

*Karolinska Institutet tar en anamnes på:*

# Utveckling pågår



Vittnesseminarium om läkarutbildningen och dess förändringar mellan 1960 och 2010



**Karolinska  
Institutet**





**Karolinska  
Institutet**

*Karolinska Institutet tar en anamnes på:*

## Utveckling pågår

*Vittnesseminarium om läkarutbildningen och  
dess förändringar mellan 1960 och 2010*

**Kulturenheten**

Cyber, 2009-03-11

**Redaktör: Kerstin Hagenfeldt, Inger Huldt och Daniel  
Normark**

Layout: Marie Oscarsson

**Utgivare:**

Karolinska Institutet

Kulturenheten

Daniel Normark

KI kultur vittnesseminarieserie nr 3

ISBN: 978-91-86873-02-8

Oktober 2011

Erlanders Sverige AB

Daniel.Normark@ki.se





**Karolinska  
Institutet**

*Karolinska Institutet tar en anamnes på:*

## Utveckling pågår

*Vittnesseminarium om läkarutbildningen och  
dess förändringar mellan 1960 och 2010*

### **Kulturenheten**

Cyber, 2009-03-11

**Redaktör: Kerstin Hagenfeldt, Inger Huldt och Daniel  
Normark**

Medverkande:

Kerstin Hagenfeldt  
Daniel Normark  
Jörgen Nordenström  
Rune Fransson  
Vivi-Anne Sundqvist  
Bo Rydqvist  
Sari Ponzer  
Hans Åberg  
Thomas Ihre  
Gunnar Nilsson  
Jörgen Larsson  
Arne Ljungqvist  
Folke Sjöqvist  
Gunnar Höglund  
Inger Huldt  
Tomas Cronholm



# INNEHÅLL

<b>Introduktion</b>	8
Medicinhistoriskt arkiv och vittnesseminarier	
- en historikers beakännelse	8
<b>I skuggan av</b>	
<b>- förberedelse och nya förutsättningar för förändring</b>	12
Västeråsmötet – provokationen för att lyfta grundutbildning upp på agendan	15
Aktiva studenter för studentdrivna reformer	16
Medicinintaget, sjukronan och pedagogisk utveckling	18
Ökad studentrepresentation	20
<b>Skolan på lasarettet</b>	21
”transfereringsmissen” som kostade 4 miljoner	23
Institutionen för medicinsk undervisning	24
Stora F och lilla f	25
Faktorer för att agera kraftfullt?	27
Huddinge universitetssjukhus	28
<b>Den nya studieplanen (del 1)</b>	29
KI 93	31
Preklintenta och sjukvårdsreformer	32
Dynamiskt studieplan i en stel organisation	35
Yttre och inre tryck	36
Karolinska sjukhusets kommunalisering	37
<b>Läkarutbildningen:</b>	
<b>att kämpa mot attityd-, lednings- och resursproblem</b>	39
Ledningsansvar fördelat på tre dekaner	41
Ekonomiska möjligheter och begränsningar	43
<b>Reformarbete</b>	47
LUT I och LUT II	48
Sexårig läkarutbildning	52
Vad är priset för praktiken i praktiken?	53
<b>Att sjösätta en ny läkarutbildning</b>	56
Med ICF’s teman som struktur för utbildningen	57
Kalibrering - att finjustera en studieplan	59
Värdval Stockholm	60
Att leva i en matrisorganisation	62
longitud och latitud i utbildning	
– bredd, repetition eller fördjupning	64
<b>Ekonomi - styrmedel och förutsättning för undervisning</b>	68
Från kostnader till formler	69
LUA och ALF medel	74
<b>Framtiden?</b>	75
<b>Biografier</b>	81
<b>Personindex</b>	84
<b>Noter</b>	86

## Introduktion

### *Kerstin Hagenfeldt*

Jag ber att få hälsa alla välkomna till det här vittnesseminariet om läkarutbildningen under 50 år. Alla vet ju att vi håller på och skriver om 50-årshistorien och vi tyckte att vore lämpligt att göra den här sessionen med tanke på att läkarutbildningen har genomgått mest förändringar under dessa 50 år och kanske är den mest kritiserade utbildningen. Sedan har KI vänligheten att bjuda oss på lunch på Svarta Råven, och det tackar vi för också och hoppas att alla kan komma utom Sari förstås, om hon inte hinner tillbaka. Okej. Daniel berättar någonting om seminariet.

### *Medicinhistoriskt arkiv och vittnesseminarier - en historikers bekännelse*

### *Daniel Normark*

Varmt välkomna. Det här är som sagt var ett vittnesseminarium så jag kommer först att kort berätta om själva metoden. Vi lever i en motsägelsefull tid. Å ena sidan genererar forskning och undervisning stora mängder text. Man får nästan intrycket att forskarens huvuduppgift är att publicera artiklar och att både lärare och administratörer ständigt ska skriva utrednings och utvärderingsrapporter. Uppgiften för oss som kommer efter (historiker, sociologer, samhällsvetare eller statsvetare) torde därför vara att försöka hålla oss flytande i den allt material som finns tillgängligt – problemen vi bör möta är att gallra rätt<sup>1</sup>.

Å andra sidan, tittar man närmre på vad som produceras uppstår ett problem, det som presenteras i en rapport eller en forskningsartikel kan inte nödvändigtvis svara på de frågor vi ställer. Många av de erfarenheter, processer och händelser som intresserar oss blir inte nödvändigtvis dokumenterade - än mindre sparade<sup>2</sup>. Verksamheten lämnar få spår efter sig. Hur man nådde fram till särskilda svar, hur man lyckades med de upptäckter man gjorde, och hur man valde att strukturera sin verksamhet och organisation tenderar att glömmas bort.



När vi kommer efter och försöker förstå utvecklingen, när vi vill studera processen som ledde fram till just de här resultaten, när vi vill titta närmare på den kunskapsproduktion som en gång var kärnan till svaren som fanns i publikationerna, då märker vi att det finns väldigt lite, paradoxalt nog väldigt lite att ta på. Oroväckande lite sparas i form av dokumentationsmaterial, från labbanteckningar, utkast, brev och almanackor<sup>3</sup>. Och den här typen av material är oerhört viktig för oss. Vi kallar den källmaterial. Och när det här källmaterialet slängs, så slängs även möjligheten att studera och avspegla processerna som föregick upptäckterna.

Detta är primärt ett problem för oss samhällsvetare och historiker men det kan även skada Karolinska Institutet långsiktigt om vi tittar närmare på hur historiska minnesfunktioner fungerar. Professionaliseringen av historieskrivningen har inneburit nya tillvägagångssätt och striktare krav på att man har flera verifierande källor.

Det räcker inte med att hävda att X har sagt si eller så, inte ens självbiografin som källa anses fullkomligt pålitlig, ett påstående kräver bekräftande källmaterial. Historikern måste komma bortom eller bakom den polerade fasaden till den tid och förutsättningar som fanns vid det tillfälle som studeras – det har för historiker blivit en kardinalsynd att utgå från nutidens ”facit” för att förklara hur saker har blivit som de blivit.

Utan källmaterial lämnas händelserna, trots att de kan vara nog så intressanta, åt sidan. Vi har redan börjat märka hur Karolinska Institutet roll som biomedicinskt forskningscenter gradvis blir allt mer perifer, ett sidospår till andra stora forsknings och utbildningsaktörer som exempelvis Rockefeller Institute som tillhandahåller minnesfunktioner i form av exempelvis arkiv. Tar vi t.ex. genteknikens förhistoria, så som den beskrivs idag, så identifieras aktörer från KI som Torbjörn Caspersson men endast som en satellit vid sidan av exempelvis James Watson, Jack Schultz och Jean Brachet. Han får aldrig spela huvudrollen. Paradoxalt nog är det just Torbjörn Caspersson, bland KI professorer, som märks mest inom nutida medicinhistorisk litteratur om biomedicinsk forskning<sup>4</sup>. Delvis för att gentekniken har intresserat många medicinhistoriker men även för att det existerar

källmaterial både på Rockefeller Center Archive och American Philosophical Society om Torbjörn Caspersson. Däremot finns inget material kvar om Caspersson vid Karolinska Institutet. Caspersson har räddats för eftervärlden av omsorgsfulla amerikaner men situationen är tyvärr värre för hans samtida forskarkollegor<sup>6</sup>.

Men, ska jag säga, det finns hopp. På senare tid har vi på Kulturenheten arbetat aktivt med brygga klyftan mellan medicinsk forskning/undervisning och medicinhistorisk forskning<sup>7</sup>. Vi arbetar på två fronter - dels med att informera om betydelsen av medicinhistorisk forskning inom den medicinska forskningsfären - dels med att aktivt samla material som kan vara av medicinhistoriskt intresse i vad vi kallar ”medicinhistoriskt arkiv: Karolinska Institutet”. Vi dokumenterar även händelser och processer vid KI genom exempelvis den metod som vi kommer ta del av idag, nämligen vittnesseminarium. Metoden syftar till att få huvudaktörer att berätta om avgörande processer och händelser som är relevanta för förståelsen av medicinsk forskning, undervisning och organisation. Fördelen är att vittnesseminarium fungerar både som en möjlighet att informera om medicinhistorisk forskning samtidigt som diskussionen kring specifika teman skapar ett spännande källmaterial för medicinhistorisk forskning.

Vittnesseminarium har använts i över 20 år<sup>8</sup>, och har de senaste 15 åren varit en central del inom medicinskhistorisk forskning på Wellcome Trust<sup>9</sup>. För 10 år sedan ungefär så letade sig den här metoden över till Sverige tack vare det samtidshistoriska institutet på Södertörn där man forskar om politisk historia<sup>10</sup>.

Vittnesseminarium vid KI är ännu i sin linda, men vi har redan hunnit arrangera flera interna vittnesseminarier för olika grupper inom jubileumsprojektet samt ett öppet vittnesseminarium, och vi har goda förhoppningar att både formen ska ge ett givande samtal och användbara efterproduktioner.

Det här är alltså ett kompletterande källmaterial, som skiljer sig åt till viss del från det källmaterialet som man har i form av rapporter publikationer. Det här är mer en öppen diskussion där reflektioner kan komma upp, och där slutsatserna inte måste vara klara. Vi får gärna vara oense om saker också, det är fullt tillåtet i ett vittnesseminarium.

Jag vill också säga att en viktig poäng med ett vittnesseminarium det är också att man håller sig någorlunda kronologiskt till den situation som det var då. Det är väldigt lätt att säga hur det blev när man har facit i hand, men det är desto svårare att dra sig till åminnelse om hur det kom sig att det blev så. Alltså:

- hur gjorde vi då,
- hur tänkte vi då,
- berätta hur det var,
- tänk på hur ni såg på det då,
- berätta hur ni gjorde, vilka ni mötte och vilka alternativ ni såg,
- vad var det vi visste då,
- beskriv gärna med exempel så konkret ni bara kan

För facit i hand det har vi, det kommer vi ofrånkomligen ifrån. Vi kommer alla att behöva hoppa lite fram och tillbaka, men försök vara kronologiska.

Dessa råd hoppas jag kan hjälpa er, men även den som senare läser texten som vi, genom detta samtal, skapar. Jag önskar att man kan vända sig till denna text för att förstå förändringarna som genomfördes och inte minst varför de genomfördes.

För att förbereda den här dagen så har vi gjort ett antal frågor som vi skickade ut till alla berörda och jag hoppas att ni har dessa frågor med er. Dessa frågor strukturerar dagordningen för seminariet. De är:

1. Vilken tidsperiod var du ansvarig för läkarutbildningen?
2. Vilken var den viktigaste innovationen/förändringen i läkarutbildningen under din tid som ansvarig?
  - Gick förändringen/förändringarna att genomföra?
  - Om ja, vilka faktorer var betydelsefulla för genomförandet?
  - Om nej, vilka faktorer gjorde att de ej gick att genomföra?
3. Förändringar i KI:s organisation under din tid, som påverkat läkarutbildningen? T.ex. KI 93.
4. Förändringar i sjukvårdsorganisationen, som påverkat läkarutbildningen?
  - T.ex. 1970 års arbetstidslagstiftning, 1982 års kommunalisering av KS.
5. Hur ser du på framtiden för läkarutbildningen?

Jag hoppas att dessa frågor kan hjälpa er att strukturera er egen beskrivning utav vad ni själva upplevt. En praktisk detalj, när ni säger någonting eller när ni får ordet, säg vad ni heter det första ni gör, för det underlättar avsevärt den stackars människa som ska sitta och transkribera alltihopa att man kan följa den som sade vad. Nu är vi ganska många i det här rummet så det kommer att vara omöjligt för vederbörande att veta vem det var som sade det utifrån rösten enbart. Det var lite enklare t.ex. när vi hade Peter Aspelin på vittnesseminarium eftersom han hade en tydlig skånska, som skilde honom från alla andra<sup>11</sup>. Men jag vet inte om ni har egenheter i era röster som gör att det blir lättare eller svårare. Så för enkelhetens skull så säg vad ni heter innan ni säger det ni ska säga, och tala gärna högt.

Tiden kommer att vara ganska tigt den här gången, men jag kommer försöka hålla koll på att tiden följs. Det blir min roll som moderator, därför ska jag inte kräva alltför mycket tid, utan jag lämnar över ordet till Arne Ljungqvist<sup>12</sup>.

## I skuggan av 68 - förberedelse och nya förutsättningar för förändring

### *Arne Ljungqvist*

Tack för invitationen. Det känns roligt att komma tillbaka till KI och föra ungefär samma diskussion som vi förde för 25 år sedan och med samma begränsade framgång gissar jag också. Men jag ska försöka beskriva den tiden och det som då diskuterades på mitt sätt. Det var perioden 1972 till 1981 tror jag?

### *Folke Sjöqvist*

Jag har skrivit 1980.

### *Arne Ljungqvist*

Ja, 1980, 1981. Det var så att jag hade ansvaret för läkarutbildningen som prodekanus från 1972 fram till någonstans där vi fasade in Folke som vice ordförande och sedan tog över, och jag avgick som prorektor 1983. Men Folke tog över året innan för jag fick andra uppdrag. Det där var en turbulent tid och det hände så pass mycket kring förändrade förutsättningar för läkarutbildningen och dess arbete, så jag tvingades att kasta om tror jag den

här ordningen i frågorna och vill gärna återkomma till fråga 2, som kanske den sista eller näst sista.

Förändringarna i KI:s organisation under den här tiden var betydande. Inte i KI som sådan, men de organisatoriska förutsättningarna, i den meningen att fram till mitten av 70-talet, 1977 närmare bestämt, så hade lärosätena egentligen ingen möjlighet att påverka sina egna utbildningar. Det var låst av Universitets- och kanslersämbetet (UKÄ). Man kunde göra vissa framställningar och få vissa saker prövade, vilket vi gjorde under 1974 framför allt. Men anledningen till att man lagt locket på var dels att man på det sättet följde statuterna, dels hade man 1968 tillsatt statliga U 68-utredningen, som i kölvattnet av studentrevolterna ute världen ledde till en hel del på märkvärdiga och mindre märkvärdiga förslag. Men det tog cirka 10 år att arbeta fram, eller rättare sagt slutbetänkandet kom i form av H 75, och under den tiden var det ganska stillsamt<sup>13</sup>. Men en del läckte ut och en del förändringar skedde också under utredningstiden. Det var en väldigt turbulent tid, och förslagen som till slut kom ändrade dramatiskt förutsättningarna för lärosätena. Vi fick plötsligt möjlighet att genomföra våra egna läkarutbildningar i det här fallet. KI var självt en liten institution på den tiden, vi hade i stort sett bara ansvar för läkarutbildningen och sjukgymnastutbildningen<sup>14</sup>. Sedan kom som följd av 1977 års reform – om jag minns rätt – tandläkarutbildningen in till KI och vi rekryterade en herre som hette Rune Fransson till KI via Tandläkarhögskolan som vi kallade det på den tiden<sup>15</sup>. Och en del andra förändrade förutsättningar skedde och KI började växa.

På sjukvårdssidan var det minst lika dramatiska förändringar under 70-talet. När jag gick igenom min läkarutbildning åren 1952-1959 så hade KI två statliga undervisningssjukhus, det var KS och det var Serafen. Man visste vad man gav sig in på med sina förväntningar och jag tyckte att jag hade en ganska bra läkarutbildning, men det berodde på vilka förväntningar man hade, allt var liksom klappat och klart och förutsett, det var inga överraskningar som skedde under resans gång<sup>16</sup>.

Men vid slutet på 60- och början på 70-talet så hände så mycket dramatik kring sjukvårdsutbildningen. Serafen hade gått över till att bli landstingskommunalt. KS var fortfarande statligt, bara det var en inkongruens som skapade en del problem. Så små-

ningom lade Landstinget ensidigt beslut ner Serafen i en slags påtvingad överenskommelse med KI<sup>17</sup>. Och man byggde upp ett sjukhus som ursprungligen skulle ligga i Enskededalen – jag kan ju raljera lite här – för att där rev man ett helt koloniområde för Enskededalens sjukhus, och när det var rivet kom man på att det där var ingen bra plats. Man flyttade ut till Huddinge istället, och Huddinge blev ju en väldigt tillgång för KI. Man bemannade KI med väldigt bra ledande personer i alla nyckelämnena. Ett mycket modernt och fint sjukhus byggdes upp med stor entusiasm utav dom som fick sina positioner där och vi fick ett bra undervisningsjukhus, trots att det var landstingskommunalt.

KS var fortfarande statligt, och KS var föremål för en långrandig utredning under dåvarande polischefen Carl Persson. Och under denna nästan tioåriga utredning om vad det skulle bli med KS, så havererade KS på väldigt många sätt. Tyvärr. Jag är lite hård här i kritiken, men jag var själv på KS och såg det på nära håll hur både den personella entusiasmen och de fysiska förutsättningarna, KS faktiskt blev äventyrat, rätt rejält. När det sedan äntligen blev kommunalt så var det en ganska stor förvirring under en lång följd av år. Så det var inga lätta förutsättningar som vi gick in med. Men det var skojigt att 1972 ändå få ta över det här läkarutbildningsansvaret för KI:s del. Det som vi sedan försökte göra ska ses i relation till väldigt ändrade förutsättningar, och den svåra tid som vi jobbade i. Men jag tror att väldigt mycket av det som vi gjorde för vår del i vad idag kallas för läkarutbildningsprogrammet, på den tiden hette det Utbildningsnämnden och sedan Linjenämnden, har nog haft ganska stor betydelse för det som senare hände. Det var nämligen så att grundutbildningsfrågorna inte ens var lågprioriterade, de fanns knappast på agendan i det gamla systemet. Och det fanns inget meritvärde i att arbeta med grundutbildningen bland KI:s lärare utan det var forskning som gällde. Så var det. Anledningen var naturligtvis att man inte kunde påverka läkarutbildningen särskilt mycket på grund av att det var UKÄ-styrt, så det var inget intresse för det.

## ***Västeråsmötet – provokationen för att lyfta grundutbildning upp på agendan***

### ***Arne Ljungqvist***

När reformen kom, så kände vi att vi måste provocera för att få upp läkarutbildningsfrågorna på agendan överhuvudtaget. Vi tillsatte en arbetsgrupp som såg över läkarutbildningen förut-sättningslöst. Den kom med en del ganska dramatiska alternativa förslag, egentligen för att provocera och väcka frågan. Den blev så pass väckt att t.o.m. prefekterna började bli intresserade och intresset byggde på att man kände sig hotad.

### ***Folke Sjöqvist***

Resurserna.

### ***Arne Ljungqvist***

Självklart, det var resurserna som var kopplade till läkarutbildningen. Men man såg det här och att varje prefekt såg sin institution möjligt berövad på en del resurser, så lyckades vi samla alla prefekter – och det hade aldrig tidigare hänt i KI:s historia att professorerna och prefekterna var intresserade av läkarutbildning. Men vi åkte till ett seminarium i Västerås, som jag brukar kalla för Västeråsmötet, som jag tror ska skrivas in i annalerna som en verklig händelse i KI:s historia, för alla prefekter var närvarande och man diskuterade grundutbildningen – inte forskning – och det var ju fenomenalt att så kunde hända i två-dagarsseminarium. Naturligtvis sade man nej till det allra mesta av de provocerande förslag vi hade, men det kom alltså upp på agendan, och det var den stora händelsen. Jag har sett sedan att flera av förslagen vi hade senare förverkligats i olika delar under resans gång. Så det var inte någon meningslös historia vi hade. Våra tankar var också ganska moderna, vad jag förstår av vad jag har hört. Några bärande principer var att:

- man skulle ha en tidig patientkontakt
- man skulle ha temaorienterade utbildningar
- man skulle ha elektiva perioder som gav möjlighet för studenterna att välja lite intresseområden
- man skulle skapa utrymme för nya ämnen, framför allt fanns samhällsmedicinen med i bilden.

Vi gjorde en hel del studier av andra lärosäten, som hade haft möjlighet att starta på ett annat sätt, för att ändra KI det var som att ändra en oljetankers kurs ute på oceanen, det tar några sjömil eller mer. Men andra lärosäten hade bättre lägen. Linköping sneglade vi på och utomlands hade vi Tromsø som ett exempel, Maastricht och McMaster och andra, som var ganska nya och hade lyckats starta ifrån scratch och orientera sin läkarutbildning gentemot moderna behov. Det blev väldigt mycket riktat mot den växande primärvården som då var en viktig fråga.

Jag är över på fråga två. Förändringarna gick då inte att genomföra för vår del särskilt framgångsrikt men de skapade grunden för vad som senare blev verklighet. Det var väldigt många egendomligheter som uppträdde under den här tiden och som gjorde att det kanske var väldigt speciellt. En sak var studentintaget eller studentprofilen. Vi hade vid ett tillfälle i slutet av 70-talet, med den nya intagningsprincipen som gällde, en medelålder på över 30 år bland nyintagna studenter till läkarutbildningen. Jag vet inte var den ligger idag.

