

Omstruktureringen av forskningssystemet på Karolinska Sjukhuset – 1980 - 2000

Håkan Eriksson, Bertil Hamberger och Jan Lindsten - WikiKS-gruppen

Förhistoria 1940–1980

När Karolinska sjukhuset (KS) startade sin verksamhet 1940 bestod forskningsresurserna huvudsakligen av tjänster – främst professorer, laboraturer och docenturer - varav i stort sett alla var kombinerade med läkartjänster. Den forskning som bedrevs initialt var nästan uteslutande patientbunden. KS var ju rikssjukhus, vilket innebar att patienter från hela landet med svåra och sällsynta sjukdomar samlades där. Dessutom saknades det i stort sett helt resurser för experimentell klinisk forskning. Undantag fanns förstås genom personliga och institutionella kontakter med andra institutioner, främst de prekliniska institutionerna på Karolinska Institutet (KI). Det är då viktigt att påminna om att många läkare och medicine studerande disputerade på den tiden på preklinisk institution för att sedan satsa på specialistutbildning vid någon klinik samtidigt som man bibehöll det utvecklade forskningskontaktnätet. Men KS hade redan inledningsvis ändå vissa egna laboratorieresurser, nämligen inom klinisk bakteriologi, klinisk fysiologi, klinisk kemi och patologi. Dessutom hade sjukhuset en avdelning för diagnostisk radiologi, men det skulle dröja ytterligare några år innan experimentella röntgenundersökningar kom att införas.

Under de följande åren ökade antalet kliniker, och många enheter kom dessutom att delas upp i subspecialiteter i takt med forsknings- och vårdutvecklingen. Många av nedanstående kliniker finns beskrivna på hemsidan under rubriken Klinik- och verksamhetsskildringar. Så avknoppades till exempel thoraxfysiologi 1957 från klinisk fysiologi, neurofysiologi från neurologi 1944 samt barnradiologi (1951), thoraxradiologi (1957) och neuroradiologi (1963) från radiologi. Även antalet tjänster forskare och laboratoriepersonal på olika nivåer ökade som en följd härav bland annat genom att allt fler disputerade. Samtidigt tillkom en rad laboratorier för experimentell klinisk forskning – Gustaf V:s forskningsinstitut 1948, och samma år startade hormonlaboratoriet på kvinnokliniken, medan forskningslaboratoriet på thoraxkliniken (Crafoordlaboratoriet) fanns när kliniken öppnade 1957, endokrinologiska kliniken med ett särskilt forskningslaboratorium invigdes 1958 och Magnus Huss klinik med institutionen för experimentell och klinisk alkoholforskning 1960. Först långt senare invigdes Centrum för Molekylär Medicin (CMM, 1997) och Cancercentrum Karolinska (CCK, 1998), se nedan.

Det är viktigt i det här sammanhanget att påminna om att KI och KS, som utomlands ofta gick under det gemensamma namnet *The Karolinska*, var internationellt väl känt för sin höga vård- och forskningskvalitet under den här perioden och besöktes regelbundet av många utländska gästforskare och läkare. I KI:s annaler finner man en uppgift att 797 gästforskare besökte institutet under minst 2 månader under åren 1962-1969.

Införandet av kliniska laboratediscipliner hade en dubbel bakgrund. Dels innebar utvecklingen att behovet av specialiserade analyser ökade i vården, och dels ville man tillföra den kliniska verksamheten forskningskompetens och laboratorieresurser för experimentell forskning. Utöver vad som nämnts tillkom klinisk cytologi 1960, klinisk virologi (1961), klinisk farmakologi 1970 och klinisk genetik 1970.

I stort sett kan man dock säga att det var klinikerna och de där verksamma forskarna själva som ansvarade för sin forskningsverksamhet inklusive det forskningsarbete man ville utveckla under hela denna tidsperiod. Någon organisation för samordning av denna verksamhet och för fördelning av resurser fanns i stort sett inte, och förmodligen upplevde man inte heller något större behov härav.

