

MEGAPROJEKTET

NYA KAROLINSKA SOLNA

*Beslutsprocesserna bakom
en sjukvårdsreform*

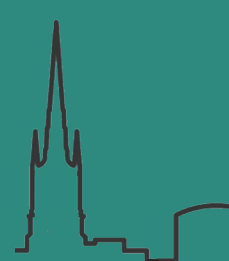
Maria Grafström, Martin Qvist
& Göran Sundström (red.)

MAKADAM



NYA KAROLINSKA SOLNA (NKS) har fått stor medial uppmärksamhet under senare år. Sjukhusbygget har pågått under lång tid, rymt en stor budget och berört många människor. Det har ömsom hyllats, ömsom ifrågasatts. I den här boken redovisas resultaten av ett treårigt forskningsprojekt som har undersökt beslutsprocesserna bakom NKS. Boken handlar om de idéer som har varit betydelsefulla i beslutsprocesserna, om de aktörer som har agerat i dessa processer och om hur processerna har organiserats och kontrollerats. Ambitionen med boken är att öka förståelsen för och kunskapen om den typ av komplexa beslutsprocesser som kännetecknar megaprojekt som NKS.

Projektet har bedrivits vid Stockholms universitet i ett samarbete mellan Statsvetenskapliga institutionen, Stockholms centrum för forskning om offentlig sektor (Score) och Kulturgeografiska institutionen.



Stockholms
universitet

MAKADAM FÖRLAG



Megaprojektet Nya Karolinska Solna

*Beslutsprocesserna bakom
en sjukvårdsreform*

Maria Grafström,
Martin Qvist &
Göran Sundström (red.)

Makadam förlag

MAKADAM FÖRLAG
GÖTEBORG · STOCKHOLM
WWW.MAKADAMBOOKS.SE

Utgiven med bidrag från Region Stockholm

Detta verk är licensierat enligt Creative Commons
Erkännande 2.5 Sverige. För att se en kopia av licensen,
besök <http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/se/>
eller kontakta Creative Commons, PO Box 1866,
Mountain View, CA 94042, USA



Megaprojektet Nya Karolinska Solna:

Beslutsprocesserna bakom en sjukvårdsreform

© respektive författare och Makadam förlag 2021

Informationsgrafik Martin Thelander

ISBN 978-91-7061-849-9 (pdf)

Finns även som tryckt bok (ISBN 978-91-7061-349-4)

Innehåll

Förkortningar	7
Förord	8
1. Megaprojektet Nya Karolinska Solna <i>Maria Grafström, Martin Qvist & Göran Sundström</i>	9
DEL I. UTGÅNGSPUNKTERNA	
2. En särskild typ av megaprojekt <i>Catrin Andersson, Lukas Smas & Göran Sundström</i>	26
3. Om komplexa beslutsprocesser <i>Göran Sundström, Maria Grafström & Martin Qvist</i>	52
4. Sjukhuset, staden och en vision om förändring <i>Martin Qvist & Lukas Smas</i>	69
DEL II. IDÉERNA	
5. Idén om ett sjukhus i världsklass <i>Lukas Smas & Lena Fält</i>	86
6. Idén om att bygga framtidens sjukhus <i>Livia Johannesson & Lukas Smas</i>	102
7. Idén om patienten i centrum <i>Catrin Andersson & Martin Qvist</i>	118
8. Idén om högspecialiserad vård <i>Maria Grafström & Catrin Andersson</i>	133
9. Idén om offentlig-privat samverkan <i>Carl Yngfalk & Staffan Furusten</i>	150
Sammanfattning av del II	167

DEL III. AKTÖRERNA

10. Politikerna: konflikt eller samarbete?	172
<i>Torbjörn Larsson & Göran Sundström</i>	
11. Tjänstepersonerna: ett brutet förvaltningskontrakt?	190
<i>Göran Sundström & Catrin Andersson</i>	
12. Professionerna: pådrivare eller bakåtsträvare?	214
<i>Martin Qvist</i>	
13. Managementkonsulterna: tjänare eller härskare?	229
<i>Carl Yngfalk, Svenne Junker & Staffan Furusten</i>	
14. Medierna: maktspeglare eller maktspelare?	244
<i>Maria Grafström</i>	
Sammanfattning av del III	264

DEL IV. ORGANISERINGEN

15. Hur styrdes beslutsfattandet?	268
<i>Maria Grafström & Martin Qvist</i>	
16. Hur kontrollerades beslutsfattandet?	282
<i>Göran Sundström & Livia Johannesson</i>	
17. Slutsatser och lärdomar	304
<i>Göran Sundström, Martin Qvist & Maria Grafström</i>	

Referenser	329
Medverkande författare	359
BILAGA A: Intervjuförteckning	361
BILAGA B: Metodbeskrivning av medianalysen	365

Förkortningar

3S	Utredningen om Stockholms sjukvårdsstruktur
BCG	Boston Consulting Group, konsultbolag
BUM	beställar–utförarmodellen
EY	Ernst & Young
ICHOM	International Consortium for Health Outcome Measurement
FoUU-utskottet	forsknings-, utbildnings- och utvecklingsutskottet
Framtidsplanen	Framtidsplanen för hälso- och sjukvården i Stockholm
HSL	hälso- och sjukvårdslagen
HSN	Hälso- och sjukvårdsnämnden
KI	Karolinska Institutet
KL	kommunallagen
KS	Karolinska universitetssjukhuset
KTH	Kungliga Tekniska högskolan
NKS	Nya Karolinska Solna
OPS	offentlig-privat samverkan
PBL	plan- och bygglagen
PwC	Öhrlings Pricewaterhousecoopers
RiR	Riksrevisionen
SHP	Swedish Hospital Partners
SLL	Stockholms läns landsting
SLSO	Stockholms läns sjukvårdsområde
SNUS	Stockholms nya universitetssjukhus, Utredningen om nytt universitetssjukhus

Förord

Nya Karolinska Solna (NKS) har fått stor medial uppmärksamhet under senare år. Sjukhusbygget har pågått under lång tid, rymt en stor budget och berört många människor. Det har ömsom hyllats, ömsom ifrågasatts. I den här boken redovisas resultaten av ett forskningsprojekt som har undersökt beslutsprocesserna och reformidéerna bakom NKS. Projektet har bedrivits vid Stockholms universitet i ett samarbete mellan Statsvetenskapliga institutionen, Stockholms centrum för forskning om offentlig sektor (Score) och Kulturgeografiska institutionen.

Boken handlar om de idéer som har varit betydelsefulla i beslutsprocesserna, om de aktörer som har agerat i dessa processer och om hur processerna har organiserats och kontrollerats. Ambitionen med boken är att öka förståelsen för och kunskapen om den typ av komplexa beslutsprocesser som kännetecknar megaprojekt som NKS.

Som redaktörer för boken vill vi lovorda de idérika, kloka och trevliga forskare som har ingått i forskningsgruppen och bidragit med forskningsrapporter, artiklar och kapitel i denna bok. Vi vill också tacka det vetenskapliga råd som har varit kopplat till projektet, med professorerna Bengt Jacobsson, Stig Montin och Maritta Soininen.

Vi vill rikta ett tack till Makadam förlag som låtit publicera boken och som på ett förtjänstfullt sätt har granskat och redigerat texten. Slutligen vill vi tacka Region Stockholm för ett gott samarbete och för ett generöst stöd till detta forskningsprojekt.

Stockholm i januari 2021

Maria Grafström

Martin Qvist

Göran Sundström (projektledare)

1. Megaprojektet Nya Karolinska Solna

Maria Grafström, Martin Qvist

& Göran Sundström

INLEDNING

Den 25 maj 2018 invigdes Nya Karolinska Solna (NKS) med pompa och ståt. I entréhallen i sjukhusbyggnaden klippte Hans Majestät Konungen det symboliska bandet i sällskap av sjukhusdirektör Melvin Samsom, landstingets forskningsdirektör Jan Andersson, finanslandstingsråd Iréne Svenonius (M), hälso- och sjukvårdslandstingsråd Anna Starbrink (L) och ytterligare 600 åskådare. Därmed var det första nya sjukhuset i Stockholm på 40 år invigt.

Den här boken handlar om de beslutsprocesser som ledde fram till invigningen av NKS. Den handlar om de idéer som har varit betydelsefulla i beslutsprocesserna, om de aktörer som har agerat i dessa processer och om hur processerna har organiserats och kontrollerats. Ambitionen med boken är att öka förståelsen för och kunskapen om den typ av komplexa beslutsprocesser som kännetecknar stora projekt som NKS – beslutsprocesser som är utsträckta över lång tid, förenade med hög osäkerhet och stora pengar samt involverar många aktörer, ofta med motstridiga intressen. Vår ambition är därigenom också att bidra till lärande så att framtida liknande beslutsprocesser kan organiseras på ett sätt som möter krav på såväl demokrati som effektivitet.

ETT "UNIKT" OCH "TOPPMODERNT" SJUKHUS I "VÄRLDSKLASS"

Förväntningarna på NKS har varit, och är fortsatt, stora. Region Stockholms egna skildringar av NKS-projektet har genomsyrats av modernitet. I den politiska visionen presenterades det som ett sjukhus för framtiden som "skapas för att så optimalt som möjligt motsvara framtidens krav på säker vård, effektiva flöden, en starkare ställning för patienten,

och en framgångsrik forskning och utbildning” (SLL 2008f, s. 2). Sjukhuset har återkommande beskrivits som ett nav i det regionala och nationella sjukvårdssystemet med vård, forskning och utbildning i ”världsklass”, och som ett ”prestigeprojekt” – inte bara i Sverige utan även internationellt (t.ex. SLL 2008e, 2008f). Det har också betonats vara ”unikt på alla sätt” (Skanska & SLL 2013) – ett budskap som ibland har hamrats in på nästintill övertydliga vis, som i den avslutande bilden i en presentation om projektet: ”NKS = unikt projekt; NKS = unikt genomförande; och NKS = unikt resultat!” (SLL 2008g, s. 21). I senare kommunikation om projektet har hashtaggen #meränettsjukhus fått symbolisera ambitionerna med det framtida sjukhuset.

De allomfattande ambitionerna med NKS-projektet har handlat om allt från projektgenomförandet och finansieringsformen till själva byggnaden, den medicintekniska utrustningen, verksamhetsinnehållet och hur denna verksamhet ska bedrivas, både i termer av arbetssätt och organisation, samt förbättrade möjligheter att bedriva både forskning och utbildning. Ett av de viktigaste ledorden för projektet har varit ”patienten först”. Det betyder att patientens säkerhet, integritet och komfort ska sättas i centrum. På hemsidan för NKS har man kunnat läsa att ”patienterna kommer att mötas av ett toppmodern sjukhus där planering och utformning hela tiden har utgått från vad som kommer att bli bäst för dem. Till exempel ska alla vårdrum vara enkelrum med egen dusch och toalett, samt en säng där anhöriga kan övernatta” (NKS 2017a).

Sjukhusbyggnaden har framställts som ”toppmodern”, med skimrande glasfasader, landningsplatta för 2 helikoptrar, 8 000 rum fördelade på 12 våningsplan, 36 operationssalar, 8 strålningssalar, 168 motagningsrum, forskningslaboratorium, undervisningssalar, patienthotell och konstprogram. Så är det också Region Stockholms och Skanskas enskilt största och mest kostsamma byggprojekt någonsin. I beskrivningar av ”framtidens universitetssjukhus” uppges byggentreprenören Skanska ha samlat sina ”allra främsta kompetenser inom området runt om i världen” för att genomföra projektet, samtidigt som olika yrkeskategorier inom Region Stockholm sägs ha ”besökt ett 20-tal ledande sjukhus på olika håll i världen för att inhämta de bästa idéerna kring utformning, organisation och arbetssätt” (Skanska & SLL 2013).

Men entreprenörens insatser stannar inte vid själva byggandet utan omfattar även driften och underhållet av sjukhuset, ända fram till 2040.

Region Stockholm har här använt sig av en för svensk del ny upphandlingsform, kallad offentlig-privat samverkan (OPS), som är en form av totalentreprenad. Också den bär modernitetens prägel och har beskrivits som en ”smart, nyckelfärdig ’paketlösning’”, som ger trygghet åt beställaren genom att den ger beställaren full kontroll på kostnaderna under hela avtalsperioden (ibid.). Hela OPS-avtalet – som alltså sträcker sig över 30 år (2010–2040) och som omfattar såväl byggnation som underhåll, drift och servicetjänster (t.ex. städning och tvätt) – uppgick när det tecknades 2010 till 52 miljarder kronor (SLL 2012), vilket gör det till världens största OPS-projekt inom sjukhussektorn. Själva investeringskostnaden beräknades i det ursprungliga avtalet till 14,5 miljarder kronor, men kom med tilläggsavtal och regionens egna byggrelaterade kostnader att slutligen hamna på 18,5 miljarder kronor. Till detta kommer investeringar i medicinteknisk utrustning och tilläggsavtal för anpassning av byggnaden till vald utrustning samt investeringar i informations- och kommunikationsteknik (IKT) om totalt 4,3 miljarder kronor. Total investering i det fullt utrustade sjukhuset uppgår därmed till 22,8 miljarder kronor (SOU 2020:15, s. 237–238).

Även när det gäller själva vårdverksamheten har NKS-projektet framställts som nydanande. Enligt Region Stockholms egna beskrivningar ska den mest avancerade sjukvården, för de svårast sjuka och skadade, bedrivas vid det nya sjukhuset i Solna, det vill säga högspecialiserad vård. Annan vård ska i enlighet med idéer om så kallad nivåstrukturering flyttas till andra sjukhus och primärvården. Samtidigt ska ökad samverkan mellan sjukvård och forskning främja patientnära klinisk grundforskning och utbildning, vilket i sin tur ska bidra till att nya forskningsresultat snabbare kan omsättas till behandlingsmetoder och läkemedel (NKS 2017a). När det gäller inköp och installation av medicinsk utrustning har ”flexibilitet och generalitet” betonats, något som bland annat har tagit sig uttryck i att planeringen av byggnaden har föregått preciseringar för verksamhet, arbetssätt, verksamhetsmodell och utrustning (jfr Öhrming 2017). Sjukhuset har byggts för att så snabbt och enkelt som möjligt kunna byta ut utrustning som efter hand föråldras, men också för att i alla dessa delar kunna hålla för all typ av tung utrustning.

Ledordet ”patienten först” har motiverat att frångå en traditionell organisering i kliniker för att i stället satsa på en ny verksamhetsmo-

dell (NKS 2017b). Redan från projektets planeringsfas och första år stod tanken på en temabaserad organisation inriktad mot patientflöden i fokus. Senare under projektet slogs idén om teman samman med idén om en värdebaserad vård, vilket gjorde att organisationsförändringarna utifrån den nya verksamhetsmodellen blev än mer omfattande (KS 2016). Den nya verksamhetsmodellen har inneburit att vårdverksamheten organiseras i ett antal medicinska temaområden och funktioner med en ny chefsstruktur. Runt patienten organiseras specialister från temaområden och funktioner i "team" som följer patienten genom vården (se Region Stockholm 2020b). På så sätt skapas "patientflöden" som syftar till att sätta patienternas behov i centrum på ett helt annat sätt än den traditionella organiseringen i kliniker, och som även har målet att korta patienternas tid på sjukhuset till i genomsnitt tre dygn. Flödesbaserade team ska även möjliggöra ett närmare samarbete mellan vårdande och forskande personal. Teman och funktioner har dock justerats över tid, och senast i oktober 2020 meddelade den nuvarande sjukhusdirektören att antalet teman och funktioner ska reduceras ytterligare för att "förstärka vårdverksamheternas roll i styrningen av sjukhuset, minska antalet chefsnivåer och förenkla administrationen" (KS 2020b).

Men NKS-projektet har inte enbart handlat om ett modernt sjukhusbygge, med nya arbetssätt och ny vårdorganisation, utan det har också haft ambition att spela en central roll i ett större regionalt tillväxtperspektiv. NKS har beskrivits som en "motor" och "en helt avgörande hörnsten" (Williams & Nilsson 2015) i en strategi som utarbetades för att göra Hagastaden (som den nya stadsdelen mellan Stockholm och Solna kallas) till "världens främsta område" för så kallad *life science*, och detta under varumärket Stockholm Life, eller Vetenskapsstaden (NKS 2017c). Strategin, som antogs 2007, kallas "Vision 2025" och undertecknades av en rad organisationer i Stockholmsområdet: Stockholms stad, Solna stad, Stockholms läns landsting (SLL), Länsstyrelsen i Stockholm, Karolinska Institutet (KI), Stockholms universitet, Kungliga Tekniska högskolan (KTH), Handelshögskolan i Stockholm och regionens näringsliv (Brodde 2013; Stockholm Business Region 2007).

ETT MEGAPROJEKT

NKS-projektet har således framställts som ”unikt på alla sätt”, och då inte minst med avseende på dess storlek. Men i ett internationellt perspektiv är projekt av NKS karaktär inte alls ovanliga. Och de har dessutom blivit vanligare, vilket också forskningen om så kallade megaprojekt har blivit (Flyvbjerg 2014, 2017). Bent Flyvbjerg, dansk professor och internationellt ledande forskare om megaprojekt, definierar dem på följande vis:

Megaprojekt är storskaliga, komplexa satsningar som typiskt sett kostar 1 miljard dollar eller mer, tar många år att utveckla och bygga, involverar många olika privata och offentliga aktörer, är transformativa och påverkar miljontals människor (Flyvbjerg 2014, s. 6, vår översättning; jfr Sahlin-Andersson 1989, s. 31).

Exempel på sådana projekt är höghastighetsjärnvägar, flygplatser, tunnlar, broar, hamnar, motorvägar, dammar, sjukhus, nationella IT-system och olympiader. Också NKS-projektet innehåller de ingredienser som anges i definitionen och kan därmed klassificeras som ett megaprojekt. Och som sådant projekt har det löpt stor risk att stöta på olika typer av problem. Det är nämligen vanligt att megaprojekt både blir dyrare och tar längre tid att bygga än beräknat (Flyvbjerg m.fl. 2003, s. 3). Detta inträffar så ofta att det till och med har formulerats en särskild ”lag” för fenomenet: ”the iron law of megaprojects”. Den lyder: ”Over budget, over time, over and over again” (Flyvbjerg 2011).

Att megaprojekt ofta blir dyrare än planerat och att de drar ut på tiden, och att de dessutom ofta inte ger alla de vinster som beslutsfattarna utlovat, sammanhänger med projektens höga grad av komplexitet. Denna komplexitet tar sig skilda uttryck. Bland annat medför megaprojektens storlek – att de omfattar mycket pengar, att de påverkar miljontals personer och att varje enskilt projekt påverkar flera olika politiska kärnfrågor (t.ex. sysselsättning, tillväxt och miljö) – att de drar till sig många olika typer av aktörer och intressen. De blir samlingspunkter för politiker, professioner, företag, olika typer av intresseorganisationer och enskilda medborgare, och därmed också en mångfald intressen och perspektiv (Blomquist & Jacobsson 2002; Harty m.fl. 2015). En del age-

rar motståndare och för fram protester och kritik, ofta med hänvisning till att projekten är för dyra och att de tar offentliga platser i anspråk. Inte sällan råder det också delade meningar om vem projekten är till för (Brorström 2010; Flyvbjerg 2014; Sahlin-Andersson 1989). Men projekten drar också till sig skilda typer av förespråkare, som lockas av möjligheten att förverkliga sina ”drömmar om framtiden” (Blomquist & Jacobsson 2002). Dessa för fram både ”för att”-argument och ”på grund av”-argument (Brorström 2010). Till de förra hör frågor om identitets-, symbol- och tillväxtskapande. Till de senare hör frågor om konkurrens, ansvarstagande och problemlösning.

En annan egenskap hos megaprojekt, som bidrar till deras komplexitet, är att de är utsträckta i tiden, ofta över decennier. Det gör ledning och planering till en utmaning. Exempelvis kan oförutsebara händelser, som ekonomiska kriser eller hastiga demografiska förändringar, inträffa och kullkasta tidigare beslut och planering. Nya idéer om verksamhetsformer samt utveckling av ny teknik kan också medföra att gamla beslut måste omprövas. Dessutom kan organisationer och individer som har varit viktiga i ett skede av beslutsprocessen ersättas i ett senare skede av nya organisationer och individer med delvis andra ambitioner och mål. Omsättningen av aktörer försvårar därför ytterligare ett starkt och över tid sammanhållet ledarskap – det institutionella minnet riskerar att gå förlorat.

Megaprojekt tenderar dessutom att förstås och hanteras som ”extraordinära” projekt (Sahlin-Andersson 1989, s. 30–33). Ofta har de organisationer som beslutar om och administrerar projekten inte hanterat liknande projekt tidigare. Det föranleder ofta skapandet av olika typer av särlösningar (Flyvbjerg m.fl. 2003, s. 5; Flyvbjerg 2014, s. 9). Detta betyder dels att etablerade rutiner och standardiserade teknologier, liksom erfarenheter och lärdomar från tidigare (”vanliga”) projekt, tenderar att skjutas åt sidan, dels att frågor, teman och till och med konflikter kan komma att hanteras i skilda, parallella besluts- och förändringsprocesser.

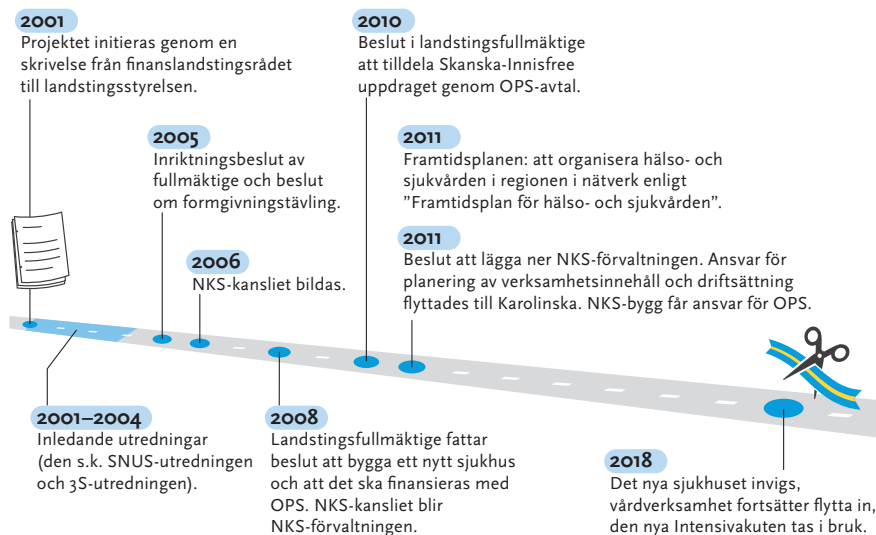
BESLUT I MEGAPROJEKT

Att megaprojekt är utsträckta i tid gör att de i praktiken inte utgör *en* beslutsprocess och *ett* beslut, utan i stället rymmer de ett antal på var-

andra följande beslut, där beslutens storlek och grad av offentlighet kan variera. Besluten kan också relatera till varandra på skilda sätt. En del beslut kan ha otydlig koppling, eller knappt relatera alls, till tidigare beslut, medan andra beslut kan skapa bindningar framåt, vilket leder till att processerna får inslag av stigberoenden (Flyvbjerg 2014, s. 9, 12). Så konstaterar företagsekonomen Sara Brorström i sin studie av tre olika projekt i tre svenska kommuner:

Efter en tid, som kan vara olika lång, nås en punkt där det inte längre går att dra dem [projekten] tillbaka. Det har skett inlåsningsningar på grund av fattade beslut, ingångna partnerskap och inhämtad finansiering. Dessutom uppstår prestige mellan aktörer, de som är förespråkare och de som är motståndare (Brorström 2010, s. 324).

NKS-projektet är ett tydligt exempel på en process med många olika beslut av skilda karaktär. Vilka de viktiga besluten har varit, och hur de hänger samman, är en empirisk fråga. Några viktiga beslut har dock



Figur 1.1: Centrala beslut och händelser under NKS-projektet.

varit möjliga att peka ut på förhand, andra har vi identifierat under studiens gång.

För den typ av projekt som NKS utgör går det inte att ange någon (objektivt) ”korrekt” eller ”sann” startpunkt. Hur startögonblicket bestäms i en studie beror på såväl studiens frågeställningar som perspektiv. I denna undersökning sätter vi startpunkten vid senare delen av 1990-talet då flera problem sammanföll gällande dåvarande Karolinska universitetssjukhuset (KS) och styrningen av sjukvården i regionen. Detta följdes av ett antal offentliga beslut av skilda slag som fick stor betydelse för den fortsatta händelseutvecklingen. I figur 1.1 på föregående sida anges översiktligt dessa formella beslut och ett antal händelser som har varit särskilt viktiga för utvecklingen av NKS-projektet.

ATT ANALYSERA KOMPLEXA BESLUTSPROCESSER

Besluten kring NKS-projektet måste förstås i ljuset av de stora förändringsprocesser som sedan 1980-talet har kännetecknat offentlig sektor i stort, både i Sverige (Agevall 2005; Ehn & Sundström 2020; Jacobsson 2002; Montin & Granberg 2013) och i många andra OECD-länder (Hood 1991, 1995; Pollitt & Bouckaert 2011). I den meningen är NKS-projektet en del i en större berättelse om offentlig sektor i omvandling – om decentralisering, om marknadernas ökade betydelse, om stärkt konkurrens, om ett ökat anlitande av konsulter i de offentliga beslutsprocesserna, om professionernas förändrade position i beslutsfattandet, om mediernas alltmer ingående granskning av och inflytande över politik och förvaltning. Omvandlingen innebär fler gränsöverskridande utbyten av både idéer och praktiker – mellan privat och offentligt, mellan politik och förvaltning, mellan det nationella, regionala och lokala, och mellan det nationella och internationella.

I våra analyser av NKS-projektets beslutsprocess har vi använt oss av beslutsteoretiska perspektiv och modeller som särskilt beaktar idéskapande och idéspredning över organisationsgränser. Traditionell besluts-teori – som kan sammanfattas i *den rationalistiska beslutsmodellen* – bär starka instrumentella drag där beslut fattas enligt ett bestämt mönster: ett definierat problem leder till olika handlingsalternativ som i sin tur leder till att det bästa alternativet väljs. Modellen bygger på att beslutsfattaren vet vad som ska uppnås med beslutet, vilka val som finns och

vad varje val får för konsekvenser. Samtidigt som det är en modell som i organisationsstudier sedan länge har kritiserats för att ha lite gemensamt med hur beslut fattas i praktiken (t.ex. Brunsson & Brunsson 2014; March 1994) är det alltjämt en modell som i det moderna samhället har kommit att uppfattas som självklar och därmed är höggradigt normativ. I vår analys uppmärksammar och inkluderar vi den därför som en grundläggande och starkt styrande *idé* om hur samhällen är uppbyggda och hur organisationer *bör* bete sig för att uppfattas som korrekta och legitima.

För att förstå hur beslut har fattats i NKS-projektet och vilken betydelse dessa har fått behövs, menar vi, dock ett annat beslutsteoretiskt perspektiv. I kapitel 3 utvecklar vi därför en alternativ analysmodell som vi kallar för *den narrativa beslutsmodellen*. Det är en modell som tar utgångspunkt i en teori om att aktörers intressen varken är stabila eller självklara, utan i stället ofta vaga med oklara mål, att problem ofta är att förstå som "elakartade" (*wicked*) och därmed sällan möjliga att tydligt och enkelt definiera, och att handlingsalternativ allt som oftast kan förstås i ljuset av tumregler och etablerade rutiner. Modellen understryker därmed betydelsen av idéer och beslutsfattares behov av att uppfattas som legitima. Enligt en sådan modell väljs ofta lösningar före definierandet av tydliga problem. Dessa val, eller beslut, behöver därför rättfärdigas, vilket gör att beslutsprocesser är politiska snarare än tekniska. Vår modell sätter därmed också slagkraftiga och trovärdiga berättelser i fokus. Dessa berättelser kräver dock just inslag av instrumentell-rationella argument i form av analys och evidens, ofta baserade på kvantitativ information.

BOKENS SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Boken syftar till att beskriva och förklara beslutsprocesserna kring NKS, från att det första initiativet till att bygga sjukhuset togs i slutet av 1990-talet till och med invigningen i maj 2018. Som samhällsvetenskapligt, och beslutsteoretiskt, projekt är ambitionen inte att försöka slå fast vem eller vilka som har gjort rätt eller fel, utan att öka förståelsen för och kunskapen om den typ av komplexa beslutsprocesser som kringgärdar megaprojekt som NKS. Inte minst handlar det om att lyfta fram olika organisatoriska aspekter som har påverkat kvaliteten i beslutsfat-

tandet med avseende på såväl olika demokratiska värden (som insyn, deltagande och ansvarsutkrävande) som handlingskraft och effektivitet. Förhoppningen är att resultaten i boken ska göra det möjligt att dra lärdomar från NKS-projektet, så att framtida liknande beslutsprocesser kan organiseras på ett sätt som ökar förutsättningarna att leva upp till dessa olika värden.

Fyra frågor har väglett studien:

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

FORSKNINGSPROJEKTETS GENOMFÖRANDE

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

Gemensamt täcker delprojekten in både planerings- och genomförandefaserna av NKS-projektet, det vill säga hela den studerade perioden. Resultat från respektive delprojekt har presenterats tidigare i form av ett antal rapporter. I februari 2018 skedde den första delrapporteringen med fokus på den tidiga planeringsprocessen (Johannesson & Qvist

2019) samt OPS-modellen (Junker & Yngfalk 2019). En andra delrapportering kom i mars 2019 med fortsatt fokus på OPS-modellen (Yngfalk & Junker 2019) samt på den organisatoriska styrningen av projektet (Andersson & Grafström 2019) och planeringsarbetet av det framtida verksamhetsinnehållet vid det nya sjukhuset (Grafström & Andersson 2019). Därefter har ytterligare rapporter tillkommit: om hanteringen och utvecklingen av OPS-modellen efter 2012 (Johannesson & Yngfalk 2020), om NKS-projektets lokala och regionala sammanhang (Smas 2020), om den politiska oppositionens roll och betydelse (Larsson & Sundström 2020) samt om det fortsatta arbetet med verksamhetsinnehåll och ny verksamhetsmodell efter att KS hade övertagit ansvaret (Andersson & Grafström 2020).

För att analysera och skapa förståelse för hur beslutsprocesserna utvecklades i NKS-projektet har våra studier med nödvändighet haft ett långt tidsperspektiv. Vi har behövt följa beslut långt bakåt i tiden och i flera avseenden lägga pussel med hjälp av olika empiriska datakällor. Ett processperspektiv har också gjort det möjligt att inte bara fånga hur fenomen och frågor rörande projektet har förändrats över tid, utan också belysa varför och hur detta gjordes. Tidsperspektivet är centralt då aktörer inte bara kan ha fler än ett syfte med att engagera sig i ett projekt, utan dessa syften tenderar också att utvecklas och förändras efter hand. Vi har på så sätt förstätt NKS-projektet som en arena – ett gränsland mellan olika organisationer – där etablerade grupperingar, professioner och relationer har mötts och formats. Hur, när och varför beslut fattats handlar om hur dessa aktörer sam- och motspelat på projektarenan (jfr Sahlin-Andersson 1989).

Projektets övergripande ambition har varit att öka förståelsen för hur beslutsprocesser i ett megaprojekt som NKS tar sig uttryck samt att med hjälp av organisations- och beslutsteori utveckla möjliga förklaringar till varför det blev som det blev. Vi uttalar oss om vilka de tongivande idéerna har varit och hur dessa förändrades över tid, vilka de centrala aktörerna har varit och hur de har kommit och gått under projekttiden, samt hur beslutsprocessen har organiserats. Vi visar i vår analys hur idéer, aktörer och organisering är beroende av varandra. Studiernas uppläggning innebär samtidigt vissa avgränsningar. Vår analys besvarar varken frågor om vem eller vilka som har gjort rätt eller fel i dessa processer eller utvärderar huruvida vårdverksamheten vid nuvarande KS bedrivs

på ett bra sätt. Vi uttalar oss inte heller om eventuella konsekvenser av alternativ som aldrig blev av. Sådana kontrafaktiska analyser är alltid förbundna med betydande metodproblem. Det kan också noteras att vår studie rör frågor där själva besluten inte är möjliga att göra om, men där kunskap om beslutsprocessen kan användas i framtida projekt, både inom Region Stockholm och i ett vidare sammanhang.

Analyserna bygger på tre typer av empiriska källor: dokument, intervjuer och medieinnehåll (för detaljer kring metod och analys, se respektive delrapport). *Dokumentanalyser* har genomförts inom ramen för samtliga delprojekt och täcker in ett omfattande material. Analysarbetet har genomförts i två steg, där vi i en första fas har samlat in och översiktligt studerat en stor mängd dokument med fokus på händelser relevanta för NKS-projektet. Utifrån denna översiktliga analys har vi sedan identifierat centrala dokument som specifikt rör processerna för händelsen eller frågan. I en andra fas har vi sedan närstuderat de dokument som vi har bedömt vara särskilt relevanta för analysen. Dokumenten består av utredningar, tjänsteutlåtanden, fullmäktigedebatter, remisser, revisionsrapporter, styrelse- och (andra) mötesprotokoll, arbetsmaterial samt andra utlåtanden och skrivelser. Dokumenten har hämtats från det NKS-arkiv som fanns i början av vårt projekt, SLL:s arkiv, KS arkiv och Locums arkiv samt från NKS-projektets dåvarande hemsida, SLL:s hemsida och andra sajter med relevans för projektet. I vissa fall har vi också fått tillgång till material genom intervjupersoner.

Dokumentanalysen har kompletterats och kontrasterats med *intervjuer*. Genom att sätta dokument och intervjuer i relation till varandra har vi kunnat säkra och stärka våra beskrivningar och tolkningar av vad som har hänt. Studierna täcker också in en, åtminstone tidvis, turbulent period med konflikter och rörlighet av personer på ledande positioner. Under NKS-projektets sista tid – som till stora delar sammanfaller med genomförandet av våra studier – präglades också förståelsen av det nya sjukhuset av en intensiv och högst kritisk mediebevakning. Den starka medienärvaron har ytterligare betonat vikten av att samla en mångfald av röster och perspektiv. Vi har därför genomfört intervjuer med strategiskt utvalda personer som har haft betydelse för och insyn i NKS-projektet. Givet inte minst det långa tidsperspektivet hade vissa personer lämnat sina dåvarande roller i NKS-processen, medan andra har varit fortsatt verksamma (ibland med förändrat ansvar och nya arbetsupp-

gifter). Vi har också strävat efter spridning i positioner, organisationer och professioner bland intervjupersonerna. Personerna har identifierats genom dokumentanalyser och genomgången av medieinnehåll samt genom ett så kallat snöbollsurval där intervjuade personer har fått uppge andra personer som de anser besitter viktiga kunskaper.

Totalt har vi intervjuat 83 personer (i tre fall har samma person intervjuats två gånger). Våra intervjupersoner kan grupperas i fem kategorier: (1) offentliganställda med ledande befattningar inom landstings-/regionförvaltningen (inkl. NKS-förvaltningen, HSN-förvaltningen och det regionägda fastighetsbolaget Locum), (2) politiker inom SLL/Region Stockholm, (3) representanter för sjukhusledning, styrelse och läkarprofessionen på KS, (4) representanter för KI, (5) övriga för projektet viktiga personer (t.ex. konsulter och journalister). Värt att notera är att några personer ur gruppen politiker (och i enstaka fall offentliganställda) som vi har kontaktat inte har besvarat våra förfrågningar eller avböjt deltagande. Vissa centrala personer under de tidiga planeringskedena har också avlidit. Här har vi i den utsträckning det har varit möjligt använt andra källor, såsom skriftligt material och partikollegor, för att fylla dessa luckor. En fullständig förteckning över intervjuer finns i bilaga A där intervjupersonernas roll och organisationstillhörighet framgår. Enskilda citat är anonymiserade.¹

Den tredje och sista datakällan består av en genomgång av *medieinnehåll*. Genomgången har gett möjlighet att skapa förståelse för vilka händelser och frågor som har uppmärksammats i offentligheten, när i tiden och av vilka aktörer. Analysarbetet har genomförts i tre steg. I ett första steg har vi gjort sökningar i Retriever Mediearkivets databas. Ett urval gjordes av de källor (totalt 35 svenska dagstidningar, fack-/branschpress, gratistidningar samt TT, se bilaga B) som bedömdes vara mest relevanta. Fokus för våra sökningar har varit från och med 2008 då det formella projektnamnet Nya Karolinska Solna/NKS etablerades. I ett andra steg gjordes en första kodning av materialet där artiklar i vilka NKS-projektet endast nämns perifert sorterades bort. Slutligen, i ett tredje steg, gjordes en noggrann läsning av samtliga artiklar (notiser, nyhetsartiklar,

1. I presentationen av vår analys i den här boken har vi endast i ett fåtal fall inkluderat direkta citat från våra intervjuer. Mer utförlig återgivning av intervjuerna finns i de publicerade delrapporterna.

ledare, krönikor, debattartiklar och insändare) där dessa kodades enligt ett schema med fokus på tema i artikeln, vilka centrala aktörer som fick uttala sig samt den värdering som gjordes av NKS-projektet (positivt, negativt eller neutralt) (för mer detaljerad metodgenomgång, se bilaga B).

BOKENS FORTSATTA INNEHÅLL

Resterande kapitel i boken är strukturerade i fyra delar: (1) *utgångspunkter* för vår analys och för en förståelse av NKS-projektets beslutsprocess, (2) de dominerande *idéer* som har varit styrande i projektet, (3) centrala *aktörer* som på olika sätt har drivit på, ifrågasatt, format och genomfört förändringsarbetet, (4) de *organisatoriska arrangemang* genom vilka NKS-processen har styrts och genomförts.

Del I: Utgångspunkter

En organisationsteoretisk analys av NKS-projektet kräver att vi förstår det sammanhang som projektet har ägt rum i. I kapitel 2 redogör vi därför både för politikområdet hälso- och sjukvården generellt och mer specifikt för det organisatoriska sammanhang som Region Stockholm utgör. I kapitel 3 utvecklar vi vårt organisations- och beslutsteoretiska perspektiv, som beskrevs kortfattat ovan. Bokens första del avslutas med att i kapitel 4 ge en bakgrund till hur NKS-projektet kom upp på den politiska dagordningen. Här identifieras också fem reformidéer som projektet baserades på, och detta blir en utgångspunkt för bokens andra del.

Del II: Idéerna

I denna del fördjupar vi oss i de fem reformidéerna om "världsklass" (kap. 5), att "bygga för framtiden" (kap. 6), "patienten i centrum" (kap. 7), "högspecialiserad vård" (kap. 8) och "offentlig-privat samverkan" (kap. 9) och hur dessa tog sig uttryck över tid i NKS-processen. Idéerna representerar bredare "narrativ" som har varit dominerande för projektet och som var starkt formerande för vad som uppfattades som lämpligt och önskvärt att göra. Med utgångspunkt i den narrativa beslutsmodellen belyser kapitlen på olika sätt hur vaga visioner har översatts i mer konkreta beslut och åtgärder, hur berättelser har formats över tid

och hur dessa inte sällan har varit resultatet av olika aktörers försök till tolkningsföreträdelse.

Del III: Aktörerna

Idéer, hur starka de än må vara, är beroende av ett aktörskap. I den tredje delen fokuserar vi därför vår analys på de främsta aktörsgrupper som har haft betydelse för NKS-projektets utveckling: politikerna (kap. 10), tjänstepersonerna (kap. 11), professionerna (kap. 12), konsulterna (kap. 13) och medierna (kap. 14). Analysen åskådliggör utmaningarna med megaprojektens utsträckta tidsramar och episodiska karaktär där personer kommer och går i processer. Den visar också på betydelsen av att komma in tidigt i processer som sträcker sig över lång tid och att idéer som har planterats av aktörer i initiala skeden kan vara mycket svåra att avstyra under senare skeden. Vilka aktörer, idéer och berättelser som får komma till uttryck är samtidigt en fråga om styrning, hur beslutsprocesser organiseras och vilka inslag av kontroll som skapas.

Del IV: Organiseringen

I den avslutande delen utvecklas analysen av de organisatoriska arrangemangens betydelse för beslutsprocesserna. Hur beslutsprocesserna har organiserats har lagt grunden för vilka idéer och aktörer som har getts utrymme – eller med andra ord, vilken berättelse som har dominerat och ansetts ha legitimitet. I denna del diskuterar vi politisk styrning (kap. 15) och kontroll (kap. 16) som två centrala aspekter av de organisatoriska arrangemangen.

I kapitel 17 sammanfattar vi bokens resultat och diskuterar lärdomar från besluten bakom NKS.

DEL I

UTGÅNGSPUNKTERNA

2. En särskild typ av megaprojekt

*Catrin Andersson, Lukas Smas
& Göran Sundström*

INLEDNING

I föregående kapitel klargjordes att vi betraktar Nya Karolinska Solna (NKS) som ett *megaprojekt* och att fokus i vår studie ligger på de beslut som ledde fram till färdigställandet av det nya sjukhuset, det vill säga fram till dess officiella öppnande 2018. Vår studie avser således *politikskapandet* av ett megaprojekt, vilket betyder att frågor som rör själva arbetet på *verksamhetsnivå* faller utanför studien.² Samtidigt ägde detta fall – NKS-projektet – rum i ett visst specifikt sammanhang. Som nämndes i kapitel 1 kan megaprojekt vara av mycket olika slag. De kan handla om alltifrån olympiska spel via satellitsystem och militärflygplan till motorvägar och skyskrapor. Även om alla dessa projekt uppfyller kriterierna för ett megaprojekt – i termer av kostnader, tid och antal berörda individer – skapas de under vitt skilda förutsättningar. Sjukhusprojekt som NKS har sina särpräglade egenskaper.

I detta kapitel ska vi närmare analysera det sammanhang inom vilket NKS-projektet ägde rum. Genom att ringa in olika grundläggande strukturella faktorer som präglade detta sammanhang blir det möjligt att betrakta och analysera NKS som en *särskild typ av megaprojekt*. En sådan precisering möjliggör en djupare diskussion om tänkbara teorier och analytiska begrepp som kan vara relevanta för att studera och begripliggöra politikskapandet bakom den typ av megaprojekt som NKS-projektet utgör – en diskussion som vi för mer utförligt i nästa kapitel. Det gör det också möjligt att föra generaliserande diskussioner kring våra

2. Det betyder att studien inte fokuserar på frågor om hur sjukhuset fungerar i dag, efter dess färdigställande, t.ex. om hur mötet mellan patienter och anställda fungerar, hur många lyckade operationer som genomförs per år, hur långa köerna är till olika behandlingar eller hur samarbetet med andra sjukvårdsenheter fungerar.

slutsatser, det vill säga resonera om i vilken utsträckning våra slutsatser kan tillämpas även på andra megaprojekt av samma typ som NKS.

Men för att det ska bli möjligt för en fallstudie att på detta sätt bidra med kunskaper om en mer generell problematik måste det specifika sammanhang som fallet är inplacerat i diskuteras på en viss abstraktionsnivå. I grund och botten är förstås alla händelseförlopp unika, inte minst större reformprocesser inom offentlig sektor. Man kan urskilja nästan hur många organisatoriska och kulturella aspekter som helst som bidrar till förståelsen av ett visst specifikt händelseförlopp, bara man studerar det tillräckligt nära och länge. Vid sådana närstudier får dock varje enskild aspekt begränsad förklaringskraft i relation till den större process man vill förstå. Forskare som arbetar med fallstudier försöker därför koncentrera sig på aspekter på en något mer abstrakt nivå – de försöker identifiera ett mindre antal centrala dimensioner som tillsammans gör det möjligt att förstå händelseförloppet på ett överskådligt och begripligt sätt (Flyvbjerg 2001; Merriam 1993).

I den här studien lyfter vi, utifrån befintlig litteratur och våra egna empiriska studier, fram tre strukturella aspekter som präglade det sammanhang inom vilket NKS-projektet ägde rum och som vi menar hade särskilt stor betydelse för händelseutvecklingen. För det första att projektet genomfördes inom hälso- och sjukvården, som i Sverige är ett *offentligt och decentraliserat åtagande*. För det andra att hälso- och sjukvårdsområdet, och svensk offentlig sektor i stort, präglas av en långtgående *marknadisering* och *företagisering*. Och för det tredje att hälso- och sjukvården är ett starkt *professionaliserat* verksamhetsområde.

I det följande förs inledningsvis en diskussion om hur dessa tre aspekter mer konkret tog sig uttryck och bildade utgångspunkt för besluten bakom NKS. Därefter redogörs översiktligt för hur regionerna – dessa för gemene man relativt okända kommunala enheter – mer allmänt är reglerade och organiserade, vilket följs av en närmare redogörelse för hur Region Stockholm är organiserad och för större organisatoriska förändringar som ägde rum inom regionen under den undersökta perioden, det vill säga från slutet av 1990-talet fram till 2018.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN I SVERIGE

Ett statligt åtagande ...

Hälso- och sjukvården är i grunden ett statligt åtagande. Redan i regeringsformens andra paragraf anges det att det allmänna ska verka för social omsorg och för goda förutsättningar för hälsa (RF 1:2). Ett centralt värde inom hälso- och sjukvården är *likvärdighet*. Hälso- och sjukvård ska enligt lag erbjudas över hela landet, den ska vara (lika) tillgänglig för alla medborgare och vara behovsstyrd (HSL 3:1). Området är samtidigt mycket resurskrävande, vilket ofta påkallar prioriteringar. Det offentliga maktposition gentemot den enskilda patienten är också stark, inte bara på grund av att verksamheten fordrar en hög grad av expertis utan också för att vårdpersonalen i sin vardag ofta behöver göra svåra etiska överväganden som inte sällan rör liv och död (Berlin & Kastberg 2011; Falkenström & Höglund 2018; Hallin & Siverbo 2002). De starka kraven på likvärdighet, de stora kostnaderna och den speciella relationen mellan vårdgivare och patient, i kombination med att centralt placerade politiker (regering och ministrar med ansvar för hälso- och sjukvård) ofta utkrävs ansvar när brister uppdagas i vården, gör att staten styr hälso- och sjukvården relativt hårt.

I grunden omfattas även hälso- och sjukvården av den statliga reglering som omfattar offentlig sektor i stort och som syftar till ett såväl demokratiskt och rättssäkert som effektivt beslutsfattande, exempelvis regeringsformens krav på saklighet och opartiskhet i myndigheters handlande (RF 1:9), förvaltningslagens bestämmelser om god förvaltning och jäv (FL 5–8 §§, 16–18 §§), tryckfrihetsförordningens krav på offentlighet och meddelarfrihet (TF 2:1, 1:1) och kraven på kostnadseffektivitet i lagen om offentlig upphandling (LOU 16:1–3).³ Kopplade till denna typ av generella bestämmelser finns det också olika centrala granskningsorgan, som JK, JO och Arbetsmiljöverket.

Utöver denna allmänna reglering har staten även utfärdat en stor mängd sektorsspecifika, eller sakpolitiska, bestämmelser för hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) innehåller mer övergri-

3. Lagen om offentlig upphandling (LOU) innehåller omfattande regler om hur upphandlingar ska gå till. LOU reglerar dock inte offentlig-privat samverkan (OPS), dvs. den upphandlingsform som gällde för NKS-projektet (SOU 2020:15, s. 35).

pande bestämmelser avseende mål, ansvarsförhållanden, organisation och verksamhet inom hälso- och sjukvården (SOU 2020:15, s. 30).⁴ HSL reglerar också den så kallade vårdgarantin, som är en försäkrans om att patienter ska ges vård inom en viss tid (HSL kap. 9). Vid sidan av HSL finns det mer riktade statliga författningar, såsom lagen om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården, patientlagen, abortlagen, smittskyddslagen, patientsäkerhetslagen och förordningen om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Dessa författningar preciseras genom föreskrifter och allmänna råd som ges ut av statliga myndigheter, främst Socialstyrelsen (se <http://kunskapsguiden.se>). Staten utfärdar även nationella handlingsplaner och strategier för hälso- och sjukvården (se Riksrevisionen 2017).

Allmänt kan sägas att denna sakpolitiska reglering främst fokuserar på hälso- och sjukvårdens *löpande verksamhet*. Den tar i stor utsträckning sikte på antingen hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens och arbetssätt eller dess möte med och hantering av patienterna. För att se till att reglerna följs finns det också ett antal granskande och kunskapsproducerande myndigheter, som Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), Myndighetens för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) samt Inspektionen för vård och omsorg (IVO). I detta sammanhang ska också nämnas att det är staten som planerar, dimensionerar och bestämmer innehållet i utbildningarna för läkare och sjuksköterskor. Det är också staten som beslutar om vem som får tillhöra dessa professioner genom att Socialstyrelsen beslutar om legitimation för såväl läkare som sjuksköterskor (se Brante m.fl. 2015).

Vad som däremot regleras i betydligt mindre utsträckning i denna saklagstiftning är politikskapandet inom hälso- och sjukvården, till exempel om och var sjukhus ska byggas, hur de ska konstrueras och vilken verksamhet de ska innehålla. HSL innehåller bara allmänna bestämmelser om vårdens omfattning och geografiska förekomst. Ett undantag gäller den så kallade nationella högspecialiserade vården (fram till 2018 benämnd rikssjukvård). Det är Socialstyrelsen som beslutar om dels vil-

4. I november 2020 fattade riksdagen beslut om en ny primärvårdsreform, som innebar förändringar i HSL. Syftet är att stärka primärvården och göra den till navet i svensk sjukvård. Ett nationellt grunduppdrag för primärvården kommer att regleras i HSL. Ambitionen är också att möjliggöra för flera fasta läkar-kontakter. Förändringarna i lagen gäller från den 1 juli 2021.

ken hälso- och sjukvård som ska utgöra nationell högspecialiserad vård, dels hur många enheter som ska bedriva sådan vård (HSL 7:5). För att få bedriva nationell högspecialiserad vård krävs det också tillstånd som utfärdas av Socialstyrelsen (HSL 7:5a).

... med utföraransvaret förlagt till regionerna ...

Att staten inte reglerar politikutformningen inom hälso- och sjukvården mer precist hänger samman med att riksdag och regering har valt att decentralisera utföraransvaret för denna verksamhet till kommunal nivå, och då främst till landets 21 regioner (HSL 8:1; se även Blomqvist 2007, s. 26).⁵ Allmänt syftar decentralisering av verksamhet till flexibilitet och lokal anpassning. Idén är att de som arbetar nära medborgarna är bättre lämpade att hitta de mest effektiva formerna för verksamheten än de som arbetar längre ifrån medborgarna. Det ligger också ett demokrativärde i att beslut fattas så nära medborgarna som möjligt (Edström Fors 2020, s. 74–75).

I Sverige har regioner och kommuner tämligen goda möjligheter att anpassa verksamheter efter lokala förutsättningar. Det beror inte minst på att det i Sverige finns en starkt levande idé om så kallad kommunal självstyrelse (Strandberg 2016). Denna självstyrelse, som regleras i regeringsformen (RF 1:1 och 14:1), brukar framhållas som ett av de utmärkande dragen i den svenska förvaltningsmodellen (se Hall 2015; Premfors m.fl. 2009). Regionernas rätt att ta ut skatt för sina angelägenheter och den så kallade proportionalitetsprincipen⁶ utgör centrala aspekter av den kommunala självstyrelsen (RF 14:4 och 14:3).

Regionernas självständighet märks också i att de gradvis har getts allt större möjligheter att bestämma sin egen organisation. Sedan ett antal år tillbaka ska den statliga styrningen av regionerna vägledas av mål- och resultatstyrning samtidigt som riksdag och regering har haft

5. I HSL talas det om regionens ansvar som "huvudman". Utföraransvaret för hälso- och sjukvården är delat mellan regioner och primärkommuner. De senares ansvar lämnas därhän i detta kapitel. Försättningsvis används benämningarna "regioner" och "kommuner" som beteckning för regioner (de tidigare landstingen) och primärkommuner.

6. Proportionalitetsprincipen innebär att en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den.

som ambition att styra regionerna mer med generella bidrag – en ambition som dock bara delvis har kommit att infrias (Anell 2020; RiR 2017; Statskontoret 2020, 2019a, 2019b, 2018). Kommunallagen (KL), som rymmer allmänna bestämmelser om regioners och kommuners organisation och verksamhetsformer, har avreglerats under senare år (se vidare avsnittet ”Nämndorganisationen i övrigt”). När det gäller verksamhetsformerna stadgar KL bland annat att ärenden som avgörs av fullmäktige måste beredas, antingen av en nämnd vars verksamhet ärendet berör eller av en fullmäktigeberedning – det så kallade beredningstvånget (KL 5:26–38) – och att regionerna ska ha god ekonomisk hushållning i sin verksamhet (KL 11:1; se även SOU 2020:15, s. 30). Den kommunala kompetensen fastställs inte närmare i KL utan regleras i praktiken via överklaganden (så kallad lagprövning eller ”kommunalbesvär”) i domstol eller annan överordnad myndighet, vilket ger regioner och kommuner betydande autonomi att sköta sina egna angelägenheter. Till detta kommer att alla kommunala beslut är giltiga så länge ingen av regionens eller kommunens medlemmar överklagar dem. I många fall saknas det dessutom sanktionsmöjlighet som gör det möjligt att bestraffa regioner och kommuner som vägrar att följa domstolsutslag, särskilt i frågor där fullmäktige har fattat beslut (Petersson 2010, s. 224).

Regionernas handlingsfrihet kringskärs delvis av speciallagstiftningen. Som påpekades ovan tar speciallagstiftningen på hälso- och sjukvårdens område dock främst sikte på själva verksamheten inom hälso- och sjukvården, inte på sjukvårdens organisation, med frågor om planering och byggandet av sjukvårdsinrättningar. Vissa bestämmelser av sådant slag finns dock i HSL, men de är allmänt formulerade (HSL kap. 7–8). Det framgår exempelvis att regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt i regionen och även öppen vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar. Vården ska ges nära befolkningen. Det sägs också att regionen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar och i den hälso- och sjukvård som erbjuds av privata vårdgivare. Planeringen ska ske i samverkan med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare. Regionerna ska också allmänt samverka om hälso- och sjukvård som berör flera regioner.⁷

7. Om primärvården sägs även att den ska organiseras så att alla vårdtagare

Av stor betydelse för planering och byggande av sjukvårdsinrättningar är också plan- och bygglagen (PBL). Den fysiska planeringen är enligt PBL en kommunal angelägenhet (kommunerna har s.k. planmonopol). Alla kommuner ska ha uppdaterade översiktsplaner som ska ge vägledning för beslut om hur mark- och vattenområden ska användas och hur den byggda miljön ska användas, utvecklas och bevaras (PBL 3:1–2). Översiktsplanerna är dock inte bindande utan det krävs såväl detaljplaner som bygglov för att ändra markanvändningen och exempelvis bygga ett nytt sjukhus. Kommunerna ska samråda kring planerna med såväl länsstyrelser som regioner. De statliga myndigheterna Boverket och länsstyrelserna övervakar att PBL följs. I Stockholm finns det dessutom en i Sverige unik tradition av regional planering (Smas 2019), som innebär att Region Stockholm ska ta fram en regionplan som ska vägleda den kommunala planeringen.

Det ska här slutligen framhållas att all denna författningsreglering har kompletterats under senare år av en ökande mängd överenskommelser av skilda slag mellan staten och regionerna, där Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har agerat som avtalspart till regeringen (Gavelin 2018). Det gäller inte minst inom hälso- och sjukvården (RiR 2017). En sådan typ av överenskommelser rör prestationsbaserad ersättning, där regionerna alltså får ersättning för en viss insats först efter det att den genomförts (Vårdanalys 2013).

Figur 2.1 på nästa sida sammanfattar hur det svenska sjukvårdssystemet ser ut utifrån ett nationellt perspektiv. Region Stockholm har presenterat en motsvarande ”pyramid” för hur regionen önskar att den regionala nivåstruktureringen ska se ut. Karolinska universitetssjukhuset (KS) bedriver såväl nationell som regional högspecialiserad vård (se kap. 8).

Primärvården är basen i den svenska hälso- och sjukvårdspyramiden. Där ingår vårdcentraler, husläkarmottagningar med mera som regionerna ansvarar för, men även hemsjukvård och särskilda boenden som kommunerna ansvarar för.⁸ Nästa steg i pyramiden är *länssjukvården* som finns i alla regioner på länssjukhus som har kompetens för de flesta sjuk-

kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Regionen ska också utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat.

8. Kommunerna har dock normalt inga anställda läkare, utan det är regionerna som bidrar med läkarinsatser i hemsjukvård och på särskilda boenden.



Figur 2.1: Den svenska sjukvårdens organisation ur ett nationellt perspektiv.

Källa: SOU 2020:15.

domar. De mindre länsdelssjukhusen har vanligen inte samma specialistkompetens men båda har ofta akutmottagningar och fungerar som så kallade akutsjukhus. *Regionsjukvården* tar hand om mer avancerade och sällsynta sjukdomar och skador och finns vid sju universitetssjukhus i landet. De regioner som inte har egna universitetssjukhus har avtal med närliggande regioner. Högst upp i sjukvårdspyramiden finns den *nationella högspecialiserade vården*, vilken bedrivs vid som mest fem enheter i landet. Vid klassificering av nationell högspecialiserad vård ska hänsyn tas till om vården är komplex eller sällan förekommande och om den kräver viss volym eller ställer särskilda krav på multidisciplinär kompetens. Hänsyn ska också tas till om det krävs stora investeringar eller medför höga kostnader (SOU 2020:15, s. 32).

Sammantaget har riksdag och regering lagt stora delar av utföraransvaret för hälso- och sjukvården på regionerna. Självstyrelsen för regionerna är framträdande, särskilt när det gäller politikutformningen. Den förutsätter att regionerna har ett betydande handlingsutrymme, där de folkvalda politikerna tar ett eget ansvar och utifrån befolkningens vilja gör prioriteringar mellan verksamheter och bestämmer om serviceformer och servicenivåer (Edström Fors 2020, s. 70).

... och med en långtgående marknadsiering och företagisiering ...

Samtidigt som svensk hälso- och sjukvård är decentraliserad präglas den av en långtgående marknadsiering och företagisiering. Som påpekades i kapitel 1 har hälso- och sjukvården här påverkats av samma idéströmningar som övrig offentlig verksamhet, idéströmningar som brukar sammanfattas med beteckningen *new public management* (NPM).

NPM:s idégrund kan sägas bestå i en allmän övertygelse om att skillnaderna mellan offentlig och privat sektor inte är så viktiga och att offentliga och privata organisationer både bör och kan organiseras och arbeta på ett likartat sätt. Näringslivet och företaget är normbildande för förvaltningen och myndigheten. Denna grundidé kom under 1980- och 1990-talen att generera ett stort antal reformer och åtgärder runt om i världen, också i Sverige. Reformerna kan delas in i två huvudkategorier, där den första rör förvaltningens omfattning och funktioner och den andra förvaltningens styrning och ledning (Blomqvist 2016; Karlsson 2017; Ehn & Sundström 2020).

Den första kategorin – ofta kallad *marknadsiering* – har handlat om att koncentrera offentlig verksamhet till vissa områden och till vissa uppgifter och roller; bara ”kärnverksamheterna” ska behållas. Generella påbud har sedan sent 1980-tal funnits om att så långt som möjligt separera beställarrollen från producentrollen och pröva entreprenader och upphandling på marknaderna som alternativ till verksamhet i offentlig regi (Andersson m.fl. 2017). Konkurrens har blivit en alltmer populär, och alltmer förgivettagen, samordningsmekanism i samhället, vilket inte bara medfört avregleringar och överföring av offentlig verksamhet till marknaderna, utan även att olika konkurrensmekanismer har införts inom offentlig verksamhet.

Den andra kategorin av NPM-reformer – ofta kallad *företagisiering* – tog också fart mot slutet av 1980-talet, och dess tydligaste uttryck blev införandet av mål- och resultatstyrning i det offentliga. Det offentliga har hämtat in en hel begreppsapparat från näringsliv och managementlitteratur, med sådant som produktivitet, verksamhetsmål, resultatredovisningar, styckkostnader, nyckeltal, indikatorer och kunder. Förvaltningarna har tilldelats egna mål, eget resultatansvar, de gör egna årsredovisningar, egna verksamhetsplaner med mera. I försök att skapa en attraktiv bild av den egna (konkurrensutsatta) organisationen har de har även skaffat sig egna visioner, värdeord, loggor och hemsidor. Eko-

nomiadministrationen har byggts ut, med nya befattningar och enheter (Hall 2020; Ivarsson Westerberg 2020).

Dessa NPM-idéer kom i kombination med den avreglerade kommunallag som trädde i kraft 1991 och en förändrad regionalpolitik från mitten av 1990-talet – där omfördelning av resurser ersattes av idéer om regional konkurrensdriven tillväxt (Mittander m.fl. 2019; Säll 2014) – att öppna upp för olika reformer inom kommuner och regioner. Marknadiseringen har tagit sig uttryck i bolagiseringar och privatiseringar av vårdinrättningar, med ökad konkurrens som följd, såväl mellan offentliga vårdgivare inom en region som mellan privata och offentliga vårdgivare (Karlsson & Gilljam 2015; Meijling 2020). Ytterligare ett exempel på marknadisering är när det offentliga gör upphandlingar av privata utförare. Regionerna har experimenterat med en rad olika marknadsmodeller (se t.ex. Berlin & Kastberg 2011; Hallin & Siverbro 2002). Företagiseringen märks bland annat i att enskilda sjukvårdsinrättningar, och enheter inom dessa inrättningar, alltmer behandlas som självstyrande organisationer, med egna budgetmål och resultatkrav. Löpande uppföljningar och återslagrapporteringar, med indikatorer och nyckeltal, har införts på samtliga nivåer inom sjukvården. Så kallade beställarutförarmodeller och interndebiteringar är numera vanligt förekommande i regionerna (Montin & Granberg 2013). De tidigare nämnda prestationsersättningarna ligger också i linje med företagiseringen, likaså införandet av olika styrmodeller, som *lean* och värdebaserad vård.

...och med en stark profession

Hälso- och sjukvårdsområdet är således både höggradigt decentraliserat och NPM-orienterat. Till detta ska slutligen läggas att området brukar framhållas som starkt professionaliserat. Idén om att verksamheten ska bedrivas utifrån vetenskaplighet och erfarenhetsbaserat lärande är stark, och det finns därför långtgående krav på oberoende för professionen – en profession som brukar utmålas som stark, vilket inte minst gäller läkarna (Berlin & Kastberg 2011; Hallin & Siverbro 2002).

Det finns således en grundläggande norm om att politikerna bör styra hälso- och sjukvården på betydande avstånd. Riksdag och regering har också på olika sätt markerat professionalismen inom området. Det har bland annat tagit sig uttryck i lagen om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården, som inledningsvis stadgar: ”Den som tillhör häl-

so- och sjukvårdspersonalen skall utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet” (SFS 1994:953, 2 §). Även förordningen om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst (SFS 2015:155, 2 §) syftar till att säkerställa att hälso- och sjukvården bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

I praktiken har professionen också haft betydande kontroll över såväl den praktiska sjukvårdsverksamheten som kunskapsutvecklingen på området. Fältet har karakteriserats av rikliga horisontella och gränsöverskridande relationer och lojaliteter inom professionen, parat med en begränsad identifiering med och lojalitet mot (organisatoriskt sett) överordnade chefer och politiker (se t.ex. Brorström & Nilsson 2004; Rehnman 1969). Dock visar forskning att senare års företagisering av hälso- och sjukvården, till exempel införandet av interna modeller för kvalitetsstyrning, mål- och resultatstyrning och uppföljning, har begränsat professionens handlingsutrymme (Anell 2020; Bejerot & Hasselbladh 2003).

Ett svårstyrt och fragmenterat område

Sammantaget visar denna redogörelse att NKS-projektet har planerats och genomförts i en struktur med viktiga särdrag. Hälso- och sjukvården är ett statligt åtagande med starka krav på likvärdighet. Samtidigt är det svårt för nationella politiker att styra hälso- och sjukvården. Decentraliseringen av utföraransvaret gör att den kommunala självstyrelsen blir en utgångspunkt för det svenska sjukvårdssystemet, och hälso- och sjukvårdslagens utformning som en ramlag är tänkt att ge stort utrymme för regionerna att utforma vården efter lokala behov.

Denna spänning mellan kraven på å ena sidan likvärdighet och å andra sidan lokal anpassning präglar i hög grad hälso- och sjukvården. Decentralisering rymmer en idé om skillnader, och även om dessa skillnader inte får äventyra likvärdigheten i verksamheten är det i praktiken svårt att förena kraven på flexibilitet och lokal anpassning med kravet på likvärdighet. Denna balansakt har under årens lopp återkommande utpekats som problematisk med krav på ömsom ökad statlig styrning, ömsom stärkt kommunal självstyrelse (se t.ex. SOU 2016:2; SOU 2012:33; SOU 2009:43; SOU 2009:11; SOU 2007:12; SOU 2007:10). Samtidigt kan det konstateras att när staten har skärpt styrningen av detta

politikområde har detta främst skett genom att öka regleringen och granskningen av verksamhetsnivån.⁹ De delar av beslutsprocessen som rör politikskapandet har varit av mindre intresse. Här har utvecklingen snarare gått i motsatt riktning – från ett system där staten samordnade, beslutade och gav stöd till regionerna till en situation där respektive region numera ansvarar för i princip all planering och alla investeringar (SOU 2020:15, s. 134–135).

Att hälso- och sjukvården även präglas av dels en långtgående marknadisering och företagisering, dels en stark profession underlättar inte heller för den politiker som vill styra verksamheten. Båda faktorerna understryker betydelsen av oberoende, att politikerna ska styra verksamheten på armlängds avstånd. I det första fallet handlar det om att marknadskrafterna ska få råda, i det andra om att professionen är experterna på verksamheten och vet bättre än politikerna hur denna ska skötas. Och det är inte minst i rollen som så kallade organisationsexperter som professionen har stärkt sin ställning, där läkare intar rollen som både sakprofessionella och chefer med ansvar för organisation och styrning (se kap. 12; Evetts 2009).

Alla dessa tre faktorer – decentralisering, NPM-orientering och professionalisering – riskerar att verka i fragmenterande riktning. Lokala politiker kan ha svårt att se hur olika regioners sjukvårdsverksamheter hänger samman med varandra. Höggradigt marknadiserade och företagiserade utförarorganisationer, som fokuserar på sina egna mål, resultat och budgetamar, kan ha svårt att samordna sig med varandra och att tänka långsiktigt.¹⁰ Och professioner kan ha svårt att se hur olika delar av hälso- och sjukvården griper in i andra delar, och hur hälso- och sjukvården griper in i, och ibland måste ställas mot, annan offentligt finansierad verksamhet.

9. Det har t.ex. hävdats att den ökade statliga styrningen främst, och ”i allt för hög grad”, har riktats mot vårdprofessionerna och att den ”utmanar den professionella autonomin och kan orsaka administrativt merarbete” (Castillo & Ivarsson Westerberg 2019; SOU 2016:2, s. 2; se även Statskontoret 2020, 2019a, 2019b, 2017).

10. Här pågår det också en diskussion om att vårdvalen har fått som konsekvens att vissa grupper har erbjudits vård i en omfattning som går bortom deras faktiska behov. Forskning pekar på att detta har lett till ökade hälsoskillnader och till minskad likvärdighet inom hälso- och sjukvården (Anell 2020).

REGIONERNAS GRUNDLÄGGANDE ORGANISATION

Som framgick ovan har regionerna gradvis fått större möjligheter att organisera sin egen verksamhet. De har också i olika utsträckning låtit sig inspireras av de marknadsiserings- och företagiseringsidéer som behandlades i föregående avsnitt. Det betyder att regionerna i dag sinsemellan kan ha mycket olikartade organisationer. Nedan redogör vi i korthet för de delar av organisationen som är lagstyrda. Det gäller regionfullmäktige, regionstyrelsen, nämndorganisationen i övrigt, revisionen samt den opolitiska förvaltningen. Bolag måste inte finnas enligt lag men är vanliga inom regionerna och diskuteras därför också.

Regionfullmäktige

Enligt kommunallagen ska det i varje region finnas en beslutande församling, ett fullmäktige. Detta är det enda av medborgarna direktvalda organet.¹¹ Fullmäktige beskrivs som ”den beslutande församlingen”, det vill säga i bestämd form singular. I praktiken har dock beslut under en lång följd av år delegerats från fullmäktige till nämnder och förvaltningar. Nämnderna har dessutom egen beslutsrätt när de tillämpar speciallagstiftning. Fullmäktige ska dock alltid besluta ”i ärenden av principiell beskaffenhet eller av större vikt för regionen” (SOU 2020:15, s. 64), vilka omfattar mål och riktlinjer för den regionala verksamheten samt budget, skatt och andra viktiga ekonomiska frågor.

Fullmäktige har till uppgift att tillsätta styrelsen och övriga nämndledamöter samt att välja revisorer. Den avgör också hur nämnderna ska organiseras och vilken verksamhet de ska ha. Till fullmäktiges uppgifter hör även att utforma förvaltningens organisation och verksamhetsformer. Den fattar dessutom beslut om ersättning till de förtroendevalda och beslutar om årsredovisning och ansvarsfrihet. Till detta kommer också beslut om eventuella folkomröstningar och extra val.

Regionstyrelsen – en ”samlingsregering”

Regionstyrelsen kan förstås som den regionala motsvarigheten till regeringen. Med en sådan liknelse är den att betrakta som en typ av sam-

11. Det finns i dag ca 4 600 förtroendevalda i landets 21 regioner. Av dessa är 94 procent fritidspolitiker, dvs. uppdraget sköts vid sidan av ett annat arbete eller studier (SKR 2020a).

lingsregering, eftersom styrelsens sammansättning återspeglar mandatfördelningen i fullmäktige. Detta mönster återfinns i samtliga nämnder (styrelsen är alltså en nämnd), även om väldigt små partier inte kan räkna med att få en plats i alla nämnder. Samlingsregerandet har inte sällan pekats ut som problematiskt, särskilt vad gäller ansvar och ansvarsutkrävande där oppositionen inte får den tydligt granskande roll som den har i ett renodlat parlamentariskt system (se kap. 10; Larsson & Sundström 2020; Montin & Granberg 2013, s. 40; Karlsson & Gilljam 2015, s. 26–27; Bergman 1999; Erlingsson & Wänström 2015).

Styrelsen har ett övergripande ansvar för regionens verksamhet och samordnar verksamheten. Den har också att bereda alla ärenden som beslutas i fullmäktige, däribland budgeten. Styrelsen ska utse en direktör – en högsta tjänsteperson i regionen – som ska ha den ledande ställningen bland de anställda och vara chef för styrelsens förvaltning. Regionstyrelsen har dessutom till uppgift att verkställa fullmäktiges beslut, vilket betyder att styrelsen i praktiken gör många av de politiska prioriteringarna (Montin & Granberg 2013, s. 40).

Även om styrelsen generellt sett inte är överordnad andra nämnder, och alltså i normalfallet saknar formella möjligheter att påverka dessa, har styrelsens roll som samordnande politiskt organ stärkts sedan 1990-talet. I den nya KL från 2017 infördes en ny bestämmelse om att fullmäktige kan bestämma att styrelsen får fatta beslut om ”särskilt angivna förhållanden som rör andra nämnders verksamhet” (KL 6:8). Det betyder alltså att styrelsen numera även formellt kan ges en överordnad roll gentemot övriga nämnder, särskilt i övergripande ekonomiska frågor (Lundin & Madell 2018, s. 174–175). Styrelsens förstärkta roll har gjort att fullmäktige alltmer har kommit att beskrivas som ett ”transportkompani”, som enbart fattar formella beslut i frågor som i praktiken redan har avgjorts i andra fora (Montin & Granberg 2013, s. 41; Karlsson & Gilljam 2015, s. 7). Styrelsen är tillsammans med valnämnden – som fungerar som regional valmyndighet – numera den enda obligatoriska nämnden i regionen.

Nämndorganisationen i övrigt

Kommunallagen stadgar att de uppgifter som är specialreglerade ska skötas av regionstyrelsen eller av annan nämnd. HSL (7:1) fastslår också att det för ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten ska finnas

minst en nämnd i regionen. Ledamöterna i nämnderna utgörs normalt av förtroendevalda politiker, men även andra kan utses till ledamöter om två tredjedelar av fullmäktige röstar för det (KL 5:58). Varje nämnd har ansvar för ett särskilt område, såsom hälso- och sjukvård eller regionala utvecklingsfrågor. Sjukhus bedrivna i offentlig regi är ofta nämnder.

Nämnderna har främst beredande uppgifter men kan som sagt även fatta vissa beslut själva. Förutom att förbereda ärenden till fullmäktige ansvarar nämnderna för den löpande verksamheten inom sitt område och för att genomföra fullmäktiges beslut. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt (KL 6:3–6). I praktiken är det tjänstepersoner som sköter det mesta av genomförandet av verksamheten, men politikerna har alltid det yttersta ansvaret (SKR 2020b).

Enligt kommunallagen kan en nämnd bestämma – om inte fullmäktige redan har gjort det – att den under sig ska ha särskilda utskott eller beredningar (KL 3:5). Utskott och beredningar utgörs också normalt av förtroendevalda. Med stöd av KL kan en nämnds beslutanderätt delegeras till ett utskott, men inte till en beredning (KL 6:41). Utskottets uppgifter är dock normalt att bereda nämndens ärenden. Det finns således (möjlighet till) en delegeringskedja av beslutanderätt från fullmäktige till nämnder och vidare till utskott som komplicerar bilden av fullmäktige som *det* (enda) beslutande politiska organet inom regionen.

Förvaltningsorganisationen

Den opolitiska förvaltningen är sparsamt reglerad i KL. Det framgår som sagt att det ska finnas en direktör som är chef över förvaltningen (KL 7:1). Styrelsen ska i en instruktion fastställa direktörens uppgifter och hur den ska leda förvaltningen under styrelsen (KL 7:2). Nämnder kan delegera beslut till chefer i den underställda förvaltningen, och dessa chefer kan i sin tur delegera beslut till anställda under sig (KL 7:5–7). Anställda är också inkluderade i beredningstvävet genom att de har en skyldighet att lämna upplysningar till fullmäktige om fullmäktige begär det (KL 5:41). Denna upplysningsplikt gäller även i relation till regionens revisorer (KL 12:9).

Förvaltningens huvudsakliga uppgift är att utarbeta underlag till de politiska organen. I praktiken deltar de anställda i hög utsträckning i utformandet av politiken, och detta deltagande har under senare år ökat

i takt med att det har skett en professionalisering av förvaltningen. Den regionala förvaltningsorganisationen har beskrivits som särskilt komplicerad (Montin & Granberg 2013, s. 85–87). Detta förklaras av att det inom förvaltningen finns flera typer av tjänstepersoner, där professioner inom vården finns representerade. Komplexiteten ökar också med regionens storlek, som för med sig ett ökat antal enheter och chefsnivåer. Marknadiseringen och företagiseringen har också skapat en mer sammansatt förvaltningsorganisation med försök att bryta upp offentliga verksamheter i olika beståndsdelar (organisationer, enheter och funktioner) och att skilja mellan beställare och utförare.

Den kommunala revisionen

Fullmäktiges viktigaste kontrollinstrument är den kommunala revisionen (Montin & Granberg 2013, s. 38). Efter varje val tillsätter fullmäktige revisorer. Kommunallagen stadgar att det ska finnas minst fem revisorer vid en samlad revision av hela verksamheten eller vid en särskild revision av en viss, eller vissa nämnders, verksamhet (KL 12:5). Revisorerna utgörs av förtroendevalda politiker, men sedan 2009 får de inte samtidigt vara förtroendevalda (ordinarie eller ersättare) i fullmäktige (KL 4:4). Att revisorerna är politiker har ofta kritiserats (Bäck 2018; Lundin 2010). Revisorerna ska dock bistås av sakkunniga biträden och av en förvaltning (KL 12:8, 12:10–11).

Revisorerna prövar om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt sätt, om räkenskaperna är rättvisande och om den interna kontrollen inom nämnderna är tillräcklig (KL 12:1). Revisorerna gör en årlig årsberättelse och de kan rikta anmärkningar mot nämnder, beredningar eller enskilda förtroendevalda. I större regioner som Stockholm genomför revisionen varje år ett stort antal revisioner, som omfattar såväl årsberättelser för olika verksamheter som projektrapporter. Det rent praktiska arbetet med att genomföra en revision läggs numera ofta ut på privata revisionsbyråer (Bäck 2018).

Bolag

Fullmäktige får med vissa undantag fatta beslut att lämna över skötseln av en regional angelägenhet till ett bolag (KL 10:1). Bolaget kan vara hel- eller delägt av regionen. Vid överlämnande av verksamhet till helägda bolag ska fullmäktige utse samtliga styrelseledamöter och fast-

ställa ändamålet med verksamheten samt se till att ändamålet och de kommunala befogenheterna anges i bolagsordningen. I bolagsordningen ska också anges att fullmäktige får ta ställning till beslut i verksamheten som är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt innan de fattas samt se till att bolaget ger allmänheten insyn i den verksamhet som genom avtal lämnas över till privata utförare (KL 10:3).¹²

Från slutet av 1980-talet till 1990-talets mitt skedde en stor ökning av antalet kommunala bolag. Sedan 2007 har en ny våg av bolagsbildningar på regional (och primärkommunal) nivå genomförts. Många sjukhus är i dag av regionen helägda bolag, vilket exempelvis gäller för flera sjukhus i Region Stockholm.¹³ Bolagens styrelser kan antingen utgöras av politiker eller av experter av olika slag.

REGION STOCKHOLMS ORGANISATION

Vi har tidigare konstaterat att regionerna numera uppvisar en betydande variationsrikedom avseende organisation och arbetssätt. Region Stockholm särskiljer sig gentemot övriga regioner genom sin storlek och därmed också i organisatorisk komplexitet. Enbart KS har drygt 15 500 anställda, vilket innebär att sjukhuset har ett par tusen fler anställda än många större statliga förvaltningsmyndigheter, exempelvis Försäkringskassan. Regionen har också visat sig vara särskilt öppen för organisationsexperiment och för NPM-orienterade reformer, vilket ytterligare bidrar till organisatorisk mångfald (Jacobsson 2002; Montin & Granberg 2013). Regionen har i dag avtal med en stor mängd privata aktörer, cirka 1 000 stycken. Den största andelen av dessa aktörer är verksamma inom hälso- och sjukvården. Region Stockholm säger sig i dag ha flest vårdavtal med privata vårdgivare i landet. De marknadsiserings- och företagiseringsidéer som diskuterades tidigare i detta kapitel har alltså fått ett stort genomslag i Region Stockholm (Anell 2020; Falkenström & Höglund 2018).

12. Om verksamheten överlämnas till ett delägt bolag ska fullmäktige se till att bolaget blir bundet av de villkor som avses i KL 10:3 i den omfattning som är rimlig med hänsyn till andelsförhållandena, verksamhetens art och omständigheterna i övrigt (KL 10:4).

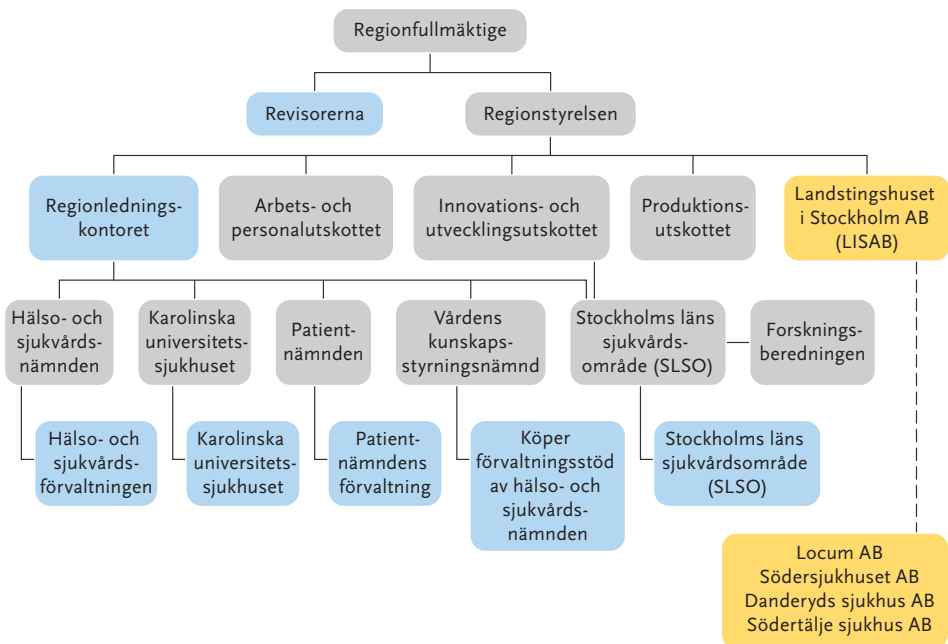
13. Södersjukhuset AB, Södertälje sjukhus AB och Danderyds sjukhus AB.

Regionens organisationsexperimenterande gäller även den interna organisationen. Regionen genomför mer eller mindre kontinuerliga organisationsförändringar – genom nedläggningar av nämnder, utskott och beredningar och inrättandet av nya (SLL 2014a, 2018a). Organisationsförändringarna har syftat till att genom centralisering stärka den politiska styrningen och kontrollen över ekonomin, att tydliggöra ansvarsförhållandena samt att förbättra uppföljningen av mål och resultat.

Detta avsnitt består av två delar. I det första finns en övergripande beskrivning av hur regionen är organiserad när detta skrivs. I det andra redogör vi för de delar av organisationen som har haft ett särskilt ansvar för NKS-projektet. Denna del är kronologiskt upplagd och skildrar de många organisatoriska förändringar som genomfördes under NKS-projektets långa historia.

Den politiska organisationen: flera politiska styrcentra av vården

Det här avsnittet fokuserar på de politiska organ som har ansvar för hälso- och sjukvården i Region Stockholm. I figur 2.2 nedan framgår vilka



Figur 2.2: Organisationsschema för Region Stockholm 2020.

dessa organ är och hur de relaterar till varandra. Figuren visar också vilka förvaltningar som lyder under respektive nämnd.

Regionfullmäktige i Stockholm är Sveriges näst största beslutande församling med sina 149 ledamöter (bara riksdagen är större). Under den mandatperiod då detta skrivs (2018–2022) finns det åtta partier representerade i fullmäktige, samma partier som i riksdagen. Under tidigare mandatperioder i NKS-projektets historia har antalet partier dock varierat, Centerpartiet och Sverigedemokraterna har ibland saknat representation. Politiken inom regionerna brukar allmänt beskrivas som konsensusorienterad (Larsson & Sundström 2020; Montin & Granberg 2013), men Region Stockholm har ofta setts som ett avvikande fall: konfliktnivån mellan opposition och majoritet har generellt varit hög, också gällande hälso- och sjukvårdsfrågor (se kap. 10; Andersson & Grafström 2019; Hallin & Siverbro 2002).

I Region Stockholm har *styrelsen* 20 ordinarie ledamöter. Ordförande är finansregionrådet, en post som innehas av den politiska majoriteten. Majoriteten har även positionen som förste vice ordförande medan oppositionen har platsen som andra vice ordförande. Regionråden är hel- och halvtidsanställda förtroendevalda,¹⁴ vilka tillsammans bildar *regionrådsberedningen* som lägger fram förslag till beslut till styrelsen. Genom att styrelsen har det ”övergripande ansvaret”, inbegripet att sköta den ”strategiska styrningen” av regionens verksamheter, är styrelsen i praktiken ett politiskt centrum för makten över vården i Stockholm (Region Stockholm 2020a).

Under styrelsen finns det för närvarande tio politiskt sammansatta underorgan, i form av utskott och beredningar. Av dessa tio är fem särskilt centrala för hälso- och sjukvården. I styrningen av bolag är *produktionsutskottet* – under perioder kallat för ägarutskottet – särskilt relevant då det ansvarar för ägarstyrningen av bolagen (SLL 2018d).¹⁵ Denna

14. Majoriteten, dvs. Allianspartierna tillsammans med Miljöpartiet, har regionråd som ansvarar för sakområden; förutom finansregionråd finns hälso- och sjukvårdsregionråd, vård- och valfrihetsregionråd, vårdutvecklingsregionråd, trafikregionråd, fastighets- och serviceregionråd, tillväxt-, samhällsplanerings- och skärgårdsregionråd, miljö- och kollektivregionråd samt fyra regionråd vikta åt oppositionen.

15. Produktionsutskottet har i praktiken utnämningmakten för regionens bolag då det föreslår fullmäktige ledamöter till bolagens styrelser.

styrning omfattar såväl de regionägda bolagen som de förvaltningar som drivs ”i bolagsliknande former”: KS och Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO). Danderyds sjukhus, Södersjukhuset och Södertälje sjukhus är alla av regionen helägda bolag. Det är också Locum AB, som är regionens fastighetsförvaltare med särskilt ansvar för sjukhusbyggnader. *Landstingshuset i Stockholm AB* (LISAB) har delvis överlappande uppgifter med produktionsutskottet och består av samma ledamöter som utskottet. LISAB är alltså också ett politiskt sammansatt underorgan till styrelsen som drivs i form av ett bolag. Det utövar regionstyrelsens ”uppsiktsplikt” över regionägda bolag och de förvaltningar som drivs under bolagsliknande former.

Regionstyrelsens *arbets- och personalutskott* har ett helhetsansvar för regionstyrelsens verksamhet, vilket innebär att det sköter uppgifter som rör övergripande styrnings-, system- och strukturfrågor (Region Stockholm 2020a). Utskottet ansvarar också för regionens ekonomiska och verksamhetsmässiga resultat. Utskottet har elva ledamöter. Arbets- och personalutskottet har alltså en övergripande och samordnade roll i förhållande till regionstyrelsens övriga underorgan.

Innovations- och utvecklingsutskottet har nio ledamöter och ansvarar särskilt för e-hälsa, digitalisering, medicinteknik samt hantering av patientdata. Utskottet bevakar också frågor om vårdexport. Under sig har innovations- och utvecklingsutskottet ett eget beredande organ, *forskningsberedningen*. Beredningen, som har samma ledamöter som utskottet, har ett särskilt ansvar för forskning och utbildning (FoU) inom hälso- och sjukvården.

Utöver dessa politiskt sammansatta organ har regionstyrelsen också en egen förvaltning, *Regionledningskontoret*. I augusti 2020 hade detta kontor – som, även om jämförelsen haltar något, kan ses som en motsvarighet till Regeringskansliet – 307 anställda, varav 103 var politiskt rekryterade.¹⁶ Kontoret har till uppgift att stödja styrelsen i dess arbete med att leda, styra, samordna och följa upp regionens verksamhet. Det fungerar därmed som förvaltning även för de politiskt sammansatta organen under styrelsen. Den centrala förvaltningsorganisationen, det vill säga Regionsledningskontoret, inklusive nämndernas förvaltningar i övrigt, har cirka 800 anställda, varav hälften arbetar med IT.

16. Uppgifter från Region Stockholm, HR-avdelningen, 2020-08-25.

Den starka koncentrationen av styrningsansvar och styrningskapacitet, inklusive rollen som ägare, till regionstyrelsen är ett uttryck för Region Stockholms variant av beställar–utförarmodellen (BUM), kallad för Stockholmsmodellen (Charpentier & Samuelson 1999). Enligt BUM ska rollerna som ägare, beställare och utförare av vård åtskiljas (Hallin & Siverbo 2002, s. 85–87). Medan styrelsen således innehar *ägarrollen* är *Hälso- och sjukvårdsnämnden* (HSN) den huvudsakliga *beställaren* av vård. Nämnden ansvarar för att utreda regionbefolkningens vårdbehov, och utifrån detta behov beställer den vård av *utförare*. Dessa utförare kan vara privata eller offentliga. Region Stockholm har särskilt drivit idén om att patienterna ska ges möjlighet att välja vårdgivare genom att skapa ett stort utbud av sådana. HSN har i dag nio underorgan. Åtta av dessa är beredningar.¹⁷ Det nionde organet är avtalsutskottet som tecknar avtal med vårdgivare – utförarna – inom ramen för Region Stockholms vårdval.

En av regionens största utförare av vård är förstås KS, som sedan 2004 består av Karolinska sjukhuset i Solna och Huddinge sjukhus. KS leds av Nämnden för Karolinska (tidigare kallad ”Karolinskas styrelse”). Till skillnad från övriga nämnder i regionen är de sju ledamöterna i denna nämnd inte förtroendevalda politiker. Den är i stället ”professionellt sammansatt” (ibland även kallat ”externt tillsatt”) och består av personer med bakgrund inom vården. Regionen har mot denna bakgrund beskrivit KS som en ”förvaltning styrd i bolagslika former” (Andersson & Grafström 2019). Denna ordning har av regionens revisorer återkommande ifrågasatts och beskrivits som en sammanblandning av privaträttslig och offentligrättslig styrning som saknar stöd i KL. Detta kan också ses som ett uttryck för regionens långtgående företagisering. KS uppdrag bestäms genom ett avtal mellan Nämnden för Karolinska (utföraren) och HSN (beställaren) som beskriver uppdragets innehåll och omfattning (vilken vård och hur mycket vård som ska bedrivas).¹⁸

17. De åtta beredningarna är: valfrihets- och tillgänglighetsberedningen, kompetensförsörjningsrådet, kvalitetsrådet, folkhälsoberedningen, seniorrådsberedningen, tandvårdsberedningen, psykiatriberedningen samt långtidsberedningen.

18. Från den 1 januari 2020 har regionpolitikerna beslutat om förändringar i vårdavtalet för akutsjukhusen. Förändringarna innebär att man går från en avtalsmodell byggd huvudsakligen på anslag mot ett mer prestationsbaserat ersättningssystem. Detta kallas för ”rörlig produktionsbaserad ersättning” och utgör för

KS utgör den förvaltning som lyder under nämnden. Förvaltningen leds av en förvaltningschef – sjukhusdirektören – som ansvarar för verksamheten inför nämnden.

Övriga nämnder som ansvarar för hälso- och sjukvården är SLSO och Patientnämnden. SLSO bedriver i regionens regi primärvård, psykiatri, geriatrik, avancerad vård i hemmet (ASIH), somatisk specialistvård och habilitering. SLSO bedriver även forskning och utbildning tillsammans med Karolinska Institutet. Patientnämnden är en ”fristående och opartisk instans” dit patienter och anhöriga kostnadsfritt kan vända sig med sina klagomål om problem uppstått i kontakt med vården.¹⁹

Sammanfattningsvis kan det konstateras att den politiska organisationen är komplex. Det visar sig bland annat genom att det finns flera politiska styrcentra som påverkar vården generellt såväl som specifikt, gällande KS. Flera politiska organ är direkt eller indirekt involverade i styrningen av KS. Analysen av Region Stockholms organisation har också visat att politiska idéer och värderingar fått stort genomslag i organisationen. Exempelvis märks det att Alliansens betoning av privatisering och införande av vårdval har lett till att det numera finns flera politiska organ som ansvarar för frågor som rör valfrihet och vårdval.

Den politiska organiseringen för NKS-projektet

I föregående avsnitt diskuterades hur Region Stockholms organisation ser ut när detta skrivs. I detta avsnitt flyttas fokus till de delar av den politiska organisationen som haft ett särskilt ansvar för NKS-projektet. Här beskrivs också hur ansvaret, under projektets gång, har flyttats mellan olika delar av organisationen och hur dessa förändringar har motiverats. Avsikten är att skapa en övergripande bild av händelseförloppet för NKS-projektet, ett händelseförlopp som kommer att skildras tämligen detaljerat och främst tematiskt i bokens kommande kapitel.

Karolinskas del (från den 1 januari 2020) 40 procent av ersättningarna (se Region Stockholm 2019c).

19. *Vårdens kunskapsstyrningsnämnd* skapades så sent som 2018, dvs. det är denna studie slutar, och lämnas därför därhän här. Till de politiska organen hör också *Kommunalförbundet sjukvård och omsorg i Norrtälje* samt *Samverkansnämnden Stockholm–Gotland*. Den senare är en av de sex sjukvårdsregionerna som Sverige, efter beslut av riksdagen, är indelat i. Medlemsregionerna i Samverkansnämnden ska samarbeta om frågor som rör sjukvård.

Under NKS-projektet inledande fas (2001–2006) var ansvaret på förvaltningsnivå knutet till styrelsens förvaltning genom en särskild styrgrupp som styrde med hjälp av särskilda utredningar (Johannesson & Qvist 2019). Det politiska ansvaret var också koncentrerat till styrelsen, närmare bestämt till arbets- och personalutskottet. Utskottet hade då, liksom nu, ett övergripande samordnande ansvar för styrelsens styrning av vården. Detta kan ses som ett uttryck för att dåvarande politiker eftersträvade att helhetssyn och samordning skulle prägla NKS-projektet. Motiveringen till att arbets- och personalutskottet gavs politiskt ansvar för projektet var också att de styrande politikerna då ansåg att det borde sättas in i ett bredare perspektiv avseende Stockholms hälso- och sjukvård.

Efter denna inledande period av utredningar gick NKS-projektet in i en ny fas. Från början fanns det dock fortfarande en ambition bland styrande politiker att man på politisk nivå skulle eftersträva helhetssyn och samordning. En utgångspunkt var därför att de centrala organisationerna i Stockholmsmodellen skulle få de viktigaste positionerna i projektet, det vill säga HSN som *beställare*, styrelsen (med dess samordningsansvariga arbetsutskott och dess ägarstyrningsansvariga produktionsutskott) som *ägare* samt KS som *utförare*.

Denna idé övergavs dock av den nyvalda styrande politiska majoriteten 2006 som i stället koncentrerade den politiska makten till det då nyinrättade *FoUU-utskottet* (forsknings-, utbildnings- och utvecklingsutskottet) under styrelsen, som försågs med en relativt stor egen förvaltning. Detta gjordes bland annat på grund av att den politiska ledningen ville hålla KS och HSN på avstånd från processen (se kap. 11). Ett annat skäl var att ledningen antog att ett projekt av NKS storlek krävde en särskild organisation som enbart arbetade med projektet. Befintliga organ skulle helt enkelt inte ha tillräckliga resurser (varken tid eller kompetens) för att klara av ett sådant ansvar.

FoUU-utskottet ansvarade för NKS-projektet från 2006 till 2010, då utskottet lades ner. Nedläggningen kan ses som ett resultat av en växande kritik från såväl opposition som revisorer, som ansåg att utskottet hade getts alltför omfattande egen beslutsmyndighet samt att insynen var begränsad. Nedläggningen bör också ses i ljuset av de eskalerande konflikterna mellan å ena sidan FoUU-utskottet och å andra sidan andra politiska underorgan till styrelsen: arbetsutskottet och produktionsutskottet.

Kritik riktades också från HSN och dess förvaltning (se kap. 11). Denna kritik handlade om att FoUU-utskottet, genom att inte i tillräcklig utsträckning samordna sig med andra politiska underorgan, inte hade lyckats ta det helhetsgrepp om planeringen av NKS och Stockholms hälso- och sjukvård som krävdes för att driva projektet i hamn.

FoUU-utskottet ersattes 2010 av den så kallade *NKS-beredningen*, som genom att vara just en beredning saknade beslutsmyndighet. Besluten togs nu i stället av styrelsen. Nu inleddes också en period då HSN och dess förvaltning flyttade fram sina positioner. Detta kom framför allt till uttryck i initieringen av projektet Framtidens hälso- och sjukvård (FHS, se kap. 8). NKS-beredningen lades dock ner efter bara ett år. Dess ersättande av FoUU-utskottet ansågs inte ha undanröjt problemen med insyn och transparens (Andersson & Grafström 2019). År 2011 övertog därför arbetsutskottet återigen ansvaret för styrelsens räkning. Detta innebar att de styrande politikerna återigen ville placera NKS-projektet i ett bredare regionalpolitiskt sammanhang. Samtidigt togs det första beslutet om den så kallade Framtidsplanen, vilket innebar att HSN, och särskilt dess förvaltning, ytterligare stärkte sin position, medan den politiska styrningen av projektet Framtidens hälso- och sjukvård kritiserades för att ha varit för svag (Andersson & Grafström 2020; SLL 2018d). Under en kort period, 2017–2018, fanns det ett politiskt organ under HSN, *Utskottet för framtidens hälso- och sjukvård*, som ansvarade för att samordna, verkställa och följa upp beslut som rörde detta projekt. Efter nedläggningen av utskottet har revisorerna återkommit med deras kritik om en för svag politisk styrning av Framtidsplanen.

Det kan således konstateras att det under åren 2001–2018 gjordes flera förändringar avseende den politiska organisationen för NKS-projektet. Dessa kan ses som uttryck för vad som vid olika tidpunkter har setts som viktiga politiska prioriteringar. Det kan förstås också ses som ett uttryck för makt: vem som ska bjudas in att påverka och vem som ska hållas utanför. Detta blir på förvaltningsnivå särskilt tydligt, något som diskuteras utförligt i kapitel 8 och 11. Det kan också ses som ett tydliggörande av vad som *inte* är politiskt prioriterat; särskilt gäller detta Framtidsplanen, där det politiska ansvaret har varit begränsat och för vilken det bara under en kort period har funnits en tydlig politisk organisering (med Utskottet för framtidens hälso- och sjukvård). Skildringen visar också att de konfliktlinjer som uppstod på politisk nivå inte

gick, som det oftast gör i demokratiska system, mellan den styrande majoriteten och oppositionen, utan att de snarare gick mellan olika politiska organ, under styrelsen.

AVSLUTANDE DISKUSSION

I detta kapitel har vi visat att NKS-projektet ägde rum i ett särpräglat strukturellt sammanhang. Spänningen mellan kraven på å ena sidan likvärdighet och å andra sidan lokal anpassning präglar i hög grad hälso- och sjukvården. Ibland har staten skärpt sin styrning för att stärka likvärdigheten, för att i nästa skede avreglera för att förbättra flexibiliteten och öka det lokala demokratiska inflytandet. Samtidigt kan det konstateras att när staten har skärpt styrningen har det främst skett genom att öka regleringen och granskningen i verksamhetsledet, det vill säga i de delar av hälso- och sjukvården som rör vårdens arbetssätt och mötet mellan vårdgivare och vårdtagare. De delar av beslutsprocessen som rör politikskapandet, med frågor om planering och byggandet av sjukvårdsinrättningar, har varit av mindre intresse. Här har statens inblandning i stället stadigt minskat över tid.

Utöver decentralisering präglas hälso- och sjukvården även av en långtgående marknadisering och företagisering, samtidigt som den är starkt professionaliserad. Tillsammans riskerar dessa tre faktorer att verka fragmenterande. Utrymmet för politikerna på regional nivå är samtidigt kringskuret. I teorin ges regionerna betydande självstyrelse, men i praktiken formuleras övergripande prioriteringar och (ofta kostnadsdrivande) målsättningar på nationell nivå. Professionen, med sin överlägsna kunskap visavi de regionala politikerna och möjlighet till opinionsskapande, har samtidigt en framträdande roll i utformandet av den lokala organiseringen av sjukvården och dess insatser, vilket ofta leder till ökade kostnader. Ekonomisk effektivisering och rationalisering ankommer på den regionala förvaltningen. Kvar för de regionalt förtroendevalda politikerna att göra blir att inför väljarna försöka legitimera de höga kostnader som sjukvården i dag kräver samt att hitta sätt att finansiera dessa kostnader, inte sällan genom kritiserade nedläggningar av vårdenheter och neddragningar av verksamhet.

Kapitlet har också i korthet redogjort för den grundläggande statliga regleringen av regionerna och för vilka organ regionerna enligt denna

reglering måste ha och hur de är tänkta att fungera. Skildringen avser fullmäktige, styrelsen, övriga nämnder, den opolitiska förvaltningen, revisorerna och bolag. Vi visar att kommunallagen har formen av en ramlag och att utrymmet för kommuner och regioner att själva bestämma sin organisation är stort. Och givet att kommuner och regioner har låtit sig inspireras i varierande grad av de marknadsiserings- och företagiseringsidéer som har sköljt över Sverige sedan slutet av 1980-talet kan man nu bevittna en uppsjö av skilda organisationslösningar bland kommunerna och regionerna.

Slutligen visar vi att Region Stockholm tillhör de regioner som har tagit marknadsieringen och företagiseringen längst. Dess organisation är komplex, både på politisk nivå, där det finns ett flertal politiska styrcentra, och på förvaltningsnivå, där centralförvaltningar har delvis överlappande ansvar och utförarorganisationer, som sjukhus, har formen av hybrider med beteckningar som "bolagsliknande". Vi visar också att NKS-projektet under åren 2001–2018 tämligen flitigt kom att flyttas runt mellan olika politiska organ och att det även skapades nya politiska organ för projektet. Detta var delvis uttryck för en politisk kamp, en kamp som inte enbart, eller ens främst, utkämpades mellan den styrande majoriteten och oppositionen utan snarare mellan olika politiska organ.

3. Om komplexa beslutsprocesser

Göran Sundström, Maria Grafström

& Martin Qvist

INLEDNING

Den här boken handlar om de *beslut* som ledde fram till skapandet av Nya Karolinska Solna (NKS) – vilka de viktiga besluten var och hur de kan förstås. Följaktligen har vi utgått från olika beslutsteoretiska perspektiv i våra försök att beskriva och begripliggöra beslutsprocesserna kring NKS.

Ofta utgår beslutsteoretiska studier från vad som brukar kallas *den rationalistiska beslutsmodellen* (Brunsson 2007; Edelman 1988). Modellen är betydelsefull, inte bara för att många anser att den beskriver hur aktörer – såväl individer som organisationer – faktiskt fattar beslut; den anses vara en bra empiriskt förklarande teori. På grund av modellens betoning av logik och insamling av information för att undanröja oklarheter betraktar många också modellen som ett ideal, som beskriver hur aktörer *bör* fatta beslut. Den är således även en omhuldad normativ teori.

Empirisk forskning visar dock att beslut i komplexa miljöer ofta avviker från den rationalistiska beslutsmodellen och att beslutsprocesser tenderar att vara ganska stökiga fenomen, präglade av oklara mål, knapphändig information, bristfällig kommunikation och begränsat lärande. Under sådana förhållanden kan beslut mer ses som utfall av maktkamper, där aktörer använder sig av olika strategier och åtgärder för att hävda och driva igenom sina ståndpunkter, avseende såväl problem som lösningar. Beslutsprocesser handlar därför många gånger om att formulera och föra fram den mest övertygande berättelsen om vad som behöver göras och varför.