### ***Kerstin Hagenfeldt***

1980 låg medelåldern på 27 år och ca 15 % var över 35 år. Ålder vid antagning sjönk sedan successivt. I dag (2008) är 74 % yngre eller lika med 24 år och endast 7-8 % äldre än 35 år.

### ***Aktiva studenter för studentdrivna reformer***

#### ***Arne Ljungqvist***

Det är tämligen högt i och för sig ändå. Då var det väldigt många äldre studenter som kom in och förverkligade sina barndomsdrömmar i att bli läkare genom att intagningsprinciperna ändrades. Man fick poäng för arbetsliv och hade helt andra förväntningar på läkarutbildningen än att sätta sig på skolbänken och börja plugga anatomi och kemi, det tog tre år innan de fick se en patient. Hela tiden fanns pressen ifrån studenterna, de var väldigt aktiva på den tiden och pressade på i att reformera utbildningen i samma riktning som vi försökte, nämligen tidig patientkontakt och begrepp som temaorienterade undervisningar, så att man tidigt kände att man var inne i en läkarutbildning. Studenterna var bara en stor hjälp för oss.



Jag har nog redan nämnt vilka faktorer som har betydelse för genomförandet på ett sätt. En viktig fråga, som jag förstår Rune kommer tillbaka till och som är oundviklig i debatten här efter varje anförande är finansieringen eller de finansiella förutsättningar för reformer och för genomförande av olika förändringar i läkarutbildningen som sådan. Jag har inte helt klart för mig hur det ser ut idag, men vi hade ett avtal med landstinget – har väl det fortfarande. Staten betalade medel till landstinget för att landstinget upplät sina sjukhus för läkarutbildning och forskning, Läkarutbildningsavtalsmedlen, de s.k. LUA-medlen, som var en ständig källa till bekymmer... ja mer än bekymmer skulle jag vilja säga. Vi såg ju aldrig dessa pengar som gick direkt från statens kassa över till landstingen. Vad landstingen gjorde med det, det misstänkte vi, det var att sätta in dem i sjukvården, inte så att de kom forskningen och undervisningen till godo. Det där vet jag Rune och vi kämpade hårt med att få LUA-medlen. Vid den tiden fanns också en annan statlig instans som störde bilden och som var en bromskloss, Nämnden för universitetssjukhusens utbyggnad, den s.k. NUU-nämnden, som alltid hade en synpunkt på hur statens medel skulle få användas av landsting. Ofta fungerade NUU-nämnden som en veritabel bromskloss, som förändrade eller försenade varje försök till förändring<sup>18</sup>. Det här var en bekymmersam tid. Men slutfasen kan jag ändå säga att perioden blev framgångsrik, jag upprepar mig lite grand, men därför att grundutbildningen kom upp på agendan för Karolinska Institutet på ett sätt som den aldrig gjort tidigare. Och vi gjorde det genom provokation och en del provocerande förslag, som så småningom Folke tog över och genomförde lyckligt och väl.

Om jag ska titta lite i framtiden, så kan jag säga att jag inte har hållit mig tillräckligt informerad för att kunna ha någon klar uppfattning. Men, jag blev så småningom ordförande i Cancerfonden under mer modern tid, under åren 1992 till 2001, och såg vad som hände på universitetssjukhusen, inte minst mina egna gamla lärosäten, undan för undan har detta stärkt mig i min grunduppfattning, nämligen att jag tycker det är beklagligt att lärosätena inte har totalgreppet över såväl undervisning som sjukvård, utan man sitter med två huvudmän, en som är huvudman för sjukvården och en huvudman för forskning och undervisning. Jag beklagar att man inte har statliga undervisningssjuk-

hus, som lärosätena har mandat över att styra och ställa på ett tydligare sätt, utan man sitter väldigt mycket i händerna på den imperativa, tvingande sjukvården och politikernas behov av att göra sjukvården så bra som möjligt, vilket ju är lovvärt naturligtvis, men där kommer som jag ser det universitetens intressen i kläm. Jag tror den här finansieringsmodellen även i framtiden för såväl utbildningen som forskningen vid lärosätena igen är avgörande för hur man lyckas med större eller mindre framgång genomföra olika förändringar.

**Daniel Normark**

Tack Arne! Thomas.

### ***Medicinintaget, sjukronan och pedagogisk utveckling***

**Thomas Ihre**

Jag tror att det finns två faktorer som man ändå ska ta fram till det som Arne har sagt, nämligen dels sjukvårdsorganisationen, den s.k. sjukronan som infördes 1969-70 där läkarersättningen för patientbesök övergick ifrån s.a.s. prestationsersättning till timersättning, och där produktionen uppmätt på Karolinska sjukhuset över en natt produktiviteten sjönk med 40%, därför att tidigare hade det varit ett stort intresse för dom som var lärare och motsvarande att delta i verksamheten, medan nu blev det underläkarna som fick ta över den verksamhet som skulle bedrivas<sup>19</sup>. Det skulle då ha skapat möjligheter för dessa lärare att bidra med sitt kunnande till undervisningen undervisningen, vilket jag inte alls är säker på att det gjorde. Men det är en faktor som har påverkat det hela.

En annan faktor är naturligtvis det ökade medicinarintaget, som gjorde att både Södersjukhuset (SÖS) och Danderyd fick grundutbildning, eller i varje fall klinisk utbildning på sitt schema, och under den resa som Folke ska beskriva så tillfördes ju flera ämnen och diskussionen kom upp om dom kliniska lärarna, dom kliniska amanuensernas betydelse och antalet av dom och forskningsbiten. Stora F:et för KS och för Huddinge, och det lilla f:et för SÖS och Danderyd, vilket var ett sätt att tala om att ni ska ha lägre medel för forskning på SÖS exempelvis, där jag var verksam, än vad fallet var för Huddinge och KS.

### ***Gunnar Höglund***

Det finns ett par faktorer till, som man kanske skulle nämna – du nämnde de viktigaste – för att den pedagogiska verksamheten kom igång vid KI, alltså mandatet till högskolorna att själva utforma sina studieplaner, och alternativa högskolor som hade vuxit upp runt om i världen och även i Sverige. Men i den politiska situation som rådde på slutet av 60-talet och början på 70-talet, så var det ju också så att några av de större högskolorna och universiteten fick öronmärkta pengar för pedagogisk utveckling, som inte fick användas till någonting annat. Detta var ett incitament vid bl.a. KI som fick del av dessa pengar, att börja med pedagogisk utveckling. Eftersom man inte kunde använda pengarna till någonting annat, så var det ju lika bra att göra vad man fick pengarna för. Dessutom så var det så att den högskolepedagogiska forskningen hade kommit igång på 50- och 60-talen och skapat ett vetenskapligt underlag att granska och utvärdera rådande utbildningar. Det hade väl ett visst inflytande på åtminstone en del fakulteter att det fanns data som ifrågasatte den rådande utbildningen<sup>20</sup>.

### ***Bo Rydqvist***

Bara en liten detalj. Jag vet inte om du kommer ihåg att forskarstuderandena också hade representation i Utbildningsnämnden på den tiden<sup>21</sup>. Jag satt själv tillsammans med dåvarande ordförande i Doktorandföreningen Annika Ehrnst som representant för det kollektivet under några terminer. Vi var kanske inte så engagerade i de pedagogiska frågorna, men jag kommer ihåg att vi drev i alla fall rätt hårt meritvärdet av disputation inför AT-tjänstgöringen. Så blev det också med tiden<sup>22</sup>.

### ***Arne Ljungqvist***

Jag kan kommentera lite av det som sagts. Jag kan inte på denna korta tid beskriva hela den dramatiska perioden och dess detaljer, men det är riktigt som Gunnar säger. Vi hade en väldig resurs i det pedagogiska utvecklingsarbetet med en pedagogisk konsult anställd, och dessutom intresserade lärare som Gunnar själv. Så Gunnar och Dick Mårtenson som han hette, drev väldigt mycket av det faktiska arbetet kring det pedagogiska utvecklingsarbetet på ett väldigt framgångsrikt sätt. Det är riktigt att vi hade inflytande utöver grundutbildningsstudenter i utvecklingsarbetet

och sådan, visst. Vi hade även politikerinflytande. Det hörde till reformen att det kom in s.k. allmänrepresentanter och vi hade i linjenämnden, den dåvarande lovande politikern Bosse Ringholm, så vi hade ju en jäkla kompetens som sagt var.

## ***Ökad studentrepresentation***

### ***Kerstin Hagenfeldt***

En viktig sak som hände i och med att linjenämnderna inrättades 1977, var ju att studentrepresentationerna ökade enormt. Så i och med att linjenämnderna kom till så var det lika många studenter som lärare i dessa organ, vilket gjorde att studenterna fick ett väldigt starkt inflytande, som försvann efter 1993, då dom minskades ner i antal väldigt kraftigt. Jag tror att det kändes som ett väldigt stöd för dig och det kändes som ett otroligt stöd för oss, som vi senare ska berätta om, just att det hade en väldigt engagerad... Mikael Ohrling bland annat tror jag, som ju satt i linjenämnden förstås, och många andra duktiga nuvarande personer som har gått vidare till framstående poster i sjukvården.

### ***Vivi-Anne Sundqvist***

Jag skulle ändå vilja framhålla studenternas aktiviteter<sup>23</sup>. Nuvarande organisation med programnämnder tillskapades och utgångspunkten var att antalet studenter och lärare skulle vara lika, för att studenterna verkligen ska känna att dom kan engagera sig och ha ett inflytande<sup>24</sup>. De studenter som finns i Programnämnderna tycker jag gör ett fantastiskt arbete, och likadant studenter som finns representerade i utbildningsstyrelsen. Jag tycker att dagens studenter är också aktiva i olika sammanhang. Sedan är det naturligtvis så att när man diskuterar med enskilda studenter så finns det olika uppfattningar, men studentrepresentanterna gör ett fantastiskt arbete.

### ***Arne Ljungqvist***

Vi hade nog en väldigt speciell studentrepresentation som jag försökte beskriva genom den åldersfördelning i den intagningsprincip som gällde. Vi hade både färdiga präster och andra och folk med arbetslivserfarenhet av ganska fantastiskt och intressant slag och som var väldigt engagerade och kom med en annan input än vad kanske många kan göra som mer eller mindre di-

rekt kommer ifrån sin gymnasiala utbildning. Det var spännande och frustrerande blandat. Ett exempel, som jag inte nämnde, det är temat som gick igenom H 77, nämligen Återkommande utbildning, och som bland annat hade effekten att studenter med andra utbildningar eller grundutbildningar inom vårdyrkena var välkomna också in i läkarutbildningen. Det ledde bland annat till att jag fick ett uppdrag att genomföra ett program för en förkortad utbildning till läkare för sjuksköterskor 1977, som sedan pågick i sju, åtta år. Det genomfördes 1977, men förslaget kom 1974<sup>25</sup>.

Tre år kördes detta och det var ju en väldigt artificiell tanke, men den var modern på den tiden och det var det här temat Återkommande utbildning, påbyggnadsutbildning och livslång utbildningserfarenhet. Vi kunde inte göra annat än att ta tag i den själva, annars hade det gjorts av någon annan och lagts på KI, och då hade det kanske blivit ett bekymmer. Nu blev det väl ett bekymmer ändå, men vi kunde hantera det själva. Det var ett lustigt experiment.

*Daniel Normark*

Tack Arne. Nu går vi över till Folke...

## Skolan på lasarettet

*Folke Sjöqvist*

Jag efterträdde således Arne och var vice ordförande under hans mandatperiod när kritiken mot linjenämndens idéer tog fart i och med att prefekterna blev varse de ekonomiska konsekvenserna av en ändrad studieplan. Jag åkte emellertid till Amerika 1977 på sabbatsår och hörde på distans vad som hände i Västeråsmötet och senare. När jag kom tillbaka 1980 uppvaktades jag från två håll om ordförandeskapet i linjenämnden dels från studenthåll, vilket glädde mig mycket, och dels från Fakultetsnämnden om att man nu trots allt ville genomföra det som Västeråsmötet hade kommit fram till. Det ansågs att en stark linjenämnd fordrades för att genomföra de många förslagen bl.a. införandet av helt nya ämnen. Studenterna hade imponerats av Thomas Ihre som klinisk lärare på Södersjukhuset och med ett förflutet i MF. Jag hade själv varit inspektor i MF. Vi föreslogs att leda den nya linjenäm-

den och våra studentrelationer var en viktig förutsättning för en slagkraftig linjenämnd. Hälften av ledarmötena i linjenämnden var ju studenter. Det gick inte att genomföra någonting utan stöd från dem och de var synnerligen angelägna att förbättra undervisningen. Thomas var vice ordf. i tre år – tror jag det var – och efterträddes av Kerstin. Kontinuitet mellan oss har varit betydelsefull eftersom vi kunnat lösa problemen i samråd. På vår tid fick man först föra diskussionerna i linjenämnden och få förslagen godkända i den starka Fakultetsnämnden. Bengt Pernow gav rådet att skapa en stark linjenämnd med forskningsmeriter som kunde argumentera i Fakultetsnämnden. Som ledamöter fick vi in bl.a. Göran Holm, som sedan blev prorektor, Urban Ungerstedt som var ett flaggskepp på forskningsidan, Lennart Kaijser, Magnus Ingelman Sundberg och Håkan Eriksson. Det var även i övrigt en stark linjenämnd med bl.a. Bosse Ringholm som allmänrepresentant. Ofta när vi hade linjenämnd frågade han ”Hur går det med allmänmedicin?”

### ***Hans Åberg***

Vi kom faktiskt sist i landet med ämnet allmänmedicin av samtliga lärosäten.

### ***Folke Sjöqvist***

Vi hade också en framtidsforskare. Inger, kommer du ihåg hans namn?

### ***Inger Huldt***

Måns Lönnroth<sup>26</sup>.

### ***Folke Sjöqvist***

Ja, det var han. Han låg också på om de samhällsorienterande ämnena. Jag hade tänkt skriva till de här gamla kollegorna och fråga vad de kommer ihåg om de olika frågorna, men jag hann inte nu eftersom jag blev inkallad igår till ett möte som ordnades av SACO och handlade om ALF-medlen och den nya forskningsutredningen. Så jag satt igår kväll och tänkte igenom de åtta åren i linjenämnden. Det var mycket roligt på många sätt. Särskilt uppskattade jag samverkan med studenterna, som jag sedan har träffat under de följande åren i olika positioner.

## **”transfereringsmissen” som kostade 4 miljoner**

### **Folke Sjöqvist**

Vi började dock med något som retade gallfeber på Thomas och mig. Vi upptäckte att vår budget reducerats med fyra miljoner när vi tillträdde. Det var en s.k. transferering från Linjenämndens konto till Fakultetsnämnden. Kommer Ni ihåg det?

### **Arne Ljungqvist**

Nej, jag kommer inte ihåg det.

### **Thomas Ihre**

Jag kommer ihåg det.

### **Folke Sjöqvist**

Thomas kommer ihåg det. Det motsvarade ett stort antal tjänster. Vi försökte reda ut turerna, men det ledde inte till att vi fick tillbaka pengarna. Men vi fick gehör för att Linjenämnden skulle få sin egen budget och sin egen budgetkommitté<sup>27</sup>. Vi införde ett antal nya ämnen i Curriculum, enligt det förarbete, som hade gjorts under Västeråsmötet och i samråd med Fakultetsnämnden. Senare fick jag ta emot de nya ämnesrepresentanterna i min egenskap av chefläkare på Huddinge. Kommer Du ihåg Hans när du kom till vårdcentralen i Huddinge?

### **Hans Åberg**

Ja Paradistorget i Huddinge centrum. Där låg institutionen i början inklämd med sina rum mellan en sjukhemsavdelning, varifrån inte sällan förvirrade äldre kom in till oss, och åt andra hållet personalens omklädningsrum.

### **Folke Sjöqvist**

Exakt, då var jag där och välkomnade Dig. Likaså Bengt Winblad i geriatrik som har blivit en succé på Huddinge och KI. Vi fick yrkesmedicin, där en av mina gamla doktorander fick tjänsten, Birgitta Kolmodin-Hedman. Utöver allmänmedicin, geriatrik och yrkesmedicin yrkesmedicin infördes kursen i beroendelära. Vi fick också gehör för den samlade tentamen efter de fyra första terminerna, där man skulle visa att man kunde integrera kunskaperna i anatomi, histologi, kemi och fysiologi.

## *Institutionen för medicinsk undervisning*

### *Folke Sjöqvist*

En annan rolig sak under den här perioden och Kerstin kom in lite mera aktivt än Thomas var att vi grundade en institution för medicinsk undervisning. Det är nog glömt nuförtiden, men den kom faktiskt till under vår verksamhet.

### *Kerstin Hagenfeldt*

1984 blev det en institution.

### *Folke Sjöqvist*

Ja. Och det väckte stora frågor. Kan man forska på detta? frågades det.

### *Kerstin Hagenfeldt*

Nu måste du nog korta av dig lite.

### *Folke Sjöqvist*

Det är så roligt att jag inte kan det. Jag vill passa på att harangera Gunnar Höglund. Därför att Gunnar har varit en fantastisk motor i att förbättra pedagogiken och komma med nya idéer och att uppmuntra våra resurspersoner inom medicinsk undervisning.

Och sedan införde vi också ett pedagogiskt pris. Jag brukar påminna Vivi-Anne om det. Första pedagogiska priset infördes således från linjenämnden för läkarutbildningen och sedan blev det ett större pris för hela undervisningen. Kerstin och jag gick till fakultetsledningen med konceptet och man tyckte att det inte var så dumt. Och det infördes. Rådet från Fakultetsnämnden var att det skulle delas ut på Amphioxgasken!<sup>28</sup>

## *Stora F och lilla f*

### *Folke Sjöqvist*

Sedan hade vi ett problem mot slutet, och det ledde till att Thomas och jag hade ett offentligt gräl i Fakultetsutskottet.

### *Thomas Ihre*

Kommer du inte ihåg vad det handlar om?



### ***Folke Sjöqvist***

Jodå. Det handlade om den påtvingade neddragningen av de kliniska lärartjänsterna. Vi bestämde att neddragningen skulle ske på SÖS och Danderyd och inte på KS och Huddinge. Och då var min linje att vi skulle behålla båda sjukhusen med hälften av de gamla resurserna. Thomas var ganska förbittrad över neddragningen, som vi tyckte var orättfärdig, eftersom de här två sjukhusen var mycket aktiva inom undervisningen. Både Danderyd och SÖS hade gott rykte bland studenterna. Men sedan kan man säga i retrospektiv att det kanske var klokt trots allt att behålla båda sjukhusen eftersom det har inneburit att man har kunnat evalvera kliniska lärare till professorer, både på Danderyd och på Södersjukhuset.

### ***Kerstin Hagenfeldt***

Folke, det fanns ett skäl, och det var att det var Linjenämnden som helt betalade tjänsterna på Danderyd och SÖS, medan tjänsterna på KS och Huddinge var delbetalda lika mycket av fakultetsbudget, forskningsbudget och undervisningsbudget, och det gjorde att problemet var jättesvårt.

### ***Folke Sjöqvist***

Ja, det kanske var en ekonomisk faktor också.

Jag tänker tillbaka på arbetet i Linjenämnden som en lärarrik tid. Vi hade mycket trevligt både med studenterna och lärarkollektorerna och var fullständigt prestigelösa. Vi gick rakt in till Bengt Samuelsson och Margareta Almling och sade vad vi tyckte. Det var inget fjäsk på den tiden. Och dessutom var professorerna och lärarna starka på den tiden.

### ***Arne Ljungqvist***

En kommentar här. Jag nämnde det tidigare, men det förstärks av det Folke sade, att det var trevligt och roligt att jobba i KI på den tiden på den nivå detta handlar om, därför att det var väldigt effektiv administration. Det var korta beslutsvägar och KI hade en väldigt liten organisation som styrde. Jag har suttit med i många andra sammanhang senare och blickat tillbaka på den här tiden som en väldigt fin beslutsmässig och beslutskompetent organisation. Jag vet inte hur det ser ut idag, den har ju vuxit under tidens gång. Men, min fråga egentligen. Jag upplevde det,

som Thomas påpekade tidigare, som ett stort problem var den olika status som undervisningssjukhusen tilldelades på grund av LUA-medlen, stort F och litet f alltså. På SÖS och Danderyd den som hade bland studenterna ett populärt undervisningsuppdrag – precis som du säger – så kändes som sekunda på något vis, det fick inte bedrivas forskning där. Det hette ju det. Det är klart att det gjordes, men det där var en väldigt i käpp i hjulet vad gällde också interna relationer, att man hade status av olika standard helt enkelt. Levde det kvar länge?

### ***Thomas Ihre***

Alltså, det började med att tre eller om det var fyra miljoner SEK togs över från Linjenämnden, sedan så följdes det upp med att man halverade på lärarresurserna, för att från början hade SÖS – om vi tar det som jag kan bäst – så hade vi alltså två stycken kliniska lärare och vi hade tre amanuenser och det blev en klinisk lärare och en amanuens, och så småningom försvann även amanuensen.

### ***Arne Ljungqvist***

Du ser arg ut fortfarande.

### ***Thomas Ihre***

Jag hade själv lärtjänsten. I alla fall, vad det gäller det som Arne tog upp, nämligen det här med det lilla f:et. Forskningen som sådan bedrevs många gånger bättre och mera på SÖS än exempelvis på KS. Det fanns ett större intresse, för här fanns det en drivfjäder. Och det som betydde mycket var ju inte egentligen anslagen från fakulteten, därför det fick vi väldigt lite utav, utan det var anslagsäskanden från andra ställen som man gjorde det på, eller att man tog pengar från Landstinget som de aldrig viste någonting om. Men forskningen klarade vi ändå. Men det var – som du sade själv – det var en statusfråga som inte var särskilt bra, och vi satt ju inte med representerade i Fakultetsnämnd eller någonting, vilket också betydde någonting.

