaltning och Karolinska, samt en Avtalskommittee där bl.a. chefen för NKS Bygg, landstingets chefsjurist och VD för projektbolaget fanns representerade (Landstingsrevisorerna 2012, s. 6, WSP 2016, s. 56ff).

Figur 1 nedan är en illustration av de, för rapporten, viktigaste enheterna som ingick i den nya projektorganisationen kring OPS-avtalet. Figuren visar även hur ansvaret för upphandlingen av medicinteknisk utrustning och informations- och kommunikationsteknik – som lades utanför OPS-avtalet – fördelades mellan Karolinska och landstinget.



Figur 1: projektorganisationen kring OPS-avtalet från 2012. Källor: Landstingsrevisorerna 2014; WSP 2016; intervjuer med ledande tjänstepersoner inom projektorganisationen.

Nya förväntningar och krav på projektorganisationen från den institutionella omgivningen

Den nya projektorganisationen hade på avgörande punkter andra förväntningar på sig från den institutionella omgivningen än vad NKSf hade haft. Vi har identifierat tre olika typer av förväntningar som vi anser var centrala för hanteringen av OPS-avtalet och som låg till grund för de strategier som utarbetades i landstingets förvaltningsorganisation kring avtalet. Dessa tre typer av förväntningar redogörs för nedan.

Den första förväntningen handlade om att OPS-avtalet inte längre skulle betraktas som någonting annorlunda och exklusivt, utan som ett vanligt avtal i mängden av

upphandlingsavtal som skulle integreras i landstingets övriga verksamhet. De personer som från och med år 2012 blev ansvariga för OPS-avtalet hade inte varit med och drivit fram avtalet, vilket gjorde att de inte heller hade investerat lika mycket tid och kraft (och därmed prestige) i att övertyga andra om OPS:ens förtjänster som sina föregångare. Till exempel blev den högste ansvarige tjänstemannen för OPS direkt efter NKSf:s nedläggning en person som tidigare hade uttryckt sig mycket kritiskt till OPS men som lät sig övertalas att stanna kvar i övergångsperioden från NKSf till en ny projektorganisation. Denna tjänsteperson beslutade att möten med projektbolaget från och med nu skulle skötas på svenska i stället för på engelska, vilket tidigare hade varit mötesspråket eftersom flera av SHP:s parter var engelskspråkiga. Tjänstepersonen beskriver hur,

[...] där hade man ju pratat engelska. Då sa jag så här, att nu kör vi projektspråket [svenska], och de såg lite besvärade ut, men jag sa: ”Ni får ursäkta mig, jag förstår hur ni känner, men nu vill jag ha kontroll på det här” (intervju 3).

Detta byte av språk vid projektmötena kan tolkas som att elittänkandet, som hade varit en viktig del av organisationskulturen på NKSf (Yngfalk & Junker 2019), hade förlorat sitt strategiska värde. Från och med år 2012 fanns det i stället institutionella förväntningar på att OPS-avtalet skulle hanteras som en integrerad del av det ordinarie arbetet inom landstingets förvaltning, där det ordinarie arbetspråket var svenska.

En annan ny förväntning som uppstod kring år 2012 handlade om Karolinskas roll i NKS-projektet. Omorganisationen av NKS-projektet gjorde att den gamla konflikten mellan Karolinska och landstingsförvaltningen mildrades. I stället menar en av de högst uppsatta tjänstepersonerna att en av de viktigaste förändringarna som gjordes i och med NKSf nedläggning var att se till att Karolinska fick mer inflytande över sjukhuset:

Jag tycker att Karolinska måste bli mer involverade och dessutom när det gällde vårdplaneringen så sa jag det, så måste ju Karolinska vara involverad tydligare (intervju 3).

De nya styrande tjänstepersonerna inom landstinget delade alltså inte uppfattningen som dittills hade varit rådande inom NKS-projektet, att det var viktigt att hålla Karolinska utanför planeringen av sjukhuset. Nu fanns det i stället tydliga förväntningar på att Karolinska skulle involveras i arbetet med att ta fram verksamhetsinnehåll för det nya sjukhuset. Dessa förväntningar hade tidigare kommit till uttryck i olika remissinstanser (Grafström &

Andersson 2019) och i media (Andersson & Grafström 2019), där det argumenterades för att det var ett stort misstag att inte låta Karolinska, som en företrädare för de kliniska och vårdgivande professionerna, få inflytande över utformningen av vården på det nya universitetssjukhuset.

Ett problem i det sammanhanget var att det OPS-avtal som hade slutits var detaljerat och inte tillät några större förändringar. Att professionerna nu släpptes in innebar därför inte automatiskt att de fick något betydande inflytande över utformningen av det nya sjukhuset. Avtalet gjorde det således svårt att frångå de ursprungliga idéerna om ett litet och högspecialiserat universitetssjukhus. Det fanns mekanismer i OPS-avtalet, framförallt regeln om att funktionerna som var reglerade i avtalet skulle löpa på så lång tid som tjugo år efter att sjukhuset var färdigbyggt, som förhindrade detta. Det hade också varit en av ambitionerna med OPS-avtalet när det slöts. En ansvarig chef inom NKSf menar att ”ja, men vi ville ju låsa sjukhuset så att man inte ändrar för mycket i det, det var också väldigt viktigt för landstinget” (intervju 1). Inom Karolinska, som hade en syn på god universitetssjukhusvård som i vissa avseenden skiljde sig från NKSf:s syn, väckte därför OPS-avtalet stor frustration. Karolinska såg det som att NKSf, genom avtalet, hade lyckats ”låsa sjukhuset” utifrån en förutbestämmd vision som inte delades av Karolinska (intervju 14). En intervjuperson, som efter år 2012 arbetade med att ta fram Karolinskas plan för verksamhetsinnehåll, beskriver hur OPS-avtalet hindrade vissa av Karolinskas idéer om verksamhetsinnehållet. Denna person uttrycker det som att:

det var ju låst, det fanns ett kontrakt och det fanns ritningar och så där så att [...] det var bara att förhålla sig, det var ingenting som vi kunde [göra] något [åt] (intervju 8).

Denna förväntan om att Karolinska skulle få inflytande över verksamhetens innehåll krockade alltså med en av de grundläggande idéerna bakom OPS-avtalet, nämligen att funktionerna och tjänsterna som reglerades i avtalet skulle ligga fast under hela avtalstiden. Denna krock bildade grund för hur de tilläggsavtal som formulerades under åren 2012–2018 hanterades. Inte minst krävdes det ett aktivt institutionellt arbete från projektorganisationen för att göra tilläggsavtalen legitima.

En tredje typ av ny förväntning som uppstod i samband med nedläggningen av NKSf handlade om att medier omkring år 2013 mer närgånget börjar granska NKS, och då framförallt OPS-avtalets tillkomst och kostnader. Den intensiva mediegranskningen uppstod

efter att den marknadsliberala tankesmedjan *Timbro* i början av år 2013 släppte en mycket kritisk rapport om hur OPS-avtalet hade förhandlats fram inom Stockholms Läns Landsting (Lundberg 2013). *Svenska dagbladet* skrev utifrån den rapporten flera granskande reportage², men även *Expressen*³ och *Läkartidningen*⁴ rapporterade om Timbro-rapportens kritik. Under senare delen av år 2013 och åren som följde skrev medier, bland annat *Svenska dagbladet* och *Dagens industri*, upprepade gånger om hur OPS-avtalet blev ”fördyrat” genom tilläggsavtal som tillkom under byggnationsfasen.⁵ Sammantaget skapade denna mediebevakning en kraftfull förväntan på att projektorganisationen inom landstinget skulle ha kontroll på kostnaderna i samband med tillägg och ändringar av OPS-avtalet, vilket fick konsekvenser för de hanteringsstrategier som växte fram mellan åren 2012 och 2018 och som vi redovisar i nästkommande avsnitt av rapporten.