Som utgångspunkt för analysen av besluten bakom NKS utvecklar vi i detta kapitel ett perspektiv som bygger på organisations- och besluts-teori baserad på antaganden om "begränsad rationalitet" (Cohen m.fl. 1972; March 1994; Simon 1947). Ett sådant perspektiv understryker betydelsen av att beakta aktörer och deras strategier i analyser av besluts-

processer, men tar samtidigt hänsyn till att intentioner och strategier är formade av sammanhanget. Det betyder att inte bara aktörerna blir intressanta att studera, utan att vi även behöver inkludera och förstå vilka idéer som dominerar och vilka organisatoriska arrangemang som formar processen (Ahlbäck Öberg & Sundström 2020; Blomquist & Jacobsson 2002; Brunsson 2007; Kingdon 1984). Förmågan att skapa fängslande berättelser är central för att förstå beslutsfattande och därför kan vi, som också föreslås av företagsekonomen Erik Ronnle (2019), tala om en *narrativ beslutsmodell* som står i kontrast mot den rationella.

I det följande redogör vi mer utförligt för denna narrativa beslutsmodell, och vi lyfter särskilt fram hur beslut kan rättfärdigas utifrån denna modell. Att vi i vår analys utgår från den narrativa modellen innebär dock inte att vi helt kan bortse från den rationalistiska beslutsmodellen. Genom dess starka normativa position påverkar den beslutsfattare och deras sätt att rättfärdiga beslut. Vi inleder därför med att kort redogöra för denna modell.

DEN RATIONALISTISKA BESLUTSMODELLEN

Enligt den rationalistiska modellen fattas beslut enligt ett visst bestämt mönster. Det finns en naturlig tidsföljd i tänkandet och handlandet när aktörer ställs inför problem, som innebär att problem alltid föregår handlingsalternativ, att handlingsalternativ alltid föregår beslut och att beslut alltid föregår handling. Problem, handlingsalternativ, beslut och handling är urskiljbara stadier i processen. För att vara rationella måste aktörer alltid först identifiera ett problem och klargöra sina viljor, därefter lista möjliga handlingsalternativ och uppskatta konsekvenserna av varje alternativ, sedan välja det alternativ som bäst svarar mot preferenserna och slutligen handla i enlighet med beslutet (se t.ex. Laver 1997; Ward 1995). Behovet av analys och evidens understryks, inte minst kvantitativ information, vilket anses underlätta för beslutsfattare att väga olika handlingsalternativ mot varandra (March 1994; Ronnle 2019).

I moderna samhällen har den rationalistiska beslutsmodellen som sagt inte bara status som förklarande teori, utan också som normativ. Det normativa inslaget är så starkt att modellen ofta uppfattas som självklar (Brunsson 2007). På så sätt utgör den en grundläggande, och starkt styrande, *idé* om hur moderna samhällen är uppbyggda och hur aktörer

(särskilt organisationer) bör bete sig för att vara korrekta och legitima.

Att modellen är högrgradigt normativ tar sig uttryck i att den på olika sätt har organiserats in i de offentliga verksamheterna. Olika författningar föreskriver till exempel att statliga förvaltningar allmänt ska förse regeringen med information av betydelse för dess verksamhet (SFS 2007:515, 6–7 §§). Omvänt stadgar regeringsformen att regeringen vid beredning av sina ärenden ska inhämta behövlig information från berörda förvaltningar, och även från andra aktörer (RF 7:2). Som vi påpekade i kapitel 2 finns detta så kallade beredningstvång vid beslut också på kommunal nivå, men detta tvång innebär endast att ärenden som avgörs av fullmäktige måste beredas i en nämnd eller en särskild fullmäktigeberedning, vilket innebär att beredningen helt kan skötas av folkvalda politiker (KL 5:26–28).

Även andra bestämmelser i våra mest grundläggande författningar stöder idén om en vidsträckt plikt för förvaltningen att söka objektiv och saklig information (Bull 2017), bland annat dem om objektivitetsprincipen (RF 1:9), meddelarfriheten och meddelarskyddet (TF 1:1, kap. 3). Statliga offentliga utredningar (SOU) ska också alltid genomföra ekonomiska konsekvensanalyser av sina förslag (Regeringen 2000). Inom olika politikområden finns det även författningar som ställer krav som utgår från den rationalistiska beslutsmodellen, exempelvis planprocessen enligt plan- och bygglagen, som följer ett antal angivna steg i prövandet av ett förslag till markanvändning (Strömgren 2007). Inom infrastrukturområdet finns det också krav på att vid utarbetandet av olika handlingsalternativ genomföra samhällsekonomiska kalkyler (Ronnle 2019; Thoresson 2011) och att tillämpa den så kallade fyrstegsprincipen, där enklare ingrepp, som att påverka resebeteenden (1) och att optimera befintliga transportsystem (2), ska ställas mot mer omfattande ingrepp, som att bygga om (3) och bygga nytt (4) (Qvist 2017).

Även rådande styrmodeller, särskilt mål- och resultatstyrningen, vittnar om den rationalistiska beslutsmodellens primat i offentlig verksamhet. Modellen föreskriver att de offentliga verksamheterna ska agera utifrån en målrationellitet, som innebär att de formulerar mål, överväger så många handlingsalternativ som möjligt, värderar och jämför dessa alternativ med varandra, och väljer det alternativ som bäst uppfyller målet. Målen ska också brytas ner på olika verksamhetsnivåer. Efter att åtgärder har vidtagits ska sedan verksamheternas resultat följas upp och

värderas på de olika verksamhetsnivåerna, aggregeras uppåt och läggs till grund för beslut om nya mål – således en utpräglad rationalistisk, instrumentell beslutsmodell (ESV 2007; Sundström 2003).

Alla dessa bestämmelser kan betraktas som uttryck för den mer allmänna, och särpräglade, förvaltningskultur som ofta sägs känneteckna det offentliga beslutsfattandet i Sverige, där politisk förankring och konsensusökande har parats med en hög grad av rationalism och kunskapssökande (Anton 1969; Rothstein 1992; Wittrock & Lindström 1984). Idén om att fatta politiska beslut ”på upplysningens grund” har varit stark (Hermansson 2002).

DEN NARRATIVA BESLUTSMODELLEN

Beslutsfattande i komplexa miljöer har i praktiken lite gemensamt med den rationalistiska beslutsmodellen. Svårigheterna är av flera slag och rör antaganden om såväl stabila intressen som problem och lösningar – något som kullkastar idén om att problem, alternativ, beslut och handling kommer i en viss bestämd ordning. Den rationalistiska beslutsmodellens krav på beslutsfattare att ha fullständig information och skapa sig översikt över alla tänkbara handlingsalternativ och deras konsekvenser är också något som sällan är vare sig möjligt eller motiverat i termer av tid och resurser. Det är dessutom ett förfarande som bygger på att beslutsfattare kan göra tillförlitliga prognoser (att de har kompetens att se in i framtiden), vilket många gånger är förknippat med stora svårigheter och hög osäkerhet. För att förstå hur beslut har fattats och vad dessa har fått för betydelse för NKS behöver vi därför söka andra förklaringsmodeller. I vår analys blir rationalistisk beslutsteori just en normativ modell – en stark idé som har påverkat beslutsfattare. För att nå djupare förståelse för dessa beslutsprocesser behöver vi en annan analysapparat, som vi kallar den narrativa beslutsmodellen. Nedan utvecklar vi den beslutsmodellen genom att diskutera ”visionär oklarhet”, svårbedömda handlingsalternativ, att lösningar tenderar att söka sina problem och betydelsen av policyentreprenörer.

Om visionär oklarhet

Den rationalistiska beslutsmodellen betonar klara och stabila intressen. Aktörer anses veta vad de vill. Om de bara lägger manken till anses de

också kunna omsätta denna vilja i politiska program och mål, och med moderna styrmodeller som mål- och resultatstyrning har kraven på detta omsättande ökat – med avseende på såväl antal mål som deras detaljeringsgrad. Studier visar dock att politiker har svårt att leva upp till dessa krav. När politiker vill åstadkomma mer genomgripande förändringar på ett område brukar de i regel inte ha särskilt detaljerade idéer om hur förändringarna mer konkret ska gå till; snarare än precisa mål och åtgärder präglas deras program och uttalanden allt som oftast av ”visionär oklarhet” (Gioia m.fl. 2012; Sahlin-Andersson 1989). Denna oklarhet kan handla om att de, på grund av kunskapsbrist, inte *kan* formulera sig så särskilt tydligt – politiker är ju ofta lekmän (inte minst på kommunal nivå). Men vagheten kan också böttna i att de inte *vill* besluta om mer precisa åtgärder och mål (Tarschys 2002, s. 63–64). Som statsvetaren Lennart Lundquist har uttryckt saken:

Inte sällan är den politiska beslutsprocessen av den art att det inte är möjligt att formulera besluten tydligt om aktörerna önskar få majoritet för dem. Kompromisser, som medvetet utformas otydligt, är därför inte ovanliga och säkerligen ibland nödvändiga om man överhuvudtaget ska få till stånd ett beslut, och vissa beslut måste man fatta om verksamheten ska kunna gå vidare (Lundquist 1998, s. 177).

Politikerna vill således ofta ha ett betydande mått av handlingsfrihet. De föredrar många gånger att inledningsvis formulera sig öppet, att vänta och se hur processer utvecklar sig och efter hand precisera sig, alltefter som processerna fortskrider (Matland 1995; Page 1976). I megaprojekt handlar det om att organisera för ett visst mått av öppenhet i beslutsprocesser och att låta projekten vara ”rimligt flexibla” (Blomquist & Jacobsson 2002). Därigenom kan projektet löpande anpassas till förändrade intressen och presenteras i samklang med vad som för tillfället anses vara ”rätta” idéer. Det finns alltså sällan precisa viljor och preferenser på förhand, utan nog så ofta skapas och omskapas de under processernas gång, inte sällan i mötet med andra aktörer (Brunsson & Brunsson 2014, s. 18; Jacobsson m.fl. 2015).

I dessa möten med andra aktörer sticker de offentliganställda ut. Som regel överlåter nämligen politikerna det närmare genomförandet av sina

(vaga) visioner till förvaltningen, som normalt befolkas av personer som är utpräglade experter och som inte sällan har lång erfarenhet av det område inom vilket de arbetar (Jacobsson m.fl. 2015; Page & Jenkins 2005; Page 2008). Men att politiker på detta sätt involverar förvaltningen i beslutsfattandet beror inte bara på att de anställda kan förse politikerna med expertis. Det handlar också om att få med förvaltningen på den förändring som eftersträvas. För att större förändringar ska bli framgångsrika krävs det inte sällan att synen på såväl problem som lösningar – och på den kunskapssyn som mer allmänt dominerar inom området – revideras, inte minst inom förvaltningen, och sådana revideringar måste ofta ske gradvis, via interna processer inom förvaltningen. Som den amerikanske professorn i management Dennis A. Gioia med kollegor (2012, s. 369, vår översättning) formulerar det:

”Ny” organisatorisk kunskap uppstår inte bara genom import utifrån, utan också via revidering och anpassning av befintlig kunskap inom organisationen. För förståelsen av organisatorisk förändring är innebörden, att när individer överväger idéer och begrepp på organisatorisk nivå (t.ex. övergripande visioner), och tolkar och omvandlar dem för att passa deras egna sammanhang, syften och krav (lokal anpassning), skapar de väsentligen ny kunskap som manifesteras genom olika ”revisioner” av befintliga idéer och begrepp.

Trots att en förändring i efterhand kan te sig som mer eller mindre självklar är idéers innebörd eller deras påverkan inte given på förhand. I stället tillskrivs idéer innebörd i processer som i hög grad formas av det organisatoriska sammanhang och det aktörskap – de idébärare – som ges utrymme och har förmågan att översätta idéer, det vill säga att forma och ge dem innehåll och mening. Vem som översätter och var översättningen sker blir alltså avgörande för vad idéer ges för betydelse och vilka praktiska konsekvenser de får. Det betyder i sin tur att politiker – för att kunna styra en förändringsprocess med hjälp av idéer och utan att vara alltför specifika och därmed riskera att skapa initiala och hämmande konflikter – ofta har behov av att styra förändringen genom organisation, det vill säga genom att bestämma var och av vem översättningen ska göras. Framgångsrika reformer handlar således i hög grad om att

inkludera förvaltningar, och få dem att gradvis ”översätta” och begripliggöra reformidéer utifrån deras egna erfarenheter och hävdvunna synsätt. Detta är särskilt viktigt när reformerna handlar om att förändra själva förvaltningen – dess organisation och arbetssätt – då den kan ha svårt att acceptera ny kunskap som ”prackas på den” utifrån (Gioia m.fl. 2012; Lindgren, C. 2018; Weick 1995).

Samtidigt som politikerna på detta sätt förutsätts visa förtroende nedåt, och involvera berörda förvaltningar i förändringsarbeten, förväntas de också upprätthålla hierarkin. Det handlar då inte primärt om att utfärda detaljerade direktiv och mål – sådan detaljerad styrning är de ofta inte kapabla till, och dessutom skulle den kunna äventyra de nödvändiga kunskapsreviderande processer som diskuterats ovan. Snarare handlar upprätthållandet av hierarkin om att ha beredskap för att, vid behov och efter bästa förmåga, föra klargörande samtal och resonemang med de anställda om de övergripande visionerna och målen (Bengtsson 2012; Jacobsson m.fl. 2015; Niemann 2013).

Om elakartade problem och svårbedömda handlingsalternativ

Svårigheterna att upprätthålla den rationalistiska beslutsmodellen i samband med stora komplexa projekt handlar emellertid inte bara om vaga intressen och oklara mål. De handlar också om förekomsten av och beskaffenheten på de problem som besluten syftar till att komma till rätta med. Många samhällsproblem som det offentliga har att hantera är speciella till sin karaktär – de har kallats ”elakartade” (*wicked*), vilket betyder att de är vagt definierade, instabila och i grunden omstridda (Head 2008; Rittel & Webber 1973). Forskare har länge pekat på att problem inte dyker upp av sig själva och plötsligt bara finns där i ett slags objektiv mening. I stället är fastställandet av ett problem (att det alls finns ett problem) och dess natur (problemets närmare beskaffenhet) ett resultat av politiska processer. Problem är *konstruerade*, och de konstrueras ofta genom förhandlingar och maktkamper mellan olika aktörer med skilda intressen (Bacchi 2009; Bacchi & Goodwin 2016; Edelman 1988; March & Olsen 1976).

Även synen på lösningar, eller handlingsalternativ, inom den rationalistiska beslutsmodellen har visat sig vara problematisk. Som nämnades tidigare är det både kostsamt och tidskrävande att utarbeta många olika handlingsalternativ för ett visst problem, och att bedöma de olika

alternativens konsekvenser långt in i framtiden (Brunsson & Brunsson 2014). Detta sammanhänger med att det är svårt, nästintill omöjligt, att förutse olika åtgärders effekter på otydliga och rörliga samhällsproblem som sjukdom, fattigdom, kriminalitet och arbetslöshet (Sandahl & Petersson 2016). Sådana problem påverkas dessutom ofta av en mängd faktorer och är i händerna på ett stort antal aktörer – de tenderar att vara ”many hands-problems” (Thompson 1980).

Detta betyder inte att allt kalkylerande av detta slag är onödigt, utan att det i princip alltid blir ofullständigt. Aktörer är *begränsat rationella* (Simon 1947). I sina försök att realisera politikernas oklara visioner söker inte tjänstepersoner optimala alternativ utan alternativ som är tillräckligt bra. Och i dessa sökprocesser tenderar de att krångla sig fram (Lindblom 1959), bland annat genom att hantera en fråga i taget, genom att låta olika (potentiellt motstridiga) frågor hanteras av olika delar av organisationer, genom att stänga ute vissa intressen och inkludera andra, genom att söka information på platser där man brukar söka information och genom att agera på sådant sätt att det man gör för tillfället sitter ihop någorlunda bra med det man har gjort tidigare. Tumregler och handlingsrutiner styr handlandet lika mycket som, eller kanske mer än, förutsättningslöshet och öppenhet (Lipsky 1980; Jacobsson 1994; March & Olsen 1989; Olivier 1991; Pache & Santos 2010; Weick 1995).

Megaprojekt som NKS innehåller i flera avseenden särskilt komplexa beslutsprocesser, inte minst då de tenderar att involvera – och intressera – en mångfald av aktörer. Det tenderar därför att bli konfliktfyllda processer där expertisen sällan kan ge entydiga svar och visa vägen framåt. Megaprojekt fungerar därför ofta som en arena för intressekamper, där olika expertunderlag ställs mot varandra och där valet av vilken typ av kunskap som ska utvecklas och premieras blir en politisk och intresse-driven fråga (De Bruijn & Leijten 2008; Hajer & Wagenaar 2003). Den brittiske sociologen Anthony Giddens skriver:

Vi kan inte bara ”godta” de upptäckter som vetenskapen producerar, om inte annat därför att vetenskapsmännen så ofta är oeniga med varandra, speciellt i frågor som rör fabricerad risk. Och alla är i dag medvetna om vetenskapens mycket ombytliga karaktär (Giddens 2003, s. 43).

Kunskap och expertis är således omstridd. Helt avgörande blir därför ofta hur politikerna väljer att organisera beslutsprocessen, där en central fråga blir vem (vilken förvaltning och vilka personer) som får huvudansvaret för att leda beslutsprocessen och hur denna ledningsfunktion organiseras ihop med andra aktörer i dess omgivning – andra förvaltningar och personer såväl som andra kringliggande intressenter, såsom professioner, experter och berörda parter (Ahlbäck Öberg & Sundström 2020; Jacobsson m.fl. 2015; Sundström 2020a).

Om lösningar som söker problem

All denna komplexitet som kringgärdar större reformer inom det offentliga – där målen är oklara och motstridiga, problembilderna undflyende och säkra handlingsalternativ svåra och kostsamma att ta fram – gör att hela den rationalistiska beslutsmodellens idé om beslutsprocessers sekventialitet ställs på ända. Det visar sig ofta vara svårt att i praktiken avgöra när i tiden problem och lösningar konstrueras, liksom hur konstruerandet av problem och lösningar relaterar till varandra. Många forskare menar till och med att beslutsprocesser i realiteten oftare startar i lösningar än i problem: ”Men det slående kännetecknet för kopplingen mellan politiska problem och lösningar i vardagen är att lösningen vanligtvis kommer först, kronologiskt och psykologiskt”, hävdar exempelvis den amerikanske statsvetaren Murray Edelman (1988, s. 21f., vår översättning; se även Sahlin-Andersson 1998).

I sådana situationer handlar en beslutsprocess inte om att göra ett val, utan är i stället något som följer av att ett val har gjorts. Snarare än att via ett förutsättningslöst utredande söka ett optimalt handlingsalternativ till ett initialt formulerat problem blir det viktigt för de aktörer som förespråkar det på förhand valda alternativet att skapa momentum för det (Ronnle 2019, s. 29–30). Detta har visat sig vara vanligt i megaprojekt (Flyvbjerg m.fl. 2002; Flyvbjerg 2009; Priemus 2008), men också i samband med andra typer av reformer (se t.ex. Wisell 2019). Momentum kan skapas genom att det valda handlingsalternativet kopplas till ett för tillfället uppmärksammat problem. Det kan också skapas genom att ramarna för projektets inriktning redan från början sätts snävt. Dessa ramar (konceptuella, organisatoriska, ekonomiska eller tekniska) tenderar att vara svåra att förändra i senare skeden (Miller & Lessard 2008). Genom att tidigt i processen gå över till detaljfrågor och tekniska lös-

ningar hamnar också fokus på frågor om hur projektet bäst kan genomföras, snarare än på om projektet i sig är bra (Williams & Samset 2010). Tvärtemot den rationalistiska beslutsmodellen begränsas således möjligheterna att förutsättningslöst utarbeta och jämföra olika handlingsalternativs brister och fördelar. För att behålla fart gäller det i stället att utarbeta så få konkurrerande handlingsalternativ som möjligt, eller att ta fram alternativ som får det redan valda alternativet att framstå som det bästa (Ronnle 2019, s. 29–30). Det valda alternativet kan också skyddas genom att avstå från att precisera det. Vaghet öppnar för tolkningar, vilket kan göra det svårare att rikta kritik mot det föreslagna alternativet samtidigt som vagheten kan göra det lättare att få med fler aktörer på vagnen (Gioia m.fl. 2012).

Att på detta sätt försöka få upp en given lösning på den politiska dagordningen och få den beslutad har fångats i begreppet ”policyfönster” (Kingdon 1984). Här är idén att politik, problem och lösningar kan ses som tre separata ”strömmar”. När dessa tre strömmar länkas samman öppnas ett ”policyfönster” där beslut kan fattas. Denna modell utgår från att det i en politisk kontext – som den regionalpolitiska – ständigt finns en mängd problem som lyfts och gör sig påminda genom rapporter, indikatorer och medierapportering. Alla problem kan dock inte diskuteras samtidigt, utan för att ett visst problem ska få uppmärksamhet och hamna högst på agendan krävs det att det finns en färdig lösning som problemet kan kopplas till. Det krävs dessutom att den rådande politiska situationen är gynnsam med avseende på exempelvis styrkeförhållandena mellan de politiska partierna, prioriterade frågor i den allmänna opinionen, olika intressegruppers fokus och aktiviteter samt aktuella händelser (såsom en alarmerande granskningsrapport, en skandal eller en katastrof) inom det politiska systemet.

Om policyentreprenörer

Politik, problem och lösningar sammanstrålar dock inte alldeles slumpmässigt. Beslutsprocesser är organiserade på så vis att de begränsar vilka aktörer, problem och lösningar som kan komma upp på bordet vid varje givet tillfälle (Ahlbäck Öberg & Sundström 2020). Alla aktörer och intressen har inte tillgång till beslutsaren hela tiden. I stället är det vanligt att olika episoder i varierande utsträckning kännetecknas av öppenhet respektive slutenhet gentemot omgivningen.

Beslutsarenan kringgärdas också av en mängd aktörer som aktivt försöker att få upp ”sina” lösningar på agendan (Kingdon 1984). Denna typ av aktörer brukar benämnas ”policyentreprenörer” och kännetecknas av att de just företräder och utvecklar lösningar och policyförslag. De är ofta experter och informella maktbärare i en beslutsprocess, men kan även vara politiker, tjänstepersoner eller företrädare för organiserade intressen. Möjligheter med ett megaprojekt kan exempelvis locka företrädare för byggindustri, arkitektfirmor och konsulter att uppvakta politiker. Politiker – och andra – kan också lockas av möjligheten att få resa monument och att föra sig till den aura av framsteg och proaktivitet som kringgärdar stora projekt (Flyvbjerg 2014, s. 8–9). I fallet med sjukhus har hälso- och sjukvårdens professioner en central roll. Även ledande och inflytelserika professionsföreträdare kan fungera som policyentreprenörer och ta tillfället i akt att påverka ett nytt världsledande sjukhus, men också se det som en mer generell möjlighet att föra fram reformidéer kring sjukvårdens organisering (Johannesson & Qvist 2020).

Det är inte ovanligt att dessa olika typer av policyentreprenörer förenas vid megaprojekt och bildar en starkt drivande kraft för projektet. När sådana koalitioner lyckas förena sina ambitioner med för tiden starka och dominerande idéer blir de särskilt betydelsefulla (t.ex. Blomquist & Jacobsson 2002). Samtidigt kan andra typer av policyentreprenörer, som utgår från andra värden och problembilder, gå samman och formera ett starkt motstånd. Det uppstår en politisk kamp, och i denna kamp kan båda formationerna använda sig av olika resurser (såsom pengar, kunskap och förtroende) och av olika strategier (såsom att anpassa och förfinna sina förslag, hålla alternativa idéer och förslag på avstånd, förhålla vissa utredningar och beslut, skapa allianser med likasinnade, söka kompromisser och kohandla) (Blomquist & Jacobsson 2002; Brorström 2010). Särskilt viktigt blir det att i texter och tal rättfärdiga sitt förändringsprojekt.

ATT RÄTTFÄRDIGA BESLUT

När gamla tiders kungar, präster och andra överheter ville få igenom sina beslut räckte det ofta med att de hänvisade till en nedärvd auktoritet, en tradition eller Guds vilja. I det moderna samhället duger inte detta. För att rättfärdiga beslut i dag måste offentliga beslutsfattare (och

policyentreprenörer) i stället kunna hävda, och försöka påvisa, att deras förslag och beslut dels leder till någonting bättre (för medborgarna), dels är genomtänkta och väl underbyggda. Detta är dock ingen okomplicerad och konfliktfri övning. Som vi har visat ovan vänder sig det narrativa beslutsperspektivet mot idén att det finns värderingsfria teorier som kan förse beslutsfattarna med modeller och instrument som, med hjälp av oförvitliga experter, kan räkna fram och mäta effekterna av olika förslag med sådan precision att de på ett enkelt och oantastligt sätt kan rangordnas. Denna instrumentella syn på beslutsprocesser ersätts av en mer konfliktfylld och maktorienterad syn. Beslutsprocesser ses som politiska snarare än tekniska.

När beslut ska rättfärdigas blir argument viktiga (Fischer & Forester 1993; Fischer & Gottweis 2012). Och argumenten måste sättas in i ett större sammanhang. Det narrativa beslutsperspektivet säger oss att offentliga beslutsfattare och policyentreprenörer, i sina försök att rättfärdiga förändringsprojekt, kommer att försöka bygga upp slagkraftiga och trovärdiga berättelser om hur både problemen inom ett visst område ser ut – till exempel gällande ett visst sjukhus (som Karolinska universitetssjukhuset) eller ett visst sjukvårdsområde (som Stockholms sjukvården) – och hur problemen bäst kan lösas. En del av detta berättande handlar om att försöka överträffa och misskreditera andra, konkurrerande berättelser om hur problemen ser ut och hur de bör lösas, berättelser som förs fram av andra beslutsfattare och policyentreprenörer (Stone 2002).

Forskare har länge understrukt betydelsen av berättelser som ett sätt för reformatörer att begripliggöra reformer, initiera förändring, motivera och inspirera berörda aktörer och stärka deras moral och förtroende (Christensen 2003; Czarniawska 1997; Elgie 2003; McBeth m.fl. 2014; Neuhauser 1993; Roe 1994; Weick 1995). Dessa forskare menar att berättelserna, för att kunna bli framgångsrika, behöver vara innehållsrika och rymma resonemang inte bara om vilka problem som finns inom området och hur de bäst kan lösas, utan också om hur man hamnade i den situation där man har hamnat, varför andra handlingsalternativ är odugliga, vilka aktörer som har att vinna vad på att de förordade åtgärderna vidtas, vad som har prövats (och misslyckats) tidigare och varför just de förslag som man förordar kommer att vara lyckosamma (Jacobsen m.fl. 2015; Kaplan 1986). Den danska statsvetaren Eva Sørensen skriver:

Genom berättelser är det möjligt att forma bilder av rationellt beteende genom att konstruera intressen, vän/fiende-relationer, visioner av det förflutna och möjliga framtider för individer och grupper, liksom för samhället i stort (Sørensen 2006, s. 101, vår översättning).

Som citatet visar bör berättelserna, för att bli slagkraftiga, ha vissa egenskaper (Morrell 2006, s. 371–372). Exempelvis ska de gärna innehålla viss dramatik, med vinnare, förlorare, hjältar, vänner och fiender. De ska också vara förändringsinriktade och nydanande samtidigt som de måste vara trovärdiga.

Beslutsfattare kan försöka uppnå trovärdighet genom att tala om att den förändring de föreslår redan har genomförts av andra (viktiga) aktörer i andra (liknande) projekt. De kan också hänvisa till experter som förordar förändringen och som kan bekräfta att den inte bara är nödvändig utan också genomförbar. Genom den rationalistiska beslutsmodellens starka normativa ställning blir det särskilt viktigt att stötta projekten med logik och systematik. Det gäller att kunna hävda att all relevant information har funnits tillgänglig och beaktats, att olika handlingsalternativ har utretts och vägts mot varandra, att alternativen har ställts mot ett på förhand uppsatt mål eller formulerat problem, och att det bästa alternativet har valts givet situationen och uttryckta preferenser. Robusta analyser och otvetydig evidens blir således viktigt. Och eftersom människor, på grund av ”den mänskliga faktorn”, lätt gör fel blir det viktigt att hänvisa till olika typer av instrument, modeller och andra hjälpredor som anses minska risken för misstag. Det kan handla om olika typer av procedurer och matematiska besluts kalkyler, men även om konsulter som utger sig för att vara experter på att ta fram relevanta och korrekta beslutsunderlag.

Starka och övertygande berättelser kräver siffror (Porter 1995). Förslag till förändringsprojekt måste backas upp av siffror – ofta framtagna av experter – avseende bland annat projektets kostnader, dess påverkan på människor och dess konsekvenser för ekonomin, företag och andra organisationer. Betydelsen av att presentera siffror för att få igenom politiska förslag är enligt vissa bedömare mycket stor. Exempelvis skriver den tidigare finansministern Anders Borg (M):

Politik handlar om visioner och ideologier, men det måste också finnas skarpa siffrersatta förslag med fördelningsanalyser som håller måttet. Det första är viktigt, men det andra utgör nog 90–95 procent av arbetsinsatsen (Borg 2019, s. 196).

Tilliten till siffror är så stor i dagens samhälle att vi, enligt en del forskare, kan förvänta oss att siffror som inte fullt ut stöder ett förändringsprojekt kan komma att anpassas för att gynna projektet (Wachs 1989). Det är i ljuset av sådana grepp vi kan förstå att megaprojekt nästan alltid blir dyrare än beräknat (Flyvbjerg m.fl. 2002). Siffror kan också användas opportunistiskt, genom att aktörer som förordar en viss förändring lyfter fram vissa siffror som stärker deras argumentation medan de tonar ner andra siffror som talar emot deras idéer (Albæk 1995; Ronnle 2017).²⁰ Eller så kan siffrorna användas rent symboliskt, där aktörerna hänvisar till dem för att framstå som rationella utan att faktiskt använda dem (Feldman & March 1981; Meyer & Rowan 1977). Som Ronnle skriver:

Att begära och hänvisa till forskning är en ritual som legitimerar beslut i allmänhetens och andra intressenters ögon. Den stora tilliten till ekonomisk teori föranleder organisationer att anställa ekonomer som kan producera ekonometriska analyser helt enkelt för att det anses lämpligt. Även fast ingen egentligen läser, förstår eller tror på analyserna, kan de hjälpa till att skapa legitimitet för en organisations planer hos investerare, kunder och bland organisationens egna medlemmar (Ronnle 2019, s. 32–33, vår översättning).

För att öka berättelsers trovärdighet fylls de också ofta av ”magiska begrepp” (Pollitt & Hupe 2011). Det är begrepp som är så positivt laddade att de nästan inte går att motsätta sig. Exempel på begrepp som har varit ”magiska” under en längre tid inom offentlig sektor är resultat, konkurrens, kvalitet, frivillighet, transparens, oberoende och samordning. Man

20. Sådant opportunistiskt agerande har t.ex. hävdats förekomma i samband med den pågående coronakrisen, där kommuner i Sörmland medvetet sägs ha undanhållit siffror om smittspridningen (Persson m.fl. 2020).

kan uttrycka det som att berättelserna, för att bli starka, måste haka i andra starka berättelser i samtiden. Sådana berättelser finns på olika ”nivåer”. Det finns metaberättelser som har karaktären av breda ”moden” – ett slags ”rationella myter” – som påverkar organisationer och individer, såväl nationellt som internationellt (Furusten 2007; Meyer & Rowan 1977; Røvik 2000). Ett exempel på en sådan gränsöverskridande metaberättelse av mer generell karaktär, som vi nämnde i kapitel 2 och som har haft stor betydelse för i princip alla större förändringsprojekt inom offentlig sektor under senare år, är den om *new public management* (NPM) – ett idépaket som framhåller nödvändigheten av att ställa om såväl strukturer som arbetssätt inom offentlig sektor efter näringslivets sätt att fungera. Denna berättelse rymmer starka idéer om både management (t.ex. målstyrning, produktivitet, resultat, kvalitet, effektivitet, chefskap, ansvar och granskning) och marknader (konkurrens, kunder, upphandling, frivillighet och valbarhet) (Ehn & Sundström 2020; Hood 1991; Karlsson 2017). Men det finns också smalare, mer sakpolitiskt bundna berättelser. Inom sjukvården har det under senare år varit populärt att prata om exempelvis evidensbaserad vård, nivåstrukturer, nätverk, patientcentrering och teamarbete (se t.ex. Berlin & Carlström 2013; Lindberg & Blomgren 2009).

Vid sidan av tidsbundna och gränsöverskridande berättelser och idéer finns det även rumsbundna berättelser och idéer som förespråkare av en reform kan knyta upp sina berättelser mot för att rättfärdiga dem. Här rör det sig om idéer som har vuxit fram lokalt, inom ett land eller en organisation, och som över tid har fått karaktären av vanor och traditioner (March & Olsen 1989). Exempelvis finns det inom svensk förvaltning generellt ett antal idéer med ankarfästen djupt ner i historien som har kommit att uppfattas som närmast självklara ”heliga principer” (Wennemo 2020, s. 23–26), vilka tillsammans bildar vad som brukar benämnas ”den svenska förvaltningsmodellen”, där särskilt framträdande idéer är de om kommunal självstyrelse, autonoma myndigheter och öppenhet. I början på detta kapitel nämndes också att politisk förankring och konsensusökande (korporatism) i kombination med en hög grad av rationalism och kunskapssökande har setts som ett svenskt särdrag (Hall 2015; Premfors m.fl. 2009). Senare har svensk förvaltning också kommit att uppfatta sig själv som modern, effektiv samt medborgar- och brukartillvänd.

På motsvarande sätt växer vanor och traditioner också fram inom enskilda organisationer. Här pratar man ibland om att varje organisation (myndighet, företag, intresseorganisation) har sin särskilda "organisationskultur". Region Stockholm kan exempelvis ha vissa sätt att organisera och arbeta som, av organisationsmedlemmarna (dvs. politiker och tjänstepersoner), ses som framgångsrika och självklara. Likaså kan enskilda sjukhus ha sina egna organisationskulturer, som det gäller att ta hänsyn till för den som vill initiera ett förändringsprojekt.

Aktörer och idéer är beroende av varandra. Och givet att idéer ofta initialt i en process är öppna och vagt formulerade – "visionärt oklara" (Gioia m.fl. 2012) – lämnar detta stora möjligheter, och behov, att skapa innehåll, konkretisera abstrakta visioner och anpassa idén till de lokala förutsättningarna eller de för stunden dominerande intressena.

AVSLUTANDE DISKUSSION

Sammanfattningsvis menar vi att den rationalistiska beslutsmodellen inte räcker till för att beskriva och nå djupare förståelse för hur beslutsprocesser i komplexa miljöer i själva verket går till. Eftersom modellen har så stark normativ ställning har den samtidigt stor betydelse för hur beslut fattas. Den påverkar hur beslutsfattare både organiserar beslutsprocesser och rättfärdigar sina beslut. Trots att beslutsfattare av olika anledningar inte kan, och heller ofta inte vill, leva upp till den rationalistiska beslutsmodellen måste de ändå framställa beslutsprocesser på ett sätt som överensstämmer med modellen. Deras narrativ måste således präglas av logik, stringens, orsakssamband, expertutlåtanden, utredningar och siffror.

Att beslutsteoretiskt analysera processen bakom NKS handlar därför i hög grad om att skapa förståelse för berättandet – själva konstruktionen av lösningar och problem. Det betyder att vi behöver förstå vilka *aktörer* som har stått bakom olika argument, resonemang, utredningar och siffror och vilka aktörer som inte har varit med: *vem har haft makten att formulera berättelsen och därmed besluten?* Det blir också viktigt att analysera hur berättelserna har byggts upp – vilka omständigheter och siffror som har lyfts fram, vilka problem som pekats ut, vilka åtgärder som uppgetts ska lösa problemen och vilka som sagts vinna på de föreslagna förändringarna, och hur allt detta relateras till starka idéer i rummet

(moden) och i tiden (vanor och traditioner), kort sagt: *hur har besluten rättfärdigats?* Analysen handlar slutligen också om att utveckla förståelse för varför vissa aktörer har haft makten att formulera berättelsen och besluten, och varför de har kunnat formulera dem som de har gjort: *vilka organisatoriska arrangemang har möjliggjort berättelsen och besluten?*

4. Sjukhuset, staden och en vision om förändring

Martin Qvist & Lukas Smas

INLEDNING

Att en gång för alla fastställa en idéns ursprung, det vill säga när och varför den en gång dök upp, är i regel en omöjlighet. I laddade politiska frågor tenderar sådana diskussioner att präglas av de inblandade aktörernas intressen och perspektiv. Idéer formulerade som lösningar, såsom byggandet av ett ”sjukhus i världsklass”, är dessutom sällan helt nya när de lanseras. Ofta har de diskuterats i olika sammanhang under en längre tid, modifierats efter hand, satts samman med andra lösningar, och inte sällan har de inspirerats av olika förebilder. Dock vet vi från tidigare forskning att de tidiga skedena i planeringen av megaprojekt är centrala för att förstå resultatet. Aktörer tenderar att tidigt i en process låsa sig för ett specifikt alternativ. Ofta kan de beslut som tas tidigt bli formativa och ”låsa in” viktiga ramar för processen (Miller & Lessard 2008; Williams & Samset 2010). Ibland sker detta utan att de ledande aktörerna är medvetna om det och långt innan några formella beslut har tagits. Detta kan också göra att centrala, om än informella, beslut inte blir föremål för bred debatt med opposition, intressenter och allmänheten.

Det här kapitlet undersöker hur och varför byggandet av det nya universitetssjukhuset dök upp på den politiska agendan i Stockholms läns landsting (SLL) i början av 2000-talet. Precis som ofta är fallet med stora politiska reformer var detta en fråga som hade diskuterats av och till under en längre period bland olika berörda aktörer. Men hur gick det till när projektet gick från att vara något som det pratades om till att bli ett skarpt politiskt förslag? Vi undersöker denna kritiska fas av initiering och det ”möjlighetsfönster” (Kingdon 1984) som uppstod för ett megaprojekt i landstinget kring millennieskiftet.

För att fullt ut förstå denna fas räcker det dock inte att bara studera initieringsfasen i landstinget. Nya Karolinska Solna (NKS) kom även

att bli en del av en stadsomvandlingsprocess som vid den här tiden formeras kring Karolinska universitetssjukhuset (KS) och Norra stationsområdet – det område som i dag benämns Hagastaden. Dessa två processer hade tydliga kopplingar till varandra men kan inte beskrivas som en enda stor planeringsprocess. Snarare handlade det om två processer som i stor utsträckning utvecklades separat från varandra, men som också länkades samman under vissa skeenden och i vissa sammanhang under planeringsarbetet. Det som förenade de två planeringsprocesserna var framför allt en gemensam vision om förändring (för översikt, se tabell 4.1 nedan). En framåtinriktad, vag och inkluderande vision är ofta en viktig drivkraft i megaprojekt då den gör det möjligt att mobilisera olika aktörer och inkludera olika typer av reformidéer i ett paket (Sahlin-Andersson & Söderholm 1987).

Kapitlet inleds med en analys av hur det gick till när förslaget om det nya sjukhuset lanserades i den landstingspolitiska kontexten och hur själva förslaget såg ut i detta tidiga skede i processen. Därefter inplacerar vi projektet i den delvis separata men också sammanlänkade stadsutvecklingsprocessen kring Norra stationsområdet. Utifrån detta identifierar vi fem reformidéer som NKS-projektet kan sägas ha vilat på. Beskrivningen av dessa fem idéer utgör sedan utgångspunkten för bokens nästa del där vi följer vad som hände med dem under projektets gång.

	Megaprojektet NKS	Stadsplaneringsprojektet Hagastaden
2001	Beslut att utreda ett nytt sjukhus	Beslut att utreda förutsättningar för en ny stadsdel
2002	SNUS-utredningen presenteras	
2003	3S-utredningen startar	
2004	Gemensamma planeringsförutsättningar publiceras	
2005	Inriktningsbeslut 3S/formgivningstävling utlyses	
2006	Tävlingsresultat presenteras	
2007	Vision 2025: Inbjudan att skapa världens främsta område för life science presenteras	
2008	Beslut att bygga	Fördjupad översiktsplan för området antas

Tabell 4.1: Översikt över beslut och utredningar under de tidiga skedena, åren 2001–2008.

FORMERANDET AV NKS I LANDSTINGET

Framtiden för KS i Solna var ett återkommande samtalsämne bland ledande aktörer i och kring landstinget under hela 1990-talet. Det var känt att sjukhuset stod inför omfattande renoveringsbehov, men diskussionerna rörde också andra frågor som handlade om verksamhetens inriktning, dess roll inom forskningen och relationen till landstingsledningen. Under 1990-talet genomfördes också flera betydande reformer inom hälso- och sjukvården. Det var då de styrningsideal som hämtade inspiration från marknaden och näringslivet, och som kom att benämnas *new public management* (NPM), började få genomslag inom den svenska hälso- och sjukvårdssektorn. Decentralisering, prestationsbaserade ersättningssystem och styrsystem baserade på ”beställar–utförarmodellen” var viktiga reformer som kom att lägga grunden för det utökade inslaget av privata utförare, vilket har accelererat under 2000-talet. Stockholm var tidigt ute med att införa vårdval i primärvården 2007, vilket kom att införas i hela landet tre år senare (Vårdanalys 2013). Den andra centrala utvecklingstrenden under 1990-talet var att förändra den svenska vårdstrukturen mot mer av öppenvård och mindre andel slutenvård, samt från specialiserad vård mot att öka primärvårdens roll. I ett internationellt perspektiv sticker den svenska vården ut med en hög andel sjukhusbaserad vård, och dessa reformer – som i hög grad fortgår i dag – syftar till att utveckla en modell för primärvården som mer liknar den i övriga Europa, där husläkare har en betydligt större roll än i det svenska systemet med vårdcentraler.

Vad gäller KS och Stockholms sjukvård fanns det, i denna tid av reformer, kring millennieskiftet flera olika problembilder som diskuterades inom landstinget, på Karolinska Institutet (KI) och bland andra intressenter i Stockholms sjukvård (se Johannesson & Qvist 2019). Det första var *fastighetsproblemet*. Den gamla huvudbyggnaden, som stod klar 1940, hade successivt kompletterats och kopplats samman med nya byggnader men i slutet av 1990-talet stod hela fastighetsbeståndet inför omfattande renoveringsbehov. Vidare menade vissa aktörer, inte minst inom landstinget och på KI, att paviljongutformningen av det gamla sjukhusområdet med huskroppar utspridda över en större yta var omodern och dåligt anpassad till framtidens vård och forskning (se vidare kap. 5). Förutom att förbindelserna med kulvertar under mark skapade

logistiska problem, fanns det också en kritik om att husen skapade samverkansbarriärer och fysiska begränsningar för tvärprofessionella och processororienterade arbetssätt.

För det andra var KS förknippat med *styrningsproblem*, vilket framför allt betonades av politikerna i landstingshuset. Det är närmast ett karaktärsdrag hos hälso- och sjukvården, med dess starka professioner, att den är politiskt svårstyrd (Anell 2007; Berlin & Kastberg 2011; Öhrming 2008). Konflikter och intressemotsättningar mellan politik, administration och professionerna, samt mellan olika medicinska discipliner är också vanliga bland sjukvårdens organisationer (Berlin & Kastberg 2011, s. 45–47). Landstingsledningen i Stockholm uppfattade dessa problem som särskilt utmärkande för KS. Konflikterna handlade framför allt om ekonomi, där landstingsledningen menade att sjukhuset expanderade på ett sätt som var utanför landstingets kontroll som ”beställare” (Johannesson & Qvist 2019). Utöver en ständig dragkamp om budgeten fanns det också, såsom beställaren uppfattade det, en särskild motvilja inom KS till förändringsinitiativ utifrån och ett starkt revirtänkande mellan enheter och kliniker. Denna kombination av expansion och reformovilja gick stick i stäv med den rådande trenden mot att styra om vårdflöden från de stora sjukhusen till öppenvård och primärvård samt att genomföra marknadsreformer.

Vidare fanns det tunga företrädare för den medicinska forskningen, framför allt vid KI, som ansåg att Stockholmsregionen riskerade att komma på efterkälken i den internationella forskningen (se vidare kap. 6). Vid den här tiden betonades satsningar på spjutspetsforskning och att bygga starka tvärdisciplinära forskningsmiljöer, så kallade *centres of excellence*. Det relativt breda uppdrag universitetssjukhuset hade, bland annat i form av att vara ett akutsjukhus för regionens norra delar, ansågs inte ligga i linje med denna utveckling. Detta *excellensproblem* fångades också upp av politiker som kopplade frågan till behov av att satsa på forskning och innovation för att stimulera tillväxt i enlighet med den regionala utvecklingspolitiken. Det var en politik som betonade kluster och samverkan mellan offentliga aktörer, akademien och näringslivet.

I början av 2000-talet kopplades dessa problembilder samman med lösningen att bygga ett nytt, mindre spetsjukhus inriktat mot högspecialiserad vård. Det var dock inte problemen i sig som gjorde att frågan om ett nytt sjukhus dök upp på agendan – de var inte nya utan hade

”stöts och blöts” under många år. Inte heller kan tidpunkten för lanseringen av NKS förklaras av förändringar i politiken; den sittande borgerliga majoriteten gick mot slutet av sin mandatperiod och hade inte gått till val på ett stort sjukhusprojekt. I stället kan öppningen förklaras av att ett av problemen kom att beskrivas och ramas in på ett nytt sätt och därigenom skapades ett vad som inom forskning om politiskt beslutsfattande ibland benämns som policyfönster eller möjlighetsfönster (jfr Kingdon 1984; Knaggård 2015).

Landstingets fastighetsbolag, Locum, genomförde under år 2000 en översyn av renoveringsbehoven vid KS som senare skulle presenteras i en fastighetsutvecklingsplan. Detta var första gången som de totala kostnaderna för renoveringen blev kända för landstingsledningen. Det visade sig, enligt de beräkningar som gjordes då, att renoveringen skulle kosta i storleksordningen sju miljarder kronor och ta tio till tolv år att genomföra. I processen för denna utredning kom investeringsbehoven att uppskattas till en kostnad lika stor som den för att bygga ett helt nytt sjukhus. Presenterat på detta sätt blev problemet också till en möjlighet och det var detta som låg till grund för att projektet lanserades under mantrat ”sluta lappa och laga”, vilket närmast kom att bli NKS-projektets ”slogan” under de första åren av planering. Fastighetsproblemet var med andra ord katalysatorn men det fick genomslag först när det i detta möjlighetsfönster kopplades samman med styrningsproblemet och excellensproblemet.

Även om ett möjlighetsfönster öppnas leder det inte alltid till att beslut tas eller initiativ realiserar. För att leda till förändring måste aktörer kliva fram och presentera realistiska och gångbara lösningar som kan kopplas till problemen. I forskningen om policyprocesser används ofta begreppet policyentreprenörer för att beskriva denna kategori av experter och innovativa påverkansaktörer (se kap. 3). Dessa aktörer utmärks av att de utvecklar och företräder lösningar, men det är sällan de som fattar besluten utan de fungerar snarare som informella makthavare i en beslutsprocess (Mintrom & Norman 2009). Ofta är tajmingen – samtidigheten mellan problem, politiska förutsättningar och lösningar presenterade i rätt läge – avgörande för att det ska bli ett skarpt politiskt förslag (Cohen m.fl. 1972; Kingdon 1984).

I NKS-projektets allra tidigaste skede fanns det flera personer, framför allt kopplade till KI, som lanserade de idéer som senare kom att

utvecklas till förslaget om att bygga ett nytt sjukhus. Inom KI fanns företrädare som länge hade diskuterat möjligheterna att skapa ett nytt spetssjukhus, och dessa diskussioner hade bland annat förts med organisationer kopplade till bioteknik, företrädesvis stiftelsen Stockholm Science City Foundation (Öhrming 2017, s. 37). Dessa företrädare – inte minst KI:s rektor Hans Wigzell, som av många beskrivs som den kanske främsta "visionären" bakom idén – drev vid denna tid ett idékoncept för forskning och innovation tillsammans med KTH och Stockholms universitet kallat Stockholm Bio-Science. Detta koncept hade stort inflytande på det förslag om ett nytt toppmodernt sjukhus i anslutning till KI som landstingsrådet Ralph Lédél (M) presenterade i en skrivelse till landstingsstyrelsen i november 2001. Samtidigt inkluderades även Stockholms stad som planerade en ny stadsdel bredvid NKS i idékonceptet. Även vissa ledande tjänstepersoner vid landstinget kom att bli viktiga för att föra fram det nya sjukhuset som en möjlighet att driva på reformeringen av Stockholms sjukvårdsstruktur mot en ökad nivåstrukturering och utbyggd primärvård i regionen (Johannesson & Qvist 2020). Med andra ord var det flera personer i landstinget och på KI som såg att ett möjlighetsfönster öppnade sig och förde fram idéer som de länge hade drivit men som nu kopplades till ett stort sjukhusprojekt. Flera av dessa personer kom senare att få tongivande roller i den projektorganisation som formerades i slutet av 2001.

Lösningen med det nya spjutspetssjukhuset "läses in"

Genom Lédels skrivelse lyftes frågan till den politiska nivån och de tidiga planeringsstegen i processen påbörjades. I denna tidiga planering skapades en liten organisation kring personer som kan ses som policy-entreprenörer för idéerna bakom NKS. Lédels strategi var, som han beskrev det i en intervju, att få "rätt folk på rätt stolar" (Ennart & Mellgren 2016, s. 298) och att så snabbt som möjligt sätta processen i rullning. Den första utredningen om ett nytt universitetssjukhus, den så kallade SNUS-utredningen (efter "Stockholms nya universitetssjukhus"), startades i början av 2002 och leddes av den lilla projektorganisation av drivande personer från landstinget och KI som beskrevs ovan (SLL 2002a). Utredningstiden var kort, endast ett halvår, och redan från början var arbetet inriktat mot att bygga ett forskningsinriktat sjukhus där den högspecialiserade vården skulle centraliseras. Detta innebar en min-

dre andel bassjukvård och färre slutenvårdsplatser än vid gamla KS. Förändringen skulle i sin tur kräva utbyggnation av närsjukvård och ökad samverkan med andra delar i sjukvårdssystemet, inte minst vad gällde grundutbildningen för läkare. Utredningen tog även upp en eventuell sammanslagning av KS och Huddinge sjukhus, men denna kom att bli aktuell först några år senare och föranleddes då främst av ett behov av kostnadsbesparingar för att hantera ett budgetunderskott.

Den snabba SNUS-utredningen fick som följd att de övergripande konceptuella ramarna ”låstes in” på ett tidigt stadium i processen. Till saken hör att de ledande företrädare för sjukhuset som i stället förordade ett renoveringsalternativ, parallellt med SNUS (och mot landstingsledningens gillande), hade fortsatt att utveckla den ovan nämnda fastighetsutvecklingsplanen till ett alternativt förslag. SNUS-processen blev därmed ett sätt att på ett tidigt stadium, och ganska bryskt, avfärda KS egen ”alternativutredning” till förmån för nybyggnadsalternativet.

Även om SNUS var relativt övergripande innehöll den inslag av mer specifik fysisk planering. Bland annat undersöktes förutsättningarna för att skapa en byggnad av den storlek man föreställde sig på sydvästra delen av KS-området (där NKS senare kom att byggas). Detta var ett sätt att låsa in en annan viktig ram: var i länet sjukhuset skulle byggas. KI hade övertygat landstingspolitikerna om att det var nödvändigt att bygga sjukhuset i nära anslutning till KI:s campus för att möjliggöra ökad samverkan mellan forskning, utbildning och vård, för att därigenom lösa excellensproblemet. Genom att visa att denna lokalisering var möjlig kom andra tänkbara platser (t.ex. i Huddinge) att uteslutas redan under det första året av planering.

Även finansieringsformen med offentlig-privat samverkan (OPS) fanns med som en idé redan innan NKS-projektet formellt drogs igång. Lédel och andra ledande politiker på den borgerliga sidan var vid den här tiden allmänt intresserade av marknadslösningar. OPS var därför en idé som följdes med intresse, både internationellt och i de få svenska exempel som fanns, främst i form av Arlandabanan. Dock kan man inte säga att denna idé ”låstes in” som en lösning i de initiala planeringsstegen då de inledande utredningarna landade i en avvisande inställning till finansieringsformen (se kap. 9).

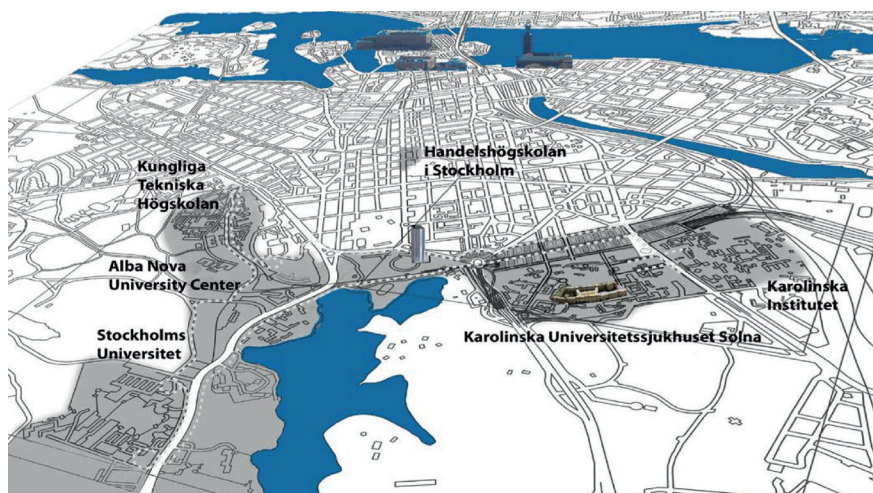
Det som däremot fastslogs direkt var inriktningen mot högspecialiserad vård, och detta gjorde att det tidigt stod klart att NKS-projek-

tet skulle få återverkningar i hela Stockholms sjukvård. För att hantera konsekvenserna av det nya förslaget kom nästkommande utredning att fokusera på sjukvårdsstrukturen. Den så kallade 3S-utredningen (förkortningen står för Stockholms sjukvårdsstruktur) genomfördes mellan 2003 och 2004 och bestod av tre parallella delutredningar: den första om utveckling av närsjukvården, den andra om akutsjukvården och det nya sjukhuset i Solna, den tredje om byggnationen av det nya sjukhuset (SLL 2004). På ett liknande sätt som i SNUS leddes arbetet av en ledningsgrupp där landstingsdirektören var ordförande. Flera av de personer som hade varit ledande i SNUS fick också viktiga roller i 3S-utredningen, inte minst projektledaren för sjukhusdelen. Till projektet knöts också flera referensgrupper med professionsföreträdare från olika specialiteter, vars uppgift blev att fastställa vad som bedrevs inom hög-specialiserad vård, specialiserad vård och närsjukvård inom respektive område, samt vad av detta som kunde koncentreras till färre enheter. 3S-utredningen bekräftade inriktningen för det nya sjukhuset och utvecklade bland annat förslag om en utbyggd primärvård samt närakuter för att möta det behov som skulle uppstå med ett minskat intag av akutpatienter på KS. Det nya sjukhuset skulle med andra ord inte (direkt) ersätta det gamla sjukhuset.

I maj 2005 togs ett inriktningsbeslut i landstingsfullmäktige om att gå vidare, dels med de principer om sjukvårdsstrukturen som lades fram i 3S-utredningen, dels med universitetssjukhuset genom att utlysa en formgivningstävling (SLL 2005).

FRAMVÄXTEN AV ETT URBANT TILLVÄXTPROJEKT

Förutom att processen kring NKS i landstinget i sig utgör ett invecklat förlopp av händelser, kom detta projekt att dessutom bli en del av en stadsutvecklingsprocess kring Norra stationsområdet. Medan landstingsföreträdare förde fram idéer om att reformera sjukvårdsstrukturen och sjukvårdens organisation, var det genom detta lokala sammanhang som NKS kom att kopplas till idéer om tillväxt och utveckling av ett kluster för innovation och teknisk utveckling som kunde sätta hela området på den internationella kartan och skapa något i "världsklass". Samtidigt var detta stadsutvecklingsprojekt en egen process som drevs parallellt med planeringen av det nya sjukhuset.



Figur 4.1: Perspektivbild från norr som illustrerar KS och Norra stationsområdets lokalisering i Stockholm. Bilden användes i Vision 2025 för att illustrera områdets strategiska position i "en av Europas forskningstätaste miljöer" (Stockholm Business Region 2007, s. 14) och i de gemensamma planeringsförutsättningarna för att visa på institutionernas position i "mötet mellan staden och det historiska parklandskapet" (Stockholms stad m.fl. 2004, s. 11). Källa: White Arkitekter.

I början av 1990-talet förändrades gränsområdet mellan Stockholms stad och Solna stad genom att godstrafiken till Norra station upphörde och byggandet av motorvägsförbindelsen Norra länken (figur 4.1). Med detta skapades möjligheter att omvandla ett gods- och terminalområde omgärdat av utbildnings- och forskningsinstitutioner vid innerstadens utkant till en "urban" och internationellt konkurrenskraftig stadsdel med fokus på vetenskap och företagande i enlighet med rådande stadsideal och den nya regionala utvecklingspolitiken. Under slutet av 1900-talet började många städer och regioner anamma en mer marknadsliberal och urbant orienterad tillväxtpolitik för att bemöta en intensifierad globalisering och hantera övergången från ett industriellt till ett postindustriellt samhälle. Enligt denna världsbild konkurrerar platser med varandra och det gäller för städer och regioner att attrahera utländska direktinvesteringar och internationella institutioner, företag och entreprenörer, turister och nya invånare. Samhällsplaneringen har

inom ramen för denna politik fått en tydlig ekonomisk inriktning med fokus på att selektivt prioritera och skapa urbana och konkurrenskraftiga platser och regioner – ofta genom olika former av offentlig-privat samverkan (se t.ex. Harvey 1989; Mitander m.fl. 2017).

Tiden kring millennieskiftet var, som beskrevs i föregående avsnitt, en avgörande period för lanseringen av förslaget om det nya universitetssjukhuset. Det var också under denna period som processen kring Norra stationsområdet tog fart. Detta område pekades i Stockholms stads översiktsplan från 1999 ut som ett strategiskt stadsutvecklingsområde för bostäder och arbetsplatser. I planen lanserades också idén att ”bygga staden inåt”, vilket var ett betydande trendbrott i den dittillsvarande traditionen av en centrifugal utbyggnad av Stockholm längs radiella kommunikationslinjer ut från centrum. Det som framhölls i den nya planen var en tät och blandad stad med kvarter, gator och torg. Samhällsplaneringens funktion blev i detta att genom visioner och holistisk samsyn ”’bygga stad’ i linje med dagens stadsideal snarare än att dimensionera eller lokalisera olika funktioner” (Tunström 2009, s. 157). Den övergripande strategin blev nu att förtäta och exploatera industri- och hamnområden runt Stockholms innerstad och omvandla dem till attraktiva och levande stadsdelar. Runt den så kallade stenstaden utvecklades under 2000-talets första decennier en ring av nya stadsdelar: Hammarby sjöstad, Liljeholmskajen, Norra Kungsholmen, Norra Djurgårdsstaden och inte minst Norra stationsområdet.

I planeringen av Norra stationsområdet vävdes dessa stadsplaneringsidéer samman med en ny regional tillväxtpolitik som också utvecklades för att möta globaliseringen. I den nya regionala utvecklingspolitiken prioriterades åtgärder för att stödja kluster, offentlig-privat samverkan och regionala innovationssystem framför att omfördela resurser och utjämna geografiska olikheter, vilket innebar en övergång från en keynesiansk omfördelningslogik till en nyliberal konkurrenslogik (Mitander m.fl. 2013; Moisiö & Paasi 2013).

I den svenska samhällsplaneringstraditionen har stadsplanering och regional utveckling existerat parallellt i mer eller mindre separata stuprör med utgångspunkt i olika kunskapsområden (Emmelin & Nilsson 2016). I Norra stationsområdet fanns det dock en möjlighet att skapa en världsledande företagsmiljö *och* en attraktiv boendemiljö – att integrera idéer om kluster *och* urbanitet (se figur 4.1). Det förslag som växte fram

kan liknas vid en kombination av IT-klustret i Kista, som i slutet av 1990-talet var ett av världens främsta, och det internationellt erkända stadsutvecklingsprojektet Hammarby sjöstad som planerades och började byggas vid den här tiden.

I föregående avsnitt beskrev vi hur ett möjlighetsfönster öppnades i landstinget för ett stort reformprojekt och att olika aktörer förde fram idéer som kunde kopplas till en rad olika problem som diskuterats i den landstingspolitiska kontexten. Även i fallet med den parallella stadsutvecklingsprocessen kan vi tala om ett möjlighetsfönster som öppnades i början av 2000-talet. I detta fall gällde det frågan om hur Norra stationsområdets framtid skulle lösas, och öppningen möjliggjordes genom att drivande aktörer lyckades koppla samman regional utvecklingspolitik med idéer om att bygga stad enligt rådande urbana ideal. Också här stod fastighetsfrågorna i centrum, både i termer av problem och lösningar, då regionen behövde fler bostäder för den växande befolkningen.

Från Norra station till Hagastaden

Stockholms stad började undersöka hur området kring Norra station skulle kunna utvecklas under 1990-talet, men projektet ansågs ligga långt fram i tiden då det bland annat förutsatte stora infrastrukturinvesteringar och en överdäckning av Norra länken. Idéerna fick dock ny aktualitet i början av 2000-talet då den ekonomiska konjunkturen var mer gynnsam och fastighetsägare och byggherrar visade intresse för att bygga bostäder i området. KI uppvaktade samtidigt Stockholms stad om idékonceptet Stockholm Bio-Science som nämndes ovan. Här ser vi hur de två processerna kom att föras samman genom detta koncept, som betonade behovet av att säkerställa bra villkor och utrymme för forskning och företagande i nära anslutning till universiteten. Här fanns möjligheten att inte bara skapa ett bostadsområde utan en stadsdel fokuserad på forskning och företagande i världsklass och bemöta det upplevda excellensproblemet.

År 2001 tog Gatu- och fastighetsnämnden i Stockholms stad ett inriktningsbeslut kring utbyggnaden av Norra stationsområdet, som innebar att Gatu- och fastighetskontoret fick mandat att inleda förhandlingar med berörda aktörer (Jernhusen) om en exploatering av området och att gå vidare med diskussioner kring konceptet Stockholm Bio-Science. I underlaget nämndes också att landstinget hade framfört till staden att

KS lokalbehov och verksamheter var under utredning, att det eventuellt fanns ett behov av att expandera sjukhuset och att en framtida överdäckning av Norra länken skulle kunna hjälpa till att säkerställa detta.

I ett samarbetsprojekt mellan KI, SLL, Stockholms stad, Akademiska Hus och Jernhusen samt byggaktörer utreddes förutsättningar för ett stadsutvecklingsprojekt där sjukhuset framhölls som en viktig del. I början intog dock sjukhuset och politiken en perifer roll i projektet. De som inledningsvis drev processen var privata och offentliga markägare, byggherrar och tjänstepersoner. År 2003 tillsattes dock en politisk styrgrupp och projektet utvecklades från ett lokalt inriktat stadsutvecklingsprojekt till ett regionalt utvecklingsprojekt med mål att stimulera tillväxt i hela Stockholmsregionen (Swanson 2012).

I de gemensamma planeringsförutsättningar som presenterades 2004 formulerades projektets vidare inriktning i en vision: "Den nya stadsdelen kring Norra station förenar i en unik miljö stadens kvaliteter med världsledande forskning, företagande och boende i Europas mest spännande tillväxtregion" (Stockholms stad m.fl. 2004, s. 5). Detta dokument, som var resultatet av ett vidare samarbetsprojekt (som nu också inkluderade Solna stad), beskrev området kring Norra station, KI och KS i en regional kontext, redogjorde för den fysiska infrastrukturen inklusive sjukhuset i staden, och utgjorde även ett så kallat program för detaljplanering. Det efterföljande samrådet kring den sista nämnda planprogramdelen resulterade, på grund av projektets komplexitet och tidshorisont, i ett förslag om att en fördjupad översiktsplan för området skulle utarbetas. Samtidigt med detta arbetade delvis andra aktörer fram en bredare och mer tillväxtorienterad vision om att "skapa världens främsta område för life-science" (Stockholm Business Region 2007) kring vilken också universitet och näringslivsföreträdare kunde mobiliseras. I visionen kopplades olika lösningar och problem samman och den gav projekten en vidare betydelse bortom såväl sjukhuset som stadsdelen (se figur 4.1).

År 2008 antog Solnas respektive Stockholms kommunfullmäktige den fördjupning av två översiktsplaner för Norra station och Karolinska området som de hade tagit fram gemensamt (Stockholms stad & Solna stad 2008). Detta är samma år som landstinget beslutade att bygga NKS. Under utarbetandet av den planen framkom en rad meningskiljaktigheter mellan nyckelaktörerna (mellan Solna och Stockholm

respektive mellan KI och KS) och efterlevnaden av den antagna planen har ifrågasatts (se Swanson 2012). Parallellt med detta pågick dessutom också detaljplanering i respektive kommun och fastighetsförvärv i området. Medan omvandlingen av Norra stationsområdet i princip förutsatte en överdäckning av Norra länken planerades NKS också utifrån att det skulle vara möjligt att bygga sjukhuset även om överdäckningen inte förverkligades. Solnas kommunstyrelse gav i mars 2008 Stadsbyggnadsnämnden i uppdrag att starta detaljplaneringen för det nya sjukhuset som i sin tur gav Stadsbyggnadsförvaltningen i uppdrag att ta fram en detaljplan. Drygt ett år senare vann detaljplanen för NKS laga kraft. Den första detaljplanen för Hagastaden, som kan härledas till inriktningsbeslutet fattat av Gatu- och fastighetsnämnden 2001 och de gemensamma planeringsförutsättningarna, antogs av Stockholms kommunfullmäktige 2010. Beslutet överklagades och vann laga kraft först efter ett regeringsbeslut 2011.

Samtidigt som Solna och Stockholm mödosamt hade arbetat fram de övergripande planerna för området och de nödvändiga detaljplanerna, arbetade landstinget och Locum med formgivningen och gestaltningen av det urbana sjukhuset. Från hösten 2003 till våren 2004 utredde arkitektkontor i parallella uppdrag förutsättningarna för lokaliseringen av sjukhuset inom området och relationen till stadsmiljön. I fastighetsavsnittet i 3S-utredningen betonade sedan Locum att sjukhuset skulle integreras i stadsmiljön och stadens kvartersstruktur. En bedömningspunkt i arkitekturtävlingen som arrangerades från november 2005 till augusti 2006 blev således "sjukhuset i staden" (se kap. 6).

Spänningsförhållandena mellan långtgående samarbeten och samtidiga behov av självständighet var genomgående i relationerna mellan megaprojektet NKS och stadsutvecklingsprojektet Hagastaden, men liknande spänningar fanns även i relationerna mellan KS och KI. Det vinnande gestaltungsförslaget i arkitekttävlingen för sjukhuskomplexet innehöll exempelvis en administrationsbyggnad och aula väster om Solnavägen på campusområdet. Detta var dock inte KI särdeles intresserat av, då det sedan länge hade önskat sig en egen signaturbyggnad. År 2001 hade Akademiska Hus utlyst en arkitekttävling för en ny aula på campusområdet. Projekteringen försenades av olika anledningar men 2007 fick projektet ny kraft tack vare en donation. Aula Medicina, som invigdes 2013, och NKS blev två olika projekt som dock till viss del

länkades samman genom en gångbro och det så kallade Akademiska stråket. Att särskilja projekten och byggnaderna gav KI en möjlighet att stärka sitt oberoende och sin egen identitet (Wærn 2014). Det var även fördelaktigt för KS som tydligare kunde avgränsa och arbeta vidare med sjukhusprojektet (Swanson 2012, s. 105).

Projektledaren för utredningarna om de gemensamma planeringsförutsättningarna konstaterade dock 2012: "Istället för att tillsammans bygga kunskapsstaden Hagastaden bygger Landstinget ett sjukhus (NKS), KI bygger en aula och forskningsenheter och Stockholm bygger ett bostadsområde" (Swanson 2012, s. 6). Men vi kan också konstatera att sjukhusprojektet fått (och delvis tagit) kraft av stadsutvecklingsprojektet och vice versa.

Sammanfattningsvis visar analysen att relationen mellan NKS och Hagastaden på inget sätt har varit linjär eller spänningsfri. Däremot passar den väl in på de amerikanska företagsekonomen Roger Millers och Donald Lessards (2008) beskrivning av stora projekt som kaotiska system av interrelaterade episoder. I vissa episoder har de länkats samman, i andra hållits isär av inflytelserika aktörer och policyentreprenörer, med olika underliggande intressen, för att legitimera olika reformidéer. Och även om projekten till stor del utvecklades i parallella beslutsprocesser så påverkade de på ett tydligt sätt varandra. Ett exempel på detta är visionen om ett "sjukhus i staden". På en övergripande nivå kunde nyckelaktörer enas i en gemensam vision att sjukhuset inte bara skulle vara ett nav, en centralpunkt i regionens hälso- och sjukvårdsorganisation, utan även en viktig del i den magnet för världsledande forskning och företagsetableringar som planerades till KS och Norra stationsområdet. Sjukhuset skulle vara en integrerad del av den nya stadsdelen, och även fysiskt länka samman Solna och Stockholm samt KS och KI.

ETT PROJEKT BASERAT PÅ FEM REFORMIDÉER

NKS-projektet var redan från början mycket mer än ett fastighetsprojekt. Även om det var de omfattande renoveringsbehoven som skapade ett möjlighetsfönster, så användes detta av inflytelserika aktörer för att lansera ett helt paket av reformidéer. Det parallella stadsomvandlingsprojektet Hagastaden möjliggjordes också av förändrade betingelser på platsen. De parallella projekten kopplades samman under planerings-

processen i en gemensam vision om förändring vilken fungerade som ett poröst omslag för paketet av reformidéer. Vi kan sammanfatta dem på följande sätt:

1) En idé om att skapa *ett sjukhus i världsklass*. Denna idé handlade om att skapa ett unikt sjukhus med världsledande vård, forskning och utbildning och utveckla ett av världens främsta urbana kluster för livsvetenskap. För att göra detta var det viktigt att inspireras och lära sig av andra ledande sjukhus i Europa och USA och studieresor gjordes kontinuerligt långt fram under projektet.

2) En idé om ett *sjukhus för framtiden*, vilket kom att handla om att försöka bygga ett generellt och flexibelt sjukhuskomplex som kunde anpassas till framtida behov och hantera den snabba medicinska och tekniska utvecklingen. Detta var också en idé som rymde uppenbara spänningar mellan att förbereda för och acceptera en osäker framtid och behovet av att förutse och reducera osäkerhet både för den fysiska byggnaden och den finansiella lösningen.

3) En idé om *högspecialiserad vård*, som var helt central för lanseringen av NKS-projektet, där det nya sjukhuset skulle fungera som "förändringslokomotiv" för hela Stockholms sjukvårdsstruktur. Det var samtidigt en vag idé gällande vad som mer exakt skulle betraktas som högspecialiserad vård och vilka sjukvårdsenheter som skulle utföra den.

4) En idé om *patienten i centrum*. I princip alla nya sjukvårdsprojekt måste förhålla sig till denna dominerande idé på sjukvårdsområdet om att göra sjukvården mer anpassad efter patientens behov, ofta utifrån en personcentrerad omsorgsfilosofi. NKS-projektet var inget undantag och här låg betoningen framför allt på att utveckla vård och forskning i nätverk, samt på att skapa en tematisk organisation för det nya sjukhuset.

5) En idé om *offentlig-privat samverkan*. Denna idé var en del av det rådande marknadsparadigmet för reformer inom offentlig sektor, som vid tiden för NKS-projektets lansering hade särskilt starkt inflytande inom SLL. Det var därför en logisk förlängning av de marknadsreformer som redan pågick. Samtidigt var det en helt ny och oprövad lösning i Sverige för att bygga sjukhus och därmed också en idé som behövde legitimeras för att få fäste i beslutsprocessen.

Dessa fem idéer diskuterades i olika fora i och kring landstinget och Norra stationsprocessen i slutet av 1990-talet. Inte minst förslagen om en satsning på Stockholm Bio-Science, där företrädare för KI var dri-

vande, blev betydelsefulla för både sjukhuset och den stadsutvecklingsprocess som senare blev Hagastaden. Idéerna kom också att formaliseras som utgångspunkter för dessa processer vid millennieskiftet – i fallet med NKS genom Lédels skrivelse 2001. De fanns sedan med genom hela den tidiga planeringen fram till besluten om att bygga ett sjukhus och om finansieringsformen 2008, och de var närvarande genom hela genomförandeprocessen och i det sjukhus som finns på plats i dag. Dock har mycket hänt under resans gång; de ursprungliga visionerna och abstrakta idéerna mötte successivt en praktik och även betydande motstånd under vägen. Vad som hände med dem, hur de omförhandlades, kopplades samman, kopplades isär och översattes när de till slut skulle sättas i verket är ämnet för bokens nästa del.

DEL II

IDÉERNA

5. Idén om ett sjukhus i världsklass

Lukas Smas & Lena Fält

INLEDNING

En bärande idé i Nya Karolinska Solna (NKS) var att skapa ett sjukhus i *världsklass*. Det nya sjukhuset skulle inte bli vilket sjukhus som helst utan ett extraordinärt högspecialiserat sjukhus med världsledande sjukvård, forskning och utbildning. Tidigt uttalades förhoppningar om att NKS skulle bli "ett av världens tio ledande sjukhus".²¹ För att säkerhetsställa det nya sjukhusets internationella status sökte politiker och tjänstepersoner inspiration från sjukhus i Europa och USA. Genom att bygga ett nytt världsledande sjukhus ville de också stärka Stockholms och Sveriges internationella position och sjukhuset blev en viktig del i planen att "skapa världens främsta område för life-science" (Stockholm Business Region 2007). Att skapa ett sjukhus i världsklass handlade alltså om att stärka svensk sjukvård och medicinsk forskning i ett globalt perspektiv, likaväl som att sätta Stockholm på kartan och i bredare bemärkelse stärka Sveriges internationella konkurrenskraft.

I det här kapitlet analyserar vi hur idén om världsklass hjälpte till att mobilisera olika aktörer och legitimera byggandet av det nya sjukhuset. Kapitlet introducerar först forskning om geografiska kluster, magiska begrepp, världsklassidén och internationella utbyten av idéer. Därefter diskuteras vikten av den lokala kontexten för planeringen och förverkligandet av NKS. Vi visar att Stockholms nya urbana regionalpolitik, som betonade kluster, närhet och samarbete som centrala byggstenar i skapandet av innovation och tillväxt, var av stor vikt för möjliggörandet och lokaliseringen av NKS. Vidare visar vi att tre olika projekt som sammanföll i tid och rum, pådrivna av tre skilda aktörer, kom att bli

21. Jan Andersson, prorektor för KI, intervjuad i filmen *Nya Karolinska Solna*, u.å. (Region Stockholm 2020c).

betydelsefulla för förverkligandet av NKS. Dessa var Stockholms läns landstings (SLL) plan för ett nytt sjukhus, visionen om ett biovetenskapligt kluster pådrivet av Karolinska Institutet (KI) och Stockholms stads plan för en ny stadsdel vid Norra station. Idén om världsklass knöt samman dessa projekt och aktörer, även om bakomliggande intressen samtidigt skapade spänningar när de vaga idéerna översattes till konkreta fysiska åtgärder.

I kapitlets andra hälft skiftar vi fokus till hur idén om att skapa ett sjukhus i världsklass gavs mening inom NKS-projektet och hur internationella influenser påverkade projektet. Denna berättelse är uppdelad i tre avsnitt. Först visar vi att internationella referenser, inhämtade genom internationella studieresor och utblickar, var av stor vikt i den tidiga planeringsfasen av NKS. Därefter analyserar vi hur internationella referenser strategiskt översattes och sattes samman i ett koncept för sjukhuset. Slutligen synar vi hur detta koncept sedermera konkretiserades och implementerades genom NKS. Kapitlet avslutas med en summering där vi betonar den lokala, regionala och internationella kontextens betydelse för planeringen och genomförandet av NKS och hur selektiva internationella referenser i de inledande skedena av planeringen för NKS kom att få stor betydelse för det nya sjukhusets inriktning och verksamhetsinnehåll.

KLUSTER, VÄRLDSKLASS OCH IDÉERS GEOGRAFIER

I en sedan slutet av 1990-talet alltmer globaliserad och marknadsliberal värld växte det fram strategiska behov hos olika typer av verksamheter av att positionera sig internationellt gentemot andra aktörer för att bli konkurrenskraftiga. Detta gällde inte bara företag utan även universitet som konkurrerar om internationell finansiering, världsledande forskare och studenter, såväl som städer och regioner som konkurrerar om att attrahera utländska direktinvesteringar, institutioner och företag, arbetare och konsumenter. Paradoxalt nog har den lokala miljön blivit allt viktigare för att skapa internationellt konkurrenskraftiga företag och verksamheter. Enligt företagsekonomen Michael E. Porter (1998) domineras den globala ekonomin av olika framgångsrika kluster, det vill säga geografiska koncentrationer av sammanlänkade företag och institutioner inom en viss sektor, som exempelvis Silicon Valley eller Kista.

Porters idéer fick stort genomslag i Sverige i slutet av 1990-talet då de introducerades i den svenska politiska debatten, först som en intressant teori och sedan som en politisk strategi för den regionala utvecklingspolitiken (Säll 2014). Detta skedde samtidigt som planerna på NKS började ta form. Att skapa ett sjukhus i världsklass kom därmed att bli ett strategiskt element i visionen om att positionera staden och regionen i den globala ekonomin genom byggandet av ett världsledande biomedicinskt kluster.

Men vad betyder det egentligen att skapa någonting i världsklass? Idén om världsklass är abstrakt, vag och syftar till att skapa uppmärksamhet (Ramirez m.fl. 2016). Detta innebär att det är lätt att få stöd för idén, samtidigt som det också är lätt att bortse från dess (vaga) innehåll när idén ska översättas till praktik. Dessa egenskaper passar väl in på beskrivningen av vad som har kallats ”magiska begrepp” (se kap. 3). Enligt statsvetarna Christopher Pollitt och Peter Hupe (2011) finns det inom planeringsforskning och praktik ett begränsat antal begrepp som under specifika tidsperioder blir populära tack vare deras höga abstraktionsgrad, positiva konnotering, breda tillämpningsområde samt deras anspråk på att lösa tidigare problem och dilemman. Dessa begrepp presenteras också som apolitiska och döljer därmed motsatser och meningskiljaktigheter på ett nästintill ”magiskt” sätt. Idén om världsklass kan förstås som en magisk idé som drev på och formade såväl de lokal- och regionalpolitiska agendorna i Stockholm runt millennieskiftet som byggandet av NKS.

Även om världsklassidén är vag är den intimt sammankopplad med en rad underliggande idéer och praktiker, där kärnan kretsar kring vikten av att positionera sig internationellt utifrån en marknadsliberal logik, i likhet med idén om geografiska kluster. Idén speglar tillväxten av gruppen internationella konsulter som arbetar med frågor kring organisering, vilket har skapat ett ökat behov av att kunna mäta och jämföra verksamheter internationellt. Idén om att skapa verksamheter i världsklass bygger också på en historisk de-kontextualisering där både nationalstatens inflytande och lokalt förankrade tankemönster och praktiker har minskat i betydelse (Ramirez m.fl. 2016). Samtidigt betonar idén betydelsen av att ta till sig kunskap från andra platser, vilket har blivit allt vanligare när beslutsfattare inom olika verksamheter söker inspiration vid förändringsarbeten i syfte att dra nytta av andras

erfarenheter för att höja sin egen status i en internationell kontext.

Att studera liknande verksamheter utomlands förstås och presenteras alltså ofta som ett steg i en rationell beslutsprocess. Forskningen betonar dock att den geografiska spridningen av idéer och policys alltid utförs av specifika aktörer utifrån specifika syften och därmed bör förstås som politiska och strategiska processer (Peck & Theodore 2010; Temenos & McCann 2012). Som det poängterades i kapitel 3 krävs det att problemformuleringar, lösningar och politisk handlingskraft länkas samman för att en given modell, policy eller idé ska få genomslag. Geograferna Cristina Temenos och Eugene McCann (2012) har visat att ”importerade policys” ofta används för att peka ut och specificera problem på hemmaplan för att därefter legitimera specifika lösningar utifrån internationella erfarenheter. Detta förfarande innebär indirekt att andra problemformuleringar och lösningar utesluts. Importerade idéer och policys kan därmed komma att fungera som avpolitiserade, ofta abstrakta, ramverk eller magiska begrepp, som är svåra att motsäga, vilket underlättar sammanlänkningen av problemformuleringar, lösningsförslag och politisk slagkraft. Policys eller modeller överförs dock sällan från en plats till en annan i sin helhet, utan det är oftast strategiskt utvalda delar som plockas hem. Dessa delar översätts sedan i den nya kontexten och blir till beståndsdelar i nya koncept eller modeller (Peck & Theodore 2010), vilket NKS-projektet illustrerar väl.

ATT SÄTTA STOCKHOLM OCH NKS PÅ KARTAN

Stockholm betraktades och beskrevs efter 1990-talets finanskris som Sveriges tillväxtmotor av lokala, regionala och nationella politiker. Detta speglade den förändrade regionala utvecklingspolitiken, som innebar att regionerna tog över huvudansvaret för den regionala utvecklingen från staten, vilket medförde att staten blev beroende av regionerna och inte tvärtom. Ett viktigt uppdrag för de offentliga aktörerna blev i detta sammanhang att tillsammans med näringslivet utveckla Stockholm till en attraktiv storstadsregion i Europa (Elmhorn 2013), vilket framhölls i såväl lokala visioner (Stockholms stad 2007) som i regionala planer (SLL 2010a). I detta blev regionens tre internationellt inriktade kluster – som fokuserade på finans, biomedicin och informations- och kommunikationsteknologi (ITK) – särskilt viktiga. Finansklustret var

sedan länge etablerat i stadens centrala delar medan Kista under början av 2000-talet utvecklades till ett världsledande ITK-kluster. Området kring Karolinska universitetssjukhuset (KS), KI och Norra station blev ett utmärkt "experimentfält" (Elmhorn 2013) för den regionalpolitiska idén om att kluster och samverkan leder till innovation och tillväxt (Säll 2014), i detta fall inom det biomedicinska fältet.

I linje med den nya regionalpolitiska ansatsen utformade Stockholms stad under början av 2000-talet en vision för hur staden skulle växa och utvecklas i en förändrad omvärld, med fokus på hur stadens internationella konkurrenskraft skulle stärkas och hur nya krav från företagare, invånare och besökare skulle bemötas. Detta resulterade i att kommunfullmäktige 2007 antog policydokumentet *Ett Stockholm i världsklass: Vision Stockholm 2030*. KS och Norra stationsområdet var en del av denna vision, även om Karolinska området ligger i Solna stad. Utvecklingen av detta område beskrevs som ett projekt där staden tillsammans med andra offentliga aktörer och näringslivet kunde skapa förutsättningar för världsledande forskning, företag och innovationer genom en blandad stadsdel (Stockholms stad 2007).

Det nya sjukhuset, i sin tur, var ett angeläget projekt för KI som tillsammans med Stockholms universitet och Kungliga Tekniska högskolan (KTH) drev projektet Stockholm Bio-Science, som syftade till att skapa ett "internationellt attraktivt kluster för biovetenskaplig forskning och företagande, där världsledande flerdisciplinär forskning lägger grunden för nya innovationer och företag" (SLL 2004, s. 61). Det var framför allt närheten mellan forskningen, sjukhuset och företagen som framhölls, men närheten till staden ansågs också vara av vikt för att stärka klustrets attraktionskraft och möjliggöra skapandet av ett område i världsklass. SLL betonade också tidigt att det nya sjukhuset inte bara var ett regionalt intresse utan även ett nationellt, och att "[e]tt framgångsrikt universitetssjukhus är en viktig resurs när det gäller att stärka och utveckla Sveriges konkurrens- och attraktionskraft inom främst de biomedicinska och biotekniska områdena" (SLL 2002a, s. 3).

År 2007 presenterades en specifik vision för området där NKS skulle byggas med titeln *Vision 2025: Inbjudan till att skapa världens främsta område för life science*. Detta dokument skrevs under av politiker från Solna och Stockholm, rektorerna för KI, KTH, Stockholms universitet och Handelshögskolan i Stockholm, näringslivsföreträdare samt represen-

tanter för Stockholm Business Region och Stockholm Science Foundation. Även om denna vision inte formellt antogs av någon fullmäktige eller styrelse refereras det återkommande till denna viljeyttring i olika stadsplaner, program och politiska debatter. Visionsdokumentet förenade olika aktörer i en gemensam vision men var samtidigt en brokig sammansättning av idéer om världsklass, lokal och regional utveckling, platsens unika förutsättningar och möjligheten att skapa något unikt. Det handlade exempelvis om att skapa ”en magnet för företagsetableringar”, ”en grogrund för nya företag” och ”en av världens ledande kunskapsmiljöer”, ”en stadsdel med nära till allt” samt ”hög internationell attraktionskraft”. Underliggande idéer om betydelsen av kluster, närhet och samarbete i skapandet av en stad i världsklass förenade på en övergripande nivå nyckelaktörer i denna gemensamma vision.

Att det nya sjukhuset skulle lokaliseras till denna centrala del i regionen låstes fast tidigt i NKS-projektet och motiverades utifrån idéer om att kluster, närhet och samverkan leder till innovationer, tillväxt och verksamheter i världsklass. Närheten till KI ansågs vara en nödvändig omständighet enligt denna logik om önskad fördjupad samverkan mellan forskning, sjukvård och utbildning. Den geografiska närheten ansågs också skapa goda förutsättningar för samverkan inte bara mellan KI och KS utan även med andra forskningsinstitut och aktörer inom det livsvetenskapliga klustret i närområdet. Denna koncentration av verksamheter skulle sedan successivt öka och beredas plats genom stadsbyggnadsprojektet i området, och fungera som en magnet för andra aktörer att lokalisera sig där. Enligt klusterlogiken skulle denna miljö skapa internationellt konkurrenskraftiga företag.

Lokaliseringen var med andra ord inte någon kontroversiell politisk fråga. På detta sätt skilde sig planeringen av NKS från tidigare sjukhusplanering där lokaliseringen ofta hade varit en viktig och omstridd politisk fråga (se kap. 6). Planeringen av NKS var logisk och rationell utifrån den nya regionala utvecklingspolitiken och den strategiska rumsliga planeringen som handlade om att främja och stimulera strategiskt utvalda platser med unika förutsättningar och samverkan mellan akademi, näringsliv och offentliga aktörer (Hermelin 2009). Dessutom legitimerades lokaliseringen av internationella utblickar som betonade behovet av närhet och samverkan mellan forskning, vård och utbildning.

På jakt efter världens bästa sjukhus

SLL:s tidiga visioner för NKS legitimerades till stor del genom selektiva internationella utblickar. Stockholms finanslandstingsråd Ralph Ledél (M) lade 2001 fram sitt förslag om att bygga ett nytt universitetssjukhus i Stockholm i världsklass efter studiebesök i bland annat USA och Spanien. Och redan i SNUS-utredningen 2002 var det tydligt att det nya sjukhuset förväntades positionera sig internationellt i enlighet med landstingsrådets önskemål. Världsklassbegreppet användes inte i utredningen, men det betonades att NKS skulle erbjuda högspecialiserad vård i nära anknytning till forskning och utbildning av "yppersta kvalitet". Vidare betonade utredningen att det nya sjukhuset förväntades bli "världsledande", "attraktivt", "internationellt konkurrenskraftigt", "framgångsrikt" och "modernt".

För att säkerställa att NKS gavs förutsättningar att bli internationellt konkurrenskraftigt efterfrågade SNUS-utredningen "visionärt tänkande" och inspirerades av sjukhus utomlands (SLL 2002a, s. 8). Under arbetet med utredningen gjordes ett flertal studiebesök i Norge, Storbritannien och Holland, samtidigt som möten arrangerades med representanter från universitetssjukhus i Danmark. I bakgrundsredogörelsen för SNUS-utredningen beskrevs 14 universitetssjukhus i dessa länder. Varför just dessa länder och/eller sjukhus hade valts ut framgår inte. Vidare var sjukhusbeskrivningarna ostrukturerade, med olika fokus, och de omfattade både övergripande information och detaljer. Både upplevda framgångar och problemområden lyftes fram. Mängden information som togs med om de olika sjukhusen varierar påtagligt, men det var tydligt att sjukhusen på flera punkter skilde sig åt gällande verksamhetsinnehåll, organisation och styrning. Exempelvis upptogs både sjukhus med och utan öppen akutmottagning, gamla likaväl som nybyggda, sjukhus med bassjukvård och de som fokuserade på avancerad sjukvård, sjukhus med medicinska grundutbildningar och sådana som endast erbjöd forskarutbildning.

Trots variationen av erfarenheter som presenterades var sammanfattningen av vad som benämns som "universitetssjukvården i vår omvärld" anmärkningsvärt enkelspårig (SLL 2002b, s. 67). Enligt sammanfattningen pekade internationella erfarenheter på ett "antal tydliga utvecklingslinjer", trots att vissa av dem endast hade identifierats i ett enda land (ibid.). Dessa utvecklingslinjer sammanföll till stor del med de för-

slag som SNUS-utredningen och framtida utredningar lade fram för hur NKS skulle utformas och kan sammanfattas i åtta punkter:

- Preklinisk och klinisk forskning integreras.
- Nya sjukhus läggs nära medicinsk fakultet.
- Universitetssjukhus bör fokusera på forskning och högspecialiserad vård, vilket innebär att bassjukvård inte bör bedrivas vid dessa enheter.
- Centrumbildningar ersätter tidigare klinikstrukturer.
- Vårdplatser är sjukhusgemensamma (dvs. ej klinikspecifika).
- Styr- och uppföljningssystem är datoriserade (papperslösa sjukhus).
- Offentlig-privat samverkan (OPS) prövas för att möta eftersatta investeringsbehov.
- Profilerings av sjukhusens verksamhet om de ligger geografiskt nära varandra.

Det är tydligt att SNUS-utredningen valde att importera valda delar av de olika ländernas respektive sjukvårdsstruktur. Dessa delar sattes sedan samman till en ramberättelse om den internationella utvecklingen av sjukhus, vilken i sin tur lade grunden för narrativet om hur ett universitetssjukhus i världsklass borde utformas i Stockholm. Erfarenheter i utlandet kom därmed att användas för att legitimera de tidiga visionerna om NKS, samtidigt som andra alternativ indirekt uteslöts. Bortsett från finansieringsformen OPS, som i detta skede inte ansågs vara ett bra alternativ för NKS, byggde stora delar av förslagen i SNUS-utredningen gällande det nya sjukhusets verksamhetsinnehåll och organisering på det relativt enkelspåriga narrativet om hur universitetssjukhus utomlands arbetar.

SNUS-utredningen betonade vikten av integration mellan vård och forskning (både preklinisk och klinisk) och föreslog att NKS skulle fokusera på medicinsk forskning och högspecialiserad vård, i enlighet med norska, brittiska och nederländska exempel. Som en del av detta borde

centres of excellence uppföras, vilket nederländska sjukhus hade satsat på. Detta innebar i sin tur att en stor del av bassjukvården borde utlokaliseras till andra vårdinrättningar, som i ett av de norska exemplen. Vidare fästes stor vikt vid att sjukhuset fysiskt borde ligga nära KI, i syfte att stärka både forskning och vård, återigen i enlighet med nederländska och brittiska exempel. SNUS-utredningen föreslog inte att kliniker skulle ersättas med centrumbildningar, men betonade att "vårdkedjor i nätverk skall underlättas" (SLL 2002a, s. 12). Allt detta låg i linje med vad som hade angetts i direktiven till utredningen.

3S-utredningen, som publicerades två år senare, underströk i likhet med SNUS vikten av att stora satsningar görs inom medicinsk forskning för att Sverige inte ska "marginaliseras" inom fältet (SLL 2004, s. 60). Återkommande i rapporten betonades därför att målsättningen med NKS var att skapa ett internationellt konkurrenskraftigt universitetssjukhus. Det sjukhuset främst konkurrerade om, enligt utredningen, var forskare, remisspatienter och kvalificerad sjukvårdspersonal. För att uppnå detta sökte 3S, liksom SNUS, inspiration från utlandet, och de internationella erfarenheter som rapporten tar fasta på är mycket lika dem som hade lyfts fram i den tidigare utredningen.

Till skillnad från SNUS, som riktade sin omvärldsbevakning mot europeisk sjukvård, vände sig 3S också till den amerikanska sjukvården för inspiration. Totalt åtta sjukhus studerades under arbetet med 3S: fyra i USA, ett i Norge, ett i Nederländerna och två i Tyskland. Utifrån denna genomgång slog utredningen fast att den "amerikanska universitetssjukvården befinner sig i en mycket dynamisk utveckling", medan den "europeiska sjukvården befinner sig i en finansiell kris" (SLL 2004, s. 9). Narrativet betonade därmed vikten av att lära från de amerikanska exemplen, och i utredningens inledande summering framhävdes att "3S utredningens förslag på en ny universitetssjukhusbyggnad med verksamhet fokuserad på specialiserad och högspecialiserad vård och ett nära samband med multidisciplinär forskning är helt i överensstämmelse med utvecklingen inom universitetssjukhusvården i USA" (ibid.).

Europeiska erfarenheter användes också för att legitimera förslagen för NKS verksamhetsinriktning. Exempelvis betonade 3S att besökta sjukhus i Norge och Nederländerna – med målbilder att bli internationellt konkurrenskraftiga – var intressanta förebilder då de hade satsat på högspecialiserad vård, forskning och undervisning. De besökta sjuk-

husen i Tyskland lyftes fram som exempel på en sjukvård i "kris", men trots detta legitimerade även dessa exempel utredningens förslag om hur NKS borde utformas då lösningarna för tysk sjukvård gick hand i hand med vad som föreslogs för NKS (SLL 2004, s. 39). I likhet med SNUS användes alltså internationella erfarenheter och förebilder på ett strategiskt sätt inom 3S för att legitimera de tidiga visionerna för NKS utformning.

Att skapa ett världsledande koncept

De internationella lärdomarna som gjordes i de två första utredningarna levde kvar när planeringen gick in i nästa skede där olika idéer sattes samman och befästes genom skapandet av ett enhetligt sjukhuskoncept. Återigen användes internationella exempel för att legitimera det föreslagna konceptet. NKS-förvaltningen presenterade ett första förslag för det nya sjukhusets verksamhetsinnehåll och organisering, Koncept NKS, ett år efter att fullmäktige 2008 hade beslutat om uppförandet av ett nytt universitetssjukhus i Solna. Konceptet var baserat på sex delprojekt, varav "internationella referensobjekt" var ett (SLL 2009c, s. 13–22). Inom ramarna för detta delprojekt identifierade politiker och tjänstepersoner ett 50-tal sjukhus utomlands som ansågs vara intressanta referensobjekt för NKS, och av dessa identifierades 18 som särskilt intressanta. Politiker och tjänstepersoner gjorde också studiebesök vid åtta sjukhus i USA, Storbritannien, Tyskland och Nederländerna under arbetet med rapporten. Genom att hänvisa till hur universitetssjukvård organiseras på dessa platser slog Koncept NKS fast att "patienten först" bör vara mottot för NKS, i enlighet med devisen hos "ledande amerikanska och europeiska sjukhus" (SLL 2009c, s. 31). Ett patientfokuserat arbetssätt hade redan tidigare identifierats vid internationella studiebesök, men då inte explicit plockats upp i utredningarnas förslag för NKS.

Koncept NKS betonade också att "NKS kommer liksom många andra ledande universitetssjukhus att behöva koncentrera sig på de delar av vårdprocessen som kräver sjukhusets särskilda resurser och kompetenser" (SLL 2009c, s. 33). Därmed föreslogs det att det nya sjukhuset primärt skulle fokusera på högspecialiserad vård och forskning, medan övrig vård skulle utlokaliseras till andra sjukvårdsenheter inom regionen, i enlighet med upplägget hos olika internationella förebilder samt rekommendationerna i SNUS- och 3S-utredningarna. Det föreslogs

också att NKS bör satsa på ett antal profilområden för att kunna uppnå status som rikssjukhus (i dag kallat nationell högspecialiserad vård), vilket i sin tur ansågs skapa förutsättningar för internationell konkurrenskraft, i likhet med de internationella referenserna.

Koncept NKS föreslog vidare att det nya sjukhusets kliniker skulle ersättas med en tematisk organisation, i likhet med centrumbildningar och temaområden som finns vid många amerikanska sjukhus som rapporten hänvisade till. Detta förslag var nytt och lades alltså inte fram i SNUS- och 3S-utredningarna. Dock utgjorde slopandet av kliniker till förmån för (tematiska) centra en av de utvecklingslinjer som bakgrundsbeskrivningen till SNUS-rapporten identifierade i sin internationella omvärldsbevakning. Intressant att notera är att denna bakgrundsbeskrivning redogjorde för en omfattande kritik av centrumbildningar och patientorienterad vård, utifrån farhågor som hade förts fram av läkare vid Trondheims nya regionsjukhus. Kritikerna hade menat att "patientorienterade" sjukhus riskerade att leda till "splittrade specialiteter", att centrumbildningarna skulle medföra uppdelade och utspridda verksamheter och ett fördubblat personalbehov, att konsekvenserna för internmedicin, jourverksamhet och specialistutbildningar inte var klarlagda och att utformningen inte var anpassad efter de många multisjuka och odiagnostiserade patienter som söker sjukhusvård (SLL 2002b, s. 58). Trots detta omnämns de norska farhågorna kring patientorienterad vård samt centrumbildningar, eller tematiskt organiserad vård, inte alls när de förespråkas inom ramen för Koncept NKS. I stället fastställer NKS-förvaltningen att den föreslagna tematiska strukturen för vården är det "naturlig[a]" valet för sjukhuset (SLL 2009c, s. 34). Detta visar återigen på det selektiva urvalet av internationella lärdomar som användes för att motivera och legitimera NKS utformning.

I dokumenten som diskuteras ovan användes internationella erfarenheter strategiskt för att stärka den officiella berättelsen om hur NKS skulle kunna bli ett universitetssjukhus i världsklass. Kärnan i berättelsen om det nya konkurrenskraftiga universitetssjukhuset som målas upp med hjälp av internationella referenser var det lilla högspecialiserade sjukhuset med stark forskningsanknytning. Men bakom den officiella linjen om hur inhämtandet av *best practice* från utlandet legitimerar projektet fanns det olika åsikter om hur internationella erfarenheter bör värderas och användas lokalt. Dessa meningsskiljaktigheter var bland

annat synliga i olika reserapporterna som skrevs efter att NKS-förvaltningen tillsammans med olika fackliga organisationer 2010 hade rest till USA för att besöka tre sjukhus (Cleveland Clinic, Memorial Sloan Kettering Cancer Center och New York Presbyterian Hospital).

I NKS-förvaltningens delrapport beskrevs lärdomarna från studiebesöken enbart i positiva termer. Fem ”mycket viktiga lärdomar” från studiebesöken specificerades, vilket tyder på att förvaltningen ville dra nytta av dessa i den fortsatta planeringen för NKS. Lärdomarna känns delvis igen från tidigare utredningar:

- IT-stödet är väl utvecklat vid sjukhusen.
- Sjukhusen är del av större nätverk av vårdgivare.
- Sjukhusen sätter ”patienten först”.
- Sjukhusen har en tematisk vårdstruktur.
- Sjukhusen har ”mycket starka och väldigt resultat-inriktade kulturer”.

De två första punkterna sammanföll med idéer presenterade i SNUS- och 3S-utredningarna, medan de två efterföljande fanns i Koncept NKS. Formuleringen om resultatenriktade kulturer var däremot ny, även om NKS-projektet från start hade varit inriktat på att skapa ett världsledande sjukhus och därmed betonat vikten av internationell konkurrens. NKS-förvaltningen avsatte också en och en halv sida i rapporten till reflektion kring Cleveland Clinic, medan reflektioner från de båda andra sjukhusen saknas, vilket innebar att en strukturerad reflektion från studieresan som helhet saknades.

Fackförbunden var mer kritiska i sina redogörelser av vad studiebesöken gav, och lärdomarna de tog med sig hem skilde sig delvis från NKS-förvaltningens. SACO, genom Sveriges Läkarförbund, betonade tre insikter från studieresan. För det första skrev de om vikten av fungerande IT-system för vårdkvalitet och styrning. För det andra betonade de vikten av en god sjukhusmiljö för både patienter och anställda. För det tredje uttryckte de att kvalitets- och patientsäkerhetsarbete kräver engagemang i hela sjukvårdsorganisationen. Den tematiska vårdstrukturen som NKS-förvaltningen presenterade som ett föredöme tycks

inte ha övertygat SACO, som underströk att ”inget av sjukhusen hade frångått den medicinska specialistindelningen”, samt att organisationen vid New York Presbyterian Hospital ”föreföll svår att överblicka eller ens begripligt beskriva” (SLL 2010b, del 1). Kommunal var också av åsikten att de ”inte fick någon tydlig bild av att det förekom just detta team arbete”, och de riktade kritik mot att de inte gavs insikter i hur det kliniköverskridande arbetet utfördes, vilket de hade uppfattat som ett av syftena med studiebesöken (SLL 2010b, del 3).

Vårdförbundet lyfte fram både aspekter värda att ta efter från de besökta sjukhusen, såsom samarbeten mellan olika medicinska specialiteter och journalskrivning i färdiga mallar, och aspekter som de såg som problematiska, till exempel sjukhusens personalpolitik. Både Vårdförbundet och SACO underströk också det problematiska med att de bara hade fått träffa personer ur ledningsgrupperna och inte personal som arbetade ”på golvet”, vilket enligt dem hade gett värdefull information om hur sjukhusen fungerar rent praktiskt. SKTF fann att studiebesöken inte gav dem någonting av värde alls. Dessa utsagor illustrerar tydligt att inhämtandet av internationella idéer, modeller och erfarenheter var färgade av olika aktörers förförståelse och normativa agendor. Användandet av internationella erfarenheter i syfte att legitimera de olika vägval som gjordes inom NKS kan alltså anses ha varit en högst politisk process (jfr Temenos & McCann 2012).