### ***Inger Huldt***

I samband med den här neddragningen som gjordes, precis i samma veva som den nya studieplanen infördes hösten, en intressant grej i det sammanhanget är ju att Västeråsmötet var 1979 och en ny utbildning infördes alltså fem år senare. Det

tog tid att bearbeta detta. Men jag skulle bara vilja säga, att när den här diskussionen kom upp, ska vi lägga ner SÖS eller ska vi lägga ner Danderyd, vill jag bara säga vad studenterna sade ”Lägg ner KS!” Och det blev ett liv i luckan kan jag tala om.

### ***Faktorer för att agera kraftfullt?***

#### ***Jörgen Larsson***

Ett sånt här vittnesseminarium är ju för att lära för framtiden vad jag kan förstå. Folke, du beskriver ju en styrka bland företrädarna för grundutbildning under din period. Och då är ju frågan vad vi ska lära för framtiden. Vad tror du är de viktigaste faktorerna här för att ni kunde på så kraftfullt sätt agera för grundutbildningen? Var det att ni formerade en stark gruppering, gjorde ni det själva, eller har vi val där man inte kan välja vilka man vill egentligen, riktigt, kanske det är lite slumpen? Eller var det att man hade en tydlig koppling till forskning, som gjorde att ni var starka och som idag kanske har gått isär och företrädarna för utbildningen blir svagare på det sättet eller? Vad tror du är de viktigaste faktorerna för att kunna på ett starkt sätt företräda utbildning och utveckla utbildning?

#### ***Folke Sjöqvist***

För att få gehör i Fakultetsnämnden på den tiden måste förslagsställaren ligga i framkant även i forskningen. Och för att få gehör från studenterna räknades egna lärarinsatser. Både jag själv och Lennart Kaijser bedrev undervisning på alla fyra sjukhusen, for runt med våra portföljer och overheadbilder och undervisade runtom i stan. Vi var kända ansikten bland studenterna. Vi kunde diskutera både SÖS-, Danderyd- och KS- HS-problem, utan att studenterna invände att ”Du vet ju inte vad som sker där”. Det som oroar mig mycket när det gäller framtiden är vad jag tog upp lite provokativt igår i den stora forskningsdebatten ledd av Läkarförbundets ordförande. Alla de SACO-anslutna förbunden var där d.v.s. sjukgymnaster, logopedier, tandläkare och läkare. Kan Sverige inkl. KI få ett amerikanskt PhD problem på sikt? Jag tog min egen f.d. institution som ett exempel. På min tid var alla forskarna både farmakologer och doktorer med egna patienter. Vi försörjde oss genom att vikariera som läkare, både på sjukhus och i öppenvård. Man var aldrig ringrostig som kliniker utan

kunde skriva rationella recept. Idag när jag går tillbaka till min gamla institution finns nästan inga som sysslar med patienter, än mindre med receptförskrivning. Vad innebär det här på sikt? Jag tror att det innebär att det blir ett fjärmande mellan preklinik och klinik, om vi inte ser upp. Allt färre prekliniker kommer att ha klinisk utbildning.

**Daniel Normark**

Tack Folke.

### **Huddinge universitetssjukhus**

**Arne Ljungqvist**

Bara en kort kommentar ytterligare kring... Folke vill inte säga det själv, men jag tror att det var en mycket jordnära förklaring också till varför det blev en ganska stark drive, som lyckades genomföra 1984, det var att entusiasmen fanns väldigt mycket ute på Huddinge på den tiden. Det var det nya sjukhuset med bra folk. Folke kom själv därifrån.

**Folke Sjöqvist**

Jag tycker inte det var någonting att nämna.

**Arne Ljungqvist**

Men, det var där pionjärandan fanns, det var där driven fanns och man samlade ett starkt gäng ute på Huddinge, medan KS fortfarande kämpade med problematiken, hade långdragna processer för att ge... landstingsägt och den långa tiden det tog innan det sedan s.a.s. kom på fötter. Ursäkt Kerstin, men både du och jag satt där och såg detta på nära håll.

**Folke Sjöqvist**

Nu när du har sagt det så måste jag hålla med!

## **Den nya studieplanen (del 1)**

**Kerstin Hagenfeldt**

Ja, min historik är alltså sån att jag blev lärarrepresentant i Linjenämnden 1983, då fick jag ta över den Studiesociala kommittén 1983-1987 och jag var sedan vice ordförande i linjenämnden 1984 till 1987 och ordförande sex år 1987 t.o.m. vårterminen

1993, när Linjenämnden försvann. Jag vill, trots att jag bara var vice ordförande osv., komplettera lite av Folkes tid, eftersom denna period berörde mig så starkt som ordförande i Studiesocial kommittén. Den nya studieplanen, resultat av arbetet från Västerås och framåt, infördes höstterminen 1984. Det innebar ett väldigt problem med dubbelundervisning. Samtidigt gjordes det en kraft budgetminskning, budgeten till läkarutbildningen gick ner med 25 %, vilket innebar att man skulle i princip dra in 70 lärartjänster. Den neddragningen var då delvis beroende på att man minskade studentintaget från 380 till 240 per år från höstterminen. Så trots att den nya studieplanen hösten 1984 var innovativ och innehöll en stor mängd med intressanta nyheter, så blev det väldigt snabbt problem. Problemen berodde delvis på dubbelundervisningen, delvis på studieplanen, där den sammanhållna prekliniska tentamen var det stora nya i slutet på den fjärde terminen. Men, det största problemet var att vi hade den annorlunda åldersfördelningen i antagningen. Så när vi tittade på problemen med studieavbrotten så var det alltså de som var antagna i 25-4-gruppen, dvs. fyllda 25 år och med minst fyra års arbetslivserfarenhet, som var allra sämst. De hade 44% studieavbrott före preklintentan, grupp 5 alltså sådana med utländsk studentexamen på grund av språksvårigheter, 40 % studieavbrott, och de med den s.k. korta utbildningen, dvs två års gymnasieutbildning hade 36 % studieavbrott. Så vi hade ett stort problem eftersom vi förlorade så mycket utbildningsplatser för att folk droppade av i början på studierna<sup>29</sup>. Då började vi diskutera, redan under Folkes tid, att försöka införa lokal antagning, så att vi skulle få in studenter som var bättre motiverade och bättre förberedda för läkarutbildningen. Antagning av 10-12 studerande per år till LÄFO den speciella läkarforskarutbildningen startade 1986<sup>30</sup>. Denna antagning liksom PIL den prov- och intervju-baserade antagningen till den ordinarie läkarutbildningen är två viktiga saker som sedan hände under min ordförandetid<sup>31</sup>. PIL antagningen godkändes av UHÄ 1991 och vi började med den vårterminen 1992. Detta antagningssystem har kontinuerligt utvärderats, Hans har skrivit om det här och vi kommer att publicera det, men jag kan bara säga att när det gäller preklintentan så var grupp 1 från treårigt gymnasium alltid lite bättre än läkar- och forskarstuderande och lite bättre än PIL, men det var väldigt små skillnader<sup>32</sup>. När det gäller studieavbrotten hade PIL minst

studieavbrott. I preklintentan var PIL-studenterna lika bra som grupp 1 dvs de som kom direkt från treårigt gymnasium.. Man gjorde sedan en klinisk utvärdering under medicinkursen, psykiatrikursen och neurologkursen, där man bedömde lämplighet, kliniska färdigheter etc., då var PIL studenterna lämpligast och också bäst när det gällde kliniska färdigheter, och de hade lägst studieavbrott. Det intressant är att när man tittade på forskningsanknytningen, de som registrerade sig i forskarstudier etc., då var förstas LÅFO bäst, men därefter kom PIL-gruppen. Så den farhåga som Jörgen Nordenström uttryckte vi ett seminarium i samband med utvärderingen av läkarutbildningen på Svenska Läkarsällskapet (SLS), att KI genom den lokala antagningen skulle få de sämsta studenterna och Uppsala och Lund de bästa, det tror inte jag är sant.

## **KI 93**

### ***Kerstin Hagenfeldt***

Vad som sedan kom att dominera och förmörka mitt liv var naturligtvis KI 93<sup>33</sup>. Jag ska inte säga förmörka... Det började med att det hette KI 90 och jag satt i den arbetsgrupp som leddes av rektor och som Rune var med i och några till<sup>34</sup>. Vi hade ju också många undergrupper och den viktigaste undergruppen var den som tittade på grundutbildningen och avlevererade den s.k. GUL rapporten med Magnus Ingelman-Sundberg som ordförande<sup>35</sup>. Gruppen föreslog en ny studieplan, den var indelad i 11 block styrda av 11 kurskommittéer. Men man gjorde andra viktiga saker. Man föreslog uppbyggnad av resurscentra på KI med kursrum, datorer både här på Campus och på sjukhusen. Man föreslog en total förändrad syn på KI:s bibliotek från att ha varit ett forskningsbibliotek till att vara ett bibliotek som studenterna kunde använda<sup>36</sup>. Man föreslog pedagogisk utbildning av lärarna med en pedagogisk portfölj och man föreslog då den pedagogiska meriteringen enligt det sätt som sedan har utvecklats nu tio år senare – förhoppningsvis.

För att genomföra den här nya studieplanen, som beräknades börja höstterminen 1993, så lyckades vi efter mycket förhandling med departement och andra få ett intagningsstopp vårterminen 1993, vilket vi ville ha för att inte hamna i samma problem

som vi hamnade när vi införde studieplanen 1984. Det lyckades vi med, och sedan började den nya studieplanen – jag återkommer med lite frågor till Jörgen om varför den inte lyckades, för det är lite svårt för mig att säga. Jag kan väl säga för att säga någonting om KI 90, KI 93, så var det ju en remarkabel förändring i KI:s organisation när man gick från 140 och 145 institutioner ner till 30 från en dag till en annan. När man införde prefektstyre för de här storinstitutionerna, dvs. väldigt mycket var då delegerat från konsistorier och rektor till prefekterna. Det här var redan från början ett problem för oss, för det visade sig förstås att storinstitutionerna med de allsmäktiga prefekterna som satt på budgeten, var ju inte alls ekvivalent med kurskommittéerna. Dessa skulle förhandla om pengarna i och med att vi föreslog ett decentraliserat system dvs kurskommittéerna skulle ha hand om pengarna till institutionerna. Vi påtalade problemen i vårt remissvar, men när man sedan fick uppföljningsutredningen, Från idé till verklighet, som handlade om organisationen, så var grundutbildningen knappast nämnd trots att den omfattande bakgrundsutredningen om grundutbildningen (GUL). Vad som hände under min tid var också var att den frihet vi hade haft med en egen budgetgrupp, som Folke berättade om, försvann i och med att det blev en gemensam budgetgrupp för linjenämnd och fakultetsnämnd läsåret 1991/92. Vi från grundutbildningen hade förstås en lägre representation än forskningen hade och vi hade mycket stora svårigheter att hantera det. Jag minns ett sammanträde när en representant från Campus här, en berömd professor, på allvar fordrade att Campus institutioner skulle kompenseras i statsbudgeten för att de kliniska institutionerna fick LUA-medlen. Jag minns inte om han fick det, men han var mycket seriös ”Får klinikerna pengar från landstinget då ska vi ta en större del av den statliga kakan.” och det har ju tydligen också blivit så. Rune ska ju prata om budgeten, men om man tittar på relationen mellan pengar till grundutbildning och till forskning av statsbudgeten – inte de externa medlen – så var de relativt lika kan man säga 1950, 1960. Det sista året som vi hade en egen budgetgrupp i Linjenämnden (1990/91) så hade vi att göra av med ungefär 120 miljoner som vi fick av statsbudgeten, och forskningen fick då 280 miljoner. Så relativt länge hade vi en möjlighet att styra våra egna pengar.

En annan sak som jag tänkte ta upp, som hände i samband med KI 93, det var naturligtvis att vi hade också problem med tjänstetillsättningarna. Man föreslog alltså att Fakultetsnämnden skulle föreslå indragningar av tjänsterna, forskningskommittéerna, de tre som fanns på Huddinge, KS och Campus, skulle vara involverade i tillsättningarna, och i detta fanns det då inget som helst inflytande från grundutbildningen. Vi protesterade mot det i våra remissvar, men jag vet inte vad som hände efter KI 93.

## *Preklintenta och sjukvårdsreformer*

### *Kerstin Hagenfeldt*

Ja... Varför gick det bra en del? Jag vet inte vad som har varit bra, men... Man kan väl säga så här. En del har ju gått bra. Preklintentan har pågått fram till 2007 och har såvitt jag har förstått varit framgångsrik. De lokala antagningarna pågår fortfarande och såvitt jag kan förstå är den framgångsrik. Huruvida den studieplan vi initierade med start höstterminen 1993 har varit framgångsrik, det kan man ju diskutera, eftersom man omedelbart började ändra på den. Men jag tror att ett av problemen varför det inte gick bra har att göra med kurskommittéernas roll och tyngden av kurskommittéerna. Vi har flera personer här som har varit ordförande i kurskommittéer, så ni ska får svara på det. Varför det gick bra... arbetet med hela den här förändringen var ju fantastisk med otroligt inflytande från studenterna. Precis som Folke sade, så hade vi också en väldigt tung Linjenämnd med bra aktiva professorer som lärarrepresentanter.

Sedan när det gäller förändringarna i sjukvården, så är det ju självklart att förändringar som: nerdragning av vårdplatser, ökningen av öppenvården, ökningen av primärvården spelade roll redan under vår tid. Jag kan säga att när det gällde primärvårds-satsningarna under min tid, då var det så att vi i den organisation som hette KI/HSN<sup>37</sup> så förankrade vi beslutet om att vi skulle ut med studenterna i primärvården, så det var förankrat på politisk nivå. Men när vi sedan började arbeta med våra 144 vårdcentraler som fanns på den tiden hade vi 185 studenter fortfarande i de sena terminerna av utbildningen. Neddragningen var ju först HT 1984. Vi hade alltså 185 studenter som skulle ut och dessa skulle fortsätta nästa termin, då var det alltså 370 studenter osv. Det visade sig väldigt snart att vi fick de problem, att man for-



drade ekonomisk ersättning för uteblivna patientbesök och det blev allt svårare att driva den här frågan.

KS kommunalisering tycker jag inte var något negativt. Absolut inte. Jag var biträdande överläkare (Böl) under den statliga tiden och blev klinisk lärare och sedan universitetslektor efter kommunaliseringen. Den stora fördelen var att som Böl på KS hade man inget inflytande på KI. Jag vet t.ex. att Jan Brundin, som var klinisk lärare på Danderyd, kunde vara ledamot i Linjenämnden, men jag var som Böl på KS kunde inte vara det. Så för oss blev det bättre, vi fick en bättre kontakt efter 1982. Men sedan är det också så att det här som hände med sjukvården, precis som andra nämnt; dvs köp- och säljsystemet i sjukvården och att doktorerna i primärvården har betalt per patient och betalt för åtgärd där också. Det är svårt att redogöra för en sådan otroligt dynamisk period som den som hände under arbetet med KI 90/KI 93, men jag kan väl säga att jag tycker ändå att en hel del av dom idéer som fanns i 1984 års studieplan, i 1993 års studieplan ändå håller på att förverkligas nu i LUT I och LUT II<sup>38</sup>. Det fanns valfria perioder, vi hade ett program med ungefär 150 olika kurser för studenterna att välja på. Jag själv var ju lärare på Kvinnokliniken efter att jag avträdde från Linjenämnden, och jag hade tutor-grupper, som jag träffade två gånger i veckan under ganska lång period, studenterna hade elektiv som man presenterade på engelska osv., så åtminstone inom mitt område så fungerade studieplan 1993 bra. Men vad som också var viktigt där, som jag tror att man kan påpeka, är att vi hade ju tur när det gällde institutionen för Kvinnor och Barn. Den blev en storinstitution, vi undervisade på samma termin och vi hade en dynamisk ledare i Håkan Eriksson, som naturligtvis som prefekt också såg till grundutbildningen. Men precis som han sade när vi var på det förra vittnesseminariet<sup>39</sup>, så sade han så här "Om jag hade valt att avstå från grundutbildningen på Kvinnokliniken och på Barnkliniken och använt pengarna till att tillsätta postdoc-stipendier så hade jag fått mer budget för att då skulle jag ha ökat mina aktivitetspoäng vi KI så kraftigt." Så forskningens utdelning är så mycket större än att ha kurser i grundutbildningen och det tycker jag säger väldigt mycket om problemen.

Framtiden? Ja, jag hoppas att KI fortsätter att ha en väldigt bra läkarutbildning. Jag tycker att den utvärdering som var 1996-97 var delvis ganska orättvis. Jag tycker att den utvärdering som nu

var sist var väldigt orättvis för KI:s del. Jo, det tycker jag faktiskt... Men det beror ju på vad ni skriver i er självvärdering. Jag har inte läst självvärderingen. Tack.

**Daniel Normark**

Tack Kerstin.

### *Dynamiskt studieplan i en stel organisation*

**Tomas Cronholm**

Jag ansvarade för termin 1 under rätt många år i början på studieplanen från 1993, och jag kan instämma i att den fungerade i princip bra. Det som var ett problem var ju naturligtvis att man sedan i programkommittén satt som representant, inte bara för en termin utan också i någon mån för en institution. Det var väldigt svårt då att göra några förändringar när man både hade s.a.s. ett ansvar bakåt till institutionen och ett ansvar totalt för läkarutbildningen. Det var inte så dynamiskt s.a.s. som man skulle vilja. Egentligen var det här en dynamisk studieplan där man skulle kunna göra stora ändringar, men det fanns alltså hela tiden det här ekonomiska hindret. Det var det ena jag skulle säga.

Det andra var, att när det gäller antagningsstoppet, så var det faktiskt så att man lade ut det på fyra eller sex terminer.

**Kerstin Hagenfeldt**

Ja, fyra terminer, Men vi hade ju varit vana med 185 studenter, så 140 blev ganska enkelt.

**Tomas Cronholm**

Sedan vill jag också säga en sak till. Det ena är studenterna, för vi har haft studenter i kurskommittéerna och vi har haft studenter i alla möjliga sammanhang. Min erfarenhet är den att under 70-talet när jag var studierektor här, då kunde det vara lite besvärligt, då kunde studenterna vara ganska militanta på ett sätt som inte var så positivt alltid. Men sedan tycker jag att jag har haft oerhört stor glädje av studenterna och deras aktiviteter, både i kurskommittén och i programkommittén och väldigt många andra sammanhang. I subkommittéer som t.ex. SSK<sup>40</sup> har vi haft väldigt stor glädje av studenterna som känner till sin utbildning på ett annat sätt än vi lärare.

Kraschlandningen för Studieplan 2000 berodde i stor utsträckning på att en studentrepresentant, Helena Kopp, inte riktigt delade Peter Aspelins uppfattning. Dessa kom helt enkelt ihop sig och det blev en öppen konflikt som var väldigt traumatiserande och förstörde den diskussionen. Det var olyckligt, för det där kunde ha blivit bra, men det hanterades fel.

### *Yttre och inre tryck*

#### *Jörgen Nordenström*

Kerstin frågade varför det inte lyckades med Studieplan 2000, och jag tror att det var flera faktorer.

#### *Kerstin Hagenfeldt*

Nej jag menade Studieplan 1993.

#### *Jörgen Nordenström*

Jaha, men den ändrades ju... Det hade gått åtta, nio år och mycket hade ändrat sig på den så att den var jättebra som den var, men den... Men man kan ju säga att det var flera skillnader med KI 93, eller den studieplanen och studieplan 2000. För det första konkurrensen från sjukvården och forskningen har ju blivit mycket tuffare. Förut så hade professorerna garanterade löner, nu måste man ha en aktivitet, så att från att det var intressedrivet så blev det nu aktivitetsdrivet. Det andra är väl att det blev så många program nu, nu har vi 18 program, så förut var läkarutbildning, det var ju KI, all uppmärksamhet på utbildningen var där<sup>41</sup>. Nu är ju antalet läkarstudenter i minoritet jämför med dom andra. Dels har det med delat uppmärksamhet... Sedan tror jag att alla förändringssträvanden... Man frågar sig var kommer trycket ifrån, inifrån eller utifrån. Jag menar, om man ser det här som i ljust efter 1968, där det var ett tryck utifrån, hela högskoleutbildningarna skulle ju ändras, så ni drog nytta av ett yttre tryck. Medans vi hade inget yttre tryck, det var ingen som trodde och sade att vi lägger ner KI:s läkarutbildning, det var det ju ingen som trodde, så vi fick skapa ett inre tryck, vilket liksom är svårare.

Sedan är det då ledarskapet igen. I maj 2002 så hade Karl Tryggvason en debatt på ett prefektmöte där Rune var med, och då skulle Karl prata om Vad är viktigast på KI, han skulle prata om

forskning och jag skulle prata om utbildning. Då hade vi ett mentometersystem, och då frågade jag så här ”Bör KI:s utbildningar vara bland de ledande, först i världen och så, men i Sverige?” Ja var 69 % och Nej sade 28 %. Så en tredjedel ansåg inte ens att det var värt att vara bäst i Sverige. Och bland de här som svarade... För jag vet att Reet Joandi och Rune och Karin Röding var inne, så alla var inte prefekter, så kanske hälften av prefekterna tycker inte att det fanns någon anledning att vi skulle vara ledande i Sverige. Och det som gjorde mig mest besviken det var att vare sig Vivi-Anne eller rektor<sup>42</sup> ställde sig upp och sade ”Men för sjutton, ska vi inte vara bäst i Sverige, vad tänker ni på?” Ingen, det var absolut dödsväst. När jag åkte därifrån från det där prefektmötet, då tänkte jag ”Nä, det här är ett attitydproblem bara.”

Sedan är det då sist igen, resurserna. Alltså, att lägga om en studieplan som omsätter 100 miljoner om året, det kräver extra resurser. Jag hade ju hoppats på Karin Rosanders pengar som var ganska mycket pengar, så man kunde avsätta 20-25 miljoner för att dom som gjorde jobbet skulle känna att det blev en extra... Dom var ju tvungna att jobba extra, och att man fick betalt för det, men som det blev så skulle allt tas inom det befintliga systemet och då svalnade intresset.