Bakgrund

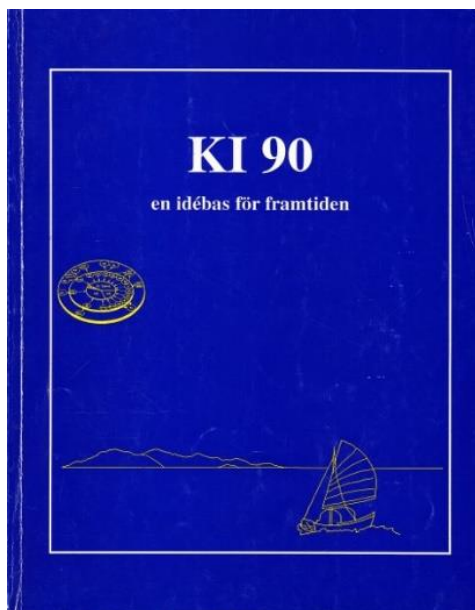
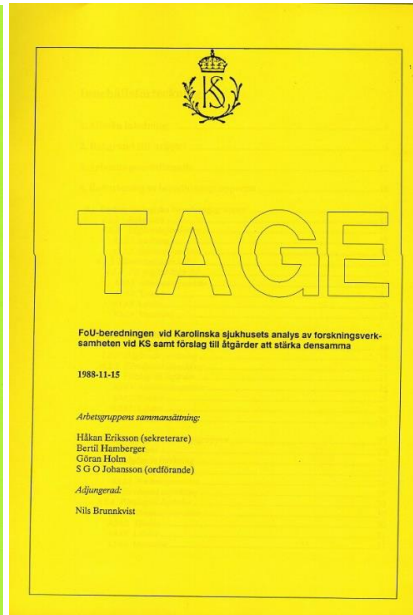
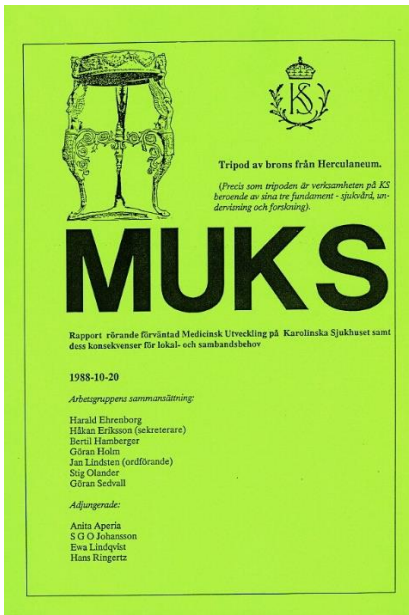
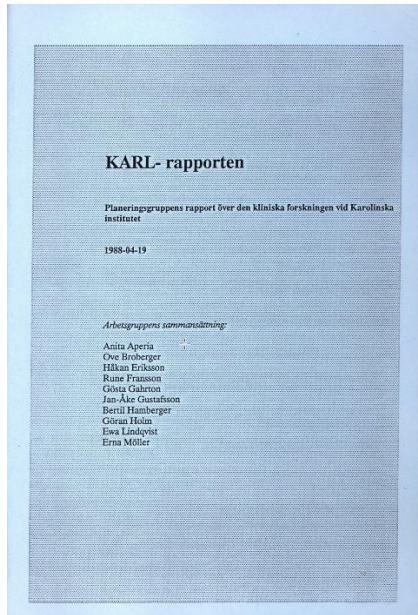
Under 80-talet diskuterades den kliniska forskningen intensivt. På Medicinska forskningsrådet (MFR) var man oroad över det stora glappet mellan den starka basvetenskapliga forskningen och den sviktande kliniska forskningen. Flera starka kliniska forskningsledare pensionerades och rekryteringen av nya yngre forskare var inte lika stark som den hade varit under tidigare decennier. Incitamenten för dem som arbetade på de teoretiska institutionerna att "gå över" Solnavägen och fortsätta som kliniker och kliniska forskare blev allt svagare. Denna väg för samverkan och kunskapsöverföring hade tidigare varit mycket effektiv och stärkt den kliniska forskningen samtidigt som den genererat nya frågeställningar och idéer för den teoretiska forskningen.

Under andra hälften av 80-talet blev det också uppenbart att den kliniska forskningsorganisationen vid Karolinska Sjukhuset behövde förändras för att KS skulle kunna fortsätta med att hävda sig på den internationella nivån. Många faktorer bidrog till detta, bl. a ökade krav på:

- *Forskning och utveckling inom hela det medicinska området*
- *Effektivitet, kostnadskontroll och produktivitet inom både forskning och sjukvård*
- *Klinikernas sjukvårdsproduktion som medförde minskad tid till för forskning och forskningshandledning*
- *Att överföra resultaten från den exponentiellt ökande basala forskningen till klinisk nytta i form av ny diagnostik och terapi*
- *Klinisk metodologisk forskningsutveckling som samverkar med aktörer inom helt nya områden och nivåer*

Det förelåg sålunda ett stort behov av både övergripande utredningar med detaljerade analyser och förslag till åtgärdsprogram. Ett flertal sådana genomfördes och presenterades under -80- och 90-talen. T ex presenterades under 1988 ett antal rapporter som identifierade möjliga vägar framåt.

Viktiga bakgrundsrapporter för omstrukturering av den kliniska forskningen		
Namn	Datum	Titel
KARL	88-04-19	Planeringsgruppens rapport över den kliniska forskningen vid Karolinska Institutet
MUKS	88-10-20	Rapport rörande förväntad Medicinsk Utveckling på Karolinska Sjukhuset samt dess konsekvenser för lokal- och sambandsbehov
TAGE	88-11-15	Analys av forskningen vid KS samt förslag till åtgärder



Det togs även utredningsinitiativ parallellt såväl på KS- som Campussidan. Dessa visade bland annat på allvarliga brister i den administrativa organisationen för den kliniska forskningsverksamheten vid Karolinska sjukhuset såväl vad gäller hanteringen och fördelning av forskningsmedel som optimering av infrastrukturen. Vissa kliniker erhöll stora resurser för forskning men bedrev nästan ingen forskning, medan andra var väldigt innovativa, aktiva och aktuella men saknade medel för att genomföra sina nytänkande projekt.

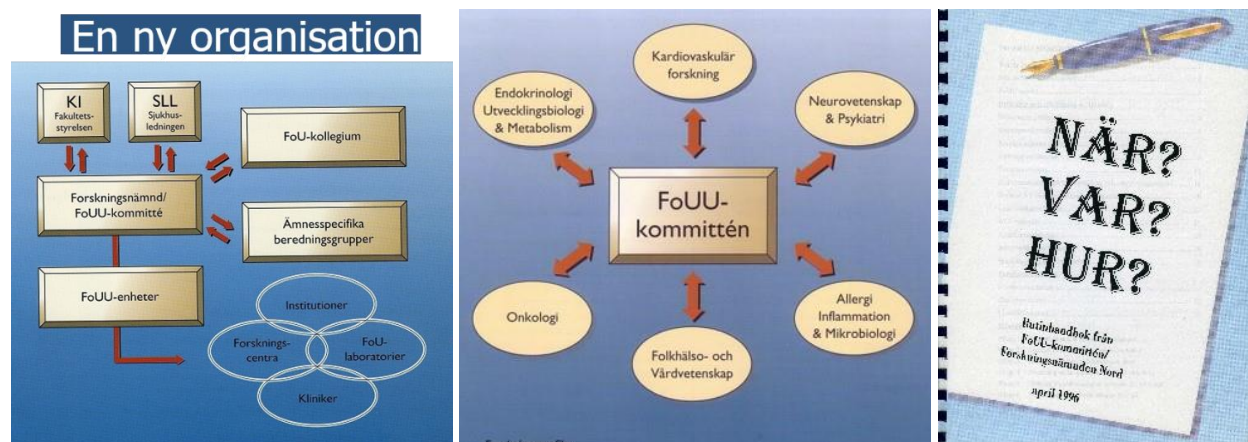
Som en följd av utredningarna som genomfördes i KS-regi under år 1988, tog KI:s ledning initiativet till KI 90-utredningen med uppdrag att tänka nytt och behandla

alla aspekter på KI:s verksamheter. Merparten av utredningsförslagen implementerades sedan enligt de så kallade KI 93-rapporterna. En helt ny struktur skapades för forskning vid KI med

färre institutioner, initialt från 150 till 35 st. Prefektstyre infördes på institutionsnivå och institutionerna fick större autonomitet

