

*Karolinska Institutet tar en anamnes på:*

# Klinik, forskning och kommunalisering



Vittnesseminarium om Karolinska Sjukhusets  
forskningsverksamhet i samband med  
sjukhusets bortglömda 75 års jubileum



Normark (red.)



**Karolinska  
Institutet**









**Karolinska  
Institutet**

*Karolinska Institutet tar en anamnes på:*  
**Klinik, forskning och kommunalisering**

**Seldingerrummet WikiKSgruppen  
Eugeniahemmet, Karolinska Sjukhuset**

2015-09-28

Redaktör: Daniel Normark

Layout: Marie Oscarsson

Utgivare:

Karolinska Institutet

Enheten för Medicinens Historia & Kulturarv

Daniel Normark

KI kultur vittnesseminarieserie nr 8

ISBN: 978-91-86873-07-3

December 2017

Daniel.Normark@ki.se

Tryck: e-Print AB, Stockholm





**Karolinska  
Institutet**

*Karolinska Institutet tar en anamnes på:*  
**Klinik, forskning och kommunalisering**

Seldingerrummet WikiKSgruppen  
Eugeniahemmet, Karolinska Sjukhuset  
2015-09-28

Medverkande:

Karin Harms-Ringdahl  
Bertil Hamberger  
Olof Ljungström  
Göran Holm  
Håkan Eriksson  
Gunilla Bolinder  
Kerstin Hagenfeldt  
Marc Bygdeman  
Jan Lindsten  
Karl Alexanderson

Moderator:

Daniel Normark





## INNEHÅLL

<b>Jubileet som kom av sig</b> .....	11
Karolinska sjukhuset/institutet – enhet eller ej?.....	15
Vittnesseminarier vid institutet: KI tar en anamnes på.....	17
Deltagarpresentationer.....	19
<b>Forskningsorganiseringsutredningarna vid KS</b> .....	33
<b>Landstingskommunaliseringen</b> .....	39
KI-HSN: samarbetsorganet.....	40
Vård-77.....	42
<b>Stockholms koncentration av forskningsresurser</b> .....	43
Forskare på KS: klinisknära laboratorier.....	44
Gråzonsutredningen .....	47
B-ledigheter: sabbatsterminerna som försvann.....	49
<b>Sjukgymnaster i kläm</b> .....	50
<b>Sjukhusetslokaler</b> .....	51
Kliniska forskningslaboratorium - enhetstankens pånyttfödelse.....	53
Delaktighet och hastighet på forskningsfronten.....	55
<b>Hur har klinikorganisationen förändrats?</b> .....	57
Centrum för Molekylär Medicin (CMM).....	59
Att ta lån på en fastighet.....	61
Byggnader och komplexa laboratorier.....	63
<b>NUU-nämnden</b> .....	65
Styra vård med utbildning och forskning.....	69
<b>Byggnader med ledarskap</b> .....	70
<b>Utbildningsplaner och vårdcentraler</b> .....	72
Spridda tjänster - kommunalt eller statligt.....	74
Nordvästra sjukvårdsområdet.....	78
<b>Början på slutet eller slutet på början - en dialog?</b> .....	84



## Jubileet som kom av sig

### *Gunilla Bolinder*

De här exemplen som vi har framför oss, som bland annat Jan Lindsten ligger bakom, en snabb exposé över allt som har sitt ursprung på och vid Karolinska Sjukhuset som seldingertekniken, pacemakern och tithålskirurgin och flera, så jag har radat upp alla här. Så att ni kommer ihåg allt som har haft ett värde för hundratusentals människor runt om i världen just nu och där Karolinska Sjukhuset bidragit med. Så hissa flaggan idag när sjukhuset fyller 75 år. Denna information skickade jag till kommunikationsdirektören och så skickade jag en kopia till vår VD och vice VD på sjukhuset, men jag har inte hört ett knyst. Är det någon som har sett någon flagga?



### *Daniel Normark*

Vi funderade på det, men vi har inte sett någon flagga heller.

### *Gunilla Bolinder*

Sedan är det att även Gabrielle Åhlberg Hillert, som föreläste på vårt seminarium om allokering av de nya lokalerna så att hon skulle veta det där, att vi kunde också kanske diskutera när det blir mer nära flytten vad vi kan hjälpa till med.

### *Olof Ljungström*

Just det, vilket också innebär att det kommer att vara lite för sent, lite för nära inpå flytten innan folk börjar reagera...

### *Gunilla Bolinder*

Jag tror det är just då folk vaknar till liv.

***Olof Ljungström***

Jo, det är Moment 22 kring det där; kommer du för tidigt så är det ingen som är angelägen och sedan när de är angelägna så finns risken att det är för sent.

***Gunilla Bolinder***

Då blir det att stå bredvid containrarna.

***Olof Ljungström***

Vi gör vad vi kan i det läget.

***Marc Bygdeman***

Hur kommer Karolinska sjukhuset att celebrera 75-årsjubileet?

***Karin Harms-Ringdahl***

Inte alls.

***Olof Ljungström***

Inte alls, det är det här i så fall. Att vi genomför detta vittnesseminarium är i sig ett firande, ett sätt att markera bemärkelsedagen.

***Göran Holm***

Det är vi som är Karolinska sjukhuset.

***Marc Bygdeman***

Ja, det har jag alltid förstått, men det är ingen som har trott mig.

***Karin Harms-Ringdahl***

Så det här är rebellisk verksamhet.

### ***Olof Ljungström***

Ska vi säga någonting. Vi är alltså från enheten för medicinens historia och kulturarv, den historiska enheten på Karolinska Institutet, och initialt tänkte vi att vi kan vara vi våra lokaler i Haga Tingshus, men Gunilla ansåg att nja...



### ***Gunilla Bolinder***

Jag älskar det huset, kom ihåg det.

### ***Olof Ljungström***

Precis, det är ett mycket älskansvärt hus, men Gunilla tyckte det var bättre att vi var på Karolinska sjukhuset ändå och Eugeniahemmet är en del av sjukhuset och dess lokaler. För oss som på något vis försöker upprätthålla kunskapen om det här, försöker förstå vad det här är, vi försöker lära oss detta så är KS och KI en komplicerad tango. De moderna omständigheterna med det delade huvudmannskapet sätter krokben för det här och käppar i hjulet för det hela tiden, och det är inte bara Landstinget, det är också statens konstruktion med Akademiska Hus. Mycket av det här, med KI och KS går att se i miljön, titta, det är kartor och det är översikter och det är någonting som är förankrat i fysiska miljön, men det här är samtidigt en organisatorisk överbyggnad med olika företag ansvariga för platsen. Locum, formellt sett enligt dagens syn på saken på ena delen. Går vi över på Institutsidan så är det Akademiska Hus, så vi har ett splittrat huvudmannskap och sedan talar ju inte Locum och Akademiska Hus med varandra heller, men det är fortfarande Karolinska institutet som har professorer insprängda lite överallt. Så vi springer efter och försöker hålla den här förstälten över vad detta är och vad det har varit. När man inte gillar oss så är vi ju imperialister. Vi försöker på något sätt utsträcka Karolinska institutet över allting, det är väl det vi kan misstänkas för. Men historiskt sett så är det här en statlig verksamhet. Går vi tillbaka, det börjar någonstans kring 1912 det här kommer ut, och då beskrivs det som en byggnadsfråga, och då är det Karolinska institutets byggnadsfråga, men det är också den stockholmska sjuk-

vårdens byggnadsfråga - serafimerlasarettets fråga. Någonstans där så formuleras det som kallas för enhetstanken, och den är ju väldigt logisk egentligen att du ska samlokalisera forskningen, utbildningen och sjukvården; det är tre ben, de stöder varandra, de behöver varandra, de måste vara intimt förbundna med varandra. Problemet är att bara det faktum att du formulerar enhetstanken säger antagligen att det är någonting här som redan kärvar. Det är en form av aspirationell formulering, och det här är redan på 1920-talet. Det är delvis detta kommer till, för redan då bestämdes att det här ska lösas i en viss ordning. Problemet är för stort för att lösa både för sjukvården och för forskningen samtidigt, så man bryter ut sjukvården. Det är anledningen att det är 1940 som sjukhuset invigs. Då har man löst det.

Institutet får vänta ytterligare några år, men då har man hållit på i tio år och krigat med Kungliga Byggnadsstyrelsen, för där har man också slagit isär den här ursprungliga ordningen, allting har gått under medicinalväsendets fram till 1934. Och då plockas Karolinska institutet ut och stoppas in och läggs till Ecklesiastikdepartementet. Det innebär att då bygger vi nationalsjukhuset Karolinska sjukhuset, och det är nationalsjukhuset. Tyvärr hade vi inte med oss den stora Coffee Table Book, som produceras till öppningen 1940, som hyllar detta nationalsjukhus.

### *Karin Harms-Ringdahl*

Jag har den.

### *Olof Ljungström*

Du har den! Vad fint. Den är fantastisk. Någonstans där så... den historien ligger bortanför det vi kommer att prata idag om, men den kommer tillbaka, och den är också någonting som landstinget inte är inblandat i. Någonstans där så går det troll i historieskrivningen.

## ***Karolinska sjukhuset/institutet – enhet eller ej?***

### ***Kerstin Hagenfeldt***

Får jag fråga Janne en sak. KI:s flytt från Norr Mälärstrand det måste ju ha beslutats i slutet av 30-talet?

### ***Daniel Normark***

Det är samma tanke.

### ***Jan Lindsten***

Det är samtankar som framfördes redan kring 1910-talet. Då byggde man fortfarande till på Norr Mälärstrand 1911, men lösningen kom inte förrän man flyttade mellan 1945 och 1955.

### ***Olof Ljungström***

Nej, men det faktum att du väljer att lägga det här, det är också en fråga om var stadens gränser går.

### ***Kerstin Hagenfeldt***

Jag har den hemma, jag hade lånat den på KS fackbibliotek.

### ***Olof Ljungström***

Sjukhuset och Institutet, KTH alla är del av samma rörelse, ut från innerstan i centrala Stockholm. För det som ligger här utanför i Solna och norr om det stora vägsystemen kring Stockholms norra utsträckning är statlig mark. Så allting här är statlig mark från början, det är också anledningen att staten valde att lägga det här. Det var mycket enklare att göra detta, för man sålde av de gamla tomterna på de attraktiva adresserna inne i centrala stan, fick mycket pengar för dem och kunde köpa billig mark här ute, som statens dessutom disponerade som man själv ville och inte behövde blanda in Stockholms stad.

**Jan Lindsten**

Gjorde du någon värdering vad gäller att det fanns två olika huvudmän? Det är klart att det finns komplikationer, men även om du bara hade haft en huvudman hade det inte varit komplikationsfritt.

**Olof Ljungström**

Oh ja, de har olika verksamheter i alla fall.

**Jan Lindsten**

På hemsidan så har de skrivit ihop det i alla fall i rubriken, eller hur?

**Olof Ljungström**

Oh ja, det är enhetstanken som fortsatte att vandra igenom.

**Karin Harms-Ringdahl**

Det där är landstinget, det är alltså sjukhuset. Det är inte Karolinska institutet. Relationerna ger ofta uttryck för att man från KI hävdar att KI äger sjukhuset och sjukhuset tycker inte att KI äger sjukhuset. Där har vi grundkonflikten mellan landstinget och KI, beroende på vilka ärenden det gäller, inte de rent akademiska särskilt mycket, utan kostnader för hur man använder lokaler och vad som är sjukvård och vad som inte är sjukvård, där är det liksom aldrig riktig harmoni.



## *Vittnesseminarier vid institutet: KI tar en anamnes på...*

*Daniel Normark*

Nu tänker jag bryta in här, för jag tänker ge en liten kort introduktion om själva metoden, det är nog på sin plats. Det här samtalet kommer att bandas. Den här bandningen kommer jag sedan ta vidare till en person som kommer få sitta och transkribera texten och för över det på papper. Texten på papper kommer sedan skickas ut till alla som är med här, och då äger man det man själv har sagt, så vill man göra ändringar får man jättegärna göra det och göra det på den text där man själv har yttrat sig. Man får man lägga till och dra bort saker och fila och förfina. Så man äger de man själv har sagt, det är man författare till i det avseendet.



Ni får även lägga till saker i form av fotnoter, för minnet sviker en ibland och ni kan komma på mer hemma i er kammare. Vi har märkt att vid sådana här tillfällen, att få börja prata om saker tillsammans med andra, väcker många tankar och det är vår förhoppning att det här kommer väcka era tankar och väcka minnen från förr. När väl minnena är väckta så kan det braka iväg och ni kommer på ännu mer saker, och ni går hem och hittar papper, där datumen står mer exakt och då är det väldigt bra ifall ni kan fylla på allt eftersom då texten därmed kan fungera som ett ypperligt källmaterial.

Sedan är vår förhoppning också att det här dokumentet blir som en snöboll, dvs. vi börjar rulla den nu, det här är liksom startskottet. Sedan rullar vi bollen och cirkulerar texten till andra, som vi tror borde ha varit med men inte kunde närvara idag, och få de att börja väcka sina tankar och få de att börja komma med sina tankar och funderingar, antingen att vi bandar det eller att vi ber dem skriva ner det, så att den här informationen, den här kunskapen om Karolinska sjukhuset växer på olika sätt, och de processer som vi har varit del utav och nu är med och skapar ett historiskt dokument kring. Det är lite mer de tekniska detaljerna och funktionaliteten i det vi gör.

Sedan kring själva metoden. Metoden, som vi kallar vittnesseminarium, är en metod som har funnits nu snart i 20 år. Jag brukar använda min far som exempel, som på mitten av 90-talet var med om att FN anordnade sådana här vittnesseminarier, då var det Lessons Learned unit från konflikten i Somalia, och man fick flera inblandade aktörer att berätta om hur det hade varit, vad som gick fel, vad som ändå var bra i processen. Det var ett 30-, 40-tal människor som fick prata om detta och man bandade och dokumenterade det. Det gav ändå tillfälle att faktiskt reflektera kring vad vi skulle kunna vi lära oss genom att tänka på de här processerna. Jag använder ordet ”processer” väldigt mycket i den här lilla korta introduktionen av vittnesseminarium, för det är också en sådan sak som lätt faller mellan stolarna i olika historiska dokument och olika sätt att beskriva och förstå historia. Tittar vi till exempel på forskningsprocessen så är vi duktiga på att presentera det färdiga resultatet och alla kan hylla det och se det, men processen dit kan ofta vara höljd i dunkel. När vi tittar på byggnadsprocesser, så är det samma sak; man ser det färdiga resultatet men man ser inte vägen dit alltid. Man ser inte alla möjligheter som man kompromissade bort eller alla steg där man behövde jämka in andras åsikter eller andras förhandlingar. Ett sådant här öppet samtal som ett vittnesseminarium ger möjlighet till, är ett sådant tillfälle där vi faktiskt kan lyfta upp de här sakerna - hela vägen dit. Målet är inte alltid det viktigaste, men vägen dit säger mycket. För att kunna göra detta så är det också viktigt att vi då funderar på vad som hände, vilka steg som togs, vår inblandning i det hela och inte nog att förglömma, så är det för den stackars människa som sitter och transkriberar det här ganska viktigt att vi nämner vårt eget namn, även om vi kan se vem som är vem, så kommer det inte alltid vara enkelt för den som lyssnar på det här att höra att nu är det Daniel som pratar, osv. Så man säger sitt namn och sedan berättar man vad man ville säga.

Jag tänkte faktiskt börja med en kort sak för att komma igång, så tänkte jag att vi kunde gå varvet runt, berätta kort vilka vi är och var vi befann oss under 80-, 90- och 2000-talet, som är de här 30 åren som på något sätt jag hoppas att vi kan täcka med den här processen. Jag tänkte att jag börjar på min högra sida, Karin.

## *Deltagarpresentationer*

### *Karin Harms-Ringdahl*

Jag som just slog upp boken ”Rum gymnastikavdelning”, precis de britsar som var när jag gick som student här. Karin Harms-Ringdahls heter jag. Jag gick som student till sjukgymnast mellan 1965 och 1967. Då såg det precis ut som den här bilden som är på sidan 131.

### *Daniel Normark*

Ska lägga till också att du bläddrar just nu i stora boken om Karolinska sjukhuset, till öppningen 1940.

### *Karin Harms-Ringdahl*

Ja. För på den tiden så var den avdelningen mycket förenad med fysikalisk medicin, som den hette på den tiden, och de hade badklinik där nere, där alla patienter fick bada. Det fanns också behandlingar. I alla fall så blev jag ganska tidigt intresserad av forskningen och värvades så småningom av Harald Brodin att bli involverad i forskningen, men sedan så arbetade jag också på Praktikertjänst i en privatmottagning under många år. Jag kom ganska fort tillbaka i alla fall i undervisning av studenter, för det tyckte jag var lite viktigt, och blev så småningom tror jag lärare i själva byggnaden Karolinska sjukhuset i slutet av 70-talet. Där blev jag involverad i forskningen efter år -77, så var det en viktig del att sjukgymnaster kunde forskarutbilda sig utan alltför långa omvägar, så jag blev involverad i forskningen av den som kom att bli handledare, Jan Ekholm, och började intressera mig för detta. Jag fortsatte inte sedan, det var inte vanligt då, jag var den tionde sjukgymnasten i landet som höll på med forskning på den tiden. Det gjorde att jag blev väl integrerad dels på Anatomiska institutionen och så småningom då Fysikalisk medicin och rehabilitering, som den kom att heta avdelningen. Och sedan Rehabiliteringsmedicin. Samtidigt så blev jag lärare vid Karolinska sjukhuset, som adjunkt, och arbetade på Institutionen för sjukgymnastik, som var en nybliven institution. Den hade skilt sig ifrån Fysikalisk medicin och rehabilitering.

Där jobbade jag, jag disputerade egentligen, fast jag var ju tjänstledig eftersom jag hade min forskarutbildning, och sedan var jag studierektor för personer med s.k. ”medellång vårdutbildning”, som det hette på den tiden, dvs. utbildningar som var mindre långa än psykologers och läkares utbildningar. Det här med sjukgymnastutbildningen är lite intressant för den är ju statlig i Stockholm och i Lund, medan den på alla andra ställen kom att ligga på Vårdhögskolorna. Sedan fanns ju logopederna också. Så det var logoped, det var tandläkare, det var sjukgymnasterna och det var medicinerna, läkarstudenterna. Vi var de enda studenter som fanns vid KI helt enkelt.

Mitt jobb som studierektor, det var ju på Karolinska institutet, fick mig att få kontakt med väldigt många personer, där de kunde tänka sig att vara intresserade av forskningen. Ingemar Ernberg jobbade kring detta, och han var ju studierektor för forskarutbildningen och försökte liksom integrera vår forskning i den medicinska, vilket kom att bli en föregångare kan man säga i Sverige, för annars så var det ofta så att det var skilt igen. Här blev vi integrerade med den medicinska forskningen och en självklar del av den. Men på vårdhögskolan så sysslade man väldigt mycket med en helt annan typ av forskning, alltså inte så mycket patientforskning utan mer lärande. Det gjorde också att jag lärde känna väldigt många av professorerna av den generation som ni tillhör och jobbade med dem. Jag kom att sitta i diverse olika råd. Så småningom blev jag biträdande lektor, sedan blev jag lektor, jag blev faktiskt biträdande professor och det var då under Sten Lindahls tid som FoU-direktör, men också som prefekt på Kirurgiska vetenskapen dit rehabiliteringsmedicin tillhörde. Sedan tillhörde vi Folkhälsovetenskap också ett tag. Så där var jag biträdande lektor och lektor och sedan blev jag biträdande professor och sedan blev jag professor på en utlyst donationsprofessur faktiskt. Så, så är mitt lilla liv där.

Så småningom så kom jag att sitta i Forskningsstyrelsen som suppleant, som ordinarie och därefter som prodekanus för forskning. Jag satt också på Karolinska sjukhussidan i många FoU-råd både på institutionsnivå, på kirurgiska vetenskaper och den centrala FoU-kommittén. Så det tror jag är lite av min lilla historia.