## *Karolinska sjukhusets kommunalisering*

### *Arne Ljungqvist*

Det du nämnde om KS kommunalisering och det jag nämnde också. Det som jag tror alla upplevde som ett problem under den tiden det var den långdragna processen som föregick beslut om KS kommunalisering och som ledde till KS de facto inte hölls under armarna alls. Staten var ointresserad, därför att man skulle lämna över det, och landstinget var ointresserat intill det blev överlämnat, och när det väl blev överlämnat då var Landstingets huvudintresse inte riktat mot KS utan mot Huddinge. Så det var så det låg till från den tiden. Sedan är det annan en sak den principiella uppfattningen man har om att det skulle vara kommunaliserat eller inte, och där kan vi ha olika uppfattningar. Men, problemet låg kring den långdragna processen och att KS de facto hamnade väldigt mycket i bakvatten under en väldigt lång tid, och det var ett problem för KI.

### ***Kerstin Hagenfeldt***

Bara för att kommentera det. Det var ju så, vilket bland annat diskuterades på Vittnesseminariet om KI93,<sup>43</sup> att det var ju ändå så att KI fick stora pengar för byggnader och renovering de gick ju hit till Campus Solna. Det var ju här man byggde, här man renoverade. Huddinge var ju redan nybyggt, men det var det utslitna KS som var ett problem. Jag kan bara tillägga där att en viktig fråga som kom upp både i utredningen 1984 och i KI 93 det var ju lokalerna.<sup>44</sup> Även på Huddinge hade sjukvården tagit över väldigt mycket av studentlokalerna, på KS var de nonexistent, men där lyckades vi faktiskt få fram med hot och piska få ombyggnader så vi fick grupprum och renoverade föreläsningssalar. Jag hade praktiskt taget slagsmål med byggnadskommittén och lokalkommittén på KS. Här på Campus så höll vi på att förlora slaget helt om undervisningslokalerna, men vi fick i alla fall en begynnande uppbyggnad av datorsalar och grupprum. Och nu måste jag ju säga det att om ni inte har varit inne på KI:s bibliotek, så gör det, för det är den största förändringen tror jag, att det nu är ett studentorienterat bibliotek. Det är fantastiskt! Men, Rune vet att ni höll på att sabba det också när vi skulle bygga om biblioteket här inför höstterminen 1993.

### ***Bo Rydqvist***

Kort. Jag var ordförande i kurskommitté 3, alltså den som organiserade termin 3, "Organsystemens fysiologi" hette kursen, och jag tycker nog att det gick mycket bra, med de förutsättningar vi hade kommit överens om under en konferens/båtresa till Åland. Det stora problemet, och där håller jag med Tomas, var ju naturligtvis budgeten. Det förekom omfattande diskussioner hur man skulle förhålla sig till utbildningsmedlen. Strävan var ju att kurskommittéerna skulle äga dessa (se tidigare inlägg), men det fungerade ju aldrig med den organisation som KI implementerade, så det lades på hyllan ganska snabbt. Men i övrigt tycker jag att den perioden var relativt friktionsfri jämfört med arbetet i samband med studieplan 2000 och senare arbetet inom LUT, som jag också deltog i.

### ***Kerstin Hagenfeldt***

Roligt att höra.

## Läkarutbildningen: att kämpa mot attityd-, lednings- och resursproblem

### *Jörgen Nordenström*

Jörgen Nordenström heter jag. Jag har inte varit med om något vittnesseminarium förut, men jag antar att något negativt har hänt och att vi ska gå igenom det, att vi till viss del får förlåtelse efteråt.

### *Daniel Normark*

Får jag bara inflika. Vi använder ordet vittne men det är en slentrianmässig direktöversättning av engelskans ”witness.” Som så ofta annars försvinner vissa associationer medan andra förstärks när man översätter.<sup>45</sup> I engelskan kan man ju exempelvis bevittna en forskningsupptäckt. Man är vittne till en upptäckt lika mycket som man är vittne till ett brott.<sup>46</sup>

### *Jörgen Nordenström*

Okej. Jag tänkte börja med att sammanfatta. Jag tror att det finns tre problem. Det ena är ett attitydproblem på KI. Det andra är ett ledningsproblem och det tredje är ett resursfördelningsproblem. Det är dessa tre problemen som jag tror ligger bakom en hel del av de problem som har varit med läkarutbildningen.

Om jag börjar med att svara på frågorna. Den första frågan, vilken period som jag var ansvarig för läkarutbildningen, så var det 1996-2002. 1996 så påbörjades Högskoleverkets utvärdering, så det första jag fick ta tag i var att göra en utvärdering av hela KI. Och jag var med i ledningsgruppen där, så jag fick mycket bra insyn i dels KI:s läkarutbildning och dels hur det var i landet.<sup>47</sup> Det var en smakstart för en ny ansvarig. Det blev ju väldigt klart då att KI hade en hyfsat bra läkarutbildning i den där rapporten, men universitetskanslern, Stig Hagström han sade ju att KI anstränger sig inte tillräckligt mycket. Resurserna finns och KI borde vara motorn i svensk läkarutbildningen. Det var universitetskanslerns kommentar till det hela.

Man kan säga, om man tittade på läkarutbildningarna i landet så kom Linköping bäst ut, Lund sedan, sedan KI, Göteborg, Uppsala och Umeå. Uppsala och Umeå var ganska långt efter de

andra. Vi satte igång en reformgrupp, där Peter Aspelin blev ordförande och jag blev sekreterare och vi utarbetade det här förslaget Studieplan 2000. Till den här gruppen hade vi en internationell referensgrupp med prominenta personer, Torstensson från Harvard, Hank G. Schmidt från Maastricht... ja det fem stycken internationellt kända. Dom hjälpte oss och det skisserades då på en ny studieplan som de internationella experterna tyckte låg i linje. Så det var väl det viktigaste arbetet som vi sysslade med under den tiden, och den här rapporten kom ut i april 1999.

Vi hade en bild med ett äpple på omslaget, som någon slags symbol. Detta är inget äpple, utan det är en bild av ett äpple, och meningen med det var att visa att en studieplan på ett papper ser bra ut, men för att verkligen implementera det krävs väldigt mycket från de som deltar och pedagogiska metoder måste till och så vidare. Så att curriculum blir bara en slags plan.

Man kan säga att det var väl några saker som under den här tidsperioden var viktiga. En viktig bit var meritportföljen som skapades, där man försökte bredda synen på den akademiska verksamheten med en vetenskaplig portfölj, en pedagogisk, en klinisk portfölj för dom som finns verksamma och en administrativ eller vad vi ska kalla det... det fjärde var... Det var fyra delar som den här meritportföljen bestod av. Det var Erna Möller som satt i den där gruppen och hon stegade upp till Hans Wigzell och sade "Skriv på! Det här måste vi ha vid alla nya tjänsteställsättningar." Och det gjorde Hans. Och den implementerades, vilket var en ganska stor bit som många fakulteter tog efter. Tyvärr så förstod inte alla som började att använda den där, vad den egentligen var avsedd till. Den har liksom förfelats lite i sin användning. Men jag kan komma tillbaks till det vid något annat sammanhang.

En annan viktig bit var då doktorsskolan, som infördes, där man försökte föra in de mera läkekonstbitarna i läkarutbildningen. Det var eftersatt och blev lyckosamt kan man säga i den utformning som det gjordes.

Den fjärde biten... Det var Studieplan 2000, Meritportföljen, Doktorsskolan. Det fjärde jag skulle vilja ta fram är Professuren i medicinsk pedagogik, där KI äntligen fick en professur i ämnet och det var Kirsti Lonka, en välkänd och bra person, som inte

har någon läkarbakgrund visserligen, men hon var socialpsykolog. Det där fick KI lite prestige för att vi hade den hade första professuren i medicinsk pedagogik i landet. Tyvärr så varade det inte så länge, men det är en annan historia.

Studieplan 2000 väckte ju väldigt starka reaktioner. Den viktigaste biten i Studieplan 2000 var att införa ett obligatoriskt terminslångt projektarbete. Rektor tyckte det var en bra idé. Han var chockad över Högskoleverkets utvärdering 1996, där man sade att KI:s vetenskapliga anda förmedlades inte ut till studenterna. Studenterna kunde inte förstå att det här var en vetenskaplig institution, och skälet till att dom inte kunde förstå på det berodde på att vi har haft en traditionell pedagogik, som innebär ett förmedlande av lärare till passiva studenter, och det är inte det sätt som vetenskapen drivs på. Så ett 20-poängs projektarbete det var det viktigaste av alltihop. För att skapa utrymme för det så var man tvungen att göra en total omstrukturering av hela programmet, vilket ledde till opposition från olika håll. Studenterna var väldigt kritiska och studenterna är ofta väldigt kritiska till förändringar. Jag tror att studenterna fick för stort utrymme, deras åsikter vägdes för mycket. Jag tror att när det behövs radikala förändringar, så får man lyssna men kanske inte alltid följa vad dom sade.

### *Ledningsansvar fördelat på tre dekaner*

#### *Jörgen Nordenström*

Om jag ska ta nummer tre här, Förändringar i KI:s organisation, så tog man bort fakulteterna 1999 och tillsatte dom tre styrelserna med tre dekaner. Det här var en bra idé tyckte jag då, därför att utbildningsfrågorna hade då när det fanns en fakultet en undanskymd roll. Det här var ett sätt att försöka göra mera tydlighet i organisationen, men som utbildningsstyrelsen kom att fungera så blev det inte något bra utfall för utbildningarna. Det var en stor styrelse, det var mycket fråga om rättvis representativitet, ganska mycket småfrågor som togs upp. Och det är 18 program, så det var ju en gigantisk uppgift att ha en utbildningsstyrelse. Programmen kom bort och vi på läkarprogrammet som ville göra tydliga förändringar, fick inte det stöd som behövdes och utbildningsstyrelsen lade inte ner tillräckligt med tid på det



hela. Bland annat så kom då det här förslaget ut i april 1999, då skickade utbildningsstyrelsen det här på en remiss, en sju månader lång remiss, till oktober. Då hade man i praktiken liksom sågat förslaget. Vi hade liksom fått upp trycket i den här tryckkokaren och så säger man att vi tittar på det här, sju månader får ni på er att skriva ihop någonting och sedan tog det många månader innan en utvärdering kom. Så det var olyckligt. Jag kan säga, jag levde i den gamla när bl.a. Jan Lindsten var dekan, och han sade så här ”Ja, jag vet ju ingenting om läkarutbildningen. Gör som du tror är bäst, men se till att det blir bra, och behöver du stöd så kan du ringa.” Det var liksom det mandat som man fick, som är ett underbart mandat att försöka göra så gott man kan och ha stöd uppifrån.

En annan förändring som skedde var ju då Kompetensbefordringsreformen, där man sade att professorskompetenta lektorer skulle få professorsnamn och begreppet ”biträdande professorer” togs bort. Det här var ju en förändring som jag tycker också är riktig, men problemet var att det var många av dom undervisningsaktiva lektorerna som försvann upp och blev professorer och sedan sa dom ”Nej, nu är jag professor, nu behöver inte jag syssla med utbildning längre.” Och KI fyllde inte på med nya medelhöga tjänster underifrån, så att ser vi idag så finns det nästan inga lektorer kvar. Alltså, man måste fylla på i systemet underifrån och det är någonting som man nog bör tittar närmare på nu.

Sedan var det nästa fråga nummer fyra, Sjukvårdsorganisationen. Ja, där har det hänt mycket. Man organiserar sjukvården nu i team eller organsystem eller på någonting annat och många sjukhus är inte kompletta för utbildningen. Det finns mindre tid för läkarna och det är tuffare forskningsklimat. Alla dom här tre olika bitarna tenderar att sätta tryck på dom som undervisar och på studenterna. Men nu finns det sätt att ändå anpassa sig till det där. Det försökte då Studieplan 2000 också göra, t.ex. genom mera öppenvård och att studenterna får vara på lite olika platser. Men annan viktig bit, som man överhuvudtaget inte har tittat på egentligen, det är förändrat pedagogisk metodik, där t.ex. problembaserat lärande kan användas för att studera färre antal patienter mera intensivt. Så bristen på pedagogisk idé är ett stort problem på KI, som... Den debatten har egentligen inte kommit upp förrän nu,

och det läser man i Läkartidningen, det är studenterna som börjar diskutera: Vad är core curriculum och sådana här saker som vi började diskutera för ett tiotal år sedan, men det är först nu när det blir allvar, och det visar väl att det är bra med sådana här omskakande reformer som genomförs nu för att man kommer ner på grunderna för vad undervisning och pedagogik är.

Ja, hur ser jag på framtiden på läkarutbildningen? Läkarutbildningen kommer säkert att vara kvar på KI, men frågan är om vi kommer att ha en bra läkarutbildning, och där är jag kanske lite mer pessimistisk. Vi pratade om attitydproblemen som finns, där forskning framställs som det enda viktiga som KI håller på med. Donald Kennedy som var dean på Stanford, han säger så här att han efterlyser A scholarship beyond that reported in peer-reviewed journals. Jag tycker att det är ett bra uttryck att vi kan inte bara ha peer-reviewed journals som ett mått på akademisk aktivitet. Så jag tror att man måste ändra på attityden. Jag tror man måste ändra på ledningen, det är ganska mycket demokratiserad ledning där personer väljs. Jag tror att man måste inse att KI är ett stort företag som måste ledas av professionella personer och att man kanske får tumma lite på demokratin och se till att man får rätt personer. Sedan resursfördelningssystemet är ett annat problem, men det är ganska mycket kaos i hela systemet som det ser ut nu, dels mellan programmen och dels mellan preklin och kliniken och inom kliniken, men det är ett annat problem också.

Tack.

## ***Ekonomiska möjligheter och begränsningar***

### ***Kerstin Hagenfeldt***

Får jag be dig... I alla fall så tycker jag eftersom vi har Rune här. Kan du inte ställa kommentaren eller direkta frågan till Rune om just de ekonomiska problemen under din tid? För jag tycker det är viktigt att dessa kommer i anslutning till varje enskild period annars så får vi bara en 20-årshistoria av ekonomin på KI.

### ***Jörgen Nordenström***

Då säger Jörgen så här. 1996 så var KI-medlen till institutionerna mycket högre än vad FoU-medlen är. Och nu är det tvärtom. Skälet till det är bland annat att man har haft en utbildningssty-

relse som har velat ha strategiska satsningar. Vad som har hänt på institutionsnivå är att det är en dramatiskt sänkt ersättning för lärarna. Så man har strategiska satsningar, man har en överbyggande organisation, som gör att institutionerna, klinikerna anser inte att de har råd faktiskt att göra det här. Så dels fördelningen mellan programmen, där en hel del utav de pengar som kommer från utbildningsstyrelsen har dirigerats ut till olika andra program, särskilt de nya programmen, och programmen som har skadats mest av det här det tror jag är framför allt tandläkarprogrammet, i viss mån sjukgymnasterna och sedan läkarprogrammen. Jag vet inte om du kanske har någon kommentar till det.

### ***Rune Fransson***

Nu vet jag inte, men jag har lite kommentarer som ligger inne i min föredragning sedan, särskilt om komplexiteten i det här systemet. Jag kan väl ta några takter från den. Man kan väl säga, att om man tittar tillbaks så var det väldigt mycket diskussioner om hur den slutliga resursmixen skulle se ut på något sätt, vilka lärare som borde finnas och så vidare. Den debatten är ju helt borta nu från en ledningsnivå och vi har ett väldigt mekaniserat system - ett väldigt komplext resursfördelningssystem. Grundutbildningspengarna förgrenar sig i väldigt många strida strömmar. Sedan hamnar de i en växlingsbox, som är institutionen, som sedan omvandlar strömmarna till tjänster av olika slag. Där förlorar man - tycker jag - hela kontrollen över styrningen. Vi bygger på ett incitamentsystem, och väldigt många tänker klurigt på hur man ska skicka pengar genom systemet. Men någonstans på vägen så försvinner de i en blandning och hela incitamentstanken försvinner på samma sätt. Jag håller med. Om du kallar det kaotiskt eller komplext eller vilka ord man vill vilja, så håller jag fullständigt med dig på den punkten. Det är många frågor i ditt här, det är en mix mellan de olika programmen, där jag inte har någon särskild kommentar. Det vet jag att man har tyckt väldigt olika om över tiden. De många programmen har gjort det här svårare. Vi får ingen ledning riktigt uppifrån, utan vi väljer detta själva. Sedan är det den strategiska nivån, som man nog kan säga är en generell inriktning på Karolinska Institutet att man minskar tilldelningen till institutionerna med direkta fria medel, precis som statsmakterna gjorde när det blev ett universitet, och på ledningsnivån så riktar man pengarna. Det tycker

jag är en fråga man kan diskutera om man ska skifta detta. Sedan har ju resurserna holkats ur 20% under samma tid, så att det blir dubbel effekt på institutionsnivån. Ja det kanske får räcka som en kommentar.

### **Jörgen Nordenström**

Om jag bara får ta en konkret sak. Utbildningsdepartementet har en peng för varje läkarstudent som ligger. Först låg det på 110 000, det kanske ligger 120 000 eller någonting per år och student. Då tycker man ju att det borde avspegla sig, att det mest utav det går ner på lärarnivån. Men då har man tagit en del utav det och fört över bl.a. till sjuksköterskeprogrammet. Och just den där överföringen är jag ju väldigt kritisk till, eftersom vår... Vad läkarutbildningen på jämföras med är ju läkarutbildningen i Uppsala och Lund och så, och då om vi hamnar snett där på grund av internfördelningen och fakulteten så blir det negativt för en del program.

### **Rune Fransson**

Det verkar som Vivi-Anne...

### **Vivi-Anne Sundqvist**

Jag har inte varit ansvarig som dekanus för utbildning för hela den tid som Jörgen redogör för. Från styrelsen för utbildning har vi också besvarat en hel del av dina frågor du framför, och redovisat fördelningen av resurser och vi hävdar att det inte har gått från läkare till sjuksköterskor. Det är universitetets uppgift att fördela medlen med utgångspunkt ifrån behoven för olika utbildningsprogram.

### **Kerstin Hagenfeldt**

Det vore kanske bra för oss att ha tillgång till de svaren, faktiskt, för det här är ju en fråga som har pågått i många år.

### **Arne Ljungqvist**

Jag har en sakfråga bara. Du sade att biträdande professorerna togs bort under några år som du refererar till, men de togs ju bort redan 1978. Kom de tillbaka igen?

### **Jörgen Nordenström**

Dom kom tillbaka, men så tog man bort "biträdande" så blev det professor.

**Arne Ljungqvist**

Jaha, utvecklingen går fram och tillbaks.

**Daniel Normark**

Har vi någon mer fråga om den här perioden 1996-2002? Ja Kerstin.

**Kerstin Hagenfeldt**

Jo, jag har en fråga. Det var ju så att vi kom ju tillbaka till KI 1993 och allt det där. Vi hade ju lagt upp en budget hos institutionerna som var beroende på deras prestationer. Sedan var ju tanken att kurskommittéerna skulle ha hand om det här budgetansvaret, det här kom ju inte igång förrän 1993. Min fråga är nu: Hur blev det med det? Vi hade en gemensam budgetgrupp för fakultet och linjenämnd och sedan blev det ett annorlunda system, men tanken i det hela i KI 93 var ju att kurskommittéerna skulle fördela budgeten. Hur blev det med det?

**Jörgen Nordenström**

Jo, så var det ju ända till styrelserna kom, så varje program hade sin budget och jag gick som ordförande igenom med Claes-Olof Fälth varenda år om det skulle bli några... så det fungerade. Men, sedan när styrelsen kom då försvann det direkta ansvaret för budgeten.

**Bo Rydqvist**

Kerstin undrade hur fördelningen inom institutionerna gick till när det gäller utbildningsmedlen. Man diskuterade flitigt hur kurskommitteerna skulle kunna få inflytande över utbildningsmedlen. Jag satt under en period med i en grupp där man skulle försöka påverka styrelse, programnämnd och institution för att öka kurskommitteernas inflytande över utbildningsmedlen men där hände aldrig någonting.

**Kerstin Hagenfeldt**

Ja, vi kommer nog tillbaka till det under dagen.

**Bo Rydqvist**

Det blev prefekten som styrde medlen.

**Rune Fransson**

En kommentar. Det har aldrig varit avsikten annat än att prefekten skulle hålla samman medlen, så det var nog en missuppfattning att det skulle finnas en ström rakt ut till enskilda lärare på det sättet. Hela KI:s ekonomiska system bygger på att man får pengar från olika källor, prefekten fördelar.

**Kerstin Hagenfeldt**

Jag lovar att vi återkommer till detta problem.

**Daniel Normark**

Tack så jättemycket, tack Jörgen. Då flyttar vi över till Sari Ponzer.

## Reformarbete

**Sari Ponzer**

Tack så mycket.

Jag måste börja med ett förtydligande: Under perioden 2002-2006 var först Åsa Nilsson och efter henne Anders Hjerpe programdirektor för läkarprogrammet. Min insats under åren 2004-2006 dvs. under Anders Hjerpes mandatperiod, handlade om reformarbetet med läkarutbildningen och jag var programdirektor endast under år 2007.