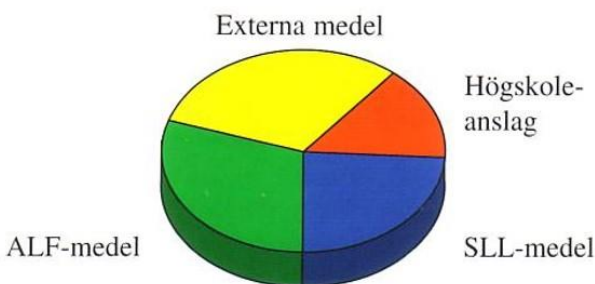
Forskningsorganisation på KS

En Forskningskommitté för handläggningen av kliniska forskningsärenden på Karolinska sjukhuset skapades. Strukturen hämtades huvudsakligen från den beredningsorganisation som dåvarande Medicinska forskningsrådet hade med ämnesspecifika expertgrupper. För beredning av KI specifika frågor vid institutionerna på KS skapades enligt förslag från KI 90 en Forskningsnämnd Nord. I syfte att effektivisera och samordna forskningsadministrationen skapades en personunion mellan Forskningskommittén (KS-organ) och Forskningsnämnd Nord (KI-organ). Ledamöterna kunde på detta sätt behandla alla typer av forskningsfrågor oavsett om de innefattade medel från KI:s budget eller FoUU-medel från landstingets budget. Härigenom garanterades såväl kvalitén som samordningen i de totala satsningar som gjordes, och konkurrensen mellan de båda potterna kunde därmed undvikas. Forskningskommittén på KS integrerad med Karolinska institutet (Forskningsnämnd Nord) var verksam i drygt tio år. Den gemensamma forskningsorganisationen visade sig fungera mycket bra och stimulerade till samverkan mellan olika forskargrupper. Härigenom integrerades labbforskning med klinisk forskning och en breddning av forskningsverksamheten kunde uppnås.

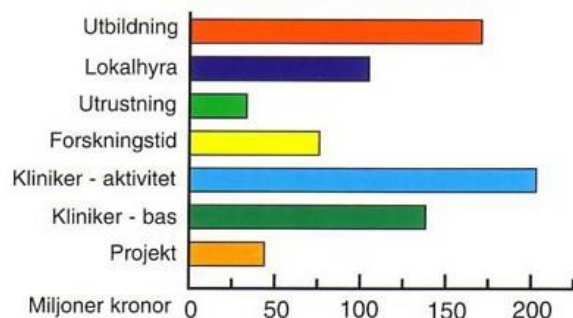


På KS byggdes det upp en forskningsadministrativ struktur som var slagkraftig, och som sedermera kopierades av Huddinge sjukhus. Samarbetet mellan de båda FoUU-kommittéerna fungerade så bra att även Danderyds sjukhus och Södersjukhuset anslöt sig till samsarbetsgruppen. Arbetet i denna bidrog till att de kliniska forskningsfrågorna kom högre på KI:s dagordning och att kvaliteten och konkurrenskraften stärktes. Det bör noteras att de kliniska enheterna tillsammans drog in mer pengar än vad forskningen på Karolinska Institutet Campus gjorde.

Resursallokering



Finansieringen av FoUU inom SLL



Användningen av FoUU-medlen



Forskningskommittén (KS-organ) och Forskningsnämnd Nord (KI-organ) vid slutet av 90-talet

Kommunikation och information: Forskningsfronten

Vid KS skapades ett FoU-kollegium för information och kommunikation. Alla intresserade från olika kliniker kunde genom Kollegiet få information om aktuella frågor inom Forskningsnämnden och Forskningskommittén. Detta medförde att det var "ganska lugnt" ute på verksamhetsfältet. Samtidigt skapades ett nyhetsblad som kallades för "Forskningsfronten". Detta var ett organ för information och kommunikation och debatter. I en särskild kolumn som hette "Brus från rälsen", publicerades satiriska kommentarer, anekdoter och inlägg rörande olika projekt,

beslut och företeelser inom KI. Förebilden var "Tysta Mari"-kolumnen i DN. Kolumnen blev så populär att många kollegor ringde upp redaktionen och frågade "När kommer nästa nummer av Forskningsfronten?". De var nyfikna på "Brus från Rälisen". Detta skapade en känsla av inkludering och delaktighet i KS förändringsarbete och formade en jordmån från verksamhetsgolvet som var väldigt positiv för hela förändringsarbetet.

Forskningsfronten
 Nyhetsblad från FOU/Kommittén/Forskningsgruppen Nord
 Årgång 4, Nummer 3 1994-04-14 Ansvariga: H. Eriksson & B. Thanderger