Att förverkliga ett sjukhus i världsklass

Dagen efter att resedelegationen landade i Stockholm, den 3 september 2010, togs det första spadtaget för bygget av NKS och det fysiska förverkligandet av detta prestigefyllda megaprojekt påbörjades. Projektet och ceremonin dokumenterades i en film där politiker, högre tjänstepersoner och läkare upprepade att det nya universitetssjukhuset kommer att uppnå världsklass (Region Stockholm 2020c). Idén om ett sjukhus i världsklass levde alltså vidare när planerna för NKS skulle materialiseras och tycktes fortfarande i detta skede ha haft en ”magisk” förmåga att skapa ett brett stöd för projektet och ge det positiv uppmärksamhet. En av personerna vid invigningsceremonin var James Stoller, läkare och ordförande för utbildningsinstitutet vid Cleveland Clinic som NKS-förvaltningen just hade besökt. Hans deltagande är ett illustrativt exempel på hur tjänstepersoner och politiker i Stockholm aktivt sökte

placera NKS i en internationell kontext. Stoller intervjuades också i filmen om NKS och ombads besvara vad som är viktigast att tänka på vid bygget av ett nytt universitetssjukhus. Han uppgav att det handlar om att bygga upp en kultur som stöder förändring och innovation. Dessa ledord gick hand i hand med landstingets vision om att transformera sjukhusvården i Stockholm och lösa excellensproblemet inom vård och forskning (Johannesson & Qvist 2019).

Året därpå, 2011, presenterade NKS-förvaltningen en ny lägesrapport över arbetet med att fastställa NKS mål och verksamhetsinriktning. Rapporten syftade till att utgöra ett beslutsstöd för framtida sjukvård i Stockholms län. I rapporten användes världsklassidén explicit, och förvaltningen skrev att "visionen är att NKS ska bli ett universitetssjukhus av världsklass i centrum av ett av världens främsta områden för *life science*" (SLL 2011a, s. 5). Det betonades alltså att både sjukhuset i sig, och området där NKS byggs, skulle sättas på kartan och bli internationellt framstående. Vidare fanns att läsa att "[a]nläggningen som sådan, med sin generella utformning, enkelrum för alla ineliggande patienter, korta avstånd, bra logistik och omedelbara närhet till Karolinska Institutet, skapar mycket goda förutsättningar för ett universitetssjukhus i världsklass" (ibid.). Närheten till KI var alltså, liksom vid projektets början, en bärande idé i hur projektet skulle kunna leva upp till världsklass. De regionalpolitiska idéerna om behovet av fysisk närhet mellan olika aktörer inom life science och vikten av att skapa kluster var alltså högst levande också inom arbetet med att utforma verksamhetens inriktning. Rapporten föreslog vidare att vården vid NKS skulle vara organiserad runt sex specificerade teman samt att både akutmottagningen och sjukhuset som helhet skulle vara inriktade på högspecialiserad vård. Idéerna om högspecialiserad och tematiskt organiserad vård som hämtades från sjukhus utomlands i den tidiga planeringsfasen, och därefter sattes samman i Koncept NKS, befastes och preciserades alltså i detta skede.

När de första verksamheterna började flytta in i det nya sjukhuset 2016 blev det tydligt att de internationella studiebesöken och utblickarna fick reella konsekvenser för sjukhusets utformning och verksamhetsinnehåll. Inflyttningen blev startskottet för sjukhusets övergång från kliniker till en tematiskt organiserad vård. Det var också nu det stärkta samarbetet mellan forskning, utbildning och vård skulle realiseras och det nya IT-systemet aktiveras. Detta kantades till en början av

problem, som kom att bli omskrivna i medierna (se kap. 14). Bland annat visade det sig vara svårt att integrera forskning, utbildning och vård, trots att dessa funktioner hade placerats geografiskt nära varandra. Den statliga utredningen som tillsattes för att granska strukturförändringar inom svensk sjukvård, inklusive NKS, drog till och med slutsatsen att ”forskning och utbildning har påverkats negativt” av det nya sjukhusets förverkligande (SOU 2020:15, s. 323).

I dag arbetar NKS utifrån idén om ”patienten först”, och vården är organiserad kring ett antal medicinska teman och ett färre antal funktioner. Sjukhuset fokuserar på högspecialiserad och specialiserad vård och satsar på att integrera sjukvård, forskning och utbildning. Många idéer som hämtades hem från utlandet under planeringens gång har alltså implementerats, och visionen om att det nya sjukhuset ska vara av världsklass lever vidare. På NKS hemsida beskrivs bland annat operationssalar, patientregister och kompetens på sjukhuset med just ordet ”världsklass”. Jakten på internationell bekräftelse fortgår också, och när sjukhuset 2020 utsågs till världens tionde mest framstående sjukhus, av tidningen *Newsweek*, deklarerade sjukhusdirektören att ”det är ett stort erkännande för oss som universitetssjukhus att kollegor runtom i världen ser att vi tillhör de absolut bästa” (KS 2020a).

AVSLUTANDE DISKUSSION

I det här kapitlet har vi visat hur ”världsklass” fungerade som en magisk idé som hjälpte politiker, tjänstepersoner och policyentreprenörer att mobilisera ett brett stöd för NKS. Världsklassidén är vag men rymmer en tydlig ambition om berömmelse, status och internationell konkurrenskraft, i linje med liberala marknadsidéer. Ambitionen att göra sjukhuset internationellt ledande samt viljan att skapa en internationellt konkurrenskraftig forsknings- och undervisningsmiljö skapade på ett övergripande plan gehör hos många involverade aktörer. Projektet gick också hand i hand med den regionalpolitiska tillväxtlogik som fick fäste i Sverige under 1990-talet, och idén om att skapa ett geografiskt kluster kring life science i Karolinska området och Norra stationsområdet kom att fungera som en hävstång för byggandet av NKS. Den nästintill magiska tankekedjan om att kluster, närhet och samverkan leder till innovationer, tillväxt och verksamheter i världsklass förklarar

därmed sjukhusets lokalisering och avsaknaden av debatt kring denna.

Inom NKS-projektet kom världsklassidén också att betona betydelserna av att ta till sig kunskap från sjukhus i Europa och USA i skapandet av ett konkurrenskraftigt sjukhus. Idéer från utlandet användes för att legitimera många förslag som lades fram kring det nya sjukhusets inriktning, organisering och verksamhetsinnehåll. I den tidiga planeringsfasen handlade det om att plocka hem lärdomar från sjukhus i utlandet, vilka kom att forma NKS-projektet på ett genomgripande sätt. I utredningarna presenterades dock importen av idéer godtyckligt och osystematiskt, vilket på ett ”magiskt” sätt osynliggjorde alternativ och dolde invändningar. I ett andra skede sattes utvalda idéer, de flesta med tydliga internationella referenser, ihop till ett sammantaget koncept för det nya sjukhuset. Även i detta skede legitimerades det föreslagna konceptet till stor del genom internationella utblickar. Slutligen implementerades konceptet på plats i den nya sjukhusbyggnaden, och det blev tydligt att många av de idéer som hade importerats från utlandet i ett tidigt skede fick långtgående konsekvenser för vården, forskningen och undervisningen på NKS.

En lärdom från det här kapitlet är vikten av att systematisera internationella lärandetillfällen och utblickar inom planeringen av megaprojekt som NKS, inte minst i den tidiga planeringen, då dessa kan komma att få en mycket omfattande påverkan på projektets fortsatta utformning. Vidare är det viktigt att betona att inhämtandet och översättandet av internationella idéer, modeller och erfarenheter alltid är färgat av olika aktörers förförståelse och normativa agendor, vilket innebär att användandet av internationella erfarenheter i syfte att legitimera olika vägval är en högst politisk process.

6. Idén om att bygga framtidens sjukhus

Livia Johannesson & Lukas Smas

INLEDNING

All planering kräver att framtiden på något sätt visualiseras. Oavsett om planeringen rör vardagliga saker som helgens utflykt eller stora strategiska beslut som att planera Stockholms framtida sjukvård måste antaganden om framtiden göras: Kommer det att behövas regnkläder på utflykten på söndag? Hur stor del av befolkningen kommer att behöva akutvård om tio år? Eftersom ingen med bestämdhet kan veta vad som händer i framtiden (varken på söndag eller om tio år) innehåller alla antaganden vi gör ett mått av osäkerhet. I detta kapitel diskuterar vi hur framtiden och dess inneboende osäkerhet hanterades i projektet Nya Karolinska Solna (NKS).

Med tanke på att NKS planerades med den uttalade ambitionen att ”möta morgondagens utmaningar och möjligheter” och att bli ett av världens mest moderna sjukhus (SLL 2011a, s. 4), blev antaganden om och planering för framtiden en central del av projektet redan från start. Att projektet dessutom sträckte sig över mer än ett decennium från beslut till öppnande av det nya sjukhuset gjorde att framtiden blev en viktig del av planeringsprocessen. Tidigt i projektet utarbetades en strategi för framtiden som byggde på ledorden *flexibilitet* och *generalitet*, vilket vittnar om att projektledningen på landstinget accepterade att framtiden är oviss och därmed svår att förutse och kontrollera. I stället för att försöka kontrollera framtiden var ambitionen att möta framtidens osäkerhet med hjälp av generella lokaler och ett flexibelt förhållnings-sätt till det framtida verksamhetsinnehållet. Samtidigt fanns starka krav från politikernas håll på att NKS-projektets uppsatta mål och visioner om ett världsledande sjukhus och forskningscentrum skulle realiseras och då behövde vissa aspekter av framtiden slås fast på ett tidigt stadium av processen. I NKS-projektet uppstod därmed en märkbar spänning

mellan ambitionen att acceptera osäkerhet och behovet av förutsebarhet och kontroll i planeringen av detta megaprojekt. Hur hanterades dessa motstridigheter inom projektet och vilka implikationer fick de antaganden som gjordes om framtiden för projektets utformning och målsättning?

I detta kapitel besvarar vi dessa frågor genom att ta utgångspunkt i tre olika idealmodeller för planering: en instrumentell för att *förutse och reducera osäkerhet*, en kommunikativ för att *förbereda och acceptera osäkerhet* (Koppenjan m.fl. 2011) och en marknadsliberal modell som betonar att framtiden bör överlåtas åt den privata och konkurrensutsatta marknaden (Strömgren 2007), som vi benämner *förbereda och reducera osäkerhet*. Utifrån dessa tre modeller för planering av framtiden analyserar vi hur spänningar mellan flexibilitet och kontroll tog sig uttryck i NKS-projektet med fokus på hur byggnaden utformades för att vara flexibel och generell samt hur upphandlingsmodellen offentlig-privat samverkan (OPS) rättfärdigades med hänvisning till framtiden.

Kapitlet inleds med en kort genomgång av de tre idealmodellernas förhållningssätt till framtiden. Utifrån dessa idealmodeller analyserar vi sedan de framtidsstrategier som användes i NKS-projektet och diskuterar de spänningar som uppstod mellan de olika strategierna. Specifikt redogör vi för hur framtiden visualiserades i formgivningen av sjukhuset samt i rättfärdigandet av OPS-upphandlingen. Vi visar också vilka reaktioner de olika framtidsstrategierna väckte under senare skeden av projektplaneringen. Avslutningsvis sammanfattar vi våra iakttagelser om hur framtiden hanterades inom NKS-projektet och diskuterar vilka aktörer och organisatoriska arrangemang som bidrog till att dessa idéer om framtiden främjades i projektet.

FÖRUTSE ELLER FÖRBEREDA FRAMTIDEN?

Hur framtiden föreställs och hanteras i enskilda projekt påverkas av vilka idéer och ideal om projektledning och samhällsplanering som finns i omgivningen vid en viss tidpunkt. Inom samhällsplaneringsforskningen brukar man göra en uppdelning mellan en instrumentell och en mer kommunikativ planeringsmodell som har olika syn på hur planeringen bör och kan förhålla sig till framtiden (Connell 2009). Dessa båda modeller grundar sig delvis på olika vetenskapstraditioner med olika syn på

vad som är legitim kunskap (Flyvbjerg 2004). I enlighet med den rationalistiska beslutsmodellen som diskuterades i kapitel 3 idealiserar den instrumentella planeringsmodellen tekniska utredningar, beräkningar och statistiska modeller och försöker med hjälp av dessa förutse framtiden. Genom att förutse framtiden tänker man sig inom detta ideal att osäkerheter kan begränsas eller till och med reduceras (Koppenjan m.fl. 2011). Vi kallar detta planeringsideal *förutse och reducera osäkerhet*.

Den kommunikativa planeringsmodellen idealiserar i stället rationell kommunikation med sikte på att nå konsensus om en önskvärd och möjlig framtid. Framtiden är inget förgivettaget utan något som *skapas* genom den kommunikativa processen. Genom dialog mellan olika intressenter är målet att förbereda det planerade projektet inför en önskad framtid. Det finns dock risk att denna idealiserade kommunikativa process utnyttjas strategiskt av inflytelserika aktörer (Flyvbjerg 2004). Projekt som styrs enligt det kommunikativa förhållningssättet utgår från att framtiden i princip är omöjlig att förutse och därför accepteras en hög grad av osäkerhet genom att man planerar in en öppenhet för förändringar under projektets gång, snarare än att försöka reducera osäkerhet (Koppenjan m.fl. 2011). Vi kallar detta planeringsideal *förbereda och acceptera osäkerhet*.

Att framtiden görs förutsebar genom expertdrivna och instrumentella beslutsprocesser har länge varit ett ideal inom svensk samhällsplanering och offentlig förvaltning (se kap. 3). Detta ideal har dock successivt kompletterats av planeringsideal som bygger på kommunikation och dialog med berörda parter. Det ska exempelvis enligt planlagstiftningen göras konsekvensbedömningar och tekniska utredningar – vilket vittnar om ett instrumentellt synsätt på framtiden – samtidigt som det ska samrådas med allmänheten, privata intressenter och offentliga aktörer kring planer och projekt i flera steg – vilket är uttryck för ett mer kommunikativt synsätt på framtiden.

På senare år har dock båda dessa planeringsideal kommit att utmanas av marknadsliberala idéer om att framtiden bör överlätas åt spontana marknadskrafter (Strömberg 2007). I stället för att förlita sig på rationella beräkningar eller kommunikativa processer hävdas det inom denna marknadsliberala planeringsmodell att framtiden bör vara resultatet av marknadens innovationskraft. Denna modell bygger på en ekonomisk rationalitet som handlar om att skapa spelregler och goda

förutsättningar för marknaden och främja tillväxt. Även om denna modell ifrågasätter traditionella former av samhällsplanering kombinerar den olika aspekter av de båda andra planeringsidealerna. Framtiden ska inte förutses eller regleras med hjälp av kalkyler och beräkningar utan förberedas genom att överlåta till marknaden att ta fram innovationer och lösningar som driver framtiden i en viss, ännu så länge okänd, riktning. Samtidigt ska osäkerheter reduceras snarare än accepteras genom att skapa förutsebara spelregler på marknaderna. Vi kallar denna idealmodell, som kombinerar aspekter av de båda andra modellerna, för att *förbereda och reducera osäkerhet*.

FORMGIVNING OCH UPPHANDLING FÖR FRAMTIDEN

Framtiden hanterades i alla olika delar av NKS-projektet. I detta kapitel har vi dock valt att analysera hur framtiden kom till uttryck i två specifika delar av det större projektet: i planeringen av den fysiska utformningen av sjukhusbyggnaden och i rättfärdigandet av finansierings- och upphandlingsmodellen OPS. I planeringen av både sjukhusets utformning och upphandlingsmodell gjordes tydliga antaganden om framtiden som sedan kom att bli omdebatterade, om än på olika sätt.

En flexibel och generell byggnad för framtiden

NKS signum är flexibilitet och generalitet – att lokalerna kan användas till alla typer av verksamhet och enkelt ställas om när nya behov uppstår inom sjukvård och forskning. Vi bygger ett universitetssjukhus som kommer att fungera i många generationer.²²

En viktig idé i planeringen av NKS var att bygga ett hus för framtiden, en generell byggnad som i framtiden skulle vara möjlig att anpassa till olika typer av verksamheter, vilket citatet ovan illustrerar. Citatet är hämtat från NKS-förvaltningens slutrapport från 2011 som i ord och bild presenterar utformningen av sjukhuset (SLL 2011a). Den så kalla-

22. Intervju med den tillförordnade chefen för NKS-förvaltningen, Björn Ekström, i boken *Det ljusa sjukhuset* (SLL 2011a, s. 83).

de designboken kan också ses som slutresultat av den gestaltningsprocess som inleddes med en arkitekttävling 2005. Denna föregicks dock av ett antal utredningar, vilka redan hade fastställt de strategiska ledorden flexibilitet och generalitet (SLL 2002a, 2004). Hur den generella byggnaden skulle möjliggöra flexibilitet i verksamheten och samtidigt fysiskt planeras och byggas är intressant att analysera då det visar hur olika antaganden om framtiden kombinerades i beslutsprocessen.

Idéer om flexibilitet och generalitet var egentligen inget nytt inom planering och projektering av sjukhus, det nya var *hur* det planerades för detta. Generalitet var exempelvis huvudprincipen för planeringen av Huddinge sjukhus på 1970-talet och kom då till uttryck genom att "[k]linikbyggnaderna gavs en generell utformning som skulle göra det möjligt att placera olika verksamheter i princip överallt i sjukhuset" (Witting 2010, s. 16). Flexibilitet var även ett nyckelord i planeringen av Sunderby sjukhus utanför Luleå under 1990-talet. Byggnaden och lokalerna skulle vara flexibla så att de kunde anpassas till den medicinteknologiska utvecklingen (Hansson 2004, s. 205).

Flexibilitet som formgivningsprincip för sjukhusbyggen har således funnits i svensk sjukhusplanering sedan åtminstone 1960-talet. Det som var nytt i NKS-projektet var den innebörd som begreppet flexibilitet gavs för att definiera och styra en viss typ av organisationsstruktur. Enligt generalplanen för Huddinge sjukhus var det viktigt att lokalernas användning inte på förhand låstes fast i en given klinikindelning eller organisationsstruktur (Hallenborg & Witting 1965). I planeringen av NKS var däremot en viktig utgångspunkt att det fanns en tydlig utvecklingslinje för den framtida vården mot "en mer processororienterad organisation" (SLL 2004, s. 17). Dessutom skulle den nya byggnaden främja ett multidisciplinärt arbetssätt och integration mellan forskning, sjukvård och utbildning för att skapa ett sjukhus i världsklass. Redan de tidiga utredningarna ifrågasatte den traditionella organisationen av sjukvården i kliniker och förordade i stället centrumbildningar (SLL 2002a, 2004).

Idén om att bygga ett generellt sjukhus var således öppen inför framtiden men utgick samtidigt från vissa föreställningar om den. NKS-projektet skilde sig från tidigare liknande projekt då det redan tidigt i processen fanns uttalade ambitioner om att införa nya arbetssätt på sjukhuset och att själva byggnaden skulle säkerställa en sådan organisa-

tionsförändring. Detta samtidigt som verksamhetsinnehållet inte specificerades förrän sent i processen.

I fastighetsutredningen om att bygga ett nytt sjukhus poängterades behovet av en generell sjukhusbyggnad ”för att ge utrymme för framtida, i dag helt okända” behov (SLL 2004, bilaga, s. 31) vilket tyder på ett accepterande förhållningssätt till framtidens osäkerhet. Det behövdes en generell byggnad som kunde fyllas med verksamheter efter behov. Det konstaterades tidigt att bara en ny byggnation kunde tillgodose dessa krav (inte olika former av om- och tillbyggnadsalternativ av de äldre sjukhusbyggnaderna). De inledande utredningarna koncentrerade sig på förutsättningarna för ett nytt sjukhus med särskilt fokus på fastighets- och sjukhusekonomiska aspekter. Det ansågs inte möjligt att i detta utredningsskede göra en behovsanalys, då innehållet i det framtida sjukhuset ännu inte var tydligt specificerat utan lokalytor uppskattades utifrån (internationella) erfarenheter från andra universitetssjukhus (se kap. 5).

Arbetet med att planera NKS organiserades, sedan landstingsfullmäktige fattat ett inriktningsbeslut 2005, i två parallella processer, där den ena fokuserade på verksamhetsinnehållet och den andra på utformningen av byggnaden. Idén om en generell och flexibel byggnad förutsatte att den fysiska strukturen i så stor utsträckning som möjligt kunde skiljas från verksamhetsinnehållet – form från funktion. Samtidigt var en av utgångspunkterna, som också användes för att rättfärdiga projektet, att de gamla lokalerna inte var ändamålsenliga för den framtida vårdens arbetssätt eller lämpliga för den organisationsstruktur som förutsågs.

I slutrapporten från NKS-förvaltningen slogs återigen fast att nya arbetssätt krävde nya lokaler (SLL 2011a). Verksamhetsinnehåll, arbetssätt och organisationsstruktur ansågs således vara beroende av den rumsliga utformningen, det vill säga byggnaden och lokalerna ansågs ha betydelse för hur vården i framtiden skulle kunna organiseras. Samtidigt bedömdes det möjligt att utforma en generell och flexibel byggnad utan särskild hänsyn till dess verksamhetsinnehåll. Relationen mellan den fysiska strukturen (rumsdimensionen) och framtiden (tidsdimensionen) var således inte entydig: å ena sidan förutsågs att framtiden skulle se ut på ett visst sätt vad gäller arbetssätt, å andra sidan hölls verksamhetsinnehållet strategiskt åtskilt från planeringen, formgivningen och gestaltningen av byggnadskomplexet. Denna inneboende motsättning skapa-

de komplexa förutsättningar för den arkitekttävling som inleddes under slutet av 2005 och avslutades under andra halvan av 2006.

Svensk samhällsplanering har en lång tradition av arkitekttävlingar som grundar sig på föreställningar om att fri konkurrens tillsammans med offentliga samtal leder till de bästa lösningarna (Ramberg 2012, s. 39). Här kombineras alltså liberala idéer med rationella kommunikativa ideal, men också med idéer om betydelsen av sakkunskap och möjligheten att genom expertis förutse framtiden.

En arkitekttävling innehåller i princip tre moment (Ramberg 2012). Det första består i att beställaren formulerar förutsättningarna i ett tävlingsprogram. I detta fall var förutsättningarna osedvanligt otydliga då verksamhetsinnehållet inte specificerades. Tävlingen utformades därför som en så kallad idétävling med fokus på formgivningen och syftade till att ta fram visionära gestaltungsförslag för ett universitetssjukhus inriktat på specialiserad och högspecialiserad vård. I tävlingsprogrammet fanns dock tydliga idéer om verksamhetens framtida organisationsstruktur och vilken rumslig form som skulle säkerställa denna organisation (SLL 2005, s. 16). Växelverkan och beroendeförhållandet mellan lokalerna och innehållet (se Smas 2020) blev tydligt då programmet å ena sidan framhöll vikten av att byggnaden skulle kunna "tillgodose olika verksamheters krav i princip var som helst i byggnaden utan att byggnadsstrukturen behöver ändras" (SLL 2005, s. 19), men å andra sidan poängterade att utformningen av lokaler skulle stödja och främja såväl vård som forskning (SLL 2005, s. 16).

I det andra momentet i en arkitekttävling bjuds arkitektkontor in för att utarbeta lösningsförslag. På uppdrag av landstinget bjöd Locum i december 2005 in fem arkitektbyråer till en formgivningstävling. Inom ramen för stadsbyggnadsprojektet i området kring Karolinska universitetssjukhuset (KS), Karolinska Institutet (KI) och Norra station hade redan ett par arkitektoniska förslag och lösningar tagits fram genom parallella uppdrag. Det handlade dels om hur KI och det nya sjukhuset skulle kunna integreras, dels om hur sjukhuset skulle kunna inordnas i staden.

Det tredje momentet är bedömningen och juryarbetet. Tävlingsjuryn bestod av sex regionpolitiker plus representanter för huvudaktörerna (SLL, KS, KI, Locum, Akademiska Hus, Solna stad och Stockholms stad) samt arkitekter. Till detta knöts även fyra beredningsgrupper med sakkunniga. Juryn konstaterade att förutsättningarna för tävlingen var

ovanligt komplexa då det inte fanns några preciserade lokalprogram och de framtida behoven var oklara (SLL 2006). I augusti 2006 kunde dock ändå resultatet av tävlingen presenteras.

Det vinnande förslaget var Forum Karolinska, framtaget av White Arkitekter (som också deltog i de föregripande parallella uppdragen). Detta förslag ansågs vara mest intressant, genomtänkt och förtroendegivande och i sin helhet bäst överensstämmande med förväntningarna på intern och extern logistik, struktur och gestaltning. Förslaget erbjöd "ett idealt tredimensionellt organisationsschema" och en flexibel och generell struktur (SLL 2006, s. 26). Gestaltningen och utformningen speglade det processororienterade arbetssättet och en ny organisationsform i teman och flöden. Den föreslagna huvudbyggnaden var uppbyggd kring ett antal "kärnor" med de centrala verksamheterna, vilka omslöts av en "mantel" där olika "länkar" knöt samman de olika delarna av sjukhuset. Närhet mellan funktioner och åtskillnad mellan flöden var grundläggande kriterier för granskningen av arkitekturförslagen och något som de andra förslagen kritiserades för att sammanblanda (flöden) eller separera (funktioner) (Smas 2020).

Efter tävlingen bearbetade NKS projektkansli i samarbete med White Arkitekter det vinnande förslaget till ett projektprogram som blev klart 2007. Generalitet och flexibilitet tillsammans med den fysiska strukturen i form av kärnor och mantlar framhölls fortsatt som ett par av huvudidéerna. I programmet betonades målet att "så långt som möjligt arbeta med generella lösningar som tillåter kontinuerlig verksamhetsutveckling", men generalitet diskuterades även i relation till målet att "[s]jukvård, forskning och undervisning ska vara så integrerade att det effektivt stödjer framtagande av ny kunskap". Det konstaterades vidare att "[e]n generell stomme med väl studerade dimensioner, generella installationer och flexibla byggtekniska lösningar ger möjlighet att anpassa lokalerna till framtida förändringar, såväl organisatoriska, tekniska som medicinska" (SLL 2007a, s. 10). I programmet framhölls också den fysiska miljöns betydelse för verksamheten och kunskapsutvecklingen. Internationellt och nationellt konkurrenskraftig vård, forskning och utbildning ansågs kräva fysisk närhet, och det var exempelvis viktigt att tillhandahålla rum "för informella och spontana möten" då sådana framställdes som "en nyckelfaktor för kunskapsutveckling och innovation" (SLL 2007a, s. 21).

För att summera kan arkitekttävlingen och formgivningen av NKS ses som en strategi för att genom en generell och flexibel byggnad *förbereda* sig för framtiden och att underlätta för förändringar i verksamheten över tid. Idén om flexibilitet och det accepterande förhållningssättet inför framtiden gällde framför allt verksamhetsinnehållet som förväntades förändras med den tekniska och medicinska utvecklingen. Att den framtida sjukvården skulle bedrivas enligt nya principer var dock en tydligt fastslagen framtidsbild och även idéerna om en framtida organisationsstruktur formulerades tidigt i processen. Den bilden *förutsåg* att sjukvården i framtiden skulle utvecklas i en processororienterad riktning och att ett internationellt ledande universitetssjukhus kräver fysisk närhet mellan sjukvård, forskning och utbildning. Successivt användes också gestaltningen och byggnaden som ett medium för att implementera en ny organisation och indirekt för att styra utvecklingen bort från en struktur med kliniker till en tematiskt organiserad vård.

Kostnadskontroll och punktlighet genom OPS-upphandlingen

På grund av att OPS-upphandlingar sträcker sig över ovanligt långa tidsperspektiv – i NKS-fallet handlar det om 40 år – och att de finansiella transaktionerna från den offentliga parten till den privata innefattar beräkningar av framtida risker kräver OPS-upphandlingar alltid uttalande antaganden om framtiden (se kap. 9 för mer utförlig beskrivning av vad OPS innebär). Att studera OPS-upphandlingen i NKS-projektet utifrån de antaganden som gjordes om framtiden är intressant eftersom spänningen mellan å ena sidan förutsebarhet och riskreducering och å andra sidan förberedelse för och acceptans av osäkerhet blev tydlig i den processen.

I de initiala diskussionerna och rapporterna som behandlade frågan om OPS, innan det officiella beslutet att använda en sådan upphandling fattades 2008, fanns det framför allt två narrativ om framtiden som kom att få betydelse för rättfärdigandet av OPS. Det första handlade om att stora och komplexa byggprojekt som NKS ofta blir försenade och dyrare än beräknat (Flyvbjerg 2014). Politiker och tjänstepersonal inom landstingsledningen uttryckte denna risk redan i samband med initieringen av den första utredningen om ett nytt universitetssjukhus kring år 2000 (Johannesson & Qvist 2019, s. 16). Landstingets eget fastighetsbolag Locum hade heller inte politikerns och ledande tjänstepersoners förtro-

ende att hantera ett så komplext byggprojekt som NKS eftersom tidigare större projekt ledda av Locum hade blivit både försenade och dyrare än planerat (Johannesson & Qvist 2019, s. 33; Yngfalk & Junker 2019, s. 22). Det fanns med andra ord en oro för att även detta stora prestige-fyllda projekt skulle komma att dras med fördröjningar och förseningar. En OPS-upphandling framställdes av förespråkarna som en garanti för att sådana misstag inte skulle kunna ske eftersom både pris och tidsåtgång fastställs i avtalet och varje försening automatiskt innebär reduktioner av den hyreskostnad som den offentliga parten löpande betalar till den privata utföraren (Yngfalk & Junker 2019, s. 20).

Vid traditionella upphandlingsformer, såsom samverkansentreprenad eller så kallad partnering, står den offentliga parten för all risk för framtida räntehöjningar eftersom det är denna part som tar upp lånen. I en OPS tar i stället den privata parten den risken, eftersom det är denna part som tar upp lånet. Denna riskomfördelning blev också en del av det narrativ som rättfärdigade beslutet att välja OPS framför traditionella upphandlingsformer (se vidare kap. 9). Hur upplåningsräntan skulle utvecklas under de närmaste 40 åren var en fråga som ingen med säkerhet kunde förutse vid tiden för beslutet om OPS, men risken som beslutsfattarna kalkylerade med var att räntan skulle stiga kraftigt. I en av våra intervjuer från 2017 reflekterar en av de ledande politikerna över hur osäkra sådana antaganden om framtiden kan vara och sammanfattar med att påpeka att "ingen hade en aning då [2008] om att vi skulle vara nere i noll eller minusränta, ingen i världen".

OPS motiverades alltså delvis som en upphandlingsform som reducerade risker i termer av tid och kostnader för landstingets räkning. Forskning från andra megaprojekt om hur risker har hanterats visar att just tidsåtgång och kostnader är vanliga variabler som projektplanerare försöker hantera genom kontroll och förutsebarhet, eftersom det är variabler som externa granskare i efterhand brukar kritisera (Koppenjan m.fl. 2011). Här lutade sig alltså politikerna och ledande tjänstepersoner mot den instrumentella planeringsmodell som vi kallar *förutse och reducera osäkerhet*.

Det andra narrativet som hjälpte till att rättfärdiga beslutet om OPS utgick från den kommunikativa planeringsmodellen som handlar om att *förbereda och acceptera osäkerhet*. Som nämnts tidigare drevs det dominerande narrativet kring framtiden inom NKS-projektet av en ambition

att bemöta framtiden genom att försöka förbereda sig för de förändringar som framtiden ofrånkomligen skulle innebära. Flexibilitet var ett starkt ledord i planeringen av NKS både vad gäller finansieringen och utformningen av sjukhuset. OPS-upphandlingen behövde därför också anpassas till detta narrativ.

Enligt de konsultrapporter som låg till grund för OPS-beslutet framhölls att denna upphandlingsform, trots sin starka kontroll av kostnader och tidsomfång, även gav utrymme för flexibilitet i fråga om verksamhetsinnehåll och lokalernas användningsområden (Yngfalk & Junker 2019, s. 16). OPS-upphandlingar är nämligen konstruerade för att den offentliga parten ska kunna ställa krav på funktion i stället för tekniska lösningar. Det innebar att om landstinget ville ha flexibilitet i byggnaden var de tvungna att ställa det som ett funktionskrav som skulle kunna gälla över hela kontraktstiden, det vill säga fram till 2040. Landstinget kunde däremot överlämna till den privata, utförande parten att på bästa sätt hitta de tekniska lösningar som levde upp till detta funktionskrav. Konsultrapporterna var dock tydliga med att ett sådant krav på flexibla lokaler skulle medtas i kostnadsberäkningarna. Det skulle leda till högre fastslagna hyreskostnader för landstinget eftersom det innebär högre kostnader för den privata parten att bygga in dessa möjligheter i det nya sjukhuset (PwC 2007, s. 9). Flexibiliteten hade med andra ord ett ekonomiskt pris.

Sammantaget fanns det alltså två narrativ om framtiden som tillsammans hjälpte till att rättfärdiga OPS-beslutet. Det ena handlade om att OPS-upphandlingen var ett bra sätt att kontrollera tidsomfång och kostnader under så lång tid in i framtiden. Det andra handlade om att OPS-avtalet gav utrymme för ett stort mått av flexibilitet i utformningen av verksamheten i sjukhuset genom att landstinget kunde ställa funktionskrav i stället för krav på tekniska lösningar, vilket var det traditionella sättet att göra upphandlingar på. Detta narrativ bygger på en marknadsliberal idé om att *förbereda och reducera osäkerhet*, vilket innebär att det i första hand är marknaden som bör forma och påverka framtiden och inte experter (som det instrumentella idealet förespråkar) eller användare och medborgare (som det kommunikativa idealet förespråkar). Att de politiker och tjänstepersoner som förespråkade OPS, med hjälp av managementkonsulter, initialt lyckades framställa denna upphandlingsform som en fördelaktig kombination av att förbereda för

framtiden genom flexibilitet och samtidigt reducera osäkerhet i kostnad och tidsåtgång kan ha varit en bidragande faktor till att OPS till sist användes i NKS-projektet.

REAKTIONER PÅ NKS-PROJEKTETS FRAMTIDSSTRATEGIER

I de föregående avsnitten visade vi hur idéer om framtiden kom till uttryck i NKS-projektets inledande skeden. Vi konstaterade att planeringsideal som handlar om att förbereda sig och acceptera osäkerhet fick stort utrymme under denna fas och påverkade vilka beslut som fattades om både sjukhusets utformning och den upphandlingsmodell som användes. När det gällde kostnader och tidsomfång kring projektet och den framtida organisationen användes dock ett marknadsorienterat planeringsideal om att reducera osäkerhet med hjälp av marknadens aktörer. Men vad hände med dessa idéer om att dels förbereda sig inför och acceptera osäkerheter, dels förutse och reducera osäkerheter i senare skeden av NKS-projektet, under byggfasen och när sjukhuset skulle driftsättas?

Genom att följa planeringsarbetet med NKS-projektet kan vi se att kritik på senare år har riktats mot både det accepterande och det kontrollerande planeringsidealet. Kritiken handlade både om att NKS-projektet väntade med att bestämma vilken vård som skulle bedrivas i sjukhuset- och alltså accepterade osäkerhet i för hög utsträckning – och att kostnaderna för sjukhuset blev högre än beräknat, trots att förutsebarhet i kostnader hade framställts som själva poängen med en OPS.

Idéer om att bygga generella och flexibla sjukhus var inget nytt för NKS, men till skillnad från exempelvis Huddinge sjukhus frångick planeringen av NKS delvis den instrumentella planeringsmodellen som stegvis utreder behov, bedömer olika alternativ och sedan definierar funktionen för att slutligen projektera. En generell byggnad i sig behöver inte betyda att behoven inte var möjliga att utreda, men idén med NKS var inte i att första hand att ersätta det gamla sjukhuset utan att skapa något nytt och lösa delvis andra problem (se Johannesson & Qvist 2019). Tidigt i processen framhölls att det nya sjukhuset skulle bli ett högspecialiserat universitetssjukhus för forskning, vård och utbildning och inte ett regionalt sjukhus för att tillgodose regionala vårdbehov.

Däremot definierades inte högspecialiserad vård särskilt utförligt och specificeringen av verksamhetsinnehållet särskildes från byggprojektet och sköts på framtiden. I senare skeden, mellan 2012 och 2013 då arbetet med att precisera verksamhetsinnehållet intensifierades, modifierades idén om högspecialiserad vård, då antalet vårdplatser utökades och Huddinge inkluderades i planerna (Andersson & Grafström 2020). Men i princip användes inledningsvis strategin att *förbereda och acceptera osäkerhet* snarare än att försöka förutse och reducera osäkerhet, vilket den instrumentella planeringsmodellen utgår från.

NKS-projektet avvek således vad gäller relationen mellan planering och byggnation, organisation och verksamhetsinnehåll från den planeringsmodell som historiskt idealiserats i svensk förvaltning (se kap. 3) och som använts vid tidigare sjukhusprojekt. Denna avvikelse stötte dock på kritik både från den politiska oppositionen i landstinget och från sjukvårdsprofessionen. En del av kritiken från professionen handlade om att senareläggandet av beslut om verksamhetsinnehållet var en medveten strategi från projektledningens sida för att inte fastna i konflikter om vem som skulle få tillgång till det nya och påkostade prestigesjukhuset (Johannesson & Qvist 2019). Även forskare har kritiserat denna strategi och beskrivit den som icke-rationell då ”allt görs liksom baklänges” och för att sätta form före funktion (Öhrming 2017). Vad denna kritik inte tar fasta på är att NKS-projektet utgick från en planeringsmodell som eftersträvade att förbereda och acceptera osäkerhet i stället för att förutse och reducera osäkerhet. Denna modell är inte mindre rationell än en instrumentell planeringsmodell utan utgår från en annan sorts rationalitet där framtiden anses vara omöjlig att kontrollera. Idealt sker planeringen i denna modell genom öppet samtal och en rationell kommunikativ process. I realiteten kan dock, i likhet med andra idealmodeller, en sådan till synes öppen planeringsprocess vara svår att upprätthålla då mer inflytelserika aktörer kan använda processen utifrån sina intressen (Flyvbjerg 2004). I planeringen av verksamhetsinnehållet på NKS tilläts inte professionen vara med och påverka i en öppen och förutsättningslös dialog som det kommunikativa idealet förutsätter. I stället visar flera studier att professionens deltagande var villkorat och begränsat till redan förutbestämda och avgränsade frågor som inte handlade om de viktiga strategiska besluten utan om detaljer kring sjukhusets utformning och gestaltning (Johannesson & Qvist 2019; Andersson & Grafström 2019).

Men det var inte bara de delar av NKS-projektet som styrdes utifrån idén om att förbereda sig och acceptera osäkerhet som fick kritik. Även de delar av projektet som styrdes utifrån det motsatta idealet – att *förutse och reducera osäkerhet* – fick utstå kritik i senare skeden av projektet. Denna kritik kom dels från den mediala granskningen, dels från den politiska oppositionen inom landstinget.

En stor del av den massiva mediala granskningen av NKS-projektet som inleddes från 2015 handlade om att sjukhuset hade blivit mycket dyrare än vad som hade varit nödvändigt och jämförelser gjordes med andra sjukhusbyggen (se kap. 14). "Världens dyraste sjukhus" blev en återkommande beteckning på NKS i den mediala granskningen. Att risköverföringen från offentlig till privat part som en OPS-upphandling innebär samt flexibilitetskravet på lokalerna gjorde att projektet blev dyrare än andra jämförbara byggprojekt var argument som inte bet på denna kritik när de verkliga kostnaderna för projektet började diskuteras i medierna. Inte heller räckte det faktum att byggnaden i stort sett blev klar i tid för att tysta kritiken. Sedan den mediala kritiken om oskäliga kostnader väl fått fäste, lyckades förespråkarna av OPS helt enkelt inte rättfärdiga modellen genom att hänvisa till att kostnader och tidsåtgång kan förutses och kontrolleras bättre med denna upphandlingsmodell.

Den politiska oppositionen hade visserligen godkänt OPS-avtalet 2010, men kritiken växte i landstingsfullmäktige mot att de verkliga kostnaderna för NKS blev mycket högre än vad som framkommit inför ingåendet av avtalet med projektbolaget (Johannesson 2021). Detta berodde till stor del på de många tilläggsavtal som skrevs under denna period (Johannesson & Yngfalk 2020). Förutom de sedvanliga förändringar och justeringar som sker över en nioårig byggperiod fanns det en annan anledning till att tilläggsavtalen under byggfasen blev så många och dyra. I förhandlingarna om det grundläggande avtalet 2010 hade nämligen vissa delar av byggnationen lyfts ut från avtalet för att möta de politiskt beslutade kostnadsramarna på drygt 14 miljarder kronor. Det stod dock klart för båda parter vid tecknandet av avtalet 2010 att dessa delar inom en snar framtid skulle återkomma och därmed belasta projektet kostnadsmässigt (Yngfalk & Junker 2019, s. 43). Därmed hade parterna redan från början när avtalet slöts själva frångått ett av de starkaste argumenten för en OPS, nämligen att det skapade total överblick och kontroll över alla kostnader i projektet redan vid tecknandet av avtalet.

Dessa exempel på konsekvenser av planeringsidealet om att *förutse och reducera osäkerhet* visar dels på svårigheterna att förutse alla tänkbara framtida risker under en lång byggprocess, dels att komplexa och utdragna projekt som NKS kan få utstå mycket medial kritik även om de lyckas reducera risker med oförutsedda kostnader och förseningar. I NKS-fallet blev ironiskt nog en av de mest kritiserade delarna av projektet just ambitionen att förutse och kontrollera hur mycket sjukhuset skulle kosta inte bara under byggfasen utan också över en lång period av underhåll och förvaltning efteråt.

AVSLUTANDE DISKUSSION

Att planera handlar om att på olika sätt förhålla sig till framtiden. Inledningsvis ställde vi frågan om hur motstridigheter och spänningar mellan olika planeringsideal kom till uttryck i NKS-projektet och vilka implikationer de antaganden som gjordes om framtiden fick för projektets utformning och målsättning. I NKS-projektet hanterades framtiden utifrån tre olika och delvis motsägelsefulla planeringsideal och projektmodeller. Det dominerande narrativet som präglade NKS-ledningens förhållningssätt till framtiden blev att förbereda för en oförutsebar framtid genom att anamma flexibilitet. Det fanns dock också inslag av att vilja reducera osäkerhet i NKS-projektet, framför allt när det gällde vilken organisationsstruktur sjukhuset skulle ha, hur mycket det skulle kosta och när det skulle byggas. Nu befinner vi oss delvis i den framtid som det planerades för, det högspecialiserade sjukhuset är färdigbyggt, verksamheterna har flyttat in och är nu organiserade i teman. Visserligen har idéer om innehåll och organisation modifierats under projektets gång men framtiden får utvisa hur flexibel och generell byggnaden är för andra typer av arbetssätt, organisationsformer och verksamheter.

Den pragmatiska, selektiva och strategiska kombination av instrumentella, kommunikativa och marknadsliberala ideal för framtidsplanering som anammades inom NKS-projektet liknar i stort hur svensk samhällsplanering generellt utförs i dag. I NKS-projektet betydde inte de kommunikativa strategierna att intressenter såsom medborgare eller professionsrepresentanter fick särskilt stort inflytande över hur framtiden målades upp. I stället gav de politiska beslutsfattarna i landstinget den privata marknaden stort utrymme att utforma framtidens sjukvård

genom OPS-avtalet. Detta skedde dels genom att privata byggbolag delegerades ansvar för att ta fram lösningar genom funktionskraven i OPS-upphandlingen, dels genom att det var den medicintekniska utvecklingen som ansågs driva förändringar inom framtidens sjukvård, inte sjukvårdsprofessionerna, politikerna eller patienterna. Frågan är hur framtiden hade gestaltats om patienter, Stockholms medborgare eller vårdprofessionerna hade fått mer inflytande över projektplaneringen.

7. Idén om patienten i centrum

Catrin Andersson & Martin Qvist

INLEDNING

”Att sätta patienten i centrum” har blivit ett ledord för hälso- och sjukvården både i Sverige och internationellt. Det är därför inte förvånande att idén om patienten i centrum har varit en central del i visionerna bakom Nya Karolinska Solna (NKS). Målet om ett mer patientcentrerat arbetssätt fanns med redan i de första planeringsinitiativen, och kom att bli än mer framträdande under processens gång. Det här kapitlet undersöker hur innebörden av ”patienten i centrum” har skiftat över tid och vilken betydelse föreställningen har haft för NKS-processens genomförande.

Idén om patienten i centrum har nått en status av närmast självklarhet i hälso- och sjukvårdspolitiken. Den kan rentav beskrivas som en ”tvingande idé” som alla nya reforminitiativ måste förhålla sig till för att bli tagna på allvar och betraktas som legitima (Bejerot 2008). Samtidigt som detta ledord är en tydlig och ständigt återkommande markör för nytänkande och moderna arbetssätt, har det också en påtaglig vaghet (Sharma m.fl. 2015; SOU 2016:2). Denna vaghet gör att innebörden kan anpassas för att föra fram olika, och rentav motstående, alternativ. Till exempel underbyggdes både landstingets förslag om att bygga NKS och den så kallade alternativutredningen om en upprustning av gamla Karolinska universitetssjukhuset (KS) med argument om en mer patientcentrerad vård.

I fallet med NKS har idén om patienten i centrum kanske allra tydligast kopplats samman med ambitioner om att införa mer tvärdisciplinära och interprofessionella strukturer, såsom att organisera arbetet i ”teman” i stället för den traditionella klinikstrukturen. Det är framför allt i den betydelsen – som en idé för organisering av vård och forskning – som det här kapitlet kommer att undersöka den skiftande innebörden

av ”patienten i centrum”. Begreppets mångtydighet gör dock att det har kopplats till olika typer av reformförslag. En annan aspekt av patient- eller personcentrering är att ge den enskilde större valmöjligheter och rättigheter som ”konsument” av vårdtjänster. I studier som lyfter fram denna innebörd kopplas patientcentrering till den marknads- och valfrihetsdiskurs som har slagit igenom brett inom hälso- och sjukvården de senaste decennierna (Anell 2005; Hasselbladh & Bejerot 2017). Begreppet har även blivit viktigt bland hälso- och sjukvårdens professioner. Här betonas i stället vikten av den enskildes perspektiv, ett holistiskt arbetssätt; detta perspektiv har inte minst varit betydelsefullt för sjuksköterskor och omvårdnadspersonal, fast då oftast i form av det närliggande men bredare begreppet ”personcentrerad vård” (se Håkansson Eklund m.fl. 2019).

Detta kapitel utgår från en diskussion om hur patientcentrering har beskrivits i tidigare forskning och hur begreppet har kopplats till organisationskoncept som ”integrerad vård” och nätverk. Därefter följer vi hur idén om patienten i centrum kom till uttryck i NKS-processen: de inledande skedena, under NKS-förvaltningens tid och slutligen hur den sedan blev en viktig del i konceptet med värdebaserad vård sedan KS hade tagit över ansvaret i samband med nedläggningen av NKS-förvaltningen. Avslutningsvis diskuterar vi hur innebörden av ”patienten i centrum” har skiftat under processens gång och hur detta speglar att begreppet använts för att motivera olika typer av lösningar.

PATIENTCENTRERING OCH NÄTVERKSORGANISERING

”Patienten i centrum” är ett återkommande uttryck i NKS-processen. Ibland förekommer i stället närliggande uttryck, som ”patienten först”, eller begrepp som patientcentrerad alternativt personcentrerad vård. I detta kapitel används ”patienten i centrum” som ett slags samlingsterm för dessa uttryck och begrepp, även om det är viktigt att betona att det finns skillnader i innebörd (se Ekman m.fl. 2014). Detta görs för att ringa in en övergripande idé som har varit central för NKS-projektet och för att vårt fokus ligger på att studera hur denna idé har använts för att lyfta fram olika organisatoriska lösningar för vården, snarare än på att analysera den underliggande omsorgsfilosofin.

Redan i mitten av 1900-talet började perspektivet att delaktiggöra och involvera patienten i beslut om vård och behandling växa fram på bekostnad av det tidigare paternalistiska synsättet på patienten (SBU 2017, s. 16). Vissa spårar rentav idéerna om patientcentrering tillbaka till Florence Nightingale och hennes arbete för att modernisera sjuksköterskeyrket på 1800-talet, somliga till och med längre bakåt i tiden än så (se t.ex. Mitchell 2008). Begreppet patientcentrerad vård myntades dock under 1990-talet och betonade patientens delaktighet i vården. Under 2000-talet har man inom vård och omsorg mer och mer gått över till att tala om personcentrering, för att ytterligare betona att det är personens hela situation och förutsättningar som ska vara utgångspunkten, inte enbart personen i egenskap av patient (SBU 2017). Patientcentrering kan sägas ha en mer funktionell betoning på patientens livskvalitet, medan personcentrering handlar om att personen ska ha ett meningsfullt liv (Håkansson Eklund m.fl. 2019). Båda har dock det gemensamt att de lägger särskild vikt vid individualisering, kommunikation och ett ömsesidigt förhållande mellan patient och vårdgivare samt ett holistiskt perspektiv på individens hela situation (ibid.; Sharma m.fl. 2015). Även om individens valmöjligheter kan kopplas samman med idéer om marknad har personcentrering en i huvudsak annorlunda betydelse i denna professionella diskurs. Inte minst för sjuksköterskor och omsorgspersonal har begreppet varit centralt för en strävan mot professionalisering och upphöjning av omsorgsarbetet. Den patientcentrerade vården har därmed blivit ett sätt för omsorgspersonalen att stärka sin professionella autonomi (se t.ex. McCrae 2013). Till skillnad från i äldre tider är sjuksköterskan, dietisten, logopeden och sjukgymnasten inte längre läkarens ”förlängda arm”, utan kan i stället ses som ”patientens tjänare” utifrån det personcentrerade perspektivet (Ekman m.fl. 2014, s. 72).

Vad som är än mer centralt för NKS-projektet är att ”patienten i centrum” också bygger på idéer om nya sätt att organisera vården för att skapa förutsättningar för den individualisering och delaktighet som eftersträvas. Det bärande temat för denna organisation är koordinering och samverkan över disciplin- och organisationsgränser. Här kopplas ”patienten i centrum” ofta till begreppet ”integrerad vård” som är koordinerad mellan vårdgivare, professioner, platser och över tid (Pelletier & Stichler 2014). Integrerad personcentrerad vård utgör en internationell trend för vårdens organisering och förordas bland annat av Världshälso-

organisationen (WHO) som beskriver detta som ett sätt att bekämpa fragmentering, främja samordning och göra vårdens insatser mer anpassade efter människors behov (WHO 2015).

Vårdens strävan mot ökad specialisering tillsammans med en mer fragmenterad hälso- och sjukvårdssektor, bland annat till följd av marknadsreformer, skapar behov av koordinering och samverkan mellan specialiteter, kliniker och vårdgivare. Genom att dessa organiserar sig i nätverk runt patienten, till exempel i form av multidisciplinära team, skapas möjligheter till individualisering och mer effektiv vård i en sammanhållen vårdkedja. Detta beskrivs som särskilt viktigt för multisjuka eller patienter med behov av flera olika typer av specialistkompetens. När hela sjukvårdsstrukturen arbetar utifrån detta patientcentrerade perspektiv skapas ett *vårdnätverk*, ett för Region Stockholms framtidsplan centralt begrepp som lanserades i landstinget i den tidiga planeringen av NKS. En återkommande idé inom landstinget har också varit att forskning och undervisning på motsvarande sätt, mer och mer, organiseras i forskningsnätverk som följer patientförloppen snarare än organisationsstrukturer (Martling & Klareskog 2019).

Nätverksorganisering är på inget sätt en unik reformidé för hälso- och sjukvården. Tvärtom speglar detta en bredare reformtrend inom offentlig sektor där utveckling av olika typer av nätverksarrangemang har setts som en gyllene medelväg mellan hierarki och marknad, inte minst för att hantera problem som uppkommit med dessa styrformer (Osborne 2010; Qvist 2016; Sörensen & Torfing 2007). Behovet av nätverk för horisontell koordinering inom hälso- och sjukvården har framför allt uppkommit som en konsekvens av specialisering mot smalare och mer högteknologiska expertområden, vilket närmast utgör en inneboende drivkraft hos vårdprofessionerna. Vidare har vårdval och marknadsinslag i vården ökat antalet vårdgivare, både privata och offentliga, vilket skapar större behov av interorganisatorisk samverkan (Peters 2015). Integrering av vård handlar om att koppla samman delar av olika organisationer, och ytterst enskilda specialister, i horisontella strukturer kring patienterna (Kodner & Spreewen 2002; jfr Hjern & Porter 1981).

Som reformbegrepp är samverkan och nätverk, liksom patienten i centrum, "magiska" i bemärkelsen att det är svårt att vara emot dem och att de retoriskt kan "svälja" konflikter mellan olika positioner (Pollett & Hupe 2011). Dock går det att under NKS-processens gång se att

de har använts för att främja och legitimera olika typer av lösningar vid olika tidpunkter. Detta kan åskådliggöras med hjälp av två dimensioner, där den ena är *inomorganisatorisk–interorganisatorisk*. Detta syftar på att patientcentrering ibland har använts för att främja reformer inom NKS specifikt (inomorganisatoriskt) och ibland har varit inriktat på reformer av hela sjukvårdsstrukturen, att organisera relationerna mellan olika organisationer inom vårdsektorn (interorganisatoriskt). Den andra dimensionen är *vård–forskning*, där nätverksorganisering och tvärdisciplinära arbetssätt har lyfts fram som en önskvärd utveckling inom båda dessa områden, och där fokus i planeringsprocessen skiftat över tid mellan dessa två områden.

PATIENTEN I CENTRUM I NKS-PROCESSEN

I detta avsnitt följer vi hur idén om patienten i centrum kom till uttryck i NKS-processens inledande skeden, under NKS-förvaltningens tid och under KS ledning sedan den hade fått ansvar för verksamhetsinnehållet i det nya sjukhuset.

Visionen lanseras: forskningen eller patienten i centrum?

I de tidigaste utredningarna i början av 2000-talet var ”patienten i centrum” inte det mest framträdande begreppet för att lyfta fram fördelarna med projektet. Detta har förmodligen att göra med att det inte var vården som stod i första rummet för argumentationen om att bygga ett nytt universitetssjukhus; när projektet lanserades var det framför allt forskningen som man lade vikt vid. I SNUS-utredningen fanns ett starkt fokus på tvärdisciplinära centrumbildningar, *centres of excellence*, där det nya universitetssjukhuset i Solna skulle bli ett ”nav” i en nätverksorganisation för forskning och vård i regionen. Detta kopplades dock till att ”patient- och medarbetarperspektiven skall prägla lokalutformning och funktioner som vårdkedjor i nätverk skall underlättas” (SLL 2002a, s. 12). Ett patientcentrerat arbetssätt i vården blir närmast en logisk följd av ett system som strävar efter dessa starka centrumbildningar som korsar klinik- och ibland organisationsgränser. Därför betonas också i de tidiga utredningarna att forskare och lärare vid universitetssjukhuset måste ha tillgång till hela sjukvårdssystemet, inte minst till primärvården.

Dessa ambitioner om att NKS ska bereda vägen för ett forsknings- och vårdnätverk kan ses i ljuset av kritik som har kommit under senare år mot idén om ett mindre spetsjukhus som fokuserar på "udda" och ovanliga sjukdomar. Visionen som projektet utgick från var dock på inget sätt att universitetssjukhusets forskning endast skulle inrikta sig på dessa ovanliga sjukdomar. Tanken var att *alla patienter* i hela Stockholms län (och även utanför) skulle utgöra underlaget för forskningen vid sjukhuset, inte endast de som behandlas där. Samtidigt som projektet har byggt på en idé om högspecialiserad vård (se kap. 8) har denna hela tiden kombinerats med en idé om patientcentrering genom nätverksorganisering. Detta har fungerat som ett slags korrektiv – i alla fall på en retorisk nivå – för konsekvenserna med en mer nivåstrukturerad sjukvård. Redan i SNUS betonades att "all forskning och utbildning varken kan eller bör ske endast vid den fysiska anläggningen 'universitetssjukhuset'" (SLL 2002a, s. 3). En viktig orsak till att forskning prioriterades så starkt vid denna tid var att Karolinska Institutet (KI) inledningsvis hade en central roll. KI:s företrädare var de tydligaste aktörerna som drev konceptet med excellenscentrum och forskning i nätverk. Här blev "patienten i centrum" ett sätt att lyfta fram den typ av sjukhus som behövdes för att främja den spjutspetsforskning man såg framför sig.

Idén om NKS (tillsammans med KI) som navet eller centrum i ett forsknings- och vårdnätverk utvecklades ytterligare i 3S-utredningen. Då den utredningen hade fokus på hela sjukvårdsstrukturen framträder tydligt argumentet om nätverksorganisering som ett sätt att hantera konsekvenserna av nivåstrukturerad patientcentrering. Patienten i centrum handlade här om att en patient endast ska befinna sig en kort tid på universitetssjukhuset för att sedan få efterbehandling hos andra vårdgivare, vilket krävde samordning mellan nivåer och organisationer i sjukvårdssystemet. Det var i första hand termen "sammanhållna vårdkedjor", snarare än patientcentrering, som användes för att beskriva detta arbetssätt. Utredningen betonade en mer processorienterad organisation, eller en "matrisorganisation", för att komma till rätta med risker för fragmentering och som ett sätt att skapa horisontella kopplingar mellan kliniker och vårdgivare.

Sammantaget var begreppet patienten i centrum mer nedtonat i de inledande skedena jämfört med senare delar i processen. Det, och angränsande termer som sammanhållna vårdkedjor, användes framför allt

för att legitimera och beskriva hur man skulle kunna hantera de vårdrelaterade konsekvenserna av nätverksorganiseringen. Den nära kopplingen mellan vård och klinisk forskning gjorde att detta också handlade om att säkerställa ett patientunderlag som omfattar alla delar i vården, vilket är nödvändigt för exempelvis forskning på folksjukdomar. Betoningen låg på forskning i första hand och perspektivet var tydligt *interorganisatoriskt* – det handlade om att åstadkomma en patientcentrering genom samordning mellan olika vårdgivare och forskningscentra på olika nivåer i sjukvårdssystemet.

Idén om tematisk vård tar form: från externt till internt fokus

Från och med att NKS-kansliet inrättades för att bereda förslaget om det nya sjukhuset till beslut om detsamma fick planeringsarbetet ett tydligare inomorganisatoriskt fokus. Nu fördes också begreppet patienten i centrum mer explicit in i programförslagen och kopplades till den fysiska utformningen av sjukhuset, bland annat till förslagen om att bygga enkelrum och korta transporter (SLL 2007a). Även konceptet med en tematisk organisering av vården (i stället för kliniker) blev mer framträdande och sjukhusets fysiska struktur planerades efter den tematiska organisationen. Efter beslutet 2008 och bildandet av NKS-förvaltningen blev arbetet med teman en helt central del i planeringen av verksamhetsinnehållet. Inspirationen till patientcentrering och tematisk vård hämtades vid den här tiden framför allt från internationella förebilder, snarare än från pågående reformer i Sverige där denna typ av arbetssätt har präglat reformarbetet runt om i landet under lång tid. NKS-förvaltningen hämtade in upplägget för den nya temaorganisationen från internationella förebilder, främst från USA. Från de internationella förebilderna hämtade projektledningen dessutom argumenten för denna organisation: att satsningar på ett fåtal teman skulle öka förutsättningarna att bli världsledande och konkurrenskraftig inom dessa specifika områden (SLL 2009c).

Genom NKS-förvaltningen gick projektet in i en genomförandefas och syftet var nu att utforma verksamhetsinnehållet och den framtida organisationen. Utmärkande för förvaltningens arbete var dock att dessa frågor förblev påtagligt vaga och abstrakta, vilket gjorde att de rapporter som publicerades möttes av kritik (Grafström & Andersson 2019; Öhrming 2017). En viktig del av kritiken var just att idéerna om

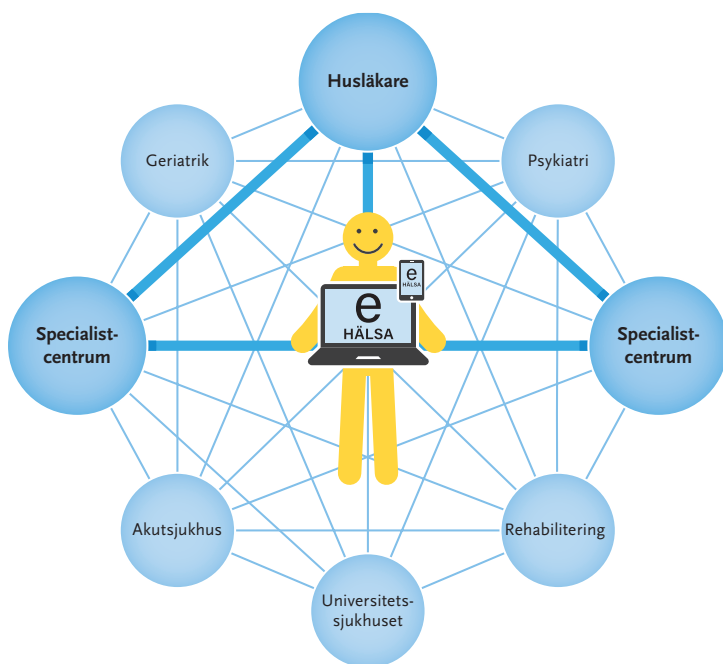
patienten i centrum och tematisk organisering hämtades från internationella exempel, inte minst från USA som har en helt annan typ av sjukvårdssystem än Sverige. SpjutsPETssjukhus som verkar inom privatiserade system, som i det amerikanska fallet, har inte samma krav på sig att ansvara för vården utanför det egna sjukhuset och rollen i ett större system. Vidare reste idén om en tematisk organisation på NKS frågor om hur denna organisation skulle fungera med andra delar av sjukvårdssystemet. Skulle förslaget innebära att hela Stockholms sjukvård behövde anta samma tematiska organisering? Sådana långtgående implikationer i form av organisationsförändring väckte motstånd, inte minst bland professionsföreträdare. På samma sätt blev idén om NKS som ett nav i ett vård- och forskningsnätverk problematisk eftersom den var beroende av en nära samverkan med andra vårdgivare, men samtidigt saknades det inom NKS-förvaltningen en tydlig analys av vilka konsekvenser detta skulle få för övriga delar av sjukvårdssystemet (Grafström & Andersson 2019; se även kap. 8).

Sammantaget hade planeringsarbetet i både NKS-kansliet och NKS-förvaltningen ett internt fokus där ”patienten i centrum” framför allt användes för att legitimera och motivera en temaorganisation som helt eller delvis skulle ersätta den gamla klinikstrukturen. Frågan om forskningen vid det nya sjukhuset var fortfarande viktig. Bland annat diskuterades hur omfattande integrationen mellan vård och forskning skulle vara på det nya sjukhuset, även detta med de amerikanska spjutsPETssjukhusen som referensobjekt (SLL 2009c). Under NKS-kansliets och, framför allt, NKS-förvaltningens tid fokuserade man alltså såväl på vårdens organisering som på hur forskningsuppdraget skulle integreras med vården. Jämfört med den föregående perioden, då man framför allt diskuterat forskning i nätverk, hade man således nu också kommit att ta sig an frågan om vårdens organisering. Samtidigt höll sig detta arbete på en mer övergripande nivå, medan den konkreta utformningen av verksamhetsinnehållet gång på gång sköts på framtiden när förslagen mötte motstånd.

Den interna orienteringen speglade också den organisatoriska sÄrlösning som NKS-förvaltningen utgjorde (Andersson & Grafström 2019). Det bredare och interorganisatoriska perspektiv som hade anlagts under 3S-utredningen kom att bli kraftigt nedtonat i NKS-processen. Frågan om patienten i den större sjukvårdsstrukturen ”flyttade ut” och kom i

stället att hanteras i en parallell process kring planeringen av Framtidsplanen för Stockholms sjukvård. Denna process hade också en egen organisation, men medan NKS-kansliet var underställt landstingsstyrelsens FoUU-utskott drevs arbetet med Framtidsplanen inom Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) och dess förvaltning. Inom Framtidsplanen, som antogs 2011 i landstingsfullmäktige, utvecklades nätverksorganiseringen som en central idé för den framtida sjukvårdsstrukturen. Jämfört med 3S fanns också ett tydligare fokus på vården och på hur nätverk och samverkan skulle understödja ett patientcentrerat arbetssätt. Inom nätverkssjukvården ska enligt Framtidsplanen individens hälsa och samlade behov stå i centrum i alla möten, i linje med ett personcentrerat arbetssätt. Samordning mellan vårdgivare är det bärande temat där man ger uttryck för en vilja att gå från vård hos enskilda vårdgivare till samordning och teamarbete.

Det patientcentrerade perspektivet, med ett tydligt interorganisatoriskt fokus, har inom Stockholms läns landsting (SLL) ofta presenterats



Figur 7.1: Illustration av patientcentrering i "den framtida nätverkssjukvården".

Källa: SLL 2011b, s. 28.

med hjälp av bilden i figur 7.1 här intill, som förekommer i många rapporter, presentationer och måldokument. Förutom att åskådliggöra nätverksorganisering och patientcentrering visar bilden också på den vikt som fästs vid digitaliseringens möjligheter. Patienten har datorn i högsta hugg. Denna tilltro till digitaliseringens möjligheter går tillbaka till de tidiga utredningarna av NKS där det också fanns en stor tilltro till den tekniska utvecklingen som lösning för att kommunicera över organisationsgränserna och realisera tanken att forskarna och vårdpersonalen på NKS skulle vara uppkopplade till hela vårdsystemet. Digitala verktyg löper med andra ord som en röd tråd genom idén om patienten i centrum, både som ett sätt att stärka kommunikationen med den enskilde och som en lösning för att hantera samordningsproblem mellan vårdgivare.

Tematisk vård blir värdebaserad vård

Sedan NKS-förvaltningen lades ner i slutet av 2011 och den fortsatta planeringen av verksamhetsinnehållet flyttade över till KS, mötte idéerna om patientcentrering och teman på ett påtagligare sätt den existerande praktiken. På KS var dessa idéer och arbete med flöden inte något nytt, men hade där framför allt bedrivits inom ramen för managementmodellen *lean*.²³ Detta kom dock snart att förändras i och med att en ny styrelseordförande tillträdde 2013. Ordförandens engagemang i olika privata vårdbolag banade väg för att *lean* byttes ut mot en annan managementmodell, värdebaserad vård. Drivande bakom värdebaserad vård var konsultföretaget Boston Consulting Group (BCG). Flera andra ledamöter i KS ledning och styrelse hade nära kontakter med konsultbolaget. Mest uppmärksammas blev KS produktionsdirektör som gick direkt från en anställning på BCG till sjukhusets ledning. Produktionsdirektören var delaktig i upphandlingen av sin tidigare arbetsgivare och införandet av den värdebaserade vården (Andersson & Grafström 2020). BCG backades även upp av tunga företrädare för akademien, främst den dåvarande prorektorn vid KI som genom den internationella organisationen ICHOM också hade kopplingar till BCG. Nuvarande

23. *Lean* handlar om att utveckla processerna i en organisation för att skapa ett sammanhängande flöde utan onödigt spill av resurser. "Spill" förstås som allt som ger onödiga kostnader eller inte tillför värde till det som produceras (se Andersson & Grafström 2020, s. 20).

och tidigare medarbetare vid KI var alltså drivande i att försöka införa värdebaserad vård i Sverige och flera av dessa kom att vara aktiva i den intensiva mediala debatten om den värdebaserade vården (se Krohwinkel m.fl. 2019). KI var dock splittrat i frågan och många företrädare har, särskilt på senare tid, riktat kritik mot den värdebaserade vården, bland annat för att skapa sämre förutsättningar för forskning och utbildning.

Modellen värdebaserad vård (*value-based healthcare*) har sitt ursprung i USA och är utvecklad av ekonomen Michael E. Porter och ingenjören Elizabeth Olmstead Teisberg, som 2006 skrev boken *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Som abstrakt modell innehåller den värdebaserade vården flera komponenter som omfattar allt från planering och ersättningssystem av vården på systemnivå till hur nya arbetssätt ska organiseras på enskilda sjukhus. Den mest centrala komponenten i värdebaserad vård är ökad kostnadseffektivitet genom kvalitetsmätning. ”Värde” avser uppnådda hälsoresultat i förhållande till resursanvändning. För att mäta hälsoresultaten har Porter sedan framfört ett antal ”patient-relevanta” mått för olika diagnoser som senare vidareutvecklats i den internationella organisationen ICHOM, där målet är att utveckla internationella standarder för att mäta vårdkvalitet.²⁴

Viljan att mäta kvalitet är också kopplad till konkurrens, vilket är en annan central komponent i värdebaserad vård. Med utgångspunkt i den amerikanska kontexten såg Porter och BCG att konkurrens skulle leda till att sjukhus specialiserar sig på olika typer av vård och därigenom lockar till sig ledande läkare och forskare inom sina spetsområden. Denna del av Porters tänkande går att se spår av även i tidigare skeden av NKS-projektet, och då som en del av idén om att uppnå ”världsklass” genom centrumbildningar med excellensforskning (se kap. 5).²⁵ Liknan-

24. International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) är ett icke-vinstdrivande företag som bildades av Michael Porter, BCG och KI (främst av professor Martin Ingvar). KS blev medlem i ICHOM 2015. KS och KI drog sig ur samarbetet efter att mediegranskningar (Gustafsson & Röstlund 2019) ledde till en omfattande kritisk samhällsdebatt om värdebaserad vård. För sjukhuset handlade det också om att granskningarna uppmärksammade juridiska och etiska problem med att företaget samlade in registeruppgifter om patienter.

25. Tänkandet kring ”kluster”, med geografisk koncentration av företag och andra aktörer inom ett visst affärsområde i syfte att skapa komparativa konkur-

de tankegångar återfanns också i NKS-förvaltningen som särskilt drev idén att det nya sjukhuset skulle begränsas till ett fåtal teman. Dessa idéer kan också härledas till att de internationellt mest konkurrenskraftiga sjukhusen koncentrerade sin verksamhet till ett fåtal specialiteter, såsom Memorial Sloan Kettering Cancer Center.

Än mer betydelsefullt för NKS-projektet blev den värdebaserade vårdens organisatoriska komponent. Precis som andra management-modeller inom vården, till exempel *lean*, förordar värdebaserad vård teamarbete och flödesorientering av verksamheten. När planeringen av sjukhuset gick över till KS fungerade detta som en viktig ingång för sjukhusledningen att kunna införa värdebaserad vård. Samtidigt som värdebaserad vård antogs som KS nya huvudstrategi fanns kravet på att införa en tematisk organisation från landstingets sida i form av fullmäktigebeslutet från 2008 om att bygga sjukhuset. Det som kom att ske var att dessa två komponenter kopplades samman under benämningen *den nya verksamhetsmodellen*.

Kombinationen öppnade för en radikal omorganisering av KS som innebar ett avskaffande av klinikerna och ett flödesbaserat system baserat på värdebaserad vård. Den nya organisationen innebar också ett införande av den tidigare nämnda chefsorganisationen samt en helt ny nomenklatur. Detta ansågs bidra till att skapa ”attraktiva chefstjänster” (Andersson & Grafström 2020) och i förlängningen ett sjukhus i ”världsklass”. Den nya verksamhetsmodellen motiverades och legitimerades utifrån att sätta patienten i centrum och organisera verksamheten runt denna i stället för de medicinska specialiteterna. Vidare betonades en starkare koppling mellan vård och forskning (främst mellan NKS och KI) genom att knyta en lärare/forskare till varje patientflödeschef i den nya organisationen. Integration mellan vård och forskning och ett patientcentrerat perspektiv skulle realiseras genom multidisciplinära och multiprofessionella team. Samtidigt är kärnan i värdebaserad vård att mäta och jämföra resultat samt låta detta vara kostnadssättande för verksamheten. Arbetet med att skapa en tematisk organisation handlade därför mycket om att utveckla vårdkedjor och definiera patientgrupper

rensfördelar, har också utvecklats av Porter (1990). Dessa tankar var tydligt närvarande redan vid projektets initiering i planerna på en satsning på life science i området som senare fick namnet Hagastaden (se kap. 4 och 5).

och -flöden anpassade till den nya ekonomiska styrmodellen med målet att skapa ”värde för patienten”, ”åstadkomma faktiska resultat” och därmed också möjliggöra jämförelse med världsledande sjukhus.

Sammanfattningsvis användes patienten i centrum i detta skede av processen för att motivera interna organisationsförändringar, vilket handlade om att konkretisera den tematiska organisationen och att förena denna med införandet av den värdebaserade vården som en del av den nya verksamhetsmodellen. Under denna period låg betoningen på vårdens organisering, men forskning var samtidigt viktigt och kom med värdebaserad vård in i bilden på ett lite annorlunda sätt än tidigare. Det genomgående mönstret i NKS-processen är att det patientcentrerade arbetssättet har kopplats till behov av att bättre integrera vård och klinisk forskning. I fallet med den värdebaserade vården var forskningsintressena snarare kopplade till Porters idéer om organisering av sjukvård och till insamlandet av stora mängder data på internationell nivå för utveckling av standarder. I detta internationella projekt finns inte minst intressen inom industrin kring life science. Företag inom life science hade också direkta kopplingar till KS ledning, dels genom flera före detta representanter för BCG, dels genom ordföranden och medlemmar i KS styrelse med bakgrund i bland annat läkemedelsindustrin. Enskilda företrädare för KI var djupt involverade i den värdebaserade vården och förespråkade modellen i den offentliga debatten. Samtidigt har många andra forskare varit kritiska och snarare pekat på att den nya modellen skapar problem för klinisk forskning och undervisning. Under senare tid har den värdebaserade vården dessutom kommit att omprövas i Sverige. Detta skedde efter att en omfattande kritik började resas, först inom professionerna, och sedan även medialt. I dag har både KS och KI tagit avstånd ifrån värdebaserad vård – inte minst som en följd av de omfattande problem som har påvisats i den interna styrningen på NKS (se Andersson & Grafström 2020; Krohwinkel m.fl. 2019).

AVSLUTANDE DISKUSSION

Idén om patienten i centrum löper som en röd tråd genom NKS-projektet, men den har samtidigt getts olika innebörd vid olika tillfällen, och har därigenom använts till att motivera skilda typer av lösningar. I projektets inledande skeden stod forskningen snarare än vården i centrum

för visionen om det nya universitetssjukhuset. Under denna tidiga fas kopplades idén om patienten i centrum framför allt till en ambition om att skapa en nätverksorganisation för vård och forskning i Stockholm där NKS och KI tillsammans skulle utgöra ett nav för forskning och innovation. Här beskrevs långtgående ambitioner om att koppla samman och integrera vård hos olika vårdgivare och olika delar i systemet. Inför beredningen av beslutet 2008 och senare under genomförandefasen skedde en övergång till ett internt perspektiv på organisationsförändringar. Här användes patientcentrering med tydligare koppling till vårdinnehållet för att motivera en tematisk organisation. Denna mer inomorganisatoriska inriktning fortsatte under NKS-förvaltningens tid, samtidigt som den större frågan om patienten i sjukvårdssystemet flyttade ut till en egen, och i hög grad separat, process inom ramen för Framtidsplanen. När NKS-förvaltningen lades ner och frågan flyttade över till KS sammanfogades förväntningarna på en temaorganisation med den värdebaserade vården. Patienten i centrum blev då ett sätt att motivera och rama in den nya managementmodellen.

Analysen visar att perspektivet på patienten i centrum under processens gång har skiftat från ett *interorganisatoriskt* till ett *inomorganisatoriskt* fokus. Resultatet står i kontrast till de inledande ambitionerna som tog ett betydligt bredare grepp om nätverk och samordning. Detta återspeglas också i delar av vår undersökning, där personer som var "arkitekter" bakom visionen om NKS uttrycker besvikelse över att de mer långtgående strukturförändringarna inte realiserades på det sätt som avsetts.

Vi kan också se att det har skett förskjutningar mellan att använda patienten i centrum som ett sätt att reformera förutsättningarna för *forskning* mot att betona omorganisering av *vården*. I de inledande skedena fanns det överlag ett starkt fokus på forskning i planeringsarbetet. De idéer som etablerades då fanns kvar och utvecklades i viss mån under NKS-förvaltningens tid, men här skedde också ett fokusskifte då vårdens organisering och verksamhetsinnehållet hamnade i centrum. Vårdens organisering är sedan helt central för det planeringsarbete som tar vid på KS där det patientcentrerade perspektivet slutligen implementerades som den nya verksamhetsmodellen, vilken bygger på en kombination av värdebaserad vård, som en modell för kostnadsstyrning, och temaorganisation. Kritiker menar att förutsättningarna för forskning och utbildning åsidosattes i arbetet med att införa denna modell. Samtidigt kom

forskningens betydelse in på ett annat sätt i processen då konceptet med värdebaserad vård och ambitionen att etablera ett internationellt system för insamling av stora mängder patientdata drevs och legitimerades av forskare och har kopplingar till intressen inom life science-industrin.

Slutligen kan vi konstatera att frågan om hur idén om patienten i centrum ska realiseras i Stockholms sjukvård är en pågående förändringsprocess där den värdebaserade vården nu helt har omprövats, men där idealet om ett vårdnätverk består inom ramen för Framtidsplanen. Mycket tyder på att patienten i centrum fortsätter att vara en ”tvingande idé” som även kommande reformer på ett eller annat sätt måste kunna förhålla sig till.

8. Idén om högspecialiserad vård

Maria Grafström & Catrin Andersson

INLEDNING

Den högspecialiserade vården har synliggjort och skapat konflikter om hur sjukvården bäst bör organiseras. På nationell nivå gäller sedan den 1 juli 2018 en ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården. Det var ett förslag som gav upphov till omfattande diskussioner (SOU 2015:98; Regeringen 2017b), och har beskrivits som både ett ”inbördeskrig” (*Dagens Medicin* 2017) och en ”sjukhusstrid” (SVT 2018). Debatterna illustrerar att denna typ av vård skapar konkurrenssituationer både på nationell nivå (mellan regioner) och på regional nivå (mellan olika sjukhus inom en region). I Nya Karolinska Solna (NKS) har idén om den högspecialiserade vården orsakat statuskonflikter och väckt frågor om vem som får göra vad, det vill säga vem som kommer att ges det prestigefyllda uppdraget att utföra högspecialiserad vård. Det har också lett till en debatt om de risker som kan tänkas vara förknippade med omfattande förändringar av befintlig organisering av högspecialiserad, och annan, vård i regionen. Det är alltså på flera sätt en politiskt laddad idé. Samtidigt har den högspecialiserade vården ett stort symbolvärde för NKS, och kan sägas stå i konflikt med andra centrala värden i projektet – inte minst ambitionerna om att skapa förutsättningar för att bedriva utbildning och forskning i världsklass.

Fortfarande efter att sjukhuset togs i full drift har det pågått en kamp där idén om den högspecialiserade vården spelar en nyckelroll. I december 2019 krävde drygt 150 läkare i ett upprop en rad förändringar vid Karolinska universitetssjukhuset (KS) i Solna (se Broomé m.fl. 2019). Bland dessa förändringar fanns krav på att universitetssjukhuset skulle breddas från, enligt uppropet, alltför ensidig högspecialiserad vård till att även erbjuda rutinsjukvård. På kravlistan fanns också att den nya Intensivakuten skulle göras om till, eller kompletteras med, en vanlig

akutmottagning. Anledningarna var enligt upppropets talespersoner flera, som att klara av utbildningsuppdraget och trygga behov av att kunna träna för att bibehålla sin kompetens och skicklighet – inte minst inom de kirurgiska specialiteterna – och därigenom behålla personal och kompetens i huset.

Redan i den första utredningen om att bygga ett nytt sjukhus i Stockholm var idén om den högspecialiserade vården central (Johannesson & Qvist 2019). Det var en idé som på flera sätt passade dåtidens problem och politiska förutsättningar. De politiska ambitionerna om att skapa ett sjukhus som skulle kunna flytta fram Sveriges positioner internationellt genom att utveckla medicinsk forskning till att ligga i framkant ansågs kräva helt nya sätt att organisera vården. En förändring av den högspecialiserade vården får konsekvenser för annan typ av vård och en koncentration av denna till ett sjukhus skulle kräva ett större upptagningsområde. Detta var i sin tur tänkt att öppna upp för nya sätt att tänka kring regionalpolitiska frågor och landstinget som konstruktion (ibid.). Det var alltså en idé som innehöll ambitioner om att förändra sjukvårdens organisering bortom det nya sjukhuset, men där sjukhuset skulle vara ”navet” och till och med ”kronan på verket” i Stockholms sjukvårdsorganisation (se kap. 4).

I det här kapitlet diskuterar vi vilken betydelse idén om den högspecialiserade vården har haft för NKS och hur denna betydelse har förändrats över tid, beroende på i vilket sammanhang och av vem den har översatts. Idén var först stark, med stort inflytande, samtidigt som den var – eller just för att den var – abstrakt och otydlig, men längre fram i genomförandearbetet försvagades den. I mötet med praktiken gjordes justeringar och en alltför hård koncentration ifrågasattes från flera håll. Mötet kan också, något förenklat, förstås som en krock mellan politiska visioner och ambitioner och de förutsättningar och behov som fanns i den faktiska verksamheten på universitetssjukhuset. I en avslutande projektfas, och i samband med driftsättningen av det nya sjukhuset, gavs idén delvis återigen kraft och inflytande.

I nästa avsnitt presenterar vi närmare hur högspecialiserad vård har definierats i utredningar och visar hur idén handlar om hur sjukvården organiseras. Därefter analyserar vi de fyra mest centrala ”översättarna” av idén, nämligen NKS-förvaltningen, Karolinska Institutet (KI), Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (HSN-förvaltningen) och KS.

Vi tar avstamp i den ursprungliga, starka politiska idén om den högspecialiserade vården – där denna högsta vårdnivå var tänkt att koncentreras till det nya sjukhuset i Solna – och visar hur idén omtolkades, utmanades och över tid blev föremål för kompromisser beroende på hur projektet organiserades och styrdes. Vi avslutar med att diskutera den betydelse som dessa översättningsprocesser har haft för NKS-projektet.

ETT DYNAMISKT BEGREPP SOM ORGANISERAR SJUKVÅRDEN I NIVÅER

Högspecialiserad vård har alltså varit en central fråga redan sedan den första utredningsfasen av NKS-projektet. År 2005 fattade Stockholms läns landsting (SLL) ett inriktningsbeslut om en förändrad hälso- och sjukvårdsstruktur i länet och i denna ingick att koncentrera högspecialiserad vård till KS – och följaktligen flytta ut specialiserad vård till andra sjukhus i länet. Det har dock inte varit självklart vad som skulle inkluderas i den typen av vård. Det var också redan i denna tidiga fas uttalat att själva begreppet högspecialiserad vård per definition är dynamiskt och att det därför inte skulle låsas fast i en för tiden rådande förståelse av vad som var högspecialiserat, utan att det behövde förändras i takt med den medicintekniska utvecklingen och andra framtida tänkbara krav på en sjukvård i "världsklass" (SLL 2008c; se även kap. 5). En del av projektarbetet kom därför också att handla om att ringa in och definiera vad som *borde* inkluderas i den högspecialiserade vården – ett arbete som har fortsatt genom hela projektet. På Region Stockholms hemsida går det i dag att läsa att den högspecialiserade vården, såsom den förstås regionalt och vid KS i Solna, innefattar "avancerad sjukvård som är särskilt resurs- och kompetenskrävande när det gäller medicinteknisk utrustning och sjukvårdspersonalens utbildning och erfarenhet". Det är också vård som är "nära kopplad till forskning och utbildning" (Region Stockholm 2020b).

Den högspecialiserade vården handlar om hur sjukvården är organiserad. Begreppet omfattar den högsta vårdnivån i en strukturering av vård inom en region eller på nationell nivå. Viktigt att notera är att regionerna själva bestämmer över regional högspecialiserad vård, medan vilka som får utföra nationell högspecialiserad vård bestäms av staten och den för området ansvariga myndigheten Socialstyrelsen. KS har i

sin roll som universitetssjukhus båda uppdragen, det vill säga att utföra tilldelad nationell såväl som regional högspecialiserad vård. Ett sätt att beskriva nivåstrukturering av ett sjukvårdssystem är som en pyramid där den högspecialiserade vården utgör toppen (jfr figur 2.1, kap. 2). När vårdgivares ansvar för viss typ av vård förändras påverkas per automatik också andra vårdgivare. En koncentration av regional högspecialiserad vård till det nya universitetssjukhuset i Solna skulle därför kräva att annan vård som bedrevs vid sjukhuset flyttades ut till andra vårdgivare. Nivåstrukturering skapar därför behov av att se till hela sjukvårdssystemet – i vårt fall Stockholmsregionen.

En ökad nivåstrukturering har i SLL:s arbete med planering av framtidens hälso- och sjukvård (den så kallade Framtidsplanen) kopplats till idéer om nätverk (se kap. 7). Vårdgivare ska enligt nätverkstanken fylla olika roller och om deras uppdrag renodlas skapas, enligt resonemang, en tydlighet för individen som söker vård. ”Nätverkssjukvård” går på så sätt hand i hand med idén om patienten i centrum och i arbetet med Framtidsplanen har återkommande betonats att det handlar om att säkerställa att rätt kompetens finns på rätt plats och vid rätt tid (t.ex. motiveringen av ny struktur för det akuta omhändertagandet i SLL, se SLL 2017a).

En koncentration av högspecialiserad vård skapar dock särskilda utmaningar. Det handlar framför allt om att göra centrala patientgrupper tillgängliga för lärare, studenter och forskare. I en nätverkssjukvård betyder det därför att utbildning och forskning behöver genomföras i samarbete med olika aktörer och på olika platser i nätverket. Det som tidigare i större utsträckning kunde genomföras i nära samarbete mellan KS och KI skulle i en nätverkssjukvård behöva hanteras på nya sätt och kräva lösningar och samarbete kring forskning med andra aktörer, privata såväl som offentliga. I en utredning av hur den kliniska forskningen ska genomföras i nätverkssjukvården har SLL självt pekat på detta som problematiskt. I rapporten beskrevs hur de intentioner som fanns i Framtidsplanen om att främja innovationstakten genom att koppla forskningen närmare den dagliga vården, på så sätt att nya aktörer utanför universitets- och akutsjukhusen skulle delta i utbildnings- och forskningsaktiviteter, inte hade infriats (SLL u.å.). Här utmålades problemet som att ”patienterna har flyttat ut från sjukhusen, hur ser vi nu till att forskarna kan verka även utanför sin traditionella arena på universitets-

och akutsjukhusen?” (ibid., s. 6). Trots att vårdavtalen med privata vårdverksamheter föreskriver att dessa ska delta i forskning och utbildning hade detta alltså inte fungerat i praktiken.

Samtidigt som den nationella nivåstruktureringen av högspecialiserad vård har stått i fokus för flera utredningar kom idén också att bli en central knäckfråga i NKS-projektet och organiseringen av vård inom Stockholmsregionens sjukvårdssystem. Beroende på vilken aktör – vilken ”översättare” eller idébärare (se kap. 3) – som har haft positionen att driva arbetet med att planera framtida vårdverksamhet vid det nya sjukhuset och i regionen har idén om den högspecialiserade vården laddats med betydelse och förändrats. Vi visar vidare i det här kapitlet att översättningsarbetet har präglats av, samt både synliggjort och gett upphov till, (intresse)konflikter.

FRÅN POLITISK VISION TILL MODIFIERAD PRAKTIK

Idén om den högspecialiserade vården var, som vi har visat ovan, central i den politiska visionen om det nya sjukhuset. I visionen betonades att detta var ett dynamiskt begrepp som måste tillåtas förändras i takt med tiden och alltså inte låsas i betydelse för tidigt i processen. Mer precisa beslut om NKS uppdrag avseende vård, forskning och utbildning behövde därför ske ”så sent som möjligt i förhållande till driftstarten för det nya universitetssjukhuset” (SLL 2008c, s. 17). Andra skäl som ansågs motivera att skjuta preciserande beslut på framtiden var eventuella sammanslagningar av landsting till färre regioner, förändringar i SLL:s sjukvårdsstruktur samt ”det pågående arbetet med profileringen av verksamheter inom dagens Karolinska universitetssjukhuset mellan Solna och Huddinge” (SLL 2008d, s. 5).

NKS-förvaltningen: stark politisk vision och idé

Under NKS-projektets första fyra år, mellan 2008 och 2011, drevs arbetet i en nyinrättad förvaltningsorganisation, NKS-förvaltningen (se Andersson & Grafström 2019; kap. 11). Det var en särorganisatorisk lösning som kopplades nära politiken, direkt underställd landstingsstyrelsens FoUU-utskott, vilket gjorde att det skapades en särskild struktur på politik- och förvaltningsnivå för NKS-projektet. NKS-förvaltningen, bäraren av idén om den högspecialiserade vården, organiserades därmed

nära de politiker som initierat och drivit visionen om det nya sjukhuset. Den särorganisatoriska lösningen var inte bara ett verktyg för att hålla projektarbetet nära politiken, utan också ett sätt för styrande politiker att skapa avstånd till etablerad verksamhet, som KS och HSN-förvaltningen (Andersson & Grafström 2019).

Under denna första period av NKS-projektet hade de styrande politikerna, tillsammans med ledande tjänstepersoner på NKS-förvaltningen, stor makt att formulera berättelsen om vilken typ av vård som skulle bedrivas vid det nya universitetssjukhuset i Solna. Deras huvudstrategi blev att hålla frågan öppen och undvika att precisera idéns innebörd så länge som möjligt (Grafström & Andersson 2019). Det var en strategi som gjorde det möjligt för styrande politiker och tjänstepersoner inom NKS-förvaltningen att i den inledande projektfasen undvika eventuella konflikter som en precisering av idén skulle kunna ha gett upphov till. Den "visionära oklarheten" skapade under den här perioden ett slags ytlig konsensus där ingen var emot en satsning på högspecialiserad vård i världsklass i sig. Dock började ett antal konfliktlinjer som rörde idén ändå framträda i takt med att den sattes på pränt i form av rapporter och presentationer.

Den första konfliktlinjen rörde den pågående sammanslagningen av KS två geografiska platser, Huddinge och Solna. Det hade varit ett komplext och krävande arbete att från sammanslagningen den 1 januari 2004 skapa *ett* universitetssjukhus (se t.ex. Choi 2011), ett arbete som inte minst hade handlat om att reda ut vilken vård, inklusive den högspecialiserade, som skulle bedrivas på vilken plats. När det nu i samband med NKS uttrycktes ambitioner om att koncentrera den högspecialiserade vården till Solna rimmade det illa med det pågående förändringsarbetet som bedrevs på KS. Visionen om ett litet, högspecialiserat sjukhus i världsklass överensstämde inte med ett universitetssjukhus uppdelat på två platser. Visionen kunde alltså förstås som att de båda sjukhusen – bara några år efter att de slagits samman – på nytt skulle delas upp.

I remissvar till NKS-förvaltningens förslag om verksamhetsinnehåll för det nya sjukhuset uttrycktes från flera håll kritik mot att Huddinges roll i det framtida universitetssjukhuset saknades. SACO/Stockholms läkarförening (2009, s. 1) ifrågasatte till och med dokumentets användbarhet som beslutsunderlag eftersom det "kännetecknas av en påtaglig brist på beskrivning av hela Karolinska Universitetssjukhuset", och

skrev att om sjukhuset ”åter skall delas borde detta framgå. Ett intryck ges i rapporten av två sjukhus med skilda arbetssätt och uppdrag.” Liknande kritik riktade också Kommunal Stockholms län, KI och KS dåvarande sjukhusledning mot NKS-förvaltningens förslag.

Den andra kritiken gällande NKS-projektets inriktning och planering handlade om framtida möjligheter att bedriva forskning och säkerställa förutsättningar för utbildning. En långtgående koncentration av högspecialiserad vård beskrevs som riskfylld då det ansågs äventyra möjligheter att hålla ihop och få tillgång till patientgrupper. Ett alltför snävt tänk kring ett högspecialiserat uppdrag skulle också kunna leda till att ”superduktiga doktorer”, som en intervjuperson i vår undersökning uttrycker det, kanske inte skulle kunna fylla sin arbetsdag (tjänsteperson, SLL). I skrivningar kring det högspecialiserade uppdraget fanns dock ofta formuleringar om att det även skulle vara fokus på ”forskningsintensiv” vård (t.ex. SLL 2009a, s. 7; se även Region Stockholm 2020b). Det var dock oklart vad som skulle rymmas i denna vård och hur ”högspecialiserad” och ”forskningsintensiv” skulle relatera till varandra. I den avslutande skriften – *Det ljusa sjukhuset* – som publicerades i samband med att NKS-förvaltningen lades ner 2011 beskrevs relationen som ”NKS + KI = sant”, och det gavs flera exempel på hur och med vilken nytta detta samarbete skulle ta sig uttryck och hur det skulle möjliggöras genom det nya sjukhusets utformning. Att koncentrationen av den högspecialiserade vården till NKS skulle komma att påverka utbildningen nämndes i korta ordalag (på så sätt att denna skulle komma att förändra utbildningsinnehållet vid NKS). Vidare framfördes att ”grundutbildningen vid NKS kommer att behöva modifieras och kräva ett fördjupat samarbete med övrig sjukvård och primärvård i landstinget och med berörda högskolor” (SLL 2011a, s. 64).

Det tredje temat för denna tidiga kritik var det framtida sjukhusets roll och påverkan på övriga vårdgivare i regionen. Redan vid projektets formella start presenterades det nya sjukhuset som ett ”nav” i ett nätverk (se kap. 7). Samtidigt som NKS skulle vara ett litet sjukhus och erbjuda en högst begränsad typ av vård skulle det alltså också utgöra en mittpunkt kring vilken övrig vård i regionen kretsade. Det var en roll som hade ritats som en pyramid med högspecialiserad vård högst upp och egenvård längst ner (Johannesson & Qvist 2019). En intervjuperson förklarar att metaforen med en pyramid med en typ av vård – i det här

fallet ett sjukhus – i toppen skapade problem: ”Alla vill ju befinna sig där på toppen” (tjänsteperson, SLL, se även t.ex. remissvar från Danderyds sjukhus 2009, där mer jämlikt nätverkstänkande efterfrågades).

KS (2009) slog också fast att uppdraget för NKS om att vara ett nav i ett universitetssjukhusystem inte överensstämde med det uppdrag och den inriktning som det dåvarande sjukhuset hade. I flera remissvar efterlystes en ”generalplan” som skulle reda ut uppdragen för landstingets samtliga sjukvårdsproducenter och därigenom visa hur dessa skulle samverka i ett framtida sjukvårdssystem. Vårdförbundet formulerade det som att NKS ”är en av pusselbitarna i Stockholms läns framtida hälso- och sjukvård, för att få en bild av sjukhusets del i helheten hade vi gärna haft tillgång till de övriga pusselbitarna” (Vårdförbundet 2010, s. 1). Liknande kritik uttrycktes av HSN-förvaltningen som pekade på det problematiska med att NKS-förvaltningens arbete inte hade synkroniserats med övrig planering av framtidens hälso- och sjukvård i regionen (SLL 2009e). Situationen kan förstås som en krock mellan att hålla alla dörrar öppna – för att vara flexibel inför den snabba medicintekniska och kunskapsmässiga utvecklingen – och att säkerställa att konsekvenserna av en långtgående koncentration av den högspecialiserade vården till Solna kunde hanteras av berörda vårdgivare i regionen.

Gemensamt för kritiken om Huddinge/Solna, forskning/utbildning samt NKS roll i Stockholmsregionens sjukvårdssystem var avsaknaden av preciseringar för verksamhetsinnehållet och vad som skulle inkluderas i den högspecialiserade vården. I en artikel i *Dagens Medicin* (2009) beskrev ordföranden i Stockholms läkarförening NKS-förvaltningens förslag som ett skämt: ”bygget är igång och huset ska rymma 600 slutenvårdsplatser, men hur verksamheten ska se ut finns det inga utvecklade tankar om”. Trots denna kritik fortsatte NKS-förvaltningens arbete i en visionär anda med motiveringen att idén om den högspecialiserade vården inte kunde preciseras förrän närmare inflytt. Oklarheten möjliggjorde också att eventuella konflikter sköts på framtiden och att ett ”inbördeskrig”, såsom det beskrevs i inledningen, åtminstone tillfälligt kunde undvikas.

Utifrån den narrativa beslutsmodellen, som vi presenterade i kapitel 3, kan vi förstå syftet med NKS-förvaltningen som just att hålla centrala parter på avstånd från processen – och hålla berättelsen om det nya sjukhuset nära de styrande politikerna och projektledningen. Det

är ur ett sådant perspektiv inte förvånande att NKS-förvaltningen inte ändrade inriktningen på arbetet med verksamhetsinnehållet trots den omfattande kritiken. Lite tillspetsat kan vi förstå det som att förvaltningen inte hade i uppdrag att lyssna på den typen av kritik, utan att dess uppdrag i stället var att bryta mot det etablerade – och att det i det arbetet ingick att bli kritiserad.

Karolinska Institutet: både kritiker och påhejare

En koncentration av högspecialiserad vård till det nya sjukhuset i Solna har i debatten ibland beskrivits som en motsats till vad ett universitetssjukhus förväntas innehålla och vara. Tre professorer verksamma vid KI skrev i en debattartikel redan 2005 att ”ett universitetssjukhus blir aldrig ett framgångsrikt universitetssjukhus om inte de vanliga sjukdomarna behandlas där” (Lindahl m.fl. 2005). Det är just på de vanliga folksjukdomarna (som hjärt-kärlsjukdomar, diabetes och inflammatoriska sjukdomar) som, enligt debattörerna, nästan all klinisk forskning sker. De ansåg därför att ”det är angeläget att det nya Karolinska universitetssjukhuset Solna planeras på ett sådant sätt att det där från 2010 och kommande decennier (minst 20–30 år) kan bedrivas medicinsk forskning som ska vara navet för den kliniska forskningen i norra Stockholm och placera svensk klinisk medicinsk forskning bland de internationellt ledande nationerna” (ibid.). I en annan debattartikel, ett år senare, beskrev två överläkare en koncentration av högspecialiserad vård till KS i Solna som att detta skulle skapa en ”elitklinik” men inte ett ”universitetssjukhus” (Bolinder & Lagercrantz 2006). Några år senare kritiserade en grupp professorer en flytt av forskningsintensiv vård från NKS med argumentet att detta riskerade att slå sönder forskningsmiljöer och leda till att högkvalitativ och viktig klinisk forskning flyttar utomlands (Ekbom m.fl. 2012).

Samtidigt har somliga på KI sett fördelar med en koncentration av den högspecialiserade vården till det nya sjukhuset. En koncentration ansågs ur det perspektivet gå hand i hand med att de patientgrupper som i framtiden inte rymdes på KS skulle vara tillgängliga för forskare och studenter hos andra vårdgivare (Grafström & Andersson 2019; intervju med verksam på KI). Det var också så det presenterades i dokument från NKS-förvaltningen.

I samband med NKS-förvaltningens första rapport om verksam-

hetsinnehåll för NKS ställde sig KI också i huvudsak positiv till förslaget (KI 2009), men betonade samtidigt behovet av att inkludera även Huddinge i planerna då en betydande del av den forskningsintensiva verksamheten bedrevs där. Att endast fokusera på Solna skulle vara för snävt, enligt remissyttrandet, och "navet" behövde därför inkludera både Huddinge och Solna. KI poängterade också i yttrandet att den förändring som NKS innebar skulle komma att kräva att forskning och utbildningsverksamheter gavs tillgång till den hälso- och sjukvård som bedrivs utanför universitetssjukhuset.

Så sent som i maj 2017 gjordes en intern utredning på KI gällande konsekvenserna av det förändrade verksamhetsinnehållet vid KS i Solna (se KI 2017). I utredningen slogs fast att "på det sätt vårdlandskapet nu förändras, förändras även förutsättningarna för att bedriva utbildning" och att detta innebär "en mycket stor utmaning och tidskrävande process att anpassa sig till" för SLL och KI. Utredningen betonade också att särskilt läkarprogrammet påverkas i "stor omfattning" och bland de förslag på lösningar som presenterades ingick, förutom att involvera andra vårdgivare i regionen, att utöka antalet diagnoser/sökorsaker vid KS i Solna och att tillse att antalet platser på kliniska utbildningsavdelningar och -mottagningar bibehålls i Solna. Detta skulle kunna åstadkommas genom bland annat akademiska specialistcentra som möjliggör universitetssjukvård utanför akutsjukhusen (se SLL 2018b).

KI:s representanter har både engagerat sig för en koncentration av högspecialiserad vård – men villkorat en sådan utveckling med krav på inkludering av Huddinge samt ökad tillgång och samverkan med andra vårdgivare – och samtidigt varit bland de mest tydligt kritiska rösterna till en sådan utveckling. Paradoxalt nog verkar både förespråkare och motståndare till idén om den högspecialiserade vården vara besvikna över det utfall som sedan blev. Den översättning som gjordes av idén skapade en situation där den ursprungliga visionen varken blev fullt ut omsatt i praktik eller tillräckligt justerad för att behålla tillgången till patientgrupperna på sjukhuset och bevara den tidigare strukturen för samarbete mellan KI och KS. Sammantaget har det alltmer dominerande problemet över tid blivit de eftersläpningar i utbyggnad av, och de möjligheter till samverkan med, andra vårdgivare – förutom KS – som KI är i behov av för att fullfölja sitt uppdrag inom utbildning och forskning.

HSN-förvaltningen: idén som en central pusselbit i Framtidsplanen

Kritiken mot NKS-förvaltningen skapade nya organisatoriska förutsättningar för NKS-projektet. Kritiken hade inte minst handlat om att det nya sjukhuset inte hade inplacerats i ett regionalt perspektiv och att det hade saknats en tydlig ansvarsfördelning och ett mandat att beräkna konsekvenserna av det nya sjukhuset gällande förändrade vårduppdrag för andra sjukhus. HSN-förvaltningen, som hade hamnat på avstånd från NKS-projektet genom den särorganisatoriska lösningen med NKS-förvaltningen (Andersson & Grafström 2019), gavs 2010 i uppdrag att analysera framtidens hälso- och vårdbehov i regionen – det som ovan har benämnts generalplan och som gavs namnet Framtidsplanen.