Hantering av OPS-avtalet 2012–2018: strategier för legitimering av projektorganisationen

Nedläggningen av NKSf och infasningen av Karolinska i projektet 2011–2012 skedde alltså parallellt med att nya förväntningar riktades mot NKS-projektet och dess organisation. Dessa nya förväntningar betydde att det inte längre gick att bygga legitimitet kring OPS genom särorganisering, vilket hade utgjort den övergripande strategin för att skapa legitimitet dittills i NKS-projektet (Yngfalk & Junker 2019). Det blev nu i stället centralt att finna nya strategier och arbetssätt för att försöka upprätthålla legitimiteten för OPS-avtalet, och därmed även för NKS-projektet som sådant i och med att avtalet reglerar projektet ända fram till år 2040.

Vi har identifierat fyra delvis överlappande legitimitetsstrategier inom landstinget för att hantera OPS-avtalet. Den *första* handlar om hantering av avtalet genom justeringar via tilläggsavtal för att utveckla och anpassa sjukhusets utformning och omfattning till nya förväntningar från framförallt Karolinska. Den *andra* strategin berör formalisering av ansvar, vilket kan härledas till förväntningar på ökad kostnadskontroll och transparens. Den *tredje* strategin handlar om distansering från tidigare beslut om OPS-avtalet för att skapa acceptans

² Bland annat i artiklarna av Fredrik Mellgren ”Nya Karolinska ’ett stort misstag’” den 21 februari 2013 och ”M försvarar dyrt KS” den 22 februari 2013.

³ Bland annat i en ledare den 2 april 2013 med rubriken ”Sjuk sjukhusaffär”.

⁴ Bland annat den 27 februari 2013 i en artikel med rubriken ”NKS dyrare än vad det hade behövt vara”.

⁵ Till exempel i SvD-artiklarna ”fler vårdplatser fördyrar nya KS”, den 22 september 2013 och ”Nya Karolinska blir rekorddyrt” den 19 oktober 2013, samt i artikeln ”Miljardsmäll igen för Nya Karolinska” den 6 juni 2014 i *Dagens industri*.

och därmed handlingsutrymme gällande förändringar i avtalet, vilket tillskrev OPS-idén legitimitet framförallt i relation till Karolinskas krav. Denna tredje strategi var också central för att kunna hantera den mediala kritik som växte fram kring ökade kostnader för NKS. Den fjärde och sista strategin handlar om hur landstingsstyrelsens förvaltning utvecklade och förädlade sin kompetens som beställare utefter funktionskrav (en idé som bygger på kommersiell logik) i stället för traditionella lösningsorienterade upphandlingskrav (vilket länge utgjort normen inom landstinget). Detta involverade inte bara att nyttja, utan också att utveckla, sprida, och bemästra, kärnidéer ur OPS-modellen som berör marknadens innovationskraft och överlägsenhet i relation till offentlig verksamhet och att implementera dessa idéer i förvaltningsorganisationen i stort. Nedan följer en närmare analys av dessa fyra strategier.

Strategi 1: Hantering genom justeringar och tilläggsavtal

Den första strategin för att hantera OPS-avtalet var att genomföra förändringar och justeringar av ursprungsavtalet. I enlighet med OPS-avtalets konstruktion kunde förändringar endast ske via tilläggsavtal. Fram till den 19 december 2019 hade 178 tilläggsavtal till en kostnad av ca 2,4 miljarder kronor tecknats. Genom dessa tillägg ökade vederlaget som landstinget är ålagt att betala till projektbolaget med ca 23,6 miljoner kronor.⁶

Tilläggsavtal kan tillkomma av olika anledningar, till exempel ändrade krav eller specificering av krav som inte var definierade vid tecknandet av ursprungsavtalet. Även engångsinbetalningar som beställaren gör till entreprenören under byggfasen när stora etapper av byggnationen har färdigställts kallas för tilläggsavtal. Denna typ av tilläggsavtal brukar generera minskade vederlag, medan övriga former av tilläggsavtal oftast leder till höjningar av vederlaget. En stor andel av de tilläggsavtal som upprättades under den studerade perioden kan förstås som en konsekvens av att delar av den ursprungliga kravställningen från 2010, såsom Thoraxbyggnaden, lyftes ut ur det slutgiltiga avtalet för att minska kostnaderna för projektet. Detta var en förutsättning för att alls få till ett avtal som höll sig inom de politiskt beslutade kostnadsramarna. Det stod dock klart för båda parter vid tecknandet av avtalet 2010 att dessa delar inom en snar framtid skulle återkomma och därmed belasta projektet kostnadsmässigt (Yngfalk & Junker 2019, 43).

⁶ Uppgifter inhämtade från landstinget genom NKS avtalsförvaltning, den 29 januari 2020.

Men långt ifrån alla tilläggsavtal som upprättades under den studerade perioden kan förstås som en konsekvens av att man lyfte ur delar från avtalet 2010. Arbetet med tilläggsavtal kan även förstås som en strategi för att möta förväntningar och krav på förändring av sjukhuset när Karolinska övertog ansvaret för verksamhetsinnehållet från NKSf. I ljuset av detta kan vi förstå tilläggsavtalen som ett sätt att anpassa OPS-avtalet till Karolinskas krav på verksamhetsinnehållets utformning, och därmed som ett sätt att upprätthålla OPS-avtalets legitimitet.

Tilläggsavtalen krävde en stor byråkrati, vilket berodde på att både landstinget och projektbolaget var tvungna att se över avtalet i dess helhet varje gång en justering gjordes. En tjänsteperson beskriver arbetsordningen för varje tillägg till avtalet:

Projektbolaget måste ta ställning till hur det påverkas, vad är skillnaden i ansvar för det här nya installerat jämfört med det som de redan har byggt, så att säga? Vad blir förändringen och hur påverkar det, blir det mer städning, mindre städning, påverkar det logistik, transporter, hur påverkar det övriga åtaganden som de har i och med att det är ett totalåtagande? När det är Locum som har ansvaret så är det ju inte den processen. Då är vi själva fastighetsägare, och vi har ju liksom ett löpande ansvar på ett annat sätt men här måste de då sitta och bedöma allt det här [och sätta ett pris] (intervju 4).

Denna tungroddhet i avtalet berodde delvis på att avtalet inte var designat för att göra det enkelt att genomföra förändringar under byggprocessen. En av tjänstepersonerna inom landstingets förvaltning med ansvar för avtalet efter 2012 förhåller sig kritisk till tanken på att detta stora byggprojekt inte skulle behöva justeras under de ca nio år som byggfasen pågick:

Man visste att sjukhuset skulle vara klart 2017 i slutet. Det är alltså nio år. Trodde man verkligen inte att det skulle hända någonting inom vårdsektorn på nio år (intervju 4)?

Förutom de sedvanliga förändringarna och justeringarna som sker över en nioårig byggperiod fanns det dock en annan anledning till att tilläggsavtalen ökade i antal i den nya projektorganisationen. Vi menar att detta hade med en otydlig ansvarsfördelning mellan Karolinska och landstinget att göra, vilket också stöds av Landstingsrevisorernas bedömningar (Landstingsrevisorerna 2016, bilaga 3). Efter omstruktureringen, där Karolinska formellt organiserades in i projektorganisationen, uppfattade Karolinska det som att man hade fått ett mandat att omformulera innehållet i det nya sjukhuset utifrån sina egna idéer om god

universitetssjukhusvård. De nya krav och förväntningar som Karolinska ställde på projektet uppmuntrade till förändringar i ursprungsavtalet gällande utformningen av sjukhuset. Detta kunde, exempelvis, handla om att anpassa det till idéer som funnits länge inom Karolinska om ett större och därmed mindre högspecialiserat universitetssjukhus (Andersson & Grafström 2019). Förvaltningen ansåg dock att den nya organiseringen med Karolinska som kravställare ledde till att fler förändringar än nödvändigt gjordes. En av tjänstepersonerna inom NKS bygg förklarar:

Landstinget gick ju in och delade upp ansvaret för det där. Kravställning från Karolinska, sedan ska någon centralt handla upp det där, och vem är då ansvarig för att det här ska funka (intervju 1)?