Skarpt läge för den kliniska forskningen

Den kliniska forskningen och utvärderingsarbetet står inför en stor utmaning. Detta innebär både stora utmaningar och stora möjligheter. För att kunna hantera dessa utmaningar krävs en tydlig strategi och en stark ledning. Detta innebär också en tydlig ansvarighet för de ansvariga. Detta innebär också en tydlig kommunikation och samarbete mellan de olika parterna. Detta innebär också en tydlig resurshantering och prioritering. Detta innebär också en tydlig utvärdering och rapportering. Detta innebär också en tydlig dokumentation och arkivering. Detta innebär också en tydlig utbildning och fortbildning. Detta innebär också en tydlig rekrytering och utveckling. Detta innebär också en tydlig samverkan och partnerskap. Detta innebär också en tydlig innovation och utveckling. Detta innebär också en tydlig kvalitetssäkring och certifiering. Detta innebär också en tydlig etik och godkännande. Detta innebär också en tydlig transparens och öppenhet. Detta innebär också en tydlig ansvarighet och hållbarhet. Detta innebär också en tydlig målbildning och utvärdering. Detta innebär också en tydlig kommunikation och samarbete. Detta innebär också en tydlig resurshantering och prioritering. Detta innebär också en tydlig utvärdering och rapportering. Detta innebär också en tydlig dokumentation och arkivering. Detta innebär också en tydlig utbildning och fortbildning. Detta innebär också en tydlig rekrytering och utveckling. Detta innebär också en tydlig samverkan och partnerskap. Detta innebär också en tydlig innovation och utveckling. Detta innebär också en tydlig kvalitetssäkring och certifiering. Detta innebär också en tydlig etik och godkännande. Detta innebär också en tydlig transparens och öppenhet. Detta innebär också en tydlig ansvarighet och hållbarhet. Detta innebär också en tydlig målbildning och utvärdering.

Klinisk forskning och utveckling

Utvecklingen inom klinisk forskning och utveckling är snabb och pågående. Detta innebär också en tydlig kommunikation och samarbete. Detta innebär också en tydlig resurshantering och prioritering. Detta innebär också en tydlig utvärdering och rapportering. Detta innebär också en tydlig dokumentation och arkivering. Detta innebär också en tydlig utbildning och fortbildning. Detta innebär också en tydlig rekrytering och utveckling. Detta innebär också en tydlig samverkan och partnerskap. Detta innebär också en tydlig innovation och utveckling. Detta innebär också en tydlig kvalitetssäkring och certifiering. Detta innebär också en tydlig etik och godkännande. Detta innebär också en tydlig transparens och öppenhet. Detta innebär också en tydlig ansvarighet och hållbarhet. Detta innebär också en tydlig målbildning och utvärdering.

STOP

STOPP! Detta innebär också en tydlig kommunikation och samarbete. Detta innebär också en tydlig resurshantering och prioritering. Detta innebär också en tydlig utvärdering och rapportering. Detta innebär också en tydlig dokumentation och arkivering. Detta innebär också en tydlig utbildning och fortbildning. Detta innebär också en tydlig rekrytering och utveckling. Detta innebär också en tydlig samverkan och partnerskap. Detta innebär också en tydlig innovation och utveckling. Detta innebär också en tydlig kvalitetssäkring och certifiering. Detta innebär också en tydlig etik och godkännande. Detta innebär också en tydlig transparens och öppenhet. Detta innebär också en tydlig ansvarighet och hållbarhet. Detta innebär också en tydlig målbildning och utvärdering.

Forskningsfronten
 Nyhetsblad från FOU/Kommittén/Forskningsgruppen Nord
 Årgång 4, Nummer 3 1994-04-14 Ansvariga: H. Eriksson & B. Thanderger

Orosmolnen tonar upp sig

Den stora regnet har kommit och det är en bra sak. Detta innebär också en tydlig kommunikation och samarbete. Detta innebär också en tydlig resurshantering och prioritering. Detta innebär också en tydlig utvärdering och rapportering. Detta innebär också en tydlig dokumentation och arkivering. Detta innebär också en tydlig utbildning och fortbildning. Detta innebär också en tydlig rekrytering och utveckling. Detta innebär också en tydlig samverkan och partnerskap. Detta innebär också en tydlig innovation och utveckling. Detta innebär också en tydlig kvalitetssäkring och certifiering. Detta innebär också en tydlig etik och godkännande. Detta innebär också en tydlig transparens och öppenhet. Detta innebär också en tydlig ansvarighet och hållbarhet. Detta innebär också en tydlig målbildning och utvärdering.

Även forskningen??

Även forskningen?? Detta innebär också en tydlig kommunikation och samarbete. Detta innebär också en tydlig resurshantering och prioritering. Detta innebär också en tydlig utvärdering och rapportering. Detta innebär också en tydlig dokumentation och arkivering. Detta innebär också en tydlig utbildning och fortbildning. Detta innebär också en tydlig rekrytering och utveckling. Detta innebär också en tydlig samverkan och partnerskap. Detta innebär också en tydlig innovation och utveckling. Detta innebär också en tydlig kvalitetssäkring och certifiering. Detta innebär också en tydlig etik och godkännande. Detta innebär också en tydlig transparens och öppenhet. Detta innebär också en tydlig ansvarighet och hållbarhet. Detta innebär också en tydlig målbildning och utvärdering.

Forskningsfronten
 Nyhetsblad från Forsknings-FOU/Kommittén Nord
 Årgång 3, Nummer 3 1993-04-22 Ansvariga: H. Eriksson & B. Thanderger

På tröskeln till en ny era ...

Så började det. Detta innebär också en tydlig kommunikation och samarbete. Detta innebär också en tydlig resurshantering och prioritering. Detta innebär också en tydlig utvärdering och rapportering. Detta innebär också en tydlig dokumentation och arkivering. Detta innebär också en tydlig utbildning och fortbildning. Detta innebär också en tydlig rekrytering och utveckling. Detta innebär också en tydlig samverkan och partnerskap. Detta innebär också en tydlig innovation och utveckling. Detta innebär också en tydlig kvalitetssäkring och certifiering. Detta innebär också en tydlig etik och godkännande. Detta innebär också en tydlig transparens och öppenhet. Detta innebär också en tydlig ansvarighet och hållbarhet. Detta innebär också en tydlig målbildning och utvärdering.

FI & MURE

FI & MURE. Detta innebär också en tydlig kommunikation och samarbete. Detta innebär också en tydlig resurshantering och prioritering. Detta innebär också en tydlig utvärdering och rapportering. Detta innebär också en tydlig dokumentation och arkivering. Detta innebär också en tydlig utbildning och fortbildning. Detta innebär också en tydlig rekrytering och utveckling. Detta innebär också en tydlig samverkan och partnerskap. Detta innebär också en tydlig innovation och utveckling. Detta innebär också en tydlig kvalitetssäkring och certifiering. Detta innebär också en tydlig etik och godkännande. Detta innebär också en tydlig transparens och öppenhet. Detta innebär också en tydlig ansvarighet och hållbarhet. Detta innebär också en tydlig målbildning och utvärdering.