I mars 2011 presenterades en slutrapport från HSN-förvaltningens arbete (SLL 2011b), en rapport som har beskrivits som det första samlade dokumentet där SLL faktiskt anger vad man vill (Grafström & Andersson 2019, s. 29). Rapporten blev starten på ett fortsatt arbete med Framtidsplanen som skulle ske i tre steg under de kommande åren. Projektet handlade om att strukturera om hela regionens sjukvård och här skulle NKS fylla en central roll: NKS beskrevs som en hävstång för andra omfattande förändringar. Genom Framtidsplanen blev NKS och idén om den högspecialiserade vården en viktig del av en omstrukturering – med fokus på ökad nivåstrukturering – av regionens hela sjukvårdssystem. De tidigare beskrivna bilderna av en pyramid med den högspecialiserade vården högst upp blev fortsatt central i arbetet. I planeringsarbetet var det akuta patientmottagandet av stor betydelse där en anpassad akut på det nya sjukhuset placerades i toppen på ett förändrat akutvårdssystem som skulle byggas ut med utökade akutmottagningar på akutsjukhusen samt fler närakuter. Det var också ett system som innebar att vård skulle flyttas till privata vårdgivare. Oppositionen i form av Vänsterpartiet kritiserade detta och menade bland annat att ”den omstrukturering som ska göras leder till en ganska omfattande ny privatisering av hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting”, en privatisering som partiet menade skulle komma att leda till ”nya utmaningar för samarbete inom vården, delade vårdkedjor och så vidare” (SLL 2011c, s. 173).

Samtidigt som idén om högspecialiserad vård kunde användas för att rättfärdiga den långtgående otydligheten, skapade det stora problem att säkra hem just denna vård i framtiden (inte minst då de berörda parterna helt enkelt inte kunde planera för vilken kompetens eller personal

som skulle komma att krävas). Det handlade också om brist på vårdplatser då bortfallet av platser vid det nya sjukhuset inte hade täckts upp av en tillräcklig utbyggnad av andra vårdgivare. Även detta kritiserades av oppositionen, till exempel av en miljöpartist i ett anförande i SLL (2011c, s. 63) som menade att problemet med för få vårdplatser hade kunnat angripas genom att ge NKS ett bredare uppdrag: ”Jag vet inte om det just nu är läge för högstatusprojekt som uppdraget för Nya Karolinska – att bara ägna sig åt högspecialiserad vård – eller om vi måste titta på detta en gång till.”

NKS-projektet och dess arbete med vilken vård som skulle flytta in i det nya sjukhuset blev på så sätt också en del av HSN-förvaltningens arbete. Initierandet av Framtidsplanen kan förstås som att makten över berättelsen om den högspecialiserade vården ”späddes ut”. Fler aktörer både gavs och tog sig rollen som översättare av den visionära och oklara idén. Från HSN-förvaltningens perspektiv blev den högspecialiserade vården en central bit i det framtida sjukvårdspusslet i regionen.

Karolinska: idén möter praktiken

Kritiken mot NKS-förvaltningen, inte minst den ”visionära oklarheten” i arbetet med verksamhetsinnehållet, bestod och i juni 2011 beslutades att lägga ner förvaltningen och bland annat flytta ansvaret för verksamhetsinnehållet till KS (Andersson & Grafström 2019; Grafström & Andersson 2019). Från januari 2012 fick KS formellt ansvaret för planeringen av vilket vårdinnehåll som skulle flytta in i och ut från sjukhuset i samband med driftsättningen av den nya byggnaden. Den nya ansvarsfördelningen har beskrivits som en brytpunkt för projektet, och enligt professorn i företagsekonomi Jan Öhrming (2017, s. 33) backade nu politiken från målet om ett dominant sjukhusnav och deklarerade i stället att all högspecialiserad vård inte skulle koncentreras till Solna.

I och med att KS övertog ansvaret för planering och driftsättning av det nya sjukhuset förändrades översättningen av idén om den högspecialiserade vården. Sjukvårdens faktiska behov (inklusive utbildning och forskning) här och nu betonades mer, vilket innebar att en alltför hård koncentration av den högspecialiserade vården inte ansågs vare sig önskvärd eller lämplig. Den dåvarande sjukhusledningen vid KS hade varit en av de starkaste kritiska rösterna under NKS-förvaltningens tid. Redan i februari 2011 (några få månader innan beslut fattades om att

lägga ner förvaltningen och flytta över ansvaret till KS) skrev dåvarande sjukhusledningen i en skrivelse till NKS-förvaltningen om de stora risker den såg med en alltför långtgående koncentration till Solna:

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

I en tidningsintervju förklarade också den dåvarande sjukhusdirektören att det inte var aktuellt att flytta på högspecialiserad verksamhet som var väl fungerande i länet (Thornblad 2012, i *Sjukhusläkaren*). Ett återkommande exempel är transplantation, ett högspecialiserat vårdområde som nu bestämdes skulle ha fortsatt placering i Huddinge (Andersson & Grafström 2020; Öhrming 2017).

Inom ramen för KS programkontors arbete med verksamhetsinnehållet växte det framtida sjukhuset både fysiskt (i antal vårdplatser) och verksamhetsmässigt. I ett tjänsteutlåtande som var resultatet av KS arbete – och som hade formulerats i samråd med SLL:s programkontor samt KI – betonade landstingsförvaltningen fortsatt den högspecialiserade vården, men nu med skrivningar där även Huddinge inkluderades (SLL 2013a). I den efterföljande debatten i landstingsfullmäktige kritiserades fortsatt otydligheter i preciseringar av vårdinnehållet, men nu bland annat med konsekvensen att dröjsmålen ansågs ha lett till att det inte längre var möjligt att koncentrera högspecialiserad vård enligt den ursprungliga visionen. Landstingsrådet Helene Hellmark Knutsson (S) påpekade att det breddade uppdraget för NKS hade lett till att ”i stället för att åstadkomma en omstrukturering har det blivit ett skifte av olika sorters specialistvård mellan de olika sjukhusen” (SLL 2013b). I samma debatt svarade landstingsrådet Stig Nyman (KD), en av de centrala politikerna bakom NKS som formulerade och företrädde den politiska visionen om det framtida sjukhuset, att det inte alls hade varit avsikten att koncentrera all högspecialiserad vård till Solna.

Omorganiseringen av ansvaret skapade alltså på nytt förändrade för-

utsättningar för översättningen av idén om den högspecialiserade vården. I och med KS övertagande av projektet kom nu idén längre från den ursprungliga politiska visionen och närmare praktiken (vårdgolvet, de yrkesverksamma på KS). KS övertagande av verksamhetsinnehållet innebar att idén om den högspecialiserade vården åtminstone delvis inorganiserades i den etablerade verksamheten. Under åren 2012 och 2013 framstod nu ambitionen om att koncentrera all högspecialiserad vård till det nya sjukhuset som mindre attraktiv. Inte ens de politiker som tidigare hade varit dess främsta anhängare gav längre idén sitt uttalade stöd.

I projektets slutfas: en idé med kompromisser

I slutfasen av projektet, även efter inflyttning i det nya sjukhuset, var debatten och kampen om den högspecialiserade vården fortfarande i allra högsta grad levande (t.ex. det läkarupprop som vi nämnde inledningsvis). Planeringen av den anpassade akuten på NKS är ett illustrativt exempel på hur konflikter tog sig uttryck och visar på de olikheter som fanns långt in i processen mellan sjukhuset och SLL:s programkontor. I KS arbete skulle idén om den högspecialiserade vården omsättas till en fungerande vårdapparat för universitetssjukhuset, medan landstingsförvaltningens arbete med Framtidsplanen handlade om att omstrukturera vården i hela Stockholms län. Framtidsplanen bar ambitioner om att nivåstrukturera vården (där just det nya universitetssjukhuset i Solna var en viktig pusselbit och skulle motsvara den högsta vårdnivån), något som reflekterades i en omställning av det akuta omhändertagandet i länet. Att koncentrera den högspecialiserade vården till Solna skulle göra nivåstruktureringen tydlig och var en del av arbetet med att renodla de olika vårdgivarnas uppdrag.

Trots att KS, tillsammans med KI, uttryckte kritik mot beräkningar av besöksvolymen till den anpassade akuten och fortsatt poängterade problem med en alltför hård koncentration av den högspecialiserade vården till Solna, tryckte HSN-förvaltningen nu återigen på behovet och genomförandet av en sådan koncentration (SLL 2017a). I planeringen beskrevs KS Huddinges roll nu som ett mer renodlat akutsjukhus (t.ex. SLL 2014b; SLL 2015). År 2017 formulerades KS Solna och KS Huddinge som två olika uppdrag och det faktum att Solna skulle tillhöra nivån högspecialiserad vård krävde en omprofilering av Huddinges

verksamhet (SLL 2017a). Nu gavs den anpassade akuten i Solna namnet Intensivakut och betonades som en del av regionens satsning på att säkerställa ”rätt kompetens på rätt plats och vid rätt tid” (SLL 2017a, s. 34, bilaga 2).

Intensivakuten togs i bruk den 1 maj 2018. En vecka efter starten rapporterade SLL att öppnandet ”har gått över förväntan” (SLL 2018c), men kritiken lät inte vänta på sig. I det läkarupprop som refererats är just Intensivakuten central. Under våren 2019 ställde också KS, i en hemställan till hälso- och sjukvårdsdirektören, krav på att få öka volymen av besök till Intensivakuten – en hemställan som accepterades (Region Stockholm 2019a). I svaret från hälso- och sjukvårdsdirektören uppgavs bland annat att antalet besök kunde utökas genom att fortsätta justera och förtydliga definitionen av en ”Karolinska Solna-aktuell patient”.

Ytterligare ett exempel på att idén om den högspecialiserade vården har modifierats och att ambitionerna om att koncentrera sådan vård till Solna har nedprioriterats är barnsjukvården. Även denna skulle renodlas med högspecialiserad vård till Solna, men i en utredning från september 2019 slogs det fast att detta inte var en fungerande lösning (Region Stockholm 2019b). Patientunderlaget bedömdes bli för litet. Beslut fattades därför om att barnsjukvården vid NKS inte skulle renodlas till att enbart omfatta högspecialiserad vård, enligt den uppsatta målbilden, utan att den även fortsättningsvis skulle tillhandahålla både specialiserad och högspecialiserad vård.

När vi nu kan se hela processen, från idén som vision till dess omsättande i praktisk verksamhet, ser vi att resultatet är mångfasetterat. Idén har ömsom getts avgörande betydelse, ömsom tonats ner. Situationen påminner oss om vikten av både aktörskap och organisatoriskt sammanhang för idéers överlevnad och för hur de översätts i en verksamhet. Vår analys pekar mot att det främst har funnits ett politiskt drivet intresse för att koncentrera den högspecialiserade vården till det nya sjukhuset – ett intresse som över tid har engagerat och stötts av företrädare för de medicinska professionerna, inte minst under NKS-förvaltningens tid. Ambitionen ska ses som ett försök att omstrukturera hela regionens vårdssystem där en ökad renodling av de olika vårdgivarnas verksamhet var en del av tanken om nivåstrukturering och att skapa nätverkssjukvård. Sjukhusledning, enskilda läkare och andra professionsföreträdare

har ibland varit uttalat kritiska då de har pekat på ett antal risker som kommer med en sådan koncentration. Vi återkommer till professionens, eller professionernas, agerande i kapitel 12.

AVSLUTANDE DISKUSSION

Idén om den högspecialiserade vården kom att symbolisera det nya sjukhuset och det prestigefyllda projektet NKS. Enligt den ursprungliga berättelsen skulle NKS vara "kronan på verket" i det framtida sjukvårdssystemet (Johannesson & Qvist 2019) och det var därför svårt, men inte heller önskvärt, för styrande politiker att helt släppa idén. Att göra det nya sjukhuset till ett "vanligt" universitetssjukhus, med även rutinsjukvård, skulle kunna beskrivas som ett misslyckande inte bara för projektet utan kanske framför allt för omställningen av regionens hela sjukvårdssystem. Det skulle signalera mer av "transfer" än "transform" – och troligen uppfattas som att det etablerade KS hade fått sin vilja igenom, att det nya sjukhuset var mer av ett nytt hus och mindre av en förändringsmotor för en omstrukturering av hela regionens sjukvårdssystem. Idén om den högspecialiserade vården i NKS-projektet hade alltså bäring på en större förändringsprocess än det nya sjukhuset, därför blev den så viktig och så känslig.

Det är också särskilt viktigt att notera att de politiker, läkare och andra intressenter som har uttalat sitt stöd för och som drivit arbetet med en koncentration av den högspecialiserade vården till Solna samtidigt ofta har betonat att detta är en förändring som är villkorad av just en utbyggnad och förändring av *hela* sjukvårdssystemet. Eftersom denna förändring av sjukvårdssystemet inte har genomförts fullt ut i den takt som planerades och utlovades ligger troligen delar av kritiken mot och försvagningen av idén just i det faktum att detta inte har skett. Det paradoxala är dock att när idén var stark – och preciseringar av vårdinnehållet vid NKS sköts på framtiden och tilläts vara oklara långt in i projektarbetet – bidrog idén i sig till att skapa glapp i planeringen av hur övriga vårdgivare i regionen skulle påverkas av NKS. Arbetet med en generalplan kom igång sent och organiserades senare som en parallell förändringsprocess. När idén sedan försvagades var det alltså inte minst på grund av att just detta omstruktureringsarbete inte hade genomförts,

och att vårdgivare i regionen inte kunde möta upp den förändrade roll som det nya universitetssjukhuset innebar. Idén kan därigenom sägas ha haft en inneboende spänning som har försvårat dess genomförande.

9. Idén om offentlig-privat samverkan

Carl Yngfalk & Staffan Furusten

INLEDNING

Vid tiden för de inledande diskussionerna om ett nytt universitetssjukhus i början av 2000-talet fanns det ett starkt intresse inom den moderatleda koalitionen för privata alternativ inom vården. Inte minst välkomnade dåvarande finanslandstingsrådet Ralph Lédel (M) alla kopplingar till näringslivet (Johannesson & Qvist 2019), där kommersiella aktörer ansågs kunna bidra med kostnadseffektivitet och innovation på ett sätt som de offentliga inte kunde. Kommersiella intressen kom också att organiseras in i Nya Karolinska Solna (NKS) på en rad olika sätt under projektets gång, exempelvis genom skapandet av en ny verksamhetsmodell (med tydliga inslag av värdebaserad vård), ett omfattande anlitan­de av externa konsulter, en systematisk rekrytering av personer från näringslivet till styrelseposter samt en ”bolagslik styrning” generellt av Karolinska universitetssjukhuset (KS) (Andersson & Grafström 2020).

Det kanske tydligaste uttrycket för det privata näringslivets starka in­volvering i NKS-projektet är dock den upphandlings- och finansierings­modell som användes för sjukhusbygget. I grunden fanns här idén om den så kallade beställar-utförarmodellen. Innebörden i denna modell är att det offentliga ska utnyttja marknaden genom att beställa varor och tjänster av privata utförare. Genom konkurrens antas dessa privata utförare bli bättre än offentliga aktörer på att vara nyskapande och innovativa. Därigenom kan offentlig verksamhet effektiviseras och medborgarna ”få mer för pengarna”.

I början av 2000-talet var beställar-utförarmodellen inte alls ny, utan den hade använts flitigt i offentlig verksamhet sedan slutet av 1980-talet (Brorström & Solli 2017; se kap. 2). Det finns dock en rad olika typer av denna modell. Den som har dominerat i offentlig sektor är så kallad utförandeentreprenad, där det offentliga ansvarar för en mer eller min-

dre detaljerad projektering liksom för finansieringen. NKS kom dock att byggas med en annan typ av modell, en så kallad offentlig-privat samverkan (OPS). Detta är ett slags fullgången ”totalentreprenad”, där den privata utföraren ersätter den offentliga aktörens roll inte bara som utförare utan också som projekterare, finansär och förvaltare (för en viss bestämd tid) av en offentlig verksamhet. Den offentliga beställaren ska endast ställa krav på en viss funktion.

Den borgerliga Alliansen, med Lédel i spetsen, pläderade under åren fram till 2002 för en OPS-lösning i NKS-projektet. Denna idé avlogs dock av de båda centrala landstingsutredningarna, SNUS (SLL 2002) och 3S (SLL 2004), som pekade på stora risker och problem med OPS, inte minst för att modellen var oprövad i Sverige och för att det saknades kunskap och kompetens inom förvaltningen att kunna agera effektivt som beställare och kravställare. Utredningarna förordade i stället en traditionell samverkansupphandling för NKS. Trots detta lanserade Alliansen OPS som en lösning igen direkt efter att den hade vunnit landstingsvalet 2006. Under 2006–2010 arbetade sedan Alliansstyret hårt för att vända den landstingsinterna kritiken mot OPS, som fanns bland såväl oppositionspartier som centrala förvaltningar. Läget var prekärt, och det förbättrades inte av den världsomspännande finanskris som inträffade 2008.

I juni 2010 lyckades dock Alliansstyret få igenom ett (eller i realiteten två) beslut i landstingsfullmäktige om att bygga NKS genom en OPS – och utan att oppositionen röstade emot (se kap. 10). Från att i början av 2006 ha varit mer eller mindre uträknad gick således OPS-idén till att endast några år senare ligga till grund för detta megaprojekt via ett avtal med projektbolaget SHP (Swedish Hospital Partners, ägt av Skanska och brittiska investmentbolaget Innisfree) om att projektera, finansiera, bygga och förvalta NKS fram till 2040. Hur gick det till?

I detta kapitel visar vi hur den styrande Alliansen under åren 2006–2010 lyckades rättfärdiga OPS-modellen som en lösning för NKS. Vi gör det genom att diskutera och problematisera tre moment i NKS-projektet. I det första visar vi hur OPS, trots tidigare utredningars rekommendationer, åter gavs prioritet inom landstinget med start i ett särskilt uttalande från landstingsstyrelsen, endast två dagar efter att Alliansen hade tagit över styret i september 2006. I det andra momentet visar vi hur det skapades en ”marknadsinriktad” organisation för NKS-projek-

tet med en mer "exekutiv" förvaltning med en separat ekonomienhet, men även hur denna organisation genomförde särskilda marknadsföringsinsatser för att rättfärdiga en OPS-lösning. I det tredje momentet diskuterar vi hur OPS rättfärdigades genom särskilda insatser för att få upphandlingen att framstå som konkurrensutsatt, trots att det bara fanns ett anbud, vilket i sig väcker frågan om inte avtalet kunde och kanske skulle ha ogiltigförklarats i ett inledande skede.

Nedan presenterar vi OPS som upphandlingsmodell och visar hur den skiljer sig från mer traditionella upphandlingsmodeller. I avsnittet efter analyserar vi olika beslut och handlingar som syftade till att rättfärdiga OPS under 2006–2010. Därefter summerar vi våra iakttagelser och lyfter fram de centrala aktörerna i de undersökta processerna, vilka strategier de använde sig av för att rättfärdiga OPS och vilka olika organisatoriska arrangemang som vi menar möjliggjorde deras ageranden.

OPS – EN UPPHANDLINGSFORM MED UTGÅNGSPUNKT I MARKNADEN

OPS är en upphandlings- och finansieringsform som ursprungligen introducerades i Storbritannien inom ramen för det som i litteraturen benämns *public private partnership*, eller PPP (Bexell & Mörth 2010; Hellowell & Pollock 2009). OPS bygger på beställar–utförarmodellen, vars innebörd är att det offentliga ska utnyttja marknaden genom att beställa varor och tjänster av privata utförare. Beställar–utförarmodellen i dess skarpa utformning lanserades och började tillämpas i svenska kommuner och landsting i slutet av 1980-talet. Införandet av modellen följde logiskt på en uppkommen och utpräglad decentraliseringsfilosofi och på den problematik som införandet av resultatenheter och målstyrning av offentlig verksamhet innebar (Brorström & Solli 2017).

Kortfattat innebär den variant av beställar–utförarmodellen som OPS är att den privata sektorn helt eller delvis planerar, genomför samt utformar finansieringen av offentliga projekt. Den offentliga aktören ska inta rollen som beställare av en "tjänst" från en privat aktör, ofta ett konsortium av företag som representerar olika verksamhetsområden, och där de tillsammans bildar ett projektbolag som under konkurrens ansvarar för detaljprojektering, utförande samt underhåll och drift under projektets hela livscykel, eller åtminstone under en lång tid.

Det som skiljer OPS från andra former av totalentreprenad är framför allt den ekonomiska riskfördelningen, eftersom den privata parten förväntas ansvara för finansieringen av projektet, genom antingen kapitalanskaffning eller upptagande av egna lån. Den privata finansieringen gör också att det som entreprenören tillhandahåller ska klassificeras som en "tjänst", nämligen den att projektleda, bygga, underhålla och tillhandahålla ett specificerat projekt under en överenskommen tid (jfr Nilsson & Pydokka 2007, s. 2–4). Betalningen för tjänsten sker sedan årligen som en avgift, eller ett "vederlag", där driftskostnader, räntor och avbetalningen bakas ihop till en fast och förutbestämd summa. Villkoren för tjänsten förväntas vara formulerade i OPS-avtalet, vilket innebär att den offentliga beställaren fortlöpande under projektets gång kan avbryta kontraktet om villkoren inte uppfylls. Dessutom brukar OPS-avtalen innehålla klausuler som reglerar att det årliga vederlaget betalas först när vissa delar av projektet är färdigställda.

Kombinationen av byggande, drift och finansiering i privat regi kännetecknar således OPS. Ett centralt syfte med OPS är att effektivitetsvinster ska uppnås genom att den privata sektorns kommersiella kompetens utnyttjas, eller som Statskontoret uttrycker det i en rapport från 1998: "En avgörande skillnad mellan traditionella projekt och [OPS-] projekt är att det senare ger den privata sektorn bättre incitament att utföra ett bra arbete" (Statskontoret 1998, s. 11). Ett huvudargument för OPS-modellen är således föreställningen att det finns stora behov av att konkurrensutsätta offentliga investeringar på marknaden. Denna föreställning bygger på ett grundantagande att konkurrens skapar innovation och leder till effektivitet – ju fler konkurrenter, desto bättre.

I Sverige har den här formen för att finansiera och upphandla offentliga projekt diskuterats sedan 1990-talet. Däremot har endast två konkreta OPS-projekt genomförts: den statliga Arlandabanan och sedermera NKS, vilka dock utgör två separata projekt som är svåra att jämföra i omfång och komplexitet. Det föreligger dessutom god grund för att ifrågasätta huruvida Arlandabanan överhuvudtaget kan betraktas som en OPS-lösning om man sammanväger olika faktorer och den risk som fördes över till privata aktörer.²⁶ I den bemärkelsen kan man

26. I fallet med Arlandabanan svarade staten för en betydande del av kostnaderna för projektet: ett ekonomiskt bidrag om ca 1,4 miljarder till byggandet

säga att det helt saknades svensk erfarenhet av OPS före NKS. I andra länder har däremot metoden tillämpats i betydligt större omfattning. Enligt uppgifter som lämnades av den brittiska regeringen 2013 hade ett hundratal OPS-projekt genomförts i Storbritannien, varav 19 för att inrätta sjukhus (UK Government 2013).

OPS kan ställas mot ”utförandeentreprenad”, som brukar benämnas som traditionell upphandling. I en sådan ansvarar den offentliga beställaren för såväl detaljprojektering som finansiering. Beställaren handlar i dessa fall upp en eller flera entreprenörer för själva utförandet och där efter, vid behov, även för underhåll och drift. Projekten finansieras av antingen offentliga anslag eller lån. Utförandeentreprenad och OPS beskrivs ibland som två motsatta entreprenadformer på en glidande skala (Nilsson & Pydokka 2007). Det betyder också att många upphandlingar i praktiken har drag av bägge dessa entreprenadformer. Det finns exempelvis projekt där den offentliga aktören ansvarar för detaljprojektering och finansiering, medan den privata partnern står för utförande liksom för underhåll och drift under lång tid. Att ett offentligt projekt som till exempel NKS genomförs med privat finansiering är således avgörande för att kategorisera en offentlig entreprenad som ett OPS-projekt.

RÄTTFÄRDIGANDET AV OPS

Nedan presenterar vi de tre momenten genom vilka den styrande Alliansen 2006–2010 rättfärdigade OPS-modellen. De tre momenten bidrog sammantaget till att retoriskt förpacka och presentera OPS-modellen som en lösning som passade för just NKS-projektet.

”Ny” lösning på ”gamla” problem: OPS aktualiseras på nytt 2006–2007

Redan under hösten 2006 initierade Alliansstyret en förändringsprocess inom landstinget med fokus på att rättfärdiga OPS som en sorts modern ”lösning” på problem med effektivitet i offentlig förvaltning, vilket ansågs präglade konventionella arbetssätt. Denna förändringsprocess bygg-

av den s.k. Norra böjen (mellan Arlanda och Odensala), därtill kostnaden för att ansluta Arlandabanan till stambanan plus ett statligt villkorslån till den privata parten om 1 miljard kronor. Dessutom bekostade staten utbyggnad av järnvägen med två nya spår för 1,9 miljarder (RiR 2016).

de på att allmänt bereda utrymme för privata aktörer i NKS-projektet och drevs av dåvarande NKS-kansliet. Detta skedde framför allt genom att kansliet beställde två konsultutredningar som bägge förespråkade, och till och med skapade en idealiserad bild av, OPS som en innovativ form av lösning för NKS. Även om dessa utredningar formellt skulle utvärdera OPS som en *alternativ* lösning gjordes det aldrig någon regelrätt jämförelse där den traditionella modellen, samverkansentreprenad, grundligt analyserades och utvärderades i förhållande till OPS (se även kap. 12).

I dessa två utredningar, från 2007 respektive 2008, av två av de större internationella managementkonsultbolagen verksamma i Sverige, framställdes landstingets förvaltningsorganisation i dess dåvarande form som oförenlig med OPS. Samverkansentreprenad framställdes generellt som en modell som missar marknadens potential att skapa effektivitet och innovation i NKS-projektet. Fokus i utredningarna låg på att fortsätta skapa institutionella förutsättningar för OPS inom landstinget genom att på olika sätt hänvisa till och lyfta in marknaden och kommersiell logik som kraftkälla i projektet. Detta skulle inte minst ske genom att förändra styrningen av projektet. Det gällde att nedprioritera teknisk sakkunskap och ansvar för byggnation och drift till förmån för kunskap om marknader, avtal och kravspecifikationer.

Utredningarnas analyser och slutsatser, vilka under perioden återkommande kom att framhåvas av ansvariga förvaltningar (NKS-kansliet och därefter NKS-förvaltningen), utgjorde det huvudsakliga underlaget för beslutet i juni 2008 att genomföra NKS utefter en OPS. Utredningarna låg därmed i linje med de politiska signaler som tjänstepersoner verksamma i NKS-kansliet hade uppfattat alltsedan hösten 2006, trots att NKS-kansliets ledning formellt endast hade tilldelats uppgiften att utreda OPS som en alternativ lösning. En av de involverade tjänstepersonerna berättar att det var en utmaning att helt acceptera utredningarnas slutsatser eftersom det fortfarande fanns stora frågetecken kring OPS-modellen och att OPS för NKS inte minst skulle innebära att man fränsade sig mycket ansvar och styrning av projektet:

Helt plötsligt så ville man, från att vi skulle styra ganska många saker i en upphandling så ville man vända det så att vi inte skulle ta ansvar för saker. Utan det här ansvaret skulle i stället ligga på

projektbolaget och att man skulle ge dem väldigt mycket möjligheter för innovation (tjänsteperson, NKS-kansliet).

Citatet illustrerar dessutom hur organisationskulturen inom förvaltningen inte var särskilt tillåtande för kritik av OPS. Snarare hölls ifrågasättanden från tjänstepersoner nere genom den strikta hierarki som rådde i organisationen. Detta manifesterades inte minst av ledarskapet hos den externt rekryterade förvaltningschefen (tidigare programdirektören). En tjänsteperson på NKS-förvaltningen, som arbetade både före och efter OPS-beslutet i juni 2008, beskriver hur hen sällan fick gehör för sina riskbedömningar gällande OPS:

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

På liknande sätt uttrycker en annan tjänsteperson hur hen själv liksom många av kollegorna och särskilt de som var handplockade i början av sina karriärer upplevde att det var en skjuts i karriären att vara en del av NKS-projektet. Detta främjade en organisationskultur med lite utrymme för motstånd eller "analys", som en av respondenterna ovan uttryckte det vidare:

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

för i de fallen. Det är lite märkligt hela beslutsgången kring just det där, tänker jag (tjänsteperson, NKS-förvaltningen).

Med denna organisationskultur i botten konstaterade de nya utredningarna att flera svenska och internationella aktörer i och för sig hade uttryckt intresse för en OPS-upphandling av det nya sjukhuset, men att tillfrågade entreprenörer hade angett att det var av avgörande betydelse för om man skulle inkomma med anbud att OPS-modellen fick ”en bred politisk acceptans i Sverige” (SLL 2008a, s. 23). Att det fanns stöd för OPS i staten såväl som i andra landsting och kommuner ansågs vara centralt för att företagen skulle kunna räkna med fler OPS-projekt på den svenska marknaden (ibid.). Denna av konsulterna kallade sondering av marknaden framhövdes som en viktig del i att skapa förutsättningar för OPS i NKS-projektet genom att man formellt tydliggjorde för potentiella anbudsgivare att det dels fanns politisk acceptans, dels fanns en framtida marknad för fler OPS-projekt i Sverige.

Marknadsanpassning och statushöjande åtgärder för förvaltningen

I maj 2008 övergick NKS-kansliet i NKS-förvaltningen med en egen, separat ekonomienhet i landstingsförvaltningen. Till att leda enheten, och därmed det fortsatta OPS-arbetet, handplockades en ekonom med flerårig bakgrund inom landstinget men framför allt från privat sektor och finansvärlden. Beslutet att skapa en särskild förvaltning för NKS-projektet föregicks och motiverades med överväganden som hade gjorts redan under hösten 2007 då man bland annat hade utvärderat organisationsformen aktiebolag som en speciallösning för att skapa handlingskraft i OPS-projektet. I ett tjänsteutlåtande från den 22 november 2007 finns att läsa:

Den organisationslösning som hittills tillämpats för NKS-projektet har fungerat väl men bedöms inte vara den mest ändamålsenliga när projektet – efter fullmäktiges behandling – går in i en ny och genomförandeinriktad fas. Med tanke på projektets stora komplexitet och långvarighet ökar då kraven på att det finns en tydlig organisation med väl definierade ansvars- och befogenhetsgränser som har det samlade ansvaret för det fortsatta ar-

betet. Förvaltningen har övervägt flera olika organisationslösningar, bl.a. inrättande av ett särskilt aktiebolag, men stannat för att föreslå att en särskild nämnd, NKS-nämnden, med egen förvaltning, inrättas fr.o.m. den 1 mars 2008 (SLL 2007b, s. 41).

Dessa överväganden om vilken typ av organisation som framöver bäst kunde driva och hantera NKS-projektet menar vi låg till grund för hur rättfärdigandet av OPS-lösningen fortskred. Vid denna tidpunkt hade Alliansstyret dessutom rekryterat en ny landstingsdirektör, som instämde i att en tydlig ansvarsfördelning krävde en separation av NKS-projektet från Locum och en förflyttning av beslutsberedningen närmare politiken för att på så sätt skapa större handlingsfrihet gentemot övriga landstingsförvaltningen. Som en högt uppsatt tjänsteperson som verkade på NKS-förvaltningen uttrycker det: "Svagheten eller problemet för NKS-förvaltningen [före maj 2008], det var ju just att den låg under landstingsstyrelsens förvaltning." Från de styrande politikernas sida fanns det ett behov av en separat förvaltning för NKS-projektet, eller som en vid tidpunkten aktiv landstingspolitiker beskriver det:

Ja, det kändes lite som att det blev naturligt, eftersom det var ett stort uppdrag och, nej egentligen kommer jag inte ihåg att det var någon särskild utredning runt ska man göra en förvaltning eller inte förvaltning, utan det var ganska självklart. Om man ska vara ärlig så hade man inte riktigt det förtroendet för Locum att göra en sådan här stor byggnation, eller ett så här stort projekt som det här handlar om, utan man vill från landstingsstyrelsens sida, vad jag förstår, hålla i det här själv. Man ansåg att det där var ett så strategiskt viktigt uppdrag så det kunde man liksom inte riktigt [...] det skulle ligga mycket närmare politiken... (landstingspolitiker).

Inte minst kan beslutet att skapa en separat förvaltning för hanteringen av NKS-projektet ses som en statusförhöjande åtgärd för att ge projektorganisationen ett högre anseende inom landstinget och därmed makt att driva frågan om OPS i den riktning man ville (se även kap. 10). En tjänsteperson med lång erfarenhet av att hantera ekonomiska frågor inom landstinget och som arbetade där under perioden i fråga menar att

NKS-förvaltningens image vid denna tidpunkt bland annat bottnade i att dess arbete var oerhört prioriterat och att organisationen mer eller mindre ansågs ha en "obegränsad budget" för sitt arbete, trots att så inte var fallet i realiteten.

Vidare kom arbetet med OPS att medföra en mer marknadsföringsinriktad arbetsprocess inom NKS-förvaltningen med förebild från det privata näringslivet. Här låg fokus på att stärka NKS-projektet och landstingets image på den internationella marknaden genom marknadsföringsmässiga principer och metoder. Fyra månader efter att landstingsfullmäktige hade gett klartecken till OPS, den 3 oktober 2008, lanserades exempelvis prekvalificeringsfasen, där privata aktörer skulle utvärderas, "prekvalificeras", till att lämna anbud. Inbjudan till det som till och med kallades "Market day", och som ägde rum på Arlanda Conference Center, hade utannonserats brett i nordisk och internationell affärspress, och här informerades byggföretag och intressenter för första gången om detaljer i OPS-upphandlingen. Det var festligt och osade pengar och möjligheter, vilket videoinspelningar från dagen tydligt visar. Enligt den formella rapporteringen lockade mötet omkring 250 personer från cirka 100 organisationer och det sågs som mycket framgångsrikt, att döma av de intervjuer med beslutsfattare i landstinget som medverkade i en filminspelning från mötet som senare fanns tillgänglig på NKS-projektets hemsida. Den sammantagna bedömningen av dessa intervjuer var att intresset för att delta i OPS-förhandlingen var omfattande. Schemat för Arlandamötet var späckat. Utöver att upplysa om detaljer i OPS-upphandlingen presenterades sjukvårdsvisionen i Stockholms län innan man gjorde en snabbvisit på området i Solna där det nya universitetssjukhuset skulle byggas. En punkt på dagordningen var "NKS som en affärsmöjlighet", där NKS-förvaltningen presenterade tre huvudsakliga motiv för en OPS-upphandling: kostnadssäkerhet, tidsvinster och mer värde över livscykeln vad gäller design och teknisk innovation.

När prekvalificeringen formellt var påbörjad bedrevs marknadsföring av projektet på bred front genom att projektledare och chefer på NKS-förvaltningen gjorde ett antal utlandsresor, till bland annat London, Madrid och Berlin, för att besöka nybyggda projekt och företagskonglomerat som uttryckt intresse för NKS. Här kom den marknadsanpassade organiseringen av projektet till uttryck framför allt i arbetet

med att stärka projektets attraktionskraft på den internationella marknaden via vad som kan beskrivas som olika säljresor, där fokus låg på att sälja in NKS-projektet till så många potentiella samverkansaktörer som möjligt. I processen behövde landstinget, enligt utredningarna, dessutom göra fundamentala avvägningar för att förmå ”tillräckligt många intresserade anbudsgivare att utarbeta fullständiga anbud och samtidigt säkerställa att antalet anbud möjliggör konkurrens mellan anbudsgivarna” (PwC 2007, s. 47).

Påstådd konkurrens trots endast ett anbud:

OPS till vilket pris som helst?

När prekvalificeringen till att delta i OPS-upphandlingen stängde den 15 december 2008 hade landstinget alltså erhållit endast en ansökan, från byggföretaget Skanska. Detta trots alla förväntningar inom NKS-förvaltningen som i sin kommunikation under våren 2008 med framför allt NCC hade fått starka indikationer på att de skulle inkomma med ett anbud. Konkurrenten Peab hade dock meddelat NKS-förvaltningen att man inte tänkte delta i upphandlingen. Företaget hade kontaktat en rad europeiska byggföretag, men inget hade varit berett att bära risken för projektet. Vidare stod det i Peabs brev att ”om endast ett fåtal byggföretag är intresserade av att pre-kvalificera sig finns en uppenbar risk att Ni inte kommer att kunna uppnå en låg kostnad”. Peab föreslog att projektet skulle delas upp i mindre delar, vilket bedömdes ”få avsevärt fler intressenter och därigenom en helt annan konkurrens än vad vi, mot bakgrund av våra ovan redovisade erfarenheter, bedömer att Ni kommer att få med nuvarande upplägg” (SLL 2008b, s. 2).

I arbetet med prekvalificeringen fanns därmed även en strategi för att hävda eller påstå konkurrensutsättning. Sekretess i upphandlingar och ”hot” om konkurrenter som i själva verket inte existerar, alternativt att det konkurrensutsatta kontraktet i framtiden kan komma att omförhandlas och på nytt utsättas för konkurrens, är exempel på hur förespråkarna för OPS hävdade att konkurrens förelåg i NKS-projektet trots att det rent faktiskt bara fanns en anbudsgivare. I de nya konsultutredningar som genomfördes under perioden konstaterades dessutom att användandet av OPS med stor sannolikhet skulle leda till en långt bättre konkurrenssituation till följd av större internationellt intresse. I sammanhanget hänvisades till flera utländska sjukhusbyggen där OPS

hade använts, vilka framhölls som föredömen för NKS. Trots den erfarenhet som fanns inom landstinget genom egna utredningar, där våra studier visar att ingen av representanterna för de brittiska sjukhusprojekt som byggde på en OPS-modell och som besöktes i detta utredningsarbete hade kunnat rekommendera en OPS-lösning för NKS, så framställdes OPS som ett överlägset alternativ till den konventionella projektmodellen för att skapa konkurrens.

Men hur det nu än var gällande det faktum att endast ett anbud hade inkommit föreslog NKS-förvaltningen i sitt tjänsteutlåtande om prekvalificering i januari 2009 (SLL 2009d) att FoUU-utskottet skulle besluta att gå vidare med OPS-upphandlingen. NKS-förvaltningen uppgav: "Med beaktande av den rådande finansiella situationen i samhället, storleken av byggnationen, det begränsade antalet stora byggbolag och andra omständigheter, kan en anbudssökande anses vara i linje med förväntningarna" (ibid., s. 3). NKS-förvaltningen konstaterade här också, om än regelmässigt tvivelaktigt, eftersom anbudstiden närmade sig sitt slut, att en anbudsgivare är förenligt med lagen om offentlig upphandling. Utlåtandet framhöll dock att en utvärdering av huruvida anbudet är "konkurrenskraftigt" endast kunde göras efter att anbudstiden hade löpt ut i månadsskiftet september/oktober 2009. NKS-förvaltningen betonade också att någon "ny analys av olika entreprenadformer och dess konsekvenser för landstinget" inte hade utförts eftersom det med största sannolikhet inte skulle tillföra något mer.

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

För att vidare hävda eller skapa en illusion av konkurrens under förhandlingen med Skanska hade NKS-förvaltningen vid tidpunkten för

anbudets överlämnande upphandlat en konsultfirma specialiserad på att kalkylera och utvärdera byggkostnader. Uppdraget omfattade stöd till NKS-förvaltningen i granskningen av byggkalkyler i det inkomna anbudet. För att kritiskt kunna bedöma kostnader i anbudet upprättades kalkyler för förslaget Forum Karolinska ritat av White Arkitekter, som också hade varit utgångspunkten för själva OPS-upphandlingen. På NKS-förvaltningen benämndes detta arbete som beräkningar på det så kallade referensobjektet, eller en sorts ”spökanbudsgivare”. Dessa kostnadskalkyler skulle alltså utgöra motparten i förhandlingarna med den enda anbudsgivaren, och därigenom säkerställa konkurrens som i sin tur skulle resultera i marknadsmässiga kostnader. Så här säger en tjänsteperson som arbetade i ledande ställning inom landstinget om den tillämpade strategin:

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

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

Förhandlingsarbetet ledde i slutändan till en sänkning av anbudet på mellan en halv och en miljard kronor, enligt en av respondenterna som deltog i arbetet (tjänsteperson, SLL). I praktiken innebar detta att det gjordes en rad förändringar i projektet, där vissa delar lyftes ut ur avtalet, men där det redan vid denna tidpunkt bedömdes att dessa delar med stor sannolikhet skulle återkomma senare under byggnationsprocessen i form av tilläggsavtal (se även kap. 6). Detta skedde således tvärtemot det ursprungliga syftet med OPS:en, som ju var att fastställa kostnader och skapa förutsebarhet. Exempelvis kom detta till uttryck i att vissa ut-

rymmen togs bort eller hela avdelningar flyttades inom sjukhuset. Men ett halvår in i den förhandlade upphandlingen hade NKS-förvaltningen fortfarande inte lyckats pressa priset tillräckligt lågt. I en sekretessbelagd kalkylrapport som tillställdes NKS-förvaltningen den 21 december 2009 konstaterade en konsultfirma att anbudsgivarens redovisade byggkostnad översteg referensnyckeltalen med omkring 17 procent, motsvarande 1,6 miljarder kronor (tjänsteperson, SLL). Så här säger samma tjänsteperson, med insyn i förhandlingen om referensobjektets förmåga att sänka kostnaderna:

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

I arbetet med att pressa priserna gjordes vissa avsteg från funktionskraven som NKS-förvaltningen hade utformat i förfrågningsunderlaget, vilket är naturligt i en sådan process. I förhandlingarna hade Skanska i vissa fall möjligheter att driva egna ”innovativa” förslag som gick emot förfrågningsunderlaget men som samtidigt innebar en lägre kostnad. Förändringar i förhållande till förfrågningsunderlaget, strategier att lyfta delar ut ur det ursprungliga avtalet samt prisförhandlingar med anbudsgivaren i förhållande till kalkylerade kostnader för referensobjektet utgjorde således strategiska delar i den förhandlade OPS-upphandlingen som genomfördes under 2009 och början av valåret 2010. Alla dessa delar drev OPS-upphandlingen framåt, vilket därmed också bidrog till att rättfärdiga idén om OPS och projektet såväl internt i landstinget som mot externa intressenter.

AVSLUTANDE DISKUSSION

I det här kapitlet har vi visat hur centralt placerade politiker och tjänstepersoner genom olika beslut och handlingar försökte rättfärdiga OPS som finansieringsmodell för NKS, trots förutsättningar som talade emot en sådan lösning. En förklaring till att OPS-modellen till slut valdes är att idén vilade på en sedan länge institutionaliserad idé inom offentlig sektor om betydelsen av att i effektivitetssyfte göra förvaltningen mer marknadslig genom att bland annat införa konkurrens mellan olika utförare, där förvaltningar kan agera som beställare.

Ansvariga aktörer försökte således skapa ett narrativ för OPS-idén där de utmålade den konventionella projektmodellen inom offentlig sektor som förlegad och där det krävdes nya konkurrensbaserade finansieringsmodeller för att skapa effektivitet och stärka innovationskraften. OPS framställdes som det nya och moderna, medan den traditionella utförarentreprenaden behövde förpassas till historiens skräphög. Vi visar samtidigt att OPS som idé inte alls var självklar. Tvärtom fick förespråkarna kämpa hårt för att rättfärdiga den. I kapitlet har vi lyft fram tre moment som visar det strategiska arbete som projektorganisationen utvecklade för att rättfärdiga OPS-idén i landstingets förvaltningsorganisation trots dåliga förutsättningar i början.

Sedan frågan om OPS hade aktualiserats och fått prioritet i NKS-projektet efter maktskiftet 2006 utgjorde det första momentet en strategisk involvering av managementkonsulter som kom att agera som nyckelaktörer i en OPS-idealiserande process (se vidare kap. 13). Andra aktörer, med andra idéer eller med kritik mot OPS, avskärmades från arbetet. I det andra momentet pekade vi på hur en mer ”marknadsinriktad” organisation skapades kring NKS. Denna organisation var mer ”exekutiv” och bolagslik, med en separat ekonomienhet som arbetade strategiskt efter en kommersiell modell för att bygga projektets image på den internationella marknaden för OPS-projekt inför anbudsprocessen. I ett tredje moment rättfärdigades OPS ytterligare genom särskilda insatser som syftade till att hävda konkurrens i anbudsprocessen, trots att bara ett anbud hade inkommit, inte minst genom nyttjandet av ett fiktivt referensobjekt i förhandlingsprocessen.

Dessa tre moment i det strategiska arbetet med att bygga ett slagkraftigt narrativ för OPS grundades i en etablerad övergripande mark-

nadsidé för offentlig sektor kallad beställar–utförarmodellen. Dock kom den modellen att anpassas efter nya politiska signaler efter valet 2006. Man kan uttrycka det som att Alliansstyret prövade gränserna för idén om beställar–utförarmodellen. Under arbetet med upphandlingen var det i själva verket ganska mycket som talade mot OPS-lösningen (jfr Öberg 2020). Inledningsvis handlade det om bristen på erfarenhet av OPS-projekt i Sverige, senare om bristen på konkurrens – att det endast inkom ett anbud gick stick i stäv med såväl teorin som det strikta regelverket för offentlig upphandling. Trots detta rättfärdigades OPS i beslutsprocessen varpå landstingsfullmäktige alltså först röstade för en sådan lösning 2008 och därefter för en fortsatt upphandling när endast ett anbud hade inkommit.

Rättfärdigandet av OPS visar hur beslutsfattare inom offentlig sektor inte bara är villiga att gå långt för att få igenom sina idéer och sin politik utan, framför allt, att de också *kan* gå ganska långt för att driva igenom idéerna. För det första tycks regelverket vara väldigt tillåtande, gällande såväl upphandling som organiseringen av besluts- och beredningsprocesser. För det andra, baserat på våra studier, är det uppenbart att det tilläts finnas, och till och med främjades, en problematisk kultur inom förvaltningsorganisationen där det inte fanns utrymme för ifrågasättanden och analys; hur mycket av regeringsformens krav på saklighet och opartiskhet som praktiserades i denna projektorganisation kan diskuteras.

Allt detta väcker frågor om huruvida lagstiftningen rörande upphandling av stora komplexa projekt av typen NKS är otillfredsställande och i någon del bör ändras, till exempel kraven på ordentlig beredning, faktisk konkurrens och sekretess (se kap. 16). Det väcker också frågor om kapaciteter inom förvaltningen. En fråga gäller behovet av att i samband med nya stora projekt inte bara utreda själva projektet i sig utan också förvaltningens förutsättningar att alls ta sig an projektet. Nya upphandlingsmodeller kan visserligen leda till utveckling i form av lägre kostnader, nya lösningar och högre kvalitet. Det gäller dock att först säkerställa att förvaltningen har den kompetens och de resurser som krävs för att hantera de nya modellerna – i synnerhet om man är pionjär på området. I detta fall gällde det kompetens om såväl marknader i stort som upphandlingar och avtal.

Ytterligare en fråga rör organisationskultur. Förvaltningen, oavsett

hur den organiseras och leds, måste i sitt arbete genomsyras av en korrekt värdegrund med ledord som demokrati, legalitet, objektivitet, fri åsiktsbildning och effektivitet (Statskontoret 2019). Det sätt på vilket kritik och ifrågasättanden av OPS kuvades inom projektorganisationen är förkastligt i en modern demokrati (Lundqvist 2012). Det kan alltså finnas anledning att se över regleringen av beslutsprocesser i kommunal förvaltning, i alla fall för megaprojekt som NKS.

I dag är det många som hävdar att OPS är ”död” som modell för framtida offentliga projekt. Samtidigt lever den i allra högsta grad vidare, dels i den politik som fortfarande förs inom Stockholmsregionen, dels, och inte minst, i NKS-projektet och avtalet med SHP som sträcker sig till 2040 och där regionen kontinuerligt tvingas att arbeta med de förutsättningar som avtalet ger.

Sammanfattning av del II

NKS-projektet är sprunget ur en vision om förändring som förenade olika drivande aktörer i och kring landstinget vid millennieskiftet. Denna vision knöt också samman NKS med den parallella processen kring det som kom att bli Hagastaden. Det var en djärv och omfattande reformagenda som landstingets politiker förde fram: ett nytt sjukhus för framtiden skulle byggas, det skulle vara i världsklass, men också fungera som en förändringsmotor för hela Stockholms sjukvårdsstruktur med sitt högspecialiserade uppdrag och sin integrerade och patientcentrerade organisation. Sjukhuset var tänkt att bereda vägen för framtida Nobelpris genom satsningar på excellenscentrum, bidra till tillväxt i ett framväxande innovationskluster för life science, och ovanpå det finansieras med en ny och oprövad modell för offentlig-privat samverkan (OPS). I denna del av boken har vi följt vad som hände med dessa reformidéer under resans gång.

De fem idéerna om *världsklass*, *framtiden*, *högspecialiserad vård*, *patienten i centrum* och *offentlig-privat samverkan* var, med undantag av den sistnämnda, vid initieringen av projektet högst abstrakta och övergripande beskrivna. Ett tydligt mönster som framträder av kapitlen i denna del av boken är att idéerna med tiden kom att sammanflätas till ett kraftfullt narrativ av hur förändringen skulle åstadkommas. Att bygga för framtiden genom flexibilitet och generalitet handlade om att inte låsa fast byggnaden vid ett visst högspecialiserat verksamhetsinnehåll, men däremot till idén om patienten i centrum och en tematisk, nätverksbaserad organisering av vården. Idén om världsklass blev till en berättelse om hur kluster, närhet och samverkan skulle leda till innovationer, tillväxt och internationell ryktbarhet, vilket är en viktig orsak till att sjukhuset hamnade på den plats det ligger i dag. Denna idé hade ock-

så tydliga kopplingar till OPS: båda kan sägas vara del av den bredare marknadsdiskurs som länge präglat reformer inom offentlig sektor – och som dessutom var särskilt stark i Stockholms läns landsting i början av 2000-talet.

Ett annat mönster är att idéerna – så länge de får befinna sig på en mer övergripande och abstrakt nivå – är framgångsrika i att driva processen framåt, att skapa momentum och uppslutning. Men ju längre beslutsprocesser framskrider, desto mer måste idéer och visioner konkretiseras och fyllas med innehåll. Detta gör också att de stöter på motstånd och ifrågasättande då konkretiseringar innebär att idéernas konsekvenser blir mer påtagliga för olika intressenter, exempelvis hur den egna kliniken kommer att påverkas, att utbildningsmöjligheter begränsas eller att förutsättningarna att bedriva en viss typ av klinisk forskning förändras. I vissa sammanhang har detta motstånd hanterats genom att konkurrerande berättelser och idébärare har utestängts från processen för att därigenom främja de drivande aktörernas narrativ. Det har också handlat om att den gemensamma berättelsen successivt har anpassats, eller översatts, i mötet med nya förutsättningar eller omständigheter. Här har de bärande idéernas vaghet eller oklarhet varit en tillgång för beslutsfattarna.

Idén om världsklass är kanske det tydligaste exemplet på hur vaghet skapar möjligheter att forma innehållet för vad som är att betrakta som just "världsklass". Analysen visar hur internationella referensobjekt, främst från USA och Europa, genomgående har använts i NKS-processen för att forma innebörden av världsklass. Valet av referensobjekt att besöka och vad man har tagit fasta på vid besöken har också använts för att legitimera många av de förslag som lagts fram för sjukhusets utformning, inriktning och organisation. Idén om världsklass och strävan efter internationellt erkännande har dessutom levt kvar genom hela processen, trots den omfattande kritiken i mediedebatten (se vidare kap. 14).

Idéerna om högspecialiserad vård och patienten i centrum rörde båda den känsliga frågan om vilket vårdinnehåll det nya sjukhuset skulle få samt hur verksamheten skulle organiseras och bedrivas. De har också det gemensamt att de länge tilläts befinna sig på en relativt övergripande nivå. Orsakerna till detta ligger i hur NKS-förvaltningen mellan 2008 och 2011 inte lyckades driva igenom och konkretisera de ursprung-

liga idéerna på ett sätt som fick legitimitet bland berörda aktörer, inte minst vid KS. Oförmågan, eller kanske oviljan, att precisera ett hög-specialiserat uppdrag för sjukhuset bidrog till ett glapp i planeringen av hur övriga vårdgivare i regionen skulle påverkas av NKS. Denna idé har hela tiden varit avhängig av en utbyggnad av övriga delar av vården och när denna utbyggnad inte genomfördes i den takt som initialt planerades, har idén försvagats och sjukhuset anpassats för ett något bredare uppdrag än den ursprungliga visionen om ett litet spetsjukhus.

Innebörden av idén om patienten i centrum har också modifierats under processens gång. Inledningsvis handlade denna idé främst om att anpassa vården till starka centrumbildningar och en nätverksorganisering av såväl forskning som vård i Stockholms län. När idén sent i projektet till sist genomfördes var det i form av införandet av den nya verksamhetsmodellen vid NKS, som kombinerade ambitioner om tematisk organisation med värdebaserad vård, och som till skillnad från ursprungsidén om patienten i centrum var en organisationsintern modell.

Idén om framtiden utgick från ett narrativ om att anamma flexibilitet i syfte att förbereda sig för – men också bejaka – en osäker framtid som drevs av den snabba medicintekniska utvecklingen. I praktiken kom planeringen dock att präglas av olika, delvis motsägelsefulla planeringsideal. Formgivningen av den nya byggnaden utifrån principen om generalitet speglade detta bejakande perspektiv där man förbereder sig för, snarare än förutser eller eliminerar, osäkerhet. Det fanns dock även exempel på beslut som syftade till att förutse och reducera osäkerhet, exempelvis i valet av OPS som finansieringsform där man strävade efter att låsa fast vissa ramar, främst i form av organisationsstruktur, kostnad och tidsåtgång.

Slutligen framträder i denna del av boken också en viktig skillnad mellan vissa av idéerna i form av hur institutionaliserade och ”självklara” de var i NKS-processen. En institutionaliserad idé som patienten i centrum tas närmast för given; den måste på något sätt beaktas för att en sjukvårdsreform i dag ska betraktas som legitim. Idén om OPS var däremot betydligt mer kontroversiell redan från början. Även om den hämtade legitimitet från det rådande marknadsparadigmet, var den oprövad i en svensk kontext. Den var också från början betydligt mer konkret än övriga idéer. Detta gör att OPS är den av de fem idéerna som

mest aktivt har behövt motiveras och rättfärdigas av de drivande politikererna i landstinget. Som vi kommer att utveckla mer i detalj i kapitel 13 blev konsulter viktiga idébärare i detta legitimeringsarbete. Det är också denna idé som i ljuset av den omfattande kritiken tydligast har förlorat sin lyskraft, medan de övriga fortsätter att forma hälso- och sjukvårdens reformer. Detta innebär dock inte att marknadsidéer generellt har minskat i betydelse, utan snarare att de numera tar sig andra uttryck.

Även om starka idéer har kommit att forma NKS-projektet, dess berättelse och vad som har uppfattats som legitimt och möjligt att göra i projektarbetet, har idéerna inte burits fram av sig själva. För att förstå hur de har förts in i projektet, översatts och stött på motstånd måste vi också undersöka de olika aktörer som har varit betydelsefulla i beslutsprocessen. Dessa blir ämnet för bokens nästa del.

DEL III

AKTÖRERNA

10. Politikerna: konflikt eller samarbete?

Torbjörn Larsson & Göran Sundström

INLEDNING

Tillkomsten av Nya Karolinska Solna (NKS) har granskats och debatterats flitigt i olika medier under senare år. Som framkommit i tidigare kapitel i denna bok har diskussionerna inte bara gällt själva bygget – och då särskilt finansieringen – utan även hur sjukhuset har planerats i ett större regionalt perspektiv och hur sjukhusledningen har agerat i samband med att den införde en ny verksamhetsmodell i sjukhuset.

Även om denna kritiska diskussion har varit omfattande och ihärdig, och även om NKS-projektet har kostat skattebetalarna mycket pengar och påverkat många patienter och medarbetare inom Stockholms sjukvården, kan det konstateras att kritiken kom väldigt sent i processen. I medierna tog den inte fart på allvar förrän 2015 (se kap. 14), och då var NKS i princip redan på plats. Hur kommer det sig?

En del av svaret på den frågan står att finna på politisk nivå, i relationen mellan den styrande sidan och oppositionen. Man kan tycka att raden av viktiga beslut borde ha gett oppositionen goda möjligheter att redan på ett tidigt stadium kritisera styret för till exempel resursslöseri, svek, oklarheter om vem som har ansvarat för vad och långtgående sekretess som har inverkat menligt på demokratin. I en demokrati är det meningen att oppositionen ska fungera och agera som kontrollant av den regerande sidan. Kontrollen ska inriktas dels på lämpligheten i den politik som drivs igenom, dels på om styret håller sig inom det konstitutionella regelverket. Oppositionens kritik ska också nå väljarna så att de på ett informerat sätt kan utkräva ansvar nästa gång de står vid valurnorna.

Processen som ledde fram till byggandet av NKS kännetecknades dock länge av stort samförstånd mellan så gott som samtliga politiska partier, och när det senare uppstod svåra konflikter mellan de båda poli-

tiska blocken avseende finansieringen av NKS-bygget kunde även dessa till slut lösas i bästa samförstånd. Hur kan vi förstå detta stora samförstånd? Vad hade egentligen den politiska dialogen och diskussionerna mellan de politiska partierna och de båda blocken bidragit med för att demokratiskt förankra och kvalitetssäkra besluten bakom NKS, sett ur väljarnas (tillika skattebetalarnas) perspektiv?

I detta kapitel förklaras händelseutvecklingen 1998–2010, då de viktigaste politiska besluten fattades, utifrån demokratiteoretiska resonemang om konflikt och samarbete i relationen mellan styrande och opposition. Argumentet som drivs är att oppositionens och den styrande sidans handlande i betydande utsträckning kan förstås utifrån den typ av demokratiskt system som Region Stockholm hade utvecklat vid denna tidpunkt. Systemet kan sägas ha utgjorts av en blandning av två idealtypiska demokratiska modeller: dels en parlamentarisk och mer konfliktfylld modell, dels en mer samarbetsinriktad modell. Denna blandning fanns på både ett organisatoriskt och kulturellt plan och medförde att oppositionen och den styrande sidan kom att använda sig av konfliktstrategier vid vissa beslut och samarbetsstrategier vid andra. Det var dock inte alltid som strategivalen sammanföll, utan vid vissa beslut använde sig den ena parten av konfliktstrategin medan den andra tillgrip samarbetsstrategin. Detta skapade osäkerhet och instabilitet, som varken gagnade demokratin eller effektiviteten. Informationen till väljarna begränsades, ansvarsutkrävandet blev oklart och den kritiska granskningen av beslutsunderlagen föll mellan stolarna.

I det följande diskuteras inledningsvis olika strategier som styrande och opposition kan använda sig av gentemot varandra i ett demokratiskt system. Diskussionen, som tar sikte på begreppsparet konflikt/samarbete, utmynnar i en matris som beskriver fyra olika situationer som kan uppstå i hur styrande och opposition väljer att agera gentemot den andra parten. Därefter diskuteras, med hjälp av matrisen, olika beslut som fattades under åren 1998–2010 och där styrande och opposition använde sig av de olika strategierna. Kapitlet avslutas med en konkluderande diskussion.

RELATIONEN MELLAN STYRANDE
OCH OPPOSITION

Vår tids demokrati utspelar sig i hög grad genom de politiska partiernas konkurrens och inbördes kamp om makt och inflytande. Detta påverkar i sin tur medborgarnas kunskap om hur politiska beslut fattas och vilka möjligheter de har att delta i och påverka den politik som bedrivs. Väljarnas möjligheter att påverka politiken handlar både om att kunna utkräva ansvar av de styrande – vilket i sin tur kräver kännedom om vem som har deltagit i beslutsfattandet och vilka beslut som har fattats – och om att få information och kunskap om var partierna står i olika frågor.

Förhållandet mellan den styrande sidan och oppositionen spelar här en viktig roll. Om relationen präglas av konflikt ges helt andra förutsättningar än om den präglas av samarbete. *Konflikt* som strategi mellan partier är mest förenligt med den parlamentariska demokratimodellen. Här koncentreras makten till en styrande exekutiv med starkt stöd i den folkvalda församlingen (Dahl 2002; Held 1997). Denna modell inkluderar också en stark och tydlig opposition. Idealet är ett tvåpartisystem, där oppositionens roll i huvudsak är att ifrågasätta och kritisera, vilket kan leda till exekutivens avgång och oppositionens maktövertagande. Kompromisser och reella diskussioner som ska leda till samsyn mellan majoriteten och oppositionen är främst förbehållna krisartade situationer.

Styrkan med denna konfliktorienterade modell är att den styrande sidans politik kan genomföras tämligen snabbt och att det blir tydligt vem som styr och därmed är ansvarig för fattade beslut. En annan styrka är att den förda politiken noga nagelfars av oppositionen och att frågorna därmed kan bli allsidigt belysta. Och om konflikterna når medierna blir också allmänheten bättre informerad. Att gå i konflikt ger därigenom också partierna möjlighet till profilering och opinionsbildning, vilket på sikt kan leda till ökade väljarsympatier. Nackdelen med modellen är att de som inte delar majoritetens värderingar inte får något gehör för sina åsikter. Mindre partier kan sitta i årtal i beslutsförsamlingarna utan att få något som helst inflytande över de beslut som fattas. I värsta fall kan majoritetens dominans leda till att minoriteter förtrycks.

I praktiken avviker parlamentariska statsskick ofta från denna idealbild. Inte sällan blir regeringens makt svagare än vad idealet föreskriver (Johnson 1993). Storbritannien ligger tämligen nära idealet medan

Sverige, som brukar karakteriseras som ett parlamentariskt system på nationell nivå, ofta har styrts av minoritetsregeringar och, på senare tid, dessutom ofta av koalitioner. Denna svagare form av parlamentarism brukar kallas för minoritetsparlamentarism.

I stället för konflikt kan relationen mellan den styrande sidan och oppositionen präglas av *samarbete*. Fördelen med ett konsensusorienterat system är att flera samhällsintressen får sina behov tillgodosedda, det vill säga att en mindre del av medborgarna än i ett parlamentariskt system hamnar i renodlad opposition och utan reella möjligheter till inflytande (Lijphart 1984, 2012). Det blir därmed också svårare att förtrycka minoriteter. Nackdelen är att den styrande exekutiven i praktiken omfattar både majoritet och opposition, vilket kan göra det svårt att se vem som har beslutat om vad och att utkräva ansvar när något går fel. Frågor riskerar också att bli mindre diskuterade och genomlysta när alla (viktiga) partier sitter tillsammans vid maktens köttgrytor (Mouffe 2005; Weiler 1993). Allmänheten riskerar att få mer begränsad och/eller mer tillrättalagd information om pågående reformer och utvecklingsarbeten.

Nederländerna var tidigare den främsta representanten för denna samarbetsmodell. Där tillämpades en ordning där de partier som företrädde de viktigaste befolkningsgrupperna alltid garanterades platser i regeringen och andra viktiga institutioner. Styret i svenska regioner och kommuner har också, genom att oppositionen ofta bereds plats i samtliga nämnder, många likheter med denna modell, även om riksdag och regering under många år har försökt att förändra regelverket i riktning mot mer av parlamentarism (se kap. 2). En annan omständighet som verkar för samarbete på kommunal nivå är att många frågor är mycket konkreta (och därmed ofta mindre ideologiska). Inte sällan känner också partier på kommunal nivå ett behov att hålla ihop för att kunna hävda sig gentemot centralmakten.

Sammanfattningsvis är det ett återkommande problem för partierna om de ska söka konflikt eller samarbete i relation till de politiska motståndarna i olika frågor. För oppositionen handlar det om en avvägning mellan å ena sidan att via diskussioner och kompromisser kunna påverka den politik som bedrivs av det parti, eller de partier, som för tillfället har makten (samarbete) och å andra sidan att via kompromisslös kritik och med hjälp av opinionen försöka tvinga bort de styrande för att själv kunna överta makten (konflikt).

För den styrande sidan handlar det om avvägningen mellan å ena sidan att släppa in oppositionen i beredningen av politiken för att öka möjligheterna att få igenom de viktigaste delarna av sin politik, och samtidigt göra oppositionen medansvarig och därigenom även minska risken för uppsplitande mediala debatter (samarbete), och å andra sidan att hålla oppositionen utanför beredningen av politiken för att få igenom större delar av sin egen politik (konflikt), men med risken att förlora omröstningar i den beslutande församlingen (särskilt vid minoritetsstyre) eller att motståndarna vid ett framtida maktövertagande driver igenom "återställare".

Generellt är det rimligt att anta att partierna är mer beredda att samarbeta när impopulära men nödvändiga beslut ska fattas och när besluten är av långsiktig karaktär och sträcker sig över flera mandatperioder. Till detta kommer också faktorer som hur starkt stöd den styrande majoriteten har i beslutsförsamlingen, i det egna partiet eller partierna och i opinionen samt förväntningar på framtida beslut och kommande val. Av betydelse är också oppositionens styrka och organisering: möter den styrande majoriteten en i huvudsak enig och samlad opposition eller är den splittrad på flera politiska partier som drar åt olika håll? Hur långt ifrån den politiska mittpunkten ett visst parti befinner sig spelar också roll. Partier med mer extrema åsikter har vanligtvis svårare både att nå regeringsmakten och att påverka den politik som bedrivs. Man kan därför förvänta sig att partier på ytterkanterna bedriver en mer högljudd oppositionspolitik och tydligare och oftare invänder mot de styrandes politik (Dahl 1966).

När det gäller Stockholm läns landsting (SLL) bestod fullmäktige 1998–2010 av sex till åtta partier indelade i två informella block efter den ideologiska dimensionen vänster–höger. Inom vänsterblocket dominerade Socialdemokraterna, som vanligtvis fick fler platser än Miljöpartiet och Vänsterpartiet tillsammans, och i det borgerliga blocket hade Moderaterna genomgående fler platser än övriga borgerliga partier tillsammans. Schematiskt kan man därför säga att två politiska block stod mot varandra, där varje block dominerades av ett parti. Noterbart är också att SLL under denna period var känt för sina starka konflikter mellan vänster- och högerblocken. Till skillnad från flertalet andra regioner nåddes politiska överenskommelser av betydelse sällan över blockgränsen. Maktskiften ägde rum vid varje val under perioden från

1990-talets början till och med 2010 års val, vilket möjligen bidrog till den konfrontativa miljön.

I tabell 10.1 sammanfattas i renodlad form de olika strategier som den styrande sidan och oppositionen kan använda sig av i termer av konflikt och samarbete. En korstabulering av de båda aktörernas strategier medför fyra möjliga utfall.

Styrets strategier	Oppositionens strategier	
	Samarbete	Konflikt
Samarbete	1	2
Konflikt	3	4

Tabell 10.1: Fyra olika utfall avseende styrets och oppositionens strategier gentemot varandra.

I rutorna 1 och 4 föreligger det kompatibilitet mellan den styrande sidan och oppositionen, det vill säga det finns någon form av överensstämmelse om hur man ska förhålla sig till varandra i det rådande systemet – konflikt eller samarbete. Rutorna 2 och 3 representerar i stället mer oklara situationer, där den ena parten agerar för samförstånd medan den andra söker konflikt. Med hjälp av dessa fyra renodlade utfall vill vi tydliggöra och skapa förståelse för en del av de problem som var förknippade med den politiska beslutsprocess som ledde fram till byggandet av NKS.

DET POLITISKA SPELET BAKOM TILLKOMSTEN AV NKS

I det följande redogörs för ett antal skeenden i den beslutsprocess som ledde fram till skapandet av NKS. Dessa handlar om hur politikerna – de styrande och oppositionen – agerade mot varandra, och de analyseras i termer av de fyra utfall som visas i tabellen ovan. Redan här kan dock konstateras att vi inte har kunnat hitta några avgörande beslutssituationer där den styrande sidan sökte samarbete men oppositionen avstod från att samarbeta (ruta 2). NKS-fallet rymmer dock gott om exempel som kan sorteras in i övriga tre situationer.

Samarbetande styrelse och opposition

Denna typ av relation mellan den styrande sidan och oppositionen (ruta 1 i tabell 10.1) är vad man kan förvänta sig i ett konsensusssystem. Fördelen är att stora delar av väljarkåren, och därmed deras preferenser, blir företrädade när gemensamma beslut fattas. Däremot kan den kritiska granskningen bli lidande, vilket ger minskad insyn för medborgarna och möjligen sämre kvalitet på besluten. Ett annat problem kan vara att kompromissandet i sig överordnas allt annat, på bekostnad av ideologiska frågor och resultat i form av lösta samhällsproblem. Ansvarsutkrävandet riskerar också att försvåras: vem ska väljarna rösta på om de är missnöjda med politiken, om alla partier gemensamt fattar besluten?

Inledningsvis präglades NKS-processen av stort samförstånd. Politiska beslut föregås vanligtvis av en dagordningssättande fas och en initieringsfas, som till stora delar är av informell karaktär och ofta inte medger någon insyn för medborgarna. När det gäller NKS nådde diskussionerna ut till offentligheten först när dåvarande gruppledaren för Moderaterna, Ralph Lédel, 2001 i ett brev till landstingsstyrelsen begärde att en utredning skulle tillsättas om det dåvarande sjukhusets framtid.

Brevet som Lédel skickade till landstingsstyrelsen var i praktiken ett brev ställt till honom själv, eftersom han vid denna tidpunkt var finanslandstingsråd och därmed ordförande i landstingsstyrelsen. I brevet lämnades tydliga anvisningar om inte bara vilka problem som skulle behandlas utan också hur arbetet skulle läggas upp och organiseras (Larsson & Sundström 2020, s. 23). Landstingsstyrelsen tycks inte ha haft några invändningar mot att tillsätta utredningen och instämde även i Lédel's förslag till utformning och organisering av den. Den politiska oppositionen verkar inte heller ha haft några invändningar. Tvärtom tycks stor enighet om behovet av att bygga ett nytt sjukhus, i stället för att renovera det gamla, ha nåtts tidigt i beslutsprocessen. Denna enighet omfattade också idén om att det nya sjukhuset skulle ha en annan inriktning än det gamla, ha mer begränsad akutvård och större fokus på forskning och ovanliga sjukdomar. Neddragningen av den traditionella sjukvården skulle kompenseras genom ökade satsningar på andra sjukvårdsenheter i regionen (se kap. 4).

Till saken hör att Lédel, till en början, var väl medveten om att inte alla delade hans uppfattning om behovet av att bygga ett nytt sjukhus. Tvärtom gav han uttryck för åsikten att många verkade vara emot för-

slaget och att dessa kritiker i stället förordade en renovering av det befintliga sjukhuset (Larsson & Sundström 2020, s. 25–26). Till detta ska också läggas att det bara var knappt ett år kvar till valet och att det fanns tydliga indikationer på att det borgerliga styret skulle förlora makten. Lédél var därför angelägen om att snabbt få igång beslutsprocessen i en riktning som var i linje med hans uppfattning om hur problemet med Karolinska skulle lösas. Det ligger nära till hands att anta att han ville starta en process som eventuellt nya makthavare skulle få svårt att stoppa eller förändra. Därför tog han, i god tid innan han skickade sitt brev till styrelsen, kontakt med Socialdemokraternas gruppledare för att förankra sina idéer om att bygga ett nytt sjukhus (ibid.). Förslaget kom därför knappast som en överraskning för Socialdemokraterna. Det verkar alltså som om åtminstone delar av den politiska oppositionen ganska tidigt var med i båten, om än inte drivande i frågan, om att bygga ett nytt sjukhus. Frågan dök därmed heller inte upp i valrörelsen 2002.

SNUS-utredningen, som tillsattes på Lédéls initiativ, och som presenterade sin rapport strax efter valet 2002, kom fram till att det i princip skulle bli nästan lika dyrt att renovera det befintliga sjukhuset som att bygga nytt, och dessutom att stora praktiska problem skulle uppstå om man försökte renovera sjukhuset samtidigt som vård bedrevs där, om än i reducerad omfattning. Utredningen föreslog därför byggandet av ett nytt sjukhus. Det ska dock noteras att det fanns en alternativ utredning, genomförd av Locum på initiativ av Karolinska universitetssjukhusets (KS) ledning, som hade dragit motsatt slutsats, det vill säga en rekommendation om att renovera, inte bygga nytt. Denna utredning tonades dock ner inom förvaltningen och av SNUS och dess förslag kom därför inte att uppmärksammas av ledande politiker (Johannesson & Qvist 2019, s. 20; Larsson & Sundström 2020, s. 25–26).

Konstaterandet att det gick att bygga ett nytt sjukhus för ungefär samma kostnad som att renovera det gamla blev ett viktigt argument för att komma överens, både inom och mellan partierna. Att bygga nytt framstod som betydligt mer apititligt än att fortsätta att ”lappa och laga”. Samtliga partier ställde sig nu bakom idén om att bygga nytt och någon partipolitisk strid uppstod inte i frågan. Detta innebar också att makt-skiftet 2002 inte kom att innebära något brott i händelseutvecklingen. Det nya styret, med Socialdemokraterna i spetsen, tillsatte i stället en ny utredning, kallad 3S, för att klargöra vilka krav som skulle komma att

ställas på övriga sjukvårdsinrättningar i Stockholm om ett nytt sjukhus byggdes med färre vårdplatser och lägre kapacitet för vård av vanliga sjukdomar. Senare, hösten 2005, initierade också styrelsen en arkitekt-tävling för det nya sjukhuset (se kap. 6).

Sammantaget kom alltså den tidiga planeringsperioden, från slutet av 1990-talet fram till valet 2006, att präglas av samförstånd mellan de båda politiska blocken. Även vänsterstyret 2002–2006 var angeläget om att driva NKS-projektet framåt, där särskilt Socialdemokraterna verkar ha varit måna om att bevara enigheten över blockgränsen. Priset för detta samförstånd kan dock ha blivit högt, i alla fall för medborgarna. Som vi har sett kan det sättas frågetecken kring om alla argument som fördes fram för det nya sjukhuset verkligen fick adekvat genomlysning. Hur självklart var det att bygga nytt i stället för att reparera det gamla sjukhuset? Hur såg argumenten ut i den alternativa utredning som tillsattes av KS styrelse och som förordade upprustning? Var det verkligen så självklart bra att det nya sjukhuset skulle bli så litet och så högspecialiserat? Fanns det kapacitet bland övriga sjukinrättningar i Stockholm att ta emot alla patienter som behövde omdirigeras från KS när det nu skulle minska sin kapacitet? Och var det alls bra att sjukvården specialiserades på det sätt som tillskyndarna för NKS förordade?

Alla dessa frågor var synnerligen viktiga och rymde, skulle det senare visa sig, ett stort antal och vitt skilda ståndpunkter. Men i dessa tidiga skeenden ventilerades inte dessa ståndpunkter. Den styrande majoriteten och oppositionen tycks ha varit mer angelägna om att komma överens i det tysta och föra processen framåt än att ordentligt skärskåda olika argument, föra fram olika ståndpunkter i ljuset och synliggöra dem för medborgarna.

Konfliktorienterad styrelse och opposition

Denna situation (ruta 4 i tabell 10.1), där alltså både styrande och opposition använder sig av konfliktstrategin, är att förvänta i ett renodlat parlamentariskt system med två dominerande partier. Fördelen är att oppositionen genomför ordentliga och kritiska granskningar av i stort sett alla frågor och beslut. Medborgare blir informerade, ansvarsfördelningen blir tydlig och oppositionen blir ett reellt alternativ för väljarna att rösta på om de är missnöjda med den förda politiken. Risken är att det blir för många konflikter och att frågor politiseras som inte är sär-

skilt kontroversiella. Och om maktskiftet är vanliga kan det bli svårt att hantera frågor som kräver långsiktighet och uthållighet i beslutsfattandet. Eftersom oppositionen hålls på avstånd från beslutsprocesserna ökar risken för "återställare" efter maktskiftet. I en sådan situation riskerar båda parter att bli förlorare: ständiga omläggningar av politiken leder till att inget parti får igenom sin politik på lite längre sikt och de förtroendevalda tappar väljarnas förtroende.

De processer som ledde fram till lösningen med offentlig-privat samverkan (OPS) passar in i detta mönster. Knappt hade det formella, och i stort sett enhälliga, beslutet om att bygga det nya sjukhuset fattats i april 2008 innan ett andra beslut skulle fattas om hur byggandet och driften av det nya sjukhuset skulle finansieras. Tonläget blev nu ett annat. I huvudsak stod två alternativ mot varandra. Det ena innebar att landstinget, som brukligt, skulle låna upp de pengar som krävdes och sedan stå för driften och ägandet av det nya sjukhuset. Det andra alternativet innebar att man genom ett anbudsförfarande skulle låta finansierare tävla om att få bygga och underhålla sjukhuset. Denna lösning var OPS och innebar att privata intressen övertog en stor del av risktagandet för finansieringen av byggandet av sjukhuset samt underhållet under många år efter färdigställandet. Det som uppfattades som fördelen med OPS var att man i förväg skulle kunna fastställa hur stor kostnaden skulle bli samt tidsramen för när sjukhuset skulle stå klart. Detta till skillnad mot tidigare, när offentliga upphandlingar i landstingets egen regi nästan aldrig höll de beslutade ekonomiska eller tidsmässiga ramarna. En OPS-lösning skulle dock innebära högre räntekostnader för landstinget jämfört med att sköta upphandlingen och driften i egen regi; dessutom fanns det nästan inga tidigare erfarenheter av denna metod (se kap. 9).

Frågan om traditionell upphandling eller OPS hade funnits med redan i direktiven till SNU-utredningen och hade sedan dess varit med i diskussionen. Motståndet mot OPS var dock starkt på flera håll, bland annat beroende på den bristande inhemska erfarenheten av denna typ av finansiering. Men de borgerliga partierna, inte minst Moderaterna och Folkpartiet (nuvarande Liberalerna), hade en ideologisk preferens för starkare inslag av marknad och privatföretags medverkan i offentlig verksamhet och såg därför till att OPS-frågan låg kvar på agendan fram till valet 2006 (Junker & Yngfalk 2019).

När det formella beslutet om att bygga NKS skulle fattas våren 2008 tycks partierna ha varit överens om att beslutet skulle tas vid två tillfällen: först ett beslut att bygga ett nytt sjukhus (i april 2008) och därefter (i juni 2008) ett andra beslut om hur det hela skulle finansieras. Detta indikerar att de båda blocken förstod att beslutet om finansieringen skulle bli problematiskt. Och mycket riktigt blev det så.

Vänsterblocket ansåg att en uppgörelse om att inte använda OPS-konstruktionen hade ingåtts mellan blocken. Det borgerliga blocket menade dock att diskussionerna mer hade varit av sonderande karaktär. Båda sidorna anklagade nu varandra för svek, dåligt ledarskap och löftesbrott – enligt oppositionen var alla broar härmed brända och allt förtroende mellan blocken förbrukat. Det borgerliga styret drev ändå igenom OPS-lösningen i beslutet i juni 2008. Men konflikten bestod. Oppositionen reserverade sig och svarade med att lova riva upp upphandlingsbeslutet om de vann nästa val (Larsson & Sundström 2020, s. 40; Junker & Yngfalk 2019, s. 17–18).

Hur kan vi förstå denna tvära omsvängning från samarbete till konflikt? Två saker hade hänt. För det första hade de borgerliga partierna fått en klar majoritet vid valet 2006, vilket skapade en möjlighet för dem att driva sin egen politik utan att behöva ta hänsyn till oppositionen. I och med detta hade NKS-frågan hamnat i den vanliga ideologiska konfliktfällan, vänster mot höger, i SLL. Det kan knappast ha kommit som en överraskning för de borgerliga att vänsterblocket skulle avvisa en OPS-lösning, med tanke på hur utredningsarbetet och diskussionerna tidigare hade förts. Det kan dock inte heller ha varit helt överraskande för vänsterblocket att de borgerliga skulle driva en OPS-lösning om de fick chansen – möjligen missbedömde vänsterblocket hur kraftfullt de borgerliga var beredda att agera för att få igenom sin favoritlösning.

Det andra som hade hänt var att det borgerliga styret hade organiserat om hela hanteringen av NKS-frågan. Omorganiseringen syftade till att skapa ökad kraft att driva NKS-projektet framåt i allmänhet och OPS-lösningen i synnerhet (Junker & Yngfalk 2019; se kap. 11). Det ska i det sammanhanget noteras att kritiken mot OPS inte bara kom från oppositionen, utan även stora delar av förvaltningen ställde sig tveksamma (se kap. 11). Dessutom hade den borgerliga Alliansen på central nivå, med finansminister Anders Borg (M) i spetsen, uttryckt sig kritiskt kring OPS (Larsson & Sundström 2020, s. 37). Det är i detta skede

som det borgerliga styret inrättar en ny förvaltningsenhet – NKS-förvaltningen – som geografiskt placerades långt ifrån övrig förvaltning, och under ett nytt politiskt sammansatt organ, FoUU-utskottet (forsknings-, utbildnings- och utvecklingsutskottet). Detta utskott var ett beredande organ åt landstingsstyrelsen. Avsikten var att skapa en struktur som ledde till en tydligare politisk ledning av beredningsarbetet och som också borde leda till större åsiktshomogenitet bland de närmast beredande tjänstepersonerna och det ökande antalet deltagande konsulter (Junker & Yngfalk 2019, s. 18). Rimligtvis var en konsekvens av denna nyordning också att oppositionens insyn i beredningsprocessen minskade, även om samtliga oppositionspartier hade säte i utskottet, Miljöpartiet dock endast som suppleant.

Sammantaget kom beslutet i juni 2008 att använda OPS för NKS att präglas av omfattande stridigheter. Båda blocken tillgrip konfliktstrategin och tonläget blev högt. Det borgerliga styret vidtog olika åtgärder som syftade till att hålla kritikerna inom både oppositionspartierna och förvaltningen på avstånd från beslutsprocesserna. Genom att stänga ute de kritiska rösterna kunde beslutet att använda en OPS-lösning drivas igenom tämligen raskt. Priset kan dock ha blivit högt. Det höga tempot och de slutna beredningsprocesserna medförde att OPS-lösningen drevs igenom utan grundligare analyser och diskussioner (Junker & Yngfalk 2019; Yngfalk & Junker 2019). Det fanns därmed en uppenbar risk att OPS-lösningen inte skulle hålla måttet när den prövades i praktiken.

Konfliktinriktad styrelse och samarbetande opposition

Denna typ av relation (ruta 3 i tabell 10.1), innebär att den styrande sidan använder sitt övertag för att hålla oppositionen på avstånd och se till att den får begränsat inflytande över besluten samtidigt som oppositionen vill samarbeta och söka kompromisser för att kunna påverka. Ett problem med denna konstruktion är att oppositionen riskerar att hamna i ett alltför stort underläge gentemot de styrande. Den styrande sidan släpper endast motvilligt in oppositionen, och i den mån den låter oppositionen delta ser den till att dess inflytande begränsas. På så sätt kan den styrande sidan behålla stark kontroll över besluten samtidigt som den kan hävda att oppositionen har deltagit i besluten och att den därför kan hållas medansvarig. I sin iver att försöka delta och påverka kan oppositionen också komma att nedprioritera sin kritiskt granskan-

de uppgift, vilket gör att den styrande sidan slipper uppsplitande konflikter som riskerar att hamna i medierna.

Frågan är om inte denna situation är mest problematisk för såväl demokrati som effektivitet. För oppositionen är den särskilt besvärlig: litet inflytande på den förda politiken, stor risk för att hållas medansvarig för dåliga beslut, svag genomlysning av den styrande sidans förslag och litet opinionsmässigt genomslag. Denna situation tycks dock ha varit ganska vanlig inom SLL under den studerade perioden. Detta sammanhänger med att oppositionen alltid har platser i nämnder och styrelser som både lockar, och i praktiken tvingar, oppositionen att delta i alla beslutsprocesser – även sådana som är svåra att påverka och där den styrande sidan agerar för att förhindra att oppositionen får inflytande.

I fallet med NKS följer det så kallade tilldelningsbeslutet 2010 detta mönster. Efter beslutet att använda en OPS-lösning hade den efterföljande upphandlingsprocessen inte riktigt gått som det borgerliga styret hoppats på. Visserligen hade processen börjat lovande. Vänsterblockets tal i samband med OPS-beslutet i juni 2008 om att det borgerliga styret hade bränt alla broar och att allt förtroende nu var förbrukat, tycktes snabbt ha glömts bort. I alla fall sköts missämjan åt sidan när det borgerliga styret ett halvår senare bjöd in världens finansiärer och byggbolag till möte på Arlanda. För trots det stora rabaldret och de kraftiga protesterna mot upplägget med OPS ställde Socialdemokraterna upp på detta möte. Deras medverkan syftade till att visa upp politisk enighet, vilket förhoppningsvis skulle leda till ett stärkt förtroende för NKS-projektet och den beslutade finansieringsmodellen, vilket i sin tur skulle öka intresset hos finansiärer och byggherrar att delta i budgivningen om att bygga NKS. Det något paradoxala inträffade således att företrädare för den opposition som hade körts över i fullmäktige bara några månader tidigare kom till Arlanda (dock inte alla, t.ex. uteblev gruppledaren för Vänsterpartiet) för att ge intryck av politisk enighet och samförstånd (Larsson & Sundström 2020, s. 40–41). Således ett typexempel på där de styrande låter oppositionen delta när det passar dem och där oppositionens inflytande är svagt.

Ett viktigt element i OPS-upphandlingen var också att den skulle genomföras under konkurrens. Det borgerliga styret hade i samband med beslutet i juni 2008 att använda en OPS-lösning utsagt att en traditionell upphandlingsmodell skulle användas om inte nödvändig konkur-

rens uppnåddes; det talades om att minst tre anbud behövde inkomma (Yngfalk & Junker 2019, s. 26–28). Situationen blev därför besvärlig när bara ett bud kom in, från Skanska/Innisfree – ett bud som dessutom låg högre än det som satts som riktmärke för vad som var acceptabelt. Trots detta valde den borgerliga majoriteten att gå vidare med upphandlingen. Genom olika argument och beräkningar försökte den övertyga kritikerna om att konkurrens hade förelegat, trots att alltså bara ett anbud hade inkommit (Yngfalk & Junker 2019; se kap. 9).

I den fortsatta upphandlingsprocessen med Skanska/Innisfree inbjöds oppositionen att delta. Och trots att den var fortsatt kritisk, och ansåg att det borgerliga styret och NKS-förvaltningen mest ägnade sig åt illusionsnummer i sina försök att hävda att konkurrens hade förelegat, så spelade oppositionen återigen med. Men i praktiken blev oppositionens deltagande återigen begränsat. Processen belades nämligen med långtgående sekretesskrav, vilket ledde till problem med att förstå de underlag som förmedlades. En stor del av de viktigaste handlingarna från Skanska/Innisfree fick till exempel inte lämna det rum där de förvarades, och de fåtal politiker som fick tillgång till de hemligstämplade handlingarna fick inte berätta om innehållet för utomstående. Detta innebar att oppositionens företrädare inte, som brukligt, fick ta med sig dokument eller berätta om innehållet för kollegor. Detta försvårade förstås arbetet med att granska och kontrollera tillförlitligheten i underlaget och kritiskt diskutera dess innehåll, särskilt som underlaget var omfattande och detaljerat. Även här fanns således ett tydligt exempel på hur den styrande sidan lyckades driva processen framåt och i princip få igenom hela sin vilja, samtidigt som den lyckades få med oppositionen i beredningen – som på så sätt skänkte legitimitet åt processen – utan att ge oppositionen reella möjligheter att påverka.

Dragkampen om OPS-lösningen var emellertid inte över med detta. Socialdemokraterna höll fast vid löftet att riva upp beslutet om att sluta ett OPS-avtal med Skanska/Innisfree om de vann nästa val – ett val som nu närmade sig snabbt. Den 4 maj 2010, knappt ett halvår före valet, drabbade de båda blocken samman. Den borgerliga majoriteten föreslog, efter godkännande av såväl FoUU-utskottet som landstingsstyrelsen, fullmäktige att ge Skanska/Innisfree uppdraget att bygga det nya sjukhuset till en kostnad av 14,5 miljarder kronor. Oppositionen, som fram till nu hade varit helt avvisande, intog nu en ny position. Den reste inga

krav på att helt avbryta processen. I stället gav den sig på kostnadsberäkningarna för det nya sjukhuset, som man menade var för låga. Oppositionen hävdade att kostnaderna skulle bli väsentligt högre, 21 miljarder. Mot den bakgrunden ville oppositionen skjuta upp beslutet och inleda diskussioner med det borgerliga styret om kostnaderna för sjukhuset.

Att oppositionen nu plötsligt intog denna mer samarbetsinriktade strategi förklaras av att Socialdemokraterna en kort tid före omröstningen i fullmäktige hade bytt gruppleddare. Den nye gruppleddaren, Ilija Batljan, hade en annan syn på hur frågan om NKS skulle hanteras. Han ansåg att slaget om OPS, och vilket företag som skulle få bygga och driva NKS, var förlorat. För oppositionens del handlade det nu därför om att påverka prislappen, och här tyckte sig den nye gruppleddaren ha hittat svagheter i det borgerliga styrets kalkyler. Han fokuserade kritiken på detta och fick snart med sig övriga delar av oppositionen.

Oppositionen drev nu således en annan argumentation som gick ut på att den kunde acceptera Skanska/Innisfree som byggherre om finansieringen fick en annan uppläggning, där landstinget genom ett förskott återtog en stor del av den finansiella risken. Detta skulle leda till betydande kostnadssänkningar för landstinget. Batljan lyckades dock inte få med sig det borgerliga styret på att ändra upplägget av affären. Det var naturligtvis svårt för de borgerliga att vid sittande bord gå med på ett förslag från oppositionen som i praktiken visade att borgarnas förslag – som under lång tid hade stötts och blötts i landstingsförvaltningen och i olika politiska instanser – var så illa beräknat att en nyinkommen fullmäktigeledamot på bara någon månad genom ett annat upplägg kunde spara flera miljarder kronor. De borgerliga stod således fast vid sitt förslag, och röstade igenom det med siffrorna 75 mot 55.

Batljan fortsatte dock att bearbeta det borgerliga styret, och till slut, bara fyra dagar efter det första beslutet, den 8 maj 2010, lyckades han få med sig den borgerliga majoriteten på en reviderad finansiering som även övriga oppositionspartier avstod från att rösta emot. Miljöpartiet och Vänsterpartiet avgav visserligen en röstförklaring om fortsatt motstånd till OPS-lösningen, men eftersom den reviderade finansieringsplanen innebar en väsentligt minskad kostnad för landstingets skattebetalare ville de inte motsätta sig det nya finansieringsbeslutet. Således hade det stora samförståndet uppstått igen, och ledarna för de två största partierna – Moderaterna och Socialdemokraterna – gick bokstavligen

i armkrok ut tillsammans efter det extra fullmäktigesammanträde som bekräftade uppgörelsen (Larsson & Sundström 2020, s. 47). NKS och dess finansiering blev inte heller en fråga i valrörelsen hösten 2010. Det borgerliga blocket vann stort och för första gången på länge var segraren samma block som under förgående period.

Sammantaget präglades perioden 2008–2010 av ett borgerligt styre som drev NKS-projektet, och då särskilt OPS-lösningen och processen bakom tilldelningsbeslutet, framåt i högsta fart. Utredningar och beredningar ägde rum avskärmat och leddes av en mindre krets av tjänstepersoner och politiker. Avståndet mellan politik och förvaltning krympte. Oppositionen hölls på avstånd. Även om den ställde upp på möten, i utskott och informella förhandlingar hade den små möjligheter att påverka de större och avgörande besluten. Dess deltagande gav samtidigt besluten legitimitet. Och eftersom diskussionerna fördes informellt och bakom lyckta dörrar, och eftersom stora delar av beslutsunderlagen var försedda med sekretess nådde inte diskussionerna medierna. Medborgarna förblev därmed ovetande om händelseutvecklingen och de handlingsalternativ som stod till buds. Och även om oppositionen bara påverkade händelseutvecklingen marginellt blev den i hög grad medansvarig. Det blev tydligt när journalister så småningom började gräva i frågan och när kritiska frågor om vad som egentligen hade hänt började ställas. Enigheten var då som bortblåst. Ingen ville plötsligt veta av OPS-lösningen och partierna började skylla på varandra om vem och vilka som hade ansvaret för det som hade hänt, hur väl genomtänkt det hade varit och vems fel det i slutändan var.

AVSLUTANDE DISKUSSION

Ett utmärkande drag för det politiska systemet i SLL under den period som här avhandlas är dess strukturella instabilitet. Det kommunala politiska systemet i Sverige hade vid denna tidpunkt fortfarande ett regelverk som till stora delar tänktes verka för en kultur av samförstånd och kompromisser. Samtidigt fanns det en utpräglad konfliktorienterad kultur inom Stockholms läns landsting, en kultur som möjligen hade stärkts genom de försiktiga steg som tagits på central nivå i försöken att föra kommunalpolitiken i riktning mot ett parlamentariskt system.

SLL kan således säga ha präglats av dubbla demokratisystem: det

parlamentariska, mer konfliktorienterade och ett mer samarbetsorienterat. Det är förvisso vanligt att statsskick innehåller element av olika typer av ideala system. I praktiken har de dock ofta en klar tyngdpunkt mot en av idealmodellerna, vilket ger stadga åt systemet. Men i SLL tycks de båda systemen ha förekommit samtidigt, utan att någotdera dominerade. Man skulle kanske kunna tro att genom att tillämpa två demokratiska idealmodeller samtidigt skulle resultatet bli mer demokrati – men i detta fall blev inte ett plus ett tre, utan snarare ett.

Ett grundproblem i fallet med NKS är att det rörde sig om ett megaprojekt; det handlade om en fråga som var utsträckt i tiden och som krävde långsiktiga lösningar, samtidigt som det omfattade mycket pengar och hade stora konsekvenser för många aktörer. Att projektet hade denna storlek innebar att de politiska partierna inledningsvis kände stort tryck att samarbeta och komma överens. Partierna kom också överens till en början, men den konfliktorienterade kulturen gjorde att initiativtagarna inom högerblocket inte riktigt litade på att vänsterblocket skulle driva projektet vidare om de övertog makten. Därför skyndades processen på. Kritiska frågor avfärdades och åtgärder vidtogs för att se till att händelseutvecklingen låstes fast på den stig som hade anträtts. Detta innebar att många av de nackdelar som riskerar att uppträda i ett konsensusorienterat system – att frågor blir mindre diskuterade och genomlysta och att allmänheten får begränsad och tillrättalagd information – fick ett betydande genomslag redan tidigt i NKS-fallet.

När de båda blocken senare rök ihop om OPS-lösningen – och båda tillgrep konfliktstrategin – kände sig det borgerliga styret på nytt nödgat att driva på händelseutvecklingen. Genom att särorganisera NKS-projektet och skapa särskilda förvaltningar och politiska instanser hölls oppositionen och andra kritiker på avstånd. Resultatet blev förvisso handlingskraft, men det höga tempot och de slutna beredningsprocesserna medförde att OPS-lösningen drevs igenom utan grundligare analyser och diskussioner. Återigen fick systemets (denna gång det parlamentariska) nackdelar stort genomslag.

När sedan det borgerliga styret på ett ganska graverande sätt – och utifrån en tydlig konfliktstrategi – försökte trumfa igenom OPS-lösningen 2010, och besluta om tilldelning trots att det bara hade inkommit ett anbud, blev det tydligt vad detta megaprojekts långa utsträckning i tiden hade för betydelse. För även om oppositionen länge hotade

med att dra tillbaka hela processen, och starta om från början med en traditionell upphandlingsmodell, så var projektet nu så pass långt gånget och så många investeringar gjorda att det upplevdes som omöjligt att stoppa projektet. Att oppositionspartierna själva hade suttit vid makten 2002–2006 och drivit projektet framåt försvårade också möjligheterna att nu blåsa av det hela. Oppositionen valde därför att möta det borgerliga blockets konfliktstrategi med en samarbetsstrategi för att åtminstone få igenom delar av sin vilja. Men priset blev betydande. Frågan försvann från dagordningen och därmed från valdebatterna 2010. De enstaka artiklar i medierapporteringen som tog upp frågan plockades inte upp och ledde varken till ytterligare mediebevakning eller fortsatt debatt. Först flera år senare blommade en mediediskussion upp på nytt om upphandlingen av OPS (se kap. 14), men då var NKS i princip redan på plats.

Noterbart är också att den hypotes som inledningsvis presenterades – att när de politiska partierna är oense leder detta till uppmärksamhet från massmedierna och väljarna får mer allsidig och djuplodande information om det problem som beslutet ska lösa – inte riktigt stämmer i fallet med NKS. Visserligen var massmediernas bevakning inledningsvis i huvudsak okritisk, men det förekom ändå enstaka rapporter om konflikten om OPS och kravet på hemligstämpling vid upphandlingen. Detta ledde dock inte till den opinionsstorm som senare skulle ta fart från 2015. Oenighet mellan de politiska partierna är alltså inte nödvändigtvis tillräckligt för att medierna ska uppmärksamma en fråga. Det som också behövs är ett slags informellt samarbete mellan oppositionen och medierna, och troligen också att frågan kan knytas till aktuella och kännbara – ganska akuta – problem. Det är svårt för medierna att driva en kritisk granskning av megaprojekt som pågår under längre tid om inte oppositionen är beredd att haka på och bygga vidare på kritiken (se vidare kap. 14). En av flera möjliga förklaringar till detta händelseförlopp kan därför vara det särskilda politiska system som hade utvecklats i landstinget, där det i ena stunden var samarbete som gällde och i nästa stund konflikt. Ibland har denna typ av hybrid mellan olika politiska system kallats för kvasi-parlamentarism, en olycklig blandning av flera demokratiska idealmodeller (Bäck m.fl. 2015, s. 209, 308). Blandningen är olycklig för att de svaga sidorna av respektive system ofta får större genomslag än de starka. NKS är ett exempel på detta.

11. Tjänstepersonerna: ett brutet förvaltningskontrakt?

Göran Sundström & Catrin Andersson

INLEDNING

I tidigare kapitel har vi kunnat se hur frågan om Nya Karolinska Solna (NKS) från början, och ganska långt in i beslutsprocessen, präglades av vad vi kallar ”visionär oklarhet”. Det fanns tidigt en politiskt uttryckt vilja att skapa någonting nytt. Denna vilja omfattade inte bara en ny flexibel sjukhusbyggnad, utan också en ny regional (och kanske nationell) sjukvårdsstruktur, nya verksamhets- och arbetsformer, en ”vetenskapsstad” i världsklass samt ett ökat utrymme för marknadskrafterna att verka inom sjukvårdssektorn, tydligast uttryckt i idén om offentlig-privat samverkan (OPS).

Hur allt detta skulle åstadkommas visste dock inte politikerna när visionen tog form under åren kring millennieskiftet. Detaljerna fanns inte på plats. I det avseendet var situationen högst ordinär. När politiker vill åstadkomma större förändringar på ett område brukar de i regel inte ha särskilt detaljerade program och idéer för hur förändringen mer konkret ska gå till. Det närmare genomförandet av (vaga) politiska visioner och program överläts i stället ofta till förvaltningen, som normalt besätts med experter och andra med lång erfarenhet av området i fråga. Politikerna tar alltså hjälp av den expertis som finns i förvaltningen – en expertis som omfattar både sakfrågor (i detta fall inom sjukvården) och procedurfrågor (hur beslut i politiska organisationer bereds och fattas).

Relationen mellan politik och förvaltning kan här liknas vid ett ”förvaltningskontrakt” (Hood & Lodge 2006; Niemann 2013).²⁷ För svensk del innebär kontraktet att politiker förväntas agera med förtroende

27. Här avses inte ett formellt kontrakt, utan i stället handlar det om normer, dvs. förväntningar på hur relationen mellan politiker och tjänstepersoner bör se ut. Detta kontrakt ser olika ut i olika länder.

gentemot förvaltningen genom att använda den expertis och de erfarenheter som de anställda bär på, vara tillgängliga och öppna i relationen till de anställda och ta ett övergripande ansvar för politiken genom att se till att förvaltningen har rimliga resurser och genom att avstå från att skylla ifrån sig på förvaltningen. I gengäld förväntas tjänstepersonerna agera med lojalitet gentemot politikerna genom att visa lyhördhet och följsamhet, förse politikerna med korrekta och genomarbetade beslutsunderlag och att varna överordnade när de anser att kollegor eller chefer agerar på ett sätt som de anser är felaktigt.

Grundkontraktet förväntas gälla alla offentliganställda, men samtidigt betonas delar av kontraktet olika mycket beroende på var i förvaltningen en anställd befinner sig. Denna fråga har två centrala dimensioner. Den ena gäller den position en förvaltning har mellan de båda idealtypiska organisationsformerna ”myndighet” och ”företag” (Brunsson & Sahlin-Andersson 2000). Som diskuterades i kapitel 2 har det sedan mitten av 1980-talet bedrivits ett ihärdigt förvaltningspolitiskt reformarbete på både statlig och kommunal nivå med syfte att göra de traditionella förvaltningarna mer lika privata företag (Johansson m.fl. 2018). Centrala företagsegenskaper, som individualitet, målrationalitet och chefs- och ledarskap, har betonats och delvis trängt undan centrala myndighetsegenskaper, som gemenskap, regelföljande och eget ansvarstagande (Jacobsson 2020; Sundström 2019a). Detta har lett till förändrade rolluppfattningar och identiteter hos de anställda, där olika ekonomivärden (funktionell rationalitet, kostnadseffektivitet och produktivitet) har blivit viktigare på bekostnad av olika demokrativärden (politisk demokrati, rättssäkerhet och offentlig etik) (Ehn 2020; Lundquist 2012). Denna förskjutning kan också förväntas medföra en försvagning av ”förvaltningskontraktet”.

Samtidigt har företagsegenskaperna organiserats in och betonats olika mycket inom olika delar av förvaltningen. I praktiken finns det i dag en mängd typer av förvaltningar, som alla är att betrakta som ett slags (mer eller mindre långtgående) hybrider mellan ”myndigheter” och ”företag” (Alexius & Furusten 2019; SOU 2015:24, s. 284–288). Inom hälso- och sjukvården har hybridiseringen pågått sedan slutet av 1980-talet då beställar–utförarmodellen (BUM) infördes inom flertalet landsting. Forskning visar att detta har medfört ökad formalisering, centralisering, hierarkisering och en försämrad relation mellan politiker och sjukhus-

ledning, med höjd konfliktnivå och ökad misstro som följd (Berlin & Kastberg 2011; Hallin & Siverbo 2002; Jacobsson 2002; Montin & Granberg 2013). I Stockholm infördes BUM i början av 1990-talet, under namnet Stockholmsmodellen, och Karolinska universitetssjukhusets (KS) dåvarande sjukhusledning menar att modellen skapade försämrade relationer mellan politiker och sjukhusledningar (Bygdeman m.fl. u.å.; Lindsten u.å.). Man gick från en relation präglad av nära, många och täta kontakter till distanserade, formaliserade och färre kontakter, vilket av sjukhusledningen uppfattades som ett minskat politiskt engagemang och intresse och en situation präglad av en "ömsesidig misstro". Förvaltningskontraktet tycks alltså inte ha varit särskilt starkt när NKS-projektet sjösattes.