### ***Bertil Hamberger***

Bertil Hamberger heter jag. Jag är född på Karolinska sjukhuset, och jag har gått all utbildning på KI och disputerade 1967. I det här sammanhanget kom jag igång i mitten på 80-talet, jag träffade Göran Holm. Håkan och jag och var med i många av KI:s utredningar, som jag förmodar att vi kommer att diskutera mer om. Det roligaste som vi gjorde var ju forskningskommittén på KS som vi drev ihop här, så att vi integrerade Karolinska institutet (Forskningsnämnd Nord) och sjukhuset i en forskningskommitté, som egentligen var verksam i drygt tio år och som retade gallfeber på en del när vi skrev Forskningsfronten. Den gemensamma forskningskommittén var faktiskt väldigt bra för utvecklingen av forskningen för att faktiskt integrera labbforskning och för att få en breddning av forskningsverksamheten. Sedan har de inte blivit av med mig än utan jag följer mycket av verksamheten och håller med strategiskt arbete avseende translationella cancerforskningen i Stockholm i min egenskap av vice ordförande i Cancerföreningen i Stockholm.



### ***Olof Ljungström***

Jag ska också vara kort, jag är disputerad idéhistoriker från Uppsala från början, men blev involverad här genom jubileumsprojektet vid Karolinska 2010. Jag kommer som Daniel från det som nu är Enheten för medicinens historia och kulturarv, det som tidigare var Kulturenheten.

### ***Göran Holm***

Göran Holm heter jag och jag är väl en outsider i det här gänget har jag en känsla av. Jag är landsortsmedicinare, uppfostrad i Uppsala hos Eva Ask-Upmark. Min gamla kontakt med KI begränsas till en kurs i dermatologi i mitten på 50-talet på KS och tentamen i medicin 1967 för Henrik Lagerlöf på Serafen, eftersom jag inte ville tentera för Erik Ask-Upmark i Uppsala. Han krävde att man skulle tentamensläsa i sex månader innan man fick gå upp, så jag tyckte det var snabbare att resa till Stockholm, och det har

jag inte ångrat. Sedan var jag på landsorten i fyra år. Det var en sinkadus att jag hamnade på Serafen, som jag blev kvar på i 17 år med avbrotta för avhandlingsarbetet. Jag har favören att initialt få Harry Boström till chef. Han var experimentalmedicinare och utbildad hos Eric Jorpes. Harry drev en forskningsavdelning på Wennergrens Institut för Experimentell Biologi vid Stockholms universitet. Han föreslog att jag skulle satsa på immunologi. På institutet fanns en immunologisk avdelning under ledning av Peter Perlmann. Hos honom gjorde jag min avhandling om cytotoxiska lymfocyter. Wennergrens Instituts donationsbyggnad är numera är riven och aktiviteten har flyttat till Frescati.

Ett år innan Serafen lades ner fick jag professuren i klinisk immunologi på Huddinge och var där i sju år. Min historia som professor i medicin på KS började 1986 till min pensionering juli 1995. Det var tio intensiva år. Därefter har jag hankat mig fram med forskning, en oerhört spännande uppgift. Anledningen till mitt engagemang var den uppfostran som jag som ultrakliniker fick på Wennergrens Institut, ett integrerat forskningsinstitut med inriktning på cellbiologi, från början fr a rörande sjöborreägg. Många medicinare forskade där. Medicinarna tillgodogjorde sig kunskaper som man kunde utnyttja när man kom tillbaka till kliniken. Jag såg hur mitt eget ämne, internmedicin, som varit ett av de stora kliniska ämnena fram till 50- 60-talen, började falla i bitar. Professuren i medicin på KS försvinner i och med den nuvarande innehavarens pensionering, Så ämnet finns inte kvar som akademisk enhet; det är också svårt att forska inom den breda internmedicinen, man forskar istället inom dess specialistgrenar. Generalisterna håller på att dö ut.

Det har varit en spännande utveckling som jag och min generation har varit med om. När jag läste medicin i Uppsala på 50-talet, kallade vi värden för 1800-talsmedicin, och det var faktiskt så till en del; som exempel, vid akut hjärt-kärlsjukdom kunde man inte göra mycket mer än att ge omvårdnad med sängläge. Men den nya utvecklingen hade startat redan under 40-talet då man började få tillgång till antibiotika. Ett resultat var att tuberkulosen, som dominerade invärtesmedicinen på 30-talet, hade minskat dramatiskt; Enligt Israel Holmgrens memoarer var 50 % av sängarna på Serafimerlasarettets medicinklinik belagda med tuberkulospatienter.

### ***Olof Ljungström***

Och tuberkulos betraktas som en ärftlig sjukdom.

### ***Göran Holm***

Ja en del trodde det. Vården bestod mest av sängläge. Det gjorde man när man fick snuva och när man fick tuberkulos, eller hjärtinfarkt. I Uppsala på 50-talet låg man i strängt sängläge tre veckor efter en hjärtinfarkt. Jag kommer fortfarande ihåg när personalen sedan reste patienterna ur sängen, kunde de inte stå på benen. Det var förskräckande.

### ***Håkan Eriksson***

Jag är chockad. Jag heter Håkan Eriksson, jag är liksom Bertil född på Karolinska sjukhuset. Efter 22 år på Kemikum, de sex sista åren som institutionschef där så fick jag en professur i reproduktionsendokrinologi här på Karolinska sjukhuset och flyttade då över Solnavägen. En dramatisk flyttning kan jag tala om, att gå från det prekliniska KI till det kliniska KS vid den tiden så bytte man identitet; folk slutade hälsa på mig på Karolinska institutet och man såg mig som en avfalling där. Men under den perioden så satt jag först 12 år i Utbildningsnämnden, jag satt i Fakultetsnämnden, jag blev biträdande sekreterare i Medicinska forskningsrådet, och sedan var jag sekreterare i regeringens forskningsberedning när Per Unckel var utbildningsminister. Det var väldigt spännande för då kunde jag binda ihop erfarenheter från den prekliniska sidan till den kliniska sidan med det nationella och det lokala perspektivet. När jag kom till Karolinska sjukhuset befann sig sjukhuset i en brytningstid. Jan Lindsten hade tagit initiativ till en FoU-beredning som stod och stampade och istället så drog han igång ett antal utredningar, som vi kallade MUKS och TAGE. Samtidigt så tog några av oss, Bertil som satt i Fakultetsnämnden samtidigt med mig och Sten Orrenius som var dekanus, initiativ till ett antal utredningar, en som vi kallade för Karl, som behandlade den kliniska forskningens villkor, en som hette Karin som gällde den prekliniska forskningen vid de teoretiska institutionerna, en tredje utredning som gällde den prekliniska forskningen vid de kliniska institutionerna, och en fjärde, större utredning som gällde den medicinska forskningen

totalt vid KI. När man hade genomfört samtliga dessa utredningar under ett år 1988, övertalade vi rektor Bengt Samuelsson att ta initiativet till det vi kallade för KI90-utredningen, som sedan omsattes i KI93. I den utredningen så skapade vi en helt ny struktur för forskningshandläggningen på Karolinska sjukhuset. Vid KS fick vi en Forskningskommitté som hade en struktur som var rätt lik den på Medicinska forskningsrådet med expertberedningsgrupper. Vi fick – och det kommer nog Jan att prata mer om sedan – möjligheten att tillsammans utnyttja de FoU och ALF-medel som landstinget fick via staten och fördela dem enligt kvalitetskriterier. Detta fick stora effekter på omfördelning av forskningsresurserna vid Karolinska sjukhuset. Det här var en jätterolig tid, kanske den roligaste tiden jag har upplevt inom akademien, för vi samarbetade väldigt väl. Personunionen mellan forskare, kliniker, administrativ personal och arkitekter var jättebra och vi levde för flera projekt tillsammans och genomförde dem på ett sätt som vare sig hade skett tidigare eller senare. I slutändan så fick jag också vara prefekt för en av de kliniska institutionerna som blev resultatet av KI90-utredningen, Kvinnor och Barns hälsa. Därmed så fick jag ett ganska bra perspektiv på vad som hade hänt och under den här tidsperioden, framför allt slutet på 80-talet och början på 90-talet. Som jag tidigare sa det var en väldigt rolig och dynamisk period. Jag beklagar att man inte använde den som modell när man sedan började rota i Nya Karolinska sjukhuset. Hade man gjort det hade man stått sig mycket bättre än vad man gör idag.

### ***Gunilla Bolinder***

Gunilla Bolinder heter jag, och jag är nästan född på Karolinska, men det blev Pro patia istället. Men jag har tillbringat hela min vuxna tid på Karolinska i princip, och varit i tjänst på väldigt många kliniker. Jag är för närvarande verksamhetschef för något som heter Kliniskt Träningscentrum, det är en helt ny typ av verksamhet som var helt obekant före 1998, när Hälsohögskolan slogs ihop med KI. Jag var tandläkarutbildad på Karolinska institutet, och fortsatte direkt efter examen att läsa medicin, för jag kände mig alldeles för ung för att stå och borra i resten av mitt liv, och det är jag glad för, för jag fick en god uppfostran i preventionens betydelse, och sedan så kunde jag också förvåna mig över



att man lärde sig medicin genom att öva på patienter. Det gjorde vi inte på Tandläkarhögskolan, vi började alltid med attrapper. Då kan man säga att det är lite grand av en bakgrund till vad jag sedan gjorde med det här träningscentrumet. Men jag blev också specialist i njurmedicin och jobbade i 12 år på Njurmedicinska kliniken, Göran Holm var då vår professor, och han med lite förvånad blick tittade på mig när jag anmälde vad jag ville doktore-ra i, dvs. Vad vet vi om det svenska snuset och dess efter på hjärt- och kärlsjukdomar. Det var ungefär som ”Ha, ha, ha det var ju jättekul.” Men om två miljoner människor i Sverige använder en drog som man sedan inte riktigt vet vad den gör. Om man eldar upp den och inhalerar den då vet man vad som händer, men om man snusar... det fanns ingen kunskap. Men någon sade så här ”Man får cancer.” Ja, det var liksom det allmänna, alla sade man får cancer, men det fanns inga riktigt bra belägg för.

Näväl, jag fick i alla fall stöd för att göra min avhandling, och jag gjorde min avhandling och det var faktiskt en väldigt bra avhandling trodde jag, för det som var bra var det att jag fick resurser från Bygghälsan i Sverige, som var en mycket stor facklig organisation, som registrerade över 200 000 byggjobbare. Det finns få register i världen som kan mäta sig med detta register, och det är så superutforskat vid det här laget. Sedan dess har jag varit mer engagerad kan man säga i det kliniska och jag har varit helt oinvigd i alla de här olika utredningarna och deras betydelse för samverkan eller konfrontation mellan KI och KS. Utan det är först sedan när jag har börjat med att skapa detta kliniska träningscentrum som klyftorna har blivit mera uppenbara. Men vi har ändå lyckats att skapa ett färdighetscentrum, alltså att få yrkesfärdigheterna intränade hos våra blivande sjukgymnaster, sjuksköterskor, kirurger osv., vilket har varit av mycket stor betydelse för det vi idag kallar patientsäkerhet. Det ordet fanns ju inte före 2002, skulle jag vilja säga, därför att då kom en rapport som hette ”It’s human to err”, det är mänskligt att fela, den väckte väldigt, väldigt många tankar när det började göras statistik på att det går åt skogen i vården, alldeles för ofta. Och att det mycket ofta beror på kommunikationsproblem, och också på brister i färdigheter och yrkeskunskap.

Sedan har jag hållit på med detta fram till nu, och det är alltså 17 år, och har nu ett centrum som är både i Huddinge och i Solna, så

jag var ju med om den här sammanslagningen, och det har inte varit lätt, det har varit som ett kliande eksem. Att få människor att harmoniera från syd till nord har varit faktiskt ganska tufft många gånger. Vi alla har lite svårt för förändringar och man "Det här är vår kultur." "Ja, men det här är deras kultur och..." Så småningom så har det utkristalliserat sig, vissa saker var nödvändig att dela upp igen, och andra saker har tvingats in i en form där man kan uthärda varandra. Men som ofta så tar det 20-30 år innan alla känner sig som att de tillhör den nya organisationen, och för min del har det varit besvärligt att få den här verksamheten erkänd, därför att den hör inte till någon institution utan till alla institutioner, och den hör inte till någon division, utan till alla divisioner. Vi är alltså en Core Facility för alla former av grundutbildning och färdighetsutbildningar, alltså fortbildning, livslångt lärande hos anställd personal i en enda härlig smet, vilket betyder att vi måste ha pengar från både KI och skolorna, och från sjukhuset. Så jag har slagits för att få en tjänst som fungerar, vilket tog ungefär sju år, därför att de på KI sade "Men vart hör du någonstans?" och sjukhuset sade "Vart hör du?" Till slut så förbarmade sig Sten Lindahl över att jag hörde till honom, och då har jag fått en anständig anställningsform. Men, jag är oerhört stolt över den verksamhet vi har lyckats att bygga upp, för nu börjar det väckas till liv. Vi har 52 kliniska träningscentra i Sverige idag. Så det är en stor förändring. Ingen av er har som grundutbildningsstudenter upplevt det här, och har också ibland lite svårt att förstå det, men så fort man kommer på besök och ser det här in action, med simuleringsövningar och olika teamträningar och så, så säger man "Wow, fantastiskt" många gånger. Och nu är jag ordförande i Medicinhistoriska Vänföreningen, därför jag väldigt förtjust i detta försök att bevara kulturarvet.

### ***Kerstin Hagenfeldt***

Jag heter Kerstin Hagenfeldt och blev färdig läkare på KI 1960. Min första erfarenhet av Karolinska sjukhuset var på våren 1957, då jag som amanuens på Bakteriologen fick ett vikariat på Blodgivarcentralen, hos Bengt Gullbring. Jag minns att jag irrade omkring i korridorerna och gick vilse, för jag hörde till Serafen som kandidat så jag hade inte varit på KS. Jag gjorde två gynekolog år och fyra kirurg år på Södersjukhuset och kom till KS till

Ulf Borell 1966, för att fortsätta min gynekologiska och vetenskapliga utbildning. Den sistnämnda fick jag hos Egon Diczfalusy, som 1970 flyttade över från hormonlabbet på 3 tr i C2-huset till det nya L2-huset tillsammans med genetiken. Jag blev färdig specialist ungefär samtidigt som jag disputerade 1972 och blev docent. På kvinnokliniken fick jag 1973 en biträdande överläkartjänst, som det hette i den statliga sjukvården. Den övergick sedan till en klinisk lärartjänst, senare universitetslektorat, när vi kommunaliserades 1982. Så jag har varit statligt anställd i hela mitt liv, sedan jag kom till KS.



Jag har intresserat mig mycket för undervisningen och från 1983 har jag varit ledamot av det som hette Linjenämnden och blev sedan ordförande 1987 och var ordförande fram till 1993 och har samarbetat med Bertil och Håkan i både Linjenämnd och Fakultetsstyrelse, och även i KI90 och i KI 1993, där Jan också var med. Det har skett mycket stora förändringar när det gäller Kvinnokliniken, det har jag ju insett nu när vi har börjat försöka skriva Kvinnoklinikens historia, för den tyvärr inte med i 50-årsboken boken, man utslöt kvinnokliniken av någon anledning.

### ***Daniel Normark***

Då knackade du precis på boken Karolinska sjukhuset 1940-1990.

### ***Kerstin Hagenfeldt***

Ja, jag menar just den blå boken. Om man ska beskriva vad som hänt i kliniken speciellt vad avser sjukvårdens utveckling i ett sådant här sjukhus, så måste man verkligen titta på de stora organisatoriska förändringarna. 1982 hände ju mycket när man byggde nya akutmottagningen och nya operationsavdelningen dit alla operationer centraliserades. Samma sak gällde akutmottagningen där vi nu fick dela lokaler med övriga kliniker. Förlossningen byggdes ut och nya laboratorie och undervisningslokaler tillkom. Jag tror att detta är viktigt och jag känner starkt för att vi ska försöka beskriva processen. En annan betydelsefull förändring skedde i samband med kommunaliseringen men det kan vi komma tillbaka till senare.

### *Marc Bygdeman*

Jag heter Marc Bygdeman, och blev färdig läkare på Karolinska institutet 1960. Sedan började jag min forskarutbildning hos Ulf von Euler först och sedan hos Sune Bergström, tillbringade fyra år på Institutionen för medicinsk kemi. Och jag kan ju säga det att någon bättre person än Sune Bergström har jag aldrig egentligen träffat på. Han var oerhört intresserad, oerhört hjälpsam i den vetenskapliga verksamheten, som jag ägnade mig åt. Men sedan disputerade jag då 1964 på prostaglandiner förstas, som var Sunes baby tillsammans med Bengt Samuelsson och andra. Då tyckte Sune att det var nu dags att titta på prostaglandinernas kliniska betydelse och möjligheter att utnyttja dem kliniskt, och därför så tyckte han att jag skulle flytta över till Karolinska sjukhuset, och dit kom jag 1 januari 1965 och blev kvar i 35 år fram till 2000.



Med en mångfaceterad patientpopulation, både patienter med alla vanliga sjukdomar inom specialiteten och men också hög-specialiserad vård fick man en allsidig utbildning men också möjlighet att ägna sig åt avancerad sjukvård t.ex. gynekologisk cancerkirurgi. Med en stor och varierad patientpopulation underlättades också klinisk forskning inom olika obstetriska och gynekologiska problemområden möjlig.

1978 blev jag professor, sedan klinikchef och därefter chefläkare med sjukhusdirektörer som Bertil Hedström, Jan Lindsten och Lars Gatenbeck. Särskilt tiden med Jan upplevde jag som mycket positiv och som innebar stora förändringar både i sjukhusets administrativa och sjukvårdsmässiga organisation. T.ex. gjorde vi tillsammans med professionen en ingående kartläggning av KS profilområden att satsa på inför framtiden vilket kunde ha varit utgångspunkten för det nya KS.

Sjukhusets organisation ändrades genom införandet av divisioner, Astrid Lindgrens barnsjukhus blev klart och verksamheten flyttades över från S:t Görans sjukhus. Vid planeringen frångick vi den vanliga klinik indelningen och utgick istället från olika verksamhetsområden där olika specialister samlades runt patienten istället för att patienten remitterades till olika specia-

lister inom sjukhuset. Motsvarande tanke aktualiserades också inom KS genom bildande av olika Centra. Det innebar en försvagad klinikstruktur men var säkert en fördel för patienterna.

Budgetplaneringen förändrades genom införandet av DRG d.v.s. man fick ersättning för utförd verksamhet vilket hade stor påverkan på sjukvårdsproduktionen men också innebar att fasta kostnader för undervisning och forskning fick betalas med LUA medel. Ja, jag kan sitta och prata i flera timmar... men det här var några saker som jag ägnade mig åt.

### **Jan Lindsten**

Jag heter Jan Lindsten och började läsa medicin i Uppsala varefter jag flyttade till Endokrinologen på KS, 1961 där jag sedan arbetadeganska många år. Jag disputerade 1963 och blev professor i Århus 1967 för att komma tillbaka 1970 när jag fick en professur i medicinsk genetik på KI och startade klinisk-genetiska laboratoriet på KS. Under tiden på Endokrinologen så



hade jag en ganska omfattande och ökande verksamhet, men allt var lokaliserat till köket på vårdavdelningen, och det visar bara den klinikens intresse av att koppla vård med basal forskning, vilket jag tror var väldigt viktigt. Sedan var jag chef på klinisktgenetiska laboratoriet under många år, och blev chefläkare 1987. Då övertog jag ett svårt ärende; Semb-konflikten. Frågan gällde vad man skulle göra med Bjarne Semb. Jag ställde upp på sjukhusdirektörens, Gunnar Lundbergs sida, och som vi såg det fanns det bara en lösning och det var att Bjarne Semb inte kunde få fortsätta som chef för thoraxkirurgiska kliniken. Det nämndes här förut att folk inte hälsar på en efter svåra beslut, och det här var den typen av beslut.