Ansvarsfördelningen skapade således bekymmer, framförallt för de tjänstepersoner som skulle hantera tillägg till det ursprungliga OPS-avtalet. Karolinska motiverade förändringsförfrågningarna bland annat med att hänvisa till den framtidsplan för sjukvården i regionen som landstinget hade tagit fram 2011. Karolinska menade att den ursprungliga NKS-visionen om ett litet högspecialiserat sjukhus inte var anpassad till hur sjukvårdsstrukturen såg ut i resten av landstinget. En av tjänstepersonerna som arbetade på programkontoret på Karolinska under perioden beskriver:

In via NKS bygg och så skulle [förändringsförfrågningarna från KS] då upp till Landstingsledningen, och så går det fram och tillbaka, och landstinget var ganska trötta på det därför att [projektet] inte får kosta mer än vad det gör, det hade redan liksom dragit iväg. [...] Men de här ändringsförfrågningarna skulle då, de är lök på laxen, och där var det tror jag en kamp för Karolinska sjukhuset att få igenom sina ändringsförfrågningar för många miljoner. Men de kunde å andra sidan åberopa att framtidsplanen har ju inte tagit höjd för den vården så att vi inte kan flytta ut (intervju 5).

Citatet illustrerar hur Karolinska motiverade sina förändringsförfrågningar till NKS Bygg och direktören för landstingets avdelning för strategiska fastigheter och investeringar genom att hänvisa till den övergripande organiseringen av framtidens sjukvård i regionen. Karolinska menade att sjukhuset, och i förlängningen hela sjukvårdssystemet i Stockholm, inte skulle kunna bedriva sin verksamhet om inte förändringarna genomfördes. Tilläggsavtalen var därför av central betydelse för att skapa legitimitet för den nya projektorganisationen, nu när Karolinska hade blivit en drivande aktör för vårdens innehåll.

Sammanfattningsvis menar vi, att trots att många av de tilläggsavtal som uppkom under perioden kan ses som en konsekvens av tidigare beslut i projektet, ger de även uttryck för en hanteringsstrategi som syftade till att bygga legitimitet för avtalet i relation till nya förväntningar som hade uppkommit, framförallt förväntningen om att Karolinska skulle ha reellt inflytande över verksamhetsinnehållet. Ju fler tilläggsavtal som slöts, desto större acceptans skapades för OPS-idén inom projektorganisationen i stort, och i landstingsstyrelsens förvaltning mer specifikt. Tilläggsavtalen syftade till att förändra och justera OPS-avtalet och tjänade därmed även indirekt de politiska intressen inom landstinget som förespråkade de marknadsmässiga ideal som ursprungligen låg till grund för OPS-modellen. Genom att tilläggsavtalen möjliggjorde anpassningar av det nya sjukhuset utifrån Karolinskas behov, bidrog de till ett minskat motstånd och en långsiktig legitimitet för avtalet.

Strategi 2: Hantering genom formalisering av ansvarsfördelning

Den andra hanteringsstrategin för att legitimera OPS-avtalet och den projektorganisation som skapades kring avtalet var att formalisera ansvarsfördelningen mellan parterna. Eftersom den nya projektorganisationen bestod av flera olika enheter (se figur 1 ovan) blev ansvarsfördelningen dem emellan snabbt en viktig fråga för projektorganisationen. I konsultrapporter och revisionsrapporter från tiden för omorganiseringen påpekas återkommande att en tydlig ansvarsfördelning är viktig i och med att ansvaret för NKS delades mellan det privata projektbolaget (SHP), den offentliga vårdutföraren (Karolinska) och den politiska landstingsledningen. Till exempel pekade Landstingsrevisorerna redan år 2011 på behovet av bättre och tydligare ansvarsfördelning mellan de olika parterna i projektorganisationen (Landstingsrevisorerna 2016, bilaga 3).

En tjänsteperson inom NKS bygg var väl medveten om att ansvarsfördelningen mellan Karolinska och landstingsförvaltningen under 2012–2013 inte var optimal men ansåg att det framförallt var projektbolaget, SHP, som blev den lidande parten. Tjänstepersonen förklarar hur,

ingen hade huvudansvaret [...] Jag har ju jobbat med projekt i 35 år, och det är klart att det alltid brukar finnas en tydlig ansvarig. Men jag tror att i det skedet man var inne i då påverkades inte projektet av att det inte fanns en namngiven. Vi jobbade ju helt ihop inom landstinget. Det var nog mer utifrån

projektbolaget som hade önskat få den här uttalade enskilde ansvarige då (intervju 13).

Denna bild av att projektbolaget efterfrågade en tydlig huvudansvarig part att förhandla med om justeringar och tillägg bekräftas också i en utvärderingsrapport från 2016 (WSP 2016, s. 59). I samma rapport står det också att samverkan trots detta verkar ha fungerat tillfredställande mellan de olika parterna i avtalet (WSP 2016, s. 59). Det kan ha berott på de olika samverkansgrupper och kommittéer som skapades när OPS-avtalet sjösattes, med syfte att främja samverkan och kommunikation mellan projektbolaget, landstinget och Karolinska (se Landstingsrevisorerna 2012, s. 6). Att tjänstepersonen i citatet ovan uttrycker att upplägget inte utgjorde ett problem kan ses i relation till personens roll som en av de högst ansvariga för OPS-avtalet under perioden. Som vi visade i föregående avsnitt om tilläggsavtalen var dock långt ifrån alla tjänstepersoner som var verksamma inom projektorganisationen under perioden 2012–2013 nöjda med hur ansvarsfördelningen mellan framförallt Karolinska och landstinget såg ut. Att samverkan fungerade bra är inte heller samma sak som att ansvarsfördelningen var tydlig. Otydlig ansvarsfördelning kan i vissa fall till och med främja samverkan; otydligheten om vem som bär ansvar för vad kan bidra till en gemensam ansvarskänsla bland de inblandade parterna. Problemet med otydlig ansvarsfördelning handlar snarare om att det blir svårt att utkräva (demokratiskt) ansvar i efterhand, om brister uppdagas.

År 2015 gjordes omorganiseringar inom landstinget för att anpassa ansvarsfördelningen inom landstinget till de krav på tydliga ansvarskedjor och större politisk insyn som fanns i den institutionella omgivningen; inte minst från återkommande rekommendationer i rapporter från Landstingsrevisorerna (se Landstingsrevisorerna 2016, bilaga 3) och genom den mediala granskningen som vid denna tid var intensiv och starkt kritisk till kostnaderna för NKS-projektet. Som ett led i att möta dessa förväntningar fick Karolinska det övergripande ansvaret för driftsättningen av det nya sjukhuset och programkontoret på Karolinska rapporterade direkt till politikerna i landstingsstyrelsens arbetsutskott (WSP 2016, s. 58). Detta ansvar hade tidigare delats i en projektkommitté bestående av representanter för NKS bygg, projektbolaget och Karolinska (WSP 2016, s. 57). Genom att knyta programkontoret på Karolinska närmare politiken kunde politiken också styra mer hur tilläggsavtalen hanterades. En tjänsteperson med insyn i arbetet förklarar:

Man vill inte ha diskussioner i efterhand att oj, nu blev det dyrt här liksom för grejen är att det har de vetat om. De [KS] har ju redan i tidigt skede skrivit på, nu vill man förtydliga det här helt enkelt [...] Förut utsåg ju de ett programkontor som liksom hade totalt sett ett mandat, men i och med politiken nu så krävs det ju ett enskilt beslut alltså för varje enskilt fall och det gjorde det ju inte tidigare utan då hade ju ledningen på Karolinska gett ett mandat till programkontoren där att vara den som fattade beslut om de här ändringarna (Intervju 4).

Genom att göra Karolinska huvudansvarig för driftsättningen och samtidigt knyta beslut om tilläggsavtal närmare politiken skapades tydligare ansvarskedjor mellan de som ställde krav på förändringar och politikerna som var ytterst ansvariga för ekonomin inom landstinget.