Brus från Rälisen – upprorisk satir mot ledningen

Brus från Rälisen

Dekanus på KS

Dekanus har besökt KS. Månde som ett led i den pågående valkampanjen? Han informerade om den dynamiska utvecklingen vid KI och framhöll särskilt satsningen på kraftfull, basal spjutspetsforskning. Slutligen tackade han professorerna för att de andäktigt lyssnat på honom utan att avbryta med knepiga frågor. En kvinnlig professor avbröt dock och undrade stilla hur man omprövar professorer och om verkligen kraftfull spjutspetsforskning alltid är så innovativ, eftertänksam och bra för patienten. Men då var dekanus redan på väg tillbaka till forskningsfronten på Campus. Den kvarvarande forskningsgrossen på KS lommade iväg i duggregnet mot, den under evig reparation befinnande, huvudentrén på KS och mumlade unisont att även om KI inte har några pengar till CMM eller CCK så borde vi väl ändå kunna glädjas åt att man rustar upp KI Campus för två miljarder.

Kollekt -96

Efter analys av F-96 har vi på KS förstätt att det inte är mödan värt att försöka beakta KIs centrala ledning om resurser till forskning rörande barn, gamla och sjuka. Stipendier vågar vi ju inte ens drömma om. **Brus från Rälisen** föreslår istället att vi skall studera Frälsningsarméns, kyrkans och Bingolottos insamlingsmetoder inom ramen för nytt projekt kallat "Kollekt-96".

Finansiering

Spänning mellan Campus och KS + HS

Lokaler

Diskussioner om etik i forskningen och fördelning av resurser

Hur mycket får vi känna varann

Brus från rälisen har funderat över den massmedialt intressanta frågan om jäv, och konstaterar att det som är flagrant jäv i en församling betraktas som gott samarbetsklimat i den andra.

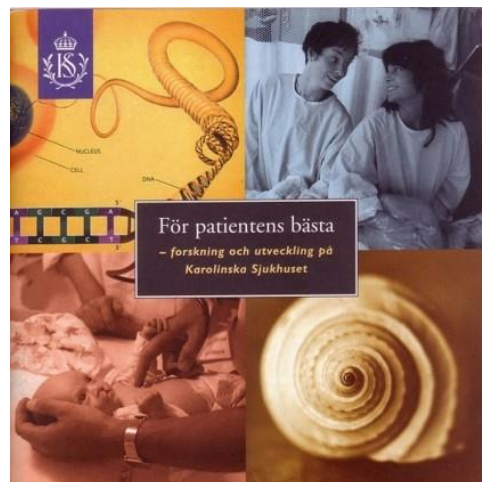
En moder är förvisso en moder men vad är en vän som är jävig? Om jag först inte känner Dig men sen hamnar i samma arbetsgrupp som Du och därför gradvis börjar känna Dig fast Du inte är en riktig vän men är ganska trevlig och vi kanske till och med åter lunch tillsammans. Blir Du då automatiskt en sådan vän som tidningsarna kallar jävig? Om vi sedan tycker olika i arbetsgruppen och vännen blir en ovän vad händer då? Får Du då tillbaka ditt omdöme och blir åter ojävig.

D v s en vän är en vän som är jävig så länge vännen tycker som jag - sen, när han inte tycker som jag, blir han en vän som blir en slags ovän och därför ojävig. Eller blir han omvänt jävig.

Vem kan egentligen säga vem som är jävig till vem?



Publikationer om
forskningen vid
Karolinska Sjukhuset,
utgivna av
Forskningskommittén



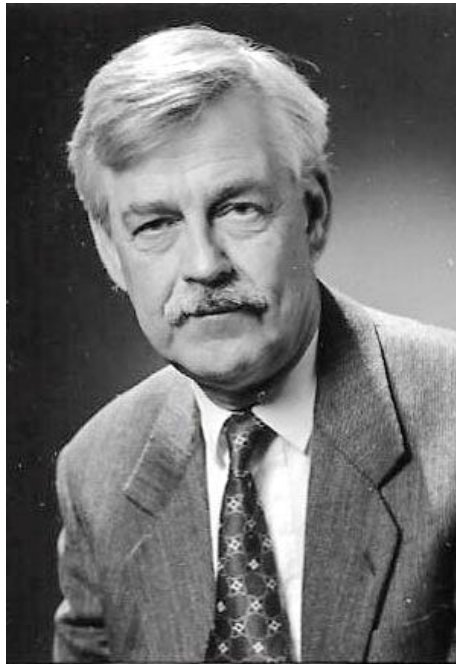
ALF-medlen och samverkan med SLL

Under 1990-talet skedde stora omvälvningar i hela ekonomin för Karolinska sjukhuset till följd av att Stockholms Läns Landsting då övergick från en traditionell anslagsmodell till att "leka affär" med verksamheter som "köpte och sålde" olika tjänster och där inkomsterna till kliniker-na kom via ett system baserat på patientklassificering s.k. DRG (Diagnostic Related Groups). Därför blev det nödvändigt att också definiera vad forskning och undervisning kostade på uni-versitetssjukhusen.