Sedan blev jag sjukhusdirektör på KS 1990 och var det under fyra år. Jag vill fylla i vad Marc sade, att det är nog en av de mest intressanta perioderna i min karriär, det var otroligt spännande. Som sades, vi hade ett fantastiskt samarbete Siv Fridén och Marc och jag. Det var under den perioden som vi införde divisionalisering, och det kan man ju tycka mycket om, men vi bedömde

det som en nödvändighet för att som chef ha 50 underchefer att kommunicera med är fullkomligt omöjligt. Divisionaliseringen lever ju vad man än tycker fortfarande kvar .

### ***Olof Ljungström***

Kan du bara snabbt förklara, det låter som att du skapar en hierarki med fler steg för mig, men vi har inte pratat om det.

### ***Jan Lindsten***

Jag vet inte om jag ska gå in på det, men det var att man samlade kliniker i divisioner, så istället för att ha 50 kliniker så blev det 11 divisioner med ett antal kliniker i varje.

### ***Kerstin Hagenfeldt***

Vilket år var det?

### ***Jan Lindsten***

Det var väl 1990 eller -91. Det finns mycket att säga om divisionalisering, men jag tror inte jag ska gå in mer på det nu.

Det absolut svåraste beslut som jag hade att fatta under tiden som sjukhusdirektör var stängningen av barnhjärtkirurgin på KS. Man var överens om att fyra av landets kliniker skulle reduceras till två, och att det skulle baseras på kvalitet. Man gjorde en utvärdering av verksamheten med utländska sakkunniga. Dessvärre var det just då som Semb-konflikten hade varit vilket lett till att introduktionen av nya metoder på Thorax hade försenats. Kvaliteten var därför klart lägre. Jag hade inga argument för att behålla barnhjärtkirurgin. Det var det andra tillfället när man slutade att hälsa på mig, men idag är jag faktiskt ganska stolt över resultatet därför att de två centra som vi nu har, i Lund och Göteborg, har världens lägsta mortalitet vid hjärtoperationer på barn.

Bland det sista jag gjorde som sjukhusdirektör var att skrev på att vi skulle bygga CMM, CCK, och Astrid Lindgrens Barnsjukhus.

### *Karl Alexanderson*

Jag heter Karl Alexanderson, och är arkitekt, så jag är en främmande fågel i den här kretsen, men jag har varit med så många år och lärt mig så mycket så jag känner mig som en del i familjen. Min bakgrund är att jag kommer från det stora arkitektkontoret White, och inom det kontoret finns ju mycket kunskap inom sjukvård och sjukhus. Jag själv har ägnat många år åt det, tidigare i andra sammanhang, också utomlands. Barnsjukhuset i Hanoi, hade jag ansvar för som arkitekt, så sedan när vårt kontor blev inbjudna att delta i en idétävling om Karolinska sjukhusets utveckling, det var 1988 och det var min roll i det där som är s.a.s. starten på min kontakt med Karolinska. Vi hade ju som grund den utredning som Håkan talade om förut, MUKS-utredningen, egentligen inga andra direktiv alls, utan jag uppfattade det så här att ”Vi vet inte hur vi ska bete oss med hela sjukhusområdet.” Det är ju stort som Gamla Stan, så det är ingen lätt uppgift. Utan tre arkitektkontor fick komma med förslag, idéer utifrån dels MUKS, som i sin tur beskrev naturligtvis forskningens mål. I övrigt så hade vi sjukhuset som fysisk situation. Den tävlingen, det förslaget ligger här. Jag ska inte gå in alls i några detaljer, för det kommer säkert mycket mer om det här sedan, men det gav s.a.s. grunden sedan... jag kan säga att nyckeln i det här tävlingsförslaget var nog det att vi levererade en struktur för infrastruktur, kommunikation för kvartersindelning inom hela området, som gjorde att man kunde... om man genomförde den här kommunikationen och en ny entré från Solnavägen så här, så kunde man bebygga olika delar oavsett om man hade bestämt sig för vad andra delar skulle innehålla. Och det i sin tur gav ju nyckeln till just det som har nämnts tidigare, om CMM och CCK. Nu var ju vårt kontor stort och vi hade andra som jobbade med andra delar av sjukhuset, bland annat just Astrid Lindgren, som min kollega Dick Lindberg hade ansvaret för och han hade i övrigt ansvar för mycket annat. Idéerna utvecklades ju först under ett år och sedan under de närmaste mellan fem och tio åren, och sedan kom ju de här miljardinvesteringarna, så jag kan gissa att det är upp åt två miljarder som har investerats på Karolinska sjukhuset. Det gjordes på den här grunden.

Men jag kom ju då att jobba med CMM med Håkan, Bertil, Jan och Göran Holm.

**Daniel Normark**

Lars Terenius och Lars...

**Karl Alexanderson**

Han kom inte in i första vändan. Det där beskrev egentligen att vi var en liten grupp som jobbade på ett helt annat sätt. Det fanns ingenting med landstinget, ingenting med Byggnadsstyrelsen, ingenting med Akademiska Hus, utan den starten... och jag ska inte heller gå vidare i det för det kommer säkert upp i samtalet. Men utifrån detta, det är alltså 1989-90 till nu egentligen, mellan 15 och 20 år, har jag varit involverad i mycket av planeringarna på KS, på Nya Karolinska, på det här stora området som byggs här nere nu, på Norra Stationsområdet. Efter det att ni gick i pension är det Sten Lindahl och forskningsdirektör och FoUU-ansvarig och vi håller på fortfarande lite, har funderingar över hur ska forskningen utveckla sig bäst i det här som fortfarande är lika stort som Gamla Stan och som man tänker bygga bostäder på.

Ska jag ta två saker som jag tycker är, förutom att det är otroligt stimulerande, oerhört roligt att jobba på det här sättet. Just det att bilda en stiftelse, CMM och CCK, och de gavs ett stort förtroende till oss på arkitektsidan och vi visste ju inte riktigt... jag menar som arkitekt få det stora förtroendet "Nu ska vi bygga det här, och du får ta tag och vara ansvarig för det.", det var ju en utmaning och väldigt spännande. I det här ingick ju också att man skulle få en finansiering av ett bygge, så förutom konceptet vad som ska byggas och så ska det också finansieras, sedan ska det byggas och genomföras. Att få jobba på det viset, det är en fantastisk situation.

Sedan den andra saken jag tänkte på, då fattade jag inte den stora ravin som går mellan de två sidorna, Solnavägen är s.a.s. ravinen, den är djupare än man skulle kunna tro.

**Karin Harms-Ringdahl**

Helvetesklyftan.



***Karl Alexanderson***

Så småningom eftersom jag har jobbat på KI-sidan också, så har jag förstått, jag tror än idag jag inte riktigt förstår, men ni säger alla samma sak, den ena efter den andra ”Man hälsar inte, eller man...” persona non grata eller vad det är, men tyvärr så ser jag ju... efter 20 år, det finns ingen överbrygning av det.

***Jan Lindsten***

Det byggdes ju en bro en gång för att förena KI och KS.

***Karin Harms-Ringdahl***

”akademiska”-gången.

***Daniel Normark***

Av Sune Bergström.

***Karl Alexanderson***

Vi gjorde också, det vet ni kanske, det här tävlingsförslaget för Nya Karolinska, det tog ett väldigt kliv och sträckte sig över hela Solnavägen, och var så utmanande så att vi lade sjukhusledning och KI:s administrativa ledning på andra sidan vägen i samma lokaler, och vi lade aulan på sjukhussidan. Sedan kan ni se hur resultatet ser ut idag. Det räcker nog.

## **Forskningsorganiserings- utredningarna vid KS**

***Daniel Normark***

Tack. Denna övning var främst för att se att ni gillade att prata och där har vi uppenbarligen inga problem och sedan att ni får presentera er för nu ska vi försöka strukturera samtalet mer genom tid, och det kan vara en nog så spännande uppgift. Jag hade

initialt tänkt börja med utredningarna på 80-talet. Jag ser dem som en startpunkt. Jag vet att du Kerstin troligtvis kommer att inflika med en tidigare historia, som du redan har flaggat för. Du får jättegärna göra det, men jag tänkte ändå lämna ordet över till Håkan Eriksson, till början. Håkan, kan du börja med att berätta om utredningarna MUKS, Karl, Karin och alla de andra som jag kanske inte känner till. Du gav en sammanställning till mig för några år sedan, en tjock serie av rapporter som var väldigt intressanta att läsa med en dynamisk beskrivning av både möjligheterna men också utmaningarna som man identifierade på 80- och tidigt 90-tal. För lite handlar seminariet om "Hur såg vi på framtiden? Hur såg vi på utvecklingen?" – då! Lite som en reflektion över vilka steg man möjligtvis tyckte att man kunde ta och vi har på ett sätt delar av facit idag. Allting kommer troligtvis förändras också men vi har samtidigt också någonting att förhålla sig till. Men när vi pratar om vittnesseminarium är det viktigt att man tänker på vilken period man pratar om och försöker beskriva vad man såg som möjligheter det utifrån det man visste då, inte från det facit som man delvis håller i idag.

Jag kanske ska introducera mig också. Jag är tekniksociolog, jag brukar moderera i de här vittnesseminarierna som vi från Enheten för medicinens historia och kulturarv håller. Jag är inte född på KS, jag är inte ens född i Sverige. Det var katolska italienska nunnor, som tog hand om mig när jag föddes. Mitt 70-, 80- och 90-tal var inte ens i närheten av det medicinska fältet, utan det kom först senare med 2000-talet och slutet av 2008 började jag här på KI. Därför tänkte jag Håkan, nu har du hållit dig beredd. Utredningarna, jag tror det är en bra början.

### ***Håkan Eriksson***

Man kan säga det att i slutet av 80-talet så diskuterades den kliniska forskningen väldigt mycket, och på Medicinska forskningsrådet var man oroad över att det var ett stort glapp mellan den starka basvetenskapliga forskningen och den sviktande kliniska forskningen. Flera kraftfulla och initiativrika kliniska forskningsledare pensionerades eller dog och rekryteringen av nya var inte lika stark som den hade varit tidigare. Incitamenten för dem som jobbade på de teoretiska institutionerna att gå över och fortsätta

som kliniker och kliniska forskare sviktade också, de hade varit en väldigt bra väg tidigare. På Medicinska forskningsrådet diskuterades vad man skulle göra för att öka intresset hos prekliniska forskare för klinisk forskning. Vi gjorde en del egna interna utredningar och kom fram till att vi skulle skapa tjänster som möjliggjorde för sådana som var disputerade på prekliniken att komma över till kliniken och få tjänster där inom vilka de kunde bedriva tre månaders heltidsforskning finansierat av MFR om de samtidigt fick en klinisk tjänst. Det här kom man överens om med de kliniska företrädarna på ett bra sätt. Samtidigt så började man då diskutera denna fråga i Fakultetsnämnden. På den tiden var Ove Broberger, som var professor i pediatrik på Huddinge, prodekanus och Sten Orrenius dekanus. Vi, som satt i nämnden, var överens om att vi måste göra en utredning kring den kliniska forskningens villkor. Den tillsattes i början av 1988, kallades för Karl-utredningen och leddes av Ove Broberger. Bertil var en av dem som satt med i denna utredning. Utredningen blev gaska genomgripande, då vi genomförde både bibliometriska studier, på-platsanalyser och intervjuer. Det framfördes stark kritik från dem som var verksamma på klinikerna mot att sjukvården höll på att ta över helt och hållet. Den tid man hade reserverad som forskningstid fanns inte längre kvar. Så utredningen resulterade i ett antal förslag, som vi förde fram till Fakultetsnämnden om förstärkningar av forskningen på de kliniska institutionerna. Detta medförde i sin tur att det uppstod blev ju en del spänningar inom fakulteten, mellan de prekliniska och de kliniska institutionerna. De prekliniska institutionerna, jag kom själv från Kemicum som var en av de största på KI och visste precis hur det var, man klagade främst över att man hade för lite resurser, forskningen blev dyrare. Samtidigt så hävdade man att kliniken kunde surfa på sjukvårdens resurser plus att man kunde få pengar från ALF-medel. Detta var, sett med prekliniska ögon, någon slags gränslös guldgruva. När jag försökte hyfsa diskussionen kring det här, blev jag klassad som en avfalling som inte stödde prekliniken. Men för att lösa denna ekvation gjordes det två ytterligare utredningar där vi gick igenom de prekliniska institutionerna, både den prekliniska forskningen på Karolinska institutet Campus och på KS och Huddinge. Och det visade sig att den prekliniska forskningen på sjukhusen hävdade sig väldigt väl, så många forskare som bedrev preklinisk verksamhet konkurrerade om de nationella forskningsmedlen lika bra som man gjorde på

Karolinska institutets prekliniska institutioner. Samtidigt så visade det sig att många av småinstitutionerna på Karolinska institutet producerade en ganska lågkvalitativ forskning och kostade väldigt mycket pengar. Detta ledde då i sin tur fram till att man gjorde en totalöversyn av hela forskningen på Karolinska institutet, via den så kallade KI90-utredningen. I denna kom man fram till att vi inte kan ha 150 institutioner, där några institutioner har en omsättning på 1½ miljon och ¾ av dessa medel går till lön till professorn och den återstående fjärdedelen till hans sekreterare, utan att vi måste se hur vi ska kunna använda resurserna på ett bättre sätt. Eftersom vi redan har haft ett vittnesseminarium kring KI90 kan vi göra För att göra en lång historia kort, och konstatera att vi reducerade antalet institutioner drastiskt och därigenom fick vi bättre utnyttjande av resurserna.

Parallellt med att man tog de här initiativen från Karolinska institutets sida, så togs det även parallellt initiativ på KS-sidan, så det var inte så att KI påverkade KS. Karolinska sjukhuset hade på egen hand upptäckt att den organisation man hade för den kliniska forskningsverksamheten inte var optimal. Vissa kliniker fick stora resurser för forskning men bedrev nästan ingen forskningsverksamhet, medan andra kliniker stod och stampade och var väldigt aktiva och aktuella men begränsades av resursbrist. Då tog Jan initiativet till den så kallade MUKS-utredningen. I denna gjorde man först och främst, en tillbakablick på hur KS hade utvecklats. Sedan tog vi tag i tidigare utredningar, bland annat en som gällde profilering som gjordes 1985 och en som kallades för ”Sjukvård i samverkan” om nio olika profiler. De här delarna lade man in utredningen och gick sedan igenom alla aspekter på forskning, forsknings-samverkan, klinisk styrka mm. I slutändan så såg vi också över de infrastrukturella förutsättningar som fanns och vilka som skulle behövas för att KS skulle kunna bli starkare. Några av de slutsatser man kom fram till det var bland annat att en del av forskningen, exempelvis cancerforskningen, var utspridd på en rad olika kliniker och i en rad olika lokaler och man på grund av detta fick en dålig samverkan och en dålig verkningsgrad. Det blev embryot till det som sedan blev CCK. På samma sätt så höll den molekylärmedicinska utvecklingen på att explodera och man märkte då att det var många av klinikererna som använde sig molekylärbiologin i sina kliniska studier, inte minst sådana discipliner som klinisk immunologi, men många andra. Det innebar det att det växte upp

prekliniska lab med hög kompetens på kliniksidan. Vi bestämde då att vi måste försöka befrämja denna utveckling och sneglade åt hur man hade gjort på Mayoklinikerna, John Hopkins och flera andra internationella storheter. och sade att vi får lägga prekliniska laboratorier på KS-sidan. När de idéerna lanserades på KS centralt så var det ordentligt sprängstoff, då KI:s ledning inte gillade förslagen. När vi diskuterade konceptet om en ökad samverkan mellan klinik och preklinik, så såg man från den prekliniska sidan bara att resursflödet skulle gå från KI över till Karolinska sjukhuset, och det innebar att vi initialt inte fick något stöd från KI:s ledning, utan pengarna till både CCK och CMM genererades via donationer. Karolinska institutet motsatte sig naturligtvis inte att man tog emot donationer, men det var först under ett senare skede som man aktivt bidrog med att ta universitetets pengar för att stödja uppbyggnaden av de nya forskningscentra. Skälet till det här var att man var rädd att Karolinska sjukhuset skulle bli för starkt. Man skulle ha både grundvetenskaplig forskning och klinisk forskning och integrering mellan dessa, det vill säga en translationell forskning, som skulle vara av världsklass. Därmed så blev de nationella forskningsfinansierarna, privata donatorer, Wallenbergstiftelsen och likartade, mer intresserade av dessa projekt och bidrog starkt till deras förverkligande.

Dessa händelser var källan till ganska intensiva diskussioner i Fakultetsnämnden när det gäller budgetfördelningsprinciper. Härvid kom frågan om LUA/ALF-medlen åter upp till diskussion – Jan kommer att berätta mer om det senare – men det var en central del kring händelserna vid denna tidpunkt. Utöver det här, när vi å ena sidan hade de utredningar som drogs igång av Karolinska institutet och de som genomfördes av Karolinska sjukhuset, där vi byggde upp en forskningsadministrativ struktur som var väldigt slagkraftig, och där också Huddinge sjukhus kopierade de system som KS utvecklade, och Danderyd och SöS och alla de kliniska sjukhusen samarbetade, så vi hade en samarbetsgrupp som drev de kliniska forskningsfrågorna, och det gjorde att kvaliteten och resurskonkurrensen stärktes, så plötsligt så drog de kliniska enheterna in mycket mer pengar än vad forskningen på Karolinska institutet campus gjorde. Därför blev det så att när man började diskutera lokaler, vilket naturligtvis kom upp, så blev det så att alla de statliga satsningarna som gjordes, gjordes på Campussidan. Jag vet detta, för jag satt i

Forskningsberedningen och hamnade mitt i de diskussioner som fördes där om vad och var Regeringen skulle satsa pengarna på. Då hade KIs ledning lyckats övertyga Utbildningsdepartementet om att KS hade så mycket pengar via sjukvården att där behövde man inte satsa mer. Enligt min uppfattning så missade man där en möjlighet att verkligen integrera preklinisk och klink med vården än vad man gjorde. Det var den andra linjen, att staten kom in på ett tydligare sätt. Per Unckel var en föregångare och stor visionär. Han släppte universiteten fria och sa att ”ni får stora friheter, men jag kommer utkräva ansvar”, och då började ju universiteten tänka på ett annorlunda sätt, vilket påverkade både den prekliniska och den kliniska forskningen. En av komponenterna i det här var LUA/ALF-medlen där staten gav medel till universitetssjukhusen för det intrång som man sade att forskningen gjorde. Så det var en rad olika aktörer som samverkade och man lyckades faktiskt att få dem att dra åt ett och samma håll. Resultaten av det här blev enligt min uppfattning väldigt bra. Den kliniska forskningen expanderade, man fick fler personer som ägnade sig åt klinisk forskning och avkastningen kunde vi mäta direkt eftersom vi hade en kvalitetsstyrd budgetfördelning. Varje klinik på KS var tvungen att lämna in redovisning varje år och konkurrera och det blev dramatiska. Utan att nämna för mycket så tappade ortopedin ett par miljoner från ena året till det andra, thoraxsidan på samma sätt, medan andra kliniker stärktes. Men vi gjorde det här med vissa buffertar och hade beredningsgrupper för alla områden, så det gjordes i samarbete. En viktig komponent var att vi satte av särskilda medel för forskningstid, så att kliniskt verksamma forskare kunde vara fria tre månader per år och forska på heltid. Man fick söka forskningstid i öppen konkurrens.

Det blev en väldigt dramatisk period, från 1988 fram till mitten av 90-talet när alla de här delarna kom. Byggnationen av CMM och CCK kom igång. De stod som symboler för att ”här hände det stora saker för forskningen på KS”. Vidare tillkom Astrid Lindgrens nya forskningsavdelning, man planerade och genomförde MR-centrum och hade flera andra projekt på gång. Så det kändes som att helt plötsligt hade Karolinska sjukhuset vaknat upp ur en dvala och tagit initiativet till hela forskningen vid Karolinska institutet.