Dessutom beslutade politikerna i landstingsstyrelsen att begränsa förvaltningens handlingsutrymme gällande kostnaderna för tilläggsavtalen. Delegationsordningen stramades upp och innebar att direktören för Landstingets strategiska fastigheter och investeringar bara fick fatta beslut om tillägg till ett värde av 30 miljoner kronor. Kostnader mellan 30 miljoner och 50 miljoner kronor krävde beslut av landstingsdirektören och alla kostnader över 50 miljoner kronor skulle fattas av landstingsstyrelsen (det högsta verkställande politiska organet i landstinget). Kostnader över 100 miljoner skulle passera landstingsfullmäktige för godkännande innan beslut togs (WSP 2016, s. 73). En tjänsteperson som berördes av denna förändring i delegationsordningen beskriver det såhär:

Politiken gick då [ut] i pressen med det här [och] sa ”nu ska vi ta kontroll över kostnaderna”. Så nu får inte längre [chefen för NKS bygg] ta beslut om de här tilläggsavtalen utan nu ska landstingsdirektören [göra det]. Som om det skulle hjälpa. [...] Det är ju inte vi som har hittat på tilläggsavtalen eller ändringarna liksom (intervju 4).

Vi ser således hur det utarbetas mer formella rutiner i förvaltningsorganisationen med en tydligare ansvarsfördelning där landstingspolitikerna, som bär det yttersta ansvaret för kostnaderna, aktivt fattar beslut om förändringar som leder till tilläggsavtal. Flera intervjupersoner ger dock uttryck för en frustration över att ansvariga politiker inte tidigare tog det formella ansvaret för tilläggsavtalen och de merkostnader som de innebär. En person som arbetade på Karolinska upplevde att det var först när medier började granska kostnaderna för tilläggsavtalen som politikerna försökte ta kontroll över kostnadsutvecklingen:

Om man läser Svenska Dagbladets genomgång av kostnadsökningen på NKS så var egentligen allt det de skrev; det var ju känt för landstingsledningen redan 2012 [...] Det var just det här som vi pratade om (intervju 6).

En annan person som arbetade inne på landstingsstyrelsens förvaltning vittnar om en liknande känsla av att politikerna tog tag i problemen med tilläggsavtalen först när media började granska dem. Samtidigt, menar denna intervjuperson, stod det klart för hela landstingsfullmäktige redan vid OPS-avtalets tecknande 2010 att tilläggskostnader skulle komma i senare skede av byggnationen. Personen illustrerar med en liknelse om att bygga en villa:

Om du bygger en villa, så gör du ett avtal med en entreprenör och så får du en färdig villa och säger: ”Nu vill jag ha ett litet gästhus också, tror du att det ingår i grundavtalet?” Man får ju bara det som är skrivet i avtalet (intervju 3).

Sammanfattningsvis kan arbetet med att tydliggöra ansvarsfördelningen och att knyta styrningen av tilläggsavtalen närmare den politiska nivån ses som ett exempel på det som i litteraturen beskrivs som ”politiska” former av institutionellt arbete, det vill säga aktiviteter som riktas mot utformningen av regler, rättigheter och gränsdragningar inom organisationer. Genom att utarbeta regler och formella gränsdragningar för ansvar försökte projektorganisationen upprätthålla legitimitet för OPS-avtalet och sitt eget arbete.

Strategi 3: Hantering genom distansering från tidigare beslut

Föregående strategi framhävde betydelsen av mer formella bestämmelser kring kostnadsansvar gällande hanteringen av OPS-avtalet inom landstingsstyrelsens förvaltning. Den tredje strategin betonar hur projektorganisationen både formellt och under mer informella former distanserade sig från tidigare beslut om NKS. Denna distansering skedde i relation till NKS-projektet i allmänhet och till OPS-avtalets utformning i synnerhet. Distanseringen skedde, menar vi, för att lugna kritiska röster i projektets institutionella omgivning och för att skapa det handlingsutrymme som behövdes för att anpassa OPS-avtalet till övrig sjukvårdsstruktur i Stockholm, och på så sätt även skapa legitimitet kring OPS-avtalet på längre sikt. Ju bättre kritiken mot avtalet kunde bemötas, desto mer acceptans skapades för den nya projektorganisationen i dess helhet. Två olika kategorier av empiri ger uttryck för denna hanteringsstrategi: dels Karolinska som uttrycker missnöje med inriktningsbeslut tagna under tiden för NKSf, dels tjänstepersoner inom landstingsstyrelsens förvaltning som genom att

upprätta strikta gränser mellan sitt eget ansvar och tidigare fattade beslut försöker legitimera nuvarande arbete med OPS-avtalet.

Den första distanseringsstrategin handlar om att Karolinska förhöll sig kritiskt till NKSf:s särorganiserade arbete med projektet på en generell nivå (se Yngfalk & Junker 2019 för en beskrivning av detta arbete). Detta missnöje resulterade bland annat i att ansvariga politiker år 2011, när det stod klart att NKSf skulle läggas ner, beslutade om att organisera planeringen av det nya sjukhuset internt på Karolinska. Ledningen på Karolinska upplevde att den nu, som representant för de kliniska och vårdgivande professionerna, hade fått ett mandat att påverka NKS, varför man nu ville involvera professionen än mer än tidigare. En högt uppsatt tjänsteperson som arbetade som representant för Karolinska med planeringen av vårdinnehållet på NKSf berättar:

Och det som [Karolinska] sjukhuset hävdade hela tiden, det är att arbetet inte kan skötas i en projektorganisation utan det ska skötas av linjen. Så på sjukhusets sida ska vi inte ha något stort programkontor utan det ska vara [...] ute i verksamheten alltså [...] Det ska drivas i linjen men liksom hållas ihop av ett litet programkontor (intervju 9).

Ledningen för Karolinska ville därmed inkludera klinikerna och de verksamhetsnära enheterna i arbetet i större utsträckning. Detta sätt att omorganisera arbetet med verksamhetsinnehållet skapade handlingsutrymme kring OPS-avtalet genom att det öppnade upp för förändringar av och tillägg till det ursprungliga avtalet. Kritiska röster, bland annat från inhyrda managementkonsulter som anlätades för att utreda hur den nya organisationen exakt skulle se ut, talade om relevansen av ett större och mer centraliserat projektkontor inom Karolinska som skötte NKS-arbetet. Tjänstepersonen berättar vidare hur,

konsulterna som vi blev intervjuade av, de framhöll ju det hela tiden, att det inte går att genomföra ett stort projekt i en linjeorganisation utan det måste hållas ihop i ett program, och det ville man ju inte lyssna på då. Man kunde ju inte heller lyssna på det från sjukhusets sida är min bild av det, eftersom man själv hade framhållit att vi inte kan låta andra sköta det här utanför utan det ska vara i linjen. Då kan man ju inte börja med att lägga [planeringen av vårdinnehållet] i ett programkontor (intervju 9).

Till att börja med bestod programkontoret därför endast av en mindre skara personer som skulle koordinera arbetet inom Karolinska med att bestämma verksamhetsinnehåll och

utformning av det nya sjukhuset. För att ytterligare skapa handlingsutrymme kring OPS-avtalet beslöt Karolinska även till en början att inga av de som ”lånats ut” på 20 procent som representanter för Karolinska till NKSf skulle vara en del av den nya organisationen. En person som arbetade inom programkontoret beskriver hur ledningen på Karolinska initialt var mycket bestämd i det beslutet (intervju 12). Det fanns många personer som hade arbetat på NKSf, men som formellt hela tiden varit anställda av Karolinska. Dessa personer upplevde denna distanseringsstrategi som ”obehaglig” eftersom de uppfattade att de hade arbetat som representant för Karolinska på NKSf. En av medarbetarna som lånats ut som så kallad ”20-procentare” av Karolinska och arbetat med utformningen av vården i NKSf berättar hur,

det var jätteoroligt och olustig stämning. Och jag kan ju tycka att jag hade liksom varit på Karolinska i hela mitt yrkesverksamma liv och så plötsligt bara nej vi, så jag hade ju ändå känslan av att jag hade jobbat på uppdrag av dem hela tiden. Eller blivit utsett som en representant från sjukhuset och plötsligt var det liksom en helt annan bild för dem som förespeglades och då var det ju likadant, jag menar personaldirektören hade jag ju känt sedan 90-talet och plötsligt var man liksom inte vatten värd, så det var riktigt obehaglig stämning (intervju 9).

Genom att distansera sig från den föregående projektorganisationen skapades avstånd och handlingsutrymme för att göra förändringar i projektet. Denna distanseringsstrategi visade sig dock ganska snabbt vara ohållbar, och programkontoret tvingades att ta in personer med kompetens och erfarenhet från NKSf. En högt uppsatt tjänsteperson på programkontoret beskriver att det var först när personer med erfarenhet från NKSf anställdes till programkontoret på Karolinska som ”filosofin” bakom NKS-projektet blev tydlig för de som arbetade i programkontoret (intervju 12).