När Studieplan 2000 lades fram var jag lektor i ortopedi på Institutionen Södersjukhuset (KI SÖS) och samtyckte till stora delar av förslaget. Dels inspirerad av Studieplan 2000 och dels av internationella erfarenheter ville jag därför prova att starta något liknande, men i mindre skala, lokalt på SÖS. Jag lade fram ett förslag, projektet Sammanhållen Läkarutbildning på SÖS, Samläk. Efter många diskussioner på SÖS och med Programnämnden (PN) blev projektet godkänt och vi kunde sätta igång projektet. Vid det laget hade jag blivit prefekt på KI SÖS och överlämnade projektledningen till Uffe Hylin. Samläk förutsatte att vi fick ha samma studenter på SÖS under deras kliniska terminer 5-8 för att kunna skapa en sammanhållen utbildning. Detta var den svåraste frågan för PN att besluta. Samläk syftade till att få lärarna att samarbeta med varandra så att en integration mellan kurser skulle kunna ske, att få med primärvården som en arena för den kliniska utbildningen, att

erbjuda studenter en personlig mentor under 2 år för att stödja deras professionella utveckling samt att vidareutveckla den interprofessionella verksamheten som redan startats på SÖS. Projektet fick ekonomiskt stöd både från programnämnden och från SLL. Samläk pågick fram till 2007 och har numera också utvärderats. En sammanfattande beskrivning av hela Samläk kommer att publiceras under 2009 och ett antal publikationer i internationella tidskrifter är under bearbetning.<sup>48</sup>

## ***LUT I och LUT II***

### ***Sari Ponzer***

Under samma tidsperiod pågick fyra olika utredningar hur en ny läkarutbildning vid KI skulle kunna se ut. Ingen av dessa kunde realiseras och därför fick Anders Hjerpe, i sin roll som ordförande i programnämnden, ett uppdrag att sammanfoga tankarna från dessa fyra förslag till ett genomförbart femte. Av olika anledningar blev arbetet inte framgångsrikt. Styrelsen för utbildning beslutade då att starta ett nytt projekt och 2004 fick jag förfrågan om jag kunde leda arbetet att ta fram en ny läkarutbildning för KI. Jag hade redan under studietiden på KI tyckt att det fanns utrymme för förbättringar och såg nu en möjlighet att kunna jobba med något som jag tycket var mycket viktigt. Dessutom hade en del förarbete som redan gjorts och med Samläk erfarenheter i bagaget såg jag att en förändring nu skulle vara möjligt och tackade ja till uppdraget. Projektet kom att kallas för LUT, Läkarprogrammets nya utbildningsplan. Jag hade en mycket dynamisk projektgrupp, där bl.a. Jörgen Nordenström ingick. Styrgruppen bestod av dekanus Vivi-Anne Sundqvist, biträdande landstingsdirektör Göran Stiernstedt och Primärvårdens chef Mikael Ohrling.

### ***Kerstin Hagenfeldt***

Och rektor - Harriet Wallberg-Hensriksson.

### ***Sari Ponzer***

Ja, jag skulle precis komma till det, för det var nämligen så att utan stöd från rektor och de övriga i styrgruppen hade det inte varit möjligt genomföra en förändring.

LUT projektet genomfördes under 2004-2005. Ett antal arbetsgrupper bildades och fokuserade på att komma överens om principer för den nya utbildningen. Över 200 personer, studenter, lärare, SLL anställda handledare och avnämare ingick i dessa arbetsgrupper och deras referensgrupper. Jag presenterade det pågående arbetet kontinuerlig för styrguppen och för prefekterna och vi fick på det sättet bekräftelse att vi var på rätt spår. Jag tror att det i detta skede var en fördel att jag själv var prefekt och kunde lättare förankra arbetet bland mina prefektkollegor. Principerna blev ”godkända” våren i juni 2005 och jag fick därefter ett fortsatt uppdrag att arbeta fram en detaljerad utbildningsplan med ingående kursplaner. Detta projekt kom att kallas för LUT II. Återigen tillsattes ett antal arbetsgrupper och under vintern 2005-2006 arbetade vi fram kursplaner för alla kurser. Det krävdes en hel del svett och tårar innan arbetet var klart. I juni 2006 godkändes förslaget av Utbildningsstyrelsen.

En av de principer som kom att karaktärisera den nya utbildningen var att utbildningen skulle vara temabaserad. Intressant nog hade liknande förslag lagts fram redan på 1970-talet.<sup>49</sup> Likaså att det skulle finnas tydlig integration mellan basvetenskap och klinik – även detta hade diskuterats ingående redan 30 år tidigare. Valbara kurser hade införts 1993 men dessa utökades samtidigt som det beslutades att dessa skulle knutas närmare till de ordinarie ämnena. De nya valbara kurserna kom att kallas för SVK, Studentvalda kurser.

Enligt Bolognaprocessen skulle ett projektarbete på 20 veckor bli ett obligatorium varför en termin reserverades för detta ändamål. Vetenskaplig utveckling inom läkarprogrammet behövde utökas vilket fall som helst och speciellt för att studenter skulle vara redo att genomföra detta vetenskapliga projektarbete. En veckas statistikkurs bedömdes inte vara tillräckligt längre och därför infördes sammanlagd fem veckors utbildning i vetenskapliga metoder utspridd under terminerna, sk. Vetenskaplig utveckling, VetU.

Professionell utveckling, inkluderande frågor om patientbemötande, ledarskap, patientsäkerhet, etik, genus och likabehandling, interprofessionellt lärande, hälsoekonomi osv, behövde utökas men också integreras bättre i utbildningen. Denna strimma kom att döpas till Professionell Utveckling, PU. Det



var viktigt vid planering av samtliga kurser och strimmor att utgångspunkten var lärandemål (outcomes) för kunskaper, färdigheter och förhållningssätt. Detta var väl timad med den nya Högskoleförordningen som trädde i kraft 2007 och där samma principer gällde.<sup>50</sup>

Vi byggde upp läkarprogrammets innehåll systematisk med utgångspunkt från ICF - den internationella klassifikationen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Till ICFs 12 funktionssystem kopplades ett antal ”integrerande uppgifter, symtom som patienten söker vård för, eller ”tasks” som de oftast kallas i den engelskspråkiga litteraturen. Exempelvis är ett av funktionssystem ”Matsmältning” och de integrerande uppgifter som tillhör är detta funktionssystem är exempelvis kräkning och resistens i buken. Studenten ska i slutet av utbildningen ha kompetens att ta hand om en patient med resistens i buken och för att kunna nå en sådan kompetens måste flera av kurserna bidra till detta mål. Studenten måste exempelvis kunna bukens anatomi och ha goda kunskaper om patologi, medicin, kirurgi och gynekologi. Således är varje kurs av stor betydelse för att studenten i slutet av utbildningen har nått målen för hela läkarutbildningen.

Det finns mycket att säga om det nya läkarprogrammet. Jag tror att Gunnar Nilsson, som ansvarar för dess genomförande, får fortsätta strax.

Sammanfattningsvis kan jag konstatera är flera av de nu genomförda förändringar är baserade på gamla idéer som funnits med sedan 70-talet.

Faktorer av betydelse för förändringsarbetet:

- Mycket förarbete hade redan gjorts.
- Det fanns stöd från ledningen.
- Det fanns ett intresse bland lärarna,
- Det var många som blev engagerade för att man förstod att nu måste det hända någonting.

Att komma fram med ett förslag efter förslag men att aldrig genomföra dessa var inte längre aktuellt. Det tror jag var viktigt. Det som däremot inte gick att genomföra och som jag hade hoppats på var förändring av resursfördelningssystem. Vi lade ner

mycket arbete på detta utan att komma fram med något som var konklusivt eller genomförbart på KI. Det som var viktigt i vårt arbete var att hitta ett system som skulle garantera en återkoppling hur medlen faktiskt hade använts. Men det gick inte.

Vi hade fått KI 05 där man lyfte fram utbildningen, men jag måste säga att jag har hittills uppfattat det mest som läpparnas beaktelse. KI 05 innehåller många goda tankar och utbildningen står högst upp på listan, men i verkligheten är det ändå inte så.<sup>51</sup> Utbildningen är fortfarande låg prioriterad vilket är sorgligt. Nu är det dags att ändra på det.

Sjukvården. Privatiseringen är en jätteviktig fråga samt att organisationer har förändrats. Vårdtider är korta, patienterna skrivs ut snabbt. Mycket sker inom öppenvård. Vi måste ha en helt annan utbildningsstrategi. Utbildningen måste vara upplagd så att den är anpassad till verkligheten. Jag tror också att AT behöver komma närmare till grundutbildningen för att när man gör förändringar på grundutbildningen så måste det återspegla sig på AT. Personligen tror jag också att det skulle vara bra om AT var universitetets ansvar. Vi måste få till en röd tråd genom hela utbildningen inklusive AT och det är svårt med om inte en och samma huvudman ansvarar för hela kedjan. Jag tror också att vi måste gå mot sexårig läkarutbildning, en nödvändig anpassning till EU.

Det var ungefär det som jag hade tänkt säga men jag kan prata om läkarutbildning en timme, en dag eller 10 dagar. Tack så mycket!

## *Sexårig läkarutbildning*

### *Jörgen Nordenström*

Sari tog upp det här med sexårig läkarutbildning. Jag tror säkert att det kommer. Engagemanget har slutat efter läkarutbildningen, nu är du inte direkt ansvarig för det, men jag måste se KI:s roll som ett mycket större än att det bara slutar efter 5½ år. Om KI hade varit lite drivande i dessa frågor, t.ex. genom att ha en post graduate dean, som vi har prata om förut. Engagerar sig i läkarnas vidareutbildning... Jag menar vi har en väldig kompetens på sjukhuset och deltar debatten, så tror jag att man skulle

kunna ligga väl framme till att ta en större nationell roll och för helheten av läkarutbildningen, som naturligtvis inte slutar vid grundutbildningen utan inkorporerar AT och så. Men där har KI inte visat någon aktivitet alls.

### ***Rune Fransson***

Nej, framför allt inte kanske dom sista åren. Det fanns en period när KI tyckte att universiteten skulle få en mycket mer ansvarig roll i den här fasen. Jag tycker som du, och som Stig Hagström sade en gång i tiden i sin utvärdering, att KI har en roll som är större än KI:s egen. KI i kraft av sin storlek och sin dominans har ett utvecklingsansvar, ansvar att driva vissa frågor, och det tycker jag inte vi har gjort på ett rimligt sätt. Vi står för en stor del av läkarutbildningen i landet, en tredjedel ungefär, det varierar ju över tiden, men vi har också väldigt starka muskler egentligen. Han sade att vi borde ligga i framkant, vi skulle inte nöja oss med att vara en i gänget, så tycker jag kanske att vi borde se och ta den positionen, vara en nationell talesman på något sätt.

### ***Kerstin Hagenfeldt***

Ja, det är ju så att redan när AT instiftades så försöktes ju från många håll, både från fakulteterna och från Svenska läkarsällskapet att få med att det skulle finnas en utbildning i AT, men då var Läkarförbundet, representerat av Thomas Ihre, emot detta. I och med att KI tog hand om och utvecklade AT-provet som ni kommer ihåg, då tog vi upp diskussionen igen, här har vi nu en examination efter AT. Likaså när vi tog hand om det prov som skulle göra att utländska läkare skulle få gå AT tog vi upp en diskussionen om ett teoretiskt innehåll i AT. Denna TULE-examination<sup>52</sup> av utländska läkare har vi ägnat oss åt i många år. Men jag tror, precis som Jörgen säger och som du säger, att nu med tanke på trycket utifrån från EU, så vore det väldigt väsentligt om KI aktiverar sig i den frågan.

### ***Vad är priset för praktiken i praktiken?***

#### ***Hans Åberg***

Jag vet att vi kommer tillbaka till ekonomin, men jag måste säga något litet redan här eftersom det kommit upp. Det gäller ekonomin kring primärvårdens engagemang. Det var svårt redan från början att få någon ersättning för detta. Därför när jag började

som förste innehavare av professuren i allmänmedicin vid KI 1988 så skulle studenterna ut i primärvården några dagar. Detta visade sig stört omöjligt utan att ersättningsfrågan kom upp för den vårdcentral som tog emot studenter. Vad vi då gjorde var att vi satte oss ner och räknade tillsammans med ett antal distriktsläkare hur många patientbesök som kunde tänkas falla bort, med uteblivna patientavgifter till vårdcentralen som följd, när en läkare hade en student med sig i arbetet som också skulle undervisa. Då kunde vi komma överens om en rimlig summa, som därigenom vårdcentralen skulle ersättas för i kronor räknat. Men sedan dess har mycket hänt. Studenterna tillbringar mycket mera tid ute i primärvården och organisationsformerna för vårdcentralerna har förändrats. Det senare kommer sannolikt att ske även i framtiden. Det rör sig inte bara om olika ägandeformer privat eller landstingsägt. Det har under den period jag kan överblicka även rört sig om husläkare, som under 1990-talet, skulle svara för en lista på ett antal individer, som redan var kända patienter eller kunde komma att bli. Det är ganska förståeligt att för att systemet skall kunna fungera med primärvårdens engagemang måste det till en vettig ekonomisk ersättning. Alternativet kommer att bli en sämre utbildning på vårdcentralerna.

### *Thomas Ihre*

Eftersom jag nu blev påhoppad av Kerstin, så måste jag ju försvara mig. Skälet till att AT hamnade där det hamnade, nämligen som en underläkartjänst i landstinget, eller vad nu huvudmannen var, det var ju därför att det gick absolut inte att få huvudmännen att betala någonting för den som låg under KI eller den som var i läkarutbildningen. Det var vid det valet som man bestämde sig för att istället för att förlänga utbildningen till 7½ år, vilket skulle ha varit fallet om man hade två års AT-tjänstgöring obetald med studieskulder, så valde då förbundet och drev den frågan med viss framgång. Det är ju samma förhållande som gäller i de andra nordiska länderna tjänstgöring, det är underläkartjänstgöring, och utbildningsdelen är den del i vidareutbildningen som finns även på andra sidan. Jag ska gärna ta ansvaret för det, jag är glad att jag har lyckats genomföra det i så fall.

### *Vivi-Anne Sundqvist*

Jag tänkte bara som kommentar till Saris beskrivning säga, för att vi inte skulle hamna i det läge som gällde den tidigare utbildnings-

planen, så valde utbildningsstyrelsen att inte skicka planen på remiss. Vi hade andra former för förankring, hearing t.ex., och vi tog besluten i etapper. Vi väntade inte tills att det förelåg en komplett utbildningsplan, utan besluten togs fortlöpande, t.ex. att det skulle bli en utbildningsplan, fastställde projektgrupperna och fattade besluten vartefter, så att det inte skulle bli så att det pågick ett långvarigt arbete och slutprodukten inte skulle godkännas. Jag vet inte om du kan kommentera det Sari, för vi hade ju ständigt den här frågan uppe och tog besluten vartefter för att vi ändå skulle kunna driva det här så att KI fick en ny utbildningsplan.

### ***Sari Ponzer***

Jo, det är riktigt, och jag tror också att det var viktigt att det blev delbeslut, och också att det var så många som var engagerade och att prefekterna faktiskt sade ja i tur och ordning till alla delfrågor. Det som är svårast förstås är genomförandet, det som Gunnar arbetar med nu. Om man som lärare inte förstår grunderna till det nya programmet och inte kan se utbildningen som helhet där varje kurs bidrar till målen, blir det svårt. Man måste släppa tanken att "äga" sin kurs. Många lärare ser sitt eget ämne som det absolut viktigaste: "Om inte studenterna kan mitt ämne och får undervisning i exakt tre veckor kommer de ta kål på patienterna." Om lärarna förmedlar den typen av information till sina studenter så är det klart att studenterna blir oroliga - och missnöjda. Det handlar om attityder och lojalitet mot det som har beslutats. Det går inte att behålla sin gamla kurs med samma innehåll i en förändrad utbildningsplan.

### ***Kerstin Hagenfeldt***

Men har det inte att göra med att ni startade den nya studieplanen på flera nivåer, bland annat på de sista terminerna 10,11 och det var ju de studenterna som skrev i Läkartidningen, det var inte deras lärare.<sup>53</sup> Och jag har upplevt samma sak av studenterna på gymsidan, att från att ha haft en utbildning som de upplevt planerad från början så kastas de in i en ny utbildning sista terminerna. Det är klart att dom blir förvirrade! Och min fråga är Varför gjorde ni det, varför gjorde ni den här s.k. starten av den nya utbildningen på flera nivåer?

**Sari Ponzer**

Mycket enkel förklaring. Det är två saker. För det första för att inte en och samma studentgrupp skulle behöva alltid vara först och uppleva startsvårigheter på varje kurs. Det är ett skäl. Det andra skälet är, att när förra utbildningsplansförändringen gjordes 1993, då var jag lärare på ortopedien på Södersjukhuset. Jag var inte lektor men jag var högst engagerad. Jag väntade och väntade och väntade att förändringen skulle komma till kirurgterminen, för det var bland annat meningen att det skulle finnas en genusstrimma i den nya utbildningsplanen på termin 8. Jag började 1994/95, i väntan på strimman, med seminarier som handlade om manligt och kvinnligt inom kirurgi. Genus frågorna var då en hjärtefråga för mig, för det var inte så lätt att vara kvinna i den manliga miljön - även om jag har överlevt och trivts trots allt bra. Men när den nya studieplanen till slut kom till termin 8 hände det ingenting, allt var som vanligt. Därför tänkte jag att om man ska göra en förändring då ska inte gå så långsamt att de som är på senare terminer har glömt bort hela förändringen. Och därför ville jag engagera alla på en gång.

**Daniel Normark**

Då är det dags för nästa. Tack så mycket Sari! Då är det dags för dig Gunnar.

## Att sjösätta en ny läkarutbildning

**Gunnar Nilsson**

Gunnar Nilsson, professor i allmänmedicin. Jag fick det stora ansvaret den första januari 2008 att ta över som programdirektor efter Sari. Vi har ju jobbat omlott och gör det fortfarande. Jag hade innan dess varit med under två år i förarbetet med att ta fram det nya programmet, och också varit adjungerad i programnämnden då programmet startade under hösten 2007. Men sedan när det blev lite mer skarpt läge VT 2008 så fick jag rodret själv, vilket naturligtvis var en utmaning. De viktigaste innovationerna och förändringarna under den tiden jag har varit med, är förstas att i praktiken införa det nya programmet. I vår verksamhetsberättelse för förra året så skrev vi att ”vi har infört sex nya terminer på programmet samtidigt under 2008, terminer som vi inte har sett förut”<sup>54</sup>. Det är klart att det finns mycket

att berätta om det, och jag skall försöka sammanfatta de förändringar som har skett. När vi ser lite bakåt, knyter an till det som Kerstin tog upp, och ställer oss frågan om det var det rätt strategi att vara så här radikal, så var det väl det. Att genomföra så många förändringar samtidigt i programmet som helhet, och sedan att genomföra programmet på tre fronter samtidigt, skapade en medvetenhet om en nyorientering på KI som var nödvändig för att överhuvudtaget vinna ny mark. Det fanns ett förändringsklimat som var väl grundat när jag fick ta över rodret, om man säger så. Därmed inte sagt att allting landat precis som det var tänkt, men strategin var riktig. Men det är klart, om vi då introducerar så många förändringar samtidigt, ofta på varje termin en handfull nya idéer, så var det är svårt att förutsäga effekterna. Särskild när de genomförs samtidigt och i ett sammanhang som vi inte provat förut, och vi var väl medvetna om det förstås. Det blev vi naturligtvis påminda om genom kursutvärderingar som kom gav oss nya insikter om hur saker och ting samverkar, men det var en medveten strategi och som jag ser det efteråt är en lyckad strategi.

### *Med ICF's teman som struktur för utbildningen*

#### *Gunnar Nilsson*

Jag kanske ska gå igenom lite och redovisa vilka av innovationerna som programmet innehåller, vad som landade bra och resonera kring detta, även om det blir kort.

Först, som Sari sade, så har ju programmet en väldigt tydlig progression, i sju tydliga steg, som vi enkelt kan förklara för studenter och lärare. Hela organisationen av programmet är byggd på teman och leds av temakollegier som bygger på den här progressionsmodellen, där ett tema får ha hand om den friska människan och nästa tema får hand om den sjuka människan osv. Och i slutändan temat samhälle i hälsa och miljö. Detta har gått bra och det har varit en hörnsten i hela uppbyggnaden av programmet. Stora teman med tydlig progression, och det är nästan omöjligt att inte förstå den bakomliggande tanken. Varje tema har då fått ett väldigt stort block att ta hand om. Strategin har varit lyckosamt, därför att vi har manövrerat bort det tidigare lapptäcket av små kurser. Det finns ingen möjlighet längre för

någon att säga att ”Jag vill nu ge en kurs i mitt ämne.” Det är på många sätt ett nytt vägval som har fungerat väldigt bra.

En annan viktig strategi som har med Bolognaanpassningen att göra är att det hela är målbaserat. Och där tycker vi också att vi har hittat ett bra sätt att för det övergripande programmet beskriva målen, och som stämmer bra med hur man har lagt upp det internationellt. Det har varit en lyckosam strategi hos oss, därför att varje kursplan - nu är det inte så många kurser - men varje kursplan har en tydlig målbeskrivning som håller bra i en internationell jämförelse, tycker jag. Det har varit lyckosamt bland annat tack vare att vi har haft en genomarbetad struktur för de mål som hela programmet vill uppnå. Alla dom här delarna har det arbetats med under de tre år av förarbete innan programmet startade hösten 2007.

Utöver det så har vi, som Sari nämnde, valt ett sätt att gruppera kursmoment och innehållet inom dom här stora temana. Först ställde vi oss frågan vad det då ska finnas för slags olika moment. Vi valde vägen att inte bygga dessa på ämnen eller kliniska discipliner, utan istället hitta något annat som håller över tiden, och då valde vi att använda ICF<sup>55</sup>, som ett internationellt vedertaget sätt att kategorisera ohälsa och det tycker vi väl ha varit hyfsat framgångsrikt. Man har ju i litteraturen pekat på fördelarna med att på det sättet bygga upp undervisning kring funktionssystem, och det är ju lätt att förstå en uppbyggnad med utgångspunkt från bland annat andning och cirkulation. Det har visat varit framgångsrikt internationellt under dom tidigare terminerna och det tycker vi även hos oss varit en lyckad strategi. Dock är det ju så att universitetet inte är uppbyggt på det sättet, men vi valde medvetet att bygga programmet på ett sätt som universitetet inte var organiserat. Det gav oss nya möjligheter och ny stabilitet, men det gav oss också problem. Det spännande med detta är ju att det liksom tvingar fram samarbete mellan dom tidigare kursgivarna på ett sätt som det inte gjorde förut genom stora block och genom att man håller samman det på ett annat sätt. Vi så att säga tvingade aktörerna att samarbeta mer, och på så sätt åstadkomma en integration i lärandet, undervisningen och överhuvudtaget i systemet.