Så det här var lite grand, inte alls färgat av min egen syn naturligtvis.

## Landstingskommunaliseringen

### *Jan Lindsten*

Bör man inte se det här mot bakgrund av vad som hade hänt tidigare. KS var ju rikssjukhus fram till det att man gjorde regionindelningen i början på 1960-talet även om den inte slog igenom förrän långt senare. Skillnaden blev ännu tydligare i samband landstingskommunaliseringen 1982 vilket innebar att KS kom att ingå i ett sjukvårdsområde inom Stockholmsregionen. Och det var ju också på det viset att det fanns en inställning hos landstingets tjänstemän och politiker att det var Huddinge sjukhus som man ville prioritera. Samtidigt växte primärvården under den här perioden och för att få ett tillräckligt patientunderlag var det nödvändigt att samarbeta med primärvården. Tyvärr blev det väl aldrig särskilt bra, det blev inte många akademiska vårdcentraler och inte ett särskilt utvecklat samarbete.

Håkan, du har nämnt lite grand om LUA och ALF. Skam till sägandes kommer jag inte ihåg när Tord Bergstedt ringde mig och bad att jag skulle utreda den där frågan. Det kan ha varit 1989 eller -90 eller någonting sådant. Bakgrunden var ju att staten gav en summa pengar till KI, som KI med automatik förde över till landstinget som ersättning för det intrång som utbildning och forskning gjorde. Om jag minns rätt rörde det sig om 300-350 miljoner kronor, medel som tidigare i princip hade gått in i landstingets svarta hål för att sedan fördelas ut på olika kliniker utan någon speciell granskning. Jag fick då uppdraget att titta på denna fråga tillsammans med bland annat Håkan och Ewa Ställdal. Jag kommer inte ihåg exakt vilka som satt med i gruppen, och jag har inte kopia av utredningen heller dessvärre.

### *Bertil Hamberger*

Jag var med, som kliniker i gruppen.

### *Jan Lindsten*

Du var med. Och vi kom ju snabbt fram till att man först borde identifiera pengarna och skapa en särskild pott i landstinget. Sedan kom det verkligen stora kruzet. Om nu landstinget såg sig som ett kunskapsföretag, så måste man ju också satsa på forskning och utveckling, och då var frågan hur mycket skulle vi be dem att satsa. Hade man tagit till för lite så hade kollegorna blivit förargade, hade man tagit för mycket så hade landstinget bara lagt ärendet i byrålådan. Så vi sade ”lika mycket”. Och det accepterades. Så landstinget tog alltså det 350 miljonerna från LUA-medel plus egna 350 miljoner och gjorde en pott på ungefär 700 miljoner. Då ska ni ha klart för er att på den tiden hade Medicinska forskningsrådet totalt ett belopp på ca 300 eller 350 miljoner kronor till sitt förfogande. Så Stockholms läns landsting förfogade över en pott som var ungefär dubbelt så stor som vad medicinska forskningsrådet hade. Medlen användes för olika satsningar och utfördelning till klinikerna enligt vetenskaplig aktivitet. Det var det som gjorde att vi kunde bygga upp en institution för omvårdnadsforskning, bygga upp laboratorium för djurexperimentell undersökning osv. Om vi gjorde någonting som var bra här sa tror jag att det var detta.

### *KI-HSN: samarbetsorganet*

#### *Håkan Eriksson*

Får jag bara komplettera en sak som jag glömde sak. Det var det att det också fanns en samarbetsgrupp som hette ”KI-HSN”, där ledningen för KI träffade ledningen för landstinget. Denna grupp var egentligen en ”avprickningslistsgrupp” det vill säga man diskuterade inte, man tog inga initiativ utan man informerade. Men just då ändrades deras arbetsformer, så att gruppen blev mycket mer dynamisk och började ta i gemensamma frågor. Sålunda löste man upp mycket av de missförstånd som fanns mellan sjukvården och den kliniska forskningen. Så den gruppen kom att bli mycket viktigare än vad den någonsin hade varit tidigare för samverkan mellan KI och SLL, framför allt för den kliniska forskningen. Det tycker jag man ska understryka.



**Daniel Normark**

Vilka var del utav den?

**Bertil Hamberger**

Det var en grupp från KS och KI som jag satt i och jobbade väldigt mycket med. Det var framför allt för att Lars-Åke Flod var en så stark person på landstingsidan som förstod vikten av forskning och utbildning. Det var på så sätt vi tillsammans gjorde fördelningsnycklarna utifrån ett antal parametrar och det var fantastiskt att se att under många år så tyckte alla kliniker på KS att det var fantastiskt roligt att varje år få redovisa vad man har gjort, till skillnad mot alla andra redovisningar där man hatade att få långa listor att fylla i. Hela den här idén att fördela pengarna efter aktivitet blev under kanske tio år en avgörande fördelningsnyckel. Den finns fortfarande kvar i vissa delar, fast tyvärr så har ju Karolinska institutet brutit in för drygt tio år sedan, och tagit en del av pengarna, för att det säger ”Vi vill fördela dem på egen hand”, det tycker åtminstone jag har gått helt snett för det har gått till mycket mer preklinisk forskning än vad det var tänkt från början. Men idén att fördela pengar på det här sättet var ett väldigt bra samarbete mellan landstinget och KI, och jag satt som professor och landstingsrepresentant på sjukhuset, så det var rätt kul.

**Jan Lindsten**

En sak till. Vi ska väl inte glömma att Sten Orrenius var dekanus för Medicinska fakultet på den tiden och hade infört ett system för utdelning av fakultetsmedel just efter aktivitet, så vi hade en modell att använda oss utav.

**Daniel Normark**

Karin, och sedan Göran.

**Karin Harms-Ringdahl**

Jag skulle vilja backa till en annan utredning som kom att ha väldigt stor betydelse för vårdforskningen, nämligen Vård 77. Genom den visade det sig att alla hälsoprofessionerna i princip skulle ges möjlighet att forska och det var ju särskilt medicinska klinikerna egentligen och medicinsk fakultet som tog emot det här. När jag började 1979 ungefär med det här, då var det ju så att även på den prekliniska sidan så var de flesta professorerna läkare. Det var deras grundprofession och det var nästan omöjligt att bli professor vid Karolinska institutet oavsett vilken sida om Solnavägen man befann sig, om man inte hade en läkarprofession. På den tiden så hade ju läkarna också möjlighet att ta komplement för att ägna sig åt forskning. Det blev ju mycket mer reglerat så småningom; man vara sjukvård när man har sjukvård och forska när man forskar, och det blev timmar som skulle räknas och redovisas. Det blev mer skilt på det sättet också rent strukturellt. Men just de här aktivitetsmedlen, som vi kommer till, det gjorde att det plötsligt blev möjligt för till exempel Sektionen för sjukgymnastik, både på KI-sidan och på sjukhussidan, att kunna redovisa vad man gjorde och sade "Jaha, men ni har väl ingen aktivitet?", "Jo, vi har visst aktivitet.", "Jaha, ska ni ha pengarna." Och det här ställde till det lite i Medicinska forskningsrådet, för plötsligt så fanns det en ny grupp som började konkurrera om pengarna. Från början hade vi varit ganska söta, gulliga, därför vi var många ambitiösa unga kvinnor som ville ägna sig åt det här med forskning. Vi hade höga betyg för att komma in på våra utbildningar, och det fanns ett väldigt stort intresse och en reserv, en intelligent kapacitet att utvecklas i sina ämnen, i samverkan med det medicinska, och det hade gått väldigt bra. Men sedan när vi började bli lite för starka och började konkurrera om pengarna, då blev det lite... då var vi inte fullt så roliga längre. Jag var ju den första fysioterapeuten i Sverige som fick en professur i mitt ämne i sjukgymnastik och fysioterapi, men också en förenad anställning. Det var ingen annan som hade haft det tidigare. Det var också en milsten. Alltså, vi fick möjlighet att forska på samma villkor, vilket ju var tuft. Men, vi lärde oss också att följer man de här villkoren som alla andra har, så à la bonheur då får vi liksom göra det. Det här var ju väldigt

viktigt det som gjordes av Sten Lindahl, för att göra det, Bertil Hamberger och också Medicinska forskningsrådet, som hade utredningar om omvårdnadsforskning, som det hette från början ända tills vi kom på att det är sjuksköterskornas huvudämne som är omvårdnad och att vårdforskningen vore än viktigare. Då sade medicinarna att ”Ja, men vi ägnar oss också åt vårdforskning.” Javisst, gör det och sök pengarna. Så det är många på till exempel Vetenskapsrådet som ägnar sig åt medicin, som det kom att heta så småningom, som är läkare och som är huvudman för stora vårdforskningsprojekt. Alltså, jag tror att det gynnar alla, för patienten är ju en patient med många behov, och de här hälsoprofessionernas insatser och sätt att utvärdera forskningsinsatsen även som läkare gör, har ju varit väldigt viktiga för att man ska kunna se förbättring på livskvalitet och funktionsförmåga.

## Stockholms koncentration av forskningsresurser

### *Göran Holm*

Jag vill gärna ta upp ett annat fokus som åtminstone när det gäller min disciplin haft stor betydelse för forskningsutvecklingen och det är den koncentration av forskningsresurser som skedde i Stockholm kring 1980. Jag tänker först och främst på Serafens nedläggning. Det fanns stor akademisk kompetens på Serafen. Där startades de första enheterna för strokevård och en hjärtinfarktvård. Pionjären i landet var Olof Forsman vid Borås medicinklinik. När jag återkom efter min disputation tjänstgjorde jag på hjärtinfarktavdelningen, som bestod av en säng med kringutrustning placerad i en korridor. Eftersom alla patienter inte fick plats, blev resultatet en automatisk randomisering, som visade att de som låg i sängen överlevde i större omfattning än de som inte fick plats. Resultaten finns publicerade. Det fanns stor forskningsdrive på Serafen hos Gunnar Björck, som hade en känsla för experimentell medicin. Han var ju själv experimentalmedicinare och hade disputerat hos Hugo Theorell.

Forskande läkare rekryterades från prekliniska institutioner.

Dessutom skickades doktorander ut till laboratorier runt om Stockholm. Som exempel gjorde en sin avhandling på Studsvik och jag på Wennergrens institut. När Serafen lades ner 1979 flyttade några prekliniskt skolade forskare över till Huddinge och några till S:t Eriks sjukhus. Större delen gick till Danderyd, de kallade det att övervintra. På Danderyd fanns alltså ett starkt gäng forskare som kom över till KS 1986-87. De startade forskargrupper på medicinkliniken och hade stora framgångar. Deras närvaro på KS innebar samtidigt ett krav på större och rationellare utrymmen för experimentell klinisk forskning. För många innebär klinisk forskning att forskningen ska vara patientnära. Men begreppet klinisk forskning innebär inte nödvändigtvis att forskningen utförs med patienter. Jag frågade Rolf Luft en gång hur han definierade klinisk forskning och fick svaret att all forskning på sjukhus är klinisk forskning. Jag instämmer.

### *Daniel Normark*

Kerstin och sedan Marc.

## *Forskare på KS: kliniska laboratorier*

### *Kerstin Hagenfeldt*

När man sitter här och lyssnar så kommer det många tankar i huvudet. En sak som jag har tänkt på och även tänkt på vägen hit, det är hur viktigt det är med kliniska laboratorier för forskning. Vår klinik kan man säga är ett verkligt exempel på det, där Axel Westman redan 1943 startade ett hormonlaboratorium som från början betalades av AB LEO och så småningom av Medicinska forskningsrådet med anslag till Egon Diczfalusy och det nya L2- huset 1970. Labbverksamheten var sedan länge integrerad i klinikens arbete, och vi har kunnat fortsätta med det när vi fick vårt nya laboratorium efter ombyggnaden 1982. Det är klart att man måste bygga upp centra som CMM och CCK med det enorma behov av specialmetoder och kvalitet som genetik och cancerforskning kräver i dag. Både från kvinnokliniken och från endokrinologens sida så har vi haft otrolig möjlighet att utnyttja resurserna på CMM

Sedan en kort replik angående KI90, som ju några av oss satt med i utredningen och upplevde spänningarna mellan KI och KS. Det är klart att det innebar en revolution när vi fick färre institutioner. Vi fick divisionerna med förändrad klinikorganisation, vi fick från 140 till 35 institutioner, och det som då naturligtvis har varit ett problem i vissa fall, och som verkligen har accentuerats efter sammanslagningen med Huddinge, det är att klinikorganisationen är gemensam, men KI-institutionerna är olika. Jag förstår inte hur det överhuvudtaget kan tänkas fungera.

Sedan vill jag naturligtvis ge en eloge till Janne för vad som hände med LUA- och ALF-medlen. Det var fantastiskt att som ansvarig för undervisningen plötsligt se att vi hade pengar, att det fanns pengar som man skulle använda för undervisning. Det hade vi aldrig haft. Så jag vill påpeka att det är inte bara för forskningen utan också för utvecklingen av undervisningen var viktigt att man kunde identifiera de här medlen. Tack!

### *Daniel Normark*

Marc och sedan Jan.

### *Marc Bygdeman*

Kerstin och jag har ju väldigt likartad bakgrund och erfarenhet, så egentligen så mycket av det Kerstin sade var det jag hade tänkt att ta upp till diskussion.

Den vetenskapliga verksamheten på KS byggde ju väldigt mycket på att forskare på Karolinska institutet hade möjligheter att komma över på Karolinska sjukhuset och fortsätta, och tillförde på det viset väldigt mycket av värde, grundforskningserfarenhet s.a.s., och kunde entusiasmera klinkens forskning i ökad utsträckning. Själv hade jag kvar ett laboratorium på Ki under mina första år på KS. Det fanns ju väldigt nära samarbete. Men det försvann ju så småningom, så nu är väl flödet av teoretiska forskare över till KS mycket mindre. Istället kunde man LUA medel utveckla egna forskningslaboratorier på KS. Kvinnokliniken hade ju flera laboratorier som låg i byggnaden och man fick en väldigt nära integration mellan den kliniska verksamheten och den vetenskapliga laborativverksamheten.

**Daniel Normark**

Nu är det Jans tur egentligen.

**Jan Lindsten**

Jag vill bara göra ett tillägg till vad Kerstin sa. Jag delar helt synpunkten att de klinisknära laboratorierna är ofantligt viktiga för den kliniska forskningen. Men när vi började prata om CMM och CCK då fanns det inte mycket sådant, bortsett från det på kvinnokliniken och Gustav V:s forskningsinstitut. Resten var ju i bästa fall ett litet rum knutet till professors expedition. Så det första vi måste skapa för att få en potential var CMM och CCK. Nästa steg hade varit att se över hur de enskilda klinikerna forskningsutrymmen.

Vi hade också regelbundna möten tillammans mellan KI och KS då vi bland annat diskuterade KS:s divisionalisering kontra KI:s institutionsindelning. Från KS:s sida ville vi ha samma indelning på bägge sidorna, men det gick aldrig att åstadkomma dessvärre.

**Daniel Normark**

Kort replik av Bertil och sedan är det Håkan.

**Bertil Hamberger**

I upparbetningen, om man nu ska ha med korrekt historia, så var det så att en av drivkrafterna för CMM var ju att det fanns ett antal kliniklaboratorier utspridda över sjukhuset, som visserligen delvis förde kanske en något tynande tillvaro som behövde föras ihop samtidigt som sjukvården behövde deras lokaler. Vi var flera som inventerade, Harald Ehrenborg och jag och jag tror Karl var med och vi inventerade det för bakgrunden av skriften . En av mina kanske inte så hedervärda eller roliga uppgifter var ju faktiskt att gå runt och lägga ner alla laboratorier som jag hittade i källarna och som pågick här och var. ”Det där fyller inte modern standard, ni få flytta härifrån, vi måste bygga nytt hus, vi måste gå igenom...” Jag ägnade ju tio år att gå runt och titta på forskningslokaler på sjukhuset just för att försöka få en bättre struktur.

## *Gråzonsutredningen*

### *Håkan Eriksson*

En utredning som vi inte har pratat om och som också var väldigt viktig, var den s.k. Gråzonsutredningen som var en nationell utredning, där alla fakulteter var representerade, och där vi diskuterade gränssnitten mellan sjukvård, klinisk verksamhet, klinisk forskning och basal forskning. Det var sensationellt i så motto att den här utredningen lyckades komma fram till konkreta förslag till åtgärder som alla kunde tillstyrka. Bertil var till och med ordförande i gruppen.

### *Bertil Hamberger*

Det är tur att Håkan har minne.

### *Håkan Eriksson*

Ja, du glömmer bort de stora grejerna du har gjort. Men att man lyckades ena samtliga medicinska fakulteter kring ett koncept om vad som var vad i den kliniska miljön, och att det fick sedan stor betydelse för hur de olika landstingen förhöll sig till sina respektive sjukhus är ett smärre genombrott för den kliniska forskningen. Så kombinationen av Jans utredning LUA/ALF och Gråzonsutredningen gjorde att man plötsligt tog tag i ALF-medel på alla lärosäten och fick dem kvalitetssäkrade och såg till att de gick till projekt av hög kvalitet.

En annan sak som jag vill ta upp är att vi var helt överens om det var lokalernas betydelse för den kliniska forskningen. Men, samtidigt så framhöll vi i det här sammanhanget att samtidigt som det är jättebra med bra lokaler och infrastruktur så måste vi kunna fylla dem med forskare som kan vara där under längre perioder. Det var därför så viktigt att man från Forskningsnämnden och Forskningskommittén satte av medel till forskartjänster. Vad vi gjorde då, som jag tyckte var genialt – det var Bertil som kom på det – var att när vi hade tillsatt Forskningsnämnden, som ju var landstingets forskningsorgan s.a.s., så såg vi till att vi fick personunion med Forskningskommittén, som var KIs organ på KS. Detta innebar att ledamöterna här personerna de satt och kunde

täcka båda delarna KI och KS, och då använda bägge resurspotterna; den som kom från KI:s budget och den som kom från landstingets budget och därigenom få en ordentlig styrka i de satsningar som vi gjorde, istället för att få en konkurrens mellan de två pottorna. Det tycker jag var ett av de mer framgångsrika konstruktionerna som vi gjorde under den här tiden.

### ***Daniel Normark***

Tack! Nu är det Gunilla.

### ***Gunilla Bolinder***

Jag har liksom sett mer konsekvenserna av utredningarna, och det skulle vi inte primärt tala om. Men bara upplevelsen av att ALF-medlen blev identifierade och etiketterade kan man säga bland annat till mer synlig undervisningstillgång. Det har väl varit bra i sak, men det har verkligen varit i närheten av den här gråzonsutredningen, för det är fortfarande väldigt svårt när det gäller utbildningssidan, att identifiera vad... ”nu sitter jag och undervisar dig” eller ”nu sitter och jag opererar i patienten, men samtidigt undervisar jag dig.” Det här gör att de medel som tilldelas undervisningen i de olika FoU-kommittéerna, dvs. på klinikerna, de är vikta för undervisning men de går inte ens åt alla gånger. Och det är inte så att de inte har undervisat utan det är så svårt att säga ”det här ska faktiskt läggas i undervisningsportmonnän. Det är ett stort problem idag. Jag måste säga, det här problemet finns kvar... alltså vissa saker kvartstår i decennier och det här med forskningen på KI, som blir alltmer preklinisk, det har ju blivit ännu mer så. Jag tror att det är jättefarligt att vi upplever den här klyftan som vi har identifierat, därför den blir inte bättre av lästa kodlös. Men bakåt sett så tror jag att det ändå finns en tydlighet i det här att man har förstått att det kostar att undervisa, men idag försvinner det.