En ytterst viktig komponent vad gäller finansieringen av den kliniska forskningen var de s.k. LUA/ALF-medlen (ALF är en förkortning av "Avtal om Läkarutbildning och Forskning" som träff-fats mellan staten och sju landsting där staten gav medel till universitetssjukhusen för det in-trång som utbildning och forskning medförde). Jan Lindsten, i egenskap av sjukhusdirektör vid KS, förhandlade med Stockholms Läns Landsting om hur dessa resurser skulle hanteras och för-delas. Han kom snabbt fram till att primärt "identifiera de pengar det rörde sig om inom den gällande sjukvårdsbudgeten, och att sedan placera dessa i en särskild forskningspott inom landstinget." Sedan kom det verkligen stora kruxet. Om landstinget verkligen såg sig som ett kunskapsföretag, så måste man ju också satsa lite på forskning och utveckling av egna medel. Frågan var då hur mycket KI ansåg att man skulle föreslå Landstinget att satsa. Tog man i för lite så hade kollegorna blivit missnöjda, hade man tagit i för mycket så hade politikerna bara lagt förslaget i byrålådan och inte gjort någonting vidare åt frågan. Därför föreslog KI att SLL skulle satsa "lika mycket" som staten, i form av LUA/ALF-medel, gjorde. Detta förslag accepterade SLL och det blev början på ett mycket närmare samarbete mellan KI och SLL vad gällde satsningar på den kliniska forskningen. Landstinget tog de 350 miljonerna från LUA-medel och adderade egna 350 miljoner och skapade härigenom en pott på ca 700 miljoner kronor. Som jämförelse kan nämnas att Medicinska forskningsrådet vid denna tidpunkt satsade totalt ca 350 miljoner på medicinsk forskning. Stockholms läns landsting förfogade därmed över en pott till klinisk forskning som var nästan dubbelt så stor som hela medicinska forskningsrådets. Detta möjliggjorde i sin

tur att KI även kunde bygga upp en institution för omvårdnadsforskning, ett laboratorium för djurexperimentell undersökning mm.

Tidigare fanns även en samverkansgrupp mellan KI och Landstinget (KI-HSN), som bl.a. arbetade med finansieringsfrågorna vid KS. Gruppen hade karaktären av en s.k. "avprickningslistsgrupp". dvs man diskuterade inte, man tog inga initiativ utan man informerade och beslutade. Till följd av de stora förändringar som ovan beskrivits ändrades gruppens arbetsformer. Den blev mer dynamisk och började hantera gemensamma frågor på nya sätt. Man löste upp mycket av de missförstånd och olösta problem som "skavde". Härigenom blev gruppen mycket viktigare än vad den någonsin hade varit, framför allt för den kliniska forskningen. Från HSN var det främst



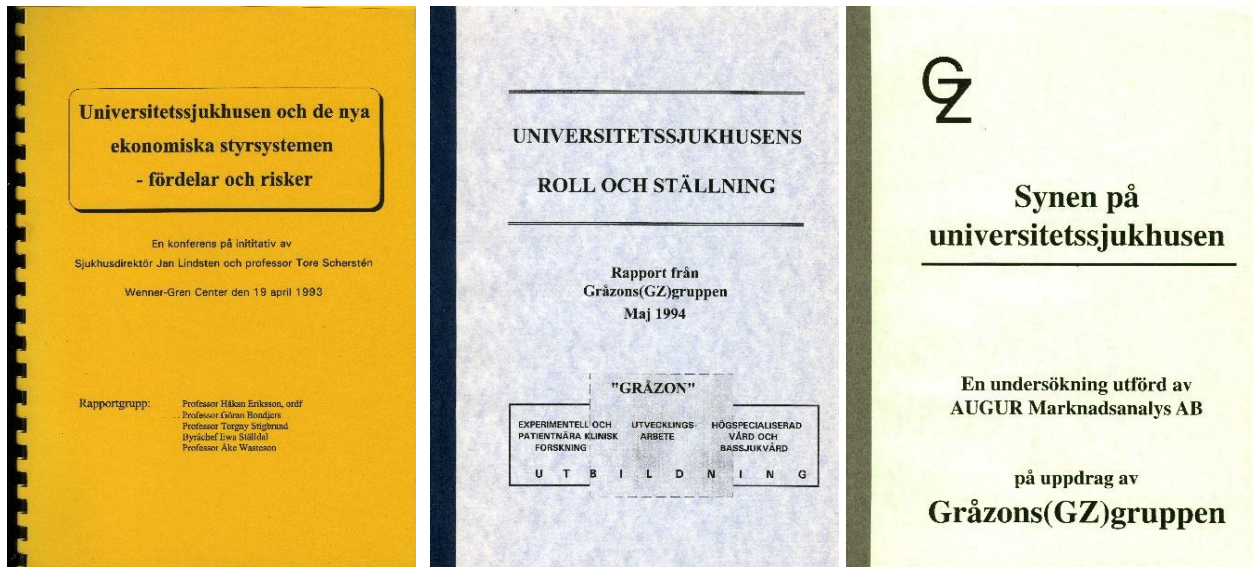
Lars-Åke Flood

Lars-Åke Flood (medicine hedersdoktor vid KI 2002) som var en stark, nytänkande och drivande person på landstingssidan. Han förstod vikten av forskning och utbildning. Det var denna grupp som gjorde fördelningsnycklarna för resurser utifrån ett antal parametrar som mätte forskningskvalitet och produktion ex publikationer i internationella tidskrifter med hög impact factor, externa medel, examinerade doktorander mm. Det var fantastiskt att uppleva att alla kliniker på KS med stort engagemang och entusiasm årligen redovisade sina insatser. Detta hade stor betydelse för samstämmigheten kring formerna för medelstilldelningen till skillnad mot andra redovisningar där man måste fylla i långa listor med konstiga variabler som man aldrig fick någon feedback på eller ens fick reda på vad de skulle användas till. Hela idén med att fördela pengarna efter kvalitet och aktivitet blev under tio år en avgörande fördelningsnyckel av stor betydelse för utveck-

ling av den kliniska forskningen vid KS. Vissa delar av detta system finns fortfarande kvar.

Dessvärre så bröt Karolinska institutet in för drygt tio år sedan och "tog" pengarna och förändrade fördelningssystemet. Resultatet blev att de prekliniska forskargrupperna kom att gynnas på bekostnad av de kliniska. Genom denna förändring så har mer FoUU-medel gått till preklinisk forskning än vad det var tänkt från början, vilket kan ifrågasättas. Emellertid har idén att fördela pengar på det här sättet varit mycket bra, och befrämjat samarbetet mellan landstinget och KI.