Vidare har KI valt att problemorientera undervisningen och lite grand lära sig av Linköping. Här är erfarenheterna interna-



tionellt att det är väldigt lyckat, särskilt under den senare delen av programmet, att arbeta utifrån kliniska symtom. Mot bakgrund av det har vi byggt en modell kring symtom. Den har tagit fram och vi har ett sätt att organisera den som på sitt sätt är ledande. Att sedan relativt liten del av undervisningen att problemorienterad är en helt annan sak. Det är väldigt lätt att på papperet understödja mer problemorientering, men sedan är det en lång serie av beslut och aktörer fram till de enskilda undervisningstillfällena. Vi har varit ganska framgångsrika i att faktiskt få igång en sådan problemorienterad undervisningsidé under dom tidiga terminerna och hyfsat under de kliniska terminerna. Men införandet av det är någonting som på många sätt avgörs av andra än Programnämnden, då man kommer ner på enskilda undervisningstillfällen. Det handlar om det pedagogiska vägvalet vi gör i direkt kontakt med studenterna. Men vi har ett bra ramverk och en start på det som har fallit väl ut även om finns det mycket kvar att göra.

När det sedan är flaggat för att vi ska integrera mer mellan basvetenskaplig kunskap och klinisk kompetens på det vertikala hållet, så är det naturligtvis svårt att mäta. Vi har sagt att vi ska göra det till 10 %, men det är som ett riktmärke förstås. Det är som sagt svårt att mäta, och jag vågar inte säga hur vi har lyckats. Det är nog så att det varierar mycket mellan olika delar av programmet. Det kommer att vara en långvarig process att nå mer integration, men det ramverk vi satt upp och det sättet vi sedan kommer att jobba på med kvalitet, kommer att locka fram mer samverkan mellan kurserna. Sättet att arbeta med uppföljning kommer också att locka fram mer av integration.

### *Kalibrering - att finjustera en studieplan*

#### *Gunnar Nilsson*

Vi valde också att ha en stor del av kurserna som valbara fördjupningskurser, SVK, och det var i början ca 15 % av programmet. Det var också ett vägval som var ganska pragmatiskt, vi hade ingen erfarenhet av att ha det i så stor omfattning i programmet förut. Men här har vi i genomförandet snabbt använt uppföljningsresultat och faktiskt gjort vägvalet att minska omfattningen till ungefär 11 % istället för 15 % som det var först. Det är en ba-

lans som vi fortfarande inte vet riktigt hur den ska vara, och internationellt vet man inte det heller. På det här planet är det så att vi tvingas att hitta en egen balanserad väg. Det är ju inte så att det något av dessa sammanhang av finns ett allt eller inget som svar, utan svaret är en god balans, t.ex. när det gäller valbar fördjupning. Annars kan man säga att genomförandet av fördjupningskurserna har varit mycket framgångsrikt, för vi har genom dessa sett nya saker på KI. Kortfattad kan man säga att det som händer under en sån kurs, då våra ledande undervisare och kliniker kan fånga en begränsad grupp studenter och göra en helt egen kurs med fördjupning, har vi inte sett förut. Det finns mycket positiva erfarenheter bland lärare och studenter. Det ger ett djup och en typ av kompetens som man i värsta fall inte alls får vara med om under 5 ½ år. Mot det står naturligtvis hur stor baskursen ska vara. Det har vi inte hittat ett enkelt svar på.

För att så småningom runda av här – ni får väl styra mig – så är det så att professionell utvecklingen också är ett nytt vägval som på många sätt är mångfacetterat. Det är svårt att genomföra strimmor, särskilt av den karaktären att dom sticker ut och inte så omedelbart går att göra inom ramen för en kurs. Det har ibland varit svårt att genomföra och organisera professionell utveckling som har en så tydligt annan karaktär, och göra det inom ramen för dom kliniska kurserna. Något som har varit framgångsrikt hittills är vår idé att genomföra mentorskap, att man har en grupptillhörighet med en klinisk lärare som man möter regelbundet under hela programmet. Detta har vi dock byggt upp bara från första terminen. Den vetenskapliga strimman och examensarbetet har vi ännu inte sett så mycket. Vi planerar för examensarbetet, det genomförs ju först till hösten 2010. Det ser jag som en viktig framgångsfaktor, en helt ny del av programmet, som fortfarande inte sett i dagens ljus. Som Jörgen tidigare sade, examensarbetet är ett tydligt nytt påbud som vi fick, där 10 % av baskurserna övergick till annat över en natt. Och det står vi bakom, men det skapar också en radikal förändring.

Vi kanske kan avsluta med idén att ha stora tentamina som integrerar, dels mitt på utbildningen som en deltentamen, dels en sammanfattande tentamen eller examen i slutet. Detta har inte riktigt sett dagens ljus än. Vi kommer att bygga dessa examinationer med hjälp av lärandeportföljer, så det blir mer som en for-

mativ examination, men att utveckla och modernisera examinationsformerna är någonting som vi till stor del har kvar att göra.

Ja, det var lite om vad som gick bra och inte.

## *Vårdval Stockholm*

### *Gunnar Nilsson*

När jag funderar över hur KI har ändrats under tiden, så är det väl inte så radikalt. Vi har sett några nya saker, nya initiativ till kvalitetsarbete, men under min korta tid har ju inte KI:s organisation ändrats särskilt mycket. När det gäller sjukvårdsorganisationen, så är det naturligtvis så, som Hans var inne på, att Vårdval Stockholm, primärvårdens organisation och sjukvårdens organisation påverkat mycket och gjort det väldigt svårt att genomföra den viktiga delen i det nya programmet som vi kallar för primärvård. Nu är studenterna i stort sett varje termin är ute en vecka på en vårdcentral. Vi har byggt upp ett system där alla ca 170 vårdcentraler i Stockholm får ta hand om de ca 1500 studenter som går på programmet. Det gör vi byggt upp är ett system som är beroende av och samverkar med en mångfald av organisationsformer och hittills ser vi att mycket står och faller med en god vilja och ganska mycket centralt arbete. I framtiden kommer kvalitén här stå och falla mera med bättre avtal och tydliga idéer om vad faktiskt Landstinget ska leverera när det gäller grundundervisning i öppenvård utanför sjukhusen. Det är delvis en ny arena som vi lite bygger upp, i vart fall när det gäller omfattningen, även om sjuksköterskor och andra professioner redan finns där. Men här behöver vi mer stöd för att komma vidare.

Sneglar jag sedan på framtiden den ekonomiska styrningen så har jag nog inte gett upp. Jag har hittills sett det så att det kanske inte är rätt väg framåt att styra aktiviteterna i detalj med ekonomin, men vi har nått så långt att Programnämnden nu grovt fördelar pengarna. Så till vida är nog Högskoleverket nu mer nöjda. Vi sitter vid det ekonomiska rodret, det går ju inte att komma ifrån. Att sedan styra i detalj vad som händer med hjälpen av ekonomin, det tror inte jag att jag får se så mycket av under min tid, trots att vi måste gå mer åt det hållet. I framtiden ser jag mera att kvalitetsarbetet och styrningen av innehållet på andra sätt än direkt med ekonomin får större betydelse. Vi måste organisera

undervisningen på ett sätt så att vi kan styra och driva kvalitetsarbetet så att det når hela vägen ut till studenterna. Det tror jag är möjligt och där har ju på senare tid ändå utbildningsansvaret på institutionerna formaliserats genom GUA och deras ansvar på institutionerna blivit tydligare.<sup>56</sup> Det kommer vi att bygga vidare på, men under den här första tiden har vi naturligtvis haft fullt upp med att bara starta det nya programmet. Men det vi gjort är bara början på många sätt och man kan väl säga som avslutning, som vi beskriver et i en kommande artikel i Läkartidningen, så är det nog så att framtiden står och faller väldigt mycket på det fortlöpande kvalitetsarbetet, och att studenter och ledning verkligen är står bakom det.<sup>57</sup> Det är då vi får se den fulla effekten av programmet. Som Jörgen var inne på, det hela står och faller med en insikt om att KI som på många sätt är ledande inom forskning på sikt är helt beroende av att man faktiskt också har en medicinsk utbildning som är ledande. På sikt kan man inte ha det ena utan det andra. Och det har blivit extra tydligt genom de granskningar av utbildningarna som KI har gått igenom det här senaste året. För man kan ju naturligtvis som forskningsfinansier ställa sig frågan vad man har för möjligheter att bedriva en världsledande forskning om man inte kan undervisa grundstudenter särskilt bra jämfört med andra universitet. För att vara riktigt elak kan man fråga sig hur mycket forskningsmedel man på sikt kan få i omvårdnad om man inte klarar av att behålla sin rätt att examinera på grundutbildningsnivå. Jag tror att den insikten är bra och det ger oss väldigt mycket kraft framåt på KI när gäller läkarprogrammet. På så sätt känner jag mig trygg. Ledningen kommer att stå bakom oss i varje steg som stavas kvalitet och förbättring. Det är vi helt beroende av. Det är möjligt att det inte var så lätt tidigare, men jag ser här en ny tid.

### ***Daniel Normark***

Tack så jättemycket Gunnar. Vi håller alla tiden, och ni har varit föredömliga på det sättet.

## ***Att leva i en matrisorganisation***

### ***Kerstin Hagenfeldt***

Ja, det var ju intressant, men jag tycker ändå att det vore intressant att höra mer om ekonomin. Kan du ge ett exempel på hur

budgeteringen sker? Från konsistoriet så kommer det pengar till grundutbildningen och så går det till programkommittén till läkarutbildning, förmodar jag. Och i den här sitsen, som t.ex. när ni har ”Den sjuka människan” heter ett tema, och där har ni X antal institutioner inblandade. Hur sker budgeteringen eller pengaflödet till dem i det här fallet?

### **Gunnar Nilsson**

Programmet lever i en matrisorganisation och ska vi göra det här bra så ska vi använda matrisorganisationen till en styrka som jag

Kurs	Institution
Uppläsning	
DEPM 1	Evs & Farm
DEPM 2	NVS
DEPM 3	Neurovet.
DSM 1	Klin. Neurovet.
DSM 2	Klin. Jesu. SÖS
Klinisk medicin Examinationse	CLINTEC
Klin med	Klin. Vet. Danderyd
Klin med	Klin. Med. Solna
Klin med	MBB
Klin med	Klin. Med. Huddinge
neuro, slinken & psyke	Onk.nal.
Klin med	Molekylär med. & kir.
reprod. & utfv.	Lab. med.
Hälsa samhälle & miljö	MTC
	Kvinnor & barns hälsa
	MFB
	CMB
	Folkhälsovet.
	IMM
	Ricard. & Nitroscler

Fig 1: Kursansvariga institutioner på programkurserna.

ser det. I bästa fall kan man dra åt samma håll från flera håll. Men tittar man på våra teman, sju teman i programmet och institutio-

nerna, så blir det en matris där 15 institutioner har huvudansvar för kurserna på dessa teman, och det är ju en bra start.

Sedan är det komplext som du säger. I ”Den sjuka människan” kan ett moment ha en ansvarig institution och tre, fyra kanske fem andra institutioner som medverkar. Så de kursansvariga lever ju också i en matrisorganisation. Men det finns en kursansvarig som har sin hemvist på en institution och det är där ansvaret ligger.

### ***Kerstin Hagenfeldt***

Det kan jag förstå, men hur fördelar ni pengarna, anatomi, fysiologi, histologi osv.

### ***Gunnar Nilsson***

Det är riktigt att det blir en komplex fördelning. Vi ser i översikten hur stor del som går till en kurs, sedan frågar vi den kursansvarige och i samråd med medverkande hur kursen ser ut i genomförandet, och omfattningen för de olika momenten i kursen. Därefter kommer vi överens med kursledningen om hur fördelningen ser ut ekonomiskt. Då går fördelningen ner på veckor och vi fördelar så kallade håpar med en decimal. Det har förstås varit en lång förhandling under införandet. Nu har vi landat fördelningen i huvudsak, och de medverkande har ofta haft olika åsikter om det t.ex. ska vara 1,2 eller 1,3 håpar för ett visst moment.

### ***Kerstin Hagenfeldt***

Jag förstår. Tack! Den andra frågan är, som naturligtvis alltid eftersom jag har kämpat för etiken på KI i 30 år. Var ligger undervisningen i etik i det nya programmet och hur tas den upp?

### ***Gunnar Nilsson***

Om jag ska svara på det, så kan nog säga att det är något som ska genomsyra hela programmet, och PU - professionell utveckling - finns som en strimma genom hela programmet och är tilldelad utrymme på varje tema, ungefär som primärvård och vetenskaplig utveckling. I storleksordningen rör det sig om en vecka per termin där man för varje tema har klar en idé om hur den delen av strimman är uppbyggd. Där finns naturligtvis humanistisk medicin, medicinsk etik och forskningsetik som återkommande element. Omfattningen är kanske svår att mäta, särskilt om man vill räkna med det som så att säga sitter i väggarna när man är ute på en klinik, men det finns ett antal dagar avsatta inom strim-

man Professionell utveckling på varje termin. Det är Niels Lynöe som har ansvaret för just den forskningsetik och medicinsk etik.

**Kerstin Hagenfeldt**

I den här strimman?

### ***longitud och latitud i utbildning – bredd, repetition eller fördjupning***

**Jörgen Larsson**

Jag vill bara haka på två saker som du sade som är väldigt viktiga i den nya läkarutbildningen. Det ena är ju progression som du talade om, fördjupningen, som ska ske longitudinellt och det där jag ju själv erfarenhet av från studieplanen för Linköping, det är en väldigt svår sak att genomföra. Kan du utveckla lite vidare hur säkrar man den med det här systemet – jag har inte riktigt fått klart för mig det – mellan dom olika temaområdena, longitudinellt? Vem koordinerar det här, det longitudinella perspektivet från termin 1 till termin 11? Det är det ena, det måste till liksom. Jag mötte faktiskt häromdagen studenter som sade att nu har vi för fjärde gången kört samma sak igen, utan någon fördjupning. Och det där är svårt, vet jag, och det kräver ganska stora insatser.

Det andra är ju som sagt, som du tog upp, som jag skulle vilja... som du pekade på här primärvårdsplacering i Vårdval Stockholm, hitta former för Landstinget och lärosätet samverkar nära för att få dom här incitamenten ute i verksamheten för att ta emot studenter. Dom finns faktiskt inte idag. Jag var på Distriktsläkarföreningen för någon månad sedan, och det var inte tillfredsställande kan man väl säga. Det är mer än en kommentar, där måste vi göra gemensamma insatser för att säkra det här programmets primärvårdsplacering. Men den frågan jag ställde skulle jag vill ha lite synpunkter på.

**Gunnar Nilsson**

Eftersom progression över programmet är en så övergripande sak så faller naturligtvis det ansvaret på Programnämnden. Våra tema har naturligtvis också ett ansvar för progression inom respektive tema, och i relation till teman före och efter. Ja, uppföljningen av detta är en svår uppgift förstås.

**Jörgen Larsson**

Vad jag är ute efter. Behövs det inte en särskild organisation som följer upp det där alltså, som följer det här kontinuerligt på något sätt? Det kan vara svårt för Programnämnden att arbeta själv med den frågan.

**Gunnar Nilsson**

Men om du menar progression i den meningen att man samordnar sig, så är det nog möjligt att hantera. Det bygger ju på att dom olika temana - nu när man kommer upp till ytan och har genomfört sina kurser för första och andra gången kan börja se i ett större perspektiv - förmår att samverka med och väl känner till alla olika delar av programmet. Det finns redan sådana konstellationer, men där finns det fortfarande mycket att göra. Det kan gälla samverkan mellan friska och sjuka människan under den första delen av programmet. Vidare samverkan mellan dom kliniska kurserna som har olika inriktning, det finns fyra stycken, och att dom samordnar sig kring innehållet och hur man undervisar. Det måste drivas av programnämnden och temakollegierna tillsammans med dom som levererar undervisning ner till de enskilda lärarna. Men dit har vi inte kommit kan jag påstå. Dock är det så att det stora ramverket som vi givit programmet i praktiken underlättar sånt här arbete som vi nu ser framför oss. Man kan ju ställa sig frågan utifrån det tidigare programmet, hur skulle man ha skapat sådan samverkan då. Det finns en styrka i att vi har organiserat det så att det finns fler övergripande forum som vi kan utveckla samverkan i.

**Jörgen Nordenström**

Du tonar ner lite det där med resursfördelningen och hoppades att det skulle vara kvalitetsmått istället, men problemet är ju att på forskningssidan så är det extremt aktivitetsutsatt. På sjukvården får man också betalt för vad man gör, och då har det tredje benet, som innebär inte någon direkt koppling till aktivitet utan till volym, antalet studenter och veckor, då tar man det för givet och så lägger man ner tid på dom som ger aktivitetspoäng. Så det är svårt att ha ett system där man har en typ utav resurstilldelning som inte överensstämmer med dom andra.



***Gunnar Nilsson***

Ja, jag håller med. Jag tror att vi kan nå en viss transparens här och det är någonting som vi bör sträva efter. Jag tror mycket på det kommande kvalitetsarbetet. Det är förvånansvärt att institutionerna hittills inte levererat någon verksamhetsberättelse som talat om vad dom har gjort för sina pengar när det gäller grundundervisning. Det är ju någonting vi med glädje ser framför oss, då kommer man framåt i ett första steg. Sedan skulle man förstås vilja ha en transparens hela vägen ut, och exakt veta var pengarna tar vägen som vi fördelar. Ja, det vill Programnämnden, men det är nog inget som Programnämnden ensamma kommer att klara av att genomföra, men KI:s ledning kan åstadkomma det.

***Sari Ponzer***

Jag vill kommentera angående resursfördelningen. Jag ser det som en oerhört viktig fråga. Vi måste bli tydligare. Jag vill också kommentera frågan om progression och exempelvis att diabetes tas upp under utbildningen flera gånger. Någon student hade räknat ut att diabetes togs upp 67 gånger, ungefär på samma sätt, under den gamla utbildningen. Vi hoppas att så inte är fallet framöver utan att lärarna vet vad som har tagits upp tidigare och ser till fördjupa studenternas kunskaper under de senare kurserna.

***Kerstin Hagenfeldt***

Repetition är ibland nyttigt. Diabetes under graviditet ett speciellt område som måste undervisas under obstetrikmomentet.

***Sari Ponzer***

Ja, men det ska vara progression i den där repetitionen och inte samma. Där tror jag att det finns mycket att göra, precis som Gunnar säger, men det är en bit att gå.

***Jörgen Larsson***

Jag vill bara kommentera det som Jörgen Nordenström tog upp att det är viktigt med att koppla resurser till kvalitet eller till utförande och vi kan bara se det som ett exempel inom primärvården, där man idag får betalt apropå det per patient. Det innebär att man har inte råd... och ska man ha utbildning kring en patient så tar det dubbelt så lång tid och då vill man ha betalt enligt det, annars går inte det hela runt. Det här bara ett exempel på verkligheten.

Det andra tycker jag är viktigt apropå vad Gunnar säger här att vi kommer nog inte att klara av det här. Vi har ju provat en modell som heter Ebbamodellen, faktiskt att koppla på något vis pengar till kvalitet, kvalitetutsätta en liten del av ALF-ersättningen. Det hade en betydande impact faktiskt. Jag tycker nog att man inte ska släppa den här tanken att på något sätt koppla utförandekvalitet till resurstilldelning. Sedan om man inte kan utsätta hela resurstilldelningen för detta, men den del av den.

### *Vivi-Anne Sundqvist*

En kommentar bara, just när det gäller resurser och kvalitetskriterier, så finns det många försök att hitta indikatorer på vad som är kvalitet, och just nu pågår det ett arbete nationellt med direktiv från Utbildningsdepartementet, att identifiera vad som är kvalitet i utbildning. Det arbetet följer vi naturligtvis noga. En del av det övergripande kvalitetsarbetet vid KI just nu, det första steget, det är att varje institution ska skriva en verksamhetsplan där man beskriver arbetet med kärnverksamheterna; utbildning och forskning Och inte minst viktigt är att man också tar upp just personalen, lärarförsörjningen, möjligheter till kompetensutveckling och beskriver det. Verksamhetsplanerna ska inlämnas senast den 27 mars och där kommer vi naturligtvis väldigt noga att titta på planerade aktiviteter för att utveckla kvaliteten. Man ska alltså beskriva det på ett tydligt sätt hur man arbetar med frågorna avseende såväl utbildning som forskning.

## **Ekonomi - styrmedel och förutsättning för undervisning**

### *Daniel Normark*

Nu! Rune.

Frågor till Rune Fransson

1. Vilka bedömer du vara de viktigaste ekonomiska förändringarna under den aktuella 50-årsperioden, som påverkat framför allt läkarutbildningen?
2. Vilka ekonomiska styrmedel har utbildningsnämnd/linjenämnd/programkommitté/motsv. haft till sitt förfogande?

En fråga som dykt upp är t.ex. När upphörde det egna budgetansvaret för läkarlinjenämnden i slutet av 1980-talet?

3. Hur sker fördelningen av utbildningsbudgeten idag?

**Rune Fransson**

Vad bra. Jag har inte någon speciell period som ni övriga. Jag har haft förmånen att få jobba med er alla över tiden som övergripande budgetansvarig i 25 år, dvs. halva den tiden som vi talar om. Det ligger i sakens natur att jag inte kan ta alla enskildheter, för då missar vi lunchen, istället tänkte jag beskriva lite mönster i de ekonomiska förändringarna och styrningen som till slut landar i dagens system, för vi har det system vi har på gott och ont.