Den andra dimensionen som bestämmer "förvaltningskontraktets" styrka i en förvaltning rör hur förvaltningen är positionerad mellan politikerna och medborgarna. I den ena änden finns här de offentliganställda som arbetar längst ner i förvaltningens serviceorganisationer, såsom poliser, handläggare vid Försäkringskassan och arbetsförmedlare på statlig nivå respektive läkare, sjuksköterskor, lärare och vårdpersonal vid äldreboenden på kommunal nivå. Dessa så kallade gatubyråkrater (Lipsky 2010) befinner sig långt ifrån politikerna, och en stor del av deras arbete handlar om att hantera enskilda ärenden, där de utifrån lagen, och med utgångspunkt i sin expertis och profession, fattar beslut som på ett mer direkt sätt rör medborgarna. Därför förväntas de agera med ett relativt stort mått av oberoende och integritet gentemot olika aktörer, inklusive politikerna. För hälso- och sjukvårdens del är denna oberoendespekt särskilt framträdande genom att de anställda inom detta område (särskilt läkarna) utgör en stark profession som många (inte minst de själva) anser bör arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och med en markerad självständighet gentemot politikerna (Berlin & Kastberg 2011; Blomqvist 2007; Hallin & Sivebo 2001).²⁸

I den andra änden finns de som arbetar högst upp i förvaltningshierarkin, inom departement, riksdagsutskott samt verksledningar på statlig nivå och inom centralförvaltningar och ledningar för större ser-

28. I patientlagen (2014:821, 7 §) stadgas: "Patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet."

viceorganisationer (som sjukhus) på kommunal nivå. Dessa utmärks normalt av särskilt goda kunskaper dels om politikernas viljor och önskemål inom den egna sektorn, dels om i vilken utsträckning och på vilka sätt man måste ta hänsyn till politiska och administrativa viljor och önskemål inom andra berörda sektorer och förvaltningsenheter. De har dessutom goda kunskaper om *hur* politiska beslut ska beredas och fattas. Dessa tjänstepersoner får därför en viktig roll som medlare och samordnare, såväl horisontellt, mellan olika sektorer och enheter, som vertikalt, mellan politikerna och gatubyråkraterna (Brunsson & Jönsson 1979; Regeringen 2017a, s. 194). Genom att kommunala nämnder ofta avspeglar partiernas styrka i fullmäktige är kraven på (politisk) bredd och allsidighet samtidigt större för kommunala tjänstepersoner i centralförvaltningen än för tjänstepersoner i departementen, som primärt har att beakta regeringens viljor och önskemål. Här liknar de kommunala tjänstepersonernas roll mer den tjänstepersonerna i riksdagen har. Med detta sagt ska det också konstateras att det finns flera olika typer av högre tjänstepersoner, inte minst inom hälso- och sjukvården. Medan tjänstepersoner inom den centrala förvaltningen har en närmare relation till politikerna – och därmed relativt goda förutsättningar att utveckla starka lojaliteter och förtroenden – är sjukhusledningarnas, och särskilt sjukhusdirektörernas, position mer komplicerad. Forskning visar att sjukhusdirektören har att tampas med dubbla lojaliteter, dels nedåt mot professionen, dels uppåt mot politikerna och att detta ofta upplevs som problematiskt då politikernas och professionernas intressen och värderingar inte sällan står i konflikt med varandra (Grünberg 1996).

Det här kapitlet handlar om hur politikerna och anställda högre upp i förvaltningshierarkin (i centralförvaltningen och i sjukhusledningar) i Region Stockholm agerade i fallet NKS. Den grundfråga som behandlas är om politikerna och tjänstepersonerna levde upp till förvaltningskontraktet. Om inte, på vilket sätt kan det sägas ha brutits, varför bröts det, och vad fick det för betydelse? Genom olika exempel från beslutsprocesserna bakom NKS argumenterar vi för att förvaltningskontraktet bröts på olika sätt. Vi resonerar också kring möjliga orsaker till att kontraktet bröts på de sätt som skedde och vilka konsekvenser det fick.

Tre avsnitt följer. Härnäst skisseras mer utförligt det vi kallar förvaltningskontraktet. Därpå analyserar vi med hjälp av vår kontraktsteori olika skeenden i beslutsprocessen bakom NKS. I det sista avsnittet sum-

merar vi våra iakttagelser och diskuterar olika organisatoriska arrangemang som vi menar möjliggjorde de olika aktörernas ageranden.

FÖRVALTNINGSKONTRAKTET

Som diskuterades i kapitel 3 föredrar politiker många gånger att formulera sig öppet och först efter hand, och vid behov, precisera sig. Det närmare innehållet i reformer överlämnar de till tjänstepersonerna att utforma (Hysing & Olsson 2012; Jacobsson m.fl. 2015; Page & Jenkins 2005; Page 2008). Det betyder dock inte att förvaltningen inte styrs av politikerna. Studier av svensk kommunal förvaltning visar att det generellt finns ett betydande mått av närhet och tillit i relationen mellan politiker och tjänstepersoner (Bengtsson 2012; Bergström & Eklund 2019, s. 204; Jonsson m.fl. 2012; Solli 2017; Montin & Granberg 2013, s. 92–94; Mouritzen & Svava 2002). Denna närhet och tillit är i hög grad normstyrd och betyder att politikerna förväntas agera med *förtroende nedåt*, gentemot förvaltningen. De förutsätts respektera förvaltningen och använda den expertis och de erfarenheter som de anställda bär på. Detta inkluderar att visa intresse för de anställda och involvera dem i både utformningen och genomförandet av politiska reformer.²⁹ Politikerna förväntas agera realistiskt och pragmatiskt och lyssna på och bemöta sakliga argument från förvaltningen (Hellström m.fl. 2013; Jonsson m.fl. 2012).

Som framhölls i kapitel 3 handlar denna inkludering inte minst om att få förvaltningen att gradvis ”översätta” och begripliggöra reformidéer utifrån sina erfarenheter och hävdvunna synsätt. Detta är särskilt viktigt när reformerna syftar till att förändra själva förvaltningen (Gioia m.fl. 2012; Lindgren 2018; Weick 1995). Samtidigt upprätthåller politikerna hierarkin genom att formulera övergripande visioner och mål och sedan ha beredskap för att vid behov, och efter bästa förmåga, klargöra dessa visioner och mål i utbyten med förvaltningen.³⁰ Klargörande kan

29. Studier av tjänstepersoner inom primärkommuner visar att deras efterfrågan på politisk styrning har ökat under senare år (Johansson m.fl. 2018).

30. ”Tjänstemännen driver beslutsprocessen och politikerna går efter och kontrollerar och legitimerar”, som Rolf Solli konstaterar i en stor utvärdering av Västra Götalandsregionens politiska organisation (Solli 2017, s. 9; se även Liff & Nowé Hedvall 2017).

också göras genom tal, skrivelser, debattartiklar och pressmeddelanden. Om politikerna inte tycker att förvaltningen agerar på ett önskvärt sätt kan de också lyfta upp frågan från förvaltningen eller organisera om i förvaltningen, exempelvis genom att ändra i regelverken, ge mer resurser till någon del av verksamheten eller utse nya chefer (se t.ex. Bartholdsson 2007).³¹

Politikerna förväntas också ta ansvar för verksamheten genom att se till att förvaltningen är ändamålsenligt organiserad med avseende på sådant som regler, resurser, organisatoriska enheter, ledningsformer, chefer och övrig personal. En viktig organisationsfråga är också hur olika förvaltningar kopplas samman med andra organisationer – offentliga och privata – så att de löpande får impulser och idéer från omgivningen som både effektiviserar och kvalitetssäkrar genomförandet av politiken (Hellström m.fl. 2013; Sundström 2020a). Att ta övergripande ansvar innebär också att man som politiker aldrig skyller ifrån sig på förvaltningen.

Medan politikerna förväntas agera med förtroende nedåt förväntas tjänstepersonerna att agera med *lojalitet uppåt*, gentemot politikerna. De förutsätts visa lyhördhet och följsamhet och anstränga sig för att se till att det praktiska genomförandet av politiken hamnar så nära politikernas viljor som möjligt, även om dessa viljor – på grund av begränsade kunskaper, politiska kompromisser, en ovilja att precisera sig och en vilja att ge förvaltningen tolkningsutrymme och handlingsfrihet – allt som oftast är vagt uttryckta och fulla av motstridigheter. I lojaliteten ligger det även att på basis av erfarenheter från praktiken förse politikerna med korrekt information och genomarbetade underlag som kan läggas till grund för nya politiska beslut och justeringar av tidigare eller pågående reformer (SOU 2015:24, s. 288–289). I detta arbete förväntas förvaltningen ha integritet och säga ifrån, och varna politikerna, när den anser att kollegor eller överordnade (inklusive politikerna) agerar – eller är på väg att agera – på ett sätt som är ineffektivt eller olagligt, olämpligt eller oetiskt (Lundquist 2012).³²

31. Det sistnämnda är riskfyllt, då styrande politiker lätt kan bli anklagade för politisering om de utan tydlig saklig grund byter ut opolitiska tjänstepersoner. Det gäller även vid maktskiftet. Så kallat spoilssystem är inte förenligt med svensk förvaltningstradition. Cregård m.fl. (2019) konstaterar dock att det på kommunal nivå har skett ett ökat byte av ledande tjänstepersoner efter val.

32. I kommunallagen finns det en skyldighet för anställda i kommuner att

Uttryckt i styrningsmekanismer visar tjänstepersonerna sin lojalitet gentemot politikerna främst genom en utpräglad och välutvecklad anteciperingsförmåga (Bengtsson 2012; Niemann 2013; Page & Jenkins 2005). Studier av svensk förvaltning visar att det förekommer rikligt med utbyten mellan politik och förvaltning på alla förvaltningsnivåer, inte minst på den kommunala (Bengtsson 2012; Jonsson m.fl. 2012; Lindgren 2018, s. 158–160; Montin 2018, s. 69, 84), där det weberska idealet om en strikt tudelning mellan politik och förvaltning (ännu) inte är lika framträdande som inom statlig förvaltning (Cregård m.fl. 2019). Genom närheten och de många utbytena lär sig de anställda över tid hur politikerna mer allmänt ser på problem och lösningar och hur de i övrigt resonerar kring frågor inom det politikområde där de anställda i fråga verkar.³³ De kan därför tämligen väl förutse hur politikerna skulle ha agerat om de hade befunnit sig i samma situation som de själva, och de kan sedan agera i linje med dessa förutsägelser. Svenska tjänstepersoner är också benägna, och skickliga på, att i politiska texter och uttalanden leta efter vägledning ("vinkar") för hur de ska agera.

Om myndigheterna inte klarar av att antecipera politikernas viljor och önskemål via tidigare utbyten eller vinkar kan de "bjuda in" politikerna till samtal om den beslutssituation de står inför. Dessa samtal har ofta en icke-hierarkisk karaktär och handlar om att på tämligen lika villkor resonera kring frågor – vad Leif Jonsson med kollegor (2012, s. 17–20) kallar en "gyllene zon". Ibland räcker dock varken anteciperingsförmågor eller samtal för att lösa problem och tjänstepersonerna kan då "hissa" ärenden upp till politikerna för beslut.³⁴

lämna upplysningar vid fullmäktiges sammanträden (2017:725, 5 kap, 41 § KL).

33. Studier visar att det finns ett tätare samarbete mellan tjänstepersoner och politiker i presidium/arbetsutskott än i nämnder (Lundberg Rodin 2018; se även Hellström m.fl. 2013, s. 9).

34. Att tjänstepersoner som regel sitter kvar vid maktskiftet gör, i kombination med deras utvecklade anteciperingsförmåga och benägenhet att leta efter vinklar i olika dokument, att de också ofta har en god uppfattning om var oppositionen står i olika frågor. De kan därmed hjälpa ett styre i minoritet – eller ett majoritetsstyre som söker en bredare politisk uppgörelse – att utforma förslag som, genom att till viss del tillgodose oppositionens krav, kan gå igenom fullmäktige. Det betyder också att tjänstepersonerna relativt fort kan ställa om vid maktskiftet, vara det nya styret behjälpligt och påvisa lyhördhet och följsamhet. På så vis

Sammantaget kan man uttrycka det som att styrrelationen mellan politiker och förvaltning i normalfallet är höggradigt tillitsbaserad, där det finns ett slags kontrakt mellan de båda nivåerna (Montin & Granberg 2013, s. 92). Statsvetaren Cajsa Niemann (2013) har sammanfattat detta kontrakt som att *politikerna tar ansvar för verksamheten* (genom att respektera förvaltningens expertis, finnas till hands och inte skylla ifrån sig på förvaltningen), medan *förvaltningen ger politikerna skydd* (genom att förse politikerna med tillmötesgående och realistiska beslutsunderlag och genom att genomföra beslut på ett lyhört och professionellt sätt, vilket inkluderar att säga ifrån när det är påkallat).

KONTRAKTSBROTT

I det följande redogörs för olika skeenden i de beslutsprocesser som ledde fram till färdigställandet av NKS och där olika centrala aktörer – såväl politiker som tjänstepersoner – agerade på ett sätt som kan tolkas som att de bröt mot förvaltningskontraktet. Dessa kontraktsbrott fick också betydelsefulla konsekvenser av skilda slag.

Karolinska och de tidiga utredningarna

Det första exemplet på kontraktsbrott härrör från den tidiga planeringen av NKS där den befintliga förvaltningens sakliga expertis och erfarenhet ställdes åt sidan av de styrande politikerna och där förvaltningen svarade med att agera på ett sätt som kan uppfattas som avogt. Närmare bestämt handlar det om hur politikerna valde att organisera de båda utredningar som låg till grund för beslutet att bygga NKS: SNUS- och 3S-utredningarna från 2002 respektive 2004.

Som framgått av tidigare kapitel i denna bok kom de politiska visionerna bakom NKS redan från början att omfamna mycket mer än enbart ett nytt sjukhusbygge (kap. 4; Johannesson & Qvist 2019). Inte minst handlade de om att förändra sjukvårdsstrukturen i Region Stockholm och att skapa en tydligare nivåstrukturering av sjukvården, där NKS skulle ges ett mer renodlat högspecialiserat uppdrag (Grafström & Andersson 2019). Samtidigt ville politikerna komma till rätta

kan ett upplevt behov hos ett nytt styre att byta ut de opolitiska tjänstepersonerna undvikas (Granfors 2015; Toreheim 2019).

med den styrningsproblematik och ”förändringsobenägenhet” som de ansåg präglade KS, och som i mångt och mycket sågs som en kulturell fråga – som något som ”satt i väggarna” (Andersson & Grafström 2019, s. 21; Johannesson & Qvist 2019, s. 14, 20; Öhrming 2017).

Eftersom politikerna såg det befintliga sjukhuset som en väsentlig del av den problematik som det nya sjukhuset skulle lösa valde de att hålla sjukhuset på avstånd när frågan om NKS skulle utredas. I SNUS tog sig detta uttryck bland annat i att utredningen gavs snäva direktiv och kort tid (endast sex månader) där utrymmet för att föra fram alternativa idéer var begränsat (Johannesson & Qvist 2019, s. 20–22). Det tog sig även uttryck i att KS (genom sjukhusdirektören) inte tilldelades en ordinarie ledamotsplats i utredningen utan fick nöja sig med en plats som adjungerad, vilket innebar en rätt att närvara och delta i diskussioner men inte att delta i utredningens beslut (Andersson & Grafström 2019, s. 10). Det gällde, som dåvarande finanslandstingsrådet Ralph Lédel (M) uttryckte saken i en intervju ett antal år senare, att ”ha rätt folk på rätt stolar” (Ennart & Mellgren 2016, s. 298).

I den efterföljande 3S-utredningen fick KS ingen representation alls i ledningsgruppen. Här var i stället tanken att personalen vid KS, tillsammans med personal från andra sjukhus, skulle bistå utredningen, men då i egenskap av experter för sina skilda discipliner och inte som representanter för sina organisationer (Johannesson & Qvist 2019, s. 28). Detta innebar att KS, i egenskap av *förvaltning*, blev helt utan inflytande i utredningen. Dessutom begränsade tidspressen möjligheterna till faktisk påverkan för de experter som deltog i arbetet. De aktörer som drev förändringsarbetet medgav också senare att den förändring i synsätt som konceptet med det nya sjukhuset krävde tog betydligt längre tid än vad 3S-utredningen medgav (ibid., s. 28–29). Men framför allt begränsades möjligheterna till påverkan av att konceptet om att bygga ett litet, högspecialiserat, forskningsdrivet och flexibelt universitetssjukhus nära Karolinska Institutet (KI) redan hade låsts fast innan utredningsarbetet inletts. De expertgrupper som 3S-utredningen upprättade kom alltså att diskutera mer avgränsade frågor inom ramen för en i hög grad given grundstruktur.

Vad fick detta utestängande av KS sjukhusledning för konsekvenser? Vår kontraktsteori säger oss att förvaltningar som känner sig åsidosatta kan ha svårt att acceptera idéer och förslag utformade av andra aktörer,

särskilt om dessa idéer och förslag rör den förvaltning som har åsidosatts. Snarare än att vara beslutsfattare och policyskapande utredningar – av den typ som SNUS och 3S utgjorde – behjälpliga med kunskaper och erfarenheter riskerar utestängda förvaltningar att bli misstänksamma och börja ifrågasätta, och till och med aktivt motarbeta, utredningarnas resonemang och förslag. Dessutom försämras möjligheterna till ett effektivt genomförande av utredningarnas förslag om den förvaltning som ska stå för genomförandet inte har fått delta i utredningen.

I detta fall kan vi spåra den typen av ageranden från KS sida. När SNUS-utredningen initierades var sjukhuset mitt uppe i ett eget förändringsarbete som utgick från en särskild fastighetsutvecklingsplan. Denna plan var i sin tur baserad på en utredning av Locum från år 2000 som visade att en ombyggnation av KS var ett möjligt alternativ till en nybyggnation – även om de båda alternativen beräknades kosta ungefär lika mycket (Johannesson & Qvist 2019, s. 14, 19). Det fanns således både idéer och kunskaper inom sjukhuset som ledningen ansåg behövde tillföras SNUS-utredningen.

Sjukhusledningen valde i detta läge att luta sig mot en egen parallellutredning till SNUS – en utredning som inte var sanktionerad av den politiska ledningen i landstinget. Denna utredning, där även Locum fanns med, kom fram med ett förslag på ombyggnation av sjukhuset med ett i huvudsak bevarat grunduppdrag. Rapporten präglades överlag av en vilja av att behålla så mycket som möjligt av det befintliga, och det är inte utan att man kan ana en viss trotsighet när utredarna som ett slags parafras till att ”problemen sitter i väggarna” i stället slår fast att ”styrkan sitter i väggarna” (ur *ibid.*, s. 19). Utredningens förslag gick alltså stick i stäv med de styrande politikernas önskemål och det arbete som SNUS bedrev. Föga förvånande fick parallellutredningen också ett svalt mottagande av politikerna.

I SNUS slutfas lämnade också den adjungerade sjukhusdirektören en längre skriftlig, och högst kritisk, kommentar till utredningen. Inte minst gällde kritiken att sjukhuset inte hade getts möjligheter att delta i tillräcklig utsträckning i utredningens arbete och att viktig kunskap och kompetens därmed inte hade tillvaratagits. Att det gnisslade mellan SNUS-utredningen och sjukhuset märks också av minnesanteckningar från SNUS styrgrupp. I dessa framgår att gruppen tampades med ett dilemma. Å ena sidan upplevde den ett behov av att kontinuerligt

förankra idéer och förslag hos KS, men när gruppen närmade sig sjukhusledningen uppstod allt som oftast meningsskiljaktigheter mellan de båda (Andersson & Grafström 2019, s. 10–11).

Även 3S-utredningens ledningsgrupp kunde mot slutet av sin utredningstid konstatera att den hade misslyckats med det förankringsarbete som ingick i uppdraget från landstingspolitikerna. I minnesanteckningar från gruppen går det att läsa att den eftersökta breda och aktiva dialogen med sjukvårdens personalgrupper hade uteblivit. Följden blev att utredningens förslag stannade på en visionär nivå som övergripande beskrev *vad* som skulle göras, men det saknades en tydlig handlingsplan över *hur* genomförandet skulle gå till. Detta sågs av ledningsgruppen som ett stort misslyckande: ”Drömmar kan man ju ha men hur skall de förverkligas?” frågade sig gruppen på ett av sina sista möten (ibid., s. 11).

Att förslagen om sjukhuset stannade på en övergripande nivå ställde också till problem för 3S vidare uppdrag att utreda det nya sjukhusets effekter på sjukvårdsstrukturen i stort i Stockholms län. I slutändan kom utredningens båda delprojekt – det om NKS och det om Stockholms hälso- och sjukvård – att presenteras som två separata rapporter utan gemensamma och sammanhängande planer för genomförandet, något ledningsgruppen själv ansåg vara ”ett *rejält problem*” (ibid., s. 12).

De organisatoriska särlösningarna

Det andra exemplet på kontraktsbrott handlar om de olika organisatoriska särlösningar som de styrande politikerna skapade för NKS-projektet. Direkt efter valet 2006, då Allianspartierna återtog makten i Stockholms läns landsting (SLL), organiserades planeringsarbetet närmare politiken genom att det programkontor som efter 3S-utredningen hade inrättats för NKS-projektet flyttades från landstingsdirektören till FoUU-utskottet, ett politiskt organ under landstingsstyrelsen. För att öka den politiska ledningens inflytande över planeringsarbetet handplockades också en ny landstingsdirektör till kontoret. Den tidigare direktören, som hade begärt att få arbeta med samma breda mandat som tidigare, avgick (Johannesson & Qvist 2019, s. 31).

Att politikerna genom denna omorganisation ville stärka greppet om NKS-projektet har olika skäl. Ett var att det nya Alliansstyret hade bestämt sig för att det nya sjukhuset skulle byggas med upphandlingsmodellen OPS. Eftersom den modellen redan hade avfärdats av två ut-

redningar (SNUS och 3S), gjorda inom den ordinarie förvaltningen, ville den politiska ledningen att OPS-frågan skulle drivas vidare av någon annan, mer öppensinnad, förvaltning (Junker & Yngfalk 2019; Yngfalk & Junker 2019).³⁵ Men omorganisationen syftade även till att fortsatt hålla KS ledning på avstånd från NKS-projektet (Andersson & Grafström 2019, s. 15; Öhrming 2017, s. 49). I sin betraktelse över NKS-projektets framväxt skriver professorn i företagsekonomi Jan Öhrming angående *NKS-kansliet*, som programkontoret bytte namn till 2007:

Organiseringen och bemanningen av kansliet var ett medvetet val och en markering från landstingsledningens sida att man inte riktigt litade på alla delar av den egna organisationen. NKS-kansliets tillkomst kan därför ses som ett mistroende riktat mot Karolinskas ledning och verksamheterna och deras vilja att åstadkomma förändring (Öhrming 2017, s. 43).

KS ledning var dock inte den enda centrala förvaltningen som distanserades från NKS-projektet genom omorganisationen. Även Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (HSN-förvaltningen) hamnade ute i kylan. Denna förvaltning – som har som grunduppdrag att utreda behovet av hälso- och sjukvård i regionen och utifrån det beställa vård och följa upp vårdens resultat – ansågs inte fungera och betraktades som ett ”särintresse” som därför behövde hållas på visst avstånd från projektet (Andersson & Grafström 2019, s. 21; Öhrming 2017, s. 49).

Ytterligare en central aktör som hamnade på avstånd från NKS-projektet var fastighetsbolaget Locum. Detta bolag, med grunduppdraget att förvalta, bygga och utveckla vårdfastigheter åt Region Stockholm, hade spelat en framträdande roll i de tidiga skedena av planeringen, genom att stå för en betydande del av beslutsunderlagen (Johannesson & Qvist 2019, s. 33). Bland annat hade Locum ansvarat för den undersökning från år 2000, där det slogs fast att en nybyggnation skulle kosta ungefär lika mycket som en ombyggnation. Bolaget hade också ingått i 3S-utredningens ledningsgrupp och även ansvarat för arkitekttävlingen 2005–2006. I dessa funktioner hade Locum haft ett nära samarbete med

35. I praktiken beordrade den politiska ledningen NKS-kansliet att genomföra NKS-projektet med en OPS-lösning (Junker & Yngfalk 2019, s. 13–14).

KS och HSN-förvaltningen. 3S hade också i sina diskussioner om det fortsatta arbetet med NKS-projektet föreslagit att Locum skulle ges en central roll.³⁶ Nu blev bolaget dock ifrågasatt av den styrande politiska majoriteten, som ansåg att dess kompetens inte räckte till för ett så stort projekt som NKS, särskilt som NKS i hög grad sågs som ett vårdorganisatoriskt projekt och inte bara som ett byggnadsprojekt (ibid.; Andersson & Grafström 2019, s. 17).

NKS-kansliet försågs visserligen med ett råd, där KS ledning, Locum och HSN-förvaltningen bereddes platser, men mandatet var tämligen svagt och handlade om att ”bistå” kansliet. Förhållandena liknade således dem under SNUS-utredningen: förvaltningarna tilläts delta i vissa diskussioner som kansliet valde att ta upp på rådsmötena, men dagordningssättandet och det formella beslutsfattandet hölls de borta från. I syfte att bredda kunskapsunderlaget följde NKS-kansliet i stället 3S-utredningens exempel med mer informella arbetsgrupper och seminarier dit vårdpersonal från olika delar av Stockholmssjukvården bjöds in i egenskap av experter. De konceptuella ramarna för projektet var nu emellertid ännu mer fastspikade än under 3S, vilket innebar ännu mer begränsade möjligheter till påverkan för de inbjudna experterna (Johannesson & Qvist 2019, s. 32, 38).

I samband med att beslutet fattades om att bygga NKS (beslutet togs den 8 april 2008) omorganiserades NKS-projektets ledningsfunktion på nytt. Innebörden var att ledningen centrerades ytterligare – på både politisk och förvaltningsmässig nivå. På politisk nivå fick FoUU-utskottet fortsatt ansvar för projektet, men det gavs nu ett kraftigt utökat beslutsmandat av landstingsstyrelsen. Det hela betecknades som ”en speciallösning” och innebar att utskottet i praktiken kom att utgöra den politiska ledningen för NKS-projektet. Noterbart är att Vänsterpartiet och Miljöpartiet endast fick adjungerade ledamöter till utskottet (Andersson & Grafström 2019, s. 18).³⁷

36. 3S-utredningen lämnade två skilda förslag på hur det fortsatta arbetet med NKS-projektet skulle organiseras. I det ena skulle Locum ansvara för bygget av Karolinska. I det andra skulle Locum ingå i en särskild projektorganisation för NKS tillsammans med andra centrala förvaltningar, som HSN-förvaltningen, KS ledning och landstingsstyrelsens förvaltning (Andersson & Grafström 2019, s. 12–14).

37. Några år senare ändrades detta och de båda partierna fick ordinarie platser i utskottet.

På förvaltningsnivå innebar omorganisationen att NKS-kansliet omvandlades till *NKS-förvaltningen*. Även denna reform innebar en förstärkt beslutskapacitet. Till skillnad från NKS-kansliet, som hade varit ett renodlat beredande organ åt FoUU-utskottet, kom NKS-förvaltningen att förses med exekutiv makt (Öhrming 2017, s. 45). Reformen, som bereddes och genomfördes mycket snabbt (Yngfalk & Junker 2019, s. 22), motiverades med att NKS-förvaltningen behövde få tillräcklig "status, legitimitet och makt" i relation till andra förvaltningar inom landstinget för att kunna driva idéer och förslag som kunde upplevas som problematiska för dessa andra förvaltningar (ibid.; Andersson & Grafström 2019, s. 19–20). Men till viss del handlade det också om att inte ta för mycket resurser från de ordinarie förvaltningarna, inte minst KS som hade fullt upp med att försöka få till sammanslagningen mellan KS och Huddinge sjukhus, beslutad bara några år tidigare (Andersson & Grafström 2019, s. 19, 22).

NKS-förvaltningen kom att omfatta en arbetsstyrka motsvarande cirka 30 heltidsanställningar. Den kom att präglas av ett slags elitkultur där de anställda dominerades av nyrekryterade personer som arbetade hårt och målmedvetet mot NKS-ledningens målsättningar. Hierarkin var stark inom den nya förvaltningen och utrymmet för kritiska reflektioner och ifrågasättanden begränsat (Yngfalk & Junker 2019, s. 22–24). NKS-förvaltningen blev också i hög grad beroende av externa konsulter (ibid., s. 25). Samtidigt kom NKS-förvaltningens ledning att utveckla mycket nära kontakter med den politiska ledningen. NKS-förvaltningen skulle senare själv komma att uppmärksamma sin särskilda ställning gentemot såväl den politiska ledningen som andra förvaltningar:

NKS-förvaltningen har varit direkt underställd landstingsstyrelsens FoUU-utskott, sedermera NKS-beredning, och har där löpande (månadsvis) rapporterat status samt fört upp större frågor för beslut. NKS-förvaltningen har med denna beslutshierarki haft en jämförelsevis självständig ställning visavi andra förvaltningar och verksamheter i landstinget (ibid., s. 20).

Men samtidigt som NKS-förvaltningen gavs ett tydligt mandat att självständigt driva NKS-projektet behövde den kunskaper från andra förvaltningar, inte minst från KS. Den fortsatte därför på den inslagna

vägen med dels ett råd knutet till NKS-förvaltningens ledning med representanter från KS, KI och landstingets centralförvaltning, dels olika arbets- och referensgrupper med experter av olika slag.³⁸ Dessutom rekryterade NKS-förvaltningen cirka 200 personer från KS att arbeta i förvaltningen på 20 procent. Dessa ”20-procentare” var yngre, lovande förmågor utan mer uppburna maktpositioner i sjukhuset. Idén var att få med dessa personer på reformatörernas sida och att de på sikt sedan skulle ta över de styrande positionerna på sjukhuset (*ibid.*, s. 25). I övrigt arbetade NKS-förvaltningen mycket med information. Det tycks ha funnits en idé om att den kritik som fanns mot NKS-projektet främst handlade om kunskapsbrist hos vårdpersonalen. NKS-förvaltningens kommunikationsavdelning arbetade därför hårt med att ta fram färdigförpackat och enhetligt informationsmaterial som personer som talade om projektet skulle använda sig av (*ibid.*, s. 26–27).

Sammantaget kom alltså NKS-frågorna, genom FoUU-utskottet och NKS-kansliet/NKS-förvaltningen, medvetet att organiseras samlat och avskärmat från såväl andra politiska organ som andra centrala förvaltningar. Avskärmningen förstärktes också av att många NKS-ärenden var belagda med sekretess (*ibid.*, 20). Denna organisering gick på tvärs mot 3S-utredningens förslag. Den hade menat att den fortsatta hanteringen av NKS-frågorna behövde organiseras centralt, och nära såväl landstingsstyrelsen som landstingsfullmäktige, så att frågorna kunde behandlas i ett helhetsperspektiv och efter en samordningsprincip där olika centrala förvaltningar fanns med i arbetet, exempelvis genom att inrätta en gemensam projektorganisation där alla berörda förvaltningar kunde vara representerade (Andersson & Grafström 2019, s. 12–14, 18).

Vad fick denna avskärmningsstrategi för konsekvenser? Återigen kan vi ta hjälp av vår kontraktsteori för att tolka de fortsatta skeendena. Överlag kom många centrala förvaltningar, i form av nämndförvaltningar och sjukhusledningar, men även fackliga och politiska organ samt Locum, att uttrycka missnöje med det centrerade och avskärmade sättet att leda NKS-projektet (*ibid.*, s. 17, 23–24, 30–33). Kärnan i denna kritik var att förvaltningarna kände sig utestängda och att deras kunskaper och erfarenheter inte i tillräcklig utsträckning togs tillvara eller att deras

38. Det fanns också ett formellt politiskt beslut att KS ledning skulle bistå NKS-förvaltningen (Andersson & Grafström 2019).

synpunkter inte blev hörsammade – de kom att uppfatta sig som distanserade rådgivare och ”remissinstanser”. Följden blev, menade dessa kritiska förvaltningar, att NKS-förvaltningen och FoUU-utskottet drev NKS-frågorna på ett sätt som var dåligt samordnade med annan verksamhet som pågick inom landstingets olika centrala förvaltningar. Det gällde såväl det konkreta bygget av NKS som Stockholmssjukvården i stort. Detta ledde inte bara till ineffektivitet och betydande svårigheter att planera den framtida sjukvården i länet, utan det medförde också att det spreds motsägelsefulla budskap till såväl vårdpersonalen som medborgarna om vad förändringsarbetet egentligen gick ut på och hur sjukhuset och Stockholmssjukvården i stort skulle komma att se ut och påverka anställda och patienter (SLL 2009b).

Kontraktsteorin säger oss inte bara att berörda förvaltningar som blir utestängda från ett reformarbete kan utveckla en misstänksamhet mot det arbete de är utestängda från, utan den säger oss också att det ingår i förvaltningarnas roll att förse den politiska ledningen med korrekt information och genomarbetade underlag som kan läggas till grund för nya politiska beslut och justeringar av pågående reformer. Här ska förvaltningen också uppvisa integritet och varna politikerna när den anser att reformarbete bedrivs på ett sätt som den anser är ineffektivt eller olagligt, olämpligt eller oetiskt.

I detta fall finns det anledning att tro att flera förvaltningar – särskilt KS ledning och HSN-förvaltningen – uppfattade NKS-förvaltningens arbete som både ineffektivt och olämpligt, kanske till och med olagligt. Det är därför begripligt att dessa förvaltningar med tiden blev alltmer kritiska till NKS-förvaltningen och att det uppstod en konkurrenssituation och en maktkamp mellan å ena sidan NKS-förvaltningen och å andra sidan KS ledning och HSN-förvaltningen. KS var redan under NKS-kansliets tid ovilligt att låna ut personal till de arbetsgrupper som kansliet upprättade (Johannesson & Qvist 2019, s. 38). År 2010 drog sjukhuset också tillbaka de ”20-procentare” som sjukhuset hade lånat ut till NKS-förvaltningen, vilket påtagligt försvårade NKS-förvaltningens arbete. Men parallellt med dessa makt demonstrationer började sjukhuset och HSN-förvaltningen också bedriva ett påverkansarbete gentemot den politiska ledningen, ett arbete som kan tolkas som ett sätt att uppvisa lojalitet mot ledningen genom att varna den för de oönskade följder som NKS-förvaltningens arbete, enligt deras

uppfattning, höll på att få (Andersson & Grafström 2019, s. 34–35).

Sjukhusets och HSN-förvaltningens agerande krävde ämbetsmannakurage, eftersom deras varningar i praktiken innebar en kritik av det sätt varpå politikerna hade organiserat NKS-arbetet. Agerandet bar frukt. I juni 2011 fattade politikerna beslut att avveckla NKS-förvaltningen och genomföra en omorganisering, som i stället för avskärmning låg mer i linje med 3S-utredningens samordningsprincip (ibid., s. 36–38). Den nya organisationen kom att träda i kraft den 1 januari 2012.

Sjukhusledningens arbete från 2012

En annan förklaring till omorganisationen var att sjukhusledningen (särskilt sjukhusdirektören) hade kommit till rätta med de omfattande ekonomiska problem KS dragits med under en längre tid. Politikerna förklarade att KS, under den nuvarande ledningen, hade genomgått en ”metamorfos när det gällde arbetssätt och ekonomi” (Andersson & Grafström, 2019, s. 35). Sjukhusets ansvarstagande för den egna ekonomin kan alltså sägas ha belönats av politikerna genom att sjukhuset nu tilldelades en central roll i NKS-projektet.

Relationen mellan politiker och sjukhusledning blev nu mer förtroendefull. Även relationen mellan ledningen och de anställda längre ner i sjukhuset förändrades. För att stärka legitimiteten för NKS-projektet internt på sjukhuset betonade sjukhusdirektören att professionerna skulle inkluderas. Direktören presenterade även en långsiktig plan för hur arbetet skulle drivas vidare, inte minst vad gällde organiseringen. Större omorganiseringar skulle undvikas i samband med flytten till det nya sjukhuset. I stället förordades ett gradvist förändringsarbete enligt styrmodellen *lean*.

Förutsättningarna för relationerna mellan de olika aktörerna skulle dock komma att förändras genom rad beslut tagna under de följande åren av såväl politikerna som sjukhusets styrelse och dess ledning.³⁹ Ett första beslut togs redan 2012 då sjukhuset under en tvåveckorsperiod tog emot ”gratis” konsulthjälp från konsultbolaget Boston Consulting

39. Som påpekades i kap. 2 består Karolinskas styrelse (numera Nämnden för Karolinska) inte av förtroendevalda. Det är en s.k. professionellt sammansatt styrelse. Styrelsen är dock ändå att betrakta som en del av den politiska organisationen.

Group (BCG), som via sjukhusets programkontor redan var involverat i sjukhusets NKS-arbete. När sjukhuset senare fattade beslut att införa värdebaserad vård skulle ledningen, som ett stöd för detta arbete, komma att upphandla just BCG, som var specialiserat på värdebaserad vård.

Ett annat beslut togs 2013, då de styrande landstingspolitikerna utsåg en ny styrelseordförande för KS. Utnämningen skedde trots att en extern granskare bedömde den föreslagna kandidaten som olämplig för uppdraget. Kandidaten hade stora intressen i, och hade själv startat flera, privata vårdbolag som var konkurrenter till KS inom högspecialiserad vård. Granskaren ansåg därför att kandidaten satt på dubbla stolar, vilket riskerade att skada förtroendet för KS. Vänsterpartiet protesterade och krävde en kandidat med ”erfarenhet och kompetens från offentlig sektor” (ibid.; Andersson & Grafström 2020, s. 24). Beslutet att utse kandidaten fattades ändå.

I vår intervju uppgav ordföranden att han drev den typ av ”aktiva styrelsearbete” som han hade goda erfarenheter av från tidigare uppdrag, i större privata bolag (se vidare Andersson & Grafström 2020). Han hävdade att näringslivets funktionssätt borde introduceras brett i sjukhuset, med fokus på ett gott och tydligt ledarskap, effektivitet, snabbhet, flexibilitet och målmedvetenhet. Offentlig sektor generellt, och KS ledning specifikt, beskrevs av ordföranden omvänt som präglad av dåligt ledarskap, brist på initiativförmåga, förändringsobenägenhet och usel ekonomiadministration. Mot den bakgrunden ville ordföranden fasa ut sjukhusdirektörens gradvisa strategi för utvecklingsarbetet på sjukhuset och införa en ny strategi präglad av de näringslivsorienterade värden och ledarskapsideal som ordföranden sade sig värna och som betonade affärsutveckling, alliansskapande, snabbhet och införandet av värdebaserad vård – preferenser som delades av andra näringslivsföreträdare i sjukhusets styrelse (Andersson & Grafström 2020). Beslutet om en ny strategi fattades mot sjukhusdirektörens vilja, och denne valde att avgå.

Genom att på kort tid till sjukhusledningen rekrytera flera personer som delade ordförandens bakgrund och synsätt gavs den nya strategin kraft. Förutom en ny sjukhusdirektör rekryterades även en ny produktionsdirektör: en av de båda BCG-konsulter som hade arbetat gratis för sjukhuset. Produktionsdirektören kom att leda omorganiseringen av KS och införandet av den värdebaserade vården. För det sistnämnda upphandlade direktören sin före detta arbetsgivare, det vill säga BCG,

som kom att sköta stora delar av förändringsarbetet. De omfattande och snabba organisatoriska förändringar som nu genomdrevs – och som genomdrevs på betydande avstånd från personalen – innebar att den gamla chefsstrukturen övergavs och att en helt ny nomenklatur infördes.

Sammantaget kom den politiska ledningen från 2012 genom ett antal beslut, främst rörande KS styrelse, att se till att KS ledning började arbeta efter nya ideal och värderingar, som innebar att näringslivets funktionssätt blev styrande för förändringsarbetet. Men trots att den omorganiserade styrelsen mycket raskt lyckades förändra sjukhusledningens synsätt, och därmed dess huvudstrategi för utvecklingsarbetet, skulle samma styrande Allians som hade omorganiserat styrelsen bara några år senare (2018) uppge att den saknade förtroende för den näringslivstyngda styrelsen, varpå hela styrelsen fick avgå.

Hur kan denna händelseutveckling förstås? Vi menar att perioden präglades av en snabb och kraftfull förskjutning från idealtypen myndighet mot idealtypen företag, med en betoning på egenskaper som individualitet, målrationalitet och ledarskap och en försvagning av egenskaper som gemenskap, regelföljande och eget ansvarstagande som följd. Av stor betydelse var här dels att Karolinska styrdes enligt vad som kallades ”bolagslika former”, dels att Nämnden för Karolinska var vad som kallades ”professionellt sammansatt” (ledamöterna utgjordes alltså inte av politiker), vilket möjliggjorde för politikerna att till styrelsens ordförande 2013 utse en person med starka rötter i näringslivet och som starkt idealiserade dess funktionssätt.

Med utgångspunkt i vår kontraktsteori menar vi att denna förskjutning blev konsekvensrik. Den som tydligast uttryckte kritik med innebörden att den nya ordföranden införde idéer och arbetssätt som bröt mot förvaltningskontraktet var den dåvarande sjukhusdirektören. Direktören ställde sig kritisk till den ”kommersiella synen” som ordföranden gav uttryck för (ibid., s. 28). Han menade också att de stora förändringarna som ordföranden omgående ville genomföra inte var möjliga då de bröt mot det långsiktiga utvecklingsarbete som redan var initierat och att ordföranden därigenom hade lagt sig i det operativa arbetet och inte respekterade gränsen mellan politik och förvaltning. Direktören kände sig förbigången och avgick. Man kan tolka händelserna som att konfliktlinjen hade skjutits ner en nivå – från att tidigare ha legat mellan landstingspolitikerna centralt och sjukhuset som organisation

till att nu gå mellan sjukhusets styrelse och dess administrativa ledning.

Även det tidiga utbytet med BCG, och olika beslut som följde av detta utbyte, kom att kritiseras på ett sätt som kan tolkas som att förvaltningskontraktet bröts. En återkommande fråga gällde sammanblandningen av roller och därmed jävsproblem, det vill säga frågor som gäller grundlagens krav på saklighet och objektivitet. I en rapport från 2018 riktade exempelvis KS internrevisorer stark kritik mot sjukhusledningens beslut att låta två konsulter från BCG arbeta gratis för sjukhuset. Revisorerna menade att förfarandet var ”direkt olämpligt”, eftersom det fanns risk för att BCG skaffade sig fördelar inför kommande upphandlingar (Andersson & Grafström 2020, s. 27). Desto mer problematiskt blev det, hävdade revisorerna, då sjukhuset senare kom att upphandla tjänster av just BCG, något som skulle kunna ses som stridande mot upphandlingsreglernas krav på likabehandling och opartiskhet. Upphandlingsbeslutet kom också att kritiseras hårt i medierna, som beskrev det som otillbörligt, inte minst då det visade sig att sjukhuset inte hade tagit det billigaste anbudet. Dessutom fanns det stora frågetecken kring till exempel fakturor och om rimlighet i konsulternas arbetstider (Andersson & Grafström 2020; Gustafsson & Röstlund 2019).

Kritik riktades också mot sättet som den stora omorganisationen och införandet av nya styrmodeller sköttes på. Många menade att arbetet gick alltför snabbt, att det var alltför konsultdrivet och att det bedrevs utan förankring hos personalen (Andersson & Grafström 2020; SOU 2020:15; Krohwinkel m.fl. 2019). Det snabba, slutna och konsultdrivna arbetssättet innebar risker för att fel begicks. En utvärdering uppdagade exempelvis att sjukhusledningen i samband med den stora omorganisationen, och i strid med gällande författningsbestämmelser, hade avskaffat tjänsten som verksamhetschef. Förändringsarbetet möttes också av omfattande kritik från de anställda på sjukhuset som i medarbetarundersökningar uttryckte ett ogillande av den nya organisationen och ett mycket lågt förtroende för sjukhusledningen (Andersson & Grafström 2020). Facket och flera enskilda medarbetare deltog aktivt i den mediala diskussionen genom att skriva kritiska debattartiklar (ibid.). Därmed hade konfliktlinjen skickats ner ytterligare en nivå och gick nu främst mellan sjukhusledningen och sjukhusets anställda.

Det är således all denna kritik, gällande olika typer av brott mot förvaltningskontraktet, som 2018 fick politikerna att reagera och avsätta

styrelsen.⁴⁰ Beslutet kopplades entydigt till NKS-projektet och motiverades bland annat med hur upphandlingar och konsultbolag hade hanterats och hur ekonomin hade (miss-)skötts. Det ska noteras att den nya styrelseordföranden, som tillsatts 2013, då redan hade tvingats avgå sedan en ny extern granskning 2014 på nytt pekat på jävsproblematik.⁴¹ Även produktionsdirektören och sjukhusdirektören hade tvingats avgå på grund av den kraftiga mediala kritiken. Att alla dessa chefer – och styrelsen – hade genomfört förändringar som den styrande majoriteten i landstinget ville se spelade ingen roll. Den förlust av legitimitet som brotten mot förvaltningskontraktet medförde kunde inte vägas upp av den förskjutning från myndighet till företag som politikerna, genom sina utnämningar, hade eftersträvat.

AVSLUTANDE DISKUSSION

Den organisering som politikerna beslutade om i exemplen i detta kapitel kan sägas spegla en genomtänkt strategi för att skapa handlingskraft och momentum. Det gällde att se till att rätt personer hamnade på rätt ställen, men också att delegera besvärliga frågor nedåt i förvaltningen. Men exemplen påvisar också tydligt risken med en sådan strategi. Den önskvärda handlingskraften innebär inte bara en allmän nedtoning av olika demokratiska värden som insyn, öppenhet och deltagande. Risken

40. Det har funnits flera beslut under den studerade perioden som har kritiserats såsom jäv och skadat förtroende för sjukhuset, t.ex. när en ny ordförande tillsattes efter att den som tillträdde 2013 hade tvingats avgå. Den nya hade nämligen varit vd för ett läkemedelsföretag med nära kopplingar till KS. Vidare var KS upphandlingschef sedan 2009, som bl.a. hade godkänt upphandlingar och fakturor från BCG, gift med finanslandstingsrådet, som deltog i möten i landstingsstyrelsen när dessa upphandlingar diskuterades. Upphandlingschefen kom senare att avgå. Sjukhusets styrelse innehöll även en ledamot som var f.d. Nordenchef för BCG, och som också tvingades avgå efter mediegranskning. Landstinget menade att man behövde hålla ett ”respektfullt” avstånd till det i NKS-projektet djupt engagerade konsultbolaget (Andersson & Grafström 2020).

41. Revisorerna konstaterade att ordföranden fortfarande satt i bolagsstyrelser för privata vårdbolag, som bedrev vård i konkurrens med KS. Därmed ansågs det finnas risk för att ordföranden kunde utnyttja sin ställning och sin insyn i KS till förmån för vårdbolagen. Denna intressekonflikt kunde i sin tur skada förtroendet för KS (ibid., s. 30).

är också – vilket är poängen i detta kapitel – att ”förvaltningskontraktet” mellan politiker och tjänstepersoner slås ut, vilket i dessa fall fick långtgående konsekvenser.

Genom att inte visa respekt för den etablerade förvaltningen och använda den expertis och de erfarenheter som tjänstepersonerna där bar på skapade de styrande politikerna i exemplen ovan motsträviga och ovilliga förvaltningar. Den pragmatiska och realistiska inställning som politiker förväntas ha, där de lyssnar på och bemöter sakliga argument från förvaltningen, förelåg inte i de beslutsprocesser som skildras i dessa fall. Politikernas agerande ledde till misstänksamhet och avoghet bland berörda tjänstepersoner, där kunskaper, erfarenheter och samordningsvinster gick förlorade och där viktiga utredningars kvalitet försämrades, och där risken även ökade för att olika förslag skulle komma att motarbetas under genomförandet av de förvaltningar som inte fick vara med i utredningsarbetet.

Politikernas agerande kan som sagt begripas utifrån en önskan om att få fart i beslutsprocesserna, särskilt i de tidiga skeendena då initiativtagarna befarade ett nära förestående maktskifte. Det gällde därför att skapa distans till ”bakåtsträvarna” och dem med ”andra intressen och positioner” än dem som drevs av förespråkarna av ett nybygge. När det gäller olika politiska aktörer gjorde de ledande reformatörerna, med Ralph Lédel (M) i spetsen, här av allt att döma ett misstag, eftersom det under hela planeringsperioden fram till beslutet om att bygga det nya sjukhuset i april 2008 rådde partipolitisk enighet om att bygga nytt (Larsson & Sundström 2020).

En annan aktörsgrupp som reformatörerna befarade skulle bjuda motstånd och som de därför ville hålla på avstånd var ”professionen”, främst läkarna som kunde förväntas värna gamla strukturer i form av kliniker, avdelningar och sjukhus. Som vi ska se i nästa kapitel låg det en del i denna farhåga. Det kan emellertid diskuteras vad förespråkarna för nybygget vann på att hålla befintliga *förvaltningar* borta från kommandobryggorna. Som diskuterades i inledningen till detta kapitel är det betydande skillnader mellan anställda längre ner i förvaltningens serviceorganisationer (professionerna) och de högre upp i förvaltningshierarkin (organisationsföreträdarna).⁴²

42. Att dessa kan ha olika syn på en fråga, och att de agerar utifrån vitt skilda

Förvaltningsforskningen visar att högre tjänstepersoner sällan motverkar idéer och förslag från överordnade politiker. De må ha personliga övertygelser och viljor som pekar i annan riktning, men de är i regel kapabla att bortse från dessa. Däremot ingår det i deras lojalitet att se till att politikernas idéer och förslag genomförs på ett så bra sätt som möjligt. Det kan betyda att idéer och förslag måste justeras för att skapa politiska majoriteter eller för att passa tidigare överenskommelser, beslut, regelverk och budgetrestriktioner. Ibland kan sådana justeringar vara svåra att göra och då är det viktigt med fungerande kommunikationskanaler mellan förvaltningen och politikerna där de båda parterna kan diskutera hur frågan ska tas vidare. Utestängningsstrategier kan här få förödande konsekvenser. Som påpekades inledningsvis i detta kapitel kan mer långtgående idéer och förslag också behöva malas en stund inom förvaltningen så att de gradvis kan "översättas" och begripliggöras utifrån erfarenheter och hävdvunna synsätt inom förvaltningen.

Allt detta justerande och malande kan upplevas som frustrerande för politiker som vill få igenom reformer skyndsamt. Poängen här är dock att detta justerande och malande inte i första hand handlar om att förvaltningen är "bakåtsträvande" och "förändringsobenägen", eller att den har andra "intressen" eller intar andra "positioner" än den politiska ledningen, vilket är en central utgångspunkt i den förvaltningsforsknings-tradition som kallas *public choice* (Downs 1967; Niskanen 1971) – och som vi vänder oss emot (se kap. 3). I stället handlar det allt som oftast om att den är noggrann och att det tar tid att åstadkomma nödvändiga förändringar av etablerade synsätt. Visst kan det finnas enstaka tjänstepersoner som agerar utanför normen och avsiktligt motarbetar politikernas förslag (O'Leary 2010), men normalt försöker förvaltningen se till att de reformer som politikerna vill se effektuerade blir så bra som möjligt, inte minst för att politikerna ska slippa att hamna i blåsväder.

Omsatt till exemplen i detta kapitel är det alltså troligt att de förvaltningar som utestängdes hade varit betydligt mer, och över tid också hade blivit alltmer, beredvilliga att hjälpa politikerna att realisera sin vision av ett nytt sjukhus – om politikerna bara hade behandlat förvaltning-

identiteter och rolluppfattningar, är inte minst tydligt i fallet med NKS, där ledningen alltsedan sjukhusets öppnande har varit hårt kritiserad av den vårdande personalen (se kap. 12).

arna i enlighet med förvaltningskontraktet och visat dem den respekt som kontraktet föreskriver. Med en inkluderande strategi hade inte bara lokala perspektiv och kunskaper kunnat tas tillvara bättre, utan dessutom hade förutsättningarna stärkts betydligt för att skapa engagemang och legitimitet bland berörda förvaltningar, vilket i sin tur hade minskat risken för konflikter och motsättningar i senare skeden.

Detta kapitel visar också att organisatoriska sårbarheter som skapas för att ta hand om nya megaprojekt löper stor risk att ges en struktur som försvårar de anställdas möjligheter att leva upp till förvaltningskontraktet. NKS-förvaltningen är här ett tydligt exempel. Genom att inrätta en förvaltning – som inte bara organiserades på betydande avstånd från den etablerade förvaltningen, utan också kom att besättas med nyrekryterade och prestationsinriktade individer i början av sina karriärer – minimerade politikerna i praktiken möjligheterna för NKS-förvaltningen att leva upp till förvaltningskontraktet. I denna, från övrig förvaltning, avskärmade och höggradigt konsultberoende elitmiljö hade centrala förvaltningspolitiska värden som rättssäkerhet, insyn, offentlighet och deltagande svårt att få fäste. Detsamma kan sägas om de särskilda organisatoriska lösningar som präglade händelseutvecklingen efter 2012, då KS tog över stora delar av NKS-projektet. Att politikerna, helt bortom gängse sätt att organisera nämnder på kommunal nivå, menade att Nämnden för Karolinska (som då kallades styrelsen) skulle drivas ”i bolagslika former”, och dessutom 2013 utsåg en ordförande som såg KS som ett företag, och som ledde sjukhuset efter ideal hämtade från näringslivet, medförde betydande inskränkning av demokrativärdena.

12. Professionerna: pådrivare eller bakåtsträvare?

Martin Qvist

INLEDNING

NKS-projektet har varit föremål för omfattande kritik. Förutom kostnaderna har sjukhusets inriktning mot högspecialiserad vård och dess konsekvenser för sjukvårdssystemet i stort varit särskilt omdebatterade. Inte minst har kritiken kommit från hälso- och sjukvårdens professioner: läkare och sjuksköterskor inom Stockholms sjukvård. Professionernas medverkan är central för hela Nya Karolinska Solna (NKS) eftersom den rör en viktig del av projektets legitimitet: dess förankring och stöd bland dem som är verksamma i sjukvården. Frågan som det här kapitlet undersöker är därför vilken roll och vilket inflytande professionerna har haft i beslutsprocessen bakom NKS.

I mediedebatten har en återkommande kritik varit att Stockholms läns landsting (SLL) och dess politiska ledning inte har lyssnat på professionen och inte tillräckligt beaktat dess expertis. Ofta framträder bilden av ett konfliktförhållande mellan politiker å den ena sidan och professionerna å den andra, där en viktig orsak till problemen som kommit att förknippas med NKS är att professionerna inte tilläts vara tillräckligt delaktiga i planerings- och beslutsprocesserna.

Samtidigt är det svårt att säga att läkare och annan sjukvårdspersonal har varit frånvarande i planeringsarbetet. Från och med 3S-utredningen 2003–2004, via NKS-kansliet och NKS-förvaltningen, till planeringen av driftsättningen på det nya Karolinska universitetssjukhuset (KS) har mängder av workshops, samråd, hearings, seminarier och andra aktiviteter hållits, där tusentals professionsföreträdare har medverkat under årens lopp. Denna bild lyfts ofta fram av personer som haft ledande befattningar eller nyckelroller i processen bakom besluten. Dessa projektledande personer har dessutom oftast haft en professionsbakgrund själva, i regel som läkare.

De två bilderna kan framstå som oförenliga, men är på sätt och vis båda riktiga. De har samtidigt det gemensamt att de ger en förenklad förståelse. För att besvara frågan om vilket inflytande professionerna har haft över planeringen av NKS måste vi gå på djupet och, för det första, undersöka när i tiden professionsföreträdare har kunnat påverka processen. Det är till exempel en stor skillnad mellan att tidigt vara med och påverka utformningen av olika lösningar och att komma in sent och ställas inför ett färdigt förslag. För det andra måste vi undersöka under vilka förutsättningar professionsföreträdare har medverkat – vilket mandat och handlingsutrymme de har haft att påverka planeringsarbetet.

Slutligen behöver vi identifiera vilka kategorier eller grupper av professionsföreträdare som har medverkat i processen. Hälso- och sjukvården omfattar olika yrkesgrupper, framför allt läkare och sjuksköterskor, vars intressen och möjligheter till inflytande kan skilja sig åt betydligt. Läkarprofessionen är känd för att genom sitt kunskapsmonopol besitta en betydande makt över hälso- och sjukvården (Freidson 1986). Rent teoretiskt skulle dessutom varje medicinsk specialitet kunna ses som en egen profession och emellan dessa specialiteter finns betydande intressekonflikter kring resurser och status (Anell 2007). Vidare innefattar professionen inte bara de läkare och sjuksköterskor som ”jobbar på golvet” i sjukvården, dem vi kanske först tänker på när vi hör begreppet profession i en hälso- och sjukvårdskontext. Professionsföreträdare återfinns bland annat som klinikchefer, sjukhuschefer, som forskare, som konsulter, som företagare och i olika roller i privata bolag, samt som tjänstepersoner på landstinget.

Kapitlet inleds med en diskussion om professionsbegreppet, hur professionernas sammansättning och förutsättningar har förändrats över tid, samt hur vi kan identifiera olika kategorier av professionsföreträdare i analysen av NKS-processen. Analysen är sedan indelad i två delar där den första undersöker förutsättningarna för professionernas medverkan i NKS-projektet för att besvara frågorna om när och med vilket mandat de har kunnat påverka. Den andra delen undersöker frågan om vilka från professionerna som har haft inflytande och belyser betydelsen av professionella eliter i planeringsprocessen. Dessa två delar ligger sedan till grund för en avslutande diskussion om professionernas inflytande över projektet.

PROFESSIONER OCH PROFESSIONELLA ELITER

Hälso- och sjukvården utmärks, i jämförelse med andra politikområden, av att vara svår att styra politiskt (se Anell 2007; Berlin & Kastberg 2011; Blomqvist 2007; Öhrming 2008). Professionernas makt, och då främst läkarprofessionens, är en viktig förklaring till denna ”svårstyrbarhet” som bland annat yttrar sig i att den externa styrningen kan få svårt att få genomslag i verksamheten. Vården är en fråga som engagerar medborgarna samtidigt som professionerna tenderar att argumentera utifrån det gemensamma bästa och patientens perspektiv, vilket kan skapa en kraftfull motkraft till politiska initiativ. Politikerna är därför i betydande grad beroende av professionernas stöd för att lyckas med sina reformer (Dickinson & Pierre 2016).

Professioner kännetecknas av en drivkraft att upprätthålla autonomi och ett kollegialt självstyre inom ett yrkesområde. Enligt en klassisk definition utmärks en profession av att, till skillnad från andra yrkesgrupper, ha en exklusiv rätt att kontrollera det tekniska innehållet och organiseringen av arbetet, samt vem som har rätt att utöva yrket (Larson 1977). Den professionella autonomin garanteras av staten som ger yrkesgruppen en upphöjd status, vilket också skapar ett kunskapsmonopol som skyddar gruppen mot inblandning och kunskapsanspråk utifrån (Burau 2016; Freidson 1986, 1988; Saks 2012). Detta kunskapsmonopol rör främst det tekniska innehållet, till exempel en medicinsk specialistkompetens. På basis av denna expertis gör dock professioner också ofta anspråk på politisk autonomi, det vill säga rätten att ha kontroll över viktiga policybeslut – i det här fallet inom hälso- och sjukvården (Elston 1991).

Denna traditionella bild av professioner har emellertid kommit att förändras under de senaste decennierna mot bakgrund av de omfattande reformer som har genomförts inom offentlig sektor. Inom hälso- och sjukvården har framför allt de marknadsinspirerade reformer som genomförts sedan 1980-talet haft stor betydelse. Det professionella arbetet har underkastats en mängd nya former av kontroll, uppföljning och managementstyrning (Evetts 2003; Kirkpatrick m.fl. 2015; Kuhlmann m.fl. 2016). Forskare har ibland kopplat denna utveckling till en risk för avprofessionalisering, men mer sentida professionsforskning betonar snarare att det sker en transformation av professionerna där auto-

nomin och kontrollen över arbetets innehåll i stor utsträckning består, men där förutsättningarna för arbetet förändras (se t.ex. Waring 2014). Detta tar sig exempelvis uttryck i ökad administrativ börda för vårdpersonal och att det professionella arbetet har kommit att bli starkare kopplat till de organisationer som de professionella arbetar inom (Battilana 2011; Evetts 2011). Än mer betydelsefullt för analysen här är att transformationen har inneburit en ökad intern skiktning, eller stratifiering, av professionerna. Den amerikanske sociologen Eliot Freidson (1994) har pekat på betydelsen av en framväxande medicinsk elit bestående av forskare och doktorer som går in i ledarskapsbefattningar i sjukvårdsorganisationerna. Senare forskning har beskrivit fenomenet med professionsföreträdare som intar ledande positioner i organisationer i termer av en "hybridprofessionalism" som kombinerar olika yrkesidentiteter (Noordegraaf 2015).

Medan grupper av elitprofessionella får ökad makt i förhållande till de praktiserande läkarna "på golvet", bidrar de samtidigt till att skydda den professionella autonomin från yttre påverkan. Professionen består, men i en förändrad och mer stratifierad form för att passa in i en ny marknads- och organisationskontext. Den professionella eliten kan i detta sammanhang placeras i skärningspunkterna mellan professionen och dess omvärld – dessa företrädare befinner sig i gränslandet mot staten, marknaden och akademien och hanterar professionens relationer med dessa olika sfärer (Waring 2014). De kan ibland fungera som "medlare" (Waring 2014) och "tvåvägsfönster" (Llewellyn 2001) mellan professionen och externa aktörer. Hur framgångsrika de är kan dock skilja sig åt mellan olika kontexter. Till exempel pekar vissa forskare på att lojaliteten med professionens gemensamma intressen inte kan tas för given och att dessa eliter i stället kan komma att tjäna externa intressen (t.ex. Coburn m.fl. 1997).

Överfört till NKS-fallet kan man ur det professionsteoretiska perspektivet se detta som en process som ägde rum just i gränslandet mellan profession, marknad, akademi (främst i form av KI) och stat (eller närmare bestämt landstinget i Stockholm). Detta gör också att vi teoretiskt kan förvänta oss att företrädare för den professionella eliten har spelat en betydelsefull roll. Det gör det fruktbart att använda begrepp från professionssociologin för att försöka identifiera olika typer av professionsföreträdare i processen.

Basen för professionerna utgörs av *praktikerna*, de kliniskt verksamma läkarna och sjuksköterskorna, *the rank-and-file of medicine* (Freidson 1994). Med hjälp av den brittiske sociologen Justin Waring (2014), som har förfinat Freidsons kategorier över medicinska eliter, kan vi identifiera tre med särskild betydelse i planeringen av NKS-projektet. Den första är en *kunskapselit* bestående av ledande företrädare kopplade till akademien, i det här fallet främst Karolinska Institutet (KI). Den andra är en viktig grupp av personer med medicinsk bakgrund i olika ledande befattningar, både på sjukhusnivå och inom landstinget, som kan ses som en del av en *ledningselit* (*management elite*). Den tredje var framför allt framträdande under NKS-förvaltningens tid och benämns som en *praktikerelit* – personer som till vardags är en del av den kliniska praktiken, men som av olika skäl lyfts upp till en mer exklusiv position, oftast på basis av deras särskilda expertkunskap eller praktiska erfarenheter.⁴³

I analysens första del behandlas frågorna om när i tiden och med vilket mandat professionsföreträdarna gavs möjlighet att påverka processen. Här är professionernas dragning mot att bevara kunskapsmonopolet och upprätthålla gränser mot externa kunskapsanspråk en central utgångspunkt. I analysens andra del fokuseras i stället vilka delar av professionerna som haft inflytande över processen och här används kategoriseringen av olika professionella eliter som ett analytiskt redskap.

NÄR OCH HUR HAR PROFESSIONERNA KUNNAT PÅVERKA BESLUTSPROCESSEN?

Att involvera dem som berörs av ett bygg- eller förändringsprojekt är ofta en uttalad strategi i planeringsprocesser. Det viktigaste motivet till detta är att delaktighet och inflytande i planeringen kan skapa bättre legitimitet och förankring av beslut (Bryson m.fl. 2013; Edelenbos & Klijn 2006). Involvering av intressenter kan också göra att konflikter

43. En annan kategori som Waring (2014) identifierar är en "marknadselit" (*corporate elite*), bestående av professionsföreträdare som sitter på viktiga poster i näringslivets organisationer. Det finns tydliga exempel på detta även i NKS-fallet, bl.a. enskilda KI-medarbetares engagemang i olika bolag kopplade till värdebaserad vård. Denna elitkategori kommer dock inte att bli föremål för närmare analys i detta kapitel, eftersom det fokuserar på professionernas inflytande över själva planeringsprocessen och inte på bakgrunden till konceptet värdebaserad vård.

och missnöje kan luftas och hanteras under konstruktiva former och i bästa fall också påverka problemförståelser och utformning av lösningar. Detta gäller inte minst planeringen av megaprojekt som kännetecknas av sin genomgripande karaktär. Sådana kan å ena sidan skapa stor uppslutning och intresse från olika aktörer, men å andra sidan skapa motstånd och missnöje bland medborgare och olika organiserade intressen (Flyvbjerg m.fl. 2003; Van Marrewijk m.fl. 2008). Vissa planeringsforskare framhåller också att själva kvaliteten på beslutsfattandet förbättras när det sker i samverkan med berörda parter, då dessa aktörers lokala kunskap och erfarenheter är en viktig resurs i planeringsarbetet som kan skapa mer situationsanpassade lösningar (Innes & Booher 2010).

I megaprojekt utgörs intressenterna ofta av medborgargrupper, närboende, näringslivsintressen och olika civilsamhällesorganisationer. För NKS var detta dock inte riktigt fallet. Lokaliseringen av sjukhuset i utkanten av KS befintliga tomt och det ännu ej ombyggda Norra stationsområdet gjorde att få närboende påverkades. Den nya stadsdelen Hagastaden med bostäder och kommersiella fastigheter planerades parallellt med sjukhuset och här fanns det starka näringslivsintressen, både från byggherrar och olika företag kopplade till life science (Smas 2020). När det gäller planeringen av själva sjukhuset utgjorde i stället professionerna den viktigaste intressentgruppen – vilket alltså är något som utmärker detta megaprojekt i jämförelse med andra stora byggen (se kap. 2). De som berördes mest var naturligtvis den stora gruppen av *praktiker*, verksamma vid KS, men också KI-forskare och sjukvårdspersonal vid andra sjukhus och vårdgivare som direkt eller indirekt påverkades av planerna på strukturförändringar i Stockholms sjukvård.

Möjligheter till påverkan i processens olika skeden

När i en process intressenter ges möjlighet att delta är av avgörande betydelse för vilket inflytande de kan ha över besluten. Inom planeringsforskning är det ett välkänt fenomen att aktörer ofta snabbt låser sig vid vissa konkreta eller rentav tekniska lösningar. Detta gör att det ofta är viktigt att intressenter tillåts delta tidigt i processen innan ledande beslutsfattare bestämt sig för ett visst alternativ. Om intressenter i stället kommer in efter att avgörande val redan är gjorda skapas ofta en situation där intressenternas roll blir att ställa beslutsfattarna till svars, snarare än att bidra med sin lokala kunskap i identifiering

av problem och utformning av lösningar. Dessa kan också uppleva att deltagandet främst handlar om att skänka en symbolisk legitimitet åt i praktiken redan fattade beslut. Litteraturen om megaprojekt betonar särskilt vikten av de tidiga planeringsskedena. I linje med den narrativa beslutsmodellen (se kap. 3) har forskare förordat vikten av flexibilitet och anpassningsförmåga (Miller & Lessard 2001) och att inledningsvis föra planeringsdiskussionerna på en mer konceptuell och övergripande nivå (Samset 2009). Genom att ge tid och utrymme för konkurrerande berättelser i de tidiga skedena minskas risken för att specifika lösningar låses fast (allt)för tidigt.

I fallet med NKS är det tydligt att det saknades denna typ av övergripande och konceptuell diskussion med företrädare för professionerna (se Johannesson & Qvist 2019). I den inledande SNUS-utredningen var direktiven smala och tidsramarna snäva: den pågick endast i ett halvår och drevs av en mindre grupp tjänstepersoner. I stället för en bred inkluderande process med olika intressentgrupper inhämtades synpunkter från olika professionsföreträdare genom enskilda intervjuer. Detta förfarande gjorde att tempot kunde hållas uppe och att diskussioner förreträdare emellan inte tilläts ta plats inom ramen för utredningen. De personer som intervjuades var dessutom i regel namnkunniga forskare och chefer inom sjukvården.

Det var först i 3S-utredningen som processen öppnades upp för en bredare aktörssamverkan. Bland de personer som drev 3S betonades särskilt inkluderingen av verksamhetsföreträdarna i planeringsarbetet: ”Det är professionens utredning”, som en av de ledande tjänstepersonerna uttryckte det (Johannesson & Qvist 2019, s. 28). Vid det här laget var dock inriktningen för projektet och lokaliseringen av sjukhuset i praktiken redan fastställda. 3S handlade i stället till största del om att beskriva och ta fram ett förslag på en reformerad sjukvårdsstruktur i Stockholm, anpassad till det smalare och mer högspecialiserade uppdraget för det nya universitetssjukhuset i Solna. Den övergripande och konceptuella inriktningen för projektet var inte längre öppen för professionsföreträdarna att diskutera:

Bollen var ju redan i rullning [...] något avgörande inflytande kan man inte säga. Däremot har vi suttit i samverkansgrupper och fått lämplig information presenterad för oss. Själv satt jag ju

som sagt på NKS-kansliet och påpekade många gånger att sjukhuset måste byggas mer funktionellt, vi måste exempelvis ha en matsal, jour-rum, vi måste ha fungerande arbetsplatser. Inget av det har man ju lyssnat på (facklig representant).

Citatet ovan, från en representant för Läkarföreningen vid KS, ger uttryck för den typ av symbolbetonat deltagande som diskuterades ovan. Både i 3S och i senare workshops och arbetsgrupper under NKS-kansliet var det framför allt inom respektive specialitet som professionsföreträdarna gavs utrymme att framföra synpunkter. Kritiken i citatet mot att man inte lyssnade in olika synpunkter ska också ses i ljuset av att informanten i grunden förespråkade ett bredare uppdrag för sjukhuset, medan den redan inslagna vägen var ett högspecialiserat spetsjukhus.

En annan försvårande omständighet för att åstadkomma en bredare involvering av professionsföreträdare var att frågan om verksamhetsinnehållet vid NKS hölls öppen långt in i processen (se kap. 8; Öhrming 2017). Detta gjorde att det länge var oklart hur projektet skulle påverka enskilda individer och verksamheter. Före beslutet om att bygga 2008 var det heller inte självklart att projektet alls skulle bli av. I dessa inledande skeden fanns dessutom andra, mer omedelbara frågor som upptog sjukvårdspersonalens uppmärksamhet, främst sammanslagningen av KS i Solna och Huddinge sjukhus.

Det var först långt senare – efter att NKS-förvaltningen lades ner i slutet av 2011 och planeringen gick över till KS – som frågan om verksamhetsinnehållet blev fullt ut påtaglig för vårdens personal. Även under den perioden genomfördes ett stort antal workshops för personalen på KS, men då i regi av Boston Consulting Group (BCG) (Andersson & Grafström 2020). Även om detta gav möjlighet till delaktighet och visst inflytande, var anlitandet av konsulter från näringslivet också ett försök från sjukhusledningens sida att bryta professionens makt och inflytande över sjukhusets organisation, som ett led i att öppna för den nya verksamhetsmodellen (se även kap. 7).

Frågan om verksamhetsinnehållet speglar ett generellt dilemma för involveringen av intressenter i planeringsprocesser. Det är ofta när ett förslag kommer i ”skarpt läge” och konsekvenserna står klara som dessa aktörer mobiliseras. Om processen tidigare upplevs som att den har drivits ”uppifrån” kan det skarpa förslaget ge upphov till ”motståndsidan-

titeter” där personer med ibland vitt skilda utgångspunkter förenas i en kritik mot projektet (Hajer 2003). Att involvera intressenter tidigt syftar till att kanalisera detta engagemang när möjligheterna att påverka är större men förslaget samtidigt är mer abstrakt och svårare att ta ställning till. Detta innebär att det i regel krävs en aktiv och uttalad strategi för att skapa förutsättningar för tidig intressentsamverkan, då dessa intressen inte nödvändigtvis mobiliseras spontant under den initiala perioden av planering (Hajer 2003; Innes & Booher 2010).

Mandat och handlingsutrymme att påverka

Genom sina anspråk på kunskapsmonopol utgör professioner en komplicerad kategori av intressenter att involvera i planeringsprocesser. Landstingets djärva ambitioner att stöpa om KS organisation, i syfte att göra den mer styrbar, skulle givetvis leda till reaktioner och motstånd. Det fanns farhågor från landstingets sida om att en alltför inkluderande och öppen process skulle köra fast projektet i intressekonflikter mellan olika sjukhus och specialistinriktningar (Johannesson & Qvist 2019). Bristen på intressentsamverkan i de tidiga skedena kan ses mot denna bakgrund. Men utöver frågan om när under processen öppningar för deltagande sker, är det också centralt att studera vilka möjligheter till påverkan som faktiskt ges vid dessa tidpunkter.

För professionsföreträdarnas mandat och handlingsutrymme finns ett återkommande mönster genom hela NKS-processen. Under såväl 3S-utredningen som NKS-kansliet och NKS-förvaltningen bjöds professionsföreträdare framför allt in på basis av sin expertis, som företrädare för en specialitet, snarare än som företrädare för en organisation eller klinik. Detta var exempelvis tydligt i 3S där en viktig del av arbetet var att försöka avgöra vilka delar av vården som kunde ses som högspecialiserad, specialiserad respektive bassjukvård:

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

och slår vakt om sitt sjukhus och budget och sådana saker, det är två olika perspektiv (tjänsteperson, SLL).

Strategin att bjuda in representanter i egenskap av företrädare för en specialitet kan på ett sätt ses som ett försök att skapa en mer förutsättningslös dialog som inte stannar vid att aktörerna bevakar egna organisationsintressen av exempelvis resurser (jfr Innes & Booher 2010). Samtidigt gjorde det att diskussionen fördes inom ganska snäva ramar. Man förde samman företrädare för samma specialitet som gavs utrymme att diskutera framtida behov och förutsättningar inom specialiteten. Detta innebar att de mer övergripande inriktningsfrågorna inte blev föremål för en bredare dialog.

Mandatet att som expert företräda sin specialitet var en strategi från projektledningens sida för att undvika låsningar och konflikter som bottnade i organisationsintressen. Samtidigt har professionerna en intern drivkraft att slå vakt om sin specialitet eller sitt specifika kunskapsområde. Upplägget för intressentsamverkan att skapa en rad olika grupper med företrädare för samma specialitet återkommer i NKS-kansliet och på NKS-förvaltningen. Även om upplägget skapade vissa begränsningar för möjligheterna till inflytande, innebar det också ett bejakande av den professionella autonomin.

DE PROFESSIONELLA ELITERNAS ROLL

Att bredare involvering av professionsföreträdare skedde relativt sent i processen och att mandatet att påverka främst baserades på specialistkompetens innebär inte att professionsföreträdare har saknats i processens andra delar, eller att de inte har haft en avgörande betydelse. Tvärtom har projektet i betydande avseenden både initierats och letts av personer med medicinsk bakgrund. Men det är i första hand företrädare som kan ses som en del av den professionella eliten som har haft dessa ledande roller. Det har varit en strategi från landstingspolitikernas sida att utse ledande professionsföreträdare till utrednings- och projektledare och att ge dessa personer relativt fria tyglar att organisera och utforma planeringsarbetet. Tanken var att de skulle fungera just som "tvåvägsfönster" mellan professionerna och landstingsledningen, genom att åtnjuta förtroende via sin professionella status.

Även de företrädare som har medverkat i projektarbetet, som till exempel har bidragit med underlag eller medverkat vid workshops och andra aktiviteter, har ofta tillhört en elitkategori av professionella med ledningsuppdrag eller positioner som forskare.

Professionella som policyentreprenörer

Även om NKS har varit ett politiskt projekt som landstingspolitikerna använt för att åstadkomma förändring i Stockholms sjukvård, har det samtidigt varit ett projekt där initiativ och framför allt själva idéerna bakom har förts fram av professionsföreträdare med läkar- och forskarbakgrund. Som beskrevs i kapitel 4 var det i hög grad KI med dess dåvarande rektor i spetsen som låg bakom det koncept som senare utvecklades till NKS. I teoretiska termer kan vi tala om att det har funnits en drivande *kunskapselit* som såg en möjlighet att skapa ett sjukhus i världsklass för att stärka den svenska medicinska forskningen. Dessa professionsföreträdare kan ses som ett exempel på policyentreprenörer som vid rätt tillfälle utnyttjade ett möjlighetsfönster i landstingspolitiken som öppnades genom att kostnaderna för de omfattande renoveringsbehoven vid gamla KS blev kända (Johannesson & Qvist 2020). Det var personer i denna akademiska miljö som tog initiativ till att organisera forskning i nätverk kring olika ledande centrumbildningar. De har fungerat som vägvisare i att peka ut internationella förebilder och har genom sina kontaktnät möjliggjort besöksresor runt om i världen.

Denna kunskapselit var framför allt inflytelserik under de tidiga skedena i processen och i att driva idéer om världsklass, nätverksorganisering och högspecialiserad vård. I den senare delen av processen finner vi också exempel på att enskilda forskare fungerade som policyentreprenörer för att sprida konceptet med värdebaserad vård (se Andersson & Grafström 2020). Däremot har professionsföreträdare i mycket liten utsträckning varit inblandade i diskussionerna om offentlig-privat samverkan (se i stället kap. 13).

Professionella i ledande roller

En annan kategori som haft stor betydelse för NKS-projektet är personer med läkarbakgrund som innehade ledande befattningar i projektorganisationen och i Stockholms sjukvård. Dessa "hybridprofessionella" (Noordegraaf 2015) kan ses som företrädare för en medicinsk

ledningselit. Från det att SNUS-utredningen satte igång 2001 till att NKS-förvaltningen lades ner 2011 projektleddes processen av personer med medicinsk bakgrund. Exempelvis var chefen för NKS-kansliet och NKS-förvaltningen en ledande neurokirurg som rekryterades från Uppsala, vilket ansågs fördelaktigt ur neutralitetssynpunkt i förhållande till olika sjukvårdsorganisationer i Stockholm.

Vad som är utmärkande för denna kategori av professionella är att de i många skeden under processens gång befinner sig på olika sidor i en rad konfliktfrågor. Detta speglar att den medicinska ledningseliten kombinerar sin professionella identitet med en organisationslojalitet. På så vis kunde exempelvis projektledningen för SNUS förespråka ett nybyggnadsalternativ medan ledningen för "gamla" KS verkade för att det i stället skulle ske en renovering av det befintliga sjukhuset. Relationen mellan KS och NKS-förvaltningen präglades också av konflikt och misstro, med ledande professionsföreträdare på båda sidor.

Inom NKS-förvaltningen fanns även exempel på företrädare för det vi kan kalla en *praktikerelit*, personer som är kliniskt verksamma men som genom sin kompetens eller erfarenhet förses med någon typ av förtroendeuppdrag (jfr Waring 2014). Inom förvaltningen anställdes ett antal handplockade yngre disputerade specialister från Karolinska för att driva arbetet med en rad medicinska teman för den nya organisationen (Öhrming 2017, s. 50). Dessa så kallade "20-procentare" var läkare som fick tjänstledigt från KS för att arbeta deltid i NKS-projektet och där bistå med sin kompetens. Dessa personer kunde potentiellt sett ha utgjort en länk, eller brygga, mellan NKS-förvaltningen och KS. Detta visade sig bli en svår uppgift, och i praktiken kom de mer att uppfattas som representanter för NKS-förvaltningens arbete än för KS (Andersson & Grafström 2019).

Att NKS-processen hade aktörer med skilda organisationslojaliteter är en viktig förklaring till att professionella intog olika positioner i den. Under bland annat NKS-förvaltningens tid försökte projektledningen att "neutralisera" organisationstillhörighetens betydelse genom att betona expertis och specialitet. Att man sedan misslyckades med att förankra planerna för det nya sjukhuset hos professionerna hänger samman med att man underskattade betydelsen av organisationslojalitet och inte gav utrymme åt att hantera intressemotsättningar mellan organisationer i Stockholms sjukvård.

En annan anledning till att dessa kategorier av ledande professionella kunde inta diametralt olika ståndpunkter är att det var i frågor om vårdens organisering och lokaliseringen av sjukhuset. Kring dessa frågor råder det inte konsensus inom professionerna och det går heller inte att falla tillbaka på den medicinska sakkunskapen för att få svar. Med andra ord kan båda sidor säga sig vilja värna professionen och professionens autonomi, men vara oense i hur detta görs bäst.

Även om professionsföreträdare ofta utsågs att leda förändringsarbetet, fanns också undantag. Detta gäller framför allt i fallet med den nya verksamhetsmodellen som drevs av BCG. Som nämndes ovan fanns ambitionen att dessa konsulter skulle bidra med nytänkande och bryta upp gamla strukturer. Samtidigt är detta ett tydligt exempel på hur professionen konfronteras med kunskapsanspråk utifrån. Den nya modellen aktualiserade också den hierarkiska ordningen mellan läkar- och sjuksköterskeprofessionerna då den innehöll förslag att stärka sjuksköterskornas inflytande. Förslaget var att inrätta en särskild chefstjänst för sjuksköterskorna, omvårdnadschefer, som skulle stå på samma nivå som de medicinskt ansvariga cheferna, det vill säga läkarna. Detta förslag möttes med kritik från läkarföreningens sida och överlag fanns ett stort motstånd mot modellen från de kliniskt verksamma läkarna. Förespråkarna bland läkarprofessionen var främst enskilda elitprofessionella som var involverade i företagen och organisationerna bakom värdebaserad vård (se kap. 7).

AVSLUTANDE DISKUSSION

Detta kapitel visar att professionsföreträdare har varit ledande i alla skeden av NKS-processen och också befunnit sig på olika sidor i intressekonflikter. Detta speglar att professionerna är en högst heterogen aktörskategori. Frågan om att inkludera praktikerna kan liknas vid involveringen av medborgare i olika samrådsprocesser. Denna kategori av professionella hade dock begränsade möjligheter till inflytande, framför allt i de inledande skedena. Men även senare, då öppningar för deltagande skedde, har praktikernas medverkan främst handlat om att påverka planeringsarbetet inom ramen för den egna specialiteten.

Att öppna för ett bredare deltagande i tidiga planeringsskeden, och att skapa förutsättningar för detta, är ett viktigt sätt att försöka stärka

legitimiteten för stora projekt (Hajer 2003; Innes & Booher 2010; Samset 2009). Ett annat är att bygga in anpassningsförmåga och flexibilitet för att undvika att de viktiga besluten ”redan är tagna” när olika intressenter kommer in i bilden (Miller & Lessard 2008). Ett större mått av deltagande gör att frågan om vilka företrädare som bjuds in får avgörande betydelse. I regel skapas ett behov av att verka genom representanter för olika organiserade intressen. I fallet med professionerna gäller detta ofta företrädare ur den medicinska eliten.

De professionella eliterna har varit inflytelserika under olika delar av NKS-processen. *Kunskapsföreträdare* från KI hade en framträdande roll i de tidiga skedena där flera personer ur denna medicinska elit var viktiga policyentreprenörer för idéerna bakom NKS. *Ledningseliten* var betydelsefull genom hela processen, inte minst för hanteringen av de kontroversiella frågorna kring verksamhetsmodell och verksamhetsinnehåll. Under en period vid NKS-förvaltningen fanns vid sidan av denna ledning även en *praktikerelit* som hade en liknande roll att driva utvecklingsarbetet på basis av sin expertis, med målet att samtidigt fungera som en brygga mellan projektet och den befintliga verksamheten.

Det kan diskuteras om den professionella eliten har verkat för att upprätthålla den professionella autonomin eller om den i stället har tjänat externa aktörers intressen. Det finns inget entydigt svar på denna fråga då professionsföreträdare ofta har att hantera både sin professionsidentitet och en organisationstillhörighet, det som den brittiska professionsforskaren Julia Evetts (2011) försökt fånga med begreppet *organizational professionalism*. Ett annat skäl till att professionsföreträdare kunde inta motsatta sidor är att projektet rör många genomgripande frågor, om alltifrån organisation och sjukhusledning till byggfrågor och fysisk planering. En profession bygger på en gemensam medicinsk kunskapsbas som framför allt rör innehållet i den kliniska och vetenskapliga verksamheten. På basis av denna expertis gör professioner också ofta anspråk på politisk autonomi, det vill säga rätten till kontroll över viktiga policybeslut som rör hälso- och sjukvård (Elston 1991). I en så komplex fråga som planerandet av ett megaprojekt kan dock den gemensamma medicinska kunskapsbasen ligga till grund för vitt skilda ståndpunkter om hur den professionella autonomin bäst upprätthålls.

NKS-projektet befinner sig i en skärningspunkt mellan profession, stat, marknad och akademi och åskådliggör de professionella eliternas

centrala roll för att förstå professioners inflytande över beslutsprocesser. Hur dessa elitföreträdare positionerar sig i förhållande till externa aktörer kan vara avgörande för vilka intressen och perspektiv som kommer till uttryck i processen. Deras framgång bygger på förmågan att kunna göra anspråk på att företräda intressena hos den breda basen av praktiker, men också förmågan att balansera professions- och organisationslojaliteter.

13. Managementkonsulterna: tjänare eller härskare?

Carl Yngfalk, Svenne Junker & Staffan Furusten

INLEDNING

Det är inte varje dag politiker och offentliga tjänstepersoner ställs inför uppgiften att sjösätta ett så stort och omfattande projekt som att bygga ett nytt sjukhus som ska vara funktionellt och toppmodernt och dessutom erbjuda sjukvård ”i världsklass”. Minnen och erfarenheter från när det skedde senast i Region Stockholm, flera decennier bakåt i tiden, saknades i början på 2000-talet. I fallet med Nya Karolinska Solna (NKS) fanns varken lagrad kompetens eller en kunskapsbank att utgå ifrån. Även om det inom regionen fanns god erfarenhet av att bedriva sjukvård var behovet av kunskap om innovativa byggprojekt och organisationsutveckling alltför stort. I regionens sökande efter sådan kunskap har managementkonsulter spelat en betydande roll i flera skeden av NKS-projektets framåtskridande. Managementkonsulternas inblandning i organiseringen av NKS är också en av de mest debatterade frågorna i medierna under senare år, vilket inte minst framgår av boken *Konsulterna: Kampen om Karolinska* av journalisterna Lisa Röstlund och Anna Gustafsson (2019). Det här kapitlet ägnas åt att diskutera och problematisera just managementkonsulternas funktion och betydelse i NKS-projektet för att därmed även kunna säga något om deras roll i styrningen av offentlig sektor generellt.

Vilken typ av kunskap som ligger till grund för beslut och handlingar i organisationer är avgörande för vad som uppfattas som lämpligt att göra. Det som anses gälla som kunskap, vilket i enlighet med den narrativa beslutsmodellen som beskrevs i kapitel 3 inte är givet på förhand, formar vad som uppfattas vara problem och utmaningar. Det sätter också ramarna för vilka lösningar som anses lämpliga och möjliga. Kunskap är alltså något som förhandlas fram och konstrueras över tid och kan förmå individer att fatta beslut och utföra handlingar som de annars ti-

digare inte har varit i stånd till. Vem som besitter kunskap i organisationer, genom vilka processer som den behandlas, diskuteras och utmanas och hur kunskapen kopplas till beslutsfattande är alltså viktigt att titta närmare på när det gäller att förstå de processer genom vilka inflytande och makt utövas i organisationer.

En utgångspunkt för diskussionen i det här kapitlet gäller maktrelationerna i det demokratiska systemet, där makten formellt ska ligga hos de folkvalda och i den mån hjälp från externa experter hämtas in så ska detta fungera som underlag för beslut som politiker tar. De folkvalda ska alltså, lite tillspetsat, vara "härskarna" och experterna "tjänare". Hur förhållandena har varit i praktiken för de här rollerna i NKS-projektet kan emellertid diskuteras. Det råder ingen tvekan om att konsulterna som aktörsgrupp på olika sätt understött förvaltningsorganisationen inom landstinget med expertis i flera av de mest fundamentala beslutsprocesserna för projektet. Om detta är detsamma som att de rakt igenom spelat rollen som tjänare är fortfarande osäkert. För att belysa denna problematik fokuserar vi här på frågor om vilken roll managementkonsulter har spelat och på vilka sätt detta har skett.

Kapitlet innehåller fortsättningsvis tre avsnitt. I det första diskuteras teorier om managementkonsulters funktion och betydelse i offentlig förvaltning. Därefter behandlas två processer i NKS-projektet i vilka managementkonsulter i hög grad fått rollen som förändringsagenter och idéskapare: att besluta om offentlig-privat samverkan (OPS) som upphandlingsmodell för NKS respektive att införa verksamhetsmodellen värdebaserad vård på det nya universitetssjukhuset. Avslutningsvis förs en mer generell diskussion om utmaningar och förändringar av en ökande andel managementkonsulter i offentlig förvaltning. Vi visar hur konsulterna intog en roll som härskare över kunskapen i landstinget, men även hur de kan anses ha representerat en alternativ typ av tjänare till den styrande politiken och dominanta ideologiska krafter, snarare än till landstinget som politisk välfärdsorganisation.

MANAGEMENTKONSULTER I OFFENTLIG FÖRVALTNING

Forskning visar på en kraftigt uppåtgående trend avseende närvaron av managementkonsulter i offentlig sektor sedan 1980-talets mitt. En innebörd av detta är att konventionella former för att bereda beslut i

offentlig sektor i ökande grad utmanas av kommersiella modeller som bygger på antaganden om marknaden som källa till effektivitet och innovation (t.ex. Mazza & Pedersen 2004; Furusten 2020; Furusten & Werr 2016). Aktuell forskning visar på en utveckling av vad som har kallats ”konsultokrati” i takt med att managementkonsulternas närvaro och inflytande över arbetsprocesser har ökat (Ylönen & Kuusela 2018). Konsultokrati betonar just omständigheterna som får organisationer att agera och fatta beslut i riktningar som inte nödvändigtvis ligger i linje med syftet för verksamheten (Kirkpatrick m.fl. 2019; O’Mahoney & Sturdy 2016). I en konsultokrati spelar managementkonsulter den viktiga rollen att sprida och skapa legitimitet åt idéer och beslut som inte utgör normen inom sektorn (Furusten 2020). De blir därmed centrala aktörer i att formulera och betona nya lösningar och problem och, i enlighet med den narrativa beslutsmodellen introducerad i kapitel 3, skapa och fastställa den dominerande berättelsen. Utifrån ett sådant perspektiv intar managementkonsulter i högre grad rollen som ”härskare”, snarare än att huvudsakligen bistå som ”tjänare” i att ta fram beslutsunderlag samt stödja tjänstepersoner och politiker i själva genomförandet av beslut.

I detta ljus framstår managementkonsulter som ”idéskapare” (Czarniawska-Joerges 1990, s. 148). En konsekvens är att managementidéer sprids inom offentlig förvaltning via indirekta former av maktutövande genom den expertis och expertstatus som managementkonsulter besitter (O’Mahoney & Sturdy 2016). Detta sker inte med nödvändighet i direkta ordalag där en viss specifik konsult, eller grupp av konsulter, framhäver sig själva och sin kunskap som *bättre* än den som organisationens medarbetare och beslutsfattare innehar. Snarare sker det genom konsekvent arbete över längre tid där scenarion för en framtid med andra utmaningar och därmed behov av andra innovativa organisationslösningar målas upp. Sådant arbete från konsulternas sida kan över längre tid minska förtroendet för vad konventionella verksamheter i offentlig sektor klarar av att åstadkomma. Konsulters inflytande får alltså inte bara betydelse för hur beslut bereds och tas, utan även vilka alternativ som lyfts fram på bordet och därmed ens är möjliga att behandla.

Forskning synliggör en utveckling mot att konsulter inte bara nyttjas för planering och genomförandet av större politiska reformer, utan även i större utsträckning involveras i beslutsprocesser av mer löpande

natur (Kirkpatrick m.fl. 2019). Managementkonsulter tillskrivs ofta hög status och makt i förändringsprocesser i offentliga organisationer, och även bredare i samhället, via den expertkunskap de antas representera i sakfrågor (Furusten 2013). Genom att agera från en ofta temporär och mer informell position än den som tjänstepersoner och politiker intar kan managementkonsulter dessutom delta i förändringsprocesser på ett annorlunda sätt. Den elitstatus som managementkonsulter tillskrivs i rollen som förmedlare av expertkunskap både minskar motstånd i beslutsprocesser och rättfärdigar alternativa slutsatser gentemot övriga intressenter (t.ex. Alvesson & Robertson 2006). Därmed är managementkonsulter också ett verktyg för organisationer som anlitar dem för att både skapa riktning och engagemang i specifika sakfrågor och utöva styrning i konfliktfyllda frågor. En central dimension i detta arbete är ansträngningar för att anpassa, justera och "översätta" generella managementidéer till varianter som ska kunna uppfattas som meningsfulla i klientorganisationerna (jfr Sahlin-Andersson & Engwall 2002). På dessa sätt är managementkonsulter viktiga aktörer, och förändringsagenter, stundtals med betydande inflytande på förändringsprocesser i offentlig sektor.

MANAGEMENTKONSULTER SOM FÖRÄNDRINGSAGENTER I NKS-PROJEKTET

Managementkonsulter har i egenskap av förändringsagenter stått i centrum i en rad beslutsprocesser i NKS-projektet. I det följande fokuserar vi på två av dem och analyserar hur konsulternas deltagande har påverkat beslut och förändringsarbete inom NKS-projektet. Managementkonsulterna har, genom att påverka det dominerande narrativet, koncentrerat uppmärksamheten på vissa idéer och praktiker som därigenom har skänkts större legitimitet, samtidigt som andra har nedtonats eller till och med motverkats. Detta ligger också i linje med idén om OPS som diskuterades i kapitel 9, där vi visade hur centrala beslut byggde på grundantagandet om marknadslösningar som effektivare än lösningar i offentlig regi.

Den första beslutsprocessen vi intresserar oss för här pågick som mest intensivt 2007–2008. Då var konsulter synnerligen involverade i vad som kan beskrivas som idealiseringen och legitimeringen av försla-

get att upphandla byggandet av det nya sjukhuset via OPS (se kap. 9). Den andra processen som diskuteras i det här kapitlet är konsulternas roll i att introducera och sprida idén om värdebaserad vård på Karolinska universitetssjukhuset (KS) och i arbetet med att planera för och motivera en omfattande organisationsförändring i linje med denna nya verksamhetsmodell, särskilt 2012–2014.

Idealisering av OPS 2007–2008

I juni 2008 togs beslutet att välja OPS som upphandlings- och finansieringsmodell för bygget av det nya sjukhuset, vilket bland annat innebär att en kommersiell aktör ersatte landstinget som finansiär, uppförare och förvaltare av sjukhuset. Att välja OPS framför den traditionella samverkansentreprenaden med så kallad partnering var ett beslut som inte var givet från start, vilket diskuterades mer ingående i kapitel 9, varför utgångspunkten 2005 var att en traditionell samverkansentreprenad borde användas för NKS-projektet snarare än OPS. Redan året därpå, 2006, fick frågan om OPS ny prioritet i sjukhusets projektorganisation. Den borgerliga landstingsledning som tagit över styret vände sig, som en av de ledande tjänstepersonerna i beslutsprocessen har uttryckt det, till "världsledande konsulter" inom området för att utvärdera OPS som ett alternativ. Anmärkningsvärt är att det i detta skede inte togs särskild hänsyn till vissa managementkonsulters relationer med byggindustrin på den internationella marknaden för OPS-projekt, och därmed deras intressen att driva utvecklingen av OPS som en generell finansieringslösning för offentliga byggprojekt i Sverige.

Uppdraget att utvärdera OPS som en alternativ lösning till samverkansentreprenad gick först till managementkonsultbolaget Öhrlings Pricewaterhousecoopers (PwC) på grund av deras tidigare erfarenhet av OPS i byggnationen av sjukhus i bland annat Storbritannien, och därefter till Ernst & Young (EY) för en fördjupad analys. Inom den dåvarande projektorganisationen för sjukhuset – NKS-kansliet, en del av landstingets förvaltning – märktes redan under 2006 de nya signalerna från den politiska ledningen om viljan att driva igenom en OPS-lösning. Det blev då uppenbart för många av deltagarna i projektet att konsulternas utredningsarbete inte primärt skulle undersöka förutsättningarna för OPS utan snarare skapa argument och motiv för en sådan lösning. Trots att uppdragsbeskrivningen till PwC föreskrev utvärdering av OPS som

en *alternativ* lösning skedde aldrig någon regelrätt jämförelse där även den konventionella modellen, samverkansentreprenad, analyserades och utvärderades i kontrast till OPS. Vid tidpunkten präglades samtidigt arbetssättet inom landstingsförvaltningen av samverkansmodellen, där det offentliga intar rollen som både finansiär och "byggherre".

Konsultbolaget PwC bedömde redan under sommaren och tidig höst 2007 att landstingets konventionella sätt att upphandla och driva projekt inte var förenligt med OPS, som framhävdes som något nytt, modernt och effektivt. Konsulternas uppdrag kom därefter i hög grad att handla om att förmå landstinget att "tänka om" kring rutiner och praktiker för projekthantering, som en av de inblandade konsulterna själv uttryckte det, i linje med de nya politiska signalerna om behovet av offentlig-privat samverkan, snarare än om att utreda och jämföra olika upphandlingsmodeller. I omställningsarbetet mot OPS låg fokus i första hand på risk- och ansvarsfördelning mellan den offentliga beställaren och det privata projektbolaget samt på att betona möjligheter till marknadsdriven effektivisering. En tjänsteperson på NKS-kansliet berättar att det var en utmaning för många av kollegorna att undvika att ifrågasätta konsulternas förespråkande av OPS, trots att det fortfarande fanns frågetecken kring modellen:

Och sen så var det ju rent praktiskt ganska drivet av konsulter som var duktiga på det här [...] Man vänder ju på så många frågor liksom, ansvar för olika saker, och helt plötsligt så ville man, från att vi skulle styra ganska många saker i en upphandling så ville man vända det så att vi inte skulle ta ansvar för saker. Utan det här ansvaret skulle istället ligga på projektbolaget och att man skulle ge dem väldigt mycket möjligheter för innovation (tjänsteperson, NKS-kansliet).

I oktober 2007 presenterade PwC sin slutrapport som på olika sätt framhöll behovet av flexibilitet, generalitet och elasticitet i finansieringsmodellen för NKS (PwC 2007). Det konstaterades att OPS med stor sannolikhet leder till en bättre konkurrenssituation till följd av stort internationellt intresse, och därigenom i förlängningen en ökad kostnadseffektivitet. I sammanhanget hänvisades till flera internationella sjukhusbyggen där OPS hade använts och där PwC också hade

varit delaktigt, särskilt två brittiska sjukhus vilka båda framhölls som föredömen. Trots den erfarenhet som fanns inom landstinget genom de tidigare nämnda landstingsutredningarna, som inte förespråkade en OPS-lösning för det nya sjukhuset, så beskrevs OPS överlag i närmast skönmålade drag av PwC-konsulterna som ett överlägset alternativ till samverkansentreprenad. Detta trots att det i utredningen alltså aldrig skedde någon regelrätt jämförelse mellan alternativen.

PwC:s arbete utgick i stort från vad som beskrevs som de goda förutsättningarna för en OPS i NKS-projektet. Konsulterna betonade inte minst hur man inom ramen för utredningsarbetet hade sonderat den internationella marknaden och funnit ett stort intresse hos potentiella anbudsgivare för en OPS-lösning för NKS. Konsulterna pekade dessutom strategiskt på behovet av att det klart och tydligt framgår för potentiella anbudsgivare att det finns goda möjligheter i framtiden för fler OPS-upphandlingar i Sverige; i vad som kan beskrivas som en marknadsskapande åtgärd kommunicerade konsulterna aktivt med potentiella anbudsgivare, där det tydligt framgick att det ideologiska skiftet i den svenska partipolitiken på regeringsnivå (från vänster till höger) sannolikt kommer att innebära nya OPS-möjligheter.

Betydelsen av konsulternas arbete illustreras ytterligare av att landstingsstyrelsen sedermera lyfte fram detta som en central del av sitt beslutsunderlag. Landstinget konstaterade bland annat att management-konsulterna identifierat flera svenska och internationella aktörer som visat intresse för att delta i en OPS-upphandling av det nya sjukhuset. Enligt konsulterna hade de tillfrågade entreprenörerna dock varit noga med att betona att det var av avgörande betydelse för huruvida man skulle inkomma med anbud att OPS-modellen hade en bred politisk uppslutning. Att det fanns stöd för OPS i staten såväl som i andra landsting och kommuner ansågs centralt för att företagen skulle kunna räkna med fler OPS-projekt på den svenska marknaden, vilket också skulle öka graden av konkurrens i upphandlingen. Legitimeringen av OPS-idén handlade redan från start om att framställa landstinget och NKS-projektet som en god affärsmöjlighet.

Konsulternas agerande framstår som drivande i en idealiserande process som steg för steg kom att ligga till grund för legitimeringen av OPS. EY, som anlätades efter PwC för att utföra ett kompletterande utredningsarbete, var exempelvis mån om att redan i sin offert till landstinget

påpeka att konsultfirmans uppdrag låg i att framställa en sorts *second opinion* av det arbete som genomförts av PwC. Konsultfirmans utredningsarbete kan beskrivas som ett relativt kortvarigt men intensivt arbete där det inte dröjde mer än tre månader mellan offerten i december 2007 och slutrapportering i mars 2008. I rapporten diskuterade EY uteslutande möjligheterna med OPS specifikt och avfärdade den kritik som uttryckts mot OPS gällande följderna av det ekonomiska läget 2008, som ansågs innebära en risk för färre anbud i upphandlingsprocessen. Bland annat framhölls att även om OPS som genomförandeform var relativt oprövad i Sverige så fanns ändå förutsättningarna på marknaden (mycket tack vare PwC:s tidigare arbete). Detta menade man borgade för goda möjligheter att få in flera bra anbud (EY 2008).