## ***B-ledigheter: sabbatsterminerna som försvann***

### ***Kerstin Hagenfeldt***

Vad jag avsåg i mitt första inlägg var angående de forskartjänster som Håkan berättade om. Ni kanske minns ni som var med på den statliga tiden att vi hade något som hette B-avdrag, man kunde vara tjänstledig för forskning med lön. Jag kommer inte ihåg hur många dagar det var per år, men man fick samla ihop dem till längre perioder. Carl Persson, som var chef i Rikspolisstyrelsen, utredde kommunaliseringen. När vi kommunaliserades 1982 fanns en stor pott pengar med intjänade B-ledigheter och KS ledning fick ansvaret för hur de pengarna hanterades. Jag vet att jag personligen förlorade ett halvårs forskning då pengarna försvann in i den stora potten, och sedan använde Forskningsnämnden på KS de pengarna till en massa tjänster. Jag kommer ihåg att jag satt och kämpade mot det på ett sammanträde. Men det vore intressant om Bertil eller Håkan kommer ihåg hur det gick till 1982-83.

### ***Håkan Eriksson***

1982-83 fanns inte Forskningsnämnden, det fanns FoU-beredningen, och den tar vi vår hand ifrån.

### ***Kerstin Hagenfeldt***

Men det är så intressant för det var de facto så att de här personligt inarbetade B-ledigheterna försvann och omvandlades till bl.a. en tjänst på Radiumhemmet som jag var mycket emot, det är därför jag minns det så väl.

/allmänt skratt/

### ***Kerstin Hagenfeldt***

Men det kanske är ingen som kommer ihåg...

### ***Karin Harms-Ringdahl***

Jodå, jag kommer ihåg. Det var inte bara så, utan professorerna hade ju sabbatstermin. Jag tror inte man hade sabbatsår, men

man hade sabbatsterminer, och den var återkommande vart fjärde år eller någonting sådant där. Det var ganska tätt med de här. Dessutom skulle man ju när man skulle vara opponent så fick man ju tre veckors ”ledigt” för att ägna sig åt den här avhandlingen som man skulle läsa in sig på.

***Kerstin Hagenfeldt***

Utom när man var opponent på KI.

***Karin Harms-Ringdahl***

Ja, utom när man var opponent på KI, men annars när man var någon annanstans i landet. Jag tycker också att det har varit något problem, det gäller ju då när det är då att mycket av de här medlen både för undervisning, ALF-medlen är ju för läkarstudenters undervisning.

***Kerstin Hagenfeldt***

Nej.

***Karin Harms-Ringdahl***

Jo, jo.

## **Sjukgymnaster i kläm**

***Kerstin Hagenfeldt***

Sjuksköterskor också.

***Karin Harms-Ringdahl***

Nej. Då är det frågan om det ena är när läkare undervisar sjuksköterskor eller när läkare undervisar läkarstudenter, eller sjukgymnaster kan få det när de undervisar läkarstudenter. Det där trasslade till det väldigt på KKC. Alltså, om man säger att det är knepigt att säga var utbildningspengarna kommer och vad man

gör, så trasslar det till det. Från början, då på den tiden som ni beskriver på 80-talet, då var sjukgymnastutbildningen statlig, då var vi inkluderade i ALF-medlen, liksom logopederna. Logopederna gäller fortfarande idag för de finns bara i Lund och i Stockholm tror jag, som är statliga, så jag tror de fortfarande får medel. De är statliga i alla fall. Medan däremot när Hälsohögskolan kom in, de har ju inte haft de här ALF-medlen, då ströks vi andra sjukgymnasterna med ett pennstreck ifrån det här. Men däremot så har vi fått behålla möjligheten att forska kring de här forskningsmedlen. Landstinget på sin sida, de förstod att det har var ju problematiskt, så de avsatt lite pengar för en professur i omvårdnad och för professur i arbetsterapi, alltså i de som var hälsoprofessionernas professurer, men de avsatte inga medel för fysioterapi, för det var ju KI:s egentligen, så det fick bli en donationsprofessur. Så att det har varit mycket pengar kring de här. ”Vad ska forskningen gå, vad ska utbildningen gå.” Och hittills har landstinget varit väldigt generöst med att också försöka kompensera oss, men det är fortfarande så idag att man får mycket, vi kostar ungefär två fysioterapibesök vid poliklinik mot handleda en student i en vecka. Det är de faktiska realiteterna. Så det är väldigt lågt incitament för undervisning kan man säga, även om det är bra.

## Sjukhusets lokaler

### *Karin Harms-Ringdahl*

När det gällde de här lokalerna, så måste jag också be någon här som kommer ihåg, att Norrbacka-byggnaden, den har ju en K-märkt fasad, men det har ju varit en byggnad under ständig förändring och renovering. Bland annat så var det under en period, när Rehabiliteringsmedicinska kliniken fick tillfälle att utöka sina ytor, Spinalis kom in, det blev ett stort rehab-centrum med träningslokaler för både arbetsterapeuter, sjukgymnaster. På forskningsidan så fick vi ju ett rörelseanalyslabb och när man så småningom var tvungen att flytta ut därifrån för att administratörer skulle flytta, då fick jag ett tillfälle till de här rörelseanalyslabben i huvudbyggnaden, tack vare att Bertil hade identifierat en gång i världen och också förhandlat att jag skulle

få stöd för mina forskningslokaler. Jag är dig djupt tacksam för detta. Det här rörelseanalyslabbet hade ju väldigt stor betydelse, men det som bra var att det var så lätt att gå emellan; vi hade undervisningslokaler, vi hade forskningslokaler och det var lätt för alla både lärare och forskare att gå från ena rummet till det andra. Man kunde ha studenter som var på labbet och jobbade samtidigt som man hade patienter samtidigt som man undervisade. Det var inga gångsträckor. Jag tror att man har identifierat att när det tar längre än 10 minuter att gå mellan ett labb och en klinik, då börjar det bli långt, alltså då går man inte bara över så där, utan då får det vara mer planerat.

### *Daniel Normark*

Nu gör vi så Karl, Jan, Göran, Håkan. Sedan tänkte jag faktiskt föreslå att vi dricker lite kaffe eller sträcker på oss innan vi fortsätter.

### *Karl Alexanderson*

Jag tänkte just eftersom det här med lokaler och närhet till klinikerna kom upp, så kan jag visa den här bilden, och det är egentligen precis det som Bertil pratade om. När vi skulle identifiera "Var bedriver man cancerforskning?" så är den här bilden ganska illustrerande, man behöver egentligen inte säga mer om det, om man samtidigt kommer ihåg att Karolinska sjukhuset är stort som Gamla Stan. Ni kan tänka om man sitter vid Rentmästartrappan och någon annan person i andra änden vid slottet, hur mycket samarbete sker. Jag tror att det är rätt som du säger att det är tio minuter, jag tror till och med att det är mindre än det, jag tror att avståndet någonstans mellan fem och åtta minuter, har en väldigt stor betydelse. Den ursprungliga planen för Karolinska sjukhusområdet, som Carl Westman gjorde, han var ju en oerhört skicklig arkitekt på alla plan och han har gjort många sjukhus också. Men jag upptäckte inför den här tävlingen, som jag sade så hade vi som en utgångspunkt verkligheten, realiteten "Hur har han tänkt när han planerade det här sjukhuset? Vad var hans tolkning av situationen?" Och Stockholmstrakten är en skärgårdstrakt, alltså det är ju upp och ner. Om man tittar lite noga här så är det ju ett berg mitt i, det finns ingenting som

är liksom ett plant fält. I ett sjukhus måste man ju kommunicera och det är med sängar och med transporter och med mat och liknande. Vad gjorde han? Jo, han fannade det här berget med den stora huvudbyggnaden. Men inte bara det, utan om man går ner i kulvertplanet, som för övrigt är en väldigt spännande sociologisk upplevelse, det pratas inte svenska där kan jag säga. Så jag började se också, upptäckte att alla byggnaderna som är byggda runt bergsknallen i mitten ligger på precis samma nivå, både vad det gäller det här transportplanet och vad gäller entré, med två undantag. Det är också ganska illustrativt; det ena är Neuro, det var ju en kung som reste sitt palats där, **Herbert Olivecrona**. Och den andra ligger en halvtrappa högre upp, så dit måste man upp med en backe. Det andra är **Clarence Crafoord**, det kan ni gissa också, det är Thorax, det är också på fel nivå.

### *Kliniska forskningslaboratorium – enhetstankens pånyttfödelse*

#### *Karl Alexanderson*

Ja, det här med närheten. När vi planerade CCK så förstod jag ju väl – och det var Ulrik Ringborg som beskrev det också så och Jerzy Einhorn uttryckte att det måste ligga tätt intill kliniken, det vill säga Radiumhemmet, för man hade ju två val. Det var CMM och CCK som hade två möjliga lokaliseringar som vi hade hittat som bra möjligheter, men CCK var först att välja men sist ut sedan att genomföra, inte så långt efter det var ett halvår eller så i skillnad i tidplan. Då kom ju CCK att ligga kloss mot Radiumhemmet; det är bara en bro emellan. I sitt invigningstal så sade Ulrik att målet var att vi skulle kunna förkorta avståndet mellan forskning och tillämpning med fem år. Jag vet inte om det har lyckats på det viset, men jag förstår mycket väl att de som satt på Radiumhemmet hade väldigt lite kontakt med vad som hände i forskningen på de här olika ställena inom KS-området. Det där med närhet, det finns mycket jag kan säga om det också, men... CMM:s uppbyggnad till exempel, det har visat sig vara en väldigt starkt inre samband mellan olika människor i olika forskningsområden som berikar på ett väldigt positivt sätt, det planerades från början för 200 personer, 250 kanske, idag är det nästan 500 på samma ställe.

Jag kan lägga till en sak till, därför det är egentligen nästa steg, därför vi talade nu om 80-tal mellan 1985 och 1995 tror jag, men när de här byggnaderna var färdiga... 1997 och 1998 tror jag de var färdiga, så gick jag väldigt provokativt och ställde frågan ”Jaha, men nu har ni fått det här, men vad hände sedan?” och jag fick inget svar. ”Alltså, det här forskningsresultatet hur kommer det i tillämpning?” Då gick jag över gatan och så gick jag till Hans Wigzell och ställde samma fråga, och ur detta kom sedan det som blev processen för Hagastaden eller Stockholm BioScience som vi kallade det då. Så det är en lång historia, så jag tycker det är spännande att också se nästa steg.

### ***Gunilla Bolinder***

Alltså, samhörighet är inte bara i minuter och meter, utan det är också personunioner och tillgänglighet på ett annat sätt, vilket jag känner inför det här Biomedicum nu, kanske bara blir kodbrickor och sekretessdörrar, och det känns inte som att det skapar den här kreativa matsalsmiljön som alla talar om.

### ***Karl Alexanderson***

Ja, det är en risk.

### ***Jan Lindsten***

När vi diskuterade hur vi skulle planera CMM så ville vi att det skulle vara flexibelt och inte ha någon institutionsindelning. Jag är inte säker på att man uppnådde detta mål. Kanske finns det flera intressanta frågeställningar som man borde utvärdera. Det är väl en fråga till Daniel och Olof.

### ***Daniel Normark***

En väldigt bra fråga.

### ***Göran Holm***

Jag håller med Jan. Samtidigt måste jag säga att arbetet på CMM sker under nära samverkan mellan personer och grupper. Folk

går runt mellan avdelningarna för att få tillgång till metoder och lära sig av varandra och hjälpa varandra. Det sker mycket över gränserna, som inte syns i den vetenskapliga dokumentationen eftersom det inte framgår av den vetenskapliga publiceringen. Om man följer mail/sms korrespondensen inom CMM kan man ana betydelsen av kommunikationen. Det var i en sådan atmosfär som jag gjorde min avhandling på vid Wenner-Grens institut på Stockholms universitet - man gick mellan avdelningarna för att lära nya metoder och för att diskutera. Det fanns en vänlighet och en personkemi i huset som funkade. Men avstånden mellan forskarna kanske har mindre betydelse än vad man tror. Under Serafentiden samarbetade jag nära med Radiumhemmet. Jag och mina medarbetare åkte ofta till Radiumhemmet och deltog i kliniska konferenser och labmöten. Det gick alldeles utmärkt.

## *Delaktighet och hastighet på forskningsfronten*

### *Håkan Eriksson*

Får jag bara kommentera det här sista. Jag sade att i gråzonsutredningen var vi eniga över fakulteterna och det var vi under en period. Men sedan försvann personkemin mellan dekanerna, man slutade träffas regelbundet, och då löstes det här upp och så började man ha sina egna system på de olika fakulteterna. Då kommer jag till en punkt som jag tycker är central och det är just samverkansaspekten. Ser vi tillbaka här så tycker jag att det nästan är lite komiskt att idag när vi snackar om sociala medier att alla är med i allting och påverkar allting, så menar jag att det är skitsnack, därför som det var på den här tiden då hade vi korta avstånd mellan dem som satte inne med kompetensen och de som fattade beslutet, så man kunde ringa chefsläkaren eller man kunde snacka med Karl samma dag och få besked om de här frågorna. Det gjorde att både delaktigheten ökade och hastigheten i hela processen. Sedan när det gällde information och kommunikation så hade vi ett FoU-kollegium. Där satt alla de som ville komma från kliniken och fick information om vad som diskuterades i FoU-nämnden och FoU-kommittén och de kontaktade oss om det var några oklarheter kring det här. Det innebar att det var ganska lugnt ute på verksamhetsfältet. Samtidigt hade vi det som vi kallade för Forskningsfronten, ett informationsblad som jag och Bertil höll

i och som kom ut med information och kommunikation, men också en debattsida. Kerstin bidrog med dramatiskt intressanta artiklar och höll på att bli avskedad från KI på kuppen. Vi hade även en kolumn i Forskningsfronten som hette ”Brus från rälsen”, där vi raljerade med olika kontroversiella frågor som pågick. Det var till och med så att folk ringde upp mig och sade ”När kommer nästa nummer av Forskningsfronten?”, för de ville läsa ”Brus från rälsen”. Då kände man att nu har ju den verksamheten penetrerat genom alla skikt. Jag menar, att Forskningsfronten skapade en jordmån som var väldigt positiv för hela förändringsarbetet. Jag vet inte hur roligt det är på Karolinska sjukhuset idag, men jag har inte sett några informationsblad om forskningen som får mig att skrattat på mig i alla fall. Det jag menar är att i det tidevarv när kommunikationen sätts i centrum, så är den mycket sämre än vad den egentligen var tidigare.

***Gunilla Bolinder***

Vad var ursprungsdokumentet? Var det en tidskrift...?

***Håkan Eriksson***

Forskningsfronten, det var ett nyhetsblad.

***Gunilla Bolinder***

Jag var för ung.

***Daniel Normark***

Och med Forskningsfronten så tar vi en paus. Klockan är 15:15.

***Gunilla Bolinder***

Låt mig säga bara. Titta gärna på Carl Westmans originalritning. Den en är en kopia av Jan Lindstens... här utanför, och det andra är ett original av Carl Westmans ritningar av fasaden på sjukhuset från 1928.



*Kerstin Hagenfeldt*

Med grinden.

## Hur har klinikorganisationen förändrats?

*Daniel Normark*

De som ni har där. Sedan efteråt så tänker jag att när vi kommer tillbaka så börjar vi 1988 och tittar ännu mer på CMM och CCK och pratar om finansieringsprocesserna kring det.

*Daniel Normark*

Då kan vi fortsätta det här seminariet. Nu för den här andra delen av vårt vittnesseminarium så hade jag tänkt att vi skulle kunna flytta till visionerna och motiven bakom, MUKS och Plan 88 med flera, alltså det som låg till grund till Plan -88. Känner du att du har fått berätta om infrastrukturen med Plan -88 och tankarna med konkretisering. Vad var tankarna kring finansieringen och etablerandet av CMM och CCK i relation till sjukhuset och vad sjukhuset skulle göra? Låter det som en vettiga fråga att ställa i den här miljön? Alltså, hur de här problemen som man upplevde på den kliniska forskningssidan hur de skulle konkretiseras och sedan finansieras och realiseras som kommer blir den sista frågan. Det är där ni har erfarenheter hur visionerna från plan-88 och från 80-talet, hur de tog fäste eller avfärdades vid respektive kliniker och miljöer där ni var/är verksamma. Du Gunilla pratade om konsekvenserna t.ex. av LUA- och ALF-medel. Jag tycker det är väldigt bra om vi landar i de tankarna kring hur förändringsarbetet landade i någonting konkret, och hur den här verksamheten påverkades av visionerna som en gång fanns. En kollega till mig, en organisationsforskare, brukar beskriva visioner som "Idéer är myrstackens drottning." och sedan kan myrstackar bli till och bli verksamma och stora genom allt arbete som sker runt omkring, alltså myrornas arbete. Visionerna och idéerna kan mycket väl finnas där som en drottning men det är myrorna som gör jobbet. Så vi måste nogstans landa i myrarbetet i det här.

**Håkan Eriksson**

Myrorna har ju potentiella drottningar utom en.

**Daniel Normark**

Ja, Vänta Håkan. Vad ville du säga?

**Göran Holm**

En fråga som jag tycker kommer upp här. Det är slumpens betydelse för framsteg i forskningen. Vi kan göra hur många utredningar som helst och planera vår forskning men det blir inte som vi tänkt. Slumpvisa händelser drar igång oväntade utvecklingar, som vi inte kunnat förutse och som kan leda viktiga tillämpningar. Anslagsgivande instanser måste bygga in detta i sina krav på utformning av ansökan och redovisning och vara mer frikostiga med medel till öppen forskning.

**Marc Bygdeman**

Under åren har förutsättningarna för den kliniska verksamheten genomgått stora förändringar vilket jag tycker är viktigt att dokumentera. Som kliniker så tycker jag att det är viktigt att tänka på ”Hur har klinikorganisationen förändrats?” Tidigare var professorn klinikchef, så är det ju inte alls längre, och det måste ju ha stor betydelse, både för forskningen och undervisning på enheten. Sjukdomspanoramata ändras, vem gör vad på de olika sjukhusen. Patient panoramata ändras genom politiska beslut. T.ex. 7-kronors reformen, införandet av storlandsting när KS fick ett eget upptagningsområde och införandet av ett nytt budgetsystem där ersättningen till kliniken grundades på prestation (DRG) och på senare år överföringen av vanlig sjukvård till Danderyds sjukhus och Södersjukhuset-

**Daniel Normark**

Ja, mot slutet. Bra! Då tänkte jag fråga om det här någon som vill börja och ta ordet, om det är Göran som vill berätta om CMM.

## *Centrum för Molekylär Medicin (CMM)*

### *Göran Holm*

Jag kan väl bara ge bakgrunden till CMM ur min synpunkt. När jag kom till KS så var det precis som vi sade, det var svårt med laboratorier och jag var bortskämd med att ha ett laboratorium. På Serafen hade vi ett labb som vi delade mellan åtminstone tre olika grupper. Det var prostaglandinforskare, Kjell Hellströms grupp, det var Töres Theorell som höll på med psykologiska experiment i ett hörn och sedan jag och min grupp med immunologisk/hematologisk forskning samt ytterligare andra forskare. Vi delade tillsammans med rutinematologin på ett labb med 4 rum. Här kan man tala om ett integrerat labb. När jag kom till KS så fanns inte den möjligheten. Vi fick börja i ett ödsligt lab i den tomma Magnus Hussbyggnaden. Samtidigt såg jag hur mitt eget ämne, invärtesmedicinen, höll på att dö ut, eftersom man inte kunde hålla ihop ett så kunskapsmässigt brett område. Det blev fler och fler specialister - njurmedicinare, gastroenterologer, hematologer osv. De som kunde den breda internmedicinen blev allt färre vid KS liksom andra akademiska sjukhus. Jag hade ju själv jobbat i allmän internmedicin och betraktade mig som en bred invärtesmedicinare, men i och med det ökande kunskapsstoffet så var det inte möjligt att hålla allt kunnande à jour. Vi startade en bredare akutmedicin med medicinsk vårdavdelning (akuten var tidigare mer kirurgiskt inriktad), och där måste finnas breda internmedicinare. Det konstaterades samtidigt i en utredning hur vårdtiderna ändrades med tiden på Karolinskas medklin. På 60-talet vistades patienterna i snitt tre veckor på kliniken. Vid en analys på 80-90-talet var den genomsnittliga vårdtiden tre dagar. Självklart påverkar detta förhållande möjligheterna till patientnära klinisk forskning.