Sedan är det några saker som man måste ha i minnet, när jag började och ännu längre tillbaks i tiden var det ett överblickbart Karolinska Institutet. Och det är inte riktigt idag. Vi hade ett mycket mindre universitet med mycket färre professorer – vi har 350 stycken idag. Dessutom har vi idag nästintill 20 utbildningsprogram. När vi ska fördela kliniska kursveckor i kliniken så är det tiotusentals, det är som en spotmarknad. Det är massor med frågor där ingen enskild individ har överblick på samma sätt förr. Några styrningsmekanismer som vi har infört betingas av det faktum att man inte kan ha överblick och det skulle bli allför trögt om man försökte överblicka alla detaljer.

Fram till 1977 gick hela budgetprocessen ut på att man samlade in önskemål som sedan gick uppåt i systemet till prioriteringar och landande i en anslagsframställning till regeringen vilken innehöll allt ända ner till vaktmästarnivå. Ville vi ha en halv vaktmästare till skulle det föras upp till regeringen för beslut. Det låter väldigt säreget, men det ändrades först 1977 när ramanslag och reservationsanslag infördes. Vi fick dessutom behålla pengarna om vi sparade mellan budgetår. Då hade vi under en lång period, ända fram till 1993 skulle jag vilja säga, det decentrala systemet. det andra draget under den här perioden att man går från centralt till decentralt, att vi hade centrala budgetgrupper på Karolinska Institutet, jag satt i den tillsammans med Håkan Eriksson och andra hårdföra personer som skulle hjälpa till. Vi prövade alla tjänster på hela Karolinska Institutet. Man var tvungen att komma in med en motivering. Det blev ju naturligtvis ett väldigt speciellt styrsystem, det var

sant på det sättet, och det blev också för den centrala KI-nivån till slut så många detaljfrågor att man förlorade sig i detta. Och genom KI 93 så delegerade man detta ner i systemet, och nu har man tryckt ner det så till den milda grad att Sari och Gunnar sitter och undrar var pengarna tar vägen, därför att det ligger så långt ner i systemet, beslutstratten, att man aldrig ser detta längre.

### *Från kostnader till formler*

Det andra utvecklingsdraget som har varit väldigt tydligt, det är att man har gått från kostnadsbudget, dvs. att man får ett uppdrag ifrån regeringen och startar från en beräkning av vilka kostnader man har för olika aktiviteter. Och det där tyckte vi väldigt mycket om någon gång i tiden när man skulle utveckla läkarutbildningen t.ex., då började vi med att säga att vi behövde nya lokaler. Berzeliuslaboratoriet är byggt på det här sättet. Vi behövde professorer i olika ämnen. Grundutbildningen var ett tungt argument för professorer en gång i tiden, som inte alls är på samma sätt idag. Vi behövde övriga lärartjänster, vi behövde pengar och sådana saker. Nu har vi gått till ett formelbaserat resursresonemang. Regeringen har gjort det. Man delar ut pengar till forskning på bibliometriska faktorer, hur mycket externa medel man tar in. Håpar och håsar infördes, man frågade inte efter vad vi behövde, utan man hade en stans och sade att varje plats representerar på varje ställe lika mycket. Att hyrorna var dyrare i Stockholm än i Linköping tog man inte hänsyn till. Detta har vi fört vidare i vårt interna system. Så det rinner ner pengar, formelbaserat väldigt mycket, även om man har en del strategiska pengar därutöver. Då ska man säga, att det byggde på en grundprincip att vi hade ett köp-och-sälj-system, vare sig man gillar begreppet eller inte, också inom grundutbildningen och läkarutbildningen. Man betalade enligt en standardiserad prislapp för en utbildningsinsats. Man skulle följa upp i utbildningsinsatser och inte i hur pengarna användes på olika kostnader. Vill man någonting annat så får man byta system, men man kan inte anklaga institutionen för att inte leverera det materialet. Däremot i Göteborg och i Lund jobbade man mycket längre med kostnadsbudget. Man räknade timmar och vi har ju varit inne på sådana resonemang också. Det var faktor 4, då och då har vi

haft den typen av kattrakande. Ska vi återvända till kostnadstänkande, då får vi ha fulla motiveringar. Men vi har inte det idag, utan vi har ett förenklat system.

Men, då måste man ha checks and balances som maktbalans i systemet, dvs. den som köper tjänsten måste vara kraftfull och ha verktyg att straffa den som inte levererar eller på något sätt kunna skapa ett incitament som är väldigt tydligt, och det har vi inte fått. Man kan säga att institutionerna är väldigt resursstarka och starka på andra sätt, och de decentraliserade fördelningsstrukturerna för utbildningssidan inklusive läkarutbildningen är inte tillräckligt starka för att matcha tycker jag, så modellen håller inte som teoretisk modell riktigt. Då får man naturligtvis diskutera om man ska börja med kostnadsfördelningsmodellen igen eller om ska man stärka strukturen på existerande system. Det finns en obalans idag, därför att hela vår konstruktion bygger på, som jag sade tidigare, på att man fördelar enligt formler ner, och så kommer det till institutionen, där omvandlas alla pengar. Ni ska se vårt resursfördelningsdokument, det är på hundra sidor, oerhört svårtillgängligt och komplext. På institutionerna har man en hatt, man samlar upp alla pengar som kommer och skakar på hatten för att dela ut det till professorer, lärartjänster osv., och ingen kan följa hur varje enskild flisa fördelas utan enda sättet att följa det är ju att man levererar den utbildning som är bestämd att göra.

Så 1977 skulle jag vilja säga var det första steget och 1993 är det andra steget när vi förändrade systemen lite mer dramatiskt. Annars är den här utvecklingen obönhörligt generell i statsförvaltningen, kan man säga, och finns ju i alla miljöer, men vi drev det här längst på KI, vi var snabbast att hugga på de nya tankarna och har också gjort det längst, vi är också störst.

Det är några av huvudpunkterna tycker jag i utvecklingen, som nu har nått till vägs ände. Jag ser inte att man kan fortsätta det här ytterligare, och det finns inte heller sådana tendenser, utan snarare ett läge där vi måste börja pröva detta. Komplexiteten har blivit så stor och vi får mycket intern friktion på det här sättet, man måste informera varandra men man vet inte vad som händer riktigt inom KI. Vi måste lösa dessa saker och då gäller det att fördela ansvaret på rätt nivå. Man kan inte begära att högsta nivån har överblick

över allting, man måste ha överblick över det som är väsentligt så att man inte tappar bort den utbildning som blir underkänd utan att man riktigt har fått upp det till sig hur det ser ut.

Jag kan stanna där. Jag har mycket att säga om det här.

### ***Kerstin Hagenfeldt***

Jo, men det är väl fortfarande så att KI får ifrån staten X antal kronor per HP eller vad det nu kallas för, och jag vet att budgetåret 93-94 var det 84 209 per student och vi kunde för läkarutbildningen få max 205 miljoner. Nu blev det så att vi fick istället 118 det året. Men även idag måste ni kunna säga: "Det här har vi fått till läkarutbildningen från staten." Vad händer det med dom pengarna? Då går dom pengarna till KI och sedan sitter konsistoriet och bestämmer hur dom ska användas, och det måste finnas uppgifter om vad av det går till Utbildningsstyrelsen och vad går till Forskningsstyrelsen. Och när det kommer till Utbildningsstyrelsen vad av läkarutbildningens pengar till läkarutbildning och hur går det sedan till institutionerna? Det måste finnas någon slags linje.

### ***Rune Fransson***

Absolut! Och det är dessa pengar som ligger under linjerna. Men, på en punkt måste jag rätta dig. Det finns inga pengar till läkarutbildningen från regeringen. Det finns pengar till området; medicinska området, vårdområdet och sådana saker.

### ***Kerstin Hagenfeldt***

Jo, men vi vet ju att en läkarutbildningsplats är den högst betalda är på Campus.

### ***Rune Fransson***

Nej. Den medicinska utbildningsområdet är det högst betalda. Så i andra utbildningslinjer, utbildningsprogram, kan det finnas inslag av medicinska utbildningsområdet. Det är där du blandar ihop.

### ***Kerstin Hagenfeldt***

Jo, men det är fortfarande så att ni får betalt per HP... Jag menar, ni har så här många HP eller vad det kallas för, producera läkarutbildning och ni får betalt per HP i läkarutbildningen, så alltså vet man vad som går till läkarutbildningen.

**Rune Fransson**

Man vet vad som går...

**Kerstin Hagenfeldt**

Eller vad som ni tjänar in.

**Rune Fransson**

Ja, det vet man. Och det går ut, det går inte till forskningen. Och det här är väldigt lätt att följa. Det kommer pengar till utbildningen som är väldigt tydligt märkta vad som är utbildningspengar. Sedan fördelas det av till lokaler och sådana gemensamma saker, och sedan går resten ut till programmet. I efterhand kan man se hur mycket det blev, men det finns alltså ett val vart resurserna inom det medicinska området ska placeras. Det kan finnas lite sådant i sjuksköterskeprogrammet eller andra delar.

**Inger Huldt**

Får jag bara kommentera det där. Det är ju så, som du säger, det som då tillhör det medicinska området, det går till läkarutbildningen, men till läkarutbildningen går det väl även från något som heter Samhällsvetenskapliga, eftersom det också finns sådana inslag. Så det här blir ju liksom en kors...

**Rune Fransson**

Det är det jag säger, inte har regeringen sagt vad som ska gå till läkarprogrammet, det är indelat i en annan struktur, men huvuddelen av det medicinska området går till läkare.

**Jörgen Nordenström**

Men det här tror jag är väldigt viktigt. Om regeringen säger att vi ska ha 20 nya läkarutbildningsplatser då blir det 20 gånger exakt 110 000 SEK eller 120 000 SEK, och tar de bort 15 platser, då försvinner 15 gånger 110 000 SEK. Det här är ett av huvudproblemen på KI att man svävar lite om vad pengarna ska användas till. På andra universitet, där man har många olika fakulteter, där skulle man aldrig drömma om att försöka föra över pengar från medicinska fakulteten till filosofiska eller till juridiska eller till teologiska fakulteten, där är man väldigt noga med att det som kommer för ett visst uppdrag det skyddas och så får man klara sig på det. Det här...

**Rune Fransson**

Ska du och jag slå vad? Det finns ingen läkarutbildning i landet som har 100 % medicinska områdesplatser, utan det finns lite samhällsvetenskap, därför att det finns inslag i läkarutbildningen som har samhällsvetenskaplig prägel. Så det kan jag säga dig, inte en enda läkarutbildning. Man har gjort som på Karolinska Institutet, vi sticker inte ut på det sättet. Vi har gett fler delar från det medicinska området än de flesta, så att där har du fel.

**Jörgen Nordenström**

Ja. Men alltså, man ser det när man lägger till och drar ifrån platser, då blir det väldigt tydligt vad en läkarplats kostar.

**Rune Fransson**

Är du säker på det också?

**LUA och ALF medel****Arne Ljungqvist**

Var finns dom gamla LUA-medlen idag?

**Rune Fransson**

ALF-medlen heter de idag, Avtal om Läkarutbildning och Forskning, kommer rent tekniskt till Karolinska Institutet, ungefär 540 miljoner kronor om året och skickas som en klumpsumma rakt över till Stockholms Läns Landsting. Sedan har vi förhandlat fram att när det gäller forskning och utbildning, så ska Utbildningsstyrelsen och en forskningsstrategisk kommitté diskutera detta. Så KI:s inflytande över dessa medel har ökat påtagligt sedan din tid.

**Arne Ljungqvist**

Okej. Följdfrågan då. Det innebär att i den potten finns alltså kostnader även för läkarutbildningen?

**Rune Fransson**

Ja.

**Kerstin Hagenfeldt**

Oh ja. För all utbildning.



*Inger Huldt*

Du får icke flytta över pengar från läkarutbildningsbudgeten från ALF till forskningssidan, men du kan få gå andra vägen.

## Framtiden?

*Hans Åberg*

Jag frågar egentligen inte utan det är sista punkten på programmet: "Hur ser vi på framtiden för läkarutbildningen?" som jag gärna vill säga några ord om. Jag har varit på tre ställen. Längsta tiden har jag i Uppsala, sedan var jag kort tid i Umeå som professor i allmänmedicin och sedan på KI under nästan 13 år. Jag måste nog säga att jag är förvånad över den attityd som funnits vid KI vad gäller undervisning jämfört med de andra ställena. Jag håller verkligen med Jörgen ifråga om detta. Detta är något man lider extra mycket av då ens uppgift är att starta ett nytt ämne, som jag gjorde. Min enda chans var då att få studenterna med mig. Alla andra kändes som de var emot mig, inte personligen, men mitt ämne. Litet grand lättare blev det genom Kerstin och Tomas i linjenämnden och Folke på Huddinge sjukhus. Men svårt var det. Det stora problemet för KI är de många programmen, som jag ser det. Jag förstår att man vill ha det, därför att det ger prestige, vilket gör att man kan motivera universitetsställningen. Men det innebär en stor fara om ett så viktigt program som läkarutbildningen skulle misslyckas framöver. En god kvalitet på läkarutbildningen är i själva verket en förutsättning för god medicinsk forskning framöver.

Jag vet från tiden när vi startade med allmänmedicin hur det fanns ett motstånd hos vissa distriktsläkare mot att ta på sig utbildning. Man kunde av de knappt 150 vårdcentralerna få gehör hos ungefär ett drygt 50-tal. Läkare från dessa vårdcentraler tog vi noga hand om på ett antal möten under åren för att diskutera utbildningen. Det var ju för många ganska länge sedan de själva gått sin utbildning. Nu har vi i stället drygt 170 vårdcentraler och attityden har avsevärt förbättrats. Det finns inte ett motstånd längre men det finns fortfarande svårigheter pga. det ökade trycket på primärvården från många olika håll. Det innebär att det fortfarande är ett underskott av sådana som vill engagera sig i läkarutbildningen samtidigt som sannolikt ingenstans i landet

så mycken undervisning lagts ut på vårdcentraler som just vid KI. Det är därför ett oerhört stort ansvar som vilar på den nuvarande programkommittén. Jag hoppas att ni lyckas men jag bedömer det svårt om man inte ser till att det blir en vettig ekonomisk ersättning för det arbete som allmänläkarna i primärvården kommer att bedriva. Det räcker inte med uttalanden att detta anbefalles av landstinget. Då en stor del av primärvården är privatiserad måste undervisning ingå i kontrakten allt efter som nya sådana skrives.

### **Rune Fransson**

Man kan säga så här att det finns en överenskommelse nationellt som säger som så här, att det går aldrig att kompensera för patientbortfallet i det här systemet, utan huvudmännen måste inse att de ställer upp lite för sin egen kompetensförsörjning i framtiden. Det går bra så länge det är ett landsting som man talar med. Det som kan vara väldigt bekymmersamt det är om primärvården blir starkt privatiserad, och det blir egna små enheter som måste driva det här affärsmässigt, då kommer kravet på full kompensation för patientbortfallet, och det har vi aldrig fått resurser och kommer aldrig att kunna få resurser för.

Annars bygger det här på att huvudmannen, landstinget, för sin egen överlevnad bjuder på lite i detta, att man har patienter som sinkar sjukvården och inte är fullt kompenserade.

### **Hans Åberg**

Gör Landstinget det då och på vilket sätt?

### **Rune Fransson**

Ja, det kan man säga att landstinget gör som universitetssjukhusen och den offentliga primärvården.

### **Jörgen Nordenström**

Jag håller med Hans att det är ett bekymmer med så många program. Nu har ju rektor flaggat upp för att man ska se över den här styrelseorganisationen och frågan är om man inte skulle fundera på att starta Medical School, School of Dentistry, School of Nursing. Man måste inse att Karolinska är ett stort universitet som det inte passar med en hatt till alla, och då skulle man kunna få en tydligare styrning också via rektor, dekaner och prefekter istället för det här dubbelkommandot som vi alltid har haft. KTH

har ju infört det här med sju skolor eller vad det är för någonting. Jag vet inte, har ni diskuterat det här eller?

### ***Rune Fransson***

Det har vi gjort flera gånger. 1999 var ju det en huvudfråga, och det föll då på att Public Health är så stort på KI. Nursing är väldigt inga problem och inte Dental School heller, för det blir väldigt entydiga linjer. Men när man kom till Public Health och började ta in biovetenskapen och ett antal institutioner så brakade det. Ska man få en riktigt tydlig organisation så ska institutionerna vara underordnade den här "schoolen", eller fakulteten om man vill. Då ville inte institutionerna välja mellan Public Health eller medicin. Alla ville egentligen tillhöra medicin och då skulle vi haft en stor Public Health-verksamhet men inga institutioner därunder, så då fick vi inte den där rena linjen. Men, jag tror frågan nu är mogen att tas upp.

### ***Jörgen Larsson***

Ni är inne på några saker som jag tänkte säga. Det är ju uppenbart att 1999, när KI genomförde de tre styrelserna, så var det kanske viktigt att liksom skaffa en plattform för utbildningen och utvecklingen, det var ju en tanke att då kunde utbildningen utvecklas inom KI på ett bättre sätt. Vad man känner nu är ju uppenbart att risken med att forskning och utbildning separeras är mycket stor, och det finns idag, och det är särskilt med olika sorters incitamentssystem i organisationen. Incitamentssystem inom forskning men inget incitamentssystem riktigt inom utbildning. Det går liksom inte. Man måste komma tillbaka igen till liknande principer, därför vi är ett universitet, och det är ett huvudtema, då kommer man ju faktiskt till organisatoriska former som schools t.ex. eller liknande. Man måste få tillbaka forskning och utbildning faktiskt i närheten av varandra, liknande incitamentssystem och det både för lärarna, för det är ett av de största hindren. Det går inte att göra karriär på KI idag på utbildningsmeriter om man säger så, och det ska kanske inte gå heller. Det är dessutom olönsamt i viss utsträckning beroende på att vi inte kan tydliggöra resurserna att bedriva utbildningen, så man kan inte peka på det på samma sätt. Det är förmodligen inte olönsamt om vi skulle kunna peka på och kunna följa dom ekonomiska transaktionerna som Rune har varit inne på här, men vi kan inte det idag, och man kan inte sätta press heller på institu-

tionerna, med matrisorganisationen idag med institutioner och styrelser är svårt att hantera via... Det går inte att hantera via KI:s ledning, för KI:s ledning klarar inte av det. Det är omöjligt kanske att klara av och då blir det svårt att töva press mellan de här två matrislinjerna s.a.s. Så någon förändring där behövs säkert, men samtidigt finns det ett grundläggande problem som flera har beskrivit här, och det är ju faktiskt att utbildning i sig inte är högt prioriterad inom KI, och det måste till en förändring och det kan vi nog bra få till en förändring tror jag att forskning och utbildning tydligare hänger ihop.

### *Folke Sjöqvist*

Det som var uppe i den här SACO-initierade debatten igår det var ett annat problem, som ju även KI måste ta i, och det är det att på sjukvårdssidan, så är det allt mer ovanligt att professorer blir verksamhetschefer. Ännu mer ovanligt att de blir chefläkare eller sjukhusdirektörer. Jag är den siste chefläkaren på Huddinge, som ändå är ett modernt sjukhus, som var professor i KI. Det glider mer och mer över till en annan profession, hedervärd profession, men det kallas "överläkarkarriären", som då har väldigt lite kunskap om hur t.ex. KI fungerar. Jag brukar säga, för att ha en diskussion om undervisning och forskning i KI, så måste man nästan vara uppfödd här, från student till amanuens till professor, för att veta hur allt fungerar. Det är nästan omöjligt att komma utifrån och ändå komma in. Det här är ett problem på sikt, att verksamhetscheferna ute på de sjukhus där vi lägger ut så mycket av undervisningen, och verksamhetschefer i primärvården, om de inte har en anknytning till KI, och det där måste man ta i. Och det här med PhD-problemet det vill jag komma tillbaka till också, därför att det har hänt i Amerika... När jag var där första gången som var under Kennedyperioden, då var det på National Institute of Health, som är det stora ledande forskningsinstitutet, de har flest nobelpristagare i världen. Då är det på det sättet att då 1965 så kunde medicinarna göra militärtjänst där, och det var fullt med läkare, även på de teoretiska institutionerna. Stora upp-täckter, t.ex. allt som du vet om Corpus pineale idag, är gjorda av medicinare. När jag var där 1979 på "sabbatical", i samband med Västeråsriksdagen, för att återhämta mig, då var jag på den institutionen den enda läkaren, som hade vimlat av läkare då 15 år tidigare. Det här måste vi se upp med. Vi ser det nu inom

klinisk laboratoriemedicin. Jag och min efterträdare har inte fått någon basalfarmakologisk utbildad docent att gå in i klinisk farmakologi på de senaste 15 åren. Det är inge flöde! Jag menar har varit som så att klinisk kemi t.ex. med Ingemar Björkhem Lars Hagenfeldt, dom kom direkt härifrån Campus och gick över med metoder och apparater till sjukhus. Det har upphört. Detta är ett stort problem.

### *Arne Ljungqvist*

Det är bara att konstatera uppenbarligen att den saken har inte KI lyckats med, trots att frågan väcktes förmer än 25 år sedan, och det är att öka meriteringsgraden för insatser i grundutbildningen, karriären för lärare och professorer. Det var ju en av våra huvudfrågor faktiskt, jag sade att vi bröt isen lite grand, med Västeråsmötet så gjorde vi uppenbarligen inte det i den frågan. Det tror jag är ett arv som måste föras vidare med kraft för att, för det har identifierats så många gånger att det är en huvudfråga.

### *Rune Fransson*

Jag tror att KI är moget för ett systemgrepp. Alltså, jag tror inte vi klarar detta med att styckvis påta, alltså om vi kan flytta Utbildningsstyrelsen inom en fakultet vart tionde år bortåt och framåt och konstatera att utbildningens ställning är svag. Man måste göra många mer saker samtidigt tror jag. 1993 var sista gången man gjorde väldigt många saker samtidigt, på gott och ont. KI har totalt sett, och framför allt ur forskningssynpunkt, varit väldigt framgångsrikt därefter, men grundutbildningen tog stryk då kanske. Man måste titta på incitamentsprogram, man måste titta på väldigt många saker. Man måste titta på organisationen i förhållande till kliniken t.ex. Vi är ute och vallar samma frågor decennium efter decennium. Vi ser ju en utveckling som går utför i många avseenden och orkar inte tackla det riktigt. Så ett stort systemgrepp tror jag KI skulle behöva ta här framöver.