Programkontoret på Karolinska växte snabbt till att omfatta ett 30-tal personer, varav en del kom från NKSf och därmed hade god kännedom om vilka idéer och arbetssätt som hade väglett utformningen av sjukhuset under den perioden. Denna strategi för att öka handlingsutrymmet för professionsrepresentanter på Karolinska var dock kortvarig. Under 2013 och framåt skedde förändringar inom Karolinskas styrelse och ledning som gjorde att arbetet med verksamhetsinnehållet på NKS än en gång ändrade inriktning, vilket noggrant redogörs för i en annan rapport i detta projekt (Andersson & Grafström, kommande/2020).

Det andra sättet som distanseringsstrategin kom till uttryck på i projektorganisationen var genom att tjänstepersonerna på landstingsstyrelsens förvaltning distanserade sig från tidigare beslut kring OPS-avtalet. Vi tolkar detta som ett sätt att tillskriva sitt eget arbete och den egna projektorganisationen legitimitet, utan att behöva ta ansvar för de tidigare beslut som den nuvarande projektorganisationen var tvungen att arbeta utifrån. Ett exempel på en sådan distansering var utsagor om att hanteringen av avtalet var förknippad med väldigt mycket administration och krävde extern juridisk kompetens, vilket diskuterades i förgående avsnitt. En av intervjupersonerna i en ledande position inom den nya organisationen efter år 2012 beskriver en utbredd naivitet inom landstingsstyrelsens förvaltning vid tiden för OPS-avtalets tillblivelse:

För att jag sade [när jag rekryterades till förvaltningen] ”hur reglerar man förändringar” [i OPS-avtalet]. Svaret blev ”nej, nej, det blir inga ändringar, utan i det här avtalet kommer det aldrig att bli några ändringar, utan det är fast och man har bestämt från början hur man ska ha det, och det är en del av finessen med det här avtalet” [...] Och då kan jag tycka att det var lite naivt med tanke på att man tecknade det här avtalet baserat på kravställning man gjorde 2008 (intervju 4).

Samma tjänsteperson framhåller återkommande att det fanns en gemensam attityd inom landstingsstyrelsens förvaltning om att beslutet med OPS redan var fattat och att det därmed inte var meningsfullt att blicka bakåt oavsett vad man anser om OPS:

Förändringen hade redan skett [...] Och alla var ju liksom inne i det nya nu, det som gällde liksom. Det var ju ingen som satt och grubblade över det som hade varit, utan det var ju så här man jobbade helt enkelt. Det var det upplägg som gällde (intervju 4).

Sammantaget menar vi att denna strategi var effektiv i detta läge, eftersom många av de personer som var ansvariga under den tid när besluten om OPS fattades nu hade försvunnit ur projektorganisationen (se tidigare avsnitt). Genom att förhålla sig kritisk till och byta ut många av de personer som hade varit ansvariga för OPS-avtalet i tidigare skeden anpassade man sig inom projektorganisationen till de nya förväntningarna som fanns i den institutionella omgivningen. Det handlade dels om förväntningar på att OPS-avtalet nu skulle integreras i den ordinarie verksamheten på landstingsstyrelsen och därmed inte ses som något extraordinärt oavsett hur detta avtal hade kommit till, dels om att bemöta den kritik som fanns

mot avtalet i den institutionella omgivningen, främst uttryckt genom Karolinska och i den mediala granskningen. Denna strategi kan därför ses som ytterligare ett sätt att tillskriva avtalet legitimitet i den institutionella omgivningen.

Strategi 4: Hantering genom förädling och tillämpning av OPS-idéer bortom NKS

Via denna sista hanteringsstrategi upprätthölls legitimitet för OPS-avtalet genom att projektorganisationen inom landstinget än mer konsekvent framhävde, förädlade och började tillämpa styrningsidéer baserat på sin utvecklade kompetens som beställare av funktionalitet. Detta innebar att de marknadsorienterade idéer som ligger till grund för OPS-modellen framhävdes i organisationen och fick utrymme i landstingets förvaltning mer generellt och bortom NKS-projektet. Genom att på så sätt framhålla fördelarna med OPS och minska kontrasterna mellan styrningen av NKS, som bygger på en OPS-modell, och styrningen av andra sjukhus, försökte man skapa legitimitet för OPS-avtalet. Denna strategi ger uttryck för ”tekniska” former av institutionellt arbete, det vill säga aktiviteter som förstärker de normativa grunderna för en institution (Lawrence and Suddaby 2006). Detta skedde genom att fokusera, och till och med förfina, kunskapen för kravställning utifrån funktion och göra den till en särskild kompetens inom förvaltningen, samt att utarbeta en formell byråkrati med rutiner för uppföljning av projektbolagets arbete.

Projektorganisationen kunde via sitt fokus på att förfina kunskapen för kravställning utefter funktion som en särskild kompetens framhäva sin identitet som en modern förvaltning som tog tillvara på marknadens innovationskraft och effektivitet. Detta är inte något unikt för landstinget, utan en vitt spridd trend inom svensk offentlig förvaltning (se Ek Österberg 2016), vilken i stort ger uttryck för kommersiella logikers utbredning i samhället på bekostnad av andra värderingsgrunder och principer (Yngfalk 2019). En av de intervjuade tjänstepersonerna beskriver hur kompetensen som beställare av funktioner och tjänster var något som tydligt saknades inom landstinget till en början:

Det var en parameter till som jag tycker inte riktigt har kommit fram och det är, i de här OPS-sammanhangen, det är ju, var i landstinget ska kontrollen finnas av att, om vi nu inte säger OPS, om vi säger funktionsupphandling, var i landstinget ska kontrollen finnas, att byggentreprenaden fortskrider enligt plan? För att om du som beställare i en vanlig byggentreprenad, så måste du vara väldigt nära och väldigt mycket med, för att se att det går enligt plan och

tid [...] men det kräver, ett stort projekt kräver en väldigt stark beställare. Och den där starka beställaren, den hade vi ju inte riktigt (intervju 4).

I tidigare rapporter inom detta forskningsprojekt har det konstaterats att NKS-projektet var förankrat i fyra olika visionära idéer (Johannesson & Qvist 2019, 36–37). En av dessa idéer handlade om marknadens innovationskraft, och denna idé återfinns också i detta skede av NKS-projektet. I flera av intervjuerna som ligger till grund för denna rapport tillskrivs OPS legitimitet utifrån idén om marknadens fördelar i förhållande till traditionell offentlig verksamhet. Här kontrasteras ofta OPS-modellen med sin konventionella motsvarighet i landstingsförvaltningen historia: upphandlingar utefter samverkansmodellen där Locum är ansvarig part från landstingets sida. Till exempel menar flera intervjupersoner att Locum inte klarade av att genomföra ett så stort och viktigt projekt som att bygga ett helt nytt universitetssjukhus. Erfarenheterna av Locums tidigare projekt vittnade om att det ofta förkom förseningar och fördröjningar under byggnationens gång, och detta ville politikerna undvika. Genom att använda OPS som avtalsform för det nya sjukhusbygget, menade man att tids- och kostnadsaspekterna var mer förutsägbara och därmed kontrollerbara. I intervjuerna framhäver flera personer fördelarna med OPS och inte minst idén att som offentlig aktör ”hyra ett sjukhus”.

Grundidén är vettig därför att man bestämmer ett pris ”det får kosta så här mycket” och vi äger ju inte sjukhuset, vi hyr och så vidare, och då vet man vad det kostar. Man lägger kraven på bygg och så där. Hade vi låtit Locum bygga NKS, mig veterligen finns det liksom inget projekt någonsin i Sverige där något bolag håller tiden med pengarna och det är det stora felet (intervju 5).