Medicinämnets olika grenspecialiteter hade sina forskningslaboratorier utspridda inom eller utanför medicinklinikens lokaler. För att kunna ligga i den laborativa forskningens framkant krävdes, oberoende av specialitet, tillgång till de snabbt framväxande teknologierna inom molekylärbiologi och cellbiologi. Min erfarenhet från tiden på Wennergrens institut hade lärt mig vilken betydelse dessa områden hade för klinisk forskning. Vi diskuterade frågan hur man skulle kunna skapa ett specialitetsöverbryggande molekylärmedicinsk laboratorium på KS. Resultatet

av detta blev en artikelserie om molekylärmedicin i vilken Jan Nilsson och jag skrev inledningsartikeln i Läkartidningen 1990.

Vi diskuterade möjligheterna att använda ett befintligt lab för ändamålet. där forskare med olika kliniska inriktningar, ungefär som på Wennergrens instituts laboratorier, skulle kunna bygga upp ett molekylärmedicinskt laboratorium med gemensam teknisk utrustning. Vid denna tidpunkt kom Lars Terenius med i diskussionerna. Han var tydlig med att ”Nej, vi ska bygga ett nytt labb.” Från början var tanken att även cancerforskning skulle ingå men den idén slopades när Anders Zetterberg berättade att CCK hade börjat planeras. Fortfarande finns dock tumörforskning på CMM.

### ***Bertil Hamberger***

Vi var ju med i CMM planeringen, Håkan och jag från Forskningskommittén. En drivande faktor var ju för övrigt att det blev väldigt trångt i stora huset, att överhuvudtaget ha laboratorier i huset. Det gällde ju också undervisningen. De s.k. amanuensrummen på varje avdelning försvann till sjukvården och det mesta försvann, och därför var det viktigt att kunna bevaka forskningen så inte all laboratorieforskning plötsligt försvann. Sedan var det också en strukturell fråga för forskningen. Det gick på något sätt förr att ha kirurgens forskningslabb, urologens forskningslabb, kvinnoklinikens forskningslabb; alla de här olika skulle ha sitt lilla labb. När molekylärmedicinen slog till, då blev det plötsligt omöjligt att hålla kompetens, metodutveckling och alltihopa, och då tillkom CMM och CCK, det som Håkan representerade, men en av de stora diskussionspunkterna var Rolf Luft-centrum, det var ju en effekt av att endokrinkliniken blev av med sitt labb i stora huset och så gjorde man då en barack, som vi tittade på i många år, som var ett väldigt fint Rolf Luft-centrum. För övrigt var det så att donationerna som kom till Rolf Luft-centrum gick delvis in i CMM. Samtidigt lovade man Rolf Luft att få ett eget Rolf Luft-centrum, och efter många om och men och turer så blev det ju gamla L1-huset som nu är ett Rolf Luft-centrum med enbart diabetesforskning, förutom jag.

Sedan bevakade jag ju mycket vad som hände när man hade flyttat in i CMM. Det har ju varit en del omsättning och det har

framför allt varit en stor vilja, som också Karl var inne på, att koncentrera, alltså det blev mer och mer folk. Till exempel när vi skulle börja röja ur Huss-huset, då säger kärllkirurgerna ”Vi flyttar gärna in i CMM och tränger ihop oss med de andra.” Så det fanns sådana strukturella vinster på många sätt. Jag uppfattar att det fanns en vilja i CMM att koncentrera sig att göra metodsamverkan lite grand, och den egentligen var starkare än CCK, som vi kan återkomma till kanske, som hade större problem än CMM på det sättet.

### ***Håkan Eriksson***

En ingång innan Karl tar över. Bara tågordningen här, det är möjligt att jag minns fel men jag kommer ihåg att Anders Zetterberg tog kontakt med Bertil och mig och sade att han hade en stor donation på gång från ett byggföretag, och att han ville bygga ett cancercentrum. Då fick vi kontakt med Karl, och jag minns att den allra första av de här broschyrerna du gjorde, det var för CCK, stämmer inte det?

### ***Karl Alexanderson***

Stämmer bra.

### ***Håkan Eriksson***

För min del så drogs hela den här processen igång med CCK som den första och sedan kom CMM som nummer två.

### ***Daniel Normark***

Tack, nu Karl.

## ***Att ta lån på en fastighet?***

### ***Karl Alexanderson***

Det här med Anders har jag tänkt på, för jag upptäckte många år senare att han hade arbetat i Stanford, och där fanns ett labo-

ratorium, som är precis den tanke som sedan etablerades i det här projektet, tankemässigt, som du pratar om och som CCK, vi uttryckte i målet för forskningen före CMM. Sedan kom det att bli omvända ordningen. Det var mera driv i CMM genom Lars Terenius, var mitt intryck. Det var en så bra inledning, frågan är ju då hur man översätter det i fysiska termer, det som ni har beskrivit. Egentligen var inte det särskilt komplicerat, vi satte oss ner, det var Håkan, Bertil och jag en till, och på mindre än tre veckor hade vi bestämt ungefär omfånget av det här. Vi behövde inte som på byggnadsstyrelsevis göra lokalprogram och tala om vad varje funktion skulle vara, hur många rum, hur många kvadratmeter, utan vi enades raskt om att här är en forskningsgrupp, en forskningsgrupp är så här stor och de behöver si och så många löpmeter bänkyta, och är det tio personer i en forskningsgrupp så får vi en liten modul och så gör vi ett antal moduler. Där har vi programmet. Så det började väldigt enkelt att ge konturen till hur det här fysiskt skulle gestaltas. Men sedan... du nämnde molekylär medicin, och det blev ju översatt sedan till de stora folksjukdomarna. För mig blev det mera begripligt, att innehållet som jag förstår det var diabetes och reumatologi och hjärt-kärl, de stora folksjukdomarna som blev mottot och temat i CMM och cancerforskningen i det andra.

Men det fanns ju mer i den här planeringen, nämligen att få ihop pengar till projektet, det fanns ju inga pengar från någon myndighet eller så, utan det arbete som vi... jag tror det tog minst ett år, gällde ju att bygga upp motivet för den här satsningen, förklarade på ett sätt så att man skulle kunna få stöd från sponsorsmedel från olika håll. Det är därför som man kan läsa i det där projektdokumentet om CMM eller den här motsvarande för cancerforskningen, det gällde ju samma motivering i båda fallen, att vara tydlig vad målet var och beskriva det på ett sätt så att det var fattbart för andra och i slutändan att kunna få medel till att bygga det. Det handlade om ungefär 100 miljoner på vardera projektet, så det är en stor summa pengar. Men där kunde man också känna... nu beskriver jag det hur jag uppfattade det från en som inte var ute och försökt få pengar men jag märkte att det kom in vissa större och vissa mindre bidrag. De hade ju goda kontakter, men det skulle aldrig räcka till hela summan, det insåg man väldigt snart. Hur gör vi då? Då satte man målet, det var Lars Terenius.. ”Okej vi ser till att vi får in hälften och

så får vi låna upp andra hälften. Och när vi hälften då kan vi gå igång.” Sedan gällde det naturligtvis också – det glömde jag att säga – att få de här accepterade av Karolinska institutet och få med Huddinge osv. Det förstod jag var en match som pågick, som inte jag var med i, men jag förstår att det där året behövdes också för att få uppslutning kring projektet från omgivningen i akademien. Och så var det där med pengarna. Jag kan inte säga hur landstingets inställning var, för det vet jag inte, men jag tror att jag kom på den idén, eller om det var någon annan, att man kan ju inte låna på ett hus, en byggnad är ju lösöre i sådana termer när man går till banken, utan du måste ha en egen fastighet som säkerhet att låna på. Så vi lyckades åstadkomma i Solna att lantmätaren där formade en egen fastighet för CMM. Det har säkert inte med att göra att det var en årskamrat till mig på KTH som var lantmätare, men var i alla fall inte ett hinder. Det hade i alla fall inte någon negativ inverkan. På det viset så var det belåningsbart, och då kunde man få den där andra halvan.

### *Byggnader och komplexa laborationer*

#### *Karl Alexanderson*

CCK, när vi försökte med samma operation där så var det lite mer komplicerat för där byggde vi huset över en bit av den här.

#### *Göran Holm*

Det var ingen markyta.

#### *Karl Alexanderson*

Nej. Vad var det för någonting?

#### *Håkan Eriksson*

Medborgarhuset tror jag.

#### *Karl Alexanderson*

Nej, inte medborgarhuset, det var experiment i minus 170 gra-

der med flytande helium, man experimenterade med elektriska impulser i hjärnan med utrusningar från Amerika, fanns bara på fyra ställen i världen, och dessa experiment pågick längst nere i källaren. Så vi byggde ju ett hus som klarade det där. Sedan när huset väl var på plats då var tiden för de här experimenten över, så apparaturen den åkte ut. Så därför så hade vi inte så lätt att forma en fastighet på det viset, men då var landstinget väldigt positiva, så de sade att vi är med på det här, så där blev ingen tomtbildning.

Sedan den tredje saken som jag tycker var viktig som arkitekt, jag har ju sett så mycket laboratorier, de byggs efter gamla rutiner och det är Byggnadsstyrelsens rutiner som formades på 60-talet och 70-talet, de byggs fortfarande så. På KI var det samma sak, det byggdes efter gamla rutiner. Jag tänkte att laboratorier är dyra, här måste vi hitta ett nytt sätt att bygga ett laboratorium, det var inte bara innehållet, flexibilitet kring vad en forskargrupp som vi inte ens vilken den är, utan ”Varför är ett laboratorium så dyrt?” Och då kunde man väl konstatera det, eller jag tillsammans med den P.O. Andersson som var en oerhört begåvad VVS-ingenjör, att det är ventilationen, det är de tekniska installationerna som är dyra. Och så började vi analysera dem och så kom vi fram till ”Jaha, det ska vara ett dragskåp på varje modul så här, en 3 meter bred labbmodul (3 m modul.)” Men går man runt och tittar så finns det inga dragskåp, folk använder ju inte dragskåp. I det läget använder man idag dragbänkar, en dragbänk drar halva luftvolymen som ett dragskåp. Jaha, om vi gör den reduceringen, först åker ju halva ventilationsbehovet, och sedan började det här med att vi gjorde helt enkelt så mycket tekniska innovationer så att det är ett paradigmskifte, så det finns så mycket teknikgenombrott men det finns beskrivet i den rapporten om CCK och CMM. Och det gav så mycket större kostnadseffektivitet, och så mycket större säkerhet i de tekniska installationerna, vi kunde till och med få med en hel djuravdelning på samma ventilationssystem. I alla andra ställen där byggde ju... i Lund Per Belfrage och så, en djuravdelning med ett eget ventilationssystem, laboratorierna med ett annat ventilationssystem. Här lyckades vi få det att bli ett gemensamt ventilationssystem. Kostnadsmässigt var det väldigt effektivt och utnyttjandemässigt väldigt effektivt. Så det var de grundläggande målen som jag vill påstå att vi har uppnått.



***Jan Lindsten***

Det var det första hus man byggde med denna nya teknik, så det var gambling.

***Karl Alexanderson***

Ja, och det skulle aldrig ha gått med...

***Jan Lindsten***

Detta fläktsystemupptog en fjärdedel av utrymmet jämfört med andra, större firmors. När vi hade skrivit på kontraktet sa Andersson ”Jag vill ha en miljon till.” ”Det går väl inte, vi har ju skrivit på ett kontrakt här”, sa vi. ”Jo, men om jag inte får det så kommer någon annan och köper upp mig och sedan läggs det här ner.

***Karl Alexanderson***

Så det var mycket sådant som gjorde hela den här processen väldigt intensiv, dynamisk, spännande och spännande samarbete, och skulle jag inte kunna tro att det skulle gå med en offentlig uppdragsgivare. Det här handlade ju om förtroende och risktagningar.

## **NUU-nämnden**

***Jan Lindsten***

Bara en kommentar till. Ingen har nämnt NUU-nämnden och den exekutiva tjänstemannen där Nygren eller Nuugren som han kallades. Staten skulle ju lägga sig i allting på den tiden och denne Nygren hade uppgiften att godkände ett projekt eller inte. För det mesta var det tummen ner. Så hade Nygren funnits med på den här tiden hade det aldrig gått.

***Bertil Hamberger***

Men det minns jag att det pratades mycket om.

***Karl Alexanderson***

En sak till. Jo, jag sade det här med förändringen från dragskåp till dragbänk och sedan i realiteten så är det inte ens dragbänkar utan det är datorer, och det steget har gjort att det här utrymmet som ju var planerat för ungefär 200-250 personer idag får du plats med 500 personer, för man arbetar på ett annat sätt. Så är ju hela processen, därför kommer du aldrig kunna få ett svar på din fråga; man är hela tiden på väg någon annanstans.

***Daniel Normark***

Marc och sedan Kerstin.

***Marc Bygdeman***

När vi byggde om kvinnokliniken hade vi stora problem med Nygren, läkarna inte få ha egna kontor, utan man skulle ha kontorslandskap. Men så blev det inte. Men vad jag tänkte ändå nu, eftersom tiden har kommit så långt, jag skulle vilja att man ändå talar lite grand om hur alla de här... vad förändringar på utförandesidan har haft för påverkan. Jag menar, vi kan ju se på klinikledningen till exempel, det är ju länge sedan professorer var klinikchefer, det är andra professioner som är det. Hur stor betydelse har det för möjligheterna att bedriva forskning på klinikerna? Eller undervisning på klinikerna för den delen. Det var ju stora förändringar när det gäller sjukvårdspanoramata, medelvärdtiden ändrades från två veckor till tre dagar, många patienter vårdas inte inneliggande, utan polikliniskt istället. Det sker en koncentration av högspecialiserad sjukvård till KS. Det stora antalet patienter som lider av vanliga sjukdomar har omfördelats till andra sjukhus som SöS och Danderyd. Vid KS kan man inte längre bedriva forskning på vanliga sjukdomar vilket borde vara KS viktigaste uppgift. Även undervisningen drabbas genom att patienterna saknas.

***Kerstin Hagenfeldt***

Här har vi då två specialiserade labb som CMM och CCK, som vi nu ska titta på. Är det rätt sätt att göra så här? Ska man bygga sådana här laboratorier så man kan gå dit och forska? Då måste

man väl på något sätt, som jag hörde inledningsvis, titta på vad har de betytt för resten av den kliniska forskningen? Jag tror personligen att det kommer att bli mycket olika resultat mellan de här två. Jag tror att CCK är mycket mer isolerat från den verklighet som finns på hela Karolinska sjukhuset och att CMM är bättre på samarbete med övriga kliniker. Jag vet inte om det är så, men jag tror det. Jag satt i Radiumhemmets forskningsfonder och... Bertil sitter fortfarande där.

Jag avgick för jag tyckte det var hopplöst att man bara gav pengar till sig själva, alltså inte till kirurgerna som forskade på cancer eller gynekologerna som forskade på cancer, utan alla dessa fonder delade de bara ut till Radiumhemmets kliniker, så jag slutade i den styrelsen. Jag har själv erfarenhet av forskningssamarbete med CMM och har varit där mycket, och framför allt under åren sedan jag gick i pension, och träffar hela tiden folk från olika kliniker. Så jag tror att CMM har kommit mycket längre, och därför skulle jag vilja att man använder samma utredningsform för att se hur CCK har fungerat i jämförelse med CMM, om vi nu ska uttala oss om vi ska ha sådana här labb i framtiden. På NKS ska det väl bara bli ett hus. Är det inte så?

### ***Karin Harms-Ringdahl***

Två

### ***Kerstin Hagenfeldt***

Nåja, men CMM finns ju kvar, det ska väl inte rivas och jag förmodar inte CCK heller. Jag tycker kanske vi måste träffas en gång till och diskutera en sådan utredning.

### ***Daniel Normark***

Jag tycker det är väldigt bra kommentarer. Bertil.

### ***Bertil Hamberger***

Ja, nu blir det svårt att välja. Jag tar en snabb respons först på vad Marc sade.

**Marc Bygdeman**

Jag trodde vi hade lämnat CMM och CCK. Jag ber om ursäkt för det.

**Bertil Hamberger**

Det fanns ju en målsättning från forskningens fiende nummer 1 (Per Gillström), som ni känner till, att avlägsna alla professorer som klinikchefer. Jag fick ju sparken och under mycket dunder och brak fick Ulrik Ringborg sparken, och ett antal personer försvann, och därmed blir det en annan verksamhet på kliniken. Vi försökte driva och säga: låt professorn vara kvar med klinikchefen. Man behöver ju inte administrera varenda sjuksköterska på kliniker, utan man kunde faktiskt ta en annan typ av styrning, men det var omöjligt att få någon förståelse för det. Därför så händer sådant där oupphörligt, t.ex. att man får pengar från Vetenskapsrådet, från ALF-pengar, från KI för att forska 3-6 månader och så säger klinikchefen ”Nej, du får inte tjänstledigt för forskning.” Oupphörligen har det hänt under de sista 10-15 åren. Det är ett elände rent strukturellt. Det var om forskningens fiende nr 1.

Jag måste få säga en sak till om CCK. Där har Kerstin helt rätt, jag tror att man har tänkt annorlunda i CCK och rekryterat ganska mycket bra forskare till verksamhet, som inte är kliniknära, och det gör det att nu när vi försöker få molekylär patologi att fungera då kan man inte vända sig till CCK för det har inte de grupperna uppsatta, utan då får man gå över vägen till Sci-Lab för att få de analyserna gjorda. Det där är ett problem, som CCK börjar inse, och som man möjligen kan strukturera om nu, när en del av grupperna i alla fall kommer att flytta ut från CCK. Man har levt i en lite skyddad verkstad, har en egen stiftelsestyrrelse, dock ändrar sig det där och Forskningsnämnden är helt omgjord.

## *Styra vård med utbildning och forskning*

*Daniel Normark*

Då är det Gunilla och sedan är det Håkan.

*Gunilla Bolinder*

Jag ville bara hänga på det som Marc sade om folksjukdomarnas patienthav och studenterna. Det har man ju tänkt länge, att det vore jättebra, men nu har man satsat på akademiska vårdcentraler, och är det någonting som kräver en viss mängd människor, en viss grupp, så är det akademi. Alltså, man kan inte vara en ensam professor ute i det blå någonstans, därför den akademiska samhörigheten kräver sin kärntrupp. Därför så tror inte jag på akademiska vårdcentraler som idé, om den inte är väldigt stor som ett sjukhus, och knappt då heller. Och det är väldigt synd, för det är som du säger att det här med folksjukdomarna ska skötas någonstans, men folksjukdomarna är de som behöver högsta specialingriparn också, på det fina sjukhuset så att säga för annars tror man att det är någon annan sorts sjukdomar, men det är faktiskt folksjukdomarna som drar mest specialitetskrav. Ni pratar väldigt mycket om forskning och den här molekylära forskningen och så, men alltså det krävs ju en trädgårdsmästare för att få en vacker trädgård, och då måste man ju ha både sådana här marktäckande saker och man behöver spjutspetsblommor och solvändor och allt möjligt. Det är väldigt svårt att få ihop det, för det är olika starka krafter som drar och samhället och landstinget ska se till att man tillfredsställer de behoven och akademien de behoven och så slits man emellan. Jag tror det kommer att bli mycket problematiskt med det här sammanslagandet. Alltså, din beskrivning Karl om att man försökte rita en båge över Solnavägen, och det blev bara total fientlighet i det. Jag ser idag hur man slåss om de här forskningsplatserna på det nya utbildnings- och forskningshuset i det nya sjukhuset, för där blir det ju en byggnad där forskning och klinisk utbildning ska ske, och så en bro över – återigen – till KI, och det första man möttes av var ett kodlås, men det har de tydligen ritat om. Men alltså, jag tror att det här kommer att vara jätteproblematiskt. Vilken trädgårdsmästare ska vi ha till detta? Jag tror alla känner viss oro, och det

är det som gör att den nybyggaranda som fanns när Karolinska sjukhuset skapades 1940, så fanns det, det här ”Här finns det luft och ljus, här finns det stora salar, här finns det laboratorier.” Det var en beredvillighet att komma i det nya, som ingen känner idag för det här nya sjukhuset, utan alla känner någon slags skräck.