### *Kerstin Hagenfeldt*

Jag tänkte bara säga, att det har varit en mycket intressant förmiddag. Jag hoppas att när vi får det här utskrivet så kommer det att gå ut till er så att ni kan kolla vad ni har sagt, att det är korrekt. Eller hur.

***Daniel Normark***

Ett vittnesseminarium fungerar ju så att ni äger det ni själva har sagt på ett sätt kan man säga, dvs. vi skickar ut transkriberingen och ni har all möjlighet att kommentera, redigera det ni själva har sagt. Ni får gärna komma in med fotnoter, om det är någonting som någon annan har sagt eller som ni själva kommer att det här glömde jag att ta upp, då har man möjlighet att göra det i form av fotnoter. Det här är en text som kommer att leva vidare ett tag till innan det trycks.

***Kerstin Hagenfeldt***

Det är ju så att vi vill att det här ska gå in det arbete vi har inför KI 200 år, när vi kommer ut med områdesbeskrivningar, så var en av idéerna att ställa upp det där.



## Biografier

**Tomas Cronholm**, Professor emeritus i medicinsk och fysiologisk kemi vid KI, docent 1972, univ. lektor 1973, utnämndes till biträdande professor 1996 och sedan professor 1999, Studierektor 1975-1976, 1989-1995, 2000-2002. Ordförande i läkarprogrammets studiesociala kommitté 1998-2000.

**Rune Fransson**, budgetchef vid KI 1983-1995, universitetsdirektör 1995-2007. VD vid KI Innovation & Infrastructure. Styrelseordförande för KI Health Management AB och Karolinska Institutet Holding AB samt styrelseledamot i Karolinska Development AB.

**Kerstin Hagenfeldt**, Professor emerita vid KI, leg läk. docent 1973, Biträdande överläkare på kvinnokliniken vid KS mellan 1974-1982 samt Klinisk universitetslektor mellan 1982-1999, utnämnd till professor 1996. Lärarledamot i läkarlinjenämnden 1982-1993, ordförande 1987-1993. Prefekt vid institutionen för medicinsk undervisning 1991-1993.

**Inger Huld**, fil mag. avdelningsdirektör. Arbetat vid KI med utbildnings- och kvalitetsfrågor samt landstingskontakter 1973-2006. Ämnessakkunnig vid utbildningsdepartementet vid förhandling om nytt ALF- och TUA-avtal 2001-2004.

**Gunnar Höglund**, Professor emeritus vid KI. Leg. läk. docent 1966.

Univ. Lektor i fysiologi på KI mellan 1970-1985. Professor vid arbetslivsinstitutet 1985-1996 med fortsatt arbete även vid KI. Verksam med pedagogisk utveckling kontinuerligt sedan 1970.

**Thomas Ihre**, med. kand. & fil. kand. 1958. med. läk. 1964, Underläkare vid kirurgi kliniken St Görans sjukhus 1963-1970. Klinisk amanuens vid Serafimer lasarettet 1970-1975, Docent i kirurgi 1975 vid KI, Klinisk lärare och studierektor vid Södersjukhuset 1975-1985. Vice ordf. i Linjenämnden vid KI 1980-1984 Ordf. i Sveriges Läkarförbund 1984-88, Prefekt vid Kirurgiska kliniken, Södersjukhuset 1988-1998, Chef-läkare för Södersjukhuset 1993 & 1998-2003. Ordf. i Sv. Läkaresällskapet 2002-2003.

**Jörgen Larsson**, Prof. i kirurgi vid KI. Prodekanus/Dekanus för högre utbildning 1996-2001. Prefekt Karo-institutionen 1994-1999. Klinikchef för Gastro Centrum, Karolinska Universitetssjukhuset 1995-2007. Ledamot Nobelför-samlingen vid KI.

**Arne Ljungqvist**, professor emeritus i Patologi KI, leg läk, docent 1964, prosektor 1967, professor och överläkare vid KI/KS 1979, prodekanus vid medicinska fakulteten 1972-1978, ordförande vid läkarlinjenämnden 1972-1980, prorektor 1977-1983. Rektor vid Idrottshögskolan (GIH) 1992-1996.



**Gunnar Nilsson**, professor i allmänmedicin särskilt medicinsk informatik vid KI. Leg läk, specialist allmänmedicin 1989, disputerade 2002 utnämnd till professor 2008. Studierektor vid läkarutbildningen, programdirektör för läkarprogrammet från 2008, gästprofessor vid Stockholms universitet och Kungliga Tekniska Högskolan sedan 2009.

**Jörgen Nordenström**, Professor i kirurgi vid KI. Leg. läk. Specialist i kirurgi 1983, disputerad 1983, docent 1985, utnämnd till professor 1998. Ordförande i programkommittén för läkarutbildningen 1996-2002.

**Daniel Normark**, fil dr i teknik- & vetenskapsstudier vid Göteborgs Universitet. Arbetar vid KI's Kulturenhet med projektet Medicinhistoriskt arkiv i vilket vittnesseminarier är en del. Under samtalet agerar Daniel Normark som ordförande och representant för metoden.

**Sari Ponzer**, Professor i ortopedi vid KI, leg. läk. specialist i ortopedi 1994, disputerad 1996, docent 2001, univ. Lektor/överläkare 2001, utnämnd till professor 2007. Ansvarig för undervisningen i ortopedi institutionen vid Södersjukhuset (SÖS) sedan 1998. Prefekt vid SÖS 2002-2007. Projektledare för LUT I och LUT II 2004-2006, programdirektör läkarprogrammet 2006-2007. Prodekanus 2008 och Dekanus sedan 2009 för styrelsen för utbildning.

**Bo Rydqvist**, Professor emeritus i fysiologi, leg. läk. 1972, postoc och assistant prof. Univ. Utah 1979-1981, docent KI 1981. Forskarass. & lektor vid inst. för fysiologi och farmakologi 1981-2002, prof. 2002. Ledamot av läkarutbildningsnämnden 1972-1976, 1989-1998. Studierektor fysiologi 1989-1998. Ledamot tentamenskommitten för Klinikförberedande tentamen 1986-2009 samt Ordförande tentamenskommitten 1998-2009.

**Folke Sjöqvist**, professor emeritus i klinisk farmakologi, leg. läk. docent 1963, professor i klinisk farmakologi vid Linköpings universitet 1970, vid KI 1972. Ordförande i läkarlinjenämnden 1980-1987, Chefläkare vid Huddinge Sjukhus (HS) 1987-1991. Forsknings och utvecklingschef, Huddinge 1991-1997.

**Vivi-Anne Sundqvist**, biomedicinsk analytiker, sedan 1993 docent i virologi, senior advisor. Ordförande för forskningsnämnd vård KI 1998-2001. Prodekanus (2000-2001) samt dekanus (2001-2007) vid styrelsen för utbildning, KI.

**Hans Åberg**, Professor emeritus i allmänmedicin. Leg läk. 1962. Disputerade 1969 vid Uppsala Universitet om förmaksflimmer. Docent 1970, bitr. överläkare och överläkare kliniken vid Akademiska sjukhuset i Uppsala 1970-1983. Klinisk lärare i allmänmedicin 1983-1986. Professor i Umeå 1987-1988 och vid KI från 1988

till sekelskiftet 2000.

## Personindex

- Almling, Margareta - 26  
 Aspelin, Peter - 12, 35, 40, 87, 88  
 Björkhem, Ingemar - 79  
 Brundin, Jan - 33  
 Caspersson, Torbjörn - 9, 10  
 Annika Ehrnst - 19  
 Eriksson, Håkan - 22, 34, 69, 89  
 Fransson, Rune - 13, 44, 45, 47, 52,  
 68, 72, 73, 74, 76, 77, 79, 81, 89  
 Fälth, Claes-Olof - 45  
 Hagström, Stig - 39, 52  
 Schmidt, Hank G. - 40  
 Holm, Göran - 22  
 Huldt, Inger - 22, 27, 73, 75, 81, 90  
 Hylin, Uffe - 48, 91  
 Lynöe, Niels - 64  
 Ingelman-Sundberg, Magnus - 31  
 Hjerpe, Anders - 47, 48  
 Kaijser, Lennart - 28  
 Kennedy, Donald - 43  
 Kolmodin-Hedman, Birgitta - 24  
 Kopp, Helena - 35  
 Lindsten, Jan - 42  
 Lonka, Kirsti - 41  
 Lönnroth, Måns - 22  
 Mårtenson, Dick - 20  
 Möller, Erna - 40  
 Nilsonne, Åsa - 47  
 Normark, Daniel - 8, 18, 21, 28,  
 34, 39, 46, 47, 55, 62, 68, 80, 82,  
 87, 88, 89  
 Ohrling, Mikael - 20, 48  
 Pernow, Bengt - 22  
 Persson, Carl - 14  
 Ringholm, Bosse - 20, 22, 89  
 Joandi, Reet - 37  
 Rosander, Karin - 37  
 Röding, Karin - 37, 87  
 Stiernstedt, Göran - 48  
 Sundqvist, Vivi-Anne - 20, 45, 48,  
 54, 67, 82  
 Theorell, Hugo - 86  
 Torstensson, - 40  
 Tryggvason, Karl - 36  
 Ungerstedt, Urban - 22



## Noter

1 För varje avgränsning, för varje koncentrerings av noggrannhet, för varje led i generaliseringen av analysen av information tenderar mängden data att expandera. Se t.ex. Latour, Bruno (1999) *Pandoras hope*, (Harvard University Press: Cambridge, MA) i synnerhet kap 2. Se även Tansey, E M (1999) 'The dustbin of history, and why so much of modern medicine should end up there' *Lancet* 354: 1811-12, Sellen, J Abigail & Harper, Richard (2003) *The myth of the paperless office*, (MIT Press: Cambridge, MA).

2 Se t.ex. Sir Peter Medawar (1991) "Is the scientific paper a fraud?" in *The Threat and Glory: Reflections on Science and Scientists* (Oxford: Oxford University Press), pp 228-233.

3 En utförlig beskrivning av relevant källmaterial för forskning finns sammanställd bl.a. vid Countway Library of Medicine (som förfogar över USA's största medicinhistoriska bestånd). Se till exempel: <https://www.countway.harvard.edu/lenya/countway/live/menuNavigation/historicalResources/buildingTheCollections/donatingyourRecords.html>.

4 T.ex. i Kay, Lily E., *The Molecular Vision of Life: Caltech, the Rockefeller Foundation, and the Rise of the New Biology* (New York, Oxford University Press, 1993), Rheinberger, Hans-Jörg, *Toward a History of Epistemic Things: Synthesizing Proteins in the Test Tube* (Stanford University Press, 1997), och Cambrosio, Antonio och Keating, Peter, *Biomedical Platforms: Realigning the Normal and the Pathological in Late-Twentieth-Century Medicine* (Cambridge Mass., MIT, 2006).

5 The Rockefeller Archive Center (RAC), Tarrytown, New York: Record Group 01.0002, Series 800.D, Series Name: Sweden – Natural Sciences and Agriculture, Container 003, Folder 0028-0033, Folder Title: Karolinska Institutet – Cell Research, Dates: 1948-1962, <http://www.rockarch.org/>; The American Philosophical Society Library, The Schultz Papers, <http://www.amphilsoc.org/library>.

6 Det finns källmaterial från Hugo Theorell bevarat vid Kungliga Biblioteket Acc 2002:42 tack vare Theorells söners försorg - detta material är dock inte sorterat eller sökbart.

7 Liknande projekt har genomförts internationellt, i Storbritannien redan 1973 Contemporary Scientific Archives Centre och därefter 1979 Contemporary Medical Archives Centre, se t.ex. Booth, Christopher, Sheppard, Julia & Tansey, E.M. (1990) 'Archives of contemporary medicine and science', *British Medical Journal*, 301:22-29 December 1990, p1408. I Sverige bildade KVA Centrum för vetenskapshistoria 1988. Nu, 20 år senare, är det hög tid att ett arkiv för modern medicinhistoria bildas.

8 En av de första institut (1986) som kontinuerligt började anordna vittnesseminarium är Centre for Contemporary British History (<http://www.ccbh.ac.uk/witnesseminars.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 FN:s Lessons Learned Unit som bildades efter de misslyckade insatserna i Somalia ([www.peacekeepingbestpractices.unlb.org/](http://www.peacekeepingbestpractices.unlb.org/)).

9 Inom medicinhistoria dominerar The History of Twentieth Century Medicine Group som bildades 1990 genom the Wellcome Trust. Sedan starten har ett trettiotal vittnesseminarier 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>).

10 Institutet 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) Daniel Normark har fått stor hjälp av Torbjörn Nilsson vid Södertörn inför planerandet av att introducera vittnesseminarier vid KI. Även vid teknikhistoria på KTH har metoden använts se t.ex. Per Lundin (2009) "Documenting the Use of Computers in Swedish Society between 1950 and 1980" Working papers from the division of history of Science and Technology.

11 Peter Aspelin & Daniel Normark (red.) (2011) Karolinska Institutet tar en anamnes på: "nästa dans är damernas" Vittnesseminarium om Hälsohögskolans samgående med Karolinska Institutet 1998, KI-Kultur vittnesseminarieserie 2.

12 Vid vittnesseminariet följde deltagarna en annan kronologisk ordning än vad som presenteras i detta dokument. Strax innan seminarietillfället blev Sari, som idag är dekanus för utbildning och förstås har varit ansvarig för läkarutbildningen under lång tid, kallad till departementet tillsammans med rektor och Karin Rödning, och man säger inte nej till departementet, och vi vet alla att Sari har ett stort och tungt ansvar nu för att försöka göra någonting åt sjuksköterskeutbildningen. Därför gjordes en ändring i programmet där vi började med Jörgen, Sari, Gunnar och därefter börjar vi bakifrån. I detta dokument är presentationen återställd i kronologisk ordning med Arne som börjar.

13 Grundarbetet för förändringarna arbetades fram inom sakkunniggruppen för 1968 års utbildningsutredning (U68), Denna grupp formulerade ett flertal rapporter varav huvudbetänkandet presenterades i SOU 1973:2 med sammanfattning i SOU 1973:3. Därefter följde en Principproposition 1975 (prop 1975:9) Regeringens proposition om reformering av högskoleutbildningen m.m. beslutad den 6 februari 1975. Följt av den slutgiltiga propositionen (prop. 1976/77:59) Regeringens proposition om utbildning och forskning inom högskolan m.m. beslutad den 10 februari 1977. Innan reformen infördes 1977 hade sex regionala organisationskommittéer arbetat under ledning av den centrala organisationskommittén H75, med Erland Ringborg som huvudsekreterare.

14 Tandläkarutbildningen återknöts till KI 1964 vid samma tid som även logopedutbildningen inleddes. Toxikologi inrättades även vid 1976.

15 Tandläkarhögskolan var under 1947-1964 fristående från KI.

16 Lager, Göran (2008). *Dopingjägaren Arne Ljungqvist*. Stockholm: Ersatz.

17 UKÄ fick i juni 1973 i uppdrag att i samråd med KI, Socialstyrelsen, NUU nämnden (Nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande), Statens förhållingsnämnd och Stockolm Läns Landstings kommun att presentera en plan för placering av resurserna vid serafimerlasarettet. Utredningen fick namnet "Serafenutredningen" där olika förslag på hur forskning, undervisning och vård skulle kombineras. Till serafens försvar verkade Gunnar Björck som bl.a. gav ut skriften: Björck, Gunnar (1974). *Till Serafimerlasarettets försvar: reservation till Serafenutredningens betänkande*. Folkuppl. Stockholm: Nord. bokh. (distr.)

18 Bland aktiva professorer gick denna nämnd, som leddes av Alf Nygren, under namnet Nej-nämnden, vilket kommenteras i Peter Aspelin & Daniel Normark (red) Karolinska Institutet tar en anamnes på: "fixet i centrum – radiologins stureplan" vittnesseminarium om Huddingeröntgenavdelnings första 30 år.

19 Thomas arbetade 69 och 70 på St Görän och på Serafen. Denna förändring var mest tydligt på Serafen. Där hade tidigare Ölar och Bölar haft mottagningsarna (på kirurgen). Det gav dem en mycket bra extrainkomst. När 7-kronan infördes och man blev ersatt med timlön i stället för prestationslön, var intresset för mottagningsverksamhet som bortblåst. Yngre underläkare (som Thomas) fick då sköta den allmänna polikliniken och Öl-Böl skötte sina "kontrollfall". Kerstin på KS gyn upplevde detta annorlunda och märkte inte av förändringen på samma sätt.

20 Dessa pedagogiska forskningsresultat var ett avgörande skäl till att utbildningen vid de nya medicinska lärosäten, som bildades vid denna tid, fick en annorlunda pedagogisk uppläggning än de befintliga lärosätena.

21 Utbildningsnämnden bestod 1955 av Rektor, Studierektor, 2 professorer och 3 representanter för MF. Gradvisa förändringar infördes och 1977 bestod nämnden av 5 lärarrepresentanter, 2 docenter/forskarassistenter, 2 forskarstuderande, 5 studentrepresentanter samt en facklig representant. I och med tillkomsten av Läkarlinjenämnden ändrades detta.

22 se också artikel *Läkartidningen*, vol 71, Nr 34, 1974 Annika Ehrnst.

23 Medicinska Föreningen i kölvattnet av 68 rörelsen. DVD film av ett mindre vittnesseminarium/samtal under ledning av Wilhelm Engström. Redaktör Daniel Normark.

24 I styrelserna däremot är de studerande underrepresenterade i förhållande till lärare.

25 Startade HT 1977 och på KIs begäran upphörde under läsåret 1983/84. Det visade sig att den förkortade utbildningen blev för tung för sjuksköterskorna. Utvärderingar visade många studieavbrott och många sökte istället in till den ordinarie utbildningen. Deras förkunskaper var inte adekvata. Sjuksköterskornas mål med utbildningen är omvårdnad medan läkarutbildningens mål är diagnostik och behandling. Se t.ex. Läkarutbildning för sjuksköterskor UHÄ-rapport 1976:1.

26 Och socialdemokratisk riksdagsman. Ja, det var han. Han låg också på, men han var mera dynamisk tycker jag än Bosse Ringholm. Han hade en bror som var öronläkare på SÖS och det hjälpte för att få in honom på rätt spår.

27 Från den dagen satt vi på pengarna och behövde inte fråga Fakultetsnämnden om hur de skulle användas. Den ansvarige budgetchefen vid denna tid var Sune Reinhold. Hans karriär vid KI blev ganska kort.

28 Den MF-gask vid vilken de nya studenterna tas upp i Medicinska Föreningen, sker varje termin.

29 Detta till trots att vi hade en mycket bra studiesocial organisation med studierektor för studentsociala frågor, kuratorer och erfarna studievägledare. Vi ordnade kompletterade utbildning både i svenska och i de viktigaste behörighetsgrundande gymnasieämnena.

30 För mer om LÄFO se Staffan Arvidsson (2010) "Läkarutbildning med forskningsanknytning" i Kerstin Hagenfeldt (red) *Strategier: Utbildning vid Karolinska Institutet 1960-2010*. pp. 149-158. KIUP: Stockholm.

31 För mer information om PIL antagningen se Hans Åberg (2010) "Antagningen till läkarutbildningen: En historisk tillbakablick" i Kerstin Hagenfeldt (red) *Strategier: Utbildning vid Karolinska Institutet 1960-2010*. pp. 133-148. KIUP: Stockholm.

32 Op cit not 31

33 För mer information läs Bengt Norrving & Daniel Normark (red.) (2011) Karolinska Institutet tar en anamnes på "meddelande från direktionen" Vittnesseminarium om förändringarna av Karolinska Institutet i samband med KI 93 (finns även som DVD) KI-Kultur vittnesseminarieserie 1.

34 Rektor vid denna tid var professor Bengt Samuelsson som agerade ordförande medan professor Håkan Eriksson, Rune Fransson och Ewa Lindqvist agerade sekreterare för texten KI 90 en idébas för framtiden. Arbetsgruppen bestod därutöver av professor Birgit Angmar-Månsson, professor Bertil Daneholt, förvaltningschef Lars Ekholm, med dr Gösta Fagerberg, professor Jan-Åke Gustafsson, professor Tomas Hökfelt, professor Alf Lindberg, professor Sten Linder-Aronson samt professor Sten Orrenius.

35 Som en del av KI90 Utredningen presenterades rapporten GUL – Grundutbildningen vid läkarlinjen. En Rapport från Ad hoc-gruppen för grundutbildningsfrågor inom läkarlinjen (1990-02-20). Arbetsgruppen bestod av Mangus Ingelman-Sundberg, ordförande, Ewa Lindqvist, sekreterare, Ernst Brodin, Saffan Ewerth, Sten Grillner, Begnt Fagrell, Kerstin Hagenfeldt, Agneta Philipson, Birger Winblad, Tobias Wirén och Andreas Wladis.

36 Den första revolutionerande ombyggnaden av KIs bibliotek var klar till starten av den nya studieplanen Ht -93. Samtidigt förbättrades biblioteken på KS och HS. På alla undervisningsjukhus tillkom grupprum med datorer och nya uppe-



hällslokaler för studenterna. Jag var själv inblandad i den hårda striden om lokaler på KS. Genom ombyggnaden av Berzeliuslaboratoriet fullföljdes planerna på mer lokaler för de studerande på Campus Solna.

37 KI/HSN samarbetsorganisationen mellan KI och Stockholms Läns Landsting. Rektor, prorektor, dekanerna och linjenämndsordförandena (läkare och tandläkare) samt landstingets toppadministratörer.

38 Står för utredningen av läkarutbildningen, beskrivs mer utförligt i i kapitlet om Läkarprogrammet Kerstin Hagenfeldt, Inger Huldt, Arne Ljungqvist, Gunnar Nilsson, Jörgen Nordenström, Sari