Rapporter, centrala för utvecklingen av nya finansieringssystem för klinisk forskning.



Gråzonsutredningen

Gråzonsutredningen var en nationell utredning, där alla fakulteter var representerade, och där gränssnitten mellan sjukvård, klinisk forskning och basal forskning diskuterades. Samtliga medicinska fakulteter identifierade gemensamt vad som är vad i den kliniska miljön. Detta blev av stor betydelse för hur de olika landstingen förhöll sig till forskning vid sina respektive sjukhus.

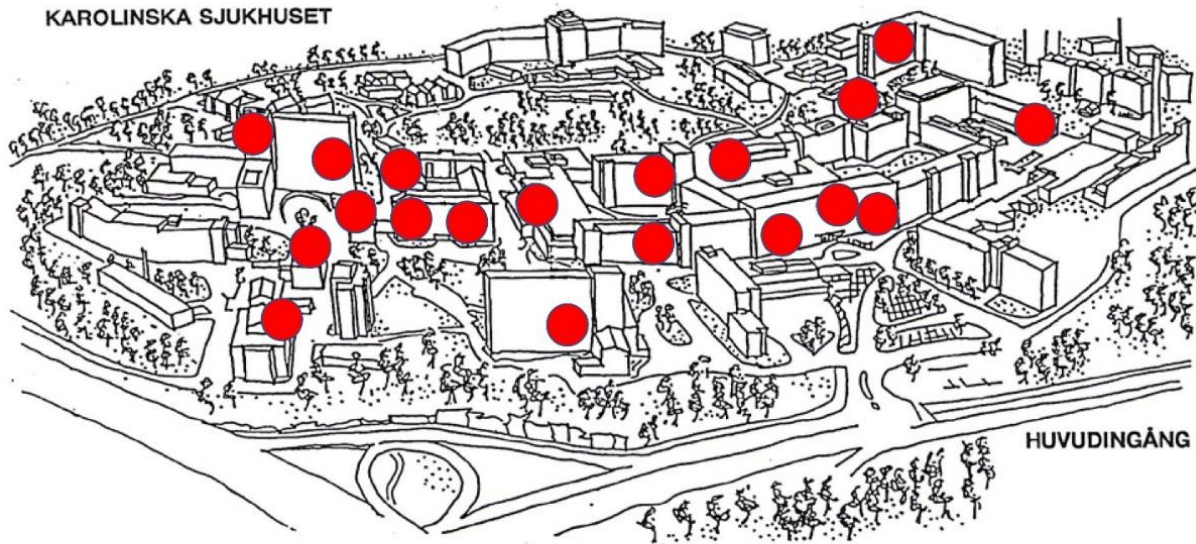
Några slutsatser från utredningen:

- *Betydande resurser satsas på FoUU-verksamheten vid universitetssjukhusen som måste ta ett ökat ansvar för att redovisa såväl verksamhet som resursutnyttjande*
- *Som en följd av svårigheterna att exakt fastställa gråzonens omfattning och kostnader måste samtliga berörda aktörer i samverkan fastställa nivåer och fördelning av FoUU-resurser*

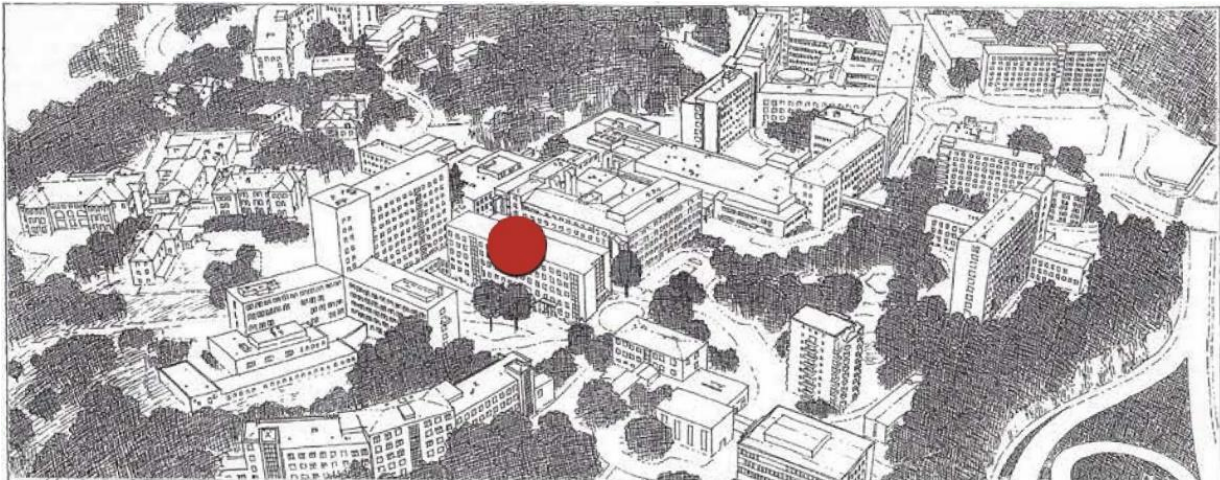
Nya lokaler för forskning vid KS

Några av slutsatserna från ovanstående utredningar var att forskningen på KS, exempelvis cancerforskningen, var utspridd på för många olika kliniker och olika lokaler. En omfattande inventering och kartläggning av forskningslokaler utfördes av Nils Brunnkvist och Harald Ehrenborg och detta material var fundamentalt för den fortsatta utvecklingen.