## Byggnader med ledarskap

*”vi kunde styra landstingets verksamhet på ett helt annat sätt än vad man kan göra idag” (Marc Bygdeman)*

### **Håkan Eriksson**

Jag tänkte på det här vi pratade om byggnader. De här byggnaderna är fantastiska, men för att de ska fungera så måste man ju ha ett ledarskap i dem, och det är det jag menar är skillnaden mellan CCK och CMM är. Ledningen av CMM har varit mycket mer framgångsrik. Styrelsen har varit mycket mer framgångsrik. Vi har inte pratat någonting om Huddinge, men på Huddinge byggde man upp ett antal forskningscentra; CBT, CNT, CSB. Jag satt i styrelsen för alla tre och såg hur man arbetade i styrelsen där. Vart fjärde år gjorde man en internationell utvärdering av verksamheten, där den internationella forskaren fick göra en bedömning hur verksamheten fungerade relativt i till den målsättning som var satt för verksamheten. Där var man skoningslös. Var det forskargrupper eller individer som inte fungerade då sparkades de, de fick inte förlängningar. Denna typ av utvärderingar var något helt nytt för hela Karolinska. Jag har aldrig varit med om att man har utvärderat och sedan s.a.s. lyft undan hela forskargrupper. För att svara på Kerstins fråga, ska sådana forskningscentra fungera, måste man vara stenhård. Man sätter upp målsättningar, man har en styrelse som är kompetent som hela tiden kan revidera allt eftersom forskningsfronten rör sig, och sedan ska man göra stenhårda externa utvärderingar och följa utvärderingarnas resultat till punkt och pricka. Då kan man få det här att fungera i ett starkt internationellt konkurrensperspektiv.

***Daniel Normark***

Tack Håkan. Då är det Marc.

***Marc Bygdeman***

Jag uppskattar mycket Gunillas inlägg, Jag tycker fortfarande att vi har en väldigt intressant diskussion om utredningar och vad de har visat osv. Men vi kommer inte in på diskussionen om förändringar på den kliniska sidan, vad det har haft för betydelse. Man kan ha hur många utredningar som helst, men om man inte samtidigt diskuterar de som utför det hela får man inte hela bilden. Om man går tillbaka i tiden, till den goda tiden, när det t.ex. fanns speciallistsakkunniga, man var speciallistsakkunnig inom kvinnosjukvård, vi kunde styra landstingets verksamhet på ett helt annat sätt än vad man kan göra idag. Sjukvården och sjukvårdens representanter, som här på Karolinska sjukhuset, professorer osv., kunde ha ett avgörande inflytande på hur landstinget bestämde att sjukvården skulle bedrivas. Och därmed förutsättningarna både för forskning och undervisning. Allt det har ju försvunnit.

***Daniel Normark***

Karin och sedan Gunilla.

***Karin Harms-Ringdahl***

Jag håller med. Jag vill fortsätta på det här spåret om att väldigt mycket av våra studenter och patienter finns ju i primärvården nu för tiden. Jag satt med i någonting som hette 3S-utredningen, jag tror jag det handlade om hur den akademiska sjukvården i Stockholm skulle bedrivas. Där kom man med ett förslag om att Karolinska universitetssjukhuset skulle vara ett nav för kompetensutvecklingen i vården. Nu har man ju bildat akademiska vårdcentraler ett antal, och tillsätter lite tjänster, men de tjänster man tillsätter är på väldigt låg nivå, på en väldigt begränsad, så jag håller helt och hållet med dig, det finns inte en akademisk kompetens, en akademisk massa som är tillräckligt stor, och det här är ett bekymmer, det är ett strukturellt problem att vi i sjuka huset är i sjuka huset, och sedan bedrivs väldigt mycket

av utbildningen och undervisningen och så småningom forskningen där ute, därför de behöver medverka till att samla in material också. På något sätt så måste de här strukturella hindren överbryggas, och de menar ju på att de är på något vis navet varje sådan här akademisk sjukvårdscentral, och sedan kan de liksom knyta till sig kompetens. Så det är ett ordentligt strukturellt problem. Sedan de här KTC:erna som har funnits också, och ju också varit väldigt viktig för professionssamverkan, och jag vet inte riktigt vad som händer med dem i det nya huset, det tror jag möjligtvis kanske försvinner, det vet jag inte. Men de har ju varit väldigt framgångsrika och får ju väldigt fin kritik av studenterna, som tycker att det är viktigt, och också det här KTC, att kunna bedriva undervisning i en klinisk miljö och då träna på riktiga människor, man har bedside-undervisning och de kan samtidigt parallellt jobba med varandra för att träna, och det finns ju också simuleringslabb som är väldigt viktiga, som har tillkommit. Det är mycket som hänger i luften och som du säger oron över detta är ju att det är ingen riktig institution som äger dem, KI äger dem inte, sjukhuset äger men bara sitt eget. Vilket ämne skall den här undervisningen falla inom när de är där? Och fortfarande så hänger det i luften efter 10-15 år.

***Gunilla Bolinder***

17 år.

## **Utbildningsplaner och vårdcentraler**

***Karin Harms-Ringdahl***

17 år ja, precis. Det finns knappt tror jag i utbildningsplanerna. Ja, och det finns knappt heller i den primärvårdsförlagda undervisningen. Jag har varit med på ett sådant här i ABC någon styrgrupp. Det är också där lite kaotiskt vem det är som väljer. Alltså, finns det en utbildningsplan, en kursplan som man ska följa, eller är det något generellt man ska lära sig och vem ska sätta betyg, för någonstans ska ju studenterna ha betyg för det här.



**Gunilla Bolinder**

Utvärdering.

**Karin Harms-Ringdahl**

Ja, och utvärderas.

**Gunilla Bolinder**

Det är väl lite svar på hur det är nu. Jag kan säga att den här drömmen om den akademiska vårdcentralen, den tycker jag saknar realitet. När jag ser det stora sjukhuset, där jag själv har tillbringat så mycket tid: KI, KS, akademi, mycket forskarinriktat och så, så ligger SLSO, alltså hela landstingets primärvård och psykiatri och äldrevård i ett paket utanför. Och det är de ställen där det behövs mest forskning. Psykiatrin massor, kommer att generera hur mycket som helst om de bara fanns med i det centrala sjukhuset. Geriatriken är hela vår framtid, vi blir alla gamla och det är massor av saker som skulle kunna beforskas bättre. Alltså, både geriatriken och psykiatri och primärvård. Det finns liksom inte inne i det här stora komplexet...

**Göran Holm**

Får jag bara sticka in en sak. Sollentuna-projektet har ni inte nämnt. Kommer det in i diskussionen som vi för nu.

**Gunilla Bolinder**

Jag vet inte hur långt det har burit.

**Göran Holm**

Det har ju gjorts en utvärdering, som jag tror har publicerats och som visade att de personer som ingick i den hälsoprofylaxen levde längre än de som inte ingick i projektet.

**Gunilla Bolinder**

Det satsades mycket pengar i det och Maj-Lis Hellenius har varit

oerhört drivande i det. Visst visar det effekter, men inte är det så många man har kallat in i akademien. Jag tycker då att till exempel ett system som i Kanada, där primärvården har en roll in i sjukhusen, så att sjukhuset måste kommunicera. Eller i Frankrike, där man måste ha sin primärvårdsdoktor som sjukskrivare; du kan inte som kirurg sjukskriva patienten tre veckor, utan det ska gå via husläkaren så de vet hur det går till att utnyttja samhällssystemet. När man talar akademi, så är det många sådana här små trix som finns för att få ihop hjärnor på samma ställe. Och det är inte alldeles enkelt som att man bara sätter ordet akademisk vårdcentral på och rekryterar en nydisputerad allmänläkare, utan det är mycket, mycket mer än så.

### ***Håkan Eriksson***

Får jag bara fråga. Vad blir slutsatsen... om vi nu diskuterar 1988-2000 vad kan du hämta för erfarenheter från den tidsperioden på den fråga som du tar upp här?

### ***Gunilla Bolinder***

Det är en väldigt bra fråga. Jag skulle vilja säga. De här utredningarna som vi mest har diskuterat handlar ju mycket om logistik och laborativ forskning och så, och den här undervisningsdelen kommer som alltid lite på undantag, men det är självklart att när man har många pigga hjärnor samlade, så får ju studenterna mera näring än de får när man bara producerar vardagsvård. Det är jag övertygad om. Men det bör ske under vissa generösa former, dvs. det måste finnas tid för de forskande läkarna att undervisa, och det har man inte riktigt värnat om tycker jag. Professorerna undervisar ju inte alls.

## ***Spridda tjänster - kommunalt eller statligt***

### ***Daniel Normark***

Kort replik från Karin och sedan är det Göran.

***Karin Harms-Ringdahl***

Det jag vill säga är att det som vi diskuterar har konsekvenser. Hur kommer man nu när man bygger Nya Karolinska, hur drar man erfarenheterna från de spirande försök som har gjorts med att få igång ett samarbete, med att få igång professionsdrivande undervisning, alltså hur utnyttjar man det när man bygger det nya sjukhuset? Jag skulle vilja säga att än så länge har jag inte sett en skymt av det.

***Håkan Eriksson***

Vilka blir de slutsatserna?

***Karin Harms-Ringdahl***

Slutsatserna är att man borde utnyttja det, och att man borde vinnlägga sig om att här ser vi ett problem som fortfarande idag inte är löst, trots att vi har hållit på med det här i 15 år.

***Håkan Eriksson***

Men om man inte vet vilka de är, hur ska man kunna utnyttja det.

***Karin Harms-Ringdahl***

Men vi vet vilka de är men det är ingen som bryr sig om det.

***Håkan Eriksson***

Jag lyssnar, för jag är intresserad, vi har ju talat om vad vi har för erfarenheter.

***Karin Harms-Ringdahl***

Tjänsterna är på sjukhuset. Ja okej. Det finns en och annan spridd tjänst i primärvården. Det finns väldigt lite i äldreomsorgen, därför den är dessutom en kommunal verksamhet. Det finns väldigt lite i psykiatrin. Man försökte föra över den till Folkhälsoinstitutionen och KI, men det sprack därför att det inte var tillräckligt akademiskt. Alltså, de erfarenheterna har man fått med sig, och fortfa-

rande trots olika 3S-utredningar vem som ska vara nav och så, så är det två olika huvudmän. Ett av problemen är att SLSO har en väldigt egen verksamhet; de vill också bestämma över sina pengar, alla vill bestämma över sina pengar. Det finns inga ekonomiska incitament för mig att gå ut i primärvården och säga ”Här kommer jag med mina studenter, är det okej om jag...”

**Håkan Eriksson**

Men får jag bara fråga dig. Blev forskningen sämre?

**Karin Harms-Ringdahl**

Ja.

**Håkan Eriksson**

Blev sjukvården sämre?

**Karin Harms-Ringdahl**

Ja.

**Håkan Eriksson**

Blev undervisningen sämre?

**Karin Harms-Ringdahl**

Ja!

**Håkan Eriksson**

Och det har man visat alltså. Var har man visat det då?

**Karin Harms-Ringdahl**

Du kan ju säga att det är brist på forskning, det är brist på personer i akademien, trots att man har försökt detta, så är det fortfarande brist i...

**Håkan Eriksson**

Och detta finns vederlagt i utredningar?

**Kerstin Hagenfeldt**

Oh ja.

**Karin Harms-Ringdahl**

Jag vet inte om man kan peka på särskilda utredningar.

**Håkan Eriksson**

Vilka utredningar då?

**Kerstin Hagenfeldt**

Allt om utvärderingar som har gjorts visar att Karolinska institutet läkarutbildning ligger i botten när det gäller hela det här området.

**Håkan Eriksson**

Och det beror på de här sakerna som Karin tar upp?

**Karin Harms-Ringdahl**

Det beror bland annat på dem.

**Kerstin Hagenfeldt**

Ja, bland annat.

**Gunilla Bolinder**

Fast vi fick godkänt på grund av att vi hade en enda företeelse, dvs. vår kliniska undervisningsmottagning, där tre kategorier arbetar samtidigt: sjukgymnaststudenter, läkarstudenter och sköterskestudenter. Under två futtiga veckor så räddade vi hela läkarutbildningen till att uppfylla kriterierna.

## *Nordvästra sjukvårdsområdet*

### *Daniel Normark*

Nu är det dags för Jan.

### *Jan Lindsten*

Jag vill bara påminna om att KS ingick i nordvästra sjukvårdsområdet (NVSO) från och med det att sjukhuset inlemmades i landstinget 1982. Som sjukhusdirektör hade jag därför ansvar också för långvård och primärvård under de två första åren (1990-1992). Egentligen tror jag att det var en bättre modell. Man hade ansvar för en sektor av Stockholm och kunde på så sätt konkurrera med hela vårdkedjan och förfoga över samtliga enheter för utbildning och forskning.

### *Marc Bygdeman*

Jan tar upp en viktig aspekt, nämligen vilken stor betydelse ett vårdansvar har för möjligheten att bedriva forskning och utbildning. T.ex. hade Kvinnoklinikens läkare ansvaret för Mödravårdscentralerna inom upptagningsområdet och kunde styra vården så att dem uppfyllde klinikens intentioner.

### *Kerstin Hagenfeldt*

Jag hade Sundbyberg i tio år.

### *Marc Bygdeman*

Jag hade Solna ett antal år. Det var väldigt viktigt att man kunde styra vården. Man hade ett inflytande på vården, som vi saknar idag. Och sedan Håkan, jag vet inte riktigt, men om man forskar på det som vi kallar de stora folksjukdomarna, så betyder det att man behöver rätt många patienter som ska ingå. Om du då tänker dig att de ingår bland de patienter som kommer till sjukhuset på grund av de har den sjukdomen. Det måste vara en stor fördel i jämförelse med att ingen kommer till Ditt sjukhus utan alla kommer till olika öppenvårdsmottagningar eller andra sjukhus, och då är det inte så lätt att bedriva en bra forskning.

***Gunilla Bolinder***

Varav hälften är privata.

***Marc Bygdeman***

Ja, och då är det inte så lätt. Om det har forskats på det eller inte det vet jag inte, men jag tycker att för mig är det uppenbart att det kan inte bli bra forskning.

***Håkan Eriksson***

Jag tror också, men jag pressar er därför att jag tycker att ska man kunna torgföra någonting, då måste man ha hårddata. Så att man inte bara säger ”Det är så här.” Ja, men då gör vi en kontrollerad studie, vi kräver medel till detta och tittar på att det stämmer i verklighen. Så kan vi göra. Men om vi sitter och säger ”Ja, det har blivit stora förändringar därför att klinikchefen inte längre får vara professor.” Jaha... och så tittar man på alla klinikchefer och alla professorer. Det finns många professorer som är värdelösa som klinikchefer, därför att de inte kan kliniken, så då får man ju rensa i den här bråten med olika faktorer, för att säga att ”Vad är det som är kärnan i det här, vad är det som är problemet som vi ska angripa.” Det här snacket har vi hållit på med i 20 år och ingen har tagit initiativ till någon ordentlig utvärdering utav det, som vi gör när det gäller forskningssidan.

***Karin Harms-Ringdahl***

Vem skulle finansiera det? Vilket Forskningsråd skulle finansiera det?

***Håkan Eriksson***

Ja men det är klart, det går att finansiera det Karin. Registerforskning samt svagare och starkare forskning

***Gunilla Bolinder***

Man får också komma ihåg. Alltså strukturen på forskningen när det gäller folksjukdomar går idag väldigt mycket via stora regis-

ter, registreringar nationellt. Jättebra, vi har alltid varit duktiga på det i Sverige. Sedan sitter 30 stycken demologer här i huset med datorer och forskar på det området och gör sådana här "fishing" expeditions och kan koordinera stora fötter med större mortalitet eller någonting, som är helt taget ur luften därför att de inte har någon medicinsk bakgrund. Och andelen läkare som forskar på Karolinska institutet är mycket liten, så vi kan inte ens utbilda i anatomi, och den profilmförändringen gör att studenterna upplever att Karolinska institutet är just ett forskningshotell med viss yrkesutbildning. That was not the academy. Det är ett faktum. Vi får göra en utredning på det.

### ***Daniel Normark***

Tack Gunilla. Olof.

### ***Olof Ljungström***

Håkan började faktiskt i slutet av 80-talet med Svenska forskningsrådet bekymrat över den starka grundforskningen och den svaga kliniska forskningen. Blev den kliniska forskningen bättre så att man slutade vara bekymrad eller fick man bara ändrade... eller ändrad uppmärksamhetshorisont kring det här.

### ***Håkan Eriksson***

Nej, man följde ju upp det här efter att man gjorde första utredningen. Sedan har det gjorts två ytterligare utredningar som har pekat på svagheter. Det lustiga är det att det är ungefär samma svagheter som man upptäckte första gången, dvs. de åtgärder man har satt in har inte varit tillräckliga. Men då har man i alla fall gjort en utvärdering av det som man var bekymrad över.

### ***Olof Ljungström***

Man har blivit mindre bekymrad på något sätt ändå.

### ***Håkan Eriksson***

Man vet var felet sitter i alla fall.



***Gunilla Bolinder***

Precis. Det är också i de kliniska sammanhangen värdefullt det också.

***Bertil Hamberger***

När vi nu tar upp de problem som finns runt vad vi gör, så tycker jag också att man ska nämna det problem som vi har med all privat upphandling av vård, för det är ju någonting som påverkar forskning och utbildning. Idag opereras ju inga bräck på något utbildningssjukhus längre, så det är svårt att lära kirurger att operera bräck, för de som utför bräck eller varicer, de vill inte ha några studenter, de vill överhuvudtaget inte se dem där. Alla barnbräck opereras idag i Stockholm privat och ingen utbildning på dem. Jag föreställer mig att massa inom olika specialiteter. Man har helt enkelt missat tycker jag i själva upphandlingen att förstå det att man måste upphandla utbildning och forskning, och det är ju en jättesektor idag, plus all den där privata sjukvårdssidan. Dessa patienter vill inte träffa en student när de ska komma till sin försäkringsbetalda doktor, för att vederbörande ska träna lite på dem.

***Kerstin Hagenfeldt***

Och detta gäller då i allra högsta grad primärvården. I Stockholm är mer än hälften av vårdcentralerna privata. Jag skulle inte vilja vara ansvarig för utbildningsfrågorna på KI, det måste vara ett helsicke idag.

***Karin Harms-Ringdahl***

Och det här behöver man inte ens utreda, det ser vi ju att de är.

***Bertil Hamberger***

Du ser, du behöver inte ens utreda. Vi är så duktiga så att vi kan förutsäga. Bra, då behöver vi ingen forskning...

***Karin Harms-Ringdahl***

Nej, men du behöver inte forska kring just det.

***Gunilla Bolinder***

Jo, men det är alltid bra Industri? Med vård, forskning och utbildning.

***Daniel Normark***

Nu ska vi åter till talarlistan och på talarlistan står Karl. Är det någon mer som vill säga någonting så, för jag tänker dra ett streck efter Karls inlägg här.

***Karl Alexanderson***

Det är mer en fråga inför var man står idag och samarbete med läkemedelsindustrin, utvecklingen som man här i Stockholm har väldigt historia kring. I Göteborg har man byggt mycket starka relationer mellan industri, akademi och staten eller Göteborgs kommun får man väl säga. Det är jättestor utvecklingsmanschett på andra sidan älven. Men här skulle jag vilja ställa frågan och det är väldigt...