Men den slutgiltiga analys och de rekommendationer som presenterades i konsulternas slutrapport i mars 2008 skilde sig väsentligt från vad som framförts till projektledningen på NKS-kansliet i tidigare versioner av rapporten under januari och februari, visade det sig. Konsulternas initiala analys och rekommendationer hade ansetts vara ”för akademiskt” uppbyggda eftersom de hade en litteraturgenomgång och resonerande inställning till OPS, enligt involverade nyckelpersoner intervjuade i vår studie. Därför gick det första rapportutkastet inte hem hos ledningen på NKS-kansliet. Då EY, enligt egen utsago, initialt hade presenterat resonemang som inte lika tydligt förespråkade OPS för det nya universitetssjukhuset, utan även framhävde flera risker och problem, ändrade sig konsultfirman efter kritiken från NKS-kansliet och blev mer tydlig i sin positiva hållning till OPS. Att konsulterna här valde att tona ner sin initiala, mer kritiskt resonerande bedömning av OPS, för att därmed öka sannolikheten för framtida uppdrag i och kanske utöver NKS-projektet, menar vi ytterligare belyser deras kraftfulla aktörskap i legitimeringen av OPS-idén i projektet. Det visar också på hur konsulternas involvering i projektet kom att *definiera* men också till viss del *definieras* och drivas av den politiska ledningen. Hade utredningsarbetet i stället hanterats internt inom landstinget utefter konventionella, offentliga förvaltningsprinciper hade utfallet kanske sett annorlunda ut i hanteringen av kritiken.

Konsulternas arbete kom slutligen till uttryck i ett tjänsteutlåtande till landstingsstyrelsen i april 2008, undertecknat av landstingsdirektören och programdirektören för NKS-projektet. Här diskuterades för- och nackdelar med de bägge alternativen – OPS och samverkans-

entreprenad – i relation till det utredningsarbete som hade genomförts under hösten 2007 och våren 2008. Förvaltningen betonade att OPS framför allt ger mer förutsebarhet för kostnader och tidsåtgång, men att en OPS-lösning kräver en bred politisk uppslutning. Ledningen på NKS-kansliet bedömde även att ytterligare utredningar *inte* skulle tillföra analysen något mer, varpå frågan mer eller mindre överlämnades till den politiska majoriteten i landstingsfullmäktige. Att konsultutredningarna i stort kom att utgöra grunden för förvaltningens argumentation kring för- och nackdelar med OPS respektive samverkansentreprenad är dock föga förvånande. Trots att förvaltningen inte tydligt rekommenderade något av alternativen, så målade utlåtandet sammantaget bilden av samverkansentreprenad som något förknippat med sedvanliga ”svårbedömda risker” medan OPS förknippades med motsatsen. Att konsulternas utredningar dessutom inte remissbehandlades gjorde att beslutsprocessen nu kunde skyndas på, och redan i maj, innan det formella beslutet om OPS fattades, omorganiserades NKS-kansliet till en särskild NKS-förvaltning med separat ekonomienhet för att kunna hantera upphandlingen enligt OPS-modellen.

Managementkonsulternas involvering i NKS-projektet var dock långt ifrån endast knuten till upphandlingsprocessen och legitimeringen av OPS enligt den styrande majoritetens önskemål. I nästa avsnitt visar vi hur konsulter också präglade, och i kanske ännu större utsträckning även strategiskt var involverade i, beslutet att byta verksamhetsmodell för sjukhuset några år senare.

Introduktionen av värdebaserad vård 2011–2014

När ansvaret för verksamhetsinnehållet flyttades från NKS-förvaltningen till KS etablerade sjukhuset ett programkontor med uppgift att leda och genomföra planeringsarbetet (se Andersson & Grafström 2020). Managementkonsulter var en del av personalstyrkan på detta programkontor, vilket motiverades internt med att det nya ansvaret för delar av NKS-projektet ansågs vara en alltför stor och betungande uppgift för sjukhuset att klara med ordinarie personal. Framför allt ansågs det behövas kompetens i projektledning. I samband med att programkontoret etablerades upphandlades därför också konsulthjälp och uppdraget gick till Boston Consulting Group (BCG), ett globalt managementkonsultföretag med verksamhet i fler än 50 länder. En person uttrycker i en

intervju att dessa konsulter blev del av programkontorets arbete med verksamhetsinnehållet ”våldigt tidigt och väldigt starkt” (Andersson & Grafström 2020).

Samtidigt som KS programkontor, med hjälp av BCG-konsulter, arbetade med att identifiera vård som skulle flytta in och ut från sjukhuset var samma konsultbyrå involverad i att utveckla och sälja in organisationsmodellen *värdebaserad vård* (Krohwinkel m.fl. 2019). Modellen var hämtad från Harvard Business School och utvecklad av nationalekonomen Michael Porter och ingenjören Elizabeth Olmstead Teisberg (se vidare kap. 7). Ursprungligen var idén tänkt att användas för att styra ett sjukvårdssystem på nationell nivå, men BCG presenterade den även som en organisationsmodell, det vill säga en modell anpassad för att användas på verksamhetsnivån. BCG formulerade bland annat sina ambitioner i termer av en ”värdebaserad offentlig sektor” där bland annat sjukhus ansågs kunna bli ”värdebaserade” (BCG 2013; Krohwinkel m.fl. 2019). Konsultföretaget skapade sig på så sätt en stark expertställning i den svenska diskussionen om värdebaserad vård och var involverat i att införa organisationsmodellen även på Sahlgrenska sjukhuset och Akademiska sjukhuset (Krohwinkel m.fl. 2019).

Ett exempel på att BCG tidigt bedrev ett påverkansarbete för att sälja in värdebaserad vård även på KS var att konsultbyrån under 2012 genomförde ett ”gratis” pilotprojekt på sjukhuset. I en intervju menar dåvarande sjukhusdirektören att konsulterna drev ett aktivt påverkansarbete under perioden med ambition om att få utveckla denna försöksverksamhet vidare på sjukhuset. Flera år senare konstaterades i en rapport från Karolinskas internrevision att det ”måste ses som direkt olämpligt” att ”gratis” låna konsulter från samma konsultföretag som man senare ingår avtal med gällande samma ”konsultkategoriområde” (SLL 2018f, s. 6; se även Andersson & Grafström 2020).

BCG var del av ett större nätverk bestående av olika aktörer med gemensamt intresse av att utveckla och sälja in idén om den värdebaserade vården. I november 2012 publicerade *Dagens Nyheter* en debattartikel i vilken BCG:s vd, Michael Porter och Karolinska Institutets (KI) prorektor tillsammans presenterade den nya internationella organisationen ICHOM (International Consortium for Health Outcomes Measurement). ICHOM är en stiftelse med syfte att utveckla globala standarder för att ”underlätta internationella jämförelser av utfall och ligga till

grund för införandet av värdebaserade styrsystem i vården” (Krohwinkel m.fl. 2019, s. 24). Debattartikeln framhävde de tre skribenterna som grundare till organisationen, som alltså bildats för att verka för spridning av värdebaserad vård på den internationella marknaden. Även i diskussioner i KS styrelse var det tydligt att konsulterna involverade sig via alliansbyggande med nyckelpersoner, inte minst prorektorn för KI (men senare också personer i KS styrelse och så småningom även dess ledning, se Andersson & Grafström 2020).

Under 2013 var alltså idén om den värdebaserade vården stark och BCG var en av de allra starkaste förespråkarna i Sverige. Samma år, och även 2014, var minst sagt turbulenta på KS. Förändringar gjordes i såväl sjukhusets styrelse som i dess ledning. En ny styrelseordförande och sjukhusdirektör tillsattes. En tidigare konsult från BCG, som hade varit involverad i pilotprojektet 2012, tillträdde i sin nya roll som produktionsdirektör på sjukhuset. Genom denna rekrytering hade konsultbolaget BCG två före detta anställda på nyckelpositioner i sjukhusets styrelse och ledning; sedan 2007 var nämligen en före detta Nordenchef för bolaget ledamot i styrelsen. Konsulternas inflytande i beslutsprocessen kring sjukhusets verksamhet, om än nu snarare i rollen som interna aktörer, ledde föga förvånande till att idén om värdebaserad vård fick stärkt legitimitet inom organisationen. År 2014 kom också den värdebaserade vården att antas som KS ”huvudstrategi” (SLL 2014c). Nu började ett arbete för att förändra sjukhusets organisation i grunden.

KS nya huvudstrategi var omfattande och involverade alltså framtagandet av en ny organisationsmodell med nya rutiner för styrning och uppföljning men även affärsutveckling. Den nya huvudstrategin, som inkluderade värdebaserad vård, presenterades för styrelsen av en ny styrelseordförande som tillträdde i oktober 2013 (Andersson & Grafström 2020). Ordföranden hade en bakgrund som grundare, vd, partner och styrelseledamot i flertalet privata vårdbolag, däribland vårdbolaget Capio, såväl inom primärvård som inom den specialiserade vården. Personen var känd som förespråkare av marknadslösningar och hade vid upprepade tillfällen ställt sig kritisk till hur offentlig sjukvård organiserades.

För att rättfärdiga den typ av omfattande organisationsförändring som en ny verksamhetsmodell av denna kaliber innebar var en central strategi från sjukhusledningens sida, nu med före detta BCG-konsulter på nyckelpositioner, att skapa argument för att dessa förändringar

skulle lösa centrala problem i den befintliga sjukhusorganisationen (Andersson & Grafström 2020). Den nya verksamhetsmodellen beskrevs exempelvis i ett omfattande styrdokument från 2016. Förslaget, som först nådde sjukhusledningen och som därefter sjukhusstyrelsen antog, utgjordes av ett 75-sidigt dokument kallat "Ny verksamhetsmodell för Karolinska Universitetssjukhuset" (SLL 2016a). Där beskrev produktionsdirektören, tillika tidigare BCG-konsulten, bakgrunden till förslaget:

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

Citatet visar, i likhet med processen med OPS beskriven i föregående avsnitt, hur den nya verksamhetsmodellen framställdes i en idealiserad form som ett svar på en lång rad utmaningar som hälso- och sjukvården stod inför. Argumenten för den värdebaserade vården kopplades på så sätt till en mängd problem som den befintliga organisationen brottades med – och att lösningarna på dessa problem fanns i den nya verksamhetsmodellen. Därutöver hävdades att den nya verksamhetsmodellen utgjorde en "logisk utveckling" i linje med en rad tidigare fattade beslut. Slutligen kopplades de föreslagna förändringarna till den övergripande visionen för hela NKS-projektet: att göra sjukhuset till "världsledande". Värdebaserad vård utpekades som ett instrument för möjliggörandet av denna vision på ett effektivt sätt (Andersson & Grafström 2020).

Även om det inte var konsulter i formell bemärkelse som drev frågan om värdebaserad vård vidare i detta skede av beslutsprocessen, var det en idé som både formats av BCG och som drevs av produktionsdirektören – med bakgrund som just en av de konsulter som försökt introducera samma idé på sjukhuset. I en annan studie av NKS beskrivs också arbetet med värdebaserad vård på Karolinska som att det "utmärks särskilt av att det skedde med hjälp av konsultstöd under en längre tid – ca fyra år" (Krohwinkel m.fl. 2019, s. 79). Den studien visar också att det "fak-

tum att arbetet drevs av externa förändringsagenter innebar en hierarkisk process uppifrån och ner i organisationen, vilket förstärktes av att produktionsdirektören som ansvarade för arbetet internt rekryterades direkt från konsultbolaget” (ibid., s. 79).

Sammantaget visar ovanstående hur det fanns en mottaglig, och i vissa avseenden pådrivande, kultur inom sjukhusorganisationen för idén om värdebaserad vård. Det visar också att konsultbolagens involvering, både via konsultation som extern part och via drivande av frågor internt som före detta konsult, möjliggjorde och motiverade denna omfattande organisationsförändring. Värdebaserad vård var en modell som bars upp av och motiverades med hjälp av mer övergripande idéer om att hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet endast kan förbättras med hjälp av företagsliknande organisationsprocesser. BCG-konsulter, i samspel med före detta BCG-konsulter som nu hade ledande positioner på sjukhuset, förstärkte inspelet och värderingen av dessa marknads- och företagsideal.

AVSLUTANDE DISKUSSION

Vi har visat på två centrala sammanhang i etablerandet av det nya KS där managementkonsulter har varit djupt involverade i skapandet och utvecklingen av de idéer som legat till grund för beslut och handlingar, men vilken roll har de spelat? Var de tjänare till den politiska majoriteten som det demokratiska systemet föreskriver eller kan vi säga att de även agerat i härskarrollen och att situationen då kan liknas vid en konsultokrati? På sätt och vis, menar vi, har de agerat i tjänarrollen. De har blivit anlitade av de folkvalda samt av dem som de folkvalda utsett till ledare för att utveckla det nya sjukhuset. Men samtidigt har de inte bara agerat genom att bidra med expertkunskap, vilket vi menar komplicerar bilden. Det fanns en stark politisk vilja bakom de uppdrag som konsulterna fick. Politiker ville få beslutsunderlag som motiverade och stärkte den politiska viljan, och i den meningen har konsulterna uppträtt som lojala tjänare. Samtidigt har vi visat att konsulterna i den rollen uppvisat både anpassningsförmåga och flexibilitet för att motivera politikens preferens. Därmed har de också spelat en central roll i att utöva makt genom att sprida den kunskap som den politiska majoriteten ville etablera, gällande både OPS som den bästa finansieringslösningen och vär-

debaserad vård som den bästa modellen för att utveckla en mer modern organisation för att leverera hälso- och sjukvård.

Managementkonsulterna har följaktligen inte intagit rollen som neutrala experter. Snarare kom konsulternas involvering i båda de sammanhang vi har belyst i detta kapitel att bidra till att definiera den övergripande riktning som utvecklingen skulle ta för projektet och det nya sjukhuset. De har bidragit till att skapa idealiserande förhållningssätt till sina föreställningar om OPS och värdebaserad vård. Dessa har sedan legat till grund för legitimeringsprocesser i de politiska besluten och i KS förändringsarbete med att införa en ny verksamhetsmodell. Managementkonsulterna har försett sina uppdragsgivare med övergripande kunskap om en viss riktning på utvecklingen. I fallet med OPS är det också tydligt att uppdragsgivarna samtidigt, vid de tillfällen då konsulterna levererat mer avvägda och nyanserade rapporter, har bett dem komma tillbaka med mindre resonerande slutsatser – något som konsulterna också har gjort, gissningsvis i förhoppning om framtida uppdrag. I båda exemplen har beslutsfattarna gjort sig beroende av den kunskap som konsulterna har tillhandahållit. I fråga om OPS gällde det kunskap om att organisera byggprojektet på grunder helt nya för den kompetens och erfarenhet som fanns internt i landstinget. I fråga om värdebaserad vård gällde det kunskap om ett helt nytt sätt att organisera offentlig sjukvård. Kritik mot styrningen av projektet i dessa frågor eller alternativa lösningar som utarbetades sorterades undan och tonades ner. Den kunskap som betraktades som relevant etablerades alltså i stort sett genom konsulters aktörskap, dels i formell mening som rådgivare, dels under mer indirekta former när konsulter intagit centrala positioner i sjukhusets ledning. Beslutsprocessen har ”riktats in” mot de intressen som konsulterna representerar, vilket möjliggjort en maktutövning i rollen som härskare över kunskapen.

Konsulterna kan också ses som en alternativ typ av tjänare – till den politiska ledningen, snarare än till landstinget som politisk organisation. De är också mer elastiska genom att de tycks kunna verka utan opposition och motstånd. I och med att de är externa är det dessutom osäkert i vilken grad konsulter möter och behöver hantera förväntningar på god förvaltning med krav på sådant som saklighet och opartiskhet. När konsulter rekryteras till interna positioner, som i fallet här med värdebaserad vård, får de dock ofta med sig en särskild kultur, samt intres-

sen och åsikter som ofta kraftigt präglar deras professionella identiteter (t.ex. Alvesson & Robertson 2006) och som det därmed kan vara svårt för dem att plötsligt bortse från i sina nya roller.

I Sverige håller vi demokrati, legalitet, objektivitet, fri åsiktsbildning, respekt och effektivitet högt som grundläggande principer. Konsulter behöver däremot, i sin fria kommersiella roll, inte nödvändigtvis ta ansvar för allt detta på samma sätt som en offentlig aktör. De har i stället möjlighet att vara mer flexibla och mer uttalat fokusera främst på effektivitet i en kommersiell bemärkelse. Särskilt i fallet med OPS gick konsulterna också delvis i klinch med andra delar av landstingsförvaltningen, som argumenterade mot OPS, vilket är ett tecken på att de intog en ny form av tjänarroll inom offentlig förvaltning. De tjänar inte i första hand den enskilda organisationen, utan den politiska vilja som deras uppdragsgivare vill få igenom. Det vore hårt att säga att demokratin därmed helt har ersatts av en konsultokrati, men inslagen av konsultokrati är uppenbara och påtagliga. Viktigt att betona är också att konsulter i sitt engagemang har ett egenintresse – i sig inte något anmärkningsvärt, men likväl en insikt som, desto märkligare, sällan uppmärksammas och till och med ofta lyser med sin frånvaro i beslutsprocesserna, vilket våra studier visat. Konsulter har ekonomiska intressen av att politikerna har en långsiktig acceptans för deras arbete i förvaltningen. Kanske är det dags att den politiska debatten än mer tydligt uppmärksammar hur dessa intressen spelar roll i organiseringen av offentliga projekt.

14. Medierna: maktspeglare eller maktspelare?

Maria Grafström

INLEDNING

En vecka innan nya Karolinska universitetssjukhuset (KS) i Solna öppnade dörrarna för de första patienterna figurerade sjukhuset på *Dagens Nyheter* (2016a) förstasida under rubriken ”Det stora svarta hålet i Solna”. Tidningen uppgav att den nu i en serie artiklar skulle berätta om ”bygget, skandalerna och vården”, och den första artikeln som mötte läsaren hade rubriken ”Miljardbygget som kan utlösa vårdkris” (Gustafsson & Manzoor 2016, i *DN*). De båda rubrikerna kan sägas sammanfatta mediebilden av det nya sjukhuset rätt väl – där ord som ”skandal”, ”problem” och ”kris” har använts flitigt. I rapporteringen hade projektets ambitioner om att vara i världsklass alltmer använts för att beskriva prislappen, till exempel ”NKS tio gånger dyrare än tyska toppsjukhus” (Ennart & Mellgren 2015, i *SvD*) och ”Skulle bli bästa sjukhuset – blev ett av världens dyraste” (Themner 2018, i *Expressen*).

En väl fungerande granskande journalistik utgör en central del av det kontrollsystem genom vilket medborgare och andra intressenter ges möjlighet till ansvarsutkrävande i offentlig verksamhet (jfr Nord & Strömbäck 2004). Traditionella medier – som i det här kapitlet främst representeras av svenska dagstidningar och fackpress – har därför en viktig roll att spela i det demokratiska samhällsbygget. Medierna benämns ofta som tredje statsmakten, eller en vakthund, för att betona deras funktion som granskare av makthavare och beslutsfattare.

I likhet med all granskning – och allt berättande – återspeglar dock inte nyhetsrapporteringen bara det som har hänt, utan den är i sig en praktik genom vilken sociala fenomen konstrueras. Mediearenan utgör en särskilt betydelsefull plats för meningsskapande (Vaara m.fl. 2006). Det är en plats där dagordningar sätts, förtroende skapas och raderas, där sociala normer förhandlas fram om vad som anses rätt och fel och

om vad som är ett lämpligt och önskvärt beteende i en given situation (t.ex. Schudson 2003). Det är därför också en plats där organisationer – och megaprojekt som Nya Karolinska Solna (NKS) – kan presenteras på sätt som stärker, eller raserar, deras legitimitet i samhället och bland intressenter.

Medier och medieberättelser har därför en särskild status i, och betydelse för, beslutsprocesser, enligt den narrativa modell som vi presenterade i kapitel 3. Det här kapitlet syftar till att utveckla förståelsen för mediernas betydelse för NKS-projektet. Det är på många sätt i medie-rapporteringen om projektet som berättelsen om sjukhuset skapas. Finns det särskilda utmaningar – eller kanske möjligheter – för medierna att granska och bevaka ett megaprojekt som NKS? Hur har den granskningen sett ut? Vad uppmärksammas i nyhetsrapporteringen och vad faller utanför? Och vilken betydelse har medieberättelser haft för beslutsprocesserna i NKS? Det här kapitlet belyser hur medieberättelsen av sjukhuset förändrades över tid under projektet och diskuterar vad som karakteriserar denna berättelse. Möjliga förklaringar till varför rapporteringen såg ut som den gjorde diskuteras också, inte minst varför en mer närgången granskning av megaprojektet kom så sent i processen. Med utgångspunkt i den narrativa beslutsmodellen kan medieberättelsen förstås som invävd med förändringsarbetet. Berättelsen påverkades förstås av projektet, men den hade också betydelse för vad som blev lämpligt och önskvärt att göra av de inblandade aktörerna.

I nästa avsnitt presenteras forskning om mediernas betydelse för organisationer, med fokus på legitimitet och medieberättelsers särskilda krav på innehåll, format och ton – det som brukar sammanfattas som medielogik. ”Medialiserad styrning”, det vill säga hur medierna och medielogiken påverkar offentlig verksamhet, diskuteras också. Därefter följer en analys av medierapportering om NKS-projektet från 2006 till och med december 2017. Analysen baseras på en genomgång av publicitet i svenska tidningar under perioden och intervjuer med inblandade aktörer (både verksamma inom NKS-projektet och journalister). Kapitlet avslutas med en diskussion om hur medieberättelsen om NKS – och särskilt det starka narrativ som skapades när projektet konstruerades som en medieskandal – blev invävt i och del av den förändrings- och beslutsprocess som bevakades.

LEGITIMITET, MEDIELOGIK
OCH MEDIALISERAD STYRNING

Organisationer verkar i en omvärld där de, för att vara legitima, måste ta hänsyn till krav och hantera förväntningar från olika intressenter (Meyer & Rowan 1977). Medier bidrar till att skapa eller radera organisationers legitimitet (t.ex. Deephouse m.fl. 2017). Medieberättelser kan på så sätt förstås som en särskild form av berättelser i den narrativa beslutsmodellen. Det är ett slags metaberbättelser som kan få betydande konsekvenser för vad omvärlden och dess aktörer uppfattar som rätt och fel, vad som anses önskvärt och lämpligt. Sådana berättelser skapar och upprätthåller ”rationella myter” om organisationer och idéer och är ”inte bara beskrivningar *av* organisationer, utan också beskrivningar *för* organisationer” (Schultz m.fl. 2014, s. 27, min översättning och kursivering). I sina studier av den politiska världen har journalistikforskaren Jesper Strömbäck (2004, s. 128) beskrivit det som att på grund av mediernas stora betydelse som informationskälla ”tenderar de medierade bilderna av verkligheten att upplevas som verkligare än verkligheten som sådan”. Medieberättelser har alltså en stark kraft att normalisera, rättfärdiga och legitimera handlingar (Vaara & Tienari 2002) och är centrala i att över tid skapa de normsystem och den lämplighetslogik som organisationer är en del av och behöver förhålla sig till.

Den dominerande medieberättelsen om ett socialt fenomen, en händelse eller en organisation tillskrivs ofta stor betydelse för vad som formar människors uppfattningar om vad som är viktigt och vad som är rätt och fel (jfr Schudson 2003). För att förstå vad, när, av vem och hur något tillskrivs legitimitet – eller blir illegitimt – på mediearenan behöver vi förstå de normer och arbetssätt som styr nyhetsjournalistiken och dess berättelser. Ett av de mest centrala momenten i det journalistiska arbetet är just att välja – och välja bort – frågor, ämnen och händelser som ska bli nyheter. Det mesta som händer blir trots allt aldrig omskrivet. Sociala fenomen som bryter mot det förväntade, handlar om någon form av problem, uppfattas som nära publiken (både geografiskt och kulturellt), finns på dagordningen och redan har figurerat i medierna, som kan paketeras dramaturgiskt så att de innehåller konflikt samt fokuserar på någon person – gärna (redan) känd eller på hög chefsposition – kommer att ha ökad chans, eller kanske löpa ökad risk, att bli en nyhet (t.ex. Strömbäck 2019).

Det räcker inte heller med att presentera fakta för att det ska bli en nyhet – fakta behöver väljas, väljas bort, sorteras och sättas samman på ett sätt så att det blir berättelser med läsvärde. Journalistikforskaren Michael Schudson (2003, s. 177) har beskrivit det som att ”skribenten måste konstruera en berättelse” och att den berättelsen inte bara kan presentera fakta utan att läsaren eller tittaren behöver förstå hur olika fakta relaterar till varandra. I likhet med andra berättelser paketeras därför nyhetsrapporteringen med hjälp av ett antal tekniker. De tekniker som oftast nämns i medieforskningen är *förenkling*, *personifiering*, *konkretion*, *tillspetsning*, *stereotypisering* och *polarisering* (Strömbäck 2019). En sjunde teknik, som tenderar att bli allt viktigare i dagens digitala medielandskap, är *visualisering*. Det är sådana tekniker som gör det möjligt att berätta om komplexa sociala fenomen. I det arbetet förstärks ytterligare vissa aspekter, medan andra faller utanför. Ju större möjligheter att paketera innehåll enligt dessa tekniker, desto större sannolikhet att något blir en nyhet.

Legitimitetsskapande processer på mediearenan är alltså formade utifrån medielogikens krav på innehåll och format – krav som alla aktörer som kommunicerar på mediearenan behöver anpassa sig till. Medielogikens krav tenderar att förstärkas och spetsas till ytterligare i situationer då rapporteringen tar formen av mediedrev eller skandaler (Grafström & Windell 2019a; Nord 2019). Skandalorienterad rapportering har beskrivits i termer av ett ”socialt drama” där inblandade aktörer ges tydliga och svårföränderliga roller – som bovar, offer och hjältar (Kantola & Vesa 2013). När dramaturgiska och personcentrerade aspekter förstärks i mediedrev tenderar det att ytterligare begränsa möjligheterna att komplicera och nyansera berättelsen. Det är också omständigheter som brukar utmyнна i att hålla individer ansvariga (jfr Djerf-Pierre m.fl. 2013) – och inte sällan bär förväntningar om avgång eller någon annan tydlig förändring som kan presenteras och visa på handlingskraft och ansvarstagande.

Den makt som medieberättelser har att forma omvärldens syn på sociala fenomen och händelser, det vill säga den legitimitetsskapande kraft som finns i just dessa berättelser, bidrar till att det finns många ”berättare” på mediearenan. Journalister, redaktörer och nyhetschefer är givetvis de mest självklara och de som oftast kan tillskrivas störst betydelse för varför nyhetsrapporteringen blir som den blir. Men kampen om syn-

lighet och uppmärksamhet – kampen om berättelsen – engagerar långt bortom nyhetsredaktionerna. Det är en strävan också för politiker och andra beslutsfattare. Nyheter konstrueras på så sätt alltid i samspel mellan medier och andra aktörer, inte minst mellan dem med eget intresse av att påverka dagordningen och innehållet (Schudson 2003; Strömbäck 2019). I NKS-projektet har det funnits uttalade ambitioner att skapa förtroende för och positiva förväntningar på sjukhuset genom just kommunikation (se t.ex. Andersson & Grafström 2019), en kommunikation som både kan ske direkt till de berörda målgrupperna och med hjälp av medierna.

Eftersom medierna inte bara *rapporterar* politiska debatter, utan också påverkar debatternas *innehåll* och *format*, har medierna beskrivits som sammanvävda med den politiska världen (Cook 1998). Statsvetaren Maria Wendt har, i sina studier av Almedalen, uttryckt att det inte går att definiera gränsen mellan politik och medierna. När politiken medialiseras anpassas den till "mediernas sätt att fungera, till mediernas arbetssätt och tempo, men också till journalistikens normer och värderingar när det gäller form och innehåll" (Wendt 2012, s. 37). Det blir därför svårt att skilja på vad som är politiska berättelser och vad som är journalistiska – dessa är ofta delar av en och samma berättelse. Medielogiken blir på så sätt en styrprincip bland andra att lägga resurser och tid på för politiker, och allt oftare även för tjänstepersoner (Grafström & Windell 2019b). Att hantera medierelationer och medieträna personal, följa nyhetsflöden, upprätta riktlinjer för kriskommunikation samt planera och genomföra kommunikationsaktiviteter ses numera ofta som självklara delar av en verksamhets arbete. Vad som för tillfället uppmärksammas i medierna påverkar vad som av politiker och tjänstepersoner anses viktigt och vad som prioriteras "här och nu". Politiska besluts- och förändringsprocesser tenderar därmed att bli sammanflätade med mediernas agendor (Koch-Baumgarten & Voltmer 2010). I en studie av hur Pisa-undersökningen porträtterats i brittiska medier och hur denna mediebevakning har format politik och styrning av skolan i England påpekar utbildningsforskarna Sue Grey och Paul Morris (2018) att medierna konstruerade en alarmerande "krisdiskurs" snarare än att på allvar granska Pisa-resultat och de följande förslagen till reformer. De visar också att mer komplexa och nyanserade inslag – som inte lika väl matchade kriterier för nyhetsvärdering – föll utanför rapportering-

en. Grey och Morris uppfattar därför situationen som en ”medialiserad styrning”, där OECD:s Pisa-resultat enligt medielogikens krisdiskurs översattes till krav på akuta reformer i England.

FRÅN VÄRLDENS BÄSTA TILL VÄRLDENS DYRASTE: SJUKHUSET I MEDIERAPPORTERINGEN

Medierapporteringen om NKS-projektet kan delas upp i två faser.⁴⁴ Under den första fasen – från projektets början till våren 2015 – var rapporteringen högst begränsad, sporadisk och händelseorienterad. Under den andra fasen, från maj 2015 till december 2017, dominerades rapporteringen först av *Svenska Dagbladets* granskning av NKS-projektets finansieringsform offentlig-privat samverkan (OPS) och kostnaderna för bygget av det nya sjukhuset (för en sammanfattning av delar av denna granskning, se Ennart & Mellgren 2017). Senare i samma fas intensifierade även *Dagens Nyheter* sin bevakning av projektet med fokus främst på KS konsultanvändning och införandet av verksamhetsmodellen värdebaserad vård (för en sammanfattning av den granskningen, se Gustafsson & Röstlund 2019). Viktigt att notera är att vår analys av medierapporteringen om NKS endast sträcker sig till och med december 2017.

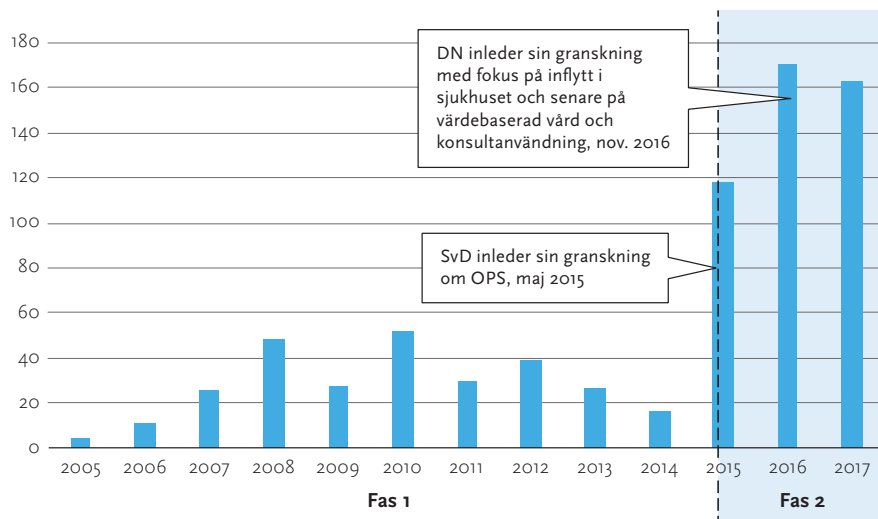
Under den första fasen visar vår genomgång att 289 artiklar med uttalat fokus på NKS-projektet publicerades i svenska tidningar. Antalet artiklar ska jämföras med den andra fasen, i tid betydligt kortare, då sammantaget 443 artiklar publicerades (se figur 14.1 på nästa sida). Det var alltså i slutfasen av projektgenomförandet – inte minst sedan verksamhet flyttat in i det nya sjukhuset – som rapporteringen om NKS tog fart på allvar.

Under hela den studerade perioden har *Svenska Dagbladet* med råge publicerat flest artiklar (283 av de totalt analyserade 732 artiklarna, dvs. nästan 40 procent). Därefter följer *Dagens Nyheter* (123 artiklar) och *Dagens Medicin* (95). Sammantaget stod alltså dessa tre tidningar för nästan

44. Analysen baseras på ett urval av svenska tidningars rapportering om NKS-projektet. Nyhetsartiklar och åsiktsmaterial (såsom ledare, krönikor och debattartiklar) i printversionerna av tidningarna är inkluderade. Webbartiklar samt radio och tv är inte inkluderade. Samtliga artiklar innehåller någon form av utvecklad text om NKS-projektet (artiklar där NKS endast nämns perifert har inte inkluderats). För en fullständig metodgenomgång, se bilaga B.

70 procent av den analyserade publiciteten och satte på så sätt i hög grad dagordningen för vilka frågor och händelser som gavs uppmärksamhet och hur. De utgör centrala berättare på mediearenan och har haft stort inflytande i att konstruera mediebilden av NKS-projektet.

Över tid förändrades fördelningen av publicitet mellan dessa tre mediekällor avsevärt. Under den första fasen stod *Dagens Medicin* för de flesta artiklarna (cirka 20 procent av de 289 artiklar som analyserats under perioden). Under den andra fasen var i stället *Svenska Dagbladet* den dominerande berättaren på mediearenan. Tidningen stod för hela 55 procent av det totala antalet analyserade artiklar, 244 stycken. Under samma period publicerade *Dagens Medicin* 36 artiklar och *Dagens Nyheter* 83. Branschtidningen *Dagens Medicin* har alltså haft ett jämnt flöde av artiklar om NKS-projektet över hela den studerade perioden medan de båda dagstidningarna *Svenska Dagbladet* och *Dagens Nyheter* har publicerat majoriteten av sina artiklar sent i projektets genomförande.



Figur 14.1: Medicinnehåll om NKS-projektet – antal artiklar över tid.

Fas 1: Den svårbevakade framtiden – sporadisk rapportering (2006–2014)

Under den första fasen – som sträcker sig över merparten av NKS-projektets tid, ända fram till våren 2015 – är publiciteten sporadisk och episodisk. Den har också ofta en rapporterande ton. Två tredjedelar (cirka 70

procent) av den totala publiciteten har i vår analys bedömts presentera projektet i neutrala eller positiva ordalag. Resterande 30 procent av de analyserade artiklarna har alltså ramat in projektet negativt. Det saknades i denna fas en löpande och närgången mediebevakning, inte minst från de två stora morgontidningarna, *Dagens Nyheter* och *Svenska Dagbladet*; under denna första fas är det, som diskuterats ovan, branschtidningen *Dagens Medicin* som har publicerat flest antal artiklar om projektet.

Det var en period där flera av de nyhetsfaktorer som diskuterades tidigare lyste med sin frånvaro. Det rädde till exempel avsaknad av såväl tydliga konfliktytor som reella och akuta problem liksom ett starkt kändisskap. Förklaringar till det begränsade intresset för projektet kan också sökas i dess organisatoriska sammanhang. Regionpolitik har i våra intervjuer med journalister bedömts ha begränsat nyhetsvärde (se även t.ex. Nord m.fl. 2019) och som ett område som tenderar att styras av relativt okända politiker (jfr Holmberg 2009). I just NKS-projektet präglades dess första år dessutom av ett samförstånd mellan de politiska blocken som skapade begränsat utrymme för kritik från oppositionen (se kap. 10).

Projektets karaktär hade dock exceptionella och sensationella drag och sjukhuset skulle byggas och drivas i stockholmarnas absoluta geografiska närhet – nyhetsfaktorer som kan förklara de artiklar som kom under denna första fas. Genomgången visar att det också fanns relativt stora möjligheter för projektansvariga att forma den dominerande medieberättelsen om det nya sjukhuset, till exempel genom politikers utspel och informationsmaterial från tjänstepersoner. Bilden av inte bara ett sjukhus för framtiden, utan *det* framtida sjukhuset, fick ofta stå oemotsagd. I publiciteten kunde projektets berättelse därför också återberättas, inte minst genom att pressmeddelanden plockades upp. *Dagens Nyheter* skrev till exempel om "Miljardsjukhuset alla vill bygga" (Sundström 2008) med liknande rubrik som i NKS-förvaltningens pressmeddelande (SLL 2008e). I artikeln beskrevs projektet i neutrala och delvis positiva ordalag, med undantag för ett frågetecken kring enigheten om finansieringslösningen. Dåvarande finanslandstingsrådet gavs dock möjlighet att förklara att hon var säker på att den frågan skulle komma att lösas sig.

Centrala aktörer som fick möjlighet att uttala sig i nyhetsartiklar eller valde att skriva debattartiklar var under denna första fas också ofta re-

presentanter för projektet, såsom talespersoner från NKS-förvaltningen och Skanska samt styrande politiker (under 2009 valde NKS-förvaltningen/SL L att också annonsera vid ett par tillfällen i tidningen *Metro*). Två exempel: *Dagens Medicin* redogjorde i en artikel våren 2009 i positiva ordalag för planerna på vad det nya sjukhuset skulle innehålla och hur verksamheten skulle organiseras. I ingressen formulerades att vården skulle göras mer patientfokuserad genom att satsa på specialiserade team och undvika väntrum (Wärngård 2009). Både förvaltningschefen och två av de anställda läkarna vid NKS-förvaltningen gavs möjlighet att utveckla planerna med till exempel patientcentrerade flöden och stärkta förutsättningar för den kliniknära forskningen. När första spadtaget togs satte *Svenska Dagbladet* kronprinsessan – som genomförde första sprängningen inför bygget – i fokus både i bild och med rubriken ”Kunglig kraft startade Nya Karolinska-bygget” (Chaaban 2010). I artikeln gavs chefen för NKS-förvaltningen stort utrymme att förklara betydelsen av att bygget nu var igång.

Det fanns även rapportering, om än begränsad, som behandlade kritik mot projektet och hur arbetet organiserades. De problem och risker som beskrevs i enstaka artiklar – ofta i samband med att centrala beslut togs – vittnar om att det har funnits kritiska röster under hela projektiden. Det som tas upp är många gånger samma, eller liknande, frågor och problem som senare i projektarbetet blev underlag för omfattande mediegranskning. Redan 2007, före beslutet om att ett nytt sjukhus skulle byggas, kritiserades till exempel planerna från fackligt håll. *Dagens Nyheter* rapporterade att facken gemensamt krävde att bygget skulle skjutas på framtiden, till dess att det framtida vårdbehovet och konsekvenserna för patienter och personal bättre hade beskrivits och finansieringsfrågan hade utretts ordentligt (Keller 2007). Dåvarande programchefen för NKS uttalade sig i artikeln och gavs utrymme att ställa den retoriska frågan om ”de fackliga representanterna tror att ett gammalt sjukhus skulle klara framtiden bättre”. *Svenska Dagbladet* rapporterade också ett par år senare, i januari 2009, att ”läkare kritiserar nya miljardbygget” och lät ordföranden i Stockholms läkarförening utveckla de problem som han menade fanns med att satsa miljarder utan att ha bestämt vilket uppdrag sjukhuset skulle ha (Berglund & Mellgren 2009). I artikeln gavs sedan både en annan läkare och det dåvarande finanslandstingsrådet möjlighet att uttala sig.

I samband med upphandlingsprocessen av byggföretag kritiserade oppositionspolitiker att beslutet fattades under sekretess och inte i fullmäktige. Processen beskrevs av oppositionspolitiker från både Vänsterpartiet och Socialdemokraterna i *Dagens Medicin* som ett ”brott mot kommunallagen” (Wärngård 2010). I debattartiklar under dessa första år pekade framför allt professionsföreträdare på problem med det framtida sjukhuset. En barnläkare vid KS efterfrågade till exempel mer information och långsiktiga planer på hur antalet vårdplatser skulle tryggas (Janson 2010) – de var redan för få, menade hon, och skulle bli ännu färre med det nya sjukhuset. Inför beslutet om OPS gjordes också inlägg från både förespråkare och kritiker. Oppositionspolitikern Ilija Batljan (S) skrev på *DN Debatt* att NKS var ”den sämsta affären i landstingets historia” (Batljan 2010).

Det är tydligt i denna första fas att medielogiken och den granskande journalistiken tycks ha svårt att kritiskt och löpande bevaka händelser som ska komma att realiseras långt fram i tiden. Flera av de personer vi har intervjuat, både journalister och tjänstepersoner, bekräftar att medielogiken tenderar att hålla just ett ”här och nu”-perspektiv där vad som eventuellt kommer att ske i framtiden är svårt att göra nyhetsjournalistik av. En journalist förklarar att det är svårt att bevaka och rapportera om något som inte ännu har hänt – ”sjukhuset är inte ens färdigbyggt” – och exemplifierar med att någon uttrycker farhågor över risker för patientsäkerheten med anledning av något som ska hända två–tre år fram i tiden:

Det är ju en väldig skillnad om en läkare eller någon annan vårdpersonal i det skarpa läget ringer och säger: ”Nej, platserna räcker inte. Patienterna, vi har dem i korridoren, de ligger på britsar, överallt.” Alltså, då reagerar man ju journalistiskt och åker ut på stört (journalist, dagstidning).

Nyhetskravet på närhet gäller således inte enbart geografiskt och kulturellt, utan kan också handla om tid. Framtidsperspektivet är samtidigt användbart för de aktörer som vill ”sälja in” och inkludera en mångfald av aktörer i ett megaprojekt som NKS – i skapandet av ett slagkraftigt och attraktivt narrativ om det nya sjukhuset (Grafström & Andersson 2019) – men tenderar att ha skapat en situation där den tidiga fasen av projektet föll utanför radarn för den granskande journalistiken.

Fas 2: Väggar och tak på plats – den granskande journalistiken vaknar (från 2015)

Under den andra fasen var medierapporteringen om NKS omfattande. Då hade den politiska visionen omsatts i ett fysiskt hus som började ta form i Solna. Att det fanns väggar och tak beskrivs som viktigt för att motivera mediebevakning, att ställa frågor om ”vad är det vi bygger, vad är det som görs för stockholmarna där?” (journalist, dagstidning). I takt med att rapporteringen om projektet ökade blev andelen negativt vinklad publicitet – där beskrivningar av projektet främst formulerades i negativa ordalag – markant större. I jämförelse med den första fasen, då ungefär 30 procent av publiciteten ramade in projektet negativt, stod dessa artiklar i denna andra fas för 70 procent av det totala antalet analyserade artiklar.

Den andra fasen tog fart den 5 maj 2015 då *Svenska Dagbladet* på förstasidan publicerade en artikel med rubriken ”Nya Karolinska kan förvärra vårdkrisen”. Det var starten på en längre granskning av sjukhusbygget och en lång rad kritiska artiklar med fokus på upphandlingsförfarandet, OPS-avtalet och kostnaderna för sjukhusbygget. När samma tidning från 2006 till och med april 2015 totalt hade publicerat 39 artiklar om NKS var motsvarande siffra 244 artiklar under perioden maj 2015 till och med december 2017. *Svenska Dagbladet* blev nu den centrala berättaren och tidningens publiceringar kom i hög grad att forma omvärldens bild av sjukhusprojektet. Granskningen av OPS-avtalet handlade initialt om hur det hade gått till när Skanska fått uppdraget att bygga sjukhuset – ett beslut som fattats fem år tidigare, 2010. De första artiklarna handlade därför främst om händelser som hade varit kända i fem år och som hade rapporterats i enstaka artiklar tidigare. Efter att de första artiklarna publicerats konstaterade en av de båda ansvariga journalisterna i en artikel där fler tips efterlystes, att ”gensvaret från er läsare har varit enormt och vi har många tips att arbeta vidare med när vi nu fortsätter att undersöka ett av världens största sjukhusprojekt” (Ennart 2015, i *SvD*).

Svenska Dagbladet pekade i sin granskning på problem, rapporterade sedan om hur inblandade aktörer responderade på beskrivningen av dessa problem, och följde därefter upp hur dessa eventuella problem togs om hand (t.ex. ändrade beslut, olika former av utredningar och granskningar, personer som tvingades lämna sina tjänster). I mediebe-

rättelsen synliggjordes och förstärktes konfliktytor. Att politiker gavs möjlighet och ombads kommentera varandras utspel bidrog till att konstruera konfliktsituationer. Till exempel i artikeln ”Oppositionen kräver revision” (Mellgren & Ennart 2015a), publicerad cirka två veckor efter *Svenska Dagbladets* första artikel i granskningen, där oppositionspolitiker och experter ställdes mot styrande politiker. I ett annat exempel citerades oppositionen när den, enligt tidningen, för första gången beskrev upphandlingen av NKS som en ”skandal” som krävde en ”opartisk extern revision”. I ingressen beskrevs reaktionen som att den ”kommer efter SvD:s avslöjande om att flera av landstingets utredningar och rapporter kan ha varit riggade” (Mellgren & Ennart 2015b).

I viss mån återberättades också *Svenska Dagbladets* berättelse i andra medier. Redan den första publiceringen från den 5 maj plockades upp av TT i telegrammet ”Chocknota för Nya Karolinska”, där ingressen slog fast följande:

Politikerna lovade att bygget av sjukhuset Nya Karolinska i Solna skulle kosta max 14,5 miljarder kronor. Men notan ser nu ut att landa på över 25 miljarder, enligt en kartläggning som gjorts av Svenska Dagbladet (TT 2015).

Expressens artikel ”Miljardbygget slår sönder cancervården” (Sohl Stjernberg 2015) byggde helt på *Svenska Dagbladets* publicering (gällande både information och citat från intervjupersoner). I takt med att omfattningen av granskningen växte gavs också de två ansvariga journalisterna utrymme att besvara frågor om och på olika sätt kommentera projektet. I samband med inflytten av vård i de nya lokalerna i november 2016 hade *Svenska Dagbladet* både ”frågor och svar” om kostnaderna kring projektet (Ennart 2016) och vad sjukhusöppningen innebär för stockholmare som behöver söka vård (Mellgren 2016). När artikelserien våren 2017 gavs ut i bokformat, under titeln *Sjukt hus: Globala miljardsvindlerier från Lesotho till Nya Karolinska*,⁴⁵ förstärkte detta ytterligare spridningen och uppmärksamheten för *Svenska Dagbladets* berättelse om NKS och de båda journalisternas betydelse och roll som talespersoner för frågor som rörde projektet. Granskningen hade alltså etablerat ett starkt och do-

45. År 2018 publicerades en uppdaterad, andra upplaga av boken.

minerande narrativ om att NKS-projektet inte bara var kostsamt utan också på flera sätt misslyckat och illa skött.

Dagens Nyheters granskning drog igång i samband med driftsättningen av sjukhuset, i november 2016. Då var huset inte bara byggt, utan vårdverksamhet började också att flytta in. Även här var vinkeln tydligt kritisk och i den första artikeln var utgångspunkten att NKS var ett skandalomsusat och extremt dyrt projekt. Med *Dagens Nyheters* rapportering adderades frågor och aspekter inriktade på den vårdorganisation som skulle skapas i det nya sjukhuset och de konsulter som hade anlåtats för att driva och genomföra den radikala förändringen. Samtidigt som *Svenska Dagbladets* artikelserie rullade på skapade nu *Dagens Nyheter* utrymme för en delvis egen vinkel på rapporteringen, där fokus låg på KS arbete med att ta fram och implementera en ny organisationsmodell för vårdverksamheten på det nya sjukhuset. På liknande sätt som med *Svenska Dagbladets* rapportering blev detta också en följetong i tidningen där berättelsen kunde fortgå och utvecklas genom att det ständigt framkom nya uppgifter – och nya uttalanden från kritiker. I början hanterades rapporteringen inom ramen för *Dagens Nyheters* Stockholmsredaktion, men i takt med att den växte uppstod ett samarbete med tidningens grävredaktion, och granskningen ansågs ha riksintresse. Även denna rapportering sammanfattades i en bok, *Konsulterna: Kampen om Karolinska* (Gustafsson & Röstlund 2019).

Jämfört med tidigare rapportering blev det nu i högre grad professionsföreträdare som uttalade sig – och nästan alltid i kritiska ordalag. Oppositionspolitikerna fick nu alltså i större utsträckning sällskap av kritiska röster från professionen, inte minst från läkare verksamma vid det nya sjukhuset och från fackliga representanter. I samband med den första inflytten i det nya huset, i november 2016, krävde läkarfacket i ett öppet brev till dåvarande sjukhusdirektören vid KS att implementeringen av den nya, enligt dem konsultstyrda, verksamhetsmodellen skulle pausas för att dess konsekvenser för vården skulle utredas närmare. Både *Svenska Dagbladet* och *Dagens Nyheter* rapporterade om brevet, som skulle visa sig utgöra starten på en växande kritik mot konsultbolaget Boston Consulting Group (BCG) och ambitionerna att införa värdebaserad vård på det nya universitetssjukhuset.

Som har visats ovan dominerade *Svenska Dagbladets* berättelse om NKS i medierapporteringen. Även om meningsskiljaktigheter sällan

rymdes i mediernas rapportering var det emellertid inte en berättelse som fick stå helt oemotsagd. Till exempel förelåg betydande skillnader i synen på vissa aspekter i granskningen mellan tidningen å ena sidan och Swedish Hospital Partners (SHP) och Skanska å den andra. En av de mest omdiskuterade uppgifterna i *Svenska Dagbladet* gällde kostnaderna för ett, som tidningen benämnde det, dörrbyte. Artikeln ”1,2 miljoner för att byta en dörr på Nya Karolinska” (Mellgren & Ennart 2017) fick stor spridning och blev också granskad av Sveriges Radios program *Medierna* i P1. Skanska dementerade uppgiften i en egen text med rubriken ”Det finns ingen dörr som kostar 1,2 miljoner” (Skanska 2017a). Diskussionerna om dörren kom främst att handla om vad som är rimligt att innefatta i begreppet ”dörr” och vilka kostnader som i så fall bör inkluderas. Det visade sig också att *Svenska Dagbladet* felaktigt hade lagt till moms i sin beräkning. Trots att tidningen justerade ner kostnaden från 1,2 miljoner till 950 000 kronor (*Svenska Dagbladet* 2017) var det fortsatt en stor diskrepans mot Skanskas beräkning om en kostnad på max 600 000 för den offererade entrébyggnationen (Skanska 2017b). SHP och Skanska publicerade också senare ett dokument – ”Myter och sanningar om NKS” – som innehöll en lista med rättelser kring, enligt dem, felaktiga uppgifter som cirkulerade i och via *Svenska Dagbladet* (SHP 2018). På listan fanns, förutom dörren, uppgifter om när projektet skulle vara klart och till vilken kostnad samt en försäkran om att det varken förekommit skattefusk eller aggressiv skatteplanering. Skanska PO-anmälde *Svenska Dagbladet* för att ha brutit mot pressetiska publicistregler om att ge korrekta nyheter, vara generös med bemötanden samt att höra båda sidor. 2017 friades dock tidningen av Pressens Opinionsnämnd.

Även vår analys av medierapporteringen visar att möjligheterna för projektets talespersoner att nå ut med sina budskap var begränsade under denna andra fas. I stället blev det oppositionspolitiker som gavs utrymme att kommentera, instämma i och förstärka kritiken. I linje med medielogikens intresse för konflikter, problem och personcentrering skapade medierapporteringen en plattform för centrala oppositionspolitiker att formulera och ge röst åt kritik. De tidiga årens ambitioner om samförstånd mellan de politiska blocken omvandlades i bevakningen till uttalade politiska konflikter om sjukhuset. En journalist förklarar det som att det var rapporteringen som gjorde att oppositionspolitiker vaknade och fick en plattform att driva dessa frågor på:

Så sossarna som knappt hade sagt flaska i den här frågan på flera år, de fick då en möjlighet att ta sig in i den här frågan och lägga sig på ett annorlunda ställe rent politiskt och kunde börja attackera majoriteten och det bidrog till en väldig skjuts i bevakningen också (journalist, dagstidning).

Den omfattande rapporteringen gav oppositionspolitiker möjlighet att göra politiska utspel och på så sätt bli del av berättandet – och berättelsen. Därigenom skapades ett slags självgenererande nyhetsspiral där berörda parter kommenterade innehåll i artiklar, som i sin tur skapade nytt innehåll – ofta formulerade som krav på ansvariga politiker, krav som sedan kunde följas upp genom att dessa politiker ställdes till svars. I de fall som politiker och tjänstepersoner sedan agerade på kraven – inte sällan genom att tillsätta en utredning – blev detta underlag för ny rapportering. I rapporteringen om KS förändringsarbete och införandet av värdebaserad vård har konflikter mellan sjukhusledningen och fackliga representanter samt läkare stått i fokus. En intervjuperson med insyn i granskningen förklarar att det initialt var svårt att få läkare och andra på sjukhuset att ställa upp och uttala sig, men att det över tid blev allt fler som ville berätta om de problem som förändringsarbetet hade fört med sig. Medierapporteringen blev också på det sättet ett slags nav och en grund för involverade att förhålla sig till – och agera utifrån. Den blev också, om än sent i projektarbetet, en plattform där professionsföreträdare kunde vädra sin kritik. Flera av dessa hade redan tidigare under arbetet varit kritiska, men inte upplevt att de blev hörsammade (se t.ex. kap. 11).

När KS styrelse ställde sina platser till förfogande i april 2018 kan detta ses som en reaktion på upprepade krav som oppositionspolitiker hade ställt i *Dagens Nyheter*s rapportering sedan en tid tillbaka. I början av januari hade *Dagens Nyheter* rapporterat: ”Efter DN:s granskning: Produktionsdirektör Andreas Ringman Uggle på Karolinska avgår” (Röstlund & Gustafsson 2018a), och senare samma månad publicerade tidningen en artikel med rubriken ”Efter DN:s granskning: Krav på sjukhusstyrelsens avgång” (Röstlund & Gustafsson 2018b). I ingressen påmindes läsaren om att tidningen hade ”avslöjat att underlag för konsultfakturor på 57 miljoner kronor saknats, från BCG till Karolinska” och Miljöpartiet krävde nu extern granskning, medan Vänsterpartiet

uppmnade dåvarande sjukhusdirektören och hela sjukhusstyrelsen att avgå. Det var också i samma tidning som Alliansen kommunicerade sitt beslut att föreslå en ny styrelse för KS, för att, som den uttryckte det, ”skapa rätt förutsättningar för en ordentlig omstart för Karolinska” (Svenonius m.fl. 2018). I debattartikeln betonade de styrande politikerna att det var bra att NKS-projektet granskades, men de menade samtidigt att det saknades en helhetsbild av sjukhusets verksamhet och att de delar som faktiskt fungerade också behövde uppmärksammas. Oppositionens reaktion lät inte vänta på sig. Samma dag publicerades artikeln ”S: Det räcker inte med att byta namn i Karolinskas styrelse” och oppositionspartierna ställde krav på att uppdraget skulle ändras samt att sjukhusdirektören skulle avgå (Kullving m.fl. 2018, i *DN*). I september 2018 meddelade Melvin Samsom att han lämnade sitt uppdrag som sjukhusdirektör, och *Dagens Nyheter* rapporterade att ”beskedet kom efter DN:s avslöjanden om stora konsultarvoden för att hyra in hans tidigare nederländska kollegor och bekanta – något som enligt direktören inte har med saken att göra” (Röstlund & Gustafsson 2018c).

Sammantaget finns det flera exempel på utredningar som beslutades och initierades efter att krav på ansvar hade ställts i rapporteringen. Information tenderar att få en större tyngd och betydelse när den blir offentlig via medierna. I ett anförande i fullmäktige tackade till exempel Gunilla Roxby Cromvall (V) *Dagens Nyheter* för att nu ha gett henne – och alla andra – insyn i hur det faktiskt stod till med NKS. Enligt henne är det *Dagens Nyheter*s granskning som har lett till den här boken och vårt forskningsprojekt om NKS:

Ordförande, fullmäktige! Tack, Dagens Nyheter och alla grävande journalister! Utan er viktiga insats hade vi i oppositionen varit helt förda bakom ljuset i den här gigantiska miljardrullningen, som har styrts av ideologi, med privatiseringar och starka vinst- och marknadskrafter. Det är tack vare detta som vi till slut har fått första delen av granskningsrapporten från Stockholms universitet (SLL 2018g).

Under denna andra fas, i slutet av NKS-projektet, spelade alltså medierna, och särskilt de två dagstidningarna, centrala roller med makt att konstruera berättelsen om sjukhuset. Rapporteringen följde i hög grad det

som brukar framhållas i litteraturen om medielogikens krav på format, ton och innehåll, såsom konflikter, problem, avvikelser och sensationer, som kan knytas till centrala aktörer, är en fråga på dagordningen och del av en pågående rapportering. I rapporteringen blev också det komplexa megaprojektet översatt till och berättat om med fokus på enskilda frågor – dels upphandlingen och projektets kostnader, dels värdebaserad vård som koncept och inblandningen av konsulter. Några intervjupersoner betonar hur medielogiken begränsar möjligheterna att sätta in projektet i en bredare analys av dess betydelse i och för omstruktureringen av hela Stockholmsregionens sjukvårdssystem. Det blir helt enkelt för stora och komplexa frågor som inte låter sig förenklas, personifieras eller visualiseras. En före detta tjänsteperson uttrycker det problematiska med att en sådan bredare diskussion har uteblivit:

När jag ser tillbaka på överhuvudtaget hur hela NKS-projektet så tycker jag att det är jättemärkligt att kommunikationen *inte* har handlat om så att säga de stora strukturella förändringarna med närakuter och ny roll för primärvården och alla de här bitarna, som fortfarande inte är färdiga. Huset står där, nu flyttar man in och lägger in klinisk verksamhet där. Det funkar, men paketet som helhet är fortfarande inte igenslaget (tjänsteperson, SLL).

AVSLUTANDE DISKUSSION

Berättelser är alltid redigerade. På mediearenan definierar medielogiken vad, när, av vem och hur något kommuniceras. Det är spelregler för kommunikation som inte bara journalister har att förhålla sig till, utan även andra aktörer som vill göra sina röster hörda i det offentliga samtalet. Mediebilder formar människors förståelse för sociala fenomen och händelser och kan få stor betydelse för vad som anses rätt och fel och vad som blir lämpligt att göra för en individ eller organisation i en specifik situation. I och med att politik, och även alltmer tjänstepersoners arbete, är sammanvävt med medierna blir medielogiken en styrprincip bortom journalisternas arbete på nyhetsredaktionerna. För politikområden, frågor och händelser som ges mycket uppmärksamhet i medierap-

porteringen kan vi till och med förstå styrningen som medialiserad. Det betyder att medieberättelsen om NKS-projektet blev en del av vad som motiverade och rättfärdigade inblandade aktörers agerande – det mediala narrativet måste helt enkelt förstås som en del av vad som formar och styr beslutsprocesserna. Nedan diskuteras först de särskilda förutsättningar som fanns för medierna att bevaka megaprojektet NKS, därefter den betydelse som medieberättelser hade för beslutsprocesserna.

Megaprojekt är både svårbevakade och attraktiva enligt medielogikens krav på nyhetsfaktorer och berättartekniker. De mest uppenbara svårigheterna är megaprojekts *komplexitet* och långa *utsträckning i tid*. Analysen i det här kapitlet visar att mer omfattande och djupgående medierapportering krävde att projektet materialiserades i form av ett hus, jämte att farhågor om framtida risker på ett eller annat sätt blev syn- eller kännbara. Medielogiken har svårt att hantera sådant som ännu inte har hänt. Rapporteringen krävde också en plattform för konflikter och polariseringar, något som under NKS-projektets tidiga år tonades ner då dessa år karakteriserades av ett politiskt samförstånd där offentlig kritik från oppositionen var begränsad (se kap. 10). När medierapporteringen sedan tog fart konstruerades berättelsen om NKS framför allt i termer av problem och konflikter. I den rapporteringen gavs också tidigare känd information nytt liv. Redan i samband med OPS-upphandlingen 2010 publicerades till exempel kritiska artiklar om hur processen hade gått till. Men det var alltså inte förrän fem år senare, 2015, som upphandlingsprocessen gavs återkommande utrymme och OPS som finansieringsform granskades mer i detalj.

Samtidigt som framtiden tenderar att vara särskilt svårbevakad och inte möta medielogikens krav på ”här och nu”, ter den sig mer tacksam för den som vill synas utan att bli skärskådad. Det är därför inte förvånande att projektets talespersoner under den tidiga fasen hade större möjligheter att marknadsföra och sprida positiva bilder av projektet (Andersson & Grafström 2019; Grafström & Andersson 2019). Det som vi i den här boken förstår som ”visionär oklarhet” gav förutsättningar för att berätta om det attraktiva framtidsprojektet i positiva och abstrakta termer – utan krav på konkretiseringar eller analys av mindre fördelaktiga konsekvenser. Att Region Stockholm sedan en tid tillbaka lanserat vad de själva kallar en långtidsutredning med fokus på 2040 är passande utifrån ett sådant perspektiv. Utredningen ska (fortsätta att) beskriva,

analysera och presentera utmaningar och möjliga lösningar för invånarnas behov av hälso- och sjukvård. I en delrapport från utredningen finns det avsnitt som rubriceras just "Framtiden" och som påannonseras med meningen: "Frågan om hur framtidens vårdstruktur kommer att utvecklas fram till 2040 är öppen" (Region Stockholm 2020e, s. 38). Det är en formulering som känns igen från NKS-projektet, och det är troligen en utredning som är svår att journalistiskt bevaka och rapportera om.

Det finns även aspekter i megaprojekt som passar medielogiken väl och som gör det attraktivt att bevaka och rapportera om sådana projekt. Den sparsamma bevakningen under de första åren står i stark kontrast till den medieberättelse som växte fram efter maj 2015. *Svenska Dagbladets* och *Dagens Nyheters* respektive granskningar har också fortsatt långt efter det att de båda ovannämnda böckerna har publicerats. Genomgången i detta kapitel har också visat att den kritiska bevakningen av NKS-projektet i de båda dagstidningarna skapade en möjlighet för oppositionspolitiker att instämma i och betona allvaret i den kritik som riktades mot projektet och hur det hade genomförts. Trots att vi i efterhand kan se att kritiska röster – såväl från enskilda oppositionspolitiker och fackliga representanter som från de medicinska professionerna – fanns redan tidigt i projektarbetet, verkar dessa inte ha varit vare sig högröstade eller hörsammade. När den journalistiska bevakningen växte skapades, som en av intervjupersonerna uttrycker det, en plattform för den politiska oppositionen och andra aktörer att forma och uttrycka kritik. På så sätt förstärktes det som ovan benämnts som en nyhetsspiral där aktörer kommenterar och gör utspel på basis av uppgifter som publicerats i pressen. Den följetong som utvecklades från 2015 och framåt fick näring och stöd just av att det handlade om ett megaprojekt. De högtflygande visionerna om att skapa ett sjukhus i världsklass som skulle revolutionera svensk sjukvård blev retoriskt tacksamma att kontrastera kritiken mot. NKS långa tidsspänn skapade också en situation där aktörer sent i processen kunde hävda att de inte känt till händelser tidigare i processen – händelser som de nu menade att de fått kännedom om först via medierapporteringen.

När medieberättelsen utvecklades till en medieskandal blev den också ett särskilt centralt narrativ i politiska debatter, ett narrativ som dominerade diskursiva konstruktioner av NKS och som krävde uttalanden och åtgärder av ansvariga politiker. Det har ofta handlat om att tillsätta

en utredning, men också om mer drastiska åtgärder som att byta ut KS styrelse. Denna sammanflätning mellan mediebevakningen och centrala aktörers debatterande och agerande i förändringsprocessen vittnar om hur medieberättelser både skapar och begränsar utrymme för aktörer att agera som berättare och att ges roller i berättelsen. Den påminner också om att morgondagens narrativ motiveras och möjliggörs av gårdagens. Dessa existerar inte separat från det politiska projektet NKS – det är berättelser som på flera sätt vävdes in i projektarbetet och som blev normerande för vad som ansågs rätt, ansvarsfullt och önskvärt att göra av inblandade och berörda aktörer. På så sätt blev medieberättelserna sammanvävda med de inblandade aktörernas syn både på sig själva och på andra och hur de förstod vad som var möjligt och önskvärt att göra.

Avslutningsvis kan vi konstatera att mediernas granskning spelar en viktig – ibland helt avgörande – roll i att synliggöra och syna hur offentliga medel används samt lyfta fram eventuella oegentligheter i ljuset. På så sätt kan mediernas granskning både direkt och indirekt bygga in försiktighet kring hur skattemedel används. Den granskande journalistiken behöver därför värnas. Sammanflätningen mellan medier och politik – och den komplexa ömsesidighet som skapas över tid mellan medie-rapportering och andra aktörers utsagor och agerande – gör det samtidigt viktigt att påminna om medieberättelsers särskilda format, ton och innehåll. Medielogiken fokuserar på och förstärker konflikter, problem och betydelsen av individer. Vad som lyfts fram tenderar att över tid förstärka vissa aspekter och tona ner uppgifter som motsäger den dominerande berättelsen. På så sätt skapas ett slags medieföljetonger där gårdagens innehåll har stor betydelse för dagens och morgondagens. Att peka ut ansvariga och utkräva ansvar på basis av (endast) medieberättelser behöver därför göras med stor försiktighet. Slutligen visar analysen också att det kan vara riskfyllt att i alltför hög grad förlita sig på att medierna bevakar och granskar offentligt finansierade satsningar. I NKS-projektet kom granskningen sent i processen, när projektet nästan var slutfört. I andra sammanhang kanske den helt uteblir.

Sammanfattning av del III

Megaprojekt tenderar att dra till sig och involvera ett stort antal aktörer. Då de är utsträckta över tid är det också vanligt att aktörssammansättningen förändras under processens gång – vissa kommer till, andra faller ifrån och personer rör sig in och ut på beslutsarenan. I en politisk kontext som Region Stockholm är ett uppenbart exempel på detta att majoriteten i fullmäktige har skiftat och att de ledande politikerna har bytts ut vid ett flertal tillfällen. Av alla de tusentals människor som på ett eller annat sätt har varit involverade i besluten bakom NKS är det ytterst få som har varit med under hela, eller ens merparten av, processen.

Det är också tydligt att olika typer av aktörer har varit inflytelserika under olika perioder av planering och beslutsfattande. Vidare har deras relationer och förhållningssätt till varandra skiftat över tid. En aktörskategori som har varit central över hela perioden är naturligtvis *politikerna*. Trots att makten i landstinget skiftade fram och tillbaka mellan höger- och vänsterkoalitionen under NKS-projektets utredningsfas har det i stort funnits en samsyn kring ambitionerna med det nya sjukhuset. Samtidigt har relationen mellan ledning och opposition växlat karaktär och det politiska systemet har kännetecknats av en strukturell instabilitet. Denna instabilitet kommer till uttryck i att Region Stockholm har kännetecknats av såväl en konfliktorienterad kultur som av betydande inslag av samförstånd och kompromiss. Perioder av konflikt och samarbete har avlöst varandra och vid vissa tillfällen har ledning och opposition tillgripit olika strategier. Vid exempelvis det viktiga beslutet att gå vidare med det enda bud som kommit in i OPS-upphandlingen agerade den borgerliga ledningen konfliktorienterat genom att gå vidare med budet trots tidigare löften om att flera bud var nödvändiga. Samtidigt agerade oppositionen, som såg en fara med att projektet helt kunde gå i stöpet, mer

samarbetsorienterat och bidrog till att skänka legitimitet åt beslutet när den fick igenom vissa kostnadsbesparingar. Det kan också noteras att det främst är under projektets senare delar – och sedan sjukhuset stod klart – som konfliktnivån kom att höjas mellan ledning och opposition.

En annan central aktörskategori har varit *tjänstepersonerna*. Även här går det att tala om en strukturell instabilitet som genom NKS-projektet har skapats i relationen med politikerna. Förhållandet mellan politiker och centralt placerade tjänstepersoner präglas vanligen av ett betydande mått av tillit där politikerna visar förtroende nedåt och tjänstepersonerna agerar med lojalitet uppåt. NKS-projektet, med dess extraordinära karaktär, kom dock att rubba detta ”förvaltningskontrakt”. Detta skedde genom att politikerna vid flera tillfällen kom att runda sin egen förvaltning genom att dels inrätta nya organisatoriska enheter och beslutsvägar, dels använda sig av extern expertis. Genom detta avskärmades delar av den ordinarie förvaltningen, främst KS och HSN-förvaltningen, som därmed inte tilläts bistå med sin expertis. Förutom missnöje från delar av den ordinarie förvaltningen skapade denna särorganisering utmaningar att leva upp till centrala förvaltningspolitiska värden som rättssäkerhet, insyn och deltagande. Men även effektiviteten kan ha hämmats då möjligheterna att förstå reformidéerna för de åsidosatta delarna av förvaltningen försämrades.

En annan aktörskategori som gavs begränsat inflytande över processen var hälso- och sjukvårdens *professioner*. Dessa utgjorde den kanske viktigaste intressentgruppen för projektet, och även om det fanns betydande inslag av samråd, workshops, möten och hearings, skedde dessa öppningar för deltagande inom relativt snäva ramar. Professionsföreträdare bjöds främst in på basis av sin expertis (snarare än som organisationsrepresentanter) och deltog främst i frågor inom sina respektive specialiteter – inte i diskussioner kring projektets övergripande inriktning och bärande idéer. Professionerna ska dock inte förstås som endast de läkare och sjuksköterskor som arbetar operativt i vården. Merparten av de personer som har befunnit sig i ledande befattningar i NKS-projektet har haft professionsbakgrund. Vidare hörde några av de viktigaste policyentreprenörerna bakom visionen om NKS till KI, som kan sägas tillhöra den akademiska professionseliten. Med andra ord har professionerna haft ett stort inflytande över processen, men då främst i form av elitföreträdare i ledande roller snarare än den breda basen av praktiker.

Särorganiseringen, där ordinarie förvaltning och personer från sjukvårdsverksamheten gavs begränsat utrymme, möjliggjorde i stället att *konsulter* blev en helt central kategori av aktörer och idébärare i projektet. Detta gällde framför allt i fråga om att rättfärdiga OPS som finansieringsform samt att tillhandahålla den praktiska kunskapen om denna typ av upphandlingsförfarande. Även i fallet med värdebaserad vård var konsulter centrala, både i att introducera och senare som ett stöd för sjukhusledningen att driva igenom den nya verksamhetsmodellen vid NKS. Det senare innebar ett avsteg från den tidigare strategin att utse personer med bakgrund inom professionen för att driva förändringsarbetet. Detta bidrog till att verksamhetsmodellen redan från början mötte starkt motstånd från framför allt läkarprofessionen vid NKS.

Ett återkommande mönster i denna bokens tredje del är att kritiska aktörer kom att mobiliseras och få genomslag i diskussionen i ett relativt sent skede. Detta gäller inte minst intresset från en annan central aktörskategori, *medierna*, som först 2015 inledde en omfattande granskande bevakning av NKS. Precis som att det är svårt för intressenter att ta tydlig ställning och bli engagerade innan det föreligger ett konkret förslag, var det svårt för den granskande journalistiken att väcka intresse innan ”väggar och tak” fanns på plats och det fanns röster som kunde vittna om konkreta erfarenheter av det nya sjukhuset. Sedan rapporteringen kom igång på allvar 2015 har medierna spelat en avgörande roll för granskningen av NKS och för att ventilerade kritiska röster i debatten. Samtidigt har medierna kommit att etablera en dominerande berättelse om NKS formad av medielogikens krav på innehåll och format, och som tenderar att fokusera på konflikter, problem och betydelsen av enskilda individer. Detta har i sin tur fått olika konkreta effekter på färdigställandet av sjukhuset, inte minst exemplifierat av utfasningen av värdebaserad vård.

Analysen av olika aktörers inflytande åskådliggör utmaningarna med megaprojektens utsträckta tidsramar och episodiska karaktär, där personer kommer och går. Dessa förhållanden gör det svårt att åstadkomma en bred och öppen diskussion i tidiga skeden, i syfte att undvika att ledande aktörer snabbt låser sig vid vissa alternativ. Vilka aktörer, idéer och berättelser som får komma till uttryck är emellertid samtidigt en fråga om styrning: hur beslutsprocesser organiseras och vilka inslag av granskning och kontroll som skapas. Detta är ämnet för bokens fjärde och avslutande del.

DEL IV

ORGANISERINGEN

15. Hur styrdes beslutsfattandet?

Maria Grafström & Martin Qvist

INLEDNING

En viktig utgångspunkt för den här boken är att beslutsfattande sällan utgör en linjär process där problemdefinition, val av lösningar, konsekvensanalys av olika alternativ och slutligen beslut sker i tydliga steg. En sådan rationell process är snarare att betrakta som en idealmodell (se kap. 3). Detta gäller särskilt för ett megaprojekt som Nya Karolinska Solna (NKS). Som vi har visat i den här boken pågick beslutsprocessen om NKS under 15 års tid, vilket betyder att förutsättningar har förändrats och att personer har rört sig in och ut på beslutsarenan. Snarare än tydliga steg mot målet om ett nytt sjukhus har processen bestått av ett antal episoder som var och en har haft sin egen dynamik och specifika utmaningar. Trots att det har dykt upp hinder längs vägen, och att beslutsprocessen ibland tagit nya vägar, har den samtidigt förts framåt. För att förstå hur detta har varit möjligt är det nödvändigt att studera hur processen har organiserats. Genom organisering kan inslag av ordning och stabilitet skapas. Olika former av organisatoriska arrangemang kan ge inblandade parter mandat att driva processen i en viss riktning. Sådana arrangemang kan också skapa ett slags skygglappar genom att hålla konflikter och motstridiga intressen på distans. På så vis har organisationen, menar vi, fungerat som det kanske viktigaste styrverktyget för politiker och andra ledande beslutsfattare.

I det här kapitlet undersöker vi hur NKS-processen har styrts genom organisering och hur denna organisering har påverkat beslutsfattandet. Först ringar vi in vad det är som har styrts genom organisationen, närmare bestämt de aktörer och idéer som har stått i fokus i bokens föregående delar. Därefter analyserar vi hur organisationen har skett genom att identifiera ett antal strategier eller handlingsmönster som återkommer genom hela processen. Dessa två delar ligger till grund för en slutdiskus-

sion om politisk styrning genom organisering och konsekvenserna av de organisatoriska arrangemang som kom att forma NKS-processen. Vi återknyter genomgående till exempel och analyser i bokens föregående delar för att visa hur organiseringen formar de idéer och aktörer som blir inflytelserika i planeringsarbetet och besluten bakom NKS.

ATT STYRA KOMPLEXA BESLUTSPROCESSER

Ytterst har politikerna i landstingsfullmäktige (numera regionfullmäktige) fattat de avgörande besluten om NKS. Men som i alla politiska processer är det i arbetet bakom dessa beslut som vi måste söka för att kunna nå en djupare förståelse för processen. För att fatta beslut är politiker beroende av andras expertis, och för att göra beslutsfattandet hanterbart delegeras i regel mycket av det praktiska problemlösandet till de offentliganställda och andra utsedda experter (se kap. 11). Politisk styrning handlar därför till stor del om att inrätta organisatoriska arrangemang, vanligtvis förvaltningar, enheter, utredningar och expertråd, som ges mål, regler, resurser och personal för att lösa sina uppgifter (Sundström 2020a). I en analys av hur beslutsprocesser styrs och går till behöver vi därför undersöka inte bara dessa processers innehåll, utan även hur detta innehåll *formas* och hur det *genomförs*, det vill säga hur arbetet *organiseras*. Styrning handlar i hög grad om hur förvaltningar, enheter och motsvarande positioneras i förhållande till den politiska makten (vertikalt) och i förhållande till varandra och privata organisationer (horisontellt). Förutom uppdrag, regler och resurser handlar organisering också om att skapa en gemensam berättelse, ett narrativ, som motiverar och beskriver vad organisationen är och varför den behövs – både för att skapa mening och samhörighet för dem som arbetar där och för att kommunicera utåt (Jacobsson m.fl. 2015).

Dessa resonemang om politisk styrning är lika tillämpbara på nationell som kommunal nivå, och de går även att överföra till analyser av styrning av komplexa beslutsprocesser. De kan rentav ses som särskilt relevanta i "extraordinära" processer som NKS där det i regel inte finns en färdig struktur eller procedur för hur planerings- och beredningsarbetet bakom besluten ska ske. Att skapa ett *projekt* är i sig självt ett organisatoriskt arrangemang som kan rättfärdiga och legitimera att bryta

mot annars givna normer och regler inom förvaltningsorganisationen (jfr Fred & Hall 2017). Genom att organisera verksamhet i ett projekt skapas ett avstånd till den vardagliga praktiken, och förfaringssätt och beslutsgångar kan se annorlunda ut än vad som är brukligt i ordinarie verksamhet. Avsaknaden av givna institutionella ramar gör därför att megaprojekt ofta kringgärdas av ytterligare nya organisatoriska arrangemang. Projektens komplexitet, omfång och att de är förknippade med stor osäkerhet gör också att politikerna känner sig nödgade att tillkalla särskild expertis, och ofta expertis som de inte anser finns i den reguljära förvaltningen.

Ett grundantagande i den narrativa modell som vi presenterade i kapitel 3 är att det finns ett ständigt flöde av problem, lösningar och aktörer som pockar på beslutsfattarnas uppmärksamhet (Cohen m.fl. 1972). Beslutsfattande handlar från ett sådant perspektiv ofta om att skapa gehör för och rättfärdiga en viss lösning, snarare än ett förutsättningslöst problemidentifierande och -lösande. Megaprojekt som NKS tenderar dessutom att attrahera många olika aktörer som ser ett tillfälle att lyfta sina problembeskrivningar eller en möjlighet att få igenom sina favoritförslag. Om beslutsprocessen vore öppen för alla problem, lösningar och aktörer skulle beslutsfattandet lätt lamslås av all information och skapa låsningar bland alla inblandade parter (Olsen 1983). Organisering blir i detta sammanhang ett sätt att styra vilka aktörer som får inflytande och vilka frågor som ges uppmärksamhet vid olika tidpunkter i processen. Av detta följer att politisk organisering alltid kan ses som ett uttryck för makt där vissa frågor och konflikter ges utrymme, medan andra trycks undan. Aktörer kan i vissa fall helt organiseras ut ur en process, eller isoleras, vilket minskar deras möjligheter att mobilisera andra aktörer eller den breda allmänheten (Schattschneider 1975).

Organisatoriska arrangemang skapar tillsammans med för tiden och sammanhanget starka idéer också förutsättningar för handlingsutrymme. Aktörers intentioner är på så sätt skapade av det sammanhang i vilket de agerar (jfr Blomquist & Jacobsson 2002). Det här betyder att beslutsfattande sker utifrån vad som uppfattas vara ett *lämpligt* beteende, utifrån vad som förväntas av en person eller en organisation i en given situation (March 1994). Genom att agera på ett sätt som överensstämmer med rådande normer, värden och ideal blir organisationers och individers handlingar legitima. Över tid utvecklas därigenom normer och

värderingar som definierar vad som är viktigt och vad som är önskvärt och eftersträvansvärt i ett professionellt sammanhang.

Våra studier visar att ett megaprojekt i sig utgör ett sådant sammanhang där beslutsprocesser styrs och formas beroende av vad involverade aktörer uppfattar som lämpligt. Vi visar också att i ett megaprojekt, utsträckt över tid och rum, kan vad som uppfattas som legitimt och lämpligt förändras under processens gång. Genom organisatoriska arrangemang kan förutsättningar för beslutsfattandet riggas om och inkludering respektive exkludering av aktörer och idéer förändras (Blomquist & Jacobsson 2002; Jacobsson 1994; Sahlin-Andersson 1989). Ett megaprojekt som NKS, som inte bara genomförs över lång tid utan också genom en mängd processer och aktiviteter, medför dessutom att olika delar av projektet vid ett och samma tillfälle kan ha kommit olika långt i planeringen eller genomförandet.

INKLUDERING OCH EXKLUDERING AV AKTÖRER OCH IDÉER

Vilka aktörer och idéer som har tillträde till ett beslut är ibland högst institutionaliserat, det vill säga tydligt strukturerat på förhand och svår- föränderligt på kortare sikt. Det är till exempel riksdagsledamöter som utses till riksdagens olika utskott och arbetsmarknadsfrågor hanteras i arbetsmarknadsutskottet, inte i försvarsutskottet. Möjligheten att påverka organiseringen kan alltså skilja sig mellan olika beslutsprocesser. Megaprojekt tenderar dock att inte omgärdas av en lika tydligt fastställd struktur eftersom de oftast är extraordinära företeelser som inte har givna ramar eller upparbetade procedurer. Ett tydligt uttryck för detta i NKS-projektet var att det skapades olika ad hoc-arrangemang som oftast byggdes upp kring utvalda personer med uppgift att driva processen. Inledningsvis var den lilla projektgruppen för utredningen SNUS ett exempel på en sådan ad hoc-organisering, formad utifrån viljan att snabbt få projektet ur startblocken. NKS-kansliet och NKS-förvaltningen blev senare de allra tydligaste exemplen på hur denna ad hoc-organisation formaliserades som en ny men samtidigt tydligt separerad del av landstingsförvaltningen.

Skapandet av de organisatoriska arrangemangen för NKS-processen – som de inledande utredningarna, NKS-kansliet och NKS-förvaltning-

en – syftade inte minst till att påverka vilka aktörer som gavs tillträde till beslutsarenan och under vilka förutsättningar. Ett genomgående tema är här relationen till ledningen och personalen på Karolinska universitetssjukhuset (KS). Ett annat är beroendet av extern expertis och den expertis som fanns i den egna förvaltningsorganisationen. Som beskrevs i kapitel 13 om konsulterna stod dessa grupperers kunskapsanspråk i konflikt med varandra i fråga om offentlig-privat samverkan (OPS). Inorganiseringen av konsulterna, genom att tillsätta nya utredningar, blev ett sätt att rättfärdiga OPS som finansieringslösning.

Styrningen genom organisering handlade dock inte bara om inkludering och exkludering av aktörer. Statsvetarna Shirin Ahlbäck Öberg och Göran Sundström beskriver det som att idéer både kommer ur och samtidigt genererar organisatoriska arrangemang. Det tenderar att bli en självförstärkande process där idéerna över tid ”inte bara institutionaliserats, eller ’fastnat’, på olika sätt i förvaltningen utan också fått förnyad kraft” (Ahlbäck Öberg & Sundström 2020, s. 238). Eftersom aktörer verkar inom ramen för förutsättningar som skapas av i samtiden dominerande idéer, nås ofta framgång genom att bygga koalitioner kring sådana idéer (Blomquist & Jacobsson 2002). Att exkludera aktörer eller koalitioner av aktörer ur en process kan vara ett sätt att organisera ut vissa idéer för att ge företräde åt andra. Men organisering kan också vara inriktat på idéerna själva, och på att påverka vilka argument och lösningsförslag som är legitima att föra fram vid olika beslutstillfällen. Ett konkret exempel är att försöka styra genom att sätta dagordningen (Bachrach, Morton & Baratz 1963). I 3S-utredningen, som genomfördes 2003–2004, var detta en tydlig strategi. Som beskrevs i kapitel 12 öppnades processen i detta skede upp för att en mängd företrädare för professionerna skulle få delta och aktivt påverka utvecklingen. Genom den inriktning som utredningen gavs av politikerna bestämdes samtidigt att mer övergripande frågor om projektet, såsom sjukhusets inriktning och lokalisering, inte skulle vara var öppna för diskussion. Dagordningen sattes snävt och det professionsföreträdarna fick samtala om var att försöka fastställa olika nivåer av vård inom sina respektive specialiteter. Resultatet blev att aktörer inkluderades, men med starkt begränsat utrymme att påverka de större sammanhangen. De lösningar som var tänkbara och som kunde komma upp på bordet begränsades genom makten över dagordningen.

Att styra genom dagordningen är ett relativt direkt sätt att påverka

vilka idéer som får komma till uttryck och handlar ofta om att trycka undan kända meningsskiljaktigheter (jfr Lukes 2005). Kanske än mer betydelsefullt för att organisera in och ut idéer i NKS-projektet var skapandet av gemensamma berättelser. Dessa berättelser, eller narrativ, om ”världsklass”, excellens och högspecialiserad vård, som beskrevs i bokens andra del, fungerade som ett sätt att knyta samman aktörer och skapa mening för arbetet med NKS. De fungerade samtidigt som ett sätt att hålla borta andra berättelser och sätt att beskriva projektet. Detta skapade en mer subtil styrning av vad det innebär att vara en legitim aktör – en som kan föra fram sina argument och förslag inom det dominerande narrativet. Ett uttryck för denna typ av diskursiva gränsdragningar är att definiera och peka ut ”bakåsträware”, som när NKS-förvaltningen upprättades och dåvarande KS i hög grad organiserades ut ur förändringsarbetet (Andersson & Grafström 2019). Förekomsten av en dominerande berättelse kan också bidra till förståelsen av varför vissa frågor och argument saknas vid olika beslutstillfällen trots att de är kända bland berörda aktörer. En sådan fråga var säkerställandet av personalförsörjning, inte minst gällande sjuksköterskor, som länge har varit en utmaning inom vården. Den dominerande idén kring rekrytering var, åtminstone inledningsvis, snarare att locka till sig spetsforskare – en idé som passade berättelsen om excellens, innovation, klusterbyggande och ”världsklass” (kap. 5).

STRATEGIER OCH MÖNSTER I ORGANISERINGEN AV NKS-PROJEKTET

Organisering kan ske på olika sätt och ha skilda syften. Nedan diskuterar vi fyra strategier som vi menar kännetecknade organisationen av NKS-processen: att på olika sätt *begränsa sökluften*, att ordna förändringsarbetet i *parallella processer*, att *villkora* olika aktörers deltagande och att hantera frågor *sekventiellt* över tid. Viktigt att notera är att styrning genom organisering sker mer eller mindre medvetet. Det kan handla om allt från aktiva och uttalade beslut (som att inrätta en ny enhet eller en ny förvaltning) till att arrangemang över tid kan förstärka viss typ av organisering (som att en och samma förändringsprocess över tid kan utvecklas i separata sammanhang där vissa frågor och deltagare inte möter varandra).

Begränsa sökljuset

Utifrån en rationell planeringsmodell förväntas planeringen börja i problemet och uttömmande fastställa behoven som projektet ska lösa. Därefter undersöks alla tänkbara lösningar för att finna det bästa alternativet. Som redan betonats följer beslutsprocesser sällan denna mall. Ofta måste projekten drivas framåt trots en mängd osäkerhetsfaktorer. Mer och mer information i tidiga skeden kan få projekt att köra fast och beslutsfattarna kan ställas inför alltför många alternativ där alla konsekvenser inte kan utredas (De Bruijn & Leijten 2007; Salet m.fl. 2013). Uppmärksamhet är en helt central men samtidigt begränsad resurs i komplexa beslutsprocesser (Cyert & March 1963).

Detta gör att det blir nödvändigt att begränsa och specialisera informationsinhämtningen, framför allt vilka lösningar som ska undersökas och utredas och vilka som lämnas utanför. Att "begränsa sökljuset" var en tydlig strategi i den inledande planeringen av NKS (se Johansson & Qvist 2020). Detta handlar främst om vilka utredningar som till-sattes, hur de bemannades och vad de gavs för inriktning – och därmed också vad som valdes bort. Ett tydligt exempel är utredningen av OPS, som beskrevs i kapitel 9, när den efter valet 2006 på allvar kom att aktualiseras som finansieringsform (se även kap. 13). De konsultutredningar som då genomfördes hade ett tydligt fokus på att utreda OPS medan andra upphandlingsformer, såsom samverkansentreprenad, utreddes mer begränsat. Här användes de traditionella upphandlingsformerna mer som ett sätt att framhäva fördelarna med OPS än som alternativ som undersöktes förutsättningslöst (se även Junker & Yngfalk 2019).

Att noggrant välja vad som utreds är ett konkret sätt att begränsa sökljuset, men intressant nog börjar detta tidigare i processen i ett skede där ledande aktörer hämtar inspiration från olika förebilder. Som beskrevs i kapitel 5 var resor till ledande sjukhus runt om i världen centralt för att skapa bilden av ett sjukhus i "världsklass". Ralph Lédels skrivelse 2001 kom kort efter en sådan inspirationsresa till ett sjukhus i spanska Valencia. Under SNUS genomfördes resor till 14 universitetssjukhus i USA och Europa, utifrån en relativt oklar urvalslogik. Några av de ledande personerna i projektorganisationen, och som också var tydliga policyentreprenörer för nivåstrukturerings, forsknings- och vårdnätverk samt patientcentrerade arbetssätt, fungerade på dessa resor som "reseledare" för grupper av politiker och ledande tjänstepersoner.

Dessa personer använde sina personliga nätverk som dörröppnare till berömda sjukhus, såsom Johns Hopkins och Cleveland Clinic i USA. Som framkommer i kapitel 5 skedde inte organiseringen av dessa resor förutsättningslöst, utan den utgick från de dominerande idéer som dessa företrädare för den medicinska eliten agerade utifrån. Redan på detta visions- och inspirationsstadium begränsades alltså sökljuset av dominerande idéer och aktörerna fungerade som vägvisare. Resandet i syfte att lära och inspireras kom sedan att bli ett återkommande inslag även under följande delar i processen, inte minst under NKS-förvaltningens tid.

Parallella processer

Tidigare studier av megaprojekt har visat att det ofta uppstår flera olika delprocesser genom vilka förändringsarbetet genomförs. NKS-projektet är inget undantag. Genom parallella processer kan frågor och problem hanteras separat från varandra. Varje process kan utgöra ett eget organisatoriskt sammanhang som sätter ramarna för vilka aktörer som deltar och vad som anses lämpligt att göra. I sin studie av Stockholms stads köp av ASEA:s koleldade kraftvärmeverk under 1980-talet visade till exempel företagsekonomen Bengt Jacobsson hur organiserandet av beslutsprocessen i tre olika, parallella processer fick en rad konsekvenser. Konflikter kunde artikuleras, utan att lösas; de hanterades i stället genom att de organiserades på olika nivåer. Centrala personer i en process kunde också vara relativt okända för andra personer – med centrala positioner i en annan process. Processerna saknade därför också styrning från ett "centrum": "det fanns ingen som någonstans satt och drog i trådarna efter något uttänkt schema" (Jacobsson 1994, s. 14) – vilket öppnade, och till och med underlättade, för aktörer med mer specifika intressen (t.ex. företag med något att sälja).

I NKS-projektet skapades över tid olika parallella processer. Det kanske mest påtagliga exemplet gäller planering av och beslut om verksamhetsinnehållet vid det nya sjukhuset och hur detta skulle påverka andra vårdgivare i regionen. Det var en parallell process som etablerades och blev särskilt stark under tiden för NKS-förvaltningens existens (Andersson & Grafström 2019; Grafström & Andersson 2019). Den särorganisatoriska lösningen med en separat förvaltningsorganisation för projektet skapade en situation där fokus för förändringsarbetet blev

det nya sjukhuset och dess innehåll (kap. 11). De lika viktiga och nära sammanflätade frågorna om hur detta nya sjukhus – med ett förändrat uppdrag i jämförelse med dåvarande KS – skulle påverka universitets-sjukhusets verksamhet i Huddinge, akutsjukhusen samt andra vårdgivare i regionen – hamnade därigenom i skymundan.

De problem som skapades genom parallella processer framträdde redan tidigt i projektarbetet (Grafström & Andersson 2019). De handlade om att NKS-förvaltningens arbete gick på tvärs med det pågående arbetet på KS för att skapa *ett* universitetssjukhus som inkluderade både Huddinge och Solna. NKS-förvaltningens arbete hade i stället ambitionen att koncentrera den högspecialiserade vården i regionen till det nya sjukhuset i Solna. Men det gällde också avsaknaden av en ”generalplan” för hur hälso- och sjukvården skulle organiseras och bedrivas i framtiden i regionen. Samtidigt som NKS beskrevs som en hävstång för att förändra sjukvårdssystemet i regionen, saknades konsekvensbeskrivningar och ett arbete som planerade för de förändringar som det nya sjukhuset skulle medföra för övriga vårdgivare. Situationen liknande på så sätt den som Jacobsson beskrev i sin studie: det fanns inget ”centrum” varifrån förändringsarbetet koordinerades och styrdes.

Kritiken om avsaknaden av en generalplan ledde till att ett särskilt projekt med målet att planera för framtidens hälso- och sjukvård i regionen upprättades. Framtidsplanen blev ett parallellt förändringsarbete till NKS-projektet (se kap. 8). I samband med att ansvaret för verksamhetsinnehållet vid NKS flyttades över från NKS-förvaltningen till KS fanns uttalade krav på att planeringsarbetet skulle ske *i samverkan* mellan det centrala programkontoret vid SLL och KS nyinrättade programkontor. På så sätt skulle just parallella processer undvikas. I vår analys av hur arbetet från 2012 och framåt utvecklades ser vi dock att arbetet i hög grad även fortsättningsvis organiserades i två skilda processer (Andersson & Grafström 2020).

Problemen med att samorganisera arbetet kan tänkas ha flera orsaker. Under perioden var ansvar och mandat för Framtidsplanen ottydligt, något som landstingsrevisorerna också uppmärksammade och identifierade som problematiskt och som en risk för genomförandet av de omfattande förändringarna (SLL 2016d). Det fanns också uttalat olika uppfattningar mellan KS och den centrala förvaltningsorganisationen rörande möjligheter och lämpligheten i att koncentrera den högspecia-

liserade vården till Solna (kap. 8). Meningsskiljaktigheterna var särskild tydliga i fråga om de planerade förändringarna av det akuta omhändertagandet i regionen där NKS skulle utgöra en ny akutnivå med en anpassad akut – en akut som fick namnet Intensivakuten och som togs i bruk den 1 maj 2018. Att arbetet delvis organiserades i parallella processer kan förstås som en underlättande faktor för att driva igenom beslutet om att inrätta Intensivakuten trots den starka kritiken från professionsföreträdare och KS.

Villkorat deltagande

Genom att styra med organisation kan, som vi har visat ovan, aktörer organiseras in och ut från en förändringsprocess; aktörer kan på så sätt inkluderas eller exkluderas. Beslutsprocessens organisering påverkar därmed ”handlingsutrymmet för dem som vill förverkliga sina drömmar” (Blomquist & Jacobsson 2002, s. 30). Berörda aktörers delaktighet kan förstås i termer av effektivitet och legitimitet (Andersson & Grafström 2019; Johannesson & Qvist 2019), där exkludering av motstridiga intressen och aktörer som uppfattas ha en annan agenda kan skapa utrymme för snabbare förändring. Att exkludera kritiska röster tenderar dock att skapa legitimitetsproblem. I ett försök att balansera mellan dessa två krav – att hantera komplexitet och konflikter – har till exempel företagsekonomerna Christine Blomquist och Bengt Jacobsson (2002) beskrivit det som eftersträvänsvärt i en förändringsprocess att utveckla en rimlig lyhördhet för aktörers intressen och önskemål. Att balansera mellan effektivitet och legitimitet kan därför förstås som ett slags rimlighetens konst, det vill säga att ge aktörer möjlighet att delta och bli hör sammade i den utsträckning att de upplever att de har respekterats. En alltför långtgående effektivitetsambition i ett projekt som NKS kan – förutom att begränsa möjligheterna till att skapa legitimitet genom deltagande – vara direkt kontraproduktivt. Att inte lyssna till kritik och olik tänkande kan göra att förändringsarbetet helt enkelt missar centrala aspekter och stöter på andra problem längre fram.

Snarare än en strävan efter rimlig lyhördhet kom organiseringen av NKS-projektet att präglas av vad vi kallar för ett *villkorat deltagande* (Andersson & Grafström 2019). De ledande aktörerna förstod tidigt i processen att projektets starka politiska vision om att genomföra en radikal förändring skulle kunna uppfattas som utmanande av flera aktörer. Det

var en uppfattning som stärkte tanken att projektet behövde organiseras på ett sätt som premierade effektivitet före legitimitet. En inkluderande hållning med alltför stort inflytande från organisationer och enskilda personer beskrivna som "särintressen" – och som i hög grad definierades som problematiska och förändringsobenägna – ansågs riskera ett framgångsrikt genomförande (Andersson & Grafström 2019; Öhrming 2017).

Under NKS-förvaltningens tid tog detta sig uttryck i att KS, som sågs som en potentiellt motsträvig aktör, organiserades ut från projektarbetet under de första åren (Andersson & Grafström 2019). Kunskap och expertis från KS hämtades i stället genom att förvaltningen lånade in viss personal för att arbeta deltid i NKS-projektet (se kap. 11, 12). Dessa personer blev mer av representanter för NKS-förvaltningen än för KS. Ledningen för KS var visserligen representerad i en styrgrupp, men styrgruppens möten fungerade mer som tillfällen för informationsutbyte än som en möjlighet för deltagarna att faktiskt påverka NKS-förvaltningens arbete. KS kunde åtminstone på pappret presenteras som att det involverades i processen, men hölls samtidigt på distans och gavs inget direkt inflytande över förändringsprocessen (Andersson & Grafström 2019).

Villkorat deltagande beskriver inte bara den dåvarande sjukhusledningen, utan även involveringen av de fackliga organisationerna. I likhet med sjukhusledningen har dessa uppgett att de bjöds in att delta i arbetet men att de inte gavs möjlighet att påverka processen (Grafström & Andersson 2019). Dessa erfarenheter fanns både under NKS-förvaltningen och senare då ansvaret för planeringen av verksamhetsinnehållet hade förlagts till KS. En facklig representant beskrev detta i vår intervju som att det kunde föras "bra dialoger" och genomföras "en rad sittningar" mellan den fackliga organisationen och den dåvarande sjukhusledningen, men att de framförda kraven på förändringar inte påverkade inriktningen på arbetet.

Sekventiell organisering över tid

Att organisera beslutsfattande i parallella processer, som beskrevs ovan, gör det möjligt att reducera komplexitet och risker för läsningar i dessa mer specialiserade delprocesser. Att organisera processer sekventiellt, det vill säga som avgränsbara episoder där en större fråga delas upp i ett

antal delbeslut över tid, kan fylla en liknande funktion. Om alla frågor som rör ett stort projekt som NKS hanteras vid samma tidpunkt, skulle det troligen bli oöverblickbart och omöjligt att komma fram till ett beslut. Sekventiell organisering av beslutsprocesser kan också göra det möjligt att hantera motsägelsefullheter och motsättningar i olika val. Problem som uppstår eller som förblir olösta med ett beslut kan skjutas till nästa sekvens i processen.

Att centrala frågor sköts på framtiden i NKS-processen har i efterhand blivit föremål för omfattande kritik och diskussion. Detta gäller framför allt frågan om vilken verksamhet som skulle bedrivas på det nya universitetssjukhuset (kap. 8; se även Grafström & Andersson 2019). I sin studie av NKS-projektet beskriver Öhrming (2017) detta som att allt gjordes "baklänges", det vill säga att man planerade och startade projektet utan att fullt ut utröna vad det nya sjukhuset skulle användas till. Vi kan genom att analysera den sekventiella organiseringen identifiera två viktiga orsaker till att processen fick denna karaktär.

Den första handlar om viljan att organisera ut konflikter och motsättningar. Frågan om vilka vårdenheter som skulle flytta in i det nya sjukhuset var en av de mest kontroversiella att hantera under processens gång. Denna fråga riskerade att skapa debatt inom stora delar av professionerna, som genom sin makt hade kunnat låsa processen och frånta den politiska ledningen handlingsinitiativet i planeringsarbetet. Det är därför inte förvånande att frågan om verksamhetsinnehållets fastställande sköts fram till efter beslutet 2008 om att bygga sjukhuset. Inom forskningen om policyskapande är detta en välkänd strategi för att göra beslut mindre konfliktfyllda och att stegvis binda upp olika aktörer (Zahariadis 2003). Mer uppseendeväckande var att frågan fortsatt var öppen fram till att den togs över av KS sedan NKS-förvaltningen lagts ner vid årsskiftet 2011/2012, och att vissa frågor inte fattades beslut om förrän långt senare, till exempel detaljerna kring den anpassade akuten (Andersson & Grafström 2020).

Vi menar samtidigt att frågan om verksamhetsinnehållets hantering måste analyseras vidare än att endast förstå den som en politisk strategi för att få igenom beslut och undvika konflikt. Detta mönster av att knuffa beslut på framtiden ska också ses som ett resultat av svårigheter med att hantera komplexitet och motstridiga intressen som frågan var förknippad med. Denna komplexitet hänger samman med – och bör för-

stås i ljuset av – de idéer om att planera för framtiden som projektets företrädare hade anammat och som beskrevs i kapitel 6. I betydande utsträckning präglades arbetet av en planeringsfilosofi som bejakade snarare än att vara inriktad på att reducera osäkerhet. På så vis speglar den sekventiella organiseringen inte bara begränsningar i aktörernas förmåga att en gång för alla lösa upp de intrikata motsättningar som frågan var förknippad med, utan genom en berättelse om flexibilitet och generalitet kunde detta bejakande av osäkerhet presenteras som ett modernt och rationellt sätt att organisera processen.

AVSLUTANDE DISKUSSION

Det här kapitlet har tagit ett brett grepp om flera aspekter som har diskuterats i del II och del III i boken genom att sätta strålkastarljuset på *organiseringens* betydelse för NKS-projektets beslutsprocess. Vi har visat att organisatoriska arrangemang skapar förutsättningar för aktörer att delta i processen, men också att andra samtidigt – mer eller mindre medvetet – stängs ute. Vi har också visat att idéer kan ges uppmärksamhet och få fäste genom organisering, samtidigt som dessa idéer i sig ger upphov till ny eller förändrad organisering. Det betyder att arrangemangen över tid kan skapa ett slags inläsningseffekt där vissa aktörer och idéer framstår som självklara. Därigenom har också organiseringen betydelse för vad som anses legitimt och lämpligt att göra i en viss situation.

Vi tog avstamp i en diskussion om att organisering är ett centralt politiskt styrverktyg. Inrättandet av en ny särskild förvaltningsorganisation med ansvar för NKS-projektet är det allra tydligaste exemplet på sådan politisk styrning i vår studie. Det fanns en mer eller mindre uttalad tanke om att hålla existerande verksamhet på avstånd, att skapa ett rum för något nytt och minska risken för kritik och låsningar. Beslut som riskerade att få kritik, eller som bara var särskilt svåra att realisera i praktiken, kunde skjutas på framtiden. Och trots att berörda parter, som upplevde sig vara just utorganiserade från förändringsarbetet, uttryckte sin kritik i rätt högljudda former skapade det organisatoriska arrangemanget ett slags, mer eller mindre medveten, lomhördhet.