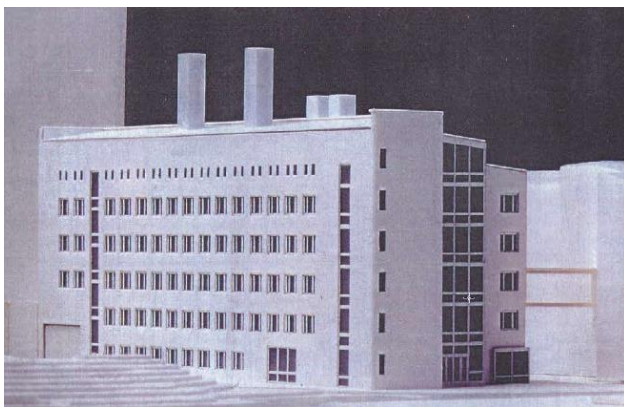
För cancerforskningen var utspridningen av forskningen mycket påtaglig. Härigenom blev samverkan och verkningsgraden bristfällig. Beslut fattades därför om att samla cancerforskningen i en enhet. Det blev embryot till det som sedan blev Cancer Centrum Karolinska, CCK se bilder nedan.



Ur projektdokument, mars 1993: Cancerforskningen är idag utspridd på ett 20-tal platser inom Karolinska sjukhuset. Sjukhusområdet är i storlek jämförbart med Gamla Stan i Stockholm.

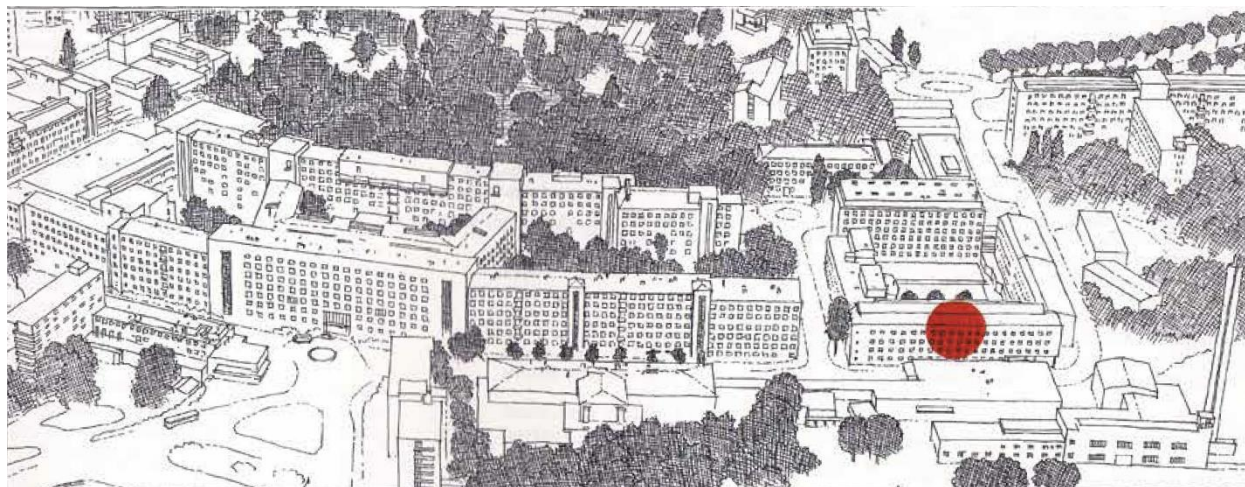


Här i Cancer Centrum Karolinska(CCK) samlades cancerforskningen



Modellbilder från huvudhandlingar CCK till vänster och CMM till höger

Samtidigt utvecklades molekylärmedicinen i exponentiell hastighet och allt fler kliniska forskargrupper tog till sig molekylärbiologin i sina projekt. Slutsatsen drogs att denna utveckling måste stödjas och stärkas. En förebild var det som gjorts på Mayoklinikerna, Johns Hopkins med flera starka internationella universitet. Resultatet blev Centrum för Molekylärmedicin, CMM.



Centrum för Molekylär medicin, CMM uppfördes i anslutning till laboratoriekvarteret

Det blev härvid uppenbart att starka prekliniska laboratorier på KS-sidan måste skapas som stöd till de kliniska forskargrupperna. När dessa idéer presenterades för KI:s centrala ledning så utgjorde de akademiskt sprängstoff. KI-ledningen, som huvudsakligen utgjordes av prekliniker, reagerade starkt mot förslagen och ansåg att prekliniska laboratorier skulle ligga på Campussidan. Man såg "risker" i att forskningsmedel skulle "flöda över" till Karolinska sjukhuset. Av denna anledning fick förslaget från FOUU-kommittén initialt inget stöd från KI:s ledning. Medel för att förverkliga skapelserna CCK och CMM fick samlas in via donationer. Karolinska institutet motsatte sig inte mottagandet av donationerna. Först under ett senare skede bidrog KI med universitetets pengar för att stödja projekten. Det primära skälet till den negativa inställningen till satsningarna på KS var sannolikt rädslan att Karolinska sjukhuset skulle bli för starkt om grundvetenskaplig forskning och klinisk forskning integrerades för att skapa en translationell forskning av världsklass samt att dessa projekt skulle "komma i vägen" för utvecklingsplanerna på Campusområdet.

Tillkomsten av forskningslokalerna Centrum för Molekylär medicin (CMM) och Cancer Centrum Karolinska (CCK) finns dokumenterade i separat kapitel skrivet av Karl Alexandersson, arkitekt SAR/MSA och ansvarig för tävlingen KS Plan -88, CCK och CMM (se WiKIKS.se)

Förutom CCK och CMM tillkom under 90-talet flera andra forskningslokaler. Bland annat samlades forskningen kring MR i ett MR-centrum KI/SLL. Astrid Lindgrens barnsjukhus (ALB) fick nya hus som innehöll samlade forskningslokaler.

Med tillkomsten av Nya Karolinska Sjukhuset, NKS, har stora förändringar skett och en stor del av forskningen bland annat från CCK har under 2018 flyttat in i det nybyggda Bioclinicum.

Fortsatt utveckling

Efter sekelskiftet konsoliderades forskningsorganisationen på Karolinska sjukhuset och blev efter sammanslagningen med Huddinge sjukhus 2004 gemensam för de bägge sjukhusen. Verksamheten leds idag av en FoU-direktör och enheten har ett omfattande ansvar för klinisk forskning och undervisning både inom sjukhuset och SLL.