Detta synsätt återfinns hos många personer som har arbetat med OPS-avtalet innan 2012, men också hos personer utan tidigare erfarenhet av OPS som kom in i projektorganisationen på landstingets sida efter 2012. Till exempel jämför en tjänsteperson på landstingsförvaltningen med stor vana av upphandlingar inom byggnation i privat sektor OPS med femåriga funktionsupphandlingar, och konstaterar att:

Det mesta man brukar se i branschen annars är ju ett femårigt garantiåtagande som man har och det som man då kan se som en fördel då med ett 30-årigt garantiåtagande [OPS-avtalet] det är att man behöver ju tänka till lite grand

när det gäller materialval, tekniska lösningar just utifrån hållbarhetsperspektivet (intervju 4).

Det finns i materialet en ganska stor samsyn kring att OPS-avtalet förde med sig stora fördelar genom att ha mekanismer som gör att prisökningar och förseningar inte förekommer i lika stor utsträckning som i andra upphandlingsformer. Dessutom inbegriper idén med att ”hyra ett sjukhus” utifrån förutbestämda funktionskrav en tilltro till att sjukhuset hålls i bra skick genom hela hyresperioden, vilket citatet ovan illustrerar.

Kravställning utefter funktion är en central idé i OPS-modellen och fick också mycket fokus i det tidiga arbetet, runt år 2008, med att utvärdera OPS som en av flera alternativa lösningar för NKS. Detta arbete bedrevs i stor omfattning av managementkonsulter på uppdrag av lanstingsförvaltningen. Arbetet med att förmå projektorganisationen i landstingets förvaltning att ställa om mot en OPS-modell handlade under åren 2007 respektive 2008 om att förmå tjänstepersonerna att ”tänka om” från lösningsorientering till kravställning efter funktion (se även Yngfalk & Junker 2019). Under 2012–2018 befäster alltså förvaltningen denna syn på projekthantering inom regionen, vilket därmed kan sägas utgöra ytterligare ett steg i riktning mot den marknadsorienterade projekthantering som implementerades av NKSf i projektets tidiga skede (se Yngfalk & Junker 2019).

Tankesättet med kravställning utifrån funktion i upphandlingar utvecklas under de sista åren av den studerade tidsperioden och börjar få fäste mer generellt inom landstinget, alltså bortom styrningen av NKS-projektet. Detta sker genom att förvaltningen agerar normbildande och bland annat utbildar vårdgivarna i att tänka utefter funktionskrav i stället för lösningar där man anser att marknaden skapar mer innovation och därmed effektivitet. En högt uppsatt tjänsteperson med ansvar för NKS under perioden berättar:

Vi försöker utbilda våra vårdgivare [i kravställande utefter funktion], det kan ju faktiskt vara så att vi hittar en annan lösning som leder till att ja men vi behöver ju inte alls bygga om något om vi gör på det här eller det här sättet eller flyttar den saken dit och dit istället. [...] Det här är inte unikt för Karolinska, alltså för NKS om vi säger så, utan det handlar om att man verkligen har förstått och bollat och borrar mer i vad är det egentliga behovet [...] man har ju ställt högre krav nu så att nu behöver man ju göra all den här [OPS-orienterade] hanteringen på alla sjukhus också vilket minskar

skillnaderna [mellan NKS och övriga sjukhus] kan man väl konstatera då.
(intervju 4).

Citatet illustrerar hur idén med OPS, och tanken om att den offentliga parten ska vara en renodlad beställare som tänker och styr projekt utifrån funktionskrav i stället för utifrån vilka lösningar man vill ha, börjar tillämpas inom regionens förvaltning även avseende andra sjukhus. Detta ”minskar skillnaderna” mellan organiseringen av NKS, utefter OPS-modellen, och övriga sjukhus i regionen eftersom bland annat ”OPS-avtalet ger en bättre mekanism att följa upp” (intervju 4).

För att ytterligare stärka OPS-avtalets legitimitet och minska skillnaderna mellan NKS och styrningen av andra sjukhus försökte projektorganisationen även utveckla och skapa egen kompetens kring den juridiska hanteringen av avtalet och även bitvis att justera avtalet i relation till övriga avtal inom förvaltningen. Detta handlar särskilt om att utöka möjligheten att ta in fler och olika entreprenörer som komplement till projektbolaget och dess underleverantörer (intervju 13). Här försöker förvaltningen att ytterligare befästa bilden av att avtalet inte är låst utan att det finns förutsättningar att i samverkan med projektbolaget effektivisera och förfina avtalet via marknadens innovationskraft och andra aktörer.

Man förädlar avtalet i sådan utsträckning att det anses skapa god praxis och effektivitet i uppföljningen av projektbolagets arbete. Men arbetet med att utveckla den egna kompetensen som beställare inom projektet leder inte bara till att nya rutiner utvecklas och implementeras i hanteringen av NKS, utan man för även resonemang om att tillämpa dessa rutiner på andra håll inom sjukvårdens organisering i regionen. Tjänstepersonen beskriver:

I OPS-avtalen är det ju helt unika krav på en mängd olika frågor och det finns ju ingen praxis kring tolkningar av ett antal av det här. Jag menar, vi har ju ingen, tittar du på de andra sjukhusen så finns det ju ingenting som heter bristpoäng liksom där man utifrån utan då kan det finnas viten kopplat till olika saker men de är ju oftast jättesvåra att få utlösta, viten. [...] Vi resonerar kring det och jag säger; varför gör vi inte det överallt liksom. Så att det kanske på sikt då, om man tittar nu på det här med hur vi ska bli bättre beställare, kanske det blir någonting som vi i framtiden lägger in (intervju 13).

Sammanfattningsvis visar denna analys att förvaltningen försöker styra vilka aktörer som projektbolaget i sin tur anlitar för att på olika sätt effektivisera arbetsprocessen vid tilläggsavtal och löpande förändringar. Förvaltningen förädlar sin egen kompetens som

beställare genom att tillämpa marknadslogiken i en mer renodlad form än tidigare. Dessutom finns det en önskan hos landstinget att sprida denna nyfunna kompetens som funktionsbeställare till andra delar av Landstingets upphandlingsverksamhet. Detta förfinings- och spridningsarbete tillför legitimitet till OPS-avtalet och dess organisation.

Diskussion och slutsatser

Syftet med denna rapport har varit att undersöka hur OPS-avtalet hanterades och utvecklades i landstingets förvaltning under perioden 2012-2018 med fokus på de hanteringsstrategier som utarbetades för att upprätthålla legitimitet för den nya projektorganisationen, och därigenom för OPS-avtalet. I detta ingick att studera vilka aktörer, idéer och organisatoriska arrangemang som var centrala för arbetet med att legitimera projektorganisationen.

Rapporten framhåller fyra strategier som har varit av särskild vikt. I rapporten har vi beskrivit dessa strategier som representativa för politiska, tekniska och kulturella former av institutionella arbete, vilket betonar organisationers förmåga att på olika sätt påverka de institutioner som i sin tur styr beslutsfattandet i dessa organisationer (Lawrence, Suddaby & Leca 2009; Lawrence, Leca & Zilber 2013; Perkmann och Spicer 2008). Begreppsapparaten kring institutionellt arbete hjälper oss därmed att förstå hur legitimitet kunde upprätthållas för NKS-projektet utifrån OPS-idén genom den nya projektorganisationens hantering och styrning av de krav och förväntningar som ställdes på organisationen från dess institutionella omgivning. I detta avsnitt sammanfattar vi först den empiriska utvecklingen kring OPS-avtalets hantering och diskuterar detta i relation till denna begreppsapparat för att sedan diskutera några implikationer av dessa resultat för demokratiskt beslutsfattande och för den institutionella utvecklingen inom landstinget.

OPS-avtalets roll i marknadsiseringen av landstinget 2012–2018

Tidsperioden kring 2010–2011, när OPS-avtalet var signerat och diskussioner om nedläggningen av NKSf påbörjades, representerar starten på en förändring i de krav och förväntningar som ställdes på NKS-projektet, både från den närmaste institutionella omgivningen, framförallt Karolinska, och från den bredare omgivningen, såsom mediernas tilltagande kritik och granskningar.

Denna förändring blev också starten på en omfattande omorganisering av NKS-projektet, inte minst utefter kravet om att låta Karolinska få mer inflytande över verksamhetsinnehållet i det

nya universitetssjukhuset. Innan OPS-avtalet var signerat hade organiseringen kring NKS-projektet präglats av särorganisering (Yngfalk & Junker 2019; Andersson & Grafström 2019), men tiden efter att avtalet hade ingåtts kan bättre beskrivas som en period av organisatorisk integrering av NKS-projektet i den ordinarie landstingsorganisationen. Den nya projektorganisationen som uppstod kring OPS-avtalet bestod av Karolinska som kravställare och landstingsstyrelsens förvaltning som upphandlare och förvaltare av OPS-avtalet. Genom denna tudelade organisering gavs Karolinska ett substantiellt inflytande över verksamhetsinnehållet på NKS, men det betydde också att Karolinskas idéer om god universitetssjukhusvård, vilka på flera punkter skilde sig från de idéer som ditills hade väglett utformningen av det nya sjukhuset, kom att förändra vissa förutsättningar för sjukhusbyggnaden. Genom olika former av tilläggsavtal kunde projektorganisationen utföra ett sorts institutionellt arbete av politisk karaktär och på så sätt påverka, justera och utveckla utformningen och omfattningen på avtalet. Detta skedde, menar vi, genom tilläggsavtalens funktion att översätta eller ”de-kontextualisera” den reglerande strukturen för OPS-avtalet från upplägget under NKSf och ”re-kontextualisera” den i den nya institutionella miljö som skapades och var under utformning (jfr Furusten 2013). Den främsta förändringen bestod i att det nya sjukhuset expanderade och blev större än i det ursprungliga förslaget samt att vården blev mindre högspecialiserad.

Ytterligare en hanteringsstrategi som kan förstås som ett politiskt (institutionellt) arbete, var att formalisera ansvarsfördelningen mellan parterna för att därigenom skapa bred acceptans för upplägget. Den nya tudelade projektorganisationen ledde till att ansvarsfördelningen mellan Karolinska och landstinget blev otydligare. Under 2013 och framåt ökade den institutionella omgivningens krav på tydligare ansvarsfördelning kring tilläggsavtalen, och utifrån medias granskningar uppstod krav på tydligare politisk kontroll över kostnaderna för sjukhusbygget. Under 2015 formaliserades därför ansvarsfördelningen kring tilläggsavtalen ytterligare och tjänstemannanivåns handlingsutrymme gällande kostnader för tilläggsavtal begränsades.

I och med den ökade mediala granskningen av OPS-avtalets tillkomst skapades förväntningar i den institutionella omgivningen på att ta avstånd från besluten om att använda OPS i detta projekt. Den tredje hanteringsstrategin som diskuteras i rapporten handlar därför om att projektorganisationen distanserade sig dels från beslut fattade under NKSf, dels från beslutet att använda OPS för NKS-projektet. Detta uttrycktes som en distansering i tid där tjänstepersonerna valde att aktivt fokusera framåt i hanteringen av avtalet samtidigt som de

aktivt försöker skapa ansvarsbarriärer och glömska kring det som tidigare hade skett. Detta syftade till att avgränsa den nya projektorganisationen från ansvar för eventuella brister och problem med OPS-avtalet. Genom att hänvisa till en dåtid med andra beslutsfattare än de som nu ansvarade för OPS-avtalet skapades en gräns för vilket ansvar den nya projektorganisationen kunde ta för OPS-avtalet. Hanteringsstrategin att distansera sig från OPS-avtalet kan förstås främst som en form av tekniskt institutionellt arbete (Lawrence och Suddaby 2006), vilket innebär försök att omformulera etablerade ”mentala modeller” för projektet. Karolinska använde denna distanseringsstrategi för att skapa handlingsutrymme och legitimitet för sitt förändringsarbete när de tog över ansvaret för verksamhetsinnehållet från NKSf. Detta skedde genom att hävda att den ordinarie linjeorganisationen – det vill säga de ordinarie verksamheterna på sjukhuset – skulle utarbeta vilken verksamhet som skulle utföras i det nya sjukhuset. Denna strategi var dock inte långsiktigt hållbar, eftersom det ganska snart stod klart att de kompetenser och erfarenheter som personer som tidigare hade arbetat inom NKSf besatt var nödvändiga för att kunna formulera ett nytt verksamhetsinnehåll för sjukhuset.

Eftersom OPS är en unik samverkansmodell, genom att den överlåter mer ansvar på den privata aktören än andra upphandlingsmodeller, krävde den också en annan form av beställarkompetens än vad som tidigare utgjort normen inom landstinget. I den sista hanteringsstrategin uppmärksammar rapporten därför en form av kulturellt institutionellt arbete i projektorganisationen (Lawrence och Suddaby 2006). Detta innebar ett arbete inom landstingsstyrelsens förvaltning riktat mot att förstärka de normativa grunderna för OPS-avtalet genom att utveckla och förädla sin kompetens – centrala metoder och rutiner – för uppföljning av kravställning utefter funktion (vilket är centralt för OPS-idén). Rapporten visar hur ledningen inom landstingets förvaltningsorganisation uttryckte det som att OPS kräver en ”stark beställare”, och ett institutionellt arbete vidtog därför för att skapa detta inom projektorganisationen. Detta involverade nya rutiner för kravställning efter funktion men även uppföljning med system för bristpoäng och hantering av viten gentemot projektbolaget. Detta var något som tidigare hade saknats inom landstingsstyrelsens förvaltning men som man i och med OPS-avtalet var tvungen att utveckla och implementera. I relation till detta visar undersökningen dessutom på resonemang på ledningsnivå om att tillämpa dessa metoder och rutiner för styrning och uppföljning av kravställning även på andra håll inom sjukvårdens organisering inom landstinget. Detta motiverades främst med att dessa nya metoder skapar effektivitet och kontroll för uppföljning. Resultaten i rapporten gör därmed gällande att idéer

om marknadens överlägenhet gentemot offentlig sektor som ligger till grund för OPS-modellen, via en kombination av olika former av institutionellt arbete inom projektorganisationen, erhållit sådan legitimitet att de börjar spridas och få fäste inom landstinget på ett sätt som tidigare inte var möjligt.

Vår slutsats är därför att även om OPS-avtalet har fått utstå mycket kritik inom såväl förvaltningen och Karolinska som i media, och mycket få politiker och tjänstepersoner vill ta ansvar för denna modell genom att försvara den offentligt, har den fått stort genomslag inom landstingets förvaltningsorganisation. Detta har skett genom att projektorganisationen har lyckats bemöta den kritik som uppkommit kring OPS-avtalet genom att justera och påverka både sin egen verksamhet och de krav och förväntningar som ställdes på den. Idéer som kom med OPS om ”marknaden” som lösare av problem i offentlig verksamhet (såsom budgetöverträdelser, förseningar, samarbetssvårigheter m.m.) har givits legitimitet på ledningsnivå inom landstinget, och detta kan ses som ett steg i institutionaliseringen av denna tankemodell.

Det på många sätt målmedvetna och strategiska institutionella arbete som påbörjades i och med lanseringen och utredandet av OPS som möjlig samverkansmodell för NKS (Yngfalk & Junker 2019) fortsatte därmed via olika former av översättningsprocesser efter att NKSf lades ner, om än i en mer rutinartad och lågmäld form. Innan avtalet tecknades 2010 var OPS-modellens legitimitet beroende av ett aktivt och påtagligt institutionellt arbete (se Yngfalk och Junker 2019). Efter 2010 ser vi hur OPS via avtalets juridiska form blir en del av den reglerande struktur som projektorganisationen, inklusive Karolinska, vare sig de vill eller inte, inte bara måste förhålla sig till utan även bemästra fram till och med år 2040.

Implikationer för demokratiskt beslutsfattande i offentlig sektor

Genom att beställarrollen förfinades och utvecklades inom landstinget i och med införandet av OPS-modellen, kommer kompetensen inom landstingets upphandlingsuppdrag på sikt troligen att förändras. Detta är särskilt troligt eftersom avtalet löper under så lång tid.