Samtidigt som NKS-förvaltningen utgjorde det Jacobsson (1994) benämner ”ett centrum” för planerings- och förändringsarbete i megaprojekt, skapade dess existens det motsatta. NKS var tänkt att fungera som

en hävstång och ett lokomotiv för att förändra Stockholms sjukvårdsstruktur. Så länge planeringsprocesserna var kopplade till varandra, som i 3S, var detta också fallet. Men när de kopplades isär kunde sjukhusbygget inte längre fylla denna roll. I stället uppstod oklarheter, en strukturförändring som inte går i takt och en modifierad inriktning för NKS där vissa av de ursprungliga intentionerna har vattnats ur.

Avslutningsvis kan vi konstatera att både rättfärdigande och upprätthållande av särskilda organisatoriska arrangemang, som NKS-förvaltningen, gjordes med hjälp av diskursiva gränsdragningar. Att definiera och måla bilden av det gamla sjukhuset som "bakåtsträvar" och "förändringsobenäget" skapade legitimitet för valet av projektorganisation. Den starka berättelsen om NKS som världsledande och som möjliggörare av framtidens sjukvård bars upp och konstruerades i relation till det som existerade då, och det blev därför viktigt att formulera detta som något tillhörande gårdagen, något som fungerade dåligt. Detta speglar också att styrningen genom organisering inte bara handlade om att inrätta enheter och utredningar och positionera dem vertikalt, horisontellt och sekventiellt. Den gemensamma berättelsen kommunicerades utåt, men var samtidigt också ett sätt att skapa mening och riktning för det egna planeringsarbetet.

16. Hur kontrollerades beslutsfattandet?

Göran Sundström & Livia Johannesson

INLEDNING

Som visades i kapitel 14 har tillkomsten av Nya Karolinska Solna (NKS) debatterats flitigt i olika medier under senare år. Flera offentliga granskningar har också genomförts till följd av denna debatt, såväl av Region Stockholm som av olika externa aktörer. I dag verkar det råda en utbredd samsyn kring att många beslut som fattades på vägen fram till färdigställandet av NKS var bristfälliga och att de har fått långtgående konsekvenser, som har gått ut över såväl demokratin som effektiviteten. Som har framkommit i denna bok inleddes dock denna kritiska debatt och dessa granskningar sent i processen, då många konsekvenser redan var ett faktum och svåra, eller omöjliga, att åtgärda.

Eftersom NKS-projektet ägde rum i ett demokratiskt styrelseskick som det svenska är en relevant fråga hur de kontrollfunktioner som normalt kännetecknar sådana system fungerade i detta fall. I detta kapitel diskuteras den frågan. Diskussionen utgår från ett antal kontrollfunktioner som är vanliga i demokratier. På basis av exempel och analyser i bokens föregående delar resonerar vi kring hur dessa funktioner var organiserade i fallet NKS och jämför denna organisering med hur motsvarande funktioner är organiserade på central statlig nivå. Vi visar att många kontrollfunktioner är organiserade på olika sätt på dessa nivåer och att funktionerna på kommunal nivå i många fall kan betraktas som svagare än på statlig.

Kapitlet inleds med en allmän diskussion om kontrollmakten i moderna demokratiska styrelseskick, där vi pekar ut ett antal vanligt förekommande kontrollfunktioner. Därefter går vi igenom dessa funktioner och diskuterar hur de fungerade i fallet NKS. Vi jämför också löpande hur funktionerna är organiserade på kommunal och statlig nivå. I ett avslutande avsnitt lyfter vi fram några centrala aspekter avseende orga-

niseringen av kontrollen som vi menar bidrar till förståelsen av varför NKS-projektet inte nagelfors i den utsträckning som medborgarna i en demokratisk stat kan förvänta sig.

OM KONTROLLMAKTEN

I diskussioner om hur den offentliga makten tar sig uttryck i demokratiska styrelseskick är det vanligt att dela in den i olika komponenter: organisations-, utnämnings-, lagstiftnings-, finans- respektive kontrollmakten (Petersson 2010; Sterzel 2003). Kontrollmakten, i meningen att undersöka om någonting är i sin ordning avseende såväl regelefterlevnad som måluppfyllelse, speglar en insikt om att en demokrati aldrig kan organiseras på ett perfekt och slutligt sätt, utan att den alltid kommer att medge ett utrymme för fel och tillkortakommanden grundade i ”den mänskliga faktorn”, vare sig dessa är medvetna eller omedvetna. Kontrollmakten gäller i det avseendet ansvar, att någon ställs till svars för något. Syftet med kontrollen kan dock sträcka sig bortom att upptäcka fel och utdela sanktioner. Den kan också handla om att avskräcka från att göra fel, att avstyra fel som är på väg att begås, att rätta till fel i efterhand och att lära av erfarenheter där lärdomarna kan ligga till grund för reformer (Jacobsson m.fl. 2019, s. 17–18; Vedung 1998).

En fungerande kontrollmakt bygger på vissa grundläggande förutsättningar (Ahlbäck Öberg 2018; Petersson 2010). För det första måste det stå klart *vem som är ansvarig*. Någon måste i formell mening bära ansvaret för den verksamhet som ska kontrolleras – dess utförande och resultat. Inom hälso- och sjukvården ligger utföraransvaret på regionerna (”huvudmannen”), men som diskuterades i kapitel 2 är ansvaret för detta område komplicerat. I praktiken är ansvaret delat mellan staten, regionerna och kommunerna, och det finns dessutom såväl förtroendevalda organ som opolitiska förvaltningar med betydande utrymme att påverka politikens innehåll.

För det andra måste det finnas något slags *kriterium för verksamheten* som ska bedömas, det vill säga någon rättsregel, målsättning, riktlinje eller norm mot vilken handlingar och utfall kan ställas och värderas. Som klargjordes i kapitel 2 är hälso- och sjukvården ett statligt åtagande, vilket betyder att de som arbetar med verksamheten har att leva upp till sedvanliga förvaltningspolitiska värden eller ”mål”, i form av demokra-

ti, rättssäkerhet och effektivitet. Kontrollmakten brukar i enlighet därmed tredelas, som *politisk* (ibland parlamentarisk), *rättslig* och *ekonomisk* (Petersson 2010; Sterzel 2003).

För det tredje kräver en effektiv kontrollmakt förekomsten av *granskningsfunktioner*. Det kan röra sig om kontrollorgan och kontrollsystem som syftar till att ge kunskaper om i vad mån ansvariga aktörer har fullgjort sina uppgifter på ett godtagbart sätt, men även olika typer av samråd kan fungera i kontrollerande syfte. Denna kontroll måste sedan, för det fjärde, ge någon form av följd eller konsekvens, det vill säga att det måste finnas någon form av *sanktioner*.

Med dessa förutsättningar som utgångspunkt kan sedan granskningen *organiseras* på en rad olika sätt (Jacobsson m.fl. 2019, s. 19–22). Organisationsfrågan handlar dels om vilka organ som inrättas för att bedriva kontrollverksamheten och hur dessa organ ordnas i relation till andra politiska och opolitiska organ, där oberoendefrågan brukar ägnas betydande uppmärksamhet (Ahlbäck 1999; Bringselius 2013). En ofta diskuterad fråga är huruvida kontrollen ska vara intern (skötas av de utföransvariga själva) eller extern (utföras av utomstående). Organisationsfrågan handlar också om hur själva kontrollverksamheten ska genomföras (Jacobsson m.fl. 2019, s. 22–23) – om den ska fokusera på förutsättningar i form av resurser, kompetenser och regler (input), på arbetssätt och rutiner (processer) eller på verksamhetens utfall (output). Andra frågor gäller huruvida kontrollen ska ske löpande och vid bestämda tidpunkter eller ad hoc, om den ska vara kvantitativt eller kvalitativt inriktad samt om den ska ta sikte på mer avgränsade enheter och individer (ofta i form av uppföljningar) eller på bredare politiska program och åtaganden (ofta i form av utvärderingar).

När vi i det följande diskuterar hur kontrollen fungerade i NKS-fallet använder vi indelningen politisk, rättslig och ekonomisk kontroll, där vi genomgående beaktar de olika frågorna om kontrollens förutsättningar och organisering.

DEN POLITISKA KONTROLLEN

Den politiska kontrollen kan utgå från olika demokratimodeller där de olika modellerna ställer olika aktörer i centrum för kontrollen. I Sverige tillämpas, enligt 2002 års demokratiproposition och i enlighet med

den korporativa svenska förvaltningstraditionen, en representativ demokrati med inslag av ”deltagardemokrati med deliberativa förtecken” (Regeringen 2002, s. 27; se även SOU 2000:1, s. 23). Huvudmodellen är således den representativa demokratin där de politiska partierna utgör centrala aktörer, men den modellen kompletteras av den deltagardemokratiska där de som berörs av besluten ställs i centrum.

De berörda

I den deltagardemokratiska modellen ges offentliga beslut legitimitet genom att de som berörs av besluten bereds tillfälle att sätta sig in i och påverka dem, bland annat genom att samtala om dem (Held 1997; Premfors & Roth 2004). I Sverige finns det på kommunal nivå vissa sådana direktdemokratiska möjligheter som saknas på nationell nivå. Exempelvis finns det i kommunallagen (KL) bestämmelser om så kallade *medborgarförslag*, som innebär att kommuninvånare får väcka ärenden i fullmäktige, om fullmäktige har beslutat det (KL 8:1). KL rymmer också bestämmelser om så kallat *folkinitiativ*, som innebär att folkomröstning i en viss fråga får hållas i fullmäktige om minst tio procent av de röstberättigade kommun- eller regionmedlemmarna begär så (KL 8:2). Samma lag stadgar också att nämnderna ska verka för att *samråd* sker med dem som utnyttjar deras tjänster (KL 8:3).

Dessa direktdemokratiska kontrollfunktioner kopplade till de politiska organen är dock inte särskilt vanliga i medborgarnas faktiska försök att påverka den offentliga maktutövningen (Petersson 2010, s. 210).⁴⁶ Ingen av dessa funktioner användes heller i fallet med NKS. Av större betydelse i Sverige är i stället de samrådsformer som regleras i olika riktade lagar. I samband med byggnationer är plan- och bygglagen (PBL) av särskild vikt. Som nämndes i kapitel 2 är den fysiska planeringen en kommunal angelägenhet, och för att bygga exempelvis ett sjukhus krävs det att kommunen samråder kring planerna med såväl länsstyrelser och regioner som berörda medborgare (PBL 5:11). När det gäll-

46. Den marknadisering som har ägt rum på kommunal nivå, med införandet av valfrihet för välfärdstjänster, bl.a. inom hälso- och sjukvården, kan också ses som en form av direktdemokratisk kontroll (Petersson 2010, s. 214). Men denna kontroll ligger enbart på verksamhetsnivå. Medborgarna kan inte genom denna form av kontroll via ”exit” välja (bort) nämnder som sysslar med politikutformning, såsom planering av och beslut om byggandet av sjukvårdsinrättningar.

de detaljplaner och bygglov fanns det i NKS-fallet således sedvanliga möjligheter för medborgarna att göra sina röster hörda. Däremot fanns det inga särskilda obligatoriska infrastrukturella planeringskrav motsvarande dem på nationell nivå, som exempelvis när Trafikverket i sina tidiga planeringsskeden tillämpar så kallade åtgärdsvalsstudier som ger intressenter möjlighet att påverka (Qvist 2017; RiR 2018; Tornberg & Odhage 2018). Sådana obligatoriska planeringskrav hade minskat de ledande aktörernas handlingsutrymme i NKS-fallet, gjort det svårare för dem att forcera planeringsprocessen och lägga in samråd och inslag av deltagande där det passade deras, snarare än de berördas, intressen bäst (Johannesson & Qvist 2019).

Till skillnad från exempelvis megaprojekt som tunnlar och motorvägar finns det också vid byggandet av sjukhus, utöver medborgare, även berörda i form av anställda. Här inträder därmed olika regler i medbestämmandelagen (MBL) och arbetsmiljölagen (AML), där arbetstagare ges rätt att påverka beslut som rör deras arbetsmiljö, ofta via fackliga representanter (MBL 10–17 §§; AML 6 kap.). I fallet med NKS har vi kunnat visa att de anställda visserligen gavs tillfälle att påverka händelseutvecklingen, men att detta deltagande var ”villkorat” på olika sätt. En tolkning är att beslutsfattarna föredrog effektivitet framför demokratisk legitimitet i form av förankring av beslut hos berörda parter.

De politiska partiernas roll

Även om det alltså finns direktdemokratiska kontrollfunktioner, där berörda parter kan agera, är den politiska kontrollen i Sverige främst tänkt att ske via de politiska partierna. Den viktigaste kontrollfunktionen är här väljarnas möjlighet att i *allmänna val* välja bort en styrande majoritet. För att denna kontrollfunktion ska fungera effektivt krävs det dock att det finns en aktiv opposition som kritiskt granskar den styrande majoriteten, och som ser till att det förs en debatt mellan de båda parterna som når ut till väljarna – en debatt som inte bara är framåt- utan också tillbakablickande.

Som vi visade i kapitel 10 finns det vissa strukturella omständigheter på kommunal nivå som verkar hämmande på denna kontrollfunktion. Sättet varpå nämnderna är organiserade, där samtliga partier, de styrande såväl som oppositionen, normalt har platser som speglar deras styrka i fullmäktige, kan bli problematiskt. Organiseringen verkar för en

kultur av samförstånd och kompromisser där den kritiska granskningen riskerar att komma på undantag, och därmed kan också valdebatterna i viktiga frågor utebli. Och även om det i somliga fall, exempelvis i Region Stockholm, kan finnas en mer konfliktorienterad kultur, så skapar de samlingsorganiserade nämnderna starka incitament för att samarbeta, särskilt i megaprojekt som sträcker sig över flera mandatperioder. I sådana projekt kan återkommande maktskiften, där de politiska blocken avlöser varandra, lätt skapa bindningar som försvårar bakåtblickande kritiska debatter. NKS-fallet visar tydligt hur partierna på både höger- och vänstersidan successivt vävdes in i planerna på att bygga det nya sjukhuset och att det blev svårare och svårare för oppositionen att lyfta fram och kritiskt diskutera viktiga frågor i valdebatterna (se kap. 10).

Vår studie av NKS visar också att motsatsen till samregerandet kan förekomma, det vill säga fullständig avsaknad av politiker i nämnden, och att också detta kan verka hämmande på den politiska kontrollen av den offentliga maktutövningen. Styrelsen för Karolinska universitetssjukhuset (KS), som på sjukhusets hemsida listas som ett ”politiskt organ” och som i KL:s mening är en nämnd, består i själva verket av icke-förtroendevalda personer (Region Stockholm 2020d). Att regionen på detta sätt har valt att driva sjukhuset i ”bolagsliknande former” begränsar politikernas – inte minst oppositionens – möjligheter att löpande granska hur sjukhuset styrs och fungerar och att via offentliga debatter föra frågor vidare till allmänheten. Ansvar kan visserligen utkrävas av styrelsen, som när Alliansstyret bytte ut hela styrelsen för KS 2018, men det skedde först efter att medierna hade rapporterat om att grova fel hade begåtts (Gustafsson m.fl. 2018).

Våra studier visar också att problemen med att kritiskt diskutera megaprojekt, som sträcker sig över långa tidsperioder, sammanhänger med att medierna kan ha svårt att i projektens tidiga skeden, innan de är materialiserade, skapa intresse för dem och sedan, i samspel med en tydlig opposition, hålla dem vid liv under flera år. Att detta megaprojekt ägde rum i en region är härvid extra bekymmersamt, då många nyhetsredaktioner allmänt har dragit ner resurserna för bevakningen av regionerna (se kap. 14).

Att viktiga frågor på detta sätt hålls på avstånd från valdebatterna, och medborgarna, är särskilt problematiskt på den kommunala nivån eftersom oppositionen på den nivån saknar olika kompletterande kon-

trollfunktioner som oppositionen på nationell nivå förfogar över (Nergelius 2018). Kommunala politiker har exempelvis inte möjlighet att mot ledamöter i styrelsen och övriga nämnder väcka *misstroende*.⁴⁷ Inte heller finns det på kommunal nivå några särskilda bestämmelser som motsvarar riksdagens *fråge- och interpellationsinstitut*. Av stor betydelse på statlig nivå är också *konstitutionsutskottets (KU:s) årliga granskning* av statsrådets tjänsteutövning och regeringsärendenas handläggning, som ofta blir medialt uppmärksammat. Någon motsvarande funktion finns inte på kommunal nivå. Dock kan politikerna (fullmäktige och nämnder) initiera särskilda utredningar om olika förehavanden i den kommunala förvaltningen, vilket exempelvis skedde i NKS-fallet när regionstyrelsens ägarutskott i februari 2018 fattade beslut att utreda relationen mellan sjukhusledningen och Boston Consulting Group (BCG) (Tuvhag 2018), en utredning som så småningom ledde till att sjukhusets samarbete med BCG avbröts och att styrelsen för KS byttes ut. Det var också fullmäktige som 2017 beslutade om det forskningsprojekt som har resulterat i denna bok.

Som framgick av kapitel 10 var en särskilt besvärande omständighet i NKS-fallet att de politiska debatterna och oppositionens roll som granskare hämmades av den omfattande *sekretess* som rådde i finansieringsfrågan åren 2008–2010. Förutom anbud och ansökningar från intresserade företag gällde sekretessbestämmelserna i förhandlingen om offentlig-privat samverkan (OPS) även tekniska specifikationer och upphandlingsplanen. De politiker som fick insyn i hela förhandlingsprocessen var därmed få och belagda med munkavle. Även när fullmäktige 2010 fattade beslut att ingå ett OPS-avtal var hela fullmäktigedebatten belagd med sekretess. Totalt skrev cirka 1 300 personer på sekretessavtalet mellan SLL och det kontrakterade företaget (Yngfalk & Junker 2019, s. 25–28). Oppositionen kunde på grund av sekretessen inte tala fritt i medier, med medborgarna eller med varandra inom partigrupperna om avtalets innehåll eller om hur förhandlingarna fortlöpte. Rädslan för att bryta mot bestämmelserna var stor bland oppositionspolitikerna, vilket märktes i fullmäktigedebatterna under dessa år (Johannesson 2021). Den långtgående sekretessen i NKS-fallet är ett tydligt uttryck för de problem i den politiska kontrollen som följer av en långtgående

47. Dock kan fullmäktige besluta om extra val.

marknadisering av det offentliga, där privaträtten ges försteg framför offentligrätten.⁴⁸

Här ska slutligen sägas att det också finns en mer informell partipolitisk kontroll av den kommunala nivån. Den partipolitiska kartan på kommunal nivå ser ibland annorlunda ut än nationellt. Partierna på kommunal nivå kan till exempel företräda åsikter som partiet centralt inte vill kännas vid, eller samarbeta och regera ihop med partier som på nationell nivå uppfattas som motståndare. Men alltför långtgående avvikelser accepteras normalt inte av partiledningarna, som då kan agera. I NKS-fallet blandade sig partierna på central nivå åtminstone vid två tillfällen i processen. I det ena fallet ville Socialdemokraternas ledning använda, vad de uppfattade som, det borgerliga ekonomiska vanstyret i valrörelsen 2002 som avskräckande exempel på vad en borgerlig seger i riksdagsvalet skulle kunde innebära (Larsson & Sundström 2020). I det andra fallet försökte Alliansregeringen få den borgerliga majoriteten i landstinget att avstå från en OPS-lösning (ibid.). Inget av dessa två försök verkar dock ha fått någon större effekt. Socialdemokraterna vann visserligen valet 2002, men mycket knappt, och de borgerliga partierna i landstinget uppfattade inte signalerna från central nivå som så allvarliga att de såg sig nödgade att ändra inställning i OPS-frågan.

Förvaltningens roll för den politiska kontrollen

En typ av kontrollfunktion som saknades i NKS-fallet är extern offentlig granskning. På nationell nivå finns det ett antal *förvaltningsmyndigheter som granskar andra myndigheter*. Det rör sig om olika utvärderings- och analysmyndigheter med såväl mer allmän inriktning, särskilt Statskontoret, som mer specialiserad inriktning, till exempel Myndigheten för vårdanalys, Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering, Myndigheten för kulturanalys och Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar (SOU 2018:79; Statskontoret 2014). Även om dessa myndigheter tillhör regeringsmakten är de också viktiga för oppositionen som kan använda information från dem i sin granskning av regeringsmakten.

48. Jfr det uppmärksammade beslutet av Skolverket hösten 2020, att uppgifter om vilka skolor som finns i Sverige, enskilda skolors resultat, lärarbehörighet och liknande inte ska vara offentliga (Bergling 2020).

Av särskild betydelse är här också det statliga *kommittéväsendet*. Nästan alla större statliga reformer under efterkrigstiden – från försvar och försäkringssystem till skatter och skola – har haft sin grund i parlamentariskt sammansatta kommittéer (Johansson 1992; Matz 2011; Petersson 2016). Kommittéerna har passat väl in i den särskilda kultur som sägs präglade det statliga beslutsfattandet i Sverige, där politisk förankring och konsensusökande har parats med en hög grad av rationalism och kunskapssökande (Anton 1969; Rothstein 1992; Wittrock & Lindström 1984). Politiska beslut har kunnat fattas ”på upplysningens grund” (Hermansson 2002), där kommittéerna, i kombination med remissväsendet, kan sägas ha fungerat som ett slags *ex ante*-kontroll. Det gäller även för stora byggprojekt.⁴⁹ Under senare år har det också blivit vanligare med kommittéer som undersöker enskilda händelser *ex post* (Nergelius 2018, s. 319). Ofta har det handlat om att granska katastrofer, skandaler, affärer eller andra oförutsebara händelser som på olika sätt har hotat att undergräva förtroendet för staten. Tunnelkommissionen (SOU 1998:137) är ett exempel, som just tog sikte på ett havererat megaprojekt (tunneln genom Hallandsåsen).⁵⁰ Utredningarna har inte sällan föregåtts av medieuppmärksamhet kring den händelse eller det problem som utreds, och det mediala intresset är vanligen stort för kommittéernas verksamhet och resultat. Ofta presenterar kommittéerna också sina utredningar på debattsidor och i pressmeddelanden, vilket gör att allmänheten hålls informerad.

På kommunal nivå saknas det motsvarighet till det statliga kommittéväsendet med tillhörande remissväsende. Och även om det under senare år har riktats en del kritik mot kommittéväsendet⁵¹ så står den initiala utredning som tillsattes för NKS, SNUS-utredningen, i skarp kontrast till hur en sådan relativt sett stor fråga normalt utreds på statlig nivå. SNUS-utredningen fick mycket kort tid på sig att lämna förslag, och den bestod av en liten grupp handplockade experter som redan in-

49. Exempel är Öresundsförbindelsen (SOU 1962:52–53), Citytunneln i Malmö (SOU 1994:78) och höghastighetsjärnvägar (SOU 2017:107).

50. Andra exempel är Palmekommissionen (SOU 1999:88), Tsunamikommissionen (SOU 2005:104) och Skogsbrandsutredningen (SOU 2019:7).

51. Det har t.ex. hävdats att utredningarna görs allt snabbare, med alltmer riktade direktiv, av allt färre personer, med bristfälliga och dåligt redovisade metoder och konsekvensanalyser (se Sundström 2020b; Dahlström m.fl. 2019).

nan utredningen tillsattes hade visat sig positiva till idén att bygga ett nytt litet och specialiserat sjukhus i stället för att renovera det gamla KS (Johannesson & Qvist 2019). Inte heller de utredningar som NKS-förvaltningen initierade 2007 och 2008, avseende den betydelsefulla finansieringsfrågan, hade det statliga kommittéväsendets ambitioner om opartiskhet, bred konsensus och rationalism. Utredningarna var hårt styrda av de politiker som ville ha en OPS-lösning och de var utförda av konsulter med ett affärsintresse av att främja OPS i Sverige. Därmed kan de svårligen sägas ha mött offentligrättsliga krav på objektivitet och saklighet (se kap. 4 och 9).

DEN RÄTTSLIGA KONTROLLEN

Den rättsliga kontrollen tar sikte på situationer när den offentliga makten har brutit mot (*ex post*-kontroll) eller är på väg att bryta mot (*ex ante*-kontroll) olika rättsregler. Domstolarna tar främst hand om den förstnämnda kontrollen, medan förvaltningen främst står för den senare. Vad gäller domstolarna är det framför allt förvaltningsdomstolarna som är av intresse här.⁵² Politikerna kan också, exempelvis efter påpekanden från anställda längre ner i förvaltningen, initiera olika utredningar om brott. I fallet med NKS lät exempelvis regionstyrelsen utreda om finanslandstingsrådet befann sig i en jävssituation när hon i februari 2018 deltog i beslutet om att tillsätta den ovan nämnda utredning som granskade relationen mellan sjukhusledningen på KS och BCG. Utredningen föranleddes av att finanslandstingsrådet var gift med upphandlingschefen på KS. Utredningen fann att jäv förelåg, varpå upphandlingschefen tvingades avgå (Kudo 2018).

För den kommunala nivån gäller att fullmäktige får återkalla uppdraget för en förtroendevald politiker som valts av fullmäktige om vederbörande har vägrats ansvarsfrihet eller dömts för brott som kan leda till fängelse i minst två år (Petersson 2010, s. 229–230). De offentliganställda

52. De allmänna domstolarna handlägger framför allt brottmål och tvister mellan enskilda (civilrättsliga ärenden) och rör därmed mer sällan den offentliga makten, även om det förekommer. Exempelvis har kommuner dömts att betala skadestånd till enskild och kommunalpolitiker har i myndighetutövningsärenden dömts för tjänstefel (Petersson 2010, s. 222).

i såväl stat som kommun har enligt Brottsbalken ett straffrättsligt ansvar och ett arbetsrättsligt disciplinansvar enligt lag och kollektivavtal. Myndigheter kan också åläggas skadeståndsansvar för fel och försummelser vid myndighetsutövning och för felaktiga upplysningar och råd.

Domstolarnas roll

Många av de beslut som vi har studerat i denna bok regleras i KL. Detta har betydelse för hur de har kunnat kontrolleras av domstolarna. Beslut som regleras i KL kan visserligen överklagas av medborgare, men de blir då endast föremål för laglighetsprövning, det vill säga av om beslutet har tillkommit på rätt sätt. Det betyder att själva innehållet i besluten inte kan prövas. Detta kan ställas mot beslut fattade inom den specialreglerade kommunala verksamheten, som vård, skola och omsorg. Här kan medborgarna genom så kallade förvaltningsbesvär överklaga inte bara beslutens laglighet utan också deras lämplighet. Kort sagt fanns det ingen möjlighet för medborgarna att överklaga lämpligheten och skäligheten i många av besluten bakom NKS, exempelvis hur NKS-frågan initierades, hur projektledningen sattes samman och lokaliserades, hur olika utredningar organiserades och arbetade och var ansvaret för olika frågor förlades.⁵³

Noteras kan också att riksdagens ombudsmän, Justitieombudsmännen (JO), inte har rätt att granska politiska organ, och inte heller bolag eller stiftelser.⁵⁴ Granskningens fokus ligger på förvaltningens utförarorganisationer, där anmälningar och inspektioner framför allt handlar om den löpande verksamheten och frågor om huruvida enskilda har blivit felaktigt behandlade av myndigheter eller deras anställda. Frågor om organisations-, berednings- och beslutsformer i den centrala förvaltningsapparaten, i till exempel en region, faller därmed utanför JO:s ansvarsområden.

53. Denna begränsning i den rättsliga kontrollmakten syftar till att värna den kommunala självstyrelsen. Och kommunernas förmåga att hålla de statliga domstolarna på avstånd har visat sig vara betydande. Det har t.o.m. förekommit att kommuner ställt sig över domstolarnas beslut, där domstolarna stått maktlösa då de saknat sanktionsmöjligheter. Det är därför knappast förvånande att förvaltningsbesvären helt dominerar antalsmässigt över laglighetsprövningen (Petersson 2010, s. 224).

54. JO är formellt sett ingen domstol.

Den statliga tillsynen

För statliga åtaganden, där regioner och kommuner har utföransvar, har staten inrättat särskilda förvaltningsmyndigheter för att kontrollera regelefterlevnaden, så kallade tillsynsmyndigheter. Som redogjordes för i kapitel 2 finns det på hälso- och sjukvårdsområdet sådana tillsynsmyndigheter, exempelvis Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) och Inspektionen för vård och omsorg (IVO), som också tar hand om så kallade lex Maria-ärenden.⁵⁵ Noterbart är att denna tillsynsverksamhet helt inriktas på den löpande sjukvårdsverksamheten (behandlingen av patienter, de anställdas arbetsförhållanden och så vidare), inte på frågor om planerings- och beredningsprocesser som föregår beslut om investeringar i sjukhusinrättningar. I NKS-fallet syntes heller inte de statliga tillsynsmyndigheterna till i något av de beslut som ledde fram till bygandet och färdigställandet av det nya sjukhuset.

De offentliganställdas roll

Alltsedan den amerikanske statsvetaren Aaron Wildavsky gav ut sin klassiska bok *Speaking Truth to Power* (1979) har det pågått diskussioner om vad förvaltningen får, kan, vill och bör framföra till överordnade chefer och politiska beslutsfattare. Frågan är svår, för samtidigt som de offentliganställda ska vara lojala mot sina överordnade har de också skyldighet att lyda lagen, visa hänsyn till berörda medborgare och tillämpa sina professionella sakkunskaper (Lundquist 1998). I förvaltningslitteraturen hävdas det att offentliganställda, på grund av sin starka maktposition, ska säga ifrån när de anser att överordnade har agerat, eller är på väg att agera, på ett sätt som de uppfattar som olagligt, olämpligt eller oetiskt (se kap. 11). Man kan säga att det ligger i de offentliganställdas lojalitet att varna överordnade om något är på väg att gå fel (Niemann 2013). På så sätt skyddas inte bara de överordnade utan också medborgarna – de offentliganställda blir ”demokratins väktare” (Lundquist 1998, 2012).

Som påpekades i kapitel 3 finns det olika grundlagsbestämmelser som stöder denna mer vidsträckt informationsplikt för de offentliganställda (Bull 2017), bland annat dem om att den ”offentliga makten ut-

55. Enligt lex Maria ska vårdgivaren utreda och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till IVO.

övas under lagarna” (legalitetsprincipen, RF 1:1), att myndigheter ska ”i sin verksamhet beakta allas likhet inför lagen samt iakttä saklighet och opartiskhet” (objektivitetsprincipen, RF 1:9), att ingen annan än myndigheten själv ”får bestämma hur en förvaltningsmyndighet i ett särskilt fall ska besluta i ett ärende som rör myndighetsutövning mot en enskild” (styrningsförbudet, RF 12:2), att offentliga organ inte får tillämpa en föreskrift som strider mot högre föreskrift (lagprövning, RF 12:10) samt meddelarfriheten och meddelarskyddet (TF 1:1 samt dess 3 kap.).

Men även om informationsplikten för de offentliganställda kan anses vara omfattande kan möjligheterna att leva upp till denna plikt vara begränsade. Begränsningarna kan ta sig olika form. Man kan skilja på praktiska och mentala begränsningar (Sundström 2020b). Till de förra hör hur förvaltningen är organiserad med avseende på regler, enheter, informationssystem, beslutsprocesser och samordningssystem, och till de senare hör hur de offentliganställda uppfattar sig själva med avseende på vilka de är (identiteter) och hur de bör agera (rolluppfattningar).

När det gäller praktiska begränsningar kunde vi i kapitel 2 konstatera att KL har formen av en ramlag som innebär att politikerna inom en region är mycket fria att organisera förvaltningen som de vill. Fram till helt nyligen, när gällande KL beslutades i juni 2017, behövde det överhuvudtaget inte finnas någon förvaltning inom regioner och kommuner. Och även om det numera finns bestämmelser om att det ska finnas en direktör som ska vara chef för en förvaltning (se kap. 2) har förvaltningen fortfarande en mycket svag rättslig ställning inom regioner och kommuner. Det märks inte bara i att politikerna fritt kan organisera, styra och rekrytera till förvaltningarna, utan också i att de kan ställa förvaltningen utanför beredningar av ärenden.

I NKS-fallet märktes denna svaga ställning hos förvaltningen inte minst när den styrande majoriteten efter en snabb beredning kunde inrätta en särskild förvaltning (NKS-förvaltningen) för hela NKS-projektet, som gjorde att delar av den ordinarie förvaltningen (bl.a. Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning men även KS ledning) ställdes åt sidan (se kap. 11). NKS-förvaltningen kunde sedan i sin tur initiera utredningar på egen hand som kom att kritiserats för att ha varit alltför smalt inriktade, för hårt styrda och utförda av konsulter med egenintresse i sakfrågan (se kap. 9).

På statlig nivå är villkoren annorlunda. Överhuvudtaget är ”dualismen”, åtskillnaden mellan politik och förvaltning, betydligt mer markerad på statlig nivå än på kommunal (Andersson 2004; Wockelberg 2003). I regeringsformen sägs det uttryckligen att det finns statliga förvaltningsmyndigheter (RF 1:8, 12:1) och statsanställda som anställs utifrån förtjänst och skicklighet (RF 12:5–7) – där skicklighet ska sättas före förtjänst (LOA 1994:260, 4 §). Myndigheternas självständighet markeras utöver förbudet mot regeringsstyre i särskilda fall (RF 12:2) även genom det allmänna förbudet mot ministerstyre (RF 1:6, 7:3, 12:1) och genom att myndigheterna är organisatoriskt skilda från regeringen och dess kansli. Därtill kommer att regeringen enbart kan rikta direktiv till myndighet, inte till enskild anställd i myndighet. Vidare är statsförvaltningen instruerad i myndighetsförordningen (2007:515, 6–7 §§) att allmänt förse regeringen med information av betydelse för dess verksamhet, och omvänt ska regeringen inför sina beslut inhämta behövliga upplysningar och yttranden från berörda myndigheter (RF 7:2). Förvaltningen har också genom olika, och hårt reglerade, kontroll-dokument kopplade till budgetprocessen goda möjligheter att löpande förse regeringen med information (Ahlbäck Öberg & Sundström 2020).

På grund av den utpräglade dualism som råder på statlig nivå (både formellt och kulturellt) är det ingen lätt sak för en regering att lägga ner statliga myndigheter, att inrätta temporära myndigheter med genomförandeansvar vid sidan av ordinarie myndigheter eller att mer vidlyftigt försöka styra myndigheter (se Premfors & Sundström 2007, s. 146–149). Det mesta sker i offentlighetens ljus, och även om verkschefer och andra högre tjänstepersoner i Sverige i allmänhet har en stark lojalitet gentemot regeringen (se kap. 11) är det inte alls ovanligt att verkschefer som känner sig åsidosatta eller orättvist behandlade av regeringen beklagar sig i medierna eller väljer att avgå. Exempel på detta i närtid är när den tidigare chefen för Försäkringskassan, Ann-Marie Begler, 2018 i ett brev till KU (och i medierna) uppgav att regeringen hade avsatt henne på felaktiga grunder (Nordebo 2019), och när Universitets- och högskolerådets generaldirektör, Karin Röding, hösten 2020 valde att avgå sedan regeringen hade tillsatt en nationell samordnare (som Röding menade var satt som en ”överrock” till myndigheten) för att ta över arbetet med att anordna ett högskoleprov myndigheten inte ansåg borde genomföras på grund av den pågående coronapandemin (Dahl

2020). Detta kan jämföras med NKS-fallet, där förvaltningar lades ner och förbigicks i olika delar av processen (kap. 11), och där chefer som uttalade kritik (t.ex. sjukhusdirektören vid KS, som var kritisk till införandet av värdebaserad vård) byttes ut, utan att detta fick någon större medial uppmärksamhet.

Det finns således olika regler och organisatoriska arrangemang på statlig och kommunal nivå som gör att förutsättningarna för de anställda på de båda nivåerna att agera som "demokratins väktare" skiljer sig åt. Reglerna och arrangemangen styr inte bara de offentliganställdas beteenden direkt, utan de bidrar också till att forma mer grundläggande identiteter och rolluppfattningar hos de anställda, som i sin tur påverkar deras beteenden. Senare års omfattande marknadsisering och företagisering av offentlig förvaltning kan här pekas ut som särskilt betydelsefull. Såväl inhemsk som internationell forskning visar att de offentliganställda, i takt med att de alltmer har försökt efterlikna och arbeta tillsammans med privata företag, har fått det svårare att leva upp till olika traditionella ämbetsmannamässiga krav och värden (Agevall 2005; Ahlbäck Öberg & Sundström 2020; Diefenbach 2009; Gawthorp 1998; Jos & Tompkins 2009; Lundquist 1998; Orazi m.fl. 2013). Det tycks gradvis ha blivit lägre i tak när den egna organisationens mål och "varumärke" alltmer betonas och chefskapets betydelse ges allt större betydelse (Jacobsson 2020; Sundström 2019a). De anställda fungerar allt mindre som "demokratins väktare", vilket betyder att rapporter, underlag och förslag inte längre granskas av varje enskild anställd med samma kritiska ögon som tidigare. Kort sagt, de långvariga försöken att efterlikna den privata marknaden har gjort att förvaltningen har "tystnat" (Lundquist 2012).

Som påpekades i kapitel 2 har Region Stockholm drivit marknadsiseringen och företagiseringen mycket långt. Det finns därmed en påtaglig risk att identiteter och rolluppfattningar har påverkats i stor utsträckning inom nämnder och förvaltningar. Att utöva verksamhet i "bolagsliknande former" och att driva stora utvecklingsprojekt som NKS i nära samarbete med konsulter, som i fallet med OPS-utredningarna (kap. 9) och i arbetet med att utforma den nya verksamhetsmodellen för sjukhuset (kap. 7, 9), riskerar att undergräva ämbetsmannarollen. I boken har vi samtidigt visat att anställda stundtals riktade kritik mot NKS-projektet innan den stora mediestormen bröt ut 2015, särskilt inom KS ledningsgrupp och Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, men

kritiken hölls i hög grad intern och blev därmed inte känd för väljarna. Dessutom försvann kritiker efter hand, vilket exempelvis var fallet med den ovan nämnda sjukhusdirektören på KS, som var en av dem som riktade skarpast kritik mot NKS-förvaltningens idéer och senare sjukhusledningens (kap. 8).

DEN EKONOMISKA KONTROLLEN

Den ekonomiska kontrollen sker i huvudsak via olika typer av revision. Som redogjordes för i kapitel 2 fungerar regionens revisorer som ett slags intern granskningsfunktion av hur de offentliga resurserna hantearas. De är interna för att de själva är förtroendevalda politiker som utses av det fullmäktige som de ska granska. De är samtidigt självständiga i sitt uppdrag, vilket markeras av att de inte får vara förtroendevalda i det fullmäktige som de ska granska och av att de själva bestämmer vilka delar av regionens verksamhet som ska granskas. Till sin hjälp har de också att antal professionella revisorer.

Revisorernas uppdrag är att granska att beslutsfattarna tar sitt ansvar och att de utövar sin offentliga makt ekonomiskt riktigt (redovisningsrevision) och effektivt (effektivitetsrevision). Det betyder att revisorerna inte kan granska lämpligheten i ett politiskt mål, utan enbart huruvida målet uppnås på ett ändamålsenligt och resurseffektivt sätt. Från att tidigare främst ha sysslat med redovisningsrevision, eller ”räkenskapsgranskning”, har den kommunala revisionen alltmer kommit att ägna sig åt effektivitetsrevision, som berör frågor om hur resurseffektivt nämnder och förtroendevalda följer fullmäktiges politiska mål (Petersson 2010, s. 237). Revisorerna har inte mandat att göra framåtblickande revisioner och inte heller mer långsiktigt tillbakablickande revisioner bortom det innevarande året. Sanktionsmöjligheterna är också relativt få, eftersom revisorerna enbart kan rekommendera fullmäktige att inte ge ansvarsfrihet åt enskilda politiker eller åt en hel nämnd om de uppdragar allvarliga brister i ansvarstagande och kontroll, vilket i sin tur kan leda till att enskilda politiker kan avsättas från uppdrag som de har tilldelats av fullmäktige (men alltså inte från själva fullmäktige). Av dessa anledningar har den kommunala revisionen kritiserats för att vara för lam (Bäck 2018; Lundin 2010). Samtidigt har andra studier framhållit att den kommunala revisionens själva existens har betydelse för kommunpolitiken,

både som legitimerande och ifrågasättande kraft genom att politiker vet att de när som helst kan bli granskade (Ek Österberg & Solli 2015).

Begränsningarna i den kommunala revisionens uppdrag fick betydelse för revisorernas granskning av NKS-projektet. Megaprojekt som NKS sträcker sig över så lång tid att det i årsvisa revisioner blir svårt att granska helheten i en och samma revision. De politiska mål som sattes upp för NKS låg också så långt in i framtiden (se kap. 6) att det inte var möjligt för revisorerna att uttala sig om målens uppfyllnadsgrad. Men trots att själva beslutet att bygga ett nytt sjukhus eller att använda en OPS-upphandling inte har varit föremål för revisorernas granskningar genomförde de ett stort antal granskningar av NKS-projektets olika delar, där de också åberopade och byggde vidare på tidigare granskningar. Enbart 2010–2014 gjordes åtta separata granskningar av NKS, samt en metastudie av granskningarna.⁵⁶

Dessa handlade i huvudsak om huruvida de offentliga resurserna hade använts effektivt samt om det fanns tillräcklig styrning och kontroll inom landstingsstyrelsen under projektets gång. I flera rapporter riktade revisorerna kritik mot att kostnaderna för OPS-avtalet inte var under kontroll och att ansvarsfördelningen var otydlig, samt att fullmäktiges insyn i NKS-projektet inte var tillfredsställande. Några direkta sanktioner utifrån dessa anmärkningar blev det dock inte. Men, som sagt, de informella sanktionerna ska inte underskattas. Många av revisorernas granskningar togs upp i medierna och föranledde debatter mellan de politiska partierna i regionen. Flera av de punkter som revisorerna tog upp i sina rapporter rättades också med tiden till, till exempel de som rörde kontroll och ansvarsfördelning inom OPS-avtalet (Johannesson & Yngfalk 2020).⁵⁷

56. Dessa återfinns i en metastudie av landstingsrevisorernas granskningar av NKS-projektet 2010–2014 (SLL 2016d, bil. 3). Följande granskningar ingick i metastudien: *Offentlig Privat Samverkan, Nya Karolinska Solna* (Projekt 10/2010); *Årsrapport för Landstingsstyrelsen 2011: Styrningen och kontrollen av NKS-projektet; Byggnationen av Nya Karolinska i Solna* (Projekt 3/2012); *Årsrapport för Landstingsstyrelsen 2012 – Styrningen av NKS-projektet; Årsrapport för Landstingsstyrelsen 2013 – Styrningen av NKS; – Upphandling av IKT-infrastruktur till Nya Karolinska Solna* (Projekt 1/2014); *Årsrapport för Landstingsstyrelsen 2014 – Upphandling av IKT till NKS; Årsrapport för Landstingsstyrelsen 2014 – Tilläggsavtal för Nya Karolinska Solna*.

57. Även efter metastudien har revisorerna återkommande granskat NKS-

Den kommunala revisionen kan jämföras med den statliga. Även inom staten finns det internt organiserad kontroll (Sundström 2019b). Den styrs av olika regler, både för internrevision och för intern styrning och kontroll vid statliga myndigheter. Regleringen är omfattande och preciseras också genom utförliga handledningsdokument utgivna av Ekonomistyrningsverket.⁵⁸ Men liksom i fallet med den kommunala revisionen har det rests frågetecken kring den statliga internrevisionen. För även om denna revision har vuxit påtagligt under senare år har den inte hindrat uppkomsten av ett antal omtalade ”skandaler”, gällande exempelvis Transportstyrelsen, Riksrevisionen och KI (Macchiarini-affären). Inte heller tycks det främst ha varit genom myndigheternas egna interna kontrollsystem som oegentligheterna nått allmänheten (Jacobsson & Sundström 2019). Snarare har det varit medierna som larmat via grävande journalister, och då inte sällan efter tips från statsanställda som tagit sin roll som ”demokratins väktare” på allvar och läckt upplysningar till medierna.

Vid sidan av dessa interna kontrollfunktioner finns det dock på statlig nivå även en extern ekonomisk kontrollfunktion: Riksrevisionen (RiR). RiR bedriver både redovisningsrevision (så kallad årlig revision) och effektivitetsrevision. Den årliga revisionen granskar myndigheternas årsredovisningar för att se om de är korrekt upprättade, om de ger en rättvisande bild av verksamheten och om resurser har använts korrekt. Effektivitetsrevisionen är bredare och granskar förhållanden som rör statens budget och de statliga verksamheternas genomförande och resultat. Effektivitetsrevisionens breda mandat gör att den kan inriktas på

projektet. Inte minst har Framtidsplanen, där NKS är centralt, varit föremål för flera granskningar. Även här har revisorerna kritiserat politikerna för bristande ansvarstagande (se t.ex. SLL 2016b, 2016c, 2017b, 2018e, 2018h). Till detta kommer att NKS (åtminstone från 2011) har varit en central punkt i de årliga revisionsberättelserna som överlämnas till landstingsstyrelsen.

58. Regler om intern kontroll finns såväl i myndighetsförordningen (2007:515) som i förordningen (2006:1228) om internrevision och i förordningen (2007:603) om intern styrning och kontroll. Internrevisionen klassas som ”intern” då den ska ledas av en chef som är anställd i myndigheten. Den har dock viss autonomi då den, i likhet med de kommunala revisorerna, *självständigt* ska granska om ledningens interna styrning och kontroll är utformad så att myndigheten fullgör sina uppgifter och når verksamhetens mål (SFS 2006:1228, 2–4 §§).

frågor om såväl förutsättningar och planering som processer och utfall. Den genomför också revisioner av megaprojekt, inte minst av planering av sådana projekt, såsom av statens planering av höghastighetsjärnväg (RiR 2019a), statens arbete med scenarier inom infrastrukturuområdet (RiR 2019b) och tillämpningen av utrednings- och förankringskrav i de tidiga planeringsskeendena av infrastrukturprojekt (RiR 2018). RiR har även undersökt OPS-finansieringen av Arlandabanan (RiR 2016), statliga IT-projekt (RiR 2011a) samt Botniabanan och järnvägen längs Norrlandskusten (RiR 2011b). Riksrevisionens effektivitetsrevisioner får ofta stor uppmärksamhet i medierna och dess resultat får därför god spridning i samhället. Någon motsvarighet till den typ av extern revision som RiR står för finns inte på kommunal nivå, vare sig årlig revision eller effektivitetsrevision. RiR är också förhindrad att granska regioner och kommuner.

AVSLUTANDE DISKUSSION

I det här kapitlet har vi visat att kontrollmakten på regional nivå främst är tänkt att utövas genom politisk kontroll. Inte minst förutsätts den enskilda medborgaren, eller regionmedlemmen, ta ett visst ansvar för kontrollen av den offentliga maktutövningen inom regionen. Riksdagen har här försett medborgaren med en uppsättning kontrollmöjligheter som den saknar på nationell nivå. Men dessa funktioner har i praktiken bara använts i begränsad utsträckning inom kommuner och regioner. Några folkliga förslag till fullmäktige eller initiativ till folkomröstningar togs heller inte i fallet med NKS.

Den politiska kontrollen är dock främst tänkt att utövas av de politiska partierna. Inte minst ska medborgarna utkräva ansvar av det politiska styret i regionen i samband med de allmänna valen, vilket kräver en ordentlig och informerad debatt. I detta kapitel har vi visat att sådana debatter emellertid kan vara svåra att få till stånd om den typ av megaprojekt som NKS utgör. Etablerade kontrollfunktioner riskerar att minska i betydelse eller att helt slås ut. NKS-fallet visar exempelvis att det kan vara svårt att tidigt i processen väcka intresse hos såväl medborgare som medier för ett abstrakt bygge som inte kommer att materialiseras, och ge konkreta effekter, förrän långt in i framtiden. Fallet visar också att det i projekt som sträcker sig över flera mandatperioder lätt

kan skapas bindningar efter hand som gör att incitamenten att föra kritiska diskussioner mellan styrande och opposition successivt avtar. Den politiska kulturen med samregerande politiska organ förstärker denna tendens. Resultatet blir att oppositionen görs medansvarig till projektet, vilket i sin tur leder till att frågorna hålls borta från valdebatter, med konsekvensen att medborgarna får svårare att utkräva ansvar för fattade beslut vid nästa val.

När de allmänna valen på detta sätt försvagas som kontrollfunktion blir det desto viktigare att kompletterande politiska kontrollfunktioner finns på plats. Men som vi har visat i detta kapitel saknas sådana i hög grad på kommunal nivå. Konstitutionella arrangemang, som misstroendeinstitut och årliga politiska granskningar, finns inte. Förvaltningens position är också svag. I NKS-fallet behövde de styrande politikerna inte lyssna på den kritik som kom från den etablerade förvaltningen, eftersom de hade inrättat en alternativ förvaltning, uppbackad av konsulter som levererade sådan information som politikerna ville ha (och som medförde att konsulterna fick nya uppdrag). Delar av professionen rundades likaså, eftersom de i det narrativ som ledande politiker skapade utmålades som bakåtsträvarer. I den mån läkare, sjuksköterskor och fackliga representanter fanns med så var deltagandet villkorat. Och externa offentliga organ, som kunde stå för mer förutsättningslösa utredningar och mer allmän bevakning av händelseutvecklingen, fanns inte tillgå.

Avsaknad av starka politiska kontrollfunktioner vägdes heller inte upp av rättsliga och ekonomiska kontrollfunktioner. Någon extern revision, likt den som RiR utövar på statlig nivå, finns inte inom regioner och kommuner. Medborgarna kan inte överklaga lämplighet och skälighet i den typ av beslut som vi har studerat i denna bok, eftersom de regleras i KL. Och även om det är svårt att fastställa hur identiteter och rolluppfattningar hos de offentliganställda ser ut finns det mycket som tyder på att den kommunala förvaltningens svaga ställning gentemot den politiska makten, i kombination med den långtgående marknadsieringen och företagiseringen på kommunal nivå, leder till att de kommunalanställda blir mindre benägna att agera som "demokratins väktare" än de statsanställda som riksdagen har tilldelat en starkare position gentemot den politiska makten – även om också de statsanställda har påverkats av marknadsieringen och företagiseringen (Ehn 2020; Sundström 2019a). Vår studie motsäger i alla fall inte den tesen.

I inledningen till detta kapitel hävdade vi att en fungerande kontrollmakt bygger på vissa grundläggande förutsättningar. På frågan om *vem som är ansvarig* har det i fallet med NKS nog stått ganska klart för medborgarna att Region Stockholm har varit ansvarig för besluten bakom sjukhusbygget. Knepigare har det däremot varit för medborgarna att utröna vilka partier och vilka politiker inom regionen som har varit ansvariga för vilka beslut. Samregerandet och kompromissandet i styrelser och nämnder, i kombination med att höger- och vänsterblocken har avlöst varandra vid makten och ansvariga politiker kommit och gått, har sannolikt försvårat för medborgaren att reda ut vem som har varit ansvarig för vad. Att viktiga beslut har delegerats till sjukhuset – som drivits i ”bolagsliknande former” utan politiker i ledningen – har sannolikt också försvårat för medborgaren att avgöra vem som har varit ansvarig för olika delar av NKS-projektet – folkvalda politiker eller opolitiska experter.

När det gäller *kriterium för verksamheten*, det vill säga att det måste finnas någon rättsregel, målsättning eller norm mot vilken handlingar och utfall kan värderas, har medborgarna sannolikt också haft en del besvär. Mål och beslut har präglats av visionär oklarhet, och preciseringar av centrala frågor har skjutits på framtiden. Detta har, i kombination med uteblivna kritiska debatter och uteblivna externa utvärderingar av processer och resultat, försvårat för medborgarna att bilda sig en uppfattning om huruvida centrala förvaltningspolitiska värden som demokrati, rättssäkerhet och effektivitet har värnats.

När det slutligen gäller förekomsten av olika *granskningsfunktioner* har vi kunnat se att dessa är ganska få och ganska svaga på kommunal nivå, och att de står inför särskilda utmaningar när det handlar om den typ av megaprojekt som NKS utgör. Ser vi till hur befintliga kontrollfunktioner har organiserats har de överlag – och i den mån de inte har åsidosatts helt – legat *nära* den politiska ledningen (snarare än på arm-längds avstånd), de har varit *interna* (snarare än externa), de har fokuserat på *output* (snarare än på input och processer) och de har varit *reaktiva* (snarare än proaktiva). Traditionen att utreda och bereda frågor, stora som små, internt och nära den politiska ledningen, är stark inom regioner och kommuner, så också inom Region Stockholm.

Jämförelsen mellan kontrollmakten på regional och statlig nivå väcker frågan om hur väl anpassade den regionala nivåns kontrollfunktioner

är för megaprojekt av NKS karaktär. Megaprojekt pågår under för lång tid, involverar för många både privata och offentliga aktörer, och har alltför vidlyftiga och diffusa mål för att kunna hanteras effektivt av de relativt begränsade kontrollfunktioner som finns på den regionala nivån.

17. Slutsatser och lärdomar

*Göran Sundström, Martin Qvist
& Maria Grafström*

INLEDNING

Syftet med den här boken är att förstå och förklara besluten bakom bygandet av Nya Karolinska Solna (NKS) och den omfattande reformagenda som tidigt kopplades till projektet. Utgångspunkten har varit att detta projekt genom sin storlek, komplexitet, omfattande kostnader och utsträckning i tid kan betraktas som ett *megaprojekt*. Men även om NKS uppvisar många av de drag – och återkommande utmaningar – som är förknippade med megaprojekt, har det också ägt rum i en specifik regionpolitisk kontext (se kap. 2). Denna kontext har särskilda särdrag och strukturella egenskaper som är nödvändiga att beakta för att förstå beslutsprocessen. Svensk hälso- och sjukvård utmärks av att vara ett offentligt decentraliserat åtagande som under senare decennier har varit föremål för omfattande reformer av marknadsiering och företagisering. Vidare präglas hälso- och sjukvårdspolitik av stark professionalisering där professionerna har ett stort inflytande, inte bara över verksamhetens innehåll utan också över dess organisering och styrning. Region Stockholm har varit särskilt präglad av marknads- och företagiseringstrenderna, inte minst under den tid då NKS-projektet påbörjades. Det är också en komplex politisk organisation med flera maktcentra och ett flertal olika organ som har varit involverade i NKS-projektet.

I detta avslutande kapitel återvänder vi inledningsvis till de frågor som vi ställde i kapitel 1 och ger våra svar på dem. Därefter återknyter vi till vårt huvudsakliga syfte med studien och diskuterar hur vi kan förstå den typ av komplexa beslutsprocesser som kringgärdade megaprojektet NKS och vilka lärdomar som kan dras.

BESLUTEN, IDÉERNA, AKTÖRERNA OCH DE ORGANISATORISKA ARRANGEMANGEN

I bokens inledningskapitel ställde vi ett antal frågor som har väglett analysen av NKS-processen. Vi frågade vilka de viktigaste *beslutsställfällena* har varit samt vilka *idéer* och *aktörer* som har påverkat besluten. Vidare har ett särskilt fokus legat på de *organisatoriska arrangemang* som har format beslutsprocessen. Dessa arrangemang är centrala för att förstå hur processen har styrts och vilka möjligheter till kontroll och ansvarsutkrävande som har funnits inbyggda i projektet.

En kedja av beslut

NKS-processen utgörs av en lång kedja av beslut. Dessa beslut har, i likhet med många andra megaprojekt, en påtagligt episodisk karaktär. Snarare än att utgöra en linjär process med ett antal förutbestämda steg har processen löpande organiserats om, anpassats och växlat karaktär när nya utmaningar uppstått; medan vissa frågor har kommit till har andra fasats ut eller skjutits på framtiden. Ofta har konsekvenserna av en episod format förutsättningarna för nästa.

Under de inledande faserna av planeringen skapades en liten projektorganisation som arbetade nära landstingsledningen för att snabbt få momentum för projektet och "låsa in" ett antal viktiga parametrar, som var sjukhuset skulle ligga och dess övergripande inriktning mot högspecialiserad vård och spjutspetsforskning. Beslutet att gå vidare med den så kallade SNUS-utredningen låg till grund för tillsättandet av 3S-utredningen. Den hade att hantera de konsekvenser för hela sjukvårdsstrukturen som skulle följa av ett mindre sjukhus, samt av att den inledande planeringen inte hade genomförts med en bredare dialog. Därmed skiftade processen karaktär. Beslutet om arkitekttävlingen, som baserades på 3S, tog den tematiska organisationen som utgångspunkt, men ändrade inriktning till själva byggprojektet. Här blev under en tid fastighetsbolaget Locum projektledare. Politikerna blev direkt involverade som jurymedlemmar och frågor om byggnadens funktion och arkitektur hamnade i centrum.

Så långt hanterades NKS som ett "vanligt", om än extraordinärt, byggprojekt med Locum som den tänkta byggherren, men efter valet 2006 kom frågan om offentlig-privat samverkan (OPS) på allvar upp

på bordet. Detta öppnade också upp för att placera hela projektet i en särskild organisation, vilket 2008 formaliserades i beslutet att inrätta NKS-förvaltningen. Samma år fattade också fullmäktige två av de viktigaste besluten om NKS: det att bygga sjukhuset och det, betydligt mer kontroversiella, att använda OPS som upphandlingsform.

En helt ny episod av planering tog nu vid på NKS-förvaltningen, där förberedelserna för OPS-upphandlingen tog upp mycket av tiden och uppmärksamheten. Ett av processens mest omstridda beslut blev att ge uppdraget till Skanska trots att endast ett anbud hade inkommit. Ett annat viktigt beslut som i stället sköts på framtiden var det om verksamhetsinnehållet: exakt vilken vård som skulle bedrivas på det nya sjukhuset och vilken vård som därmed skulle fördelas på andra sjukhus.

Under NKS-förvaltningens tid tappade den ursprungliga visionen om ett högspecialiserat sjukhus styrfart och mötte motstånd när projektledningen försökte förankra den bland berörda intressenter, främst Karolinska universitetssjukhuset (KS). Ur denna "dragkamp" gick KS segrande, och det blev inte NKS-förvaltningen som fortsatt skulle utarbeta organisationen och innehållet för det nya sjukhuset. Inte heller blev förvaltningen och dess anställda, vilket det fanns tankar om, embryot till en ny sjukhusledning. I stället togs ett politiskt beslut att flytta över planeringen av verksamhetsinnehållet till KS, som med denna omfattande fråga i knät distanserade sig från det tidigare arbetet i NKS-förvaltningen och markerade behov av ett omtag.

Möjligheten för Boston Consulting Group (BCG) att sälja in sin modell med värdebaserad vård kom att prägla denna period. Samtidigt som planeringen av verksamhetsinnehåll lades på KS överfördes ansvaret för byggprojektet till NKS-bygg som var lokaliserad inom landstingets förvaltning. Här kom arbetet att präglas av genomförandet av OPS-avtalet och de många tilläggsavtal som gjordes sedan KS ställt nya krav på byggnaden som inte hade hanterats i det ursprungliga avtalet. Beslutet att lägga ner NKS-förvaltningen skapade en situation som präglades av otydlighet i beställarrollen mellan NKS-bygg, KS och landstingsledningen i relation till utföraren Skanska.

Förutom att processen kännetecknades av episoder med olika karaktär är det också tydligt att viktiga beslut för projektets resultat togs under hela projektets gång, inte minst i början. Även om tillsättandet av en utredning inte är förpliktigande eller nödvändigtvis leder till att ett

projekt blir av, var de tidiga besluten starkt formerande för den fortsatta händelseutvecklingen. Sjukhusets inriktning stod i princip klar redan när landstingsrådet Ralph Lédel (M) skickade in sin skrivelse till landstingsstyrelsen 2001. Även efter att de stora formella besluten hade tagits fortsatte beslutsfattandet parallellt med projektets genomförande. Att strikt dela in processen i en besluts- respektive genomförandefas, vilket ibland görs i projektledningssammanhang, är här inte möjligt, utan viktiga beslut om verksamhetsinnehåll, sjukhusets kapacitet och utrustning togs sent i processen när planeringsarbetet redan hade gått över till KS.

Fem starka reformidéer

NKS-projektet bars fram av en stark vision om förändring. Denna knöt samman det nya sjukhuset med planerna på att rusta upp Norra stationsområdet och att där bilda ett kluster för innovation och utveckling inom life science. Vi har visat hur visionen byggde på fem reformidéer som med tiden kom att flätas samman till ett narrativ som förenade aktörer och drev projektet framåt.

Idén om *världsklass* var förbunden med satsningar på starka forskningsmiljöer och tanken att sjukhuset skulle bidra till innovation genom samverkan med akademi och näringsliv. Denna idé framstod för de inblandade aktörerna som närmast självklar och är ett bra exempel på ett "magiskt begrepp" (se kap. 3) som det är svårt att vara emot och som kan svälja inneboende konflikter. Detsamma kan sägas om idén att bygga för *framtiden*, som utgick från principerna om generalitet och flexibilitet. Idéerna om världsklass och framtiden har också det gemensamt att de befinner sig på en övergripande och abstrakt nivå som gör det möjligt att anpassa deras innebörd till det aktuella sammanhanget. Idén om världsklass översattes genom att konstruera berättelsen om NKS i relation till utvalda internationella referensobjekt. En öppenhet för framtiden kom att hanteras genom en kombination av olika planeringsideal som gjorde det möjligt att bejaka en ständig osäkerhet kring hur framtidens vård skulle komma att gestalta sig, men också att "läsa in" vissa centrala parametrar för projektet, exempelvis genom att bygga in en tematisk organisation i den nya sjukhuskroppen.

Att sjukhuset skulle vara *högspecialiserat* och sätta *patienten i centrum* var två andra centrala idéer på reformagendan. NKS skulle bli "kronan på verket" i ett mer nivåstrukturerat system där både vård och forsk-

ning bedrivs i interorganisatoriska nätverk. Även dessa idéer hade en påtaglig vaghet och var på så vis formbara när deras konsekvenser stötte på motstånd och kritik. Idén om den högspecialiserade vården handlade ursprungligen om att skapa en typ av spetsjukhus som tidigare inte hade funnits i Sverige, men kom senare att omtolkas utifrån den befintliga verksamheten vid KS. Idén om patienten i centrum fokuserade ursprungligen på att integrera vård i hela länet och samordna den mellan olika vårdgivare, samt att detta även skulle speglas i organiseringen av den kliniska forskningen. I slutändan kom idén om patienten i centrum i stället att användas för att införa den nya verksamhetsmodellen baserad på värdebaserad vård på KS, som senare kom att omprövas. Idéerna har också det gemensamt att de fortsatt är starka inom svensk – och internationell – hälso- och sjukvård och präglar alltså reformer inom detta politikområde.

Den femte reformidén om *OPS* skiljer sig på ett påtagligt sätt från de övriga fyra genom att den tidigt blev kontroversiell och stötte på motstånd, både på politisk nivå och inom landstingsförvaltningen. De andra idéerna sågs mer som självklara när de presenterades, åtminstone så länge de tilläts befinna sig på en abstrakt och övergripande nivå. Idén om *OPS* behövde på ett helt annat sätt rättfärdigas och aktivt motiveras för att få fäste i processen, vilket gjordes med hjälp av konsulter. Det är också den idé som tydligast har mist sin lyskraft inom sjukvårdsområdet efter kritiken om att finansieringsmodellen kraftigt har fördyrat projektet.

Sammantaget visar analysen att framför allt fyra av reformidéerna på ett mycket tidigt stadium låstes in i projektet. Denna ”spårbundenhet” innebär dock inte att idéerna har realiserats på det sätt som beskrevs i den ursprungliga visionen. Snarare har de successivt stött på motstånd, översatts, förhandlats om och ibland tagit sig oförutsedda vägar. Att införandet av värdebaserad vård kom att bli en sådan omtalad och framträdande del av projektet är kanske det tydligaste exemplet på en sådan oförutsedd utveckling. Ett skäl till att idén om *OPS* helt har försvunnit från svensk sjukvård är naturligtvis att det har blivit tydligt att den, enligt många bedömare i dag, passar dåligt in i svenska förhållanden där regioner själva kan låna pengar för investeringar billigare än vid ett *OPS*-förfarande där entreprenören tar lånet. Att den hade svårare än de andra idéerna att få fäste kan förklaras av att den redan från början var

betydligt mer konkret och därför inte på samma sätt var formbar och möjlig att anpassa till den aktuella kontexten.

De andra idéerna kunde länge beskrivas vagt och övergripande och skapade då, till skillnad från OPS, inga skiljelinjer mellan de politiska blocken. Vagheten kunde snarare förena politiska meningsmotståndare, eftersom de kunde lägga in sina egna betydelser och ambitioner i dessa idéer. Det är också tydligt att ingen av de andra idéerna var helt ny i en svensk sjukvårdskontext. Satsningar på starka centrumbildningar och kluster var en dominerande idé inom hela regionalpolitiken vid denna tid och principerna om generalitet och flexibilitet var styrande vid byggandet av Huddinge sjukhus redan på 1960-talet. Nivåstrukturering och strävan efter att skapa en mer samordnad och integrerad vård har varit bärande teman i organisationsreformer inom hälso- och sjukvården under flera decennier, även om deras uttryck har varierat. Detta visar hur översättning underlättas när reformidéer kan kopplas till etablerade koncept och upparbetade erfarenheter inom organisationer.

En bred uppsättning av drivande och tvivlande aktörer

En konsekvens av att megaprojekt är stora och betydelsefulla är att de drar till sig många typer av aktörer. Samtidigt gör projektens utsträckning i tid att aktörer ofta rör sig in och ut i processen, byts ut, kommer till och faller bort. De personer som ursprungligen planerade projektet var i de flesta fall inte längre involverade när besluten om att bygga togs 2008, och de som var med 2008 var i många fall inte desamma som genomförde projektet och som fick stå till svars för det när mediestormen kring NKS bröt ut 2015. När planeringen av verksamhetsinnehållet gick över till KS 2012 fanns det till och med en strategi för att distansera sig från föregående perioder och endast i begränsad utsträckning involvera personer som tidigare hade arbetat med projektet på NKS-förvaltningen. Det institutionella minnet kring projektet var alltså svagt.

En kategori av aktörer som var centrala genom hela projektet är naturligtvis *politikerna*. Den politiska situationen i landstinget har å ena sidan kännetecknats av en grundläggande samsyn kring NKS-projektet. Å andra sidan har det funnits en instabilitet i relationerna mellan ledning och opposition där perioder av samsyn och konflikt har avlöst varandra. Överlag har oppositionens kritik uttryckts punktviss och i hög grad hållits inom landstingets väggar. Över tid har det också blivit svå-

rare för oppositionen att rikta grundläggande kritik mot projektet, då partierna inom båda de politiska blocken successivt, och på olika sätt, har bundit upp sig i projektet.

Tjänstepersonerna har också varit en central aktörskategori i projektet. Här har en viktig skiljelinje gått mellan dem som involverats i processen och de delar av förvaltningen som, på grund av att de setts som bakåtsträvare, ställts utanför och då inte har tillåtits bidra med sin expertis. En återkommande strategi från den politiska ledningens sida har varit att se till att ha ”rätt folk på rätt stolar”, och i hög grad har projektorganisationen lagts nära det politiska styret och formats runt en liten grupp ledande och ”troende” personer. Dessa personer har oftast haft en professionsbakgrund som läkare och forskare. Tanken har varit att stärka legitimiteten för projektet, inte minst bland verksamhetsföreträdare och sjukvårdspersonal.

Professionerna har på ett sätt haft ett begränsat inflytande över beslutsfattandet. Läkare och sjuksköterskor från verksamheten bjöds in under vissa mer öppna delar av processen, men då framför allt på basis av sin expertis snarare än som organisationsrepresentanter. De deltog främst i frågor inom sina respektive specialiteter, inte i diskussioner kring projektets övergripande inriktning. Däremot har personer ur vad som kan beskrivas som den medicinska eliten ofta haft nyckelroller i processen. Förutom att denna kategori professionsföreträdare har haft ledande roller i projektorganisationen, har de också fungerat som *policyentreprenörer* för flera av de bärande idéerna, särskilt kring excellensforskning, nivåstrukturerings, nätverksorganisering och patienten i centrum.

Dock har de professionella inte varit särskilt involverade i frågan om OPS. Här har i stället en annan central aktörskategori fungerat som den viktigaste idébäraren: *konsulterna*. Politikerna och sjukhusets ledning har använt sig av konsulter för att skapa legitimitet åt både OPS och värdebaserad vård. Genom att idéerna fick fäste blev dessa ledningar också i hög grad beroende av konsulternas kunskap – de, snarare än den egna förvaltningen, var experterna på upphandlingsmodellen och den värdebaserade vården. Samtidigt saknade konsulterna annan typ av kunskap, den lokalt framvuxna, om hur såväl förvaltningen som det specifika sjukhuset fungerade med avseende på beredningskrav, kvalitets-säkring och erfarenheter från tidigare projekt och arbetssätt.

Slutligen har även *medierna* varit viktiga aktörer för hur bilden av

NKS sett ut – över tid förändrad från den av ett prestigeprojekt, som alla politiker och andra ledande aktörer ville förknippas med, till en av att ifrågasättas och associeras med kris och skandaler. Mediernas mer ingående granskning av NKS-projektet kom dock igång sent – inte förrän 2015, efter att väggar och tak hade kommit på plats och projektet konkretiserats i form av en färdig byggnad. Något år senare, i samband med att den första vårdverksamheten flyttade in i det nya huset, uppstod också fler berättelser att förmedla baserade på sjukvårdspersonalens erfarenheter. Det är också i och med att den mediala granskningen intensifierades från 2015 som olika kritiska röster från oppositionen och professionerna fick starkt genomslag i debatten.

Sammantaget visar analysen att aktörssammansättningen i projektet har skiftat över tid. Vissa (mer formativa) perioder har kännetecknats av slutenhet och av att en mindre grupp personer har drivit processen. Andra perioder har varit mer öppna med möjligheter till bredare deltagande och dialog. Ett tydligt mönster är att kritiska röster – även om de har förekommit hela tiden – mobiliserades och fick genomslag relativt sent i processen. Den granskande journalistikens intåg från 2015 har här haft stor betydelse, och medierapporteringen har gett röst åt kritik från både oppositionen och verksamhetsföreträdare inom sjukhuset. Elitföreträdare från professionerna har i högsta grad varit drivande och involverade i projektet hela tiden, men för verksamhetsföreträdare hade det stor betydelse att frågorna om verksamhetsinnehåll och verksamhetsmodell sköts på framtiden. Bredare mobilisering och engagemang uppstår ofta först då det blir tydligt vad projektet får för konsekvenser för den egna verksamheten.

Styrning och kontroll genom organisering

Att idéer har översatts och modifierats efter hand, och att aktörer har haft mer eller mindre inflytande under olika perioder, har delvis varit oförutsedda konsekvenser av processens utveckling. I fallet med medierna handlade det också om medielogikens krav på form och innehåll som gjorde det svårt att rapportera om eventuella händelser i framtiden. Men trots att ingen ledande aktör på förhand ”designade” hela processen innehåller den ändå betydande mått av styrning. Denna styrning har framför allt skett genom skapandet av olika *organisatoriska arrangemang*. I vissa beslutsprocesser är sådana arrangemang i hög grad givna på för-

hand. Exempelvis följer införandet av en ny lag en högst institutionaliserad procedur. Delvis gäller detta också processen för NKS, som ägde rum inom ramen för de lagar och de politiska spelregler som omgärdade regionpolitiken. Men projektets extraordinära karaktär, i kombination med de generellt formulerade lagar som styr regioners och kommuners organisation och arbetssätt, gav också stora möjligheter för de styrande politikerna att besluta om nya organisatoriska arrangemang såsom utredningar, NKS-kansliet, NKS-förvaltningen och NKS-bygg. Dessa inrättade enheter har också på ett medvetet sätt inordnats och positionerats i relation till både politikerna och andra enheter inom regionen, och även flera gånger positionerats om och ändrat hemvist.

I analysen har vi identifierat ett antal strategier och mönster i styrningen av NKS-processen genom organisering. För det första har beslutsfattarna, genom inrättandet av utredningar och enheter samt det mandat och uppdrag dessa getts, på olika sätt försökt *begränsa sökljuset*. I en rationell beslutsmodell strävar man efter att tydligt fastställa problemet och identifiera alla tänkbara lösningar för att nå ett optimalt beslut (se kap. 3). Men i den stora mängd av komplexa, kontroversiella och osäkra frågor som präglade NKS-processen var detta inte ett möjligt förfaringsätt. Problemen var elakartade (*wicked*), det vill säga svåra, för att inte säga omöjliga, att entydigt fastställa, och om man hade försökt klarlägga alla tänkbara handlingsalternativ till dessa undflyende problem skulle projektet ha blivit överbelastat med mer information än vad som skulle ha varit möjligt att hantera. Ett visst mått av begränsningar krävs därför, men i fallet med NKS har dessa stundtals varit långtgående. Det tydligaste exemplet är i utredningarna av OPS, som genomfördes på uppdrag av konsulter där andra upphandlingsformer inte blev föremål för en lika ingående analys som OPS. Ett annat exempel är det strategiska valet av internationella referensobjekt som besöktes under de många resor som genomfördes under årens lopp.

För det andra har arbetet i olika skeden delats upp i *parallella processer* som också har bidragit till att reducera komplexitet och risker för låsningar och konflikter. Det kanske tydligaste exemplet är frågan om sjukhusets högspecialiserade uppdrag som utreddes inom NKS-förvaltningen, medan den bredare planeringen av länets sjukvård dels kom igång sent, dels bedrevs i en parallell process kring Framtidsplanen.

För det tredje har frågor inte bara delats upp "horisontellt" för att

hanteras i olika sammanhang, utan också *sekventiellt*. Olika delar av planerings- och beslutsprocessen har varit inriktade på olika frågor – de har inte alla hanterats hela tiden – och ibland har enheter och utredningar inrättats för att hantera de olösta konsekvenserna av föregående utredningar.

Ett mönster i organiseringen har också varit att organisera in och ut aktörer i processen. Genom att organisera in kompetens och idébärare som kunde driva projektet framåt och att organisera ut tvivlare och motståndare har det varit möjligt att undvika låsningar och få processen att snabbare röra sig framåt. Tvivlarna och motståndarna har visserligen inte varit helt utorganiserade, men de har haft ett begränsat mandat att påverka. Vi kallar detta *villkorat deltagande*, och denna strategi var särskilt tydlig i relationen till KS som hölls på ”armlängds avstånd” under stora delar av processen. Men den präglar också involveringen av hälso- och sjukvårdens professioner i stort, som vid en mängd tillfällen gavs möjlighet att påverka men då oftast inom relativt snäva ramar, i regel kring frågor som rörde den egna medicinska specialiteten.

Slutligen har vi i boken visat att många av de beslut som togs under NKS-projektets gång underlättades av att en del *kontrollfunktioner* som normalt fungerar på kommunal nivå försvagades eller helt sattes ur spel i fallet med NKS. Inte minst försvårades ansvarsutkrävandet av NKS-projektets långa utsträckning i tid. Det politiska samregerandet och kompromissandet i styrelser och nämnder, i kombination med att höger- och vänsterblocken avlöste varandra vid makten och att ansvariga politiker kom och gick, försvårade dessutom för medborgaren att reda ut vem som var ansvarig för vilka beslut. Att viktiga beslut hanterades av konsulter och företagiserade nämnder och förvaltningar har sannolikt också försvårat ansvarsutkrävandet.

Kontrollen har också komplicerats av att mål och beslut har präglats av visionär oklarhet och av att preciseringar av centrala frågor skjutits på framtiden. Det har varit svårt för alla inblandade aktörer att ställa handlingar och utfall mot uppdragsbeskrivningar och målsättningar. Dessa svårigheter har spåtts på av att det under betydande delar av projektiden saknades kritiska debatter och att externa utvärderingar av processer och resultat uteblev. Granskningsfunktionerna har varit både få och svaga. Några har åsidosatts helt, medan andra har legat nära den politiska ledningen, varit internt organiserade och främst fungerat reaktivt.

VILKA LÄRDOMAR FINNS ATT DRA AV NKS-PROJEKTET?

Vi har ovan visat på vikten av att förstå beslutsprocesserna i NKS-projektet i dess politiska och organisatoriska sammanhang. Ett megaprojekt är ingen enhet som enkelt låter sig beskrivas eller studeras. I den här boken har vi i stället beskrivit projektet som en arena, där intressen och idéer, professionella normer och identiteter har formats, mötts och inte sällan stått i konflikt med varandra. Och det är med utgångspunkt i en sådan förståelse av NKS-projektet som vi nedan presenterar och diskuterar lärdomar för framtida offentliga megaprojekt.

Framgångssagans pris

Var NKS-projektet lyckat? I en mening kan man hävda att det var det. Sjukhuset står där i dag. Och även om den stora ursprungliga förändringsagendan, med dess olika reformidéer, inte föll ut exakt såsom initiativtagarna tänkte sig, har idéerna ändå haft betydande bärkraft, och har så än i dag. Många menar nog att sjukhuset är i världsklass, att det är flexibelt och högspecialiserat. Den nya verksamhetsmodellen har kommit att omprövas, men målet att sätta patienten i centrum består. Och OPS-avtalet lever ännu. Det ska också framhållas att sjukhuset är ett bygge för framtiden, i den meningen att det är tänkt att fungera under lång tid, och att det nu är svårt att uttala sig om hur det kommer att bedömas och upplevas om ett antal år fram i tiden. Det är inte heller säkert att de kontroverser och frågor som har dominerat debatten under senare år kommer att präglade berättelsen om NKS i framtiden (jfr Blomquist & Jacobsson 2002).

Samtidigt har framgången med att ta projektet i hamn haft ett pris. Och detta pris anser många har varit alltför högt. I medierapporteringen har priset främst räknats i kronor och ören. Med etiketten "världens dyraste sjukhus" har kostnader för OPS och konsultanvändning stått i fokus. Vår analys visar att detta pris även omfattar andra värden. För det första har projektet betalat ett *demokratiskt pris*. Många avgörande beslut i NKS-processen blev inte föremål för en ordentlig politisk diskussion. Besluten bereddes inte bara snabbt och i avgränsade och hårt styrda sammanhang, utan beslutens konsekvenser blev i många fall inte heller tillräckligt belysta. Berörda parter, i form av opposition, förvaltningar

och professionsföreträdare, har i hög grad och på olika sätt exkluderats i beslutsprocesserna, samtidigt som många förespråkare medvetet och systematiskt har inkluderats på centrala positioner i processerna. Olika organisatoriska arrangemang och avsaknaden av fungerande kontrollfunktioner har också i betydande omfattning förhindrat uppkomsten av kritiska debatter som har kunnat förse medborgarna med information så att de i sin tur har kunnat göra informerade val när de stått vid valurnorna.

För det andra har det funnits ett pris att betala som har med *rätts-säkerhet* att göra. Flera av de nackdelar som enligt forskningen riskerar att uppträda i en (alltför) marknadiserad och företagiserad offentlig verksamhet går att spåra i NKS-fallet. Till exempel kritiserades OPS-utredningarna 2007 och 2008 för att ha varit alltför mycket i händerna på konsulter med egenintresse i frågan. Regeringsformens krav på saktlighet och opartiskhet kan här svårligen sägas ha mötts. Liknande kritik riktades mot sjukhusledningens beslut att först låta BCG arbeta gratis för sjukhuset, för att senare upphandla tjänster av samma konsultbolag. Röster höjdes om att det förelåg jäv – röster som ökade i styrka när det vid granskning av konsultbolagets fakturor restes stora frågetecken kring rimlighet i bland annat arbetstider och kostnader. Även den omfattande sekretess som omgärdade upphandlingen av OPS-avtalet kritiserades för att i alltför stor utsträckning strida mot grundlagens krav på öppenhet och insyn i det offentliga beslutsfattandet.

Slutligen, för det tredje, har det även funnits ett *effektivitetspris* att betala. Visserligen lyckades ledande politiker skapa momentum i processen genom olika organisatoriska arrangemang där kritiker och ”bak-åtsträvarer” hölls på avstånd. Men snabbt blir som bekant inte alltid bra. Den forcerade processen medförde att kvalitetssäkrande mekanismer – som breda och pluralistiskt sammansatta utredningar, grundliga beredningsprocesser och remissförfaranden – slogs ut. Samtidigt försämrades förutsättningarna för ett effektivt genomförande av reformen då många av de anställda – både i centralförvaltningen och ute i verksamheterna – som ställdes utanför beslutsprocesserna var de som i praktiken skulle arbeta i det nya sjukhuset och den nivåstrukturerade Stockholmssjukvården. De gavs därmed ingen möjlighet att via inkludering gradvis översätta och begripliggöra reformen utifrån sina egna erfarenheter och hävdvunna synsätt, vilket forskning visar är viktigt för reformers fram-

gång (se kap. 3; Gioia m.fl. 2012). Konsekvenserna av denna exkludering blev omfattande, med ett dyrt och snabbt omförhandlat OPS-avtal, ett flertal om- och tillbyggnader, sena anpassningar av andra sjukhus i regionen, återkommande revideringar av sjukhusets verksamhetsmodell, ett utbrett missnöje bland sjukhuspersonal och anställda i regionens centralförvaltning, bristande koppling mellan vård, utbildning och forskning samt en omfattande och dyr konsultverksamhet.

Det finns en påtaglig risk för att alla dessa kostnader, för demokratin, rättssäkerheten och effektiviteten, medför en ännu högre kostnad, som handlar om en minskad tillit mer generellt för det demokratiska systemet. Denna minskade tillit gäller inom systemet, dels horisontellt mellan olika politiska och administrativa enheter när nämnder och enheter kringgicks, dels vertikalt mellan den politiska nivån och den opolitiska förvaltningen när "förvaltningskontraktet" bröts. Men det gäller också medborgarnas tillit för det politiska systemet i stort, vilket möjligen speglades i valet 2018 då den styrande majoriteten kunde sitta kvar trots den enorma mediala kritik som då riktades mot NKS-projektet, och där det enda partiet som gick framåt var Sverigedemokraterna – det enda parti som inte var delaktigt i beslutsprocesserna bakom NKS.

Att balansera mellan fart och kontroll

En central lärdom av megaprojektet NKS är att beslutsfattarna låste sig vid ett specifikt alternativ redan i initieringsfasen och att detta alternativ utarbetades och drevs igenom av ett begränsat antal ledande och likasinnade aktörer. Processen övergick sedan snabbt till att undersöka de tekniska förutsättningarna för byggnadslösningar. De drivande aktörerna prioriterade att få "bollen i rullning", snarare än att förankra grundläggande idéer och beslut i en vidare krets av aktörer. Detta bottnade i en vilja att minska risker för läsningar och fördröjningar i ett osäkert skede när projektet ännu var i sin linda. En lärdom är också att många idéer och beslut var vaga inledningsvis och att det dröjde ganska långt in i processen innan en del viktiga preciserande beslut togs. Det i sig är knappast anmärkningsvärt, men våra studier påminner oss om att även vaga idéer kan bli svåra att utmana i senare skeden eftersom de tenderar att bli symboliskt viktiga i prestigetermer. Det tydligaste exemplet är idén om den högspecialiserade vården vars innebörd fastställdes så sent som 2017 (och där vissa justeringar har genomförts även sedan dess).

Att ledande aktörer bestämmer sig för ett specifikt alternativ redan i initieringsfasen är ett vanligt och återkommande fenomen i megaprojekt (Flyvbjerg m.fl. 2003; Flyvbjerg 2009; Priemus 2008). Likaså är det vanligt att processen snabbt går över till att undersöka förutsättningar för mer precisa lösningar (Williams & Samset 2010). NKS-projektet följer här ett välkänt mönster. Den spårbundenhet som tenderar att sätta in när projektets konceptuella ramar väl har låsts fast kan också underlätta att få fart i den fortsatta beslutsprocessen genom att ge stadga och undanröja osäkerhet. Samtidigt kan den skapa problem då de inledande besluten ofta är svåra att ändra i senare delar av processen, eftersom betydande resurser i form av tid, pengar och prestige redan har investerats. Det är också svårt att utkräva ansvar långt efter att de viktigaste besluten har fattats, eftersom många som var med och fattade dessa beslut inte längre finns kvar i systemet.

Det är därför inte svårt att ställa sig bakom uppfattningen att det just i megaprojekt är av särskild vikt att frågor utreds ordentligt initialt och att olika perspektiv och uppfattningar tillåts komma till tals tidigt – agendan får inte domineras totalt av en berättelse. Genom att öppna en diskussion om olika tänkbara konceptuella lösningar på ett tidigt stadium och i enlighet med det kommunikativa planeringsidealet låta många olika typer av aktörer komma till tals kan viktig kunskap, olika perspektiv och behovsanalyser tas till vara och ge bättre förutsättningar för att projektet ska bli framgångsrikt i senare skeden (Johannesson & Qvist 2019; Samset 2009; Williams & Samset 2010). Genom att tidigt förankra och skapa engagemang kring inriktningen på ett projekt bland berörda aktörer, i detta fall sjukhuspersonal och anställda i hälso- och sjukvårdsansvariga nämnder och förvaltningar, skapas också förståelse och legitimitet som kan minska risken för konflikter och motsättningar senare. Det är annars inte ovanligt att motstånd och nya kritiska argument uppträder först när projekten konkretiseras men då är svåra att justera (Hajer 2003). I detta fall skulle en sådan tidig och mer öppen och inkluderande konceptuell diskussion ha kunnat precisera och pröva NKS-projektets omfattande förändringsambitioner och deras betydelse för exempelvis Stockholmssjukvården i stort och kopplingen mellan högspecialiserad vård, utbildning och forskning.

Vid megaprojekt måste således ansvarsfrågan i hög grad hanteras i början av processen. Men att inkludera fler aktörer inledningsvis – vare

sig det rör sig om experter i enlighet med den rationalistiska beslutsmodellen eller berörda parter enligt det kommunikativa planeringsidealet – är dock allt annat än lätt. Detta är också tydligt i NKS-fallet. Dels var problemet inte *ett* utan flera, där ett fastighetsproblem åtföljdes av såväl ett uppfattat styrningsproblem som ett uppfattat excellensproblem (se kap. 4). Dels var problemen inte bara politiskt fastslagna i ett tidigt skede utan de var också vaga och kontroversiella – de var typexempel på elakartade (*wicked*) problem. Att försöka ena ett stort antal politiker, experter och berörda kring en klar och tydlig innebörd av dessa tre problem skulle ha varit en utmaning, minst sagt. Problemen var, och förblev under hela processens gång, vagt formulerade.

Vag var också den breda reformagenda som omedelbart slogs fast och som inkluderade de fem reformidéerna om världsklass, flexibilitet, patientcentrering, högspecialiserad vård och mer marknad i form av en OPS-lösning. Och inte heller dessa idéer var entydiga och okontroversiella. Tvärtom var de högst problematiska. Att låta ett stort antal politiker, experter och berörda samlas i ett tidigt skede för att försöka enas kring en klar och tydlig innebörd av dessa reformidéer, och om andra idéer kanske var att föredra, hade varit en minst lika stor utmaning. Just därför hölls många centrala aktörer utanför processen.

Vad vår analys av NKS-fallet påminner oss om är således att beslutsprocesser i megaprojekt inte kan hållas öppna för alla berörda parter hela tiden, utan öppenhet handlar om en strategisk avvägning där deltagande och inkludering måste balanseras mot behov av handlingskraft och förmåga att föra processen framåt. När många perspektiv och intressen inkluderas ökar komplexiteten och risken för att processen "överbelastas" av problembilder och lösningsförslag. Med andra ord är tekniker för att smalna av, lyfta ut frågor, hantera frågor sekventiellt och att begränsa tillträdet till beslutsaren ofta nödvändiga i olika skeden för att undvika låsningar och underlätta beslutsfattandet (Johannesson & Qvist 2019). Den viktiga frågan är därför *hur* denna balansgång ska ske och i vilken omfattning dialog och förankring är möjliga i avgörande frågor (Blomquist & Jacobsson 2002; Qvist 2017).

Vem som bjuds in att delta, på vilka grunder och med vilket mandat är alla strategiskt viktiga beslut som påverkar både legitimiteten och handlingskraften i den fortsatta planeringen. Exempelvis kan det finnas fördelar med att ledande företrädare för verksamheterna deltar, utifrån

vetskapen om att dessa förr eller senare kommer att få en avgörande betydelse för projektets genomförande och därmed är viktiga att förankra processen hos. Samtidigt tenderar en sådan representation att återskapa den rådande maktstrukturen, om än i ett nytt forum, och det går att ifrågasätta hur inkluderande ett sådant forum verkligen blir (Quick & Feldman 2013). Om syftet är att åstadkomma förändring kan det ibland vara fördelaktigt att söka en bredare representation och utifrån andra grunder, till exempel utifrån resonemang liknande dem som fördes i en av de tidiga utredningarna om att involvera personer utifrån deras specialistkompetens och inte utifrån deras organisatoriska hemvist. I praktiken handlar styrningen ofta om att skapa flera olika typer av konstellationer och inte minst om förmågan att samordna dessa för att föra processen framåt.

I NKS-fallet kom denna balansgång mellan inkludering och exkludering att tippa över mot det senare i syfte att föra processen fort framåt. Problemens närmare beskaffenhet och reformagendans innehåll växte inte fram i samband med utredningarna, utan såväl problemen som reformagendan – inklusive de fem reformidéerna – fanns på plats redan när den första utredningen tillsattes. För initiativtagarna handlade vägen framåt därför inte om att precisera något problem, för att därefter i öppna deliberativa diskussioner söka efter de bästa handlingsalternativen. Den handlade i stället om att tillsätta utredningar och organisera en projektledning som kunde rättfärdiga den problemuppfattning och de lösningar som redan fanns på plats. Och detta underlättades av att lösningarna (reformidéerna) var vaga och kunde anpassas till rådande omständigheter och eventuell kritik, och av att politikerna kunde organisera projektledningen på sådant sätt att den i hög grad kunde arbeta särkopplat från kritiker och alternativa idéer och därmed relativt ostört snickra vidare på det narrativ som hade formulerats redan från start.

Inte mer kontroll – men stärkt

Vi har argumenterat för att många av de beslut som togs under NKS-projektets gång underlättades av att olika kontrollfunktioner som finns på kommunal nivå försvagades eller helt sattes ur spel i fallet med NKS. Det väcker frågan om kontrollen bör öka på kommunal nivå. Det är inte säkert. Vi menar att det finns anledning att allmänt vara försiktig när det gäller förslag om att öka kontrollen i offentlig sektor. Under senare

år har den offentliga kontrollen ökat påtagligt; det har talats om framväxten av ett ”granskningssamhälle”. Innebörden i detta är inte bara att granskningen har ökat kraftigt utan också att den har ökat på ett ogenomtänkt sätt och att den skapar en rad oavsedda effekter där frågor har ställts om inte det myckna granskandet kostar mer än det smakar (Jacobsson m.fl. 2019; Ahlbäck Öberg 2018; Power 1999). Så fort ett problem har uppstått inom någon verksamhet har det reflexmässiga svaret många gånger varit ”mer granskning”. Det har blivit ett enkelt sätt att visa på handlingskraft och hävda ansvarstagande, inte minst att kommunicera detta i medierna. Ofta har problemen dock inte gällt så mycket bristande granskning som att verksamheten på ett mer grundläggande plan har varit bristfälligt organiserad. Senare års expansion av granskningar kan alltså i betydande grad ses som något politikerna har tagit till i stället för att omorganisera verksamheter (Jacobsson & Sundström 2019).

Kanske är det främst detta det handlar om också i fallet med NKS, det vill säga att hälso- och sjukvården skulle behöva organiseras om i grunden med avseende på sina karaktärsdrag: den långtgående decentraliseringen, den omfattande marknadsiseringen och företagiseringen och den starka professionaliseringen (se kap. 2). Den frågan är synnerligen viktig att ha i åtanke, även om vi inte kan svara på den i denna studie.⁵⁹ Vad vi däremot kan resonera kring utifrån vår studie är hur pass ändamålsenligt organiserad kontrollen är på regional nivå för megaprojekt av NKS karaktär – givet hur hälso- och sjukvården i grunden är organiserad. Vi menar då inte att kontrollen i första hand behöver öka utan snarare att den behöver stärkas. Inte minst behöver befintliga kontrollfunktioner ges mera tyngd och anpassas efter megaprojektens särskilda karaktär.

En fråga gäller *medborgarnas* roll. Som vi visade i kapitel 16 är det tänkt att den politiska maktutövningen på kommunal nivå främst ska kontrolleras politiskt. Medborgarna tillskrivs en viktig roll, där de förutsätts utkräva ansvar av det politiska regionstyret i allmänna val. Detta kräver en ordentlig och informerad offentlig debatt. Vi har dock visat

59. Det kan här noteras att hälso- och sjukvårdens organisation har kommit att debatteras flitigt till följd av regionernas hantering av coronapandemin (SOU 2020:80; *Dagens Nyheter* 2020; Enqvist & Lövdén 2020).

att det är svårt att få till stånd sådana debatter om den typ av megaprojekt som NKS utgör. Megaprojektens komplexitet i termer av visionär oklarhet, elakartade problem och långa utsträckning i tid, där beslut fattas kontinuerligt och beslutsfattare kommer och går, försvårar medborgarnas möjlighet till kontroll och ansvarsutkrävande. Det är svårt att tidigt i processen väcka intresse hos medborgare och medier för abstrakta och långsiktiga byggplaner. Samtidigt skapas det, i den politiska kulturen med samregerande politiska organ, efter hand bindningar som gör att incitamenten att föra kritiska diskussioner mellan styrande och opposition successivt minskar. Oppositionen görs medansvarig till projektet, vilket leder till att viktiga frågor hålls borta från valdebatter, med konsekvensen att medborgarna får svårare att utkräva ansvar för fattade beslut i nästa val. Otydliga begrepp (som nivåstrukturering, värdebase-rad vård och OPS), och återkommande omorganisationer bland nämnder och förvaltningar, har också försvårat för medborgarna att följa och förstås processen. Här menar vi att medborgarna måste ges mer tyngd i ett megaprojekts tidiga planeringsskeden. Ansvarsutkrävandet måste i högre grad ske *ex ante*, och även löpande under projektets gång, eftersom det inte finns så mycket att göra åt byggprojektet när de står färdiga. Ofta finns heller inte de ursprungliga beslutsfattarna kvar.

En närliggande fråga rör *oppositionens* roll. Diskussionen om samregerandet i nämnder och styrelser inom regioner och kommuner har debatterats länge, och riksdag och regering har under senare år strävat efter att organisera kommunala politiska organ mer i enlighet med en parlamentarisk styrelsemodell (se kap. 10). Vår studie understryker också problemet med frånvaron av en tydlig rollfördelning mellan styrande och opposition. Det blandade styre som praktiserades under NKS-projektet, där de styrande och oppositionen ömsom använde sig av konflikt-, ömsom av samarbetsstrategier, och inte alltid samtidigt, medförde att viktiga frågor försvann från den politiska dagordningen och att kritiska diskussioner och argument hölls borta från offentligheten. Incitamenten för oppositionen att kritisera projektet avtog gradvis i takt med att den på olika sätt bands upp i projektet. Det är särskilt problematiskt då flera av de visioner som lanserades tidigt, om exempelvis högspecialiserad vård och patienten i centrum, inte kom att konkretiseras förrän sent i processen. Studien visar på kraften i starka, dominerande narrativ – och på behovet av att sådana narrativ löpande tillåts utmanas och

kontrasteras med alternativ. Det kräver att alla inte säger detsamma. Vid megaprojekt av NKS karaktär är det därför viktigt att det finns en aktiv opposition inte bara i de inledande skedena utan under hela processens gång. Vi menar följaktligen att oppositionens (och politikens) närvaro måste stärkas i megaprojekt.

Förvaltningen spelar också en mycket viktig roll i megaprojekt. På kommunal nivå saknas en tradition av ett fast kommittéväsande med tillhörande remissväsande. Många frågor utreds förstås ändå. Men frågan bör ställas om det verkligen ska vara möjligt att utreda ett så pass stort och konsekvensrikt sjukhusbygge i en så pass liten och snabbt till-satt och genomförd utredning som SNUS. Det är tydligt att frågan kom att belysas utan tillräcklig bredd och pluralism och med ett alltför begränsat remissförfarande. Det är också viktigt att förvaltningens kapacitet och förutsättningar att ta sig an så stora projekt som NKS utreds grundligt innan de initieras, särskilt när de omfattar oprövade arbets-sätt och finansieringsmodeller. Det kan i det sammanhanget ifrågasättas om etablerade nämnder och förvaltningar som har arbetat med hälso- och sjukhusfrågor under lång tid ska kunna åsidosättas på det sätt som skedde i fallet med NKS, då helt nya projektorganisationer sattes upp för NKS, framför allt genom den särskilda förvaltningsorganisationen (NKS-förvaltningen) men även i form av det näringslivsinspirerade och konsultstyrda förändringsarbete som genomfördes på KS. Som vi har visat tidigare i den här boken har dessa organisatoriska arrangemang i hög grad möjliggjorts genom den långtgående företagiseringen av regionens verksamhet. Våra studier visar att denna organisering i praktiken innebar att etablerade processer för kvalitetssäkring slogs ut, att erfarenheter och kunskaper som fanns inom förvaltningen ställdes åt sidan och att konsulter med egenintresse fick stort inflytande på viktiga beslut. Det ska understrykas att det inte är nyinrättade förvaltningar och enheter i sig som har varit problematiskt i fallet med NKS (det är vanligt att politiker fattar beslut om särskilda organisatoriska enheter för att utreda och genomföra megaprojekt), utan det problematiska ligger i hur dessa enheter har positionerats i förhållande till etablerade nämnder, förvaltningar och enheter.

Slutligen finns här frågan om *extern kontroll*. NKS-fallet visar att de uteblivna offentliga debatterna kring viktiga frågor delvis kan förklaras av avsaknaden av externa kontrollfunktioner. Regionen saknar egna

självständigt organiserade kontrollorgan, som motsvarar statens utvärderingsmyndigheter och Riksrevisionen. Detta är särskilt bekymmersamt då statens kontrollfunktioner gentemot hälso- och sjukvården uteslutande riktas mot verksamhetsnivån och mötet mellan patienter och vårdpersonal. Det kan noteras att staten och regionerna fram till slutet av 1980-talet hade ett gemensamt ansvar för hälso- och sjukvårdens omfattning, kvalitet och framtida utveckling (SOU 2020:15, s. 134–135). Statens uppgift var att samordna de olika delarna av verksamheten och göra nödvändiga avvägningar. Det innebar bland annat att staten påverkade omfattningen och inriktningen av hälso- och sjukvården. Vissa planeringsfrågor behandlades på Socialdepartementet och av Socialstyrelsen. Staten kunde också avgöra vilka större byggnadsprojekt som skulle få komma till stånd inom hälso- och sjukvården. Ett antal statliga aktörer godkände investeringar och byggnationer av sjukhus. Detta har nu nästan helt delegerats till regionerna. Samtidigt har sjukvården blivit alltmer specialiserad och nivåstrukturerad där viss typ av vård bara ges vid vissa sjukhus, vilket NKS är ett tydligt exempel på. I Socialstyrelsens uppdrag att besluta om vilken eller vilka regioner som får bedriva hög-specialiserad vård ingår också att leda arbetet med att koncentrera mer av denna typ av vård på nationell nivå (se kap. 2 och 8). Detta talar för en stärkt samordning mellan staten och regionerna i planeringsfrågor som rör hälso- och sjukvården och en stärkt kontroll av kommunal planering, i alla fall avseende megaprojekt som NKS.

Sammantaget finns det således flera lärdomar att dra utifrån våra studier. En del av våra resonemang har vidare bäring och rör mer grundläggande organisationsfrågor som påverkar alla typer av beslut på kommunal nivå, exempelvis frågan om huruvida man ska införa ett mer renodlat parlamentariskt styrelseskick för att åstadkomma en tydligare och starkare opposition, frågan om lämpligheten i att politiska organ inte besätts med politiker, och frågan om huruvida civilrätten, med dess regler om företagshemligheter och sekretess, ska kunna slå ut offentlig-rätten, med dess regler om insyn och upplyst debatt. Dessa vidare frågor lämnar vi därhän för att i stället, i vårt avslutande avsnitt, fokusera på mer specifika förhållanden som har med vårt fall att göra.

Hur kan utmaningarna med megaprojekt hanteras på kommunal nivå?

Det finns givetvis inga enkla svar på vad som kan behöva göras för att minska risken för att vid framtida megaprojekt återigen stöta på de problem som har uppstått i beslutsprocessen kring NKS. Men vi vill här avslutningsvis ändå, utifrån ett "megaprojektperspektiv", resonera kring några förslag till åtgärder som vi, utifrån vår studie, menar är viktiga att diskutera.

En central lärdom i vår studie, som springer ur vårt beslutsteoretiska perspektiv (den narrativa beslutsmodellen), är att alternativa berättelser om problembilder och lösningar måste ges plats i planeringen av och beslut om megaprojekt. Megaprojektens höga grad av komplexitet – inte minst att de berör många typer av aktörer och påverkar många olika samhällseliga värden – gör det viktigt att inte enbart styrande politiker och experter kommer till tals, utan även oppositionen och berörda parter (medborgare, tjänstepersoner och i fallet med sjukhus även sjukvårdspersonal). Det är också viktigt att oppositionen och berörda parter fortlöpande ges möjlighet att få insyn i och diskutera megaprojektet alltmedan det fortskrider, eftersom många idéer och lösningsförslag ofta inte kan ges konkret form förrän sent i processen. Nedan presenterar vi några åtgärdsförslag.

En fråga som vi menar bör diskuteras är vikten av att åstadkomma en bredare offentlig diskussion tidigt i ett tilltänkt megaprojekt. Eftersom medborgarnas möjligheter att utkräva ansvar är små i megaprojektets slutfas, när det står på plats och många av de ursprungliga beslutsfattarna har lämnat politiken, behöver förutsättningar att tidigt informeras om och ta ställning till megaprojektet stärkas. Den så kallade mellanvalsdemokratin behöver stärkas vid megaprojekt.⁶⁰ Ett sätt att åstadkomma detta skulle kunna vara genom *rådgivande folkomröstningar om megaprojekt*.

Folkomröstningar är redan i dag möjliga att genomföra på kommunal nivå, via antingen politiker- eller folkinitiativ.⁶¹ De folkomröstning-

60. Här kan det noteras att politiker på kommunnivå uppger att medborgarna är den aktörstyp som har minst makt i kommunen (ibid., s. 7).