***Kerstin Hagenfeldt***

Jag sade ju inledningsvis att när vi på kvinnokliniken fick vårt första laboratorium som Axel Westman startade 1943, var det AB Leo som betalade. **Det var grunden** för hela gonadotropin forskningen som Carl Gemzell så framgångsrikt initierade och som han sedan tog med sig till Uppsala när han blev professor där 1960. På något sätt så har det blivit fullt att samarbeta med industrin men det samarbetet är ju en förutsättning för att kunna göra kliniska prövningar- en viktig verksamhet som pågått och pågår på vår egen forskningsavdelning Kvinnohälsan

***Gunilla Bolinder***

Jag kan bara säga som har varit involverad sedan jag var Riksstämmogeneral i sex år, då gick vi ifrån att allting var fullfi-

nansierat av läkemedelsindustrin hela det mötet, och vi var dessutom ganska garnerat med olika middagar. Sedan gick vi in i en annan fas när vi började diskutera jäv. Sedan har det regredierat så att vi får överhuvudtaget inte ens ta i hand på någon från läkemedelsindustrin, för då är vi riskmänniskor, och vi får skriva under olika former av förbindelse med våra verksamhetschefer och då, om vi bara ska hålla ett föredrag någonstans. Det är klart att det har skapat en klyfta mellan den positiva närheten av läkemedelsindustrins kompetens och möjligheter, och vi måste veta vad vi tycker och tänker och upplever, men utan att det är luncher för att servera ett nytt läkemedel. Så det är formerna för detta som måste förändras, för vi har helt tappat kontakterna, i alla fall på medicinsidan. När det gäller kirurgerna tror jag ni har liksom lite mer... just medtech-kontakter, men ändå så är detta för utvecklingen en mycket dålig utveckling, och där måste vi hitta bättre metoder, så att vi kan vara rena och genomlysbara.

### ***Daniel Normark***

Håkan.

### ***Håkan Eriksson***

Vi har haft stora förhoppningar när vi byggde upp KI Development inom KI. Man satsade på en massa primärupptäckter, som skulle gå vidare till kuvösfasen och vidare, men det har ju inte blivit så himla mycket av det i slutändan. Men om det ska hända någonting där, och händer det någonting då är risken bara den att ett stort läkemedelsföretag köper upp det groddföretag som är lovande. Jag tror också att det fortfarande är brist på bra personkontakter inom industrin. I och med att den tunga läkemedelsindustrin huvudsakligen har flyttat utomlands, så finns inte den nära personkontakten mellan forskare och Karolinska institutets ledning med högre potentater i de stora läkemedelsföretagen, och då är inte alls förutsättningarna så bra som det var när Astra och Hässle, LKB och alla de här fanns i Sverige. Så lite deprimerande tycker jag det är.

## Början på slutet eller slutet på början – en dialog?

### *Daniel Normark*

Så. Nu är tanken att vi inte ska stanna här, utan det här är en snöboll som har börjat i rullning. Ni kommer få texten till er, ni kan läsa den, utveckla, men lägg gärna till och fundera även på vilka andra som borde läsa den här texten för att komma med deras perspektiv. Så här är det, vår förhoppning att det här måste få rulla vidare, för det finns många perspektiv, tankar och idéer och synsätt, som kanske kan tydliggöras ytterligare om vi inkluderar fler människor i den här processen. Sedan kommer jag också behöva, som du säger, förkorta och kristallisera ut vad det är vi har diskuterat, för i ett samtal så kommer man med nya intressanta idéer. Sedan när vi sammanfattar texten så upptäcker vi kanske ”Ja men vänta nu, det här var det vi pratade om.” när vi ser början av diskussionen och slutet av diskussionen, så har vi också sett vad de här tankarna har lett till. Så ni får möjlighet att reflektera kring det som sades i det här rummet och utveckla det vidare.

### *Jan Lindsten*

Men ni som ordnar det här måste väl ha några tankar om vad ni vill göra med det.

### *Daniel Normark*

Ja. För det första vill vi se detta som en dokumentation; dokumentera en fas i Karolinska sjukhusets utveckling, som vi tror är central. Det är intressant också att se hur tankarna från tidigt 80-tal kristalliserades ut mycket i CMM och CCK och hur de ändå är så pass olika, men har samma födomoder, alltså samma problematik som på något sätt drev fram dem. Därför är det också intressant att se varför de blev olika och gå vidare med de frågorna. Men jag vill gärna se vad vi kan få ihop för typ av dokumentation kring det här. Olof kan få komplettera.

### ***Olof Ljungström***

Det här är mitt KS-projekt vi får fundera om det ska Bertils parentation om det här. Men det är byggt också på att det här sker på nätet, och då måste vi också redigera, det måste pressas ner och det måste göras mycket kortare saker för att få presentera det här på nätet. Det är egentligen så vi får tänka om det. Allting som görs bygger då på att länka saker. Vi har fått en slags bulk-situation här, vi har fått mängder av intryck från det här. Vi har bandat och vi ska skriva ut det. Allt det här kommer då vara tillgängligt, men snarare än att förvänta att folk ska sätta sig ner och lyssna på oss som pratar i flera timmar, så bör vi så att säga gå in på enskilda delar av det här och plocka fram. Allting ska egentligen gå att se på en sida på nätet, det är ju nätet fungerar, och sedan länkar du till nästa. Det är lite så vi måste redigera det här om vi ska kunna presentera i det här... i KS-formatet.

### ***Göran Holm***

Kan vi inte få med en utvärdering av KS. Inom KI har gjorts en rad utvärderingar av vetenskaplig produktivitet och kvalitet, som man skulle kunna lägga som grund till vår diskussion. Antalet producerade vetenskapliga artiklar och citeringar av dessa, antalet disputationer mm.

### ***Gunilla Bolinder***

Jag hoppas att ni från KI inte upplevde närheten i sjukhuset alltför besvärande.

### ***Karin Harms-Ringdahl***

Håkan, det finns ju precis hur många förenade anställningar vi har ute i primärvården, förlagda i primärvården och äldreomsorgen, det vi ju precis och vi vet precis hur många studenter vi har här och vi vet precis hur många personer vi har överhuvudtaget i den akademiska utbildningen, och vi vet precis hur många privata...

















## Biografier

**Karl Alexanderson:** arkitekt SAR/MSA, White arkitekter AB, Har sedan mitten av 60-talet arbetat med laboratoriebyggnader och sjukvårdsinrättningar inte minst på KI och KS. Deltog i StockholmBioScience 1999-2005 som syftade till att etablera samarbeten inom biomedicin och bioteknik. Vad även aktiv med Plan-88 en ombyggnadsplan för KS.

**Gunilla Bolinder:** Född 1949. Utbildad tandläkare 1972 och läkare 1978 vid Karolinska Institutet. Specialist internmedicin/njurmedicin på KS. Disputerade 1997, docent 2011. Forskning med inriktning på tobak och ohälsa, etikfrågor, samt medicinsk pedagogik. Startade 1999 uppbyggnaden av Kliniskt tränings- och simuleringscentrum, KTC, på KS med målsättning ökad patientsäkerhet genom träning av kliniska färdigheter och interprofessionellt teamarbete. Verksamhetschef för KTC Solna och Huddinge från 2004. Ledamot av Karolinska sjukhusets Etikråd 1999 - 2003, samt Karolinska Institutets Etikråd 2003 - 2009. Adjungerad ledamot av KI:s Kulturråd 2003 - 2014. Ordförande i Medicinhistoriska museets vänförening sedan 2009. Vårdare av de medicinhistoriska samlingarna för Svenska Läkaresällskapet. Adjungerad ledamot av styrelsen för Hagströmerbiblioteket vid KI.

**Marc Bygdeman:** Professor emeritus. leg.läk. 1960, KI. Disputerade 1964, docent i fysiologi 1965 och i obstetrik och gynekologi 1973. arbetade från 1965 vid Kvinnokliniken på Karolinska Skukhuset samt vid WHO:s center for human reproduction. Professor i obstetrik och gynekologi 1978, biträdande klinikchef vid kvinnokliniken mellan 1978-89. mellan 1989-2000 chefsläkare och under ett år sjukhusdirektör vid KS.

**Håkan Eriksson:** Född 1945. Leg. läk 1983. Professor i reproduktionsendokrinologi sedan 1987. Adjungerad professor vid Baylor College of Medicine sedan 1987, Bitr. huvudsekreterare, Medicinska forskningsrådet 1978-1995. Huvudsekreterare Regeringens forskningsberedning 1991-1994. Prefekt vid inst för medicinsk kemi, KI 1983-1987 och Inst för Kvinnors och barns hälsa 1993-1999. Vetenskaplig sekreterare i Forskningsnämnden/FoUU kommittén vid KS. Huvudsekreterare i utredningar vid KI/KS bl a KI90, MUKS, TAGES och KARL-utredningen. Vetenskapliga publikationer inom området reproduktionsendokrinologi. Huvudintressen är hur kunskapsöverföringen mellan medicinsk forskning och tillämpad vård kan effektiviseras samt hur IT kan utnyttjas inom diagnostik, terapi och utbildning inom hälso- och

sjukvården. Arbetar i WikiKS projektet sedan 2015.

**Kerstin Hagenfeldt:** Professor emerita, leg.läk docent 1973, Biträdande överläkare på kvinnokliniken vid KS mellan 1974-82 samt Klinisk universitetslektor mellan 1982-99, utnämnd till professor 1996. Lärarledamot i läkarlinjenämnden 1982-93, ordförande 1987-93. Prefekt vid institutionen för medicinsk undervisning 1991-93.

**Bertil Hamberger:** Född 1942. Började på läkarprogrammet KI 1961. Leg.läk 1971 specialist i kirurgi 1979 Överläkare KS 1985 klinikchef 1986-96. Disp 1967 Docent i histologi 1967, i kirurgi 1979, professor i kirurgi 1986, emeritus 2007. Ordf i KS forskningskommitté 1990-99. Medlem i Nobelforsamlingen 1988-2007. President i Europeiska endokrinkirurgföreningen ESES 2006-2008. Forskat inom neurobiologi och sedan 1979 inom endokrin kirurgi. Arbetar i WikiKS projektet sedan 2015 och är v.ordf i Cancerföreningen i Stockholm.

**Karin Harms-Ringdahl:** Professor emerita. Sjukgymnastexamen 1967, KI. Disputerade 1986 om biomekanisk belastning och muskelaktivering vid träningsbehandling av skuldermuskulatur. Lektor vid rehabiliteringsmedicin 1986, docent 1988, och biträdande professor 1995. Utnämndes till professor i sjukgymnastik/fysioterapi 1998.

**Göran Holm:** Professor emeritus. leg.läk. 1961 Uppsala universitet. Därefter vid Serafimerlasarettet parallellt med forskning i immunologi vid Wenner-Gren Institutet i Stockholm (senare del av Stockholms universitet). Disputerade 1967 vid Karolinska Institutet och verksam vid Serafimerlasarettet som läkare inom immunologi och hematologi. Utnämndes 1979 till professor i klinisk immunologi, vid KI, Huddinge Sjukhus och 1985 till professor i medicin vid Karolinska Sjukhuset. Mellan 1988-95 prorektor vid KI, Hedersdoktor vid Åbo universitet. Redaktör för Journal of Internal medicine mellan 1996-2005.

**Jan Lindsten:** Professor emeritus i medicinsk genetik. Leg.läk. docent 1963 professor 1967, Dekanus för medicinska fakulteten vid KI 1996-1998. Sjukhusdirektör vid KS 1990-94, samt vid Rigshospitalet i Köpenhamn 1994-96. Sekreterare vid Nobelforsamlingen och Nobelkommittén vid KI 1979-90 samt preses i KVA 2003-06.

**Olof Ljungström:** Född 1969. Docent i idé- och lärdoms historia (vetenskaps- och medicinshistoria), verksam vid Enheten för medicinens historia och kulturarv (MHK) på Karolinska Institutet. Disputerade på avhandlingen Oscariansk antropologi vid Uppsala universitet 2002. Knöts till KI 2005 inför 200-årsjubileet 2010. Författare till Ämnessprångarna — Karolinska Institutet och

Rockefeller Foundation, 1930-1945 (2010), ägnad institutets utveckling under några centrala decennier vid 1900-talets mitt och molekylärbiologins förhistoria vid KI. Arbetar för närvarande bland annat med KI:s historiska anatomiska samlingar. Knuten till WikiKS-projektet sedan 2015 som en av MHK:s representanter.

**Daniel Normark:** Född 1974. Född i Asmara, Eritrea. Handläggare vid Enheten för medicins historia och kulturarv, KI sedan 2008. Disputerade 2007 vid avd. för teknik- & vetenskapsstudier, Sociologiska inst. Göteborgs universitet (GU). Post doc, vid centrum för konsumtionsvetenskap (GU) 2010-2012. Forskare vid STS centrum, Uppsala universitet. Har även arbetat vid mobility studio, Interactive Institute, Stockholm och Viktoriainstitutet, Göteborg. Forskar om förhandlingsplatser ("sites of negotiation") från väggkantsinteraktion och konsumentlogistik till organisationsledning och biomedicinska laboratoriepraktiker. Har koordinerat ett EU finansierat projekt, consumer logistics mellan 2010-2013.





## Personindex

- Alexanderson Karl - 7, 31, 93, 104  
 Andersson P.O. - 64  
 Ask-Upmark Erik - 21  
 Belfrage Per - 64  
 Bergstedt Tord - 39  
 Bergström Sune - 28, 33  
 Biörck Gunnar - 43  
 Bolinder Gunilla - 7, 11, 12, 13, 24, 77, 93, 104  
 Borell Ulf - 27  
 Boström Harry - 22  
 Broberger Ove - 35  
 Brodin Harald - 19  
 Bygdeman Marc - 7, 12, 28, 70, 93, 104  
 Crafoord Clarence - 53  
 Diczfalusy Egon - 27, 44  
 Ehrenborg Harald - 46  
 Einhorn Jerzy - 53  
 Ekholm Jan - 19  
 Eriksson Håkan - 7, 23, 34, 77, 93, 104  
 Ernberg Ingemar - 20  
 Flod Lars-Åke - 41  
 Forsman Olof - 43  
 Fridén Siv - 29  
 Gatenbeck Lars - 28  
 Gemzell Carl - 82  
 Gillström Per - 68  
 Gullbring Bengt - 26  
 Hagenfeldt Kerstin - 7, 26, 77, 94, 104  
 Hamberger Bertil - 7, 21, 43, 94, 104  
 Harms-Ringdahl Karin - 7, 12, 19, 76, 77, 94, 104  
 Hedström Bertil - 28  
 Hellenius Maj-Lis - 73  
 Hellström Kjell - 59  
 Holm Göran - 7, 12, 21, 25, 31, 85, 94, 104  
 Holmgren Israel - 22  
 Jorpes Eric - 22  
 Lagerlöf Henrik - 21  
 Lindahl Sten - 20, 26, 32, 43  
 Lindberg Dick - 31  
 Lindsten Jan - 7, 11, 15, 16, 23, 28, 29, 30, 33, 39, 40, 41, 46, 54, 56, 65, 78, 84, 94, 104  
 Ljungström Olof - 7, 11, 12, 94, 104  
 Luft Rolf - 44, 60  
 Lundberg Gunnar - 29  
 Nilsson Jan - 60  
 Normark Daniel - 5, 7, 11, 95  
 Nygren Alf - 65, 66  
 Olivecrona Herbert - 53  
 Orrenius Sten - 23, 35, 41  
 Perlmann Peter - 22  
 Persson Carl - 49  
 Ringborg Ulrik - 53, 68  
 Samuelsson Bengt - 24, 28  
 Semb Bjarne - 29  
 Stålldal Ewa - 39

Terenius Lars - 32, 60, 62

Theorell Hugo - 43

Theorell Töres - 59

Unckel Per - 23, 38

von Euler Ulf - 28

Westman Axel - 44, 82

Westman Carl - 52, 56

Wigzell Hans - 54

Zetterberg Anders - 60, 61

Åhlberg Hillert Gabrielle - 11





## Noter

1 En av de första institut (1986) som kontinuerligt började anordna vittnesseminarium är Centre for Contemporary British History (<http://www.ccbh.ac.uk/witnessseminars.php>). Det finns dock flera organisationer som på ett föredömligt sätt använt denna, eller liknande metoder som exempelvis Miller Center där bland annat amerikanska presidentens stab alltid intervjuas (<http://millercenter.org/academic/oralhistory>), eller FNs Lessons Learned Unit som bildades efter de misslyckade insatserna i Somalia ([www.peacekeepingbestpractices.unlb.org/](http://www.peacekeepingbestpractices.unlb.org/)). Inom medicinhistoria dominerar The History of Twentieth Century Medicine Group som bildades 1990 genom the Wellcome Trust. Sedan starten har ett trettiotal vittnesseminarium genomförts ([http://www.ucl.ac.uk/histmed/publications/wellcome\\_witnesses\\_c20th\\_med](http://www.ucl.ac.uk/histmed/publications/wellcome_witnesses_c20th_med)). Liknande initiativ har på senare tid initierats bl.a. i Nederländerna (<http://www.metamedicavumc.nl/mge/index.html>) och i Australien (<http://www.chs.unimelb.edu.au/programs/jnmhu/witness>). Södertörn började använda sig av denna metod 1998, ofta offentliga och öppna seminarium med fokus på politiska händelser och personer. Se ([webappo.web.sh.se/shi](http://webappo.web.sh.se/shi)). För kartläggningen av den svenska dataindustrin vid KTH kom vittnesseminarium att spela en central roll se Lundin, Per, Documenting the use of computers in Swedish society between 1950 and 1980: final report on the project "from computing machines to IT", KTH Teknik- och vetenskapshistoria, KTH, Stockholm, 2009 (<http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:kth:diva-11945>).

2 Alexanderson, Karl (2000) Centrum för Molekylär Medicin (CMM), Cancercentrum Karolinska (CCK): en ny generation forskningslaboratorier. Forskningsstiftelsen för Samhällsplanering Byggnadsplanering och Projektering Rapport 1.00.





På dagen 75 år efter att det ärofulla och statliga rikssjukhuset Karolinska Sjukhuset med pompa och ståt firade sin invigning samlades en liten grupp tidigare verksamma i sjukhuset, för att minnas organisationens förtjänster och verksamheter. I synnerhet dess tongivande roll som sjukhus och forskningsmiljö under 1900talets senare hälft. I skuggan av Nya Karolinska Solna tenderar de flesta att glömma bort att universitetssjukhuset genomgått en rad förnyelse- och förändringsprocesser. Men vad kan vi lära om framtiden genom att titta på historien? Samtalet under vittnesseminariet kom att belysa hur sjukhus har förnyats över tid mellan 1980 till 2000 talet. Övergången från statligt sjukhus till landstingsstyrt, reformerna av sjukvårdssystemet genom vård -77, Omorganiseringen av tvilling-organisationen (Karolinska Institutet) genom KI 90 och KI 93, samt etableringen av forskningsmiljöerna i CMM och CCK förändrade landskapet för gränssnitten mellan sjukvård och forskning.

Genom att diskutera de förändringsprocesser som format Karolinska Sjukhuset hoppades vittnesseminariedeltagarna, som bestod av Karin Harms-Ringdahl, Bertil Hamberger, Olof Ljungström, Göran Holm, Håkan Eriksson, Gunilla Bolinder, Kerstin Hagenfeldt, Marc Bygdeman, Jan Lindsten och Karl Alexanderson, att dokumentera de förtjänster som "gamla" Karolinska Sjukhuset åstadkom innan byggnaderna förpassas till historien. Diskussionerna visade på såväl utmaningarna, problemen och förtjänsterna som kom av att samlokalisera forskning, utbildning och vård. Enhetstanken, som den beskrevs i samband med Karolinska sjukhusets invigning är ingen enkel uppgift utan en ständigt pågående målsättning som inte fungerar utan samverkan och samarbete. Samtalet gav exempel på såväl framgångar som misslyckanden av denna svåra balansakt.



**Karolinska  
Institutet**