Ambitionen inom landstingsstyrelsens förvaltning om att vårdgivarna, i egenskap av kravställare, ska lära sig att ”tänka i funktion” i stället för i lösningar betyder att de ska överlåta åt den kontrakterade privata aktören att lösa deras problem. Vi menar att detta representerar en påtaglig förskjutning av ansvar och makt från de professioner som arbetar inom offentlig verksamhet till privata aktörer som drivs av ekonomiska vinstintressen. Detta

kopplar an till en diskussion som funnit i över ett decennium inom organisationsforskningen om (specifik) ”lokal kunskap” och (generell) ”extern expertis”. Mycket av denna forskning ifrågasätter att aktörer som befinner sig utanför den lokala organisatoriska kontexten – såsom konsulter eller kontrakterade entreprenörer – skulle vara bättre lämpade att formulera lösningar på problem som en organisation upplever än de personer som till vardags arbetar i organisationen (Nicolini, Gherardi & Yanow 2003; Yanow 2004).

En annan implikation av undersökning har att göra med de barriärer mot tidigare beslut som tjänstepersoner inom landstinget satte upp. Genom att inte bry sig om, eller säga sig vilja förstå, de resonemang och ställningstaganden som låg bakom införandet av OPS-modellen, vilket i vår studie kännetecknade ledande tjänstepersoners inställning till OPS-avtalets historia, försvåras ett genomtänkt mottagande av nya reformidéer inom landstinget. Detta förhållningssätt försvagar också möjligheten att kunna dra lärdomar av händelser som ligger bakåt i tiden. Organisationer som inte vill ta intryck av sina tidigare kollektiva erfarenheter kommer ha begränsade möjligheter att lära sig att hantera nya svåra situationer.

Avslutningsvis kan vi konstatera att överlåtandet till privata företag för utarbetandet av lösningar på behov inom offentlig verksamhet kan försvaga den demokratiska mekanismerna för ansvarsutkrävande. I litteraturen om OPS har ansvarsutkrävande beskrivits som ett av de demokratiska dilemman som följer av uppluckrade gränser mellan offentlig och privat verksamhet (Mörth & Sahlin-Andersson 2006). Ett demokratiskt system bygger på att medborgarna kan utkräva ansvar för de beslut som deras valda representanter har fattat. OPS leder till att det blir en oklar ansvarsfördelning mellan den offentliga verksamheten och de privata aktörer som ingår i samarbetet. Särskilt problematiskt blir det att utkräva ansvar från offentlig verksamhet om de som ansvarar för den offentliga verksamheten inte har fått vara med och bestämma vilka lösningar som ska användas för att åtgärda identifierade behov eller problem. Man kan som medborgare i ett demokratiskt system, vilket Region Stockholm är, fråga sig vem som bär ansvaret för potentiella misslyckade lösningsåtgärder, när den offentliga parten enbart tillåts identifiera behov och problem, men som inte själv utarbetar lösningarna – och som dessutom tenderar att distansera sig från de lösningar som den upphandlade parten tänkt ut med motiveringen att de är från en förfluten tid?

Referenser

- Andersson, C. & Grafström, M. (kommande/2020). *NKS flyttar in på Karolinska: Verksamhetsinnehåll och organisationsförändring, 2012–2018*. Rapport i Scores rapportserie.
- Andersson, C. & Grafström, M. (2019). *Att styra genom organisation: Exkludering, inkludering och villkorat deltagande i NKS-projektet*. Scores rapportserie 2019:3.
- Andersson, C, Erlandsson, M. & Sundström, G. (2017). *Marknadsstaten: om vad den svenska staten gör med marknaderna - och marknaderna med staten*. Liber.
- Bromley, P., & Meyer, J. W. (2017). "They are all organizations": The cultural roots of blurring between the nonprofit, business, and government sectors. *Administration & Society*, 49(7), 939-966.
- Czarniawska, B., & Sevón, G. (1996). (Red.), *Translating organizational change*. Walter de Gruyter.
- Ek Österberg, E. (2016). *Marknadsidéer i själva verket: Trafikverket och den renodlade beställarrollen*. Förvaltningsakademins rapportserie, nr 6. Huddinge: Södertörns högskola, 109 sidor. ISBN 978-91-87843-55-6
- Furusten, S. (2009). Management consultants as improvising agents of stability. *Scandinavian Journal of Management*, 25(3), 264-274.
- Furusten, S. (2013). Commercialized professionalism on the field of management consulting. *Journal of Organizational Change Management*, 26(2), 265-285.
- Grafström, M. & Andersson, C. (2019). *Oklarhet som förändringsstrategi: Nya Karolinska Solna och idén om högspecialiserade vården*. Scores rapportserie 2019:2.
- Johannesson, L. & Qvist, M. (2019). *Ett megaprojekt tar form: Den tidiga planeringen av Nya Karolinska Solna*. Score-rapportserie 2019:4.
- Landstingsrevisorerna, (2012). *Byggnationen av Nya Karolinska Solna*. Projektrapport 3/2012.
- Landstingsrevisorerna, (2014). *Upphandling av IKT-infrastruktur Nya Karolinska Solna*. Projektrapport 1/2014.
- Landstingsrevisorerna, (2016). *Årsrapport Landstingsstyrelsen 2015*.
- Lawrence, T B, Leca B. & Zilber TB. (2013). "Institutional Work: Current Research, New Directions and Overlooked Issues." *Organization Studies* 34 (8): 1023-1033.

Lawrence, T. B, Suddaby, R. & Leca, B. (2009). *Institutional Work: Actors and Agency in Institutional Studies of Organizations*. Cambridge University Press.

Lawrence, T. B., & Suddaby, R. (2006). "Institutions and Institutional Work." In *The Sage Handbook of Organization Studies*, edited by Stewart R. Clegg, Cynthia Hardy and Walter R. Nord, 215–254. London: Sage.

Lundberg, A. (2013). *Skandalen Nya Karolinska*. Rapport från Timbro. ISBN 978-91-7566-933-5

Mörth, U. & Sahlin-Andersson, K. (2006). *Privatoffentliga partnerskap: Styrning utan hierarkier och tvång?* Stockholm: SNS förlag.

Nicolini, D., Gherardi S. & Yanow, D. (2003). *Knowing in Organizations: A Practice-Based Approach*. M.E. Sharpe.

Perkmann, M. & Spicer, A. (2008). "How Are Management Fashions Institutionalized? The Role of Institutional Work." *Human Relations* 61 (6): 811-844.

Powell, W. W., & DiMaggio, P. J. (Red.). (2012). *The new institutionalism in organizational analysis*. University of Chicago press.

WSP, (2016). *Utvärderingsrapport Nya Karolinska Solna - fullgörande av åtagande i avtal samt kostnadskontroll*.

Sahlin-Andersson, K., & Engwall, L. (2002). *The expansion of management knowledge: Carriers, flows, and sources*. Stanford University Press.

Scott, W. R. (2008). *Institutions and organizations: Ideas and interests*. Sage.

Yanow, D. (2004). "Translating Local Knowledge at Organizational Peripheries*." *British Journal of Management* 15 (S1): S9–25.

Yngfalk C, (2019). "Subverting sustainability: marketing maintenance work and the reproduction of corporate irresponsibility". *Journal of Marketing Management* 35(17-18): 1563-1583.

Yngfalk, C. & Svenne J. (2019). *Allt ljus på OPS: Legitimeringen av Offentlig-Privat Samverkan för Nya Karolinska Solna*. Scores rapportserie 2019:6.

Bilaga 1: intervjuer

Idnummer	Intervjuperson
Intervju 1	Tjänsteperson inom NKSf och Locum
Intervju 2	Tjänsteperson i ledande position inom landstingsstyrelsens förvaltning
Intervju 3	Tjänsteperson inom NKSf och inom landstingsstyrelsens förvaltning
Intervju 4	Tjänsteperson inom landstingsstyrelsens förvaltning
Intervju 5	Tjänsteperson inom NKSf och Karolinska
Intervju 6	Tjänsteperson inom Karolinska
Intervju 7	Tjänsteperson inom Karolinska
Intervju 8	Tjänsteperson inom Karolinska
Intervju 9	Tjänsteperson inom NKSf och Karolinska
Intervju 10	Tjänsteperson inom landstingsförvaltningen
Intervju 11	Tjänsteperson inom NKSf
Intervju 12	Tjänsteperson inom Karolinska
Intervju 13	Tjänsteperson inom landstingsstyrelsens förvaltning
Intervju 14	Tjänsteperson inom NKSf och Karolinska