61. Sedan 2011 kan ett folkinitiativ i form av en petition undertecknad av tio procent av medborgarna tvinga fram en folkomröstning mot fullmäktiges vilja.

ar som har genomförts på kommunal nivå har haft att brottas med en del problem, särskilt de som har kommit av folkiniciativ. De har haft låg legitimitet hos politikerna, dels på grund av lågt valdeltagande, dels för att politikerna sätter större tillit till den representativa demokratin och fullmäktiges uppfattning. Det har också saknats mer precisa regler avseende procedurer för hur omröstningarna ska gå till och hur mycket resurser som måste avsättas för att informera medborgarna om omröstningarna (Karlsson & Gilljam 2015, s. 32–34).

Utan att förringa problemen med folkomröstningar på kommunal nivå och att det kan finnas ett allmänt behov av riktlinjer för hur folkomröstningar bör organiseras för att säkerställa en allsidig debatt, högt deltagande och beslut av god kvalitet (*ibid.*, s. 37), menar vi ändå att megaprojektens storlek och betydelse kan motivera folkomröstningar. Megaprojekt har en särskild dignitet – notera att NKS var det första nybyggda sjukhuset i Stockholm på 40 år och det i särklass mest påkostade bygget inom regionen – och det finns därför särskilda skäl, och goda förutsättningar, att via folkomröstningar skapa en levande och bred debatt om dem, i synnerhet om de läggs i anslutning till de allmänna valen. Inte minst bör megaprojekt som det folkomröstas om vara av intresse för medierna. Folkomröstningar är inte bara i sig en kontrollfunktion som förhindrar att politiska initiativtagare smyger igenom en fråga, utan har också den fördelen att den tvingar fram offentliga debatter som gör att såväl politikerna som väljarna blir mer medvetna och informerade (Möller 2005). Detta ökar beslutens legitimitet och kan också göra att intresset att följa ärendets långa väg framåt ökar.

Under de allra tidigaste skedena är det vidare viktigt att ett megaprojekt som har initierats (och kanske röstats fram i en folkomröstning) också utreds på ett sätt som präglas av mångfald och öppenhet för alternativa perspektiv och narrativ. Utredningsfasen måste även omfatta beredningsformer och förankringsrutiner som garanterar att etablerade nämnder och förvaltningar och berörda medarbetare ute i verksamheterna får reellt inflytande över de tidiga diskussionerna om projektet – såväl de problem som projektet avser att lösa som de lösningar som projektet bör omfatta för att hantera problemen på bästa sätt.

Endast om en kvalificerad majoritet (två tredjedelar) av fullmäktige går emot initiativet kan en folkomröstning förhindras (Karlsson & Gilljam 2015, s. 32).

Även här bör, menar vi, frågan resas om det inte ska finnas något slags *obligatoriska utredningsformer för megaprojekt* på kommunal nivå som garanterar viss bredd och pluralism och ett ordentligt remissförfarande. Det är härvid viktigt att inte bara själva projektet utreds utan också förvaltningens kapacitet och förutsättningar att ta sig an megaprojektet.

Men som vi har påpekat ovan är det viktigt att megaprojekten fortsätter att granskas och debatteras också efter att de har initierats och utretts, eftersom bärande idéer och lösningar i megaprojekt ofta konkretiseras och får konsekvenser sent i processen. Både oppositionen och berörda parter bör således garanteras ordentlig insyn och reellt inflytande löpande i processen.

När det gäller medborgare och mer direkt berörda parter kan det vara på sin plats att utveckla *obligatoriska samråd*, där ett representativt urval av befolkningen och ett urval av mer direkt berörda parter ges tillfälle att med jämna mellanrum diskutera med de styrande politikerna hur megaprojektet fortlöper (jfr Karlsson & Gilljam 2015, s. 36). Om det inrättas en särskild förvaltning för projektets genomförande måste också *etablerade nämnder och förvaltningar positioneras gentemot den tillfälliga förvaltningen* på ett sätt som gör att deras erfarenheter och kunskaper tas tillvara.

När det gäller oppositionspolitikerna är det viktigt att dessa på ett medvetet sätt organiseras in i eller positioneras till ledningar, styrelser, utskott, beredningar, utredningar och andra organ som ansvarar för megaprojektet. Ett annat sätt att hålla oppositionen på tårna i projekt som löper över en längre tidsperiod är att införa obligatoriska kontrollstationer – exempelvis vartannat år, eller vart fjärde år strax före valet – där *ett för megaprojektet särskilt inrättat granskningsutskott* (med KU:s årliga granskning av regeringen som förebild) gör en ordentlig genomlysning av hur processen fortskrider och om budgetar och tidsplaner hålls (jfr *ibid.*, s. 21). Både det obligatoriska samrådet och granskningsutskottet skulle kunna ge näring åt den mediala granskningen som vi har visat annars kan ha svårt att hålla liv i frågor om megaprojekt innan de är materialiserade och ger konkreta effekter.

Slutligen menar vi att statens roll bör stärkas vid planeringen av kommunala megaprojekt. Hälso- och sjukvården är i grunden ett statligt åtagande, och byggandet av stora sjukhus som NKS har klara och tydliga konsekvenser inte bara för den enskilda regionens sjukvård i stort

utan också för sjukvården på nationell nivå. Det visar inte minst senare års diskussion om, och utveckling av, den nivåstrukturerade vården, där NKS kan sägas ha fungerat som ett slags draglok. Sjukvården och de större sjukhusen har blivit alltmer specialiserade, med innebörden att viss typ av sjukvård bara ges vid ett eller ett fåtal sjukhus. Det innebär också utmaningar för bedrivandet av kvalitativ utbildning och forskning. Kraven på planering och samordning över regiongränserna ökar därmed, både vad gäller vilken sjukvård som ska ges var och hur den ska bedrivas (styrnings- och verksamhetsmodeller). Att staten i ett sådant skede drar sig tillbaka i större investerings- och planeringsfrågor och styr om sin granskningsverksamhet till verksamhetsnivån och mötet mellan sjukvårdspersonalen och patienterna är en utveckling som bör diskuteras.⁶² Vi menar att det kan finnas anledning att vrida den statliga verksamheten inom detta politikområde från kontroll *ex post* till kontroll och samordning *ex ante*, med fokus på frågor om stora investeringar och planering.⁶³ Det kan också finnas skäl att se över om staten även ska granska styrmodeller på olika nivåer inom hälso- och sjukvården (jfr SMER 2019).

Flertalet av de förslag som vi har diskuterat ovan kan regioner och kommuner utreda och besluta att införa själva, även om riksdag och regering skulle kunna lägga fast en del ordningar som vi förordar genom att ändra i kommunallagen (KL). Det sista förslaget ligger dock enbart på riksdagens och regeringens bord. Det kan i detta sammanhang även finnas anledning att tänka igenom KL:s räckvidd. Det kan ju tyckas anmärkningsvärt att Region Stockholm (med 2,3 miljoner invånare, 45 000 anställda och en budget på 105 000 miljoner kronor) och Bjurholms kommun (med ca 2 400 invånare, 284 anställda och en budget på 172 miljoner kronor) styrs av samma ”kommunala grundlag”. Region Stockholm är till sin storlek och komplexitet närmast att likna vid en lokal stat i staten. Kanske kan det finnas anledning att skilja på regioner och primärkommuner och skapa en ”regionlag” och en ”kommunlag”.

62. Det kan här noteras att det råder en del oklarheter om när och hur statens tillbakadragande inom hälso- och sjukvården ägde rum (se SOU 2020:15, s. 140).

63. Nyligen har regeringen också tillsatt en utredning för att se över hälso- och sjukvårdens grundläggande organisering och ansvarsförhållanden med syftet att öka förutsättningarna för hållbara investeringsprojekt (Regeringen 2019, 2020).

Ett alternativ är att i nuvarande KL införa särskilda bestämmelser för storstadsregionerna, precis som det tidigare fanns särskilda bestämmelser i KL för Stockholms kommun och Stockholms landsting (se Kommunallag, SFS 1977:179).

En knäckfråga är förstås vad som ska förstås som ett megaprojekt. I litteraturen definieras det som storskaliga, komplexa satsningar som kostar tio miljarder kronor eller mer, tar många år att utveckla och bygga, involverar många olika privata och offentliga aktörer, är transformativa och påverkar miljontals människor (Flyvbjerg 2014, s. 6). Det är ingen särskilt precis definition (med undantag för kostnaden), utan den är tolkningsbar och kräver ”översättning”. Och denna översättning är, precis som de olika översättningar som vi har redogjort för i boken, en politisk process. Det är därför en översättning som vi med varm hand överlämnar till just politikerna att göra.

Referenser

- Agevall, L. (2005). *Välfärdens organisering och demokratin: En analys av New Public Management*. Växjö University Press.
- Ahlbäck, S. (1999). *Att kontrollera staten: Den statliga revisionens roll i den parlamentariska demokratin*. Uppsala universitet: Statsvetenskapliga institutionen, akademisk avhandling.
- Ahlbäck Öberg, S. (2018). "Att kontrollera förvaltningen: Framväxten av granskningssamhället", i Dahlström, C., red., *Politik som organisation: Förvaltningspolitikens grundproblem*. Studentlitteratur, s. 163–190.
- Ahlbäck Öberg, S. och Sundström, G. (2020). "Förvaltningspolitikens organisering", i Ehn, P. och Sundström, G., red., *Statlig förvaltningspolitik för 2020-talet: En forskningsantologi*. Statskontoret, s. 237–265.
- Albæk, E. (1995). "Between knowledge and power: Utilization of social science in public policy making". *Policy Sciences*, 28(1):79–100.
- Alexius, S. och Furusten, S., red. (2019). *Managing Hybrid Organizations: Governance, Professionalism and Regulation*. Palgrave Macmillan.
- Alvesson, M. och Robertson, M. (2006). "The best and the brightest: The construction, significance and effects of elite identities in consulting firms". *Organization*, 13(2):195–224.
- Andersson, C. (2004). *Tudelad trots allt: Dualismens överlevnad i den svenska staten 1718–1987*. Stockholms universitet: Statsvetenskapliga institutionen, akademisk avhandling.
- Andersson, C., Erlandsson, M. och Sundström, G. (2017). *Marknadsstaten: Om vad den svenska staten gör med marknaderna – och marknaderna med staten*. Liber.
- Andersson, C. och Grafström, M. (2019). *Att styra genom organisation: Exkludering, inkludering och villkorat deltagande i Nya Karolinska Solna*. Stockholms universitet: Score rapportserie, 2019:2.
- Andersson, C. och Grafström, M. (2020). *Att förändra genom organisation och idéer: Parallella processer i planeringen av Nya Karolinska Solnas verksamhet åren 2012–2017*. Stockholms universitet: Score rapportserie, 2020:5.
- Anell, A. (2005). "Swedish healthcare under pressure". *Health Economics*, 14(1):237–254.
- Anell, A. (2007). "Varför är det så svårt att styra sjukvården? Medicinsk specialisering och professionens intressen", i Blomqvist, P., red., *Vem styr*

- vården? *Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård*. SNS förlag, s. 78–103.
- Anell, A. (2020). *Vården är värd en bättre styrning*. SNS förlag.
- Anton, T. (1969). "Policy-making and political culture in Sweden". *Scandinavian Political Studies*, 4:88–102.
- Bacchi, C. L. (2009). *Analysing Policy: What's the Problem Represented to Be?*. Pearson.
- Bacchi, C. L. och Goodwin, S. (2016). *Poststructural Policy Analysis: A Guide to Practice*. Palgrave Pivot.
- Bachrach, P., Morton, S. och Baratz, M. (1963). "Decisions and non-decisions: An analytical framework". *The American Political Science Review*, 57(3):632–642.
- Bartholdsson, K. (2007). "Tjänstemannarollen", i Siverbo, S., red., *Demokratisk och effektiv styrning: En antologi om forskning i offentlig förvaltning*. Studentlitteratur, s. 441–467.
- Batljan, I. (2010). "Nya Karolinska den sämsta affären i landstingets historia". *Dagens Nyheter* (debattartikel), 2010-05-21.
- Battilana, J. (2011). "The enabling role of social position in diverging from the institutional status quo: Evidence from the UK National Health Service". *Organization Science*, 22(4):817–834.
- BCG (2013). *Nationell strategi för Sverige: Från tillväxt till välbstånd*. Rapport, september.
- Bejerot, E. (2008). "Patienten i centrum – ett tvingande styrningsideal", i Hasselbladh, H., Bejerot, E. och Gustafsson, R. Å., red., *Bortom new public management: Institutionell transformation i svensk sjukvård*. Academia Adacta, s. 137–154.
- Bejerot, E. och Hasselbladh, H. (2003). "Nya kontroll- och maktrelationer i sjukvården". *Arbetsmarknad och arbetsliv*, 9(2):107–127.
- Bengtsson, M. (2012). *Anteciperande förvaltning: Tjänstemännens makt i kommunala policyprocesser*. Göteborgs universitet: Förvaltningshögskolan, akademisk avhandling.
- Bergling, M. (2020). "Skolverket hemligstämplar vilka skolor som finns i Sverige". *Skolvärlden*, 2020-08-20, <https://skolvärlden.se/artiklar/skolverket-hemligstamplar-vilka-skolor-som-finns-i-sverige>, hämtad 2020-10-18.
- Berglund, T. och Mellgren, F. (2009). "Läkare kritiserar nya miljardbygget". *Svenska Dagbladet*, 2009-01-11.
- Bergman, T. (1999). "Varför införs inte kommunal parlamentarism?". *Statsvetenskaplig tidskrift*, 2:182–199.
- Bergström, T. och Eklund, N. (2019). "Offentligt ledarskap: Vart är vi på

- väg?” i Bergström, T. och Eklund, N., red., *Ett annorlunda ledarskap: Chef i politiskt styrd verksamhet*. Studentlitteratur, s. 203–214.
- Berlin, J. och Carlström, E. (2013). ”Trender som utmanar traditioner: En hälso- och sjukvård i metamorfos”, *Scandinavian Journal of Public Administration*, 16(2):3–23.
- Berlin, J. och Kastberg, G. (2011). *Styrning av hälso- och sjukvård*. Liber.
- Bexell, M. och Mörth, U., red. (2010). *Democracy and Public-Private Partnerships in Global Governance*. Palgrave Macmillan.
- Blomquist, C. och Jacobsson, B. (2002). *Drömmar om framtiden: Beslut kring infrastruktur*. Studentlitteratur.
- Blomqvist, P., red. (2007). *Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård*. SNS förlag.
- Blomqvist, P. (2016). ”NPM i välfärdsstaten: Hotas universalismen?”. *Statsvetenskaplig tidskrift*, 118(1):39–67.
- Bolinder, G. och Lagercrantz, H. (2006). ”Högspecialiserat storsjukhus blir elitklinik – inte universitet”. *Dagens Medicin* (debattartikel), 2006-03-01.
- Borg, A. (2019). *Finansministern*. Mondial.
- Brante, T., Johansson, E., Olofsson, G. och Svensson, L. G. (2015). *Professionerna i kunskapssamhället: En jämförande studie av svenska professioner*. Liber.
- Bringselius, L. (2013). *Organisera oberoende granskning: Riksrevisionens första tio år*. Studentlitteratur.
- Brodda, H. (2013). ”Staden passade på att hylla NKS och Hagastaden”. *MedTech Magazine*, 2013-12-13.
- Broomé, M., m.fl. (2019). ”Bråttom att åtgärda de ödesdigra misstagen”. *Svenska Dagbladet*, 2019-12-13, www.svd.se/brattom-att-atgarda-de-odesdigra-misstagen, hämtad 2020-06-03.
- Brorström, B. och Nilsson, V. (2004). ”Har organisation någon betydelse: En studie av läkares organisationsideal”, i Nilsson, L., red., *Svensk samhällsorganisation i förändring: Västsverige vid millennieskiftet*. Göteborgs universitet: SOM-institutet, s. 393–410.
- Brorström, B. och Solli, R. (2017). *Utvärdering av Västra Götalandsregionens politiska organisation: Delrapport 13: Beställarutförarmodellen: Vara eller inte vara*. Höskolan i Borås: Centrum för välfärdsstudier.
- Brorström, S. (2010). *Kommunala satsningar av betydelse: En fråga om identitet, förnuft och tillfälligheter*. Göteborgs universitet: Förvaltningshögskolan, akademisk avhandling.
- Brunsson, K. och Brunsson, N. (2014). *Beslut*. Liber.
- Brunsson, N. (2007). *The Consequences of Decision-Making*. Oxford University Press.

- Brunsson, N. och Jönsson, S. (1979). *Beslut och handling: Om politikernas inflytande på politiken*. Liber.
- Brunsson, N. och Sahlin-Andersson, K. (2000). "Constructing organizations: The example of public sector reform". *Organization Studies*, 21(4):721-746.
- Bryson, J. M., Quick, K. S., Slotterback, C. S. och Crosby, B. C. (2013). "Designing public participation processes". *Public Administration Review*, 73(1):23-34.
- Bull, T. (2017). "Den offentliga tjänstemannen: Makthavare i medborgarnas tjänst", i Lind, A.-S. och Namli, E., red., *Mänskliga rättigheter i det offentliga Sverige*. Studentlitteratur, s. 37-54.
- Bureau, V. (2016). "Governing through professional experts", i Dent, M., Bourgeault, I. L., Denis, J.-L. och Kuhlmann, E., *The Routledge Companion to the Professions and Professionalism*. Routledge, s. 91-101.
- Bygdeman, M., Fridén, S. och Lindsten, J. (u.å.). *Minnen från att leda ett universitetssjukhus*. www.wikiks.se, hämtad 2020-08-14.
- Bäck, H. (2018). *Kommunrevisorernas testamente*. Göteborgs universitet: Förvaltningshögskolan, rapport 146.
- Bäck, H., Erlingsson, G. Ó. och Larsson, T. (2015). *Den svenska politiken: Strukturer, processer och resultat*. Liber.
- Castillo, D. och Ivarsson Westerberg, A. (2019). *Ängsliga byråkrater eller professionella pragmatiker? Administrativa effekter av statens indirekta styrning*. Södertörns högskola: Förvaltningsakademien.
- Chaaban, S. (2010). "Kunglig kraft startade Nya Karolinska-bygget". *Svenska Dagbladet*, 2010-09-04.
- Charpentier, C. och Samuelson, L. A. (1999). *Effekter av en sjukvårdsreform: En analys av Stockholmsmodellen*. Nerenius och Santérus.
- Choi, S. (2011). *Competing Logics in Hospital Mergers: The Case of Karolinska University Hospital*. Karolinska Institutet: Institutionen för lärande, informatik, management och etik, akademisk avhandling.
- Christensen, T. (2003). "Narratives of Norwegian governance: Elaborating the strong state tradition". *Public Administration*, 81(1):163-190.
- Coburn, D., Rappolt, S. och Bourgeault, I. (1997). "Decline vs. retention of medical power through re-stratification: An examination of the Ontario Case". *Sociology of Health and Illness*, 19(1):1-22.
- Cohen, M. D., March, J. G. och Olsen, J. P. (1972). "A garbage can model of organizational choice". *Administrative Science Quarterly*, 17(1):1-25.
- Connell, D. J. 2009. "Planning and its orientation to the future". *International Planning Studies*, 14(1):85-98.
- Cook, T. E. (1998). *Governing With the News: The News Media as a Political Institution*. University of Chicago Press.

- Cregård, A., Demediuk, P. och Solli, R. (2019). "Top managerial role in transition – or not? Trajectories during three decades in Swedish local government", uppsats presenterad vid 2019 års IRSPM-konferens.
- Cyert, R. M. och March, J. G. (1963). *A Behavioral Theory of the Firm*. Blackwell.
- Czarniawska, B. (1997). *Narrating the Organization: Dramas of Institutional Identity*. University of Chicago Press.
- Czarniawska-Joerges, B. (1990). "Merchants of meaning: Management consulting in the Swedish public sector", i Turner, B. A., red., *Organizational Symbolism*. De Gruyter.
- Dagens Medicin* (2009). "Stor oro över hur vården ska utformas på nya Karolinska", 2009-09-16.
- Dagens Medicin* (2017). "Tunga politiker sågar regeringens plan för högspecialiserad vård", www.dagensmedicin.se/artiklar/2017/12/06/tunga-politiker-sagar-regeringens-propp/, hämtad 2017-12-06.
- Dagens Nyheter* (2016). "Det stora svarta hålet i Solna", DN Sthlm, s. 1, 2016-11-12.
- Dagens Nyheter* (2020). "Skyll inte på regionerna – avskaffa dem" (ledare), 2020-12-03.
- Dahl, A. (2020). "UHR:s generaldirektör Karin Röding avgår". *Dagens Nyheter*, 2020-09-09.
- Dahl, A. R., red. (1966). *Political Oppositions in Western Democracies*. Yale University Press.
- Dahl, A. R. (2002). *Demokratin och dess antagonister*. Ordfront förlag och Demokratiakademin.
- Dahlström, C., Lundberg, E. och Pronin, K. (2019). *Det statliga kommitté-väsendets förändring 1990–2016*. SNS Analys, rapport nr 59.
- Danderyds sjukhus (2009). Remissvar angående "Koncept verksamhets-innehåll nya Karolinska Solna Universitetssjukhus, LS 0906-0489, 2009-08-28.
- De Bruijn, H. och Leijten, M. (2008). "Mega-projects and contested information", i Priemus, H., Flyvbjerg, B. och Van Wee, B., red., *Decision-Making on Mega-Projects: Cost-Benefit Analysis, Planning and Innovation*. Edward Elgar, s. 84–101.
- Deephouse, D., Bundy, J., Tost, L. P. och Suchman, M. (2017). "Organizational legitimacy: Six key questions", i Greenwood, R., Oliver, C., Lawrence, T. B. och Meyer, R. E., red., *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism*. 2 uppl. SAGE, s. 27–52.
- Dickinson, H. och Pierre, J. (2016). "Between substance and governance: Healthcare governance and the limits to reform". *Journal of Health Organization and Management*, 30(1):109–116.

- Diefenbach, T. (2009). "New public management in public sector organizations: The dark side of managerialistic 'enlightenment'". *Public Administration*, 87(4):892–909.
- Djerf-Pierre, M., Ekström, M. och Johansson, B. (2013). "Policy failure or moral scandal? Political accountability, journalism and new public management". *Media, Culture & Society*, 35(8):960–976.
- Downs, A. (1967). *Inside Bureaucracy*. Little & Brown.
- Edelenbos, J. och Klijn, E.-H. (2006). "Managing stakeholder involvement in decision making: A comparative analysis of six interactive processes in the Netherlands". *Journal of Public Administration Research and Theory*, 16(3):417–446.
- Edelman, M. (1988). *Constructing the Political Spectacle*. University of Chicago Press.
- Edström Fors, E. (2020). "Statlig förvaltningspolitik och kommunal självstyrelse: Utvecklingstendenser och framtidsfrågor", i Ehn, P. och Sundström, G., red., *Statlig förvaltningspolitik för 2020-talet: En forskningsantologi*. Statskontoret, s. 69–90.
- Ehn, P. (2020). "Statstjänstemannen – quo vadis?", i Ehn, P. och Sundström, G., red., *Statlig förvaltningspolitik för 2020-talet: En forskningsantologi*. Statskontoret, s. 215–236.
- Ehn, P. och Sundström, G. (2020). "Förvaltningspolitik i förändring", i Ehn, P. och Sundström, G., red., *Statlig förvaltningspolitik för 2020-talet: En forskningsantologi*. Statskontoret, s. 13–36.
- Ek Österberg, E. och Solli, R. (2015). *Den kommunala revisionens nytta och roll: Svaret är 64*. Kommunforskning i Västsverige, rapport, 2015:30.
- Ekbom, A., Hamsten, A., Hansson, G. K., Klareskog, L., Olsson, T., Pernow, J., Stähle, M. och Söderberg-Nauclér, C. (2012). "Nya Karolinska slår undan benen för klinisk forskning". *Dagens Nyheter* (debattartikel), 2012-02-22.
- Ekman, I., Norberg, A. och Swedberg, K. (2014). "Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård", i Ekman, I., red., *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: Från filosofi till praktik*. Liber.
- Elgie, R. (2003). "Governance traditions and narratives of public sector reform in France". *Public Administration*, 81(1):141–162.
- Elmhorn, C. (2013). *Från hot till löfte: Stockholms ekonomiska omvandling 1945–2010*. Stockholmia förlag.
- Elston, M. A. (1991). "The politics of professional power: Medicine in a changing health service", i Gabe, J., Calnan, M. och Bury, M., red., *The Sociology of the Health Service*. Routledge, s. 58–88.
- Emmelin, L. och Nilsson, J.-E. (2016). "Fysisk planering – att forma ett ämne", i Albertsson, B., Emmelin, L., Nilsson, J.-E., von Platen, F. och

- Blücher, G., red., *Femtio år av svensk samhällsplanering: Vänbok till Gösta Blücher*. Jan-Evert Nilsson Analys, s. 301–322.
- Ennart, H. (2015). "Stort gensvar efter granskning". *Svenska Dagbladet*, 2015-05-10.
- Ennart, H. (2016). "Nya Karolinska kan bli ännu dyrare". *Svenska Dagbladet*, 2016-11-19.
- Ennart, H. och Mellgren, F. (2015). "NKS tio gånger dyrare än tyska toppsjukhus". *Svenska Dagbladet*, 2015-06-09.
- Ennart, H. och Mellgren, F. (2016). *Sjukt hus: Globala miljardsvindlerier från Lesotho till Nya Karolinska*. Ordfront.
- Enqvist, L. och Lövdén, L.-E. (2020). "Coronakommissionen visar att regionerna bör avvecklas". *Dagens Nyheter* (debattartikel), 2020-12-29.
- Erlingsson, G. Ó. och Wänström, J. (2015). *Politik och förvaltning i svenska kommuner*. Studentlitteratur.
- ESV (2007). *Resultat och styrning i statsförvaltningen*. Rapport ESV 2007:23.
- Evetts, J. (2003). "The sociological analysis of professionalism: Occupational change in the modern world". *International Sociology*, 18(2):395–415.
- Evetts, J. (2009). "New professionalism and new public management: Changes, continuities and consequences", *Comparative Sociology*, 8(2):247–266.
- Evetts J. (2011). "A new professionalism? Challenges and opportunities". *Current Sociology*, 59(4):406–422.
- EY [Ernst & Young] (2008). *Slutrapport: Utvärdering av OPS som genomförande- och finansieringsform för NKS*, 2008-03-28, www.sll.se/globalassets/1.-halsa-och-varld/bilder-halsa-och-varld/sjukhus/nks/ey_nks_ops_slutversion_28_mars_2008.pdf, hämtad 2018-02-07.
- Falkenström, F. och Höglund, A. T. (2018). *På spaning efter etik: Etisk kompetens och ansvarstagande för ledning och styrning av hälso- och sjukvården*. Appell förlag.
- Feldman, M. S. och March, J. G. (1981). "Information in organizations as signal and symbol". *Administrative Science Quarterly*, 26(2):171–186.
- Fischer, F. och Forester, J. (1993). *The Argumentative Turn in Policy Analysis*. Duke University Press.
- Fischer, F. och Gottweis, H. (2012). "Introduction: The argumentative turn revisited", i Fischer F. och Gottweis, H., red., *The Argumentative Turn Revisited: Public Policy as Communicative Practice*. Duke University Press, s. 1–27.
- Flyvbjerg, B. (2001). *Making Social Science Matter: Why Social Inquiry Fails and How It Can Succeed Again*. Cambridge University Press.

- Flyvbjerg, B. (2004). "Phronetic planning research: Theoretical and methodological reflections". *Planning Theory & Practice*, 5(3):283–306.
- Flyvbjerg, B. (2009). "Survival of the unfittest: Why the worst infrastructure gets built – and what we can do about it". *Oxford Review of Economic Policy*, 25(3):344–367.
- Flyvbjerg, B. (2011). "Over budget, over time, over and over again: Managing major projects", i Morris, P. W. G., Pinto, J. K och Söderlund, J., red., *The Oxford Handbook of Project Management*. Oxford University Press, s. 321–344.
- Flyvbjerg, B. (2014). "What you should know about megaprojects and why: An overview". *Projects Management Journal*, 45(2):6–19.
- Flyvbjerg, B., red. (2017). *The Oxford Handbook of Megaproject Management*. Oxford University Press.
- Flyvbjerg, B., Skamris Holm, M. K. och Buhl, S. L. (2002). "Underestimating costs in public works projects: Error or lie?". *Journal of the American Planning Association*, 68(3):279–95.
- Flyvbjerg, B., Bruzelius, N. och Rothengatter, W. (2003). *Megaprojects and Risk: An Anatomy of Ambition*. Cambridge University Press.
- Fred, M. och Hall, P. (2017). "A projectified public administration how projects in Swedish local governments become instruments for political and managerial concerns". *Statsvetenskaplig tidskrift*, 119(1):185–205.
- Freidson, E. (1986). *Professional Powers*. University of Chicago Press.
- Freidson, E. (1988). *Profession of Medicine*. University of Chicago Press.
- Freidson, E. (1994). *Professionalism Reborn: Theory, Prophecy and Policy*. University of Chicago Press.
- Furusten, S. (2007). *Den institutionella omvärlden: Organisering bortom företagsledning och marknad*. Liber.
- Furusten, S. (2013). "Commercialized professionalism on the field of management consulting", *Journal of Organizational Change Management*, 26(2):265–285.
- Furusten, S. (2020). "Fler som kan mindre och färre som kan mer – en konsekvens av ökad konsultanvändning i förvaltningen", i Ehn, P. och Sundström, G., red., *Statlig förvaltningspolitik för 2020-talet: En forskningsantologi*. Statskontoret, s. 195–214.
- Furusten, S. och Werr, A., red. (2016). *The Organization of the Expert Society*. Taylor & Francis.
- Gavelin, K. (2018). *The Terms of Involvement: A Study of Attempts to Reform Civil Society's Role in Public Decision Making in Sweden*. Stockholms universitet: Statsvetenskapliga institutionen, akademisk avhandling.

- Gawthorp, L. C. (1998). *Public Service and Democracy: Ethical Imperatives for the 21st Century*. CQ Press.
- Giddens, A. (2003). *En skenande värld: Hur globaliseringen är på väg att förändra våra liv*. Lustro.
- Gioia, D. A., Nag, R. och Corley, K. G. (2012). "Visionary ambiguity and strategic change: The virtue of vagueness in launching major organizational change". *Journal of Management Inquiry*, 21(4):364–375.
- Grafström, M. och Andersson, C. (2019). *Oklarhet som förändringsstrategi: Nya Karolinska Solna och idén om den högspecialiserade vården*. Stockholms universitet: Score rapportserie, 2019:2.
- Grafström, M. och Windell, K. (2019a). "The routinization of media scandals", i Tumber, H. och Waisbord, S., red., *Routledge Companion to Media and Scandal*. Routledge, s. 485–493.
- Grafström, M. och Windell, K. (2019b). *Skandaler, opinion och anseende: Medialiseringen av biståndet*. Expertgruppen för biståndsanalys (EBA). Rapport 2019:1.
- Granfors, J. (2015). "Regeringsskifte i Regeringskansliet. Ett departements tjänstemannaorganisation i relation till en ny politisk ledning vid regeringsskiftet 2014". Stockholms universitet: Statsvetenskapliga institutionen, masteruppsats.
- Grey, S. och Morris, P. (2018). "PISA: Multiple 'truths' and mediated global governance". *Comparative Education*, 54(2):109–131.
- Grünberg, J. (1996). "Om avgående direktörer vid svenska universitets-sjukhus". *Socialmedicinsk tidskrift*, 73(9–10):448–452.
- Gustafsson, A. och Manzoor, A. (2016). "Miljardbygget som kan utlösa vårdkris". *Dagens Nyheter*, 2016-11-12.
- Gustafsson, A. och Röstlund, L. (2019). *Konsulterna: Kampen om Karolinska*. Mondial.
- Gustafsson, A., Röstlund, L. och Bolling, A. (2018). "Alliansen vill se omstart för Nya Karolinska med ny styrelse". *Dagens Nyheter*, 2018-04-15.
- Hajer, M. A. (2003). "A frame in the fields: Policymaking and the reinvention of politics", i Hajer, M. A. och Wagenaar, H., red., *Deliberative Policy Analysis: Understanding Governance in the Network Society*. Cambridge University Press, s. 88–110.
- Hajer, M. A. och Wagenaar, H., red. (2003). *Deliberative Policy Analysis: Understanding Governance in the Network Society*. Cambridge University Press.
- Hall, P. (2015). "The Swedish administrative model", i Pierre, J., red., *The Oxford Handbook of Swedish Politics*. Oxford University Press, s. 299–314.
- Hall, P. (2020). "Tillväxten av managementbyråkrati – ett hot mot välfärds-

- staten?”, i Ehn, P. och Sundström, G. red., *Statlig förvaltningspolitik för 2020-talet: En forskningsantologi*. Statskontoret, s. 171–194.
- Hallenborg, U. och Witting, N.-O. (1965). ”Presentation av generalplanen för Huddinge Sjukhus”. Särtryck ur *Läkartidningen*, nr 46, 62:3849–3855.
- Hallin, B. och Siverbo, S. (2002). *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård*. Studentlitteratur.
- Hansson, S. (2004). ”Ett sjukhus för ny teknik”, i Johansson, J., red., *Europas modernaste sjukhus: Fem uppsatser om tillkomsten av Sunderby sjukhus*. Luleå tekniska universitet.
- Harty, C., Tryggestad, K. och Holm Jacobsen, P. (2015). ”Visualisation and the calculations of space: Negotiating hospital design during on-boarding”, i Raidén, A. B. och Aboagye-Nimo, E., red., *Proceedings 31st Annual ARCOM Conference, 7–9 September 2015*. Association of Researchers in Construction Management, s. 875–884.
- Harvey, D. (1989). ”From managerialism to entrepreneurialism: The transformation in urban governance in late capitalism”. *Geografiska Annaler*, 71(1):3–17.
- Hasselbladh, H. och Bejerot, E. (2017). ”Performative policy: The case of Swedish healthcare reforms”. *Critical Policy Studies*, 11(3):291–310.
- Head, B. W. (2008). ”Wicked problems in public policy”. *Public Policy*, 3(2):101–18.
- Held, D. (1997). *Demokratimodeller: Från klassisk demokrati till demokratisk autonomi*. Daidalos.
- Hellowell, M. och Pollock, A. M. (2009). ”The private financing of NHS hospitals: Politics, policy and practice”. *Economic Affairs*, 29(1):13–19.
- Hellström, M., Jonsson, L., Nilsson, V., Ramberg, U. och Wänström, J. (2013). *Hur organiseras samarbete mellan politiker och tjänstemän?*. Göteborgs universitet: Förvaltningshögskolan, Kommunforskning i Västsverige (KFi), Efra-rapportserie, nr 22.
- Hermansson, J. (2002). *Politik på upplysningens grund: Om den demokratiska reformismens möjligheter och problem*. Liber.
- Hermelin, B. (2009). ”Spatial strategic planning in the Stockholm region: Discourses on the space-economy and growth factors”. *European Planning Studies*, 17(1):131–148.
- Hjern, B. och Porter, D. O. (1981). ”Implementation structures: A new unit of administrative analysis”. *Organization Studies*, 2(3):211–227.
- Holmberg, S. (2009). ”Regionpolitiker i slagskugga”, i Nilsson, L. och Johansson, S., red., *Att bygga, att bo, att leva: En bok om Västra Götaland*. SOM-institutet och Centrum för forskning om offentlig sektor, CEFOS, Göteborgs universitet, s. 57–64.

- Hood, C. (1991). "A public management for all seasons". *Public Administration*, 69(1):3–19.
- Hood, C. (1995). "The 'new public management' in the 1980s: Variations on a theme". *Accounting, Organizations and Society*, 20(2–3):93–109.
- Hood, C. och Lodge, M. (2006). *The Politics of Public Service Bargains: Reward, Competency, Loyalty – and Blame*. Oxford University Press.
- Hysing, E. och Olsson, J. (2012). *Tjänstemän i politiken*. Studentlitteratur.
- Håkansson Eklund, J., Holmström, I. K., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Högländer, J., Sundler, A. J., Condén, E. och Summer Meranius, M. (2019). "Same same or different? A review of reviews of person-centered and patient-centered care". *Patient Education and Counseling*, 102(1):3–11.
- Innes, J. och Booher, D. (2010). *Planning with Complexity: An Introduction to Collaborative Rationality for Public Policy*. Routledge.
- Ivarsson Westerberg, A. (2020). "Administrationssamhället och förvaltningspolitiken: Vad vet vi om förändringen av administrationens och dess orsaker?", i Ehn, P. och Sundström, G., red., *Statlig förvaltningspolitik för 2020-talet: En forskningsantologi*. Statskontoret, s. 147–170.
- Jacobsson, B. (1994). *Kraftsamlingen: Politik och företagande i parallella processer*. 2 uppl. Studentlitteratur.
- Jacobsson, B., red. (2002). *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*. 2 uppl. Santérus.
- Jacobsson, B. (2020). "Att styra en modern stat: Mot en förvaltning för 2020-talet", i Ehn, P. och Sundström, G., red., *Statlig förvaltningspolitik för 2020-talet. En forskningsantologi*. Statskontoret, s. 267–286.
- Jacobsson, B., Pierre, J. och Sundström, G. (2015). *Governing the Embedded State: The Organizational Dimension of Governance*. Oxford University Press.
- Jacobsson, B., Pierre, J. och Sundström, G., red. (2019). *Granskningssamhället: Offentliga verksamheter under lupp*. Studentlitteratur.
- Jacobsson, B. och Sundström, G. (2019). "Mönster i granskningssamhället", i Jacobsson, B., Pierre, J. och Sundström, G., red., *Granskningssamhället: Offentliga verksamheter under lupp*. Studentlitteratur, s. 247–260.
- Janson, A. (2010). "Det är vårdplatserna det handlar om, dumbom!". *Dagens Medicin* (debattartikel), 2010-09-21.
- Johannesson, L. (2021). "En fråga om ansvar: Demokratiska mekanismer för ansvarsutkrävande och ansvarsflykt i megaprojekt", i Körling, G. och Bacz Ullberg, S., red., *Megaprojekt: Kritiska perspektiv på storskalig infrastruktur*. Ymer: Svenska sällskapet för antropologi och geografi.
- Johannesson, L. och Qvist, M. (2019). *Ett megaprojekt tar form: Den tidiga planeringen av Nya Karolinska Solna*. Stockholms universitet: Score rapport-serie, 2019:4.

- Johannesson, L. och Qvist, M. (2020). "Navigating the policy stream: Contested solutions and organizational strategies of policy entrepreneurship". *International Review of Public Policy*, 2(1):5–23.
- Johannesson, L. och Yngfalk, C. (2020). *Tilläggsavtal och anpassning: Det institutionella (efter)arbetet för att upprätthålla OPS-avtalets legitimitet inom Stockholms läns landsting 2012–2018*. Stockholms universitet: Score rapportserie, 2020:2.
- Johansson, J. (1992). *Det statliga kommittéväsendet: Kunskap, kontroll, konsensus*. Stockholms universitet: Statsvetenskapliga institutionen, akademisk avhandling.
- Johansson, V., Lindgren, L. och Montin, S., red. (2018). *Den kommunala statliga ämbetsmannen*. Studentlitteratur.
- Johnson, N. (1993). "Constitutionalism in Europe since 1945: Reconstruction and reappraisal", i Greenberg, D., Kartz, S. N., Oliviero, M. B. och Wheatley, S. C., red., *Constitutionalism & Democracy: Transition in the Contemporary World*. Oxford University Press, s. 26–45.
- Jonsson, L., Nilsson, V., Wänström, J., Hellström, M. och Ramberg, U. (2012). *Dilemman i samarbetet mellan politiker och tjänstemän*. Göteborgs universitet: Förvaltningshögskolan, Kommunforskning i Västsverige (KFi), Efra-rapportserie, nr 3.
- Jos, P. H. och Tompkins M. E. (2009). "Keeping it public: Defending public service values in a consumer service age". *Public Administration Review*, 69(6):1077–1086.
- Junker, S. och Yngfalk, C. (2019). *Vägen fram till beslutet om offentlig-privat samverkan för Nya Karolinska Solna*. Stockholms universitet: Score rapportserie, 2019:5.
- Kantola, A. och Vesa, J. (2013). "Mediated scandals as social dramas: Transforming the moral order in Finland". *Acta Sociologica*, 56(4):295–308.
- Kaplan, T. J. (1986). "The narrative structure of policy analysis". *Journal of Policy Analysis and Management*, 5(4):761–778.
- Karlsson, D. och Gilljam, M. (2015). *Den lokala demokratins utmaningar*. Rapport till 2014 års Demokratiutredning.
- Karlsson, T. S. (2017). *New public management: Ett nyliberalt 90-talsfenomen?*. Studentlitteratur.
- Keller, A. (2007). "Facket kräver att bygget skjuts upp". *Dagens Nyheter*, 2007-12-14.
- KI (2009). "Yttrande över rapporten Förslag Koncept Verksamhetsinnehåll, Nya Karolinska Solna Universitetssjukhus". 2009-08-31. Dnr 4240/09-002.
- KI (2017). "Återrapportering av rektorsuppdrag att utreda konsekvenserna

- av Karolinska universitetssjukhusets förändrade verksamhetsinnehåll". 2017-05-29. Dnr 1-375/2017.
- Koch-Baumgarten, S. och Voltmer, K., red. (2010). *Public Policy and Mass Media: The Interplay of Mass Communication and Political Decision Making*. Routledge.
- KS (2009). "Karolinska Universitetssjukhusets svar på remissen Koncept verksamhetsinnehåll Nya Karolinska Universitetssjukhus". 2009-08-19. Dnr K1012-2009.
- KS (2011). "Synpunkter och resonemang inför NKS förvaltningens tjänsteutlåtande om NKS verksamhetsinnehåll". Skrivelse 2011-02-07, LS 1104-0624/K0575-2011.
- KS (2016). "Ny verksamhetsmodell för Karolinska universitetssjukhuset, redigerad version". Underlag till KS styrelse. 2016-01-07.
- KS (2020a). "Karolinska världens tionde bästa sjukhus", www.karolinska.se/om-oss/centrala-nyheter/2020/03/karolinska-universitetssjukhuset-varldens-tionde-basta-sjukhus/, hämtad 2020-09-18.
- KS (2020b). "Karolinska fortsätter förenkla administrationen och flytta ansvar till vårdverksamheterna", pressmeddelande, 2020-10-07.
- Kingdon, J. (1984). *Agendas, Alternatives and Public Policies*. Longman Classics.
- Kirkpatrick, I., Hartley, K., Kuhlmann, E. och Veronesi, G. (2015). "Clinical management and professionalism", i Kuhlmann, E., Blank, R. H., Bourgeault, I. L. och Wendt, C., red., *The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance*. Palgrave Macmillan, s. 325-340.
- Kirkpatrick, I., Sturdy, A. J., Alvarado, N. R., Blanco-Oliver, A. och Veronesi, G. (2019). "The impact of management consultants on public service efficiency". *Policy & Politics*, 47(1):77-96.
- Knaggård, Å. (2015). "The Multiple Streams Framework and the problem broker". *European Journal of Political Research*, 54(3):450-465.
- Kodner D. L. och Spreeuwenberg, C. (2002) "Integrated care: Meaning, logic, applications, and implications: A discussion paper". *International Journal of Integrated Care*, 2(Nov.):e12.
- Koppenjan, J., Veeneman, W., Van Der Voort, H., Ten Heuvelhof, E. och Leijten, M. (2011). "Competing management approaches in large engineering projects: The Dutch RandstadRail project". *International Journal of Project Management*, 29(6):740-50.
- Krohwinkel, A., red., Mannerheim, U., Rognes, J. och Larsson I. (2019). *Värdebaserad vård: En organisationsteoretisk genomlysning av innehåll, ändamålsenlighet och lärdomar för framtiden*. Stiftelsen Leading Health Care, rapport 2.
- Kudo, P. (2018). "Landstingsråd ska utredas för jäv – får lämna granskning". *Svenska Dagbladet*, 2018-03-02.

- Kuhlmann, E., Agartan, T. och von Knorring, M. (2016). "Governance and professions", i Bourgeault, I. L., Kuhlmann, E., Denis, J.-L. och Dent, M., red., *The Routledge Companion to the Professions and Professionalism*. Routledge, s. 31–44.
- Kullving, C.-J., Letmark, P. och Desai, J. (2018). "S: Det räcker inte med att byta namn i Karolinskas styrelse". *Dagens Nyheter*, 2018-04-10.
- Larson, M. S. (1977). *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*. University of California Press.
- Larsson, T. och Sundström, G. (2020). *Den dubbla demokratimodellens politiska pris*. Stockholms universitet: Score rapportserie, 2019:3.
- Laver, M. (1997). *Private Desires, Political Action: An Invitation to the Politics of Rational Choice*. SAGE.
- Liff, R. och Nowé Hedvall, K. (2017). *Politikerrollen inom Västra Götalandsregionen: Bakgrund, förväntningar och syn på uppdraget i relation till tjänstemännen*. Högskolan i Borås: Centrum för välfärdsstudier.
- Lijphart, A. (1984). *Democracies: Patterns of Majoritarian & Consensus Government in Twenty-one Countries*. Yale University Press.
- Lijphart, A. (2012). *Patterns of Democracy: Government Forms & Performance in Thirty-six Countries*. 2 uppl. Yale University Press.
- Lindahl, S., Aspelin, P. och Mellstedt, H. (2005). "Universitetssjukhusen måste fortsätta att forska kring folksjukdomarna". *Dagens Medicin* (debattartikel), 2005-05-25.
- Lindberg, K. och Blomgren, M., red. (2009). *Mellan offentligt och privat: Om styrning, praktik och intressen i hälso- och sjukvården*. Santérus.
- Lindblom, C. E. (1959). "The science of muddling through". *Public Administration Review*, 19(2):79–88.
- Lindgren, C. (2018). *De små medlens betydelse: Om meningsskapande, mångtydighet och styrning i offentlig sektor*. Stockholms universitet: Statsvetenskapliga institutionen, akademisk avhandling.
- Lindgren, L. (2018). Arbetsuppgifter och roller i juridifieringens spår", i Johansson, V., Lindgren, L. och Montin, S., red., *Den kommunala statliga ämbetsmannen*. Studentlitteratur, s. 147–162.
- Lindsten, J. (u.å.). "Fyra år som sjukhusdirektör – varför inte fler?", hämtad från www.wikiks.se 2020-08-14.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. Russell Sage Foundation.
- Lipsky, M. (2010). *Street-level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. 2 uppl. Russell Sage Foundation.
- Llewellyn, S. (2001). "Two-way windows: Clinicians as medical managers". *Organization Studies*, 22(4):593–623.

- Lukes, S. (2005). *Power: A Radical View*. Routledge.
- Lundberg Rodin, M. (2018). *Samspel mellan politiker och tjänstemän: Svårigheter och möjligheter*. Svensk biblioteksförening: Mötesplats professionsforskning 2018.
- Lundin, L. (2010). *Revisionen reviderad: En rapport om en kommunal angelägenhet*. Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO). Ds 2010:6. Finansdepartementet.
- Lundin, O. och Madell, T. (2018). *Kommunallagen: En kommentar*. Norstedts Juridik.
- Lundquist, L. (1998). *Demokratins väktare*. Studentlitteratur.
- Lundquist, L. (2012). *Slutet på yttrandefriheten (och demokratin?)*. Carlsson.
- March, J. G. (1994). *A Primer on Decision Making: How Decisions Happen*. Free Press.
- March, J. G. och Olsen, J. P. (1976). *Ambiguity and Choice in Organizations*. Scandinavian University Press.
- March, J. G. och Olsen, J. P. (1989). *Rediscovering Institutions: The Organizational Basis of Politics*. The Free Press.
- Martling, C.-R. och Klareskog, L. (2019). *Klinisk forskning i nätverkssjukvården*. Stockholms läns landsting, Landstingsstyrelsens förvaltning.
- Matland, R. E. (1995). "Synthesizing the implementation literature: The ambiguity-conflict model of policy implementation". *Journal of Public Administration Research and Theory*, 5(2):145–174.
- Matz, H. (2011). "Kommittéväsendet förr, nu och i framtiden: 2011 års Häringesymposium". *Svensk Juristtidning*, 8:725–734.
- Mazza, C. och Pedersen, J. S. (2004). "From press to e-media? The transformation of an organizational field". *Organization Studies*, 25(6):875–896.
- McBeth, M. K., Jones, M. D. och Shanahan, E. A. (2014). "The narrative policy framework", i Sabatier, P. A. och Weible, C. M., red., *Theories of the Policy Process*. Westview Press, s. 225–266.
- McCrae, N. (2013). "Person-centred care: Rhetoric and reality in a public healthcare system". *British Journal of Nursing*, 22(19):1125–1128.
- Meijling, J. (2020). *Marknadisering: En idé och dess former inom sjukvård och järnväg 1970–2000*. Kungliga Tekniska högskolan: Avdelningen för historiska studier av teknik, vetenskap och miljö, akademisk avhandling.
- Mellgren, F. (2016). "Ökat tryck på akutvården". *Svenska Dagbladet*, 2016-11-20.
- Mellgren, F. och Ennart, H. (2015a). "Oppositionen kräver revision". *Svenska Dagbladet*, 2015-05-20.
- Mellgren, F. och Ennart, H. (2015b). "S: Upphandlingen av NKS en skandal". *Svenska Dagbladet*, 2015-10-02.

- Mellgren, F. och Ennart, H. (2017). "1,2 miljoner för att byta en dörr på Nya Karolinska". *Svenska Dagbladet*, 2017-09-17.
- Merriam, S. B. (1993). *Fallstudien som forskningsmetod*. Studentlitteratur.
- Meyer, J. W. och Rowan, B. (1977). "Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony". *American Journal of Sociology*, 83(2):340–363.
- Miller, R. och Lessard, D. R. (2008). "Evolving strategy: Risk management and the shaping of mega-projects", i Priemus, H., Flyvbjerg, B. och Van Wee, B., red., *Decision-Making on MegaProjects: Cost-Benefit Analysis, Planning and Innovation*. Edward Elgar, s. 145–172.
- Mintrom, M. och Norman, P. (2009). "Policy entrepreneurship and policy change". *Policy Studies Journal*, 37(4):649–667.
- Mitander, T., Säll, L. och Öjehag-Pettersson, A. (2013). *Det regionala samhällsbyggandets praktiker: Tiden, makten, rummet*. Daidalos.
- Mitander, T., Säll, L. och Öjehag-Pettersson, A. (2017). "Det urbana rummets in- och utsidor: Teoretiska utmaningar för forskning om urban politik". *Statsvetenskaplig tidskrift*, 3:389–412.
- Mitchell, P. H. (2008). "Patient-centered care: A new focus on a time-honored concept". *Nursing Outlook*, 56(5):197–198.
- Moisio, S. och Paasi, A. (2013). "From geopolitical to geoeconomic? The changing political rationalities of state space". *Geopolitics*, 18(2):267–283.
- Montin, S. (2018). "Styrning och klarering", i Johansson, V., Lindgren, L. och Montin, S., red., *Den kommunala statliga ämbetsmannen*. Studentlitteratur, s. 65–86.
- Montin, S. och Granberg, M. (2013). *Moderna kommuner*. 4 uppl. Liber.
- Morrell, K. (2006). "Policy as narrative: New Labour's reform of the National Health Service". *Public Administration*, 84(2):367–85.
- Mouffe, C. (2005). *The Return of the Political*. Verso.
- Mouritzen, P. E. och Svara, J. H. (2002). *Leadership at the Apex: Politicians and Administrators in Western Local Governments*. University of Pittsburgh Press.
- Möller, T. (2005). *Folkomröstningar*. SNS förlag.
- Nergelius, J. (2018). *Svensk statsrätt*. Studentlitteratur.
- Neuhauser, P. C. (1993). *Corporate Legends and Lore: The Power of Storytelling as a Management Tool*. McGraw-Hill.
- Newsweek* (2020). "The world's best hospitals 2020", www.newsweek.com/best-hospitals-2020, hämtad 2020-09-18.
- Niemann, C. (2013). *Villkorat förtroende: Normer och rollförväntningar i relationen mellan politiker och tjänstemän i Regeringskansliet*. Stockholms universitet: Statsvetenskapliga institutionen, akademisk avhandling.

- Nilsson, J. E. och Pydokke, R. (2007). *Offentlig-privat samverkan kring infrastruktur: En forskningsöversikt*. VTI rapport 601.
- Niskanen, W. N. (1971). *Bureaucracy and Representative Government*. Aldine-Atherton.
- NKS (2017a). "Framtidens universitetssjukhus", www.sll.se/globalassets/bilagor-till-nyheter/2018/framtidens-universitetssjukhus--beslut-om-nya-karolinska-solna-delrapport-1.pdf1202143-o_tmp.pdf, hämtad 2017-02-27.
- NKS (2017b). "Vården på det nya sjukhuset", www.nyakarolinskasolna.se/sv/Verksamhetsprojektet/Varden-pa-det-nya-sjukhuset/, hämtad 2017-03-01.
- NKS (2017c). "Hagastaden och Life Science", webbsida, www.nyakarolinskasolna.se/sv/Det-nya-sjukhuset/Stockholm-Science-City/, hämtad 2017-03-01.
- Noordegraaf, M. (2015). "Hybrid professionalism and beyond: (New) forms of public professionalism in changing organizational and societal contexts". *Journal of Professions and Organization*, 2(2):187–206.
- Nord, L. (2019). "Journalistiska drev och skandaljournalistik", i Karlsson, M. och Strömbäck, J., red., *Handbok i journalistikforskning*, 2 uppl. Studentlitteratur, s. 299–310.
- Nord, L., Nygren, G. och Volny, S. (2019). *Medierna och lokalvalen 2018: Gamla aktörer på nya digitala arenor*. Södertörns högskola och Mittuniversitetet. Rapport 2019:2.
- Nord, L. och Strömbäck, J., red. (2004). *Medierna och demokratin*. Studentlitteratur.
- Nordebo, P. (2019). "Begler nekar till att ha avgått frivilligt". *Publikt*, 2019-04-24, www.publikt.se/nyhet/begler-nekar-till-att-ha-avgatt-frivilligt-21302, hämtad 2020-10-18.
- O'Leary, R. (2010). "Guerrilla employees: Should managers nurture, tolerate, or terminate them?". *Public Administration Review*, 70(1):8–19.
- Olsen, J. P. (1983). *Organized Democracy*. Universitetsforlaget.
- O'Mahoney, J. och Sturdy, A. (2016). "Power and the diffusion of management ideas: The case of McKinsey & Co". *Management Learning*, 47(3):247–265.
- Orazi, D. C., Turrini, A. och Valotti, G. (2013). "Public sector leadership: New perspectives for research and practice". *International Review of Administrative Sciences*, 79(3):486–504.
- Osborne, S., red. (2010). *The New Public Governance? Emerging Perspectives on the Theory and Practice of Public Governance*. Routledge.
- Pache, A.-C. och Santos, F. (2010). "When worlds collide: The internal

- dynamics of organizational responses to conflicting institutional demands". *Academy of Management Review*, 35(3):455–476.
- Page, B. I. (1976). "The theory of political ambiguity". *American Political Science Review*, 70(3):742–752.
- Page, E. C. (2008). "Delegation, detail and discretion: Bureaucracy and the construction of policies", i Sverdrup, U. och Trondal, J., red., *The Organizational Dimension of Politics*. Fagbokforlaget, s. 206–233.
- Page, E. C. och Jenkins, B. (2005). *Policy Bureaucracy: Government with a Cast of Thousands*. Oxford University Press.
- Peck, J. och Theodore, N. (2010). "Mobilizing policy: Models, methods, and mutations". *Geoforum*, 41(2):169–174.
- Pelletier, L. R. och Stichler, J. F. (2014). "Ensuring patient and family engagement". *Journal of Nursing Care Quality*, 29(2):110–114.
- Peters, G. (2015). *Pursuing Horizontal Management: The Politics of Public Sector Coordination*. University of Kansas Press.
- Persson, J., Tängeberg, J., Folkö, R. och Sundberg, R. (2020). "Coronakrisen bland äldre mörklad av kommunerna". *Ekuriren*, 2020-05-02, <https://ekuriren.se/artikel/wl6kyg9r>, hämtad 2020-05-08.
- Petersson, O. (2010). *Den offentliga makten*. 3 uppl. SNS förlag.
- Petersson, O. (2016). "Rational politics: Commissions of inquiry and the referral system in Sweden", i Pierre, J., red., *The Oxford Handbook of Swedish Politics*. Oxford University Press, s. 650–662.
- Pollitt, C. och Bouckaert, G. (2011). *Public Management Reform: A Comparative Analysis*. Oxford University Press.
- Pollitt, C. och Hupe, P. (2011). "Talking about government: The role of Magic Concepts". *Public Management Review*, 13(5):641–58.
- Porter, M. E. (1990). *The Competitive Advantage of Nations*. The Free Press.
- Porter, M. E. (1998). *The Competitive Advantage of Nations*. 2 uppl. The Free Press.
- Porter, M. E. och Teisberg, E. O. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Harvard Business Press.
- Porter, T. M. (1995). *Trust in Numbers: The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life*. Princeton University Press.
- Power, M. (1999). *The Audit of Society: Rituals of Verification*. Oxford University Press.
- Premfors, R. och Roth, K., red. (2004). *Deliberativ demokrati*. Studentlitteratur.
- Premfors, R. och Sundström, G. (2007). *Regeringskansliet*. Liber.
- Premfors, R., Ehn, P., Haldén, E. och Sundström, G. (2009). *Demokrati och byråkrati*. 2 uppl. Studentlitteratur.

- Priemus, H. (2008). "How to improve the early stages of decision-making on mega-projects", i Priemus, H., Flyvbjerg, B. och Van Wee, B., red., *Decision-Making on Mega-Projects: Cost-Benefit Analysis, Planning and Innovation*. Edward Elgar, s. 105–119.
- PwC [Öhrlings Pricewaterhousecoopers] (2007). *SLL: Utvärdering av alternativa lösningar för finansiering och drift av Nya Karolinska Solna*, www.sll.se/globalassets/1.-halsa-och-varld/bilder-halsa-och-varld/sjukhus/nks/ls-0710-1126-huvudrapport.pdf, hämtad 2020-10-23.
- Quick, K. & Feldman, M. (2013). "Distinguishing participation and inclusion". *Journal of Planning Education and Research*, 31(3):272–290.
- Qvist, M. (2016). "Activation reform and inter-agency co-operation: Local consequences of mixed modes of governance in Sweden". *Social Policy & Administration*, 50(1):19–38.
- Qvist, M. (2017). "Trafikverket som samhällsutvecklare", i Jacobsson, B. och Sundström, G., red., *En modern myndighet: Trafikverket som ett förvaltningspolitiskt mikrokosmos*. Studentlitteratur, s. 83–112.
- Ramberg, K. (2012). *Konstruktionen av framtidens stad: Arkitektävlingar om bostäder och stadsdelar i Sverige 1989–2003*. Stockholms universitet: Institutionen för etnologi, religionshistoria och genusvetenskap, akademisk avhandling.
- Ramirez, F. O., Byrkjeflot, H. och Pinheiro, R. (2016). "Higher education and health organization fields in the age of world class and best practices", i Pinheiro, R., Geschwind, L., Ramirez, F. O. och Vrangbæk, K., red., *Research in the Sociology of Organizations*, 45:35–57.
- Regeringen (2000). *Kommittéhandboken*. Ds 2001:1, Statsrådsberedningen.
- Regeringen (2002). *Demokrati för det nya seklet*. Prop. 2001/02:80.
- Regeringen (2017a). *En ny kommunallag*. Prop. 2016/17:171.
- Regeringen (2017b). *En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården*. Prop. 2017/18:40.
- Regeringen (2019). Ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård. Dir. 2019:69.
- Regeringen (2020). *Tilläggsdirektiv till Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård*. Dir. 2020:116.
- Region Stockholm (2019a). "Till Styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset". Skrivelse från Hälso- och sjukvårdsdirektören angående Karolinskas hemställan om volymer, Intensivakuten, 2019-04-30.
- Region Stockholm (2019b). "Ny utredning för barnsjukvården inom Region Stockholm", Region Stockholm, 2019-09-05.

- Region Stockholm (2019c). "Sjukhusavtal för de regionägda akutsjukhusen". Tjänsteutlåtande, HSN 2017-0570.
- Region Stockholm (2020a). www.sll.se/politik/politiska-organ/regionsstyrelsen/arbets--och-personalutskottet/, hämtad 2020-08-19.
- Region Stockholm (2020b). "Nya Karolinska Solna", www.sll.se/verksamhet/halsa-och-varld/Aktuella-projekt-Halsa-och-varld/Nya-Karolinska-Solna/, hämtad 2020-08-14.
- Region Stockholm (2020c). *Nya Karolinska Solna*. Dokumentärfilm producerad av Hildebrand, S. och Alfredsson, A., <https://vimeo.com/103720169>, hämtad 2020-09-18.
- Region Stockholm (2020d). "Politiska organ". Webb sida på Region Stockholms hemsida, www.sll.se/politik/politiska-organ/, hämtad 2020-10-17.
- Region Stockholm (2020e). *Perspektivrapport: Vårdens struktur*. Långtidsutredningen Hälso- och sjukvården 2040.
- Rehnman, E. (1969). *Centrallasarettet: Systemanalys av ett svenskt sjukhus*. Studentlitteratur.
- RiR [Riksrevisionen] (2011a).
- RiR [Riksrevisionen] (2011b). *Botniabanan och järnvägen längs Norrlandskusten: Hur har det blivit och vad har det kostat?*. RiR 2011:22.
- RiR [Riksrevisionen] (2016). *Erfarenheter av OPS-lösningen för Arlandabanan*. RiR 2016:3.
- RiR [Riksrevisionen] (2017). *Staten och SKL: En slutrapport om statens styrning på vårdområdet*. RiR 2017:3.
- RiR [Riksrevisionen] (2018). *Fyrstegsprincipen inom planeringen av transportinfrastruktur: Tillämpas den på avsett sätt?*. RiR 2018:30.
- RiR [Riksrevisionen] (2019a). *Att tänka efter före: Statens planering av höghastighetsjärnväg*. RiR 2019:31.
- RiR [Riksrevisionen] (2019b). *Att planera för framtiden: Statens arbete med scenarier inom miljö-, energi-, transport- och bostadspolitik*. RiR 2019:4.
- Rittel, H. och Webber, M. (1973). "Dilemmas in a general theory of planning". *Policy Sciences*, 4(2):155-69.
- Roe, E. (1994). *Narrative Policy Analysis: Theory and Practice*. Duke University Press.
- Ronnle, E. (2017). "Planners' analysis and opportunism: Benefit analysis in the Swedish HSR project: A preliminary analysis". *European Planning Studies*, 25(12):2232-2249.
- Ronnle, E. (2019). *Justifying Mega-projects: An Analysis of the Swedish High-speed Rail Project*. Lunds universitet: Företagsekonomiska institutionen, akademisk avhandling.

- Rothstein, B. (1992). "Explaining Swedish corporatism: The formative moment". *Scandinavian Political Studies*, 15(3):173–191.
- Röstlund, L. och Gustafsson, A. (2018a). "Efter DN:s granskning: Produktionsdirektör Andreas Ringman Uggla på Karolinska avgår". *Dagens Nyheter*, 2018-01-11.
- Röstlund, L. och Gustafsson, A. (2018b). "Efter DN:s granskning: Krav på sjukhusstyrelsens avgång". *Dagens Nyheter*, 2018-01-29.
- Röstlund, L. och Gustafsson, A. (2018c). "Sjukhusdirektör Melvin Samsom lämnar Karolinska". *Dagens Nyheter*, 2018-09-24.
- Röstlund, L. och Gustafsson, A. (2019). *Konsulterna: Kampen om Karolinska*. Mondial.
- Røvik, K. A. (2000). *Moderna organisationer: Trender inom organisations-tänkandet vid millennieskiftet*. Liber.
- SACO/Stockholms läkarförening (2009). Remissvar: "Förslag Koncept Verksamhetsinnehåll Nya Karolinska Solna Universitetssjukhus".
- Sahlin-Andersson, K. (1989). *Oklarhetens strategi: Organisering av projekt-samarbete*. Studentlitteratur.
- Sahlin-Andersson, K. (1998). "The social construction of projects: A case study of organizing of an extraordinary building project: The Stockholm Globe Arena", i Brunsson, N. och Olsen, J. P., red., *Organizing Organizations*. Fagbokforlaget, s. 89–106.
- Sahlin-Andersson, K. och Engwall, L. (2002). *The Expansion of Management Knowledge: Carriers, Flows, and Sources*. Stanford University Press.
- Saks, M. (2012). "Defining a Profession: The Role of Knowledge and Expertise". *Professions & Professionalism*, 2(1):1–10.
- Salet, M., Bertolini, L. och Giezen, M. (2013). "Complexity and uncertainty: Problem or asset in decision making of mega infrastructure projects?". *International Journal of Urban and Regional Research*, 37(6):1984–2000.
- Samset, K. (2009). "Projects, their quality at entry and challenges in the front-end phase", i Williams, T., Samset, K. och Sunnevåg, K., red., *Making Essential Choices with Scant Information*. Palgrave Macmillan, s. 18–35.
- Sandahl, R. och Petersson, G. J. (2016). *Kausalitet: I filosofi, politik och utvärdering*. Studentlitteratur.
- SBU (2017). *Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering*. Rapport 260/2017.
- Schattschneider, E. E. (1975). *The Semisovereign People: A Realist's View of Democracy in America*. Wadsworth.

- Schudson, M. (2003). *The Sociology of News: Contemporary Societies*. W. W. Norton & Company.
- Schultz, F., Cornelissen, J. och Suddaby, L. (2014). "The role of business media in constructing rational myths of organization", i Pallas, J., Strannegård, L. och Jonsson, S., red., *Organizations and the Media: Organizing in a Mediatized World*. Routledge, s. 13–32.
- Sharma, T., Bamford, M. och Dodman, D. (2015). "Person-centred care: An overview of reviews". *Contemporary Nurse*, 51(2–3):107–120.
- SHP (2018). *Myter och sanningar om NKS*, www.shpartners.se/assets/uploads/2018/11/Myter-och-sanningar-om-NKS.pdf, hämtad 2020-10-27.
- Simon, H. (1947). *Administrative Behavior: A Study of Decision-Making Processes in Administrative Organization*. Macmillan.
- Skanska (2017a). "Det finns ingen dörr som kostar 1,2 miljarder", 2017-09-19, www.skanska.se/om-skanska/press/nyheter/det-finns-ingen-dorr-som-kostar-12-miljoner/, hämtad 2020-10-27.
- Skanska (2017b). "Skanska kommenterar påståendena i SvD". Pressmeddelande, 2017-09-19, www.skanska.se/om-skanska/press/pressmeddelanden/210457/Skanska-kommenterar-pastaenden-i-SvD, hämtad 2020-10-27.
- Skanska och SLL (2013). "Framtidens universitetssjukhus. Följ med till Sveriges mest spännande byggprojekt!". Informationsfolder.
- SKR (2020a). "Så styrs regioner", <https://skr.se/demokratiledningstyrning/politiskstyrningfortroendevalda/kommunaltstyreastyrskommunenochregionen/sastyrskommunen.1790.html>, hämtad 2020-06-15.
- SKR (2020b). "Så styrs en kommun", <https://skr.se/demokratiledningstyrning/politiskstyrningfortroendevalda/kommunaltstyreastyrskommunenochregionen/sastyrskommunen.735.html>, hämtad 2020-08-17.
- SLL (2002a). *Rapport från utredningen om nytt universitetssjukhus*. SNUS-utredningen, 2002-11-15.
- SLL (2002b). *Rapport från utredningen om ett nytt universitetssjukhus*. SNUS-utredningen. Bilaga 2.
- SLL (2004). *Utredningen om Stockholms SjukvårdsStruktur* (3S-utredningen) med tjänsteutlåtande i landstingsstyrelsen. Dnr LS 0409-1729, 2004-09-28.
- SLL (2005). "Nytt universitetssjukhus vid Karolinska Solna". Formgivnings-tävling. Tävlingsprogram, november 2005.
- SLL (2006). "Nytt universitetssjukhus vid Karolinska Solna". Formgivnings-tävling. Tävlingsresultat, augusti 2006.

- SLL (2007a). *Nya Karolinska Solna, Projektprogram*. Rapport från NKS Projektkansli, november 2007.
- SLL (2007b). *Byggnation av nytt universitetssjukhus i Solna*. Tjänsteutlåtande från landstingsstyrelsens strategiska utskott. Dnr LS 0710–1039, 2007-11-22.
- SLL (2008a). *Förslag till finansierings- och genomförandeform av nytt universitetssjukhus i Solna*. Tjänsteutlåtande. Dnr LS 0804–0429, 2008-04-14, <https://sammantradeshandlingar.sll.se/sites/sammantradeshandlingar.sll.se/Handlingar/Landstingsfullmaktige/2008/08-06-10/08-040.pdf>, hämtad 2021-02-19.
- SLL (2008b). *Upphandling i offentlig-privat samverkan, OPS, av Nya Karolinska Solna Universitetssjukhus*. Brev från PEAB till SLL. Dnr LS 0809–0870, 2008-12-12.
- SLL (2008c). "Nya Karolinska Solna-förvaltningen". Förvaltningsmanual för Nya Karolinska Solna-förvaltningen, LS 0810–0948.
- SLL (2008d). "Nya Karolinska Solna – projektramar augusti 2008: Närhet, öppenhet, patientfokus – ett språng in i framtidens sjukhus". NKS-förvaltningen.
- SLL (2008e). "Många vill bygga Nya Karolinska Solna". Pressmeddelande, 2008-10-02.
- SLL (2008f). "Nya Karolinska Solna – faktablad om Sveriges nya universitetssjukhus". Pressinformation, 2008-03-18.
- SLL (2008g). "Nya Karolinska Solna: Närhet, öppenhet, patientfokus – ett språng in i framtidens sjukhus". PPT-presentation, september 2008. NKS-förvaltningen.
- SLL (2009a). "Inriktningsbeslut avseende övergripande verksamhetsinnehåll vid Nya Karolinska Solna". Tjänsteutlåtande, 2009-12-08, LS 0906–0489. NKS-förvaltningen.
- SLL (2009b). "Kunskaps- och attitydmätning av Nya Karolinska Solna: Resultatredovisning och analys". Undersökning av NKS, 2014-04-01. NKS-förvaltningen.
- SLL (2009c). *Förslag Koncept Verksamhetsinnehåll Nya Karolinska Solna Universitetssjukhus*. NKS-förvaltningen, LS 0906–0489.
- SLL (2009d). "OPS-upphandlingen av Nya Karolinska Solna". Tjänsteutlåtande från landstingsstyrelsens FoUU-utskott. Dnr LS 0901–0053, 2009-01-28.
- SLL (2009e). HSN-förvaltningens svar på remiss om förslag till verksamhetsinnehåll Nya Karolinska Solna Universitetssjukhus. HSN-förvaltningen. 2009-08-18.
- SLL (2010a). *Regional utvecklingsplan för Stockholmsregionen*. www.rufs.se/publikationer/20102/hela-rufs-2010/, hämtad 2021-02-19.

- SLL (2010b). Studieresa till Cleveland Clinic, Memorial Sloan Kettering Cancer Center och New York-Presbyterian. 29/8–2/9 2010. Reflektioner från representanter från SACO, Vårdförbundet, Kommunal, SKTF samt NKS-förvaltningen.
- SLL (2011a). *Det ljusa sjukhuset: Nya Karolinska Solna i ord och bild*. Designbok. NKS-förvaltningen, <http://docplayer.se/2983310-Det-ljusa-sjukhuset-nya-karolinska-solna-i-ord-och-bild-sjukhuset-det-ljusa.html>, hämtad 2020-10-28.
- SLL (2011b). "Framtidsplan för hälso- och sjukvården". Landstingsstyrelsens förvaltning och HSN-förvaltningen, LS 1104-0624/HSN 0910-1366.
- SLL (2011c). Landstingsfullmäktige protokoll §§ 95–114, 2011-06-14–15.
- SLL (2012). "Fakta om projektavtalet för Nya Karolinska Solna". PM, Landstingsstyrelsens förvaltning, NKS-bygg, februari 2012.
- SLL (2013a). "Karolinska Universitetssjukhusets uppdrag, verksamhetsinnehåll och kapacitet, samt fastighetsutnyttjande vid Karolinska Solna". Tjänsteutlåtande, LS 1304-0528, daterad 2013-04-15.
- SLL (2013b). Landstingsfullmäktige, sammanträdeshandlingar, anförande nr 336 av Helene Hellmark Knutsson (S), protokoll, juni 2013.
- SLL (2014a). "Ny politisk organisation för Stockholms läns landsting". Landstingsstyrelsen, skrivelse, 2014-10-29, LS 1410-1178.
- SLL (2014b). "Karolinska Universitetssjukhusets uppdrag avseende vårdinnehåll och volymer 2016–2018: Underlag inför omställningsavtal". Programkontoret framtidens hälso- och sjukvård, 2014-02-26.
- SLL (2014c). Styrelseprotokoll. Dnr K0550-2014, 2014-02-19.
- SLL (2015). "Framtidsplan för hälso- och sjukvården: Genomförandefasen 2015". PPT-presentation.
- SLL (2016a). "Ny verksamhetsmodell för Karolinska universitetssjukhuset, editerad version", 2016-01-07.
- SLL (2016b). *Framtidens hälso- och sjukvård: Planering och genomförande 2016*. Projekttrapport från landstingets revisorer 12/2016.
- SLL (2016c). *Den första flytten till NKS: Hanteringen av förutsättningarna inför driftsättningen*. Projekttrapport från landstingets revisorer 11/2016.
- SLL (2016d). Årsrapport till Landstingsstyrelsen. Landstingsrevisorerna. 2016-04-14.
- SLL (2017a). "En ny struktur för akut omhändertagande i Stockholms läns landsting". Bilaga 2 till tjänsteutlåtande 2017-03-08, HSN-förvaltningen 2016-4792.
- SLL (2017b). *Framtidens hälso- och sjukvård – planering och genomförande 2017*. Projekttrapport från landstingets revisorer 12/2017.

- SLL (2018a). "Reglementen för regionstyrelsen och övriga nämnder". LS 2018-0731.
- SLL (2018b). "Unikt akademiskt specialistcentrum invigt, 2018-02-07", www.slso.sll.se/aktuellt/unikt-akademiskt-specialistcentrum-invigt/, hämtad 2020-12-11.
- SLL (2018c). *Bra start för nya intensivakuten visar sjunde lägesrapporten om nya akuta vården: Nyhet – hälsa och vård*, 2018-05-09, www.sll.se/verksamhet/halsa-och-varld/nyheter-halsa-och-varld/2018/05/Sjunde-lagesrapporten-om-nya-akuta-varden/, hämtad 2020-03-17.
- SLL (2018d). *Ägarstyrning – bolag och bolagsliknande former*. Projekt rapport från landstingets revisorer 5/2018. LS 2018-0628.
- SLL (2018e). *Landstingsstyrelsens årsrapport för landstingsstyrelsen 2017*. Rapport från landstingets revisorer, LS 2018-0574, 2018-09-12.
- SLL (2018f). *Översyn över processen för inköp av externa konsulter*. Internrevisor Alvin, O. vid Karolinska universitetssjukhuset. Dnr K2017-5710, 2018-01-13.
- SLL (2018g). Landstingsfullmäktige, anförande nr 219 av Gunilla Roxby Cromvall (V), 2018-05-08.
- SLL (2018h). *Framtidens hälso- och sjukvård*. Genomförande 2018. Projekt-rapport från landstingets revisorer 14/2018.
- Smas, L. (2019). "Former för regional planering", i Forsberg, G., red., *Samhällsplaneringens teori och praktik*, s. 276–284. Liber.
- Smas, L. (2020). *Sjukhuset, regionen och staden: Planeringens komplexitet och rumsliga rationaliteter*. Stockholms universitet: Score rapportserie, 2020:4.
- SMER (2019). *Styrmodeller i hälso- och sjukvården: Förslag till modell för etisk analys*. Rapport 2019:2.
- Sohl Stjernberg, M. (2015). "Miljardbygget slår sönder cancervården". *Expressen*, 2015-05-13.
- Solli, R. (2017). *Utvärdering av Västra Götalandsregionens politiska organisation: Sammanfattning*. Högskolan i Borås: Centrum för välfärdsstudier.
- SOU 1962:53–54. *Öresundsförbindelsen*. Betänkande.
- SOU 1994:78. *Citytunneln i Malmö*. Betänkande av Utredningen med uppdrag att lämna förslag till genomförande och finansiering av en eventuell Citytunnel i Malmö.
- SOU 1998:137. *Miljö i grund och botten: Erfarenheter från Hallandsåsen*. Slutrapport från Tunnelkommissionen.
- SOU 1999:88. *Brottsutredningen efter mordet på statsminister Olof Palme*. Betänkande av Granskningskommissionen i anledning av utredningen av mordet på statsminister Olof Palme.

- SOU 2000:1. *En uthållig demokrati! Politik för folkstyrelse på 2000-talet*. Slutbetänkande från Demokratiutredningen.
- SOU 2005:104. *Sverige och tsunamin: Granskning och förslag*. Betänkande av 2005 års katastrofkommission.
- SOU 2007:10. *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*. Slutbetänkande av Ansvarskommittén.
- SOU 2007:12. *Hälso- och sjukvården*. Sekretariatsrapport till Ansvarskommittén.
- SOU 2009:11. *En nationell cancerstrategi för framtiden*. Betänkande av Utredningen En nationell cancerstrategi.
- SOU 2009:43. *Klinisk forskning: Ett lyft för sjukvården*. Slutbetänkande av Utredningen av den kliniska forskningen.
- SOU 2012:33. *Gör det enklare!*. Slutbetänkande av Statens vård- och omsorgsutredning.
- SOU 2015:24. *En kommunallag för framtiden*. Slutbetänkande av Utredningen om en kommunallag för framtiden.
- SOU 2015:98. *Träning ger färdighet: Koncentrera vården för patientens bästa*. Betänkande av Utredningen om högspecialiserad vård.
- SOU 2016:2. *Effektiv vård*. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.
- SOU 2017:107. *Infrastruktur och bostäder – ett gemensamt samhällsbygge*. Slutrapport från Sverigeförhandlingen.
- SOU 2018:79. *Analys och utvärderingar för effektiv styrning*. Betänkande av Analys- och utvärderingsutredningen.
- SOU 2019:7. *Skogsbränderna sommaren 2018*. Betänkande av 2018 års skogsbrandsutredning.
- SOU 2020:15. *Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården: Lärdomar från exemplet NKS*. Slutbetänkande av Utredningen om offentlig-privat samverkan, styrning och kontroll.
- SOU 2020:80. *Äldreomsorgen under pandemin*. Delbetänkande av Corona-kommissionen.
- Statskontoret (1998). *Privatfinansiering genom partnerskap*. Rapport 1998:12.
- Statskontoret (2014). *Utvärdering på olika områden. En analys av sektorsspecifika utvärderingsmyndigheter*. Rapport 2014:7.
- Statskontoret (2018). *Utvecklingen av den statliga styrningen av kommuner och landsting 2017*.
- Statskontoret (2019a). *Utvecklingen av den statliga styrningen av kommuner och landsting*.
- Statskontoret (2019b). *Utvecklingen av den statliga styrningen av kommuner och landsting: En analys*. Rapport 2019:2.

- Statskontoret (2020). *Utvecklingen av den statliga styrningen av kommuner och regioner 2019*.
- Sterzel, F. (2003). "Granskningsmakten", i Mattsson, I. och Petersson, O., red., *Svensk författningspolitik*. SNS förlag, s. 262–282.
- Stockholm Business Region (2007). *Vision 2025: Inbjudan till att skapa världens främsta område för life science*.
- Stockholms stad (2007). *Ett Stockholm i världsklass: Vision 2030*. Stadsledningskontoret.
- Stockholms stad och Solna stad (2008). *Karolinska – Norra station*. Fördjupning av två översiktsplaner.
- Stockholms stad, Solna stad, SLL/Locum, Karolinska Institutet och Akademiska Hus (2004). *Norra Stations-, KI- och KS-området. Stadsutveckling i gränslandet mellan Stockholm och Solna*. Gemensamma planeringsförutsättningar. November 2004.
- Stone, D. (2002). *Policy Paradox: The Art of Political Decision-Making*. 2 uppl. Norton.
- Strandberg, U. (2016). "Kommunal självstyrelse", i Mattsson, I. och Petersson, O., red., *Svensk författningspolitik*. SNS förlag, s. 196–219.
- Strömbäck, J. (2004). *Den medialiserade demokratin: Om journalistikens ideal, verklighet och makt*. SNS förlag.
- Strömbäck, J. (2019), "Journalistikens nyhetsurval och nyhetsvärderingar", i Karlsson, M. och Strömbäck, J., red., *Handbok i journalistikforskning*. Studentlitteratur, s. 171–181.
- Strömgren, A. (2007). *Samordning, hyfs och reda: Stabilitet och förändring i svensk planpolitik 1945–2005*. Uppsala University Library.
- Sundström, A. (2008). "Miljardsjukhuset alla vill bygga". *Dagens Nyheter*, 2008-03-19.
- Sundström, G. (2003). *Stat på villovägar: Resultatstyrningens framväxt ur ett historisk-institutionellt perspektiv*. Stockholms universitet: Statsvetenskapliga institutionen, akademisk avhandling.
- Sundström, G. (2019a). "Statstjänstemannarollen ur ett förvaltningspolitiskt perspektiv". *Nordisk Administrativ Tidskrift*, 1:57–72.
- Sundström, G. (2019b). "Granskningspolitikens huvudlinjer", i Jacobsson, B., Pierre, J. och Sundström, G., red., *Granskningsamhället: Offentliga verksamheter under lupp*. Studentlitteratur, s. 29–38.
- Sundström, G. (2020a). "Perspektiv på politisk styrning", i Ehn, P. och Sundström, G., red., *Statlig förvaltningspolitik för 2020-talet: En forskningsantologi*. Statskontoret, s. 37–68.
- Sundström, G. (2020b). "'Speaking Truth to Power': Ett hotat ideal?". *Svensk Juristtidning*, 1:51–65.

- Svenonius, I., Starbrink, A., Bohlin, E., och Hemming, G. (2018). "Vi i alliansen byter ut styrelsen för Karolinska". *Dagens Nyheter* (debattartikel), 2018-04-10.
- Svenska Dagbladet* (2017). "SvD rättar: Moms ingår inte i kostnad för dörrbyte", 2017-09-23.
- SVT (2018). *Dokument inifrån*, "Den stora sjukhusstriden", www.svtplay.se/dokument-inifran-den-stora-sjukhusstriden, hämtad 2018-05-02.
- Swanson, O. (2012). *Karolinska/Norra station: Bygga kunskapsstad?*. White Arkitekter.
- Säll, L. (2014). *Regionalpolitikens diskursiva grunder och gränser: Om politik, makt och kunskap i det regionala samhällsbyggandet*. Karlstads universitet: Fakulteten för humaniora och samhällskunskap, akademisk avhandling.
- Sørensen, E. (2006). "Metagovernance: The changing role of politicians in processes of democratic governance". *American Review of Public Administration*, 36(1):98-114.
- Tarschys, D. (2002). "Huru skall statsvercket granskas?" *Om riksdagen och den demokratiska kontrollen*. Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO). Ds 2002:58. Finansdepartementet.
- Temenos, C. och McCann, E. (2012). "The local politics of policy mobility: Learning, persuasion, and the production of a municipal sustainability fix". *Environment and Planning A: Economy and Space*, 44(6):1389-1406.
- Themner, H. (2018). "Skulle bli bästa sjukhuset – blev ett av världens dyraste". *Expressen*, 2018-02-16.
- Thompson, D. F. (1980). "Moral responsibility of public officials: The problem of many hands". *American Political Science Review*, 74(4):905-915.
- Thoreson, K. (2011). *Att beräkna det goda samhället: Samhällsekonomiska analyser och gränslandet expertis-politik inom transportområdet*. Linköpings universitet: Institutionen för tema, Tema teknik och social förändring, akademisk avhandling.
- Thornblad, H. (2012). "En av tre anställda får inte plats på NKS". *Sjukhusläkaren*, 2012-02-20, www.sjukhuslakaren.se/inventering-pagar-pa-karolinska-vad-ska-ut-i-oppenvarden/, hämtad 2020-01-09.
- Toreheim, F. (2019). "Övergångsregeringen: Att förvalta under förändringens tid". Stockholms universitet: Statsvetenskapliga institutionen, masteruppsats.
- Tornberg, P. och Odhage, J. (2018). "Making transport planning more collaborative? The case of strategic choice of measures in Swedish transport planning". *Transportation Research Part A: Policy and Practice*, 118:416-429.
- TT (2015). "Chocknota för Nya Karolinska", 2015-05-05.
- Tunström, M. (2009). *På spaning efter den goda staden: Om konstruktioner av ideal*

- och problem i svensk stadsbyggnadsdiskussion*. Örebro universitet: Akademin för humaniora, utbildning och samhällsvetenskap, akademisk avhandling.
- Tuvhag, E. (2018). "Landstingsråd ska utredas för jäv – får lämna granskning". *Svenska Dagbladet*, 2018-02-11.
- UK Government (2013). 07 *Public Private Partnerships*. Rapport från NHS, UK Trade and Investment, Department of Health, https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/266818/07_PPP_28.11.13.pdf, hämtad 2020-09-22.
- Vaara, E. och Tienari, J. (2002). "Justification, legitimization and naturalization of mergers and acquisitions: A critical discourse analysis of media texts". *Organization*, 9(2):275-304.
- Vaara, E., Tienari, J. och Laurila, J. (2006). "Pulp and paper fiction: On the discursive legitimation of global industrial restructuring". *Organization Studies*, 27(6):789-810.
- Van Marrewijk, A. H., Clegg, S. R., Pitsis, T. och Veenswijk, M. B. (2008). "Managing public-private megaprojects: Paradoxes, complexity, and project design". *International Journal of Project Management*, 26(6):591-600.
- Vedung, E. (1998). *Utvärdering i politik och förvaltning*. Studentlitteratur.
- Värdanalys (2013). *Vem har vårdvalet gynnat?*. Rapport 2013:1.
- Vårdförbundet (2010). "Vårdförbundets synpunkter vid slutbehandling av ärendet övergripande verksamhetsinnehåll vid Nya Karolinska Solna är desamma som lämnades vid remissförfarandet". LS 1003-0255, 2010-04-06.
- Wachs, M. (1989). "When planners lie with numbers". *Journal of the American Planning Association*, 55(4):476-479.
- Ward, H. (1995). "Rational choice theory", i Marsh, D. och Stoker, G., red., *Theory and Methods in Political Science*. Macmillan.
- Waring, J. (2014). "Restratification, hybridity and professional elites: Questions of power, identity and relational contingency at the points of 'professional-organisational intersection'". *Sociology Compass*, 8(6):688-704.
- Weick, K. E. (1995). *Sensemaking in Organizations*. SAGE.
- Weiler, J. H. H. (1993). "Parliamentary democracy in Europe 1992: Tentative questions and answers", i Greenberg, D., Kartz, S. N., Oliviero, M. B. och Wheatley, S. C., red., *Constitutionalism & Democracy: Transition in the Contemporary World*. Oxford University Press, s. 249-266.
- Wendt, M. (2012). *Politik som spektakel: Almedalen, mediemakten och den svenska demokratin*. Atlas.
- Wennemo, I. (2020). *Politik på riktigt: Handbok för sociala ingenjörer*. Atlas.
- WHO (2015). "WHO global strategy on people-centred and integrated health services". WHO/HIS/SDS/2015.6.

- Wildavsky, A. (1979). *Speaking Truth to Power: The Art and Craft of Policy Analysis*. Taylor and Francis.
- Williams, T. och Samset, K. (2010). "Issues in front-end decision making on projects". *Project Management Journal*, 41(2):38–49.
- Williams, Y. och Nilsson, B. O. (2015). "Nya Karolinska lyft för tung exportsektor". *Svenska Dagbladet Näringsliv* (debattartikel), 2015-10-13.
- Wisell, K. (2019). *The Liberalization Experiment: Understanding the Political Rationales Leading to Change in Pharmacy Policy*. Uppsala universitet: Institutionen för farmaci, akademisk avhandling.
- Witting, N.-O. (2010). "Ett nytt sjukhus växer fram: Från planering till första patienten", i Persson, A. och Sjökvist, F., red., *Huddinge sjukhus, 1972–2002*. Karolinska universitetssjukhuset, s. 65–89.
- Wittrock, B. och Lindström, S. (1984). *De stora programmens tid: Forskning och energi i svensk politik*. Akademilitteratur.
- Wockelberg, H. (2003). *Den svenska förvaltningsmodellen: Parlamentarisk debatt om förvaltningens roll i styrelseskicket*. Uppsala universitet: Statsvetenskapliga institutionen, akademisk avhandling.
- Wærn, R. (2014). *Aula: An Architectural History of the University Auditorium from the Sorbonne to Karolinska Institutet*. Langenskiöld.
- Wärngård, M. (2009). "Satsning på snabb vård utan väntrum vid Nya Karolinska". *Dagens Medicin*, 2009-05-13.
- Wärngård, M. (2010). "Fullmäktige får inte delta i beslut om storsjukhus". *Dagens Medicin*, 2010-03-09.
- Ylönen, M. och Kuusela, H. (2018). "Consultocracy and its discontents: A critical typology and a call for a research agenda". *Governance*, 32(2):241–258.
- Yngfalk, C. och Junker, S. (2019). *Allt ljus på OPS: Legitimeringen av offentlig-privat samverkan för Nya Karolinska Solna*. Stockholms universitet: Score rapportserie, 2019:6.
- Zahariadis, N. (2003). *Ambiguity and Choice in Public Policy: Political Decision Making in Modern Democracies*. Georgetown University Press.
- Öberg, B. (2020). "Kunde avtalet med Skanska om NKS ha ogiltigt-förklarats?". *Dagens Medicin*, 2020-05-11.
- Öhrming, J. (2008). *Hälso- och sjukvårdens fragmentering: Från lokalt till trans-nationellt organiserad sjukvård*. SNS förlag.
- Öhrming, J. (2017). *Allt görs liksom baklänges: Verksamheten vid Nya Karolinska Solna*. Södertörns högskola: Södertörn Academic Studies, 68.

Medverkande författare

Catrin Andersson är filosofie doktor i statsvetenskap vid Stockholms universitet. Hennes forskningsintressen rör den svenska förvaltningens organisering och styrning. Ett särskilt fokus för hennes forskning har varit relationen mellan stat och marknad.

Staffan Furusten är professor i företagsekonomi vid Stockholms universitet och föreståndare för Stockholms centrum för forskning om offentlig sektor (Score). Hans intressen är ledning och styrning av organisationer och organisationers och professioners roll i samhällets utveckling, med särskilt fokus på kunskap om styrning, management och organisation. Han har även skrivit om offentlig upphandling.

Lena Fält är filosofie doktor i kulturgeografi vid Stockholms universitet. Hennes forskningsintressen rör nutida stadsomvandlingsprocesser i en global kontext, med fokus på frågor kring styrning, makt och socio-spatiala konsekvenser. Hon har tidigare studerat urbana megaprojekt i Afrika.

Maria Grafström är docent i företagsekonomi och organisationsforskare vid Stockholms centrum för forskning om offentlig sektor (Score). Hennes forskning handlar om ledning och styrning av offentlig verksamhet med särskilt intresse för medier och kommunikation.

Livia Johannesson är filosofie doktor i statsvetenskap och verksam vid Stockholms centrum för forskning om offentlig sektor (Score). Hennes forskning berör två huvudteman: sjukvårdens organisering och förvaltningsdomstolarnas roll i demokratin.

Sven-Olof Junker är filosofie doktor i företagsekonomi och verksam vid Stockholms centrum för forskning om offentlig sektor (Score) och vid Centrum för hållbarhetsforskning (CSR) på Handelshögskolan i Stockholm. Hans forskning rör offentlig styrning samt försök inom politik och näringsliv att skapa hållbara marknader.

Torbjörn Larsson är docent i statsvetenskap vid Stockholm universitet. Hans forskning handlar i första hand om de centrala politiska institutionerna

i Sverige och EU och deras relation. Han har också publicerat flera verk inom området jämförande regional politisk förvaltning.

Martin Qvist är filosofie doktor och forskare vid Statsvetenskapliga institutionen på Stockholms universitet. Han forskar om styrning, samverkansprocesser och reformer inom offentlig förvaltning.

Lukas Smas är universitetslektor i kulturgeografi med inriktning mot samhällsplanering vid Stockholms universitet. Hans intressen rör stadsplanering och regional rumslig utveckling med särskilt fokus på planeringsideal, planeringsinstrument och planeringsprocesser.

Göran Sundström är professor i statsvetenskap vid Stockholms universitet. Hans intressen rör förvaltningspolitik och den offentliga sektorns omvandling, med särskilt fokus på frågor om styrning, organisation, rolluppfattningar och marknadsisering.

Carl Yngfalk är filosofie doktor i företagsekonomi och forskare i organisation och marknadsföring vid Stockholms centrum för forskning om offentlig sektor (Score). I sin forskning intresserar han sig för politiken bakom vår konsumtionsinriktade ekonomi, med särskilt fokus på frågor om makt, etik och identitet i och kring organisationer.

BILAGA A: Intervjuförteckning

Datum för intervju	Position/roll i NKS	Organisation
2017-10-02	Tjänsteperson	SLL
2017-10-05	Tjänsteperson	KS
2017-10-09	Tjänsteperson	Locum
2017-10-11	Representant	Facklig organisation
2017-10-13	Tjänsteperson	KS, SLL
2017-10-17	Tjänsteperson	SLL
2017-10-18	Tjänsteperson	KS
2017-10-20	Journalist	Dagstidning
2017-10-20	Tjänsteperson	SLL
2017-10-23	Tjänsteperson	SLL
2017-10-23	Tjänsteperson	SLL
2017-10-24	Tjänsteperson	SLL
2017-10-26	Tjänsteperson	Skanska
2017-10-30	Tjänsteperson	SLL
2017-10-30	Tjänsteperson	SLL
2017-10-31	Tjänsteperson	KI
2017-11-01	Tjänsteperson	KS
2017-11-01	Tjänsteperson	KS
2017-11-09	Tjänsteperson	SLL
2017-11-10	Tjänsteperson	COOR
2017-11-13	Politiker (KD)	SLL
2017-11-13	Tjänsteperson	NKS-kansliet, NKS-förvaltningen
2017-11-14	Tjänsteperson	KS
2017-11-16	Tjänsteperson	Locum
2017-11-29	Tjänsteperson	NKS-förvaltningen, KS
2017-12-01	Tjänsteperson	NKS-förvaltningen, KS
2017-12-04	Tjänsteperson	NKS-förvaltningen, KS, SLL
2017-12-08	Tjänsteperson	NKS-förvaltningen, KS
2017-12-12	Tjänsteperson	KI
2017-12-13	Politiker (FP)	SLL

2017-12-18	Tjänsteperson	NKS-förvaltningen
2018-01-16	Politiker (S)	SLL
2018-01-17	Politiker (M)	SLL
2018-02-19	Politiker (S)	SLL
2018-02-27	Politiker (S)	SLL
2018-03-29	Tjänsteperson	NKS-förvaltningen
2018-04-16	Konsult	Konsultbyrå
2018-05-03	Tjänsteperson	NKS-förvaltningen
2018-05-04	Tjänsteperson	NKS-förvaltningen
2018-05-14	Tjänsteperson	NKS-förvaltningen
2018-05-21	Tjänsteperson	SLL
2018-05-22	Tjänsteperson	NKS-förvaltningen
2018-05-30	Tjänsteperson	Skanska
2018-05-30	Tjänsteperson	NKS-förvaltningen, NKS-bygg
2018-05-30	Tjänsteperson	SLL
2018-06-04	Tjänsteperson	SLL
2018-06-07	Tjänsteperson	NKS-förvaltningen
2018-06-11	Tjänsteperson	NKS-förvaltningen
2018-06-11	Tjänsteperson	NKS-förvaltningen
2018-06-12	Konsult	Konsultbyrå
2018-08-27	Tjänsteperson	SLL
2018-08-27	Tjänsteperson	NKS-kansliet
2018-08-27	Politiker (M)	SLL
2018-09-03	Tjänsteperson	SLL
2018-09-13	Tjänsteperson	NKS-bygg
2018-09-14	Tjänsteperson	NKS-förvaltningen
2018-09-19	Konsult	Konsultbyrå
2018-09-24	Konsult	Konsultbyrå
2018-10-24	Politiker (FP)	SLL
2018-10-29	Politiker (MP)	SLL
2018-11-09	Politiker (C)	SLL
2018-11-19	Tjänsteperson	SLL
2018-11-22	Tjänsteperson	KS
2018-11-23	Tjänsteperson	KS
2019-01-22	Tjänsteperson	KI
2019-06-11	Tjänsteperson	NKS-förvaltningen, KS

2019-07-08	Politiker (S)	SLL
2019-08-19	Tjänsteperson	SLL
2019-08-20	Tjänsteperson	KS
2019-09-06	Tjänsteperson	NKS-förvaltningen, KS
2019-09-09	Politiker (S)	SLL
2019-09-10	Tjänsteperson	KS
2019-09-11	Tjänsteperson	KS
2019-09-30	Tjänsteperson	NKS-förvaltningen, KS, SLL
2019-10-14	Tjänsteperson	KS
2019-10-15	Tjänsteperson	KS
2019-10-15	Representant	Facklig organisation
2019-11-01	Tjänsteperson	NKS-bygg
2019-11-21	Politiker (V)	SLL
2019-12-02	Politiker (FP)	SLL
2020-05-27	Journalist	Dagstidning
2020-05-27	Journalist	Dagstidning
2020-06-03	Journalist	Dagstidning

BILAGA B: Metodbeskrivning av medieanalysen

Vår genomgång av medieinnehåll har gjort det möjligt att identifiera mönster i publiciteten om NKS, såsom vilka händelser och frågor som har getts uppmärksamhet i offentligheten, när i tiden och vilka aktörer som har getts utrymme. Analysen baseras på sökningar i Mediearkivet Retrievers databas. Val av sökord har gjorts för att ge så specifika träffar som möjligt med fokus på *NKS-projektet* och inte Karolinska universitetssjukhuset generellt. I sökningar före 2008 användes sökordet "Nya Karolinska" för att fånga upp eventuell publicitet innan det formella beslutet om att bygga ett nytt sjukhus togs. Från 2008 fram till och med den 31 december 2017 har två sökord använts: "NKS" och "Nya Karolinska Solna". För dessa år har alltså sökningarna gjorts på projektnamnet. Eventuella artiklar som har handlat om projektet men som inte explicit innehåller orden "NKS" eller "Nya Karolinska Solna" har alltså inte inkluderats i analysen.

Endast artiklar i papperstidningar har inkluderats (undantaget TT Nyhetsbyrån som är webbinnehåll). Följande 30 mediekällor har inkluderats i sökningen:

<i>Affärsvärlden</i>	<i>Fokus</i>
<i>Aftonbladet</i>	<i>Forskning & Framsteg</i>
<i>Aktuella Byggen</i>	<i>Journalisten</i>
<i>Aktuellt i Politiken</i>	<i>Läkaren</i>
<i>Byggfakta Projektnytt</i>	<i>Läkartidningen</i>
<i>Byggindustrin</i>	<i>Metro riks</i>
<i>Byggnadsarbetaren</i>	<i>Metro Stockholm</i>
<i>Byggvärlden</i>	<i>Mitt i Solna</i>
<i>Dagens Forskning</i>	<i>PunktSE Stockholm</i>
<i>Dagens Industri</i>	<i>Resumé</i>
<i>Dagens Nyheter</i>	<i>Samhällsbyggaren</i>
<i>Dagens Medicin</i>	<i>Svenska Dagbladet</i>
<i>Dagens Media</i>	<i>TT Nyhetsbyrån</i>
<i>Dagens Samhälle</i>	<i>Veckans Affärer</i>
<i>Expressen</i>	<i>Vi i Solna</i>

Kodningen av medieinnehåll har genomförts i två steg. I ett första steg har en översiktlig genomgång av alla träffar, det vill säga artiklar, gjorts. Samtliga artiklar som har bedömts handla om NKS alternativt om närliggande, relevanta frågor har skrivits in i Excel (datum, rubrik, mediekälla). För dessa artiklar identifierades ett övergripande ämne för artikeln. I de fall NKS/Nya Karolinska Solna endast nämns perifert har det övergripande ämnet identifierats som något annat än projektet (t.ex. sammanslagningen mellan Karolinska Huddinge och Karolinska Solna, allmänt om sjukvård i Stockholms län, Hagastaden/Vetenskapsstaden). Dessa artiklar är totalt 955 stycken. I ett andra steg har de artiklar som handlar om NKS/Nya Karolinska Solna kodats mer i detalj. Dessa artiklar är totalt 732 stycken. De kodade variablerna är följande:

- Datum och år
- Tidningens namn (mediekälla)
- Rubrik
- Artikeltyp (t.ex. artikel, notis, ledare, krönika, debattartikel)
- Huvudämne (vad artikeln i huvudsak handlar om)
- NKS-projektets "aktörsroll", enligt följande tre kategorier:
 - *Huvudaktör* = representant för projektet får uttala sig på ett omfattande sätt samtidigt som ingen annan aktör får stort utrymme.
 - *Biaktör* = representant för projektet uttalar sig tillsammans med andra aktörer. Någon eller några andra aktörer får lika mycket eller större utrymme.
 - *Statist* = NKS-projektet/representant för NKS-projektet nämns/förekommer i artikeln, men uttalar sig inte.
- Huvudaktör i artikeln (den som får uttala sig mest, om annan än representant för NKS-projektet)
- Biaktör (som får uttala sig, men mer begränsat)
- Värdering av NKS-projektet i artikeln (om projektet presenteras övergripande positivt, övergripande negativt eller om projektet presenteras övergripande neutralt). Värderingen har gjorts

med tonvikt på artikelns inramning (vinkel), det vill säga fokus har legat på rubrik och ingress. Neutralt betyder antingen att projektet presenteras neutralt i artikeln eller att det finns en tydlig balans mellan positiva och negativa ordalag om projektet.

Kodningen har genomförts av Celine Helgesson Hallström, assistent vid Stockholms centrum för forskning om offentlig sektor (Score), Stockholms universitet.



Stockholms
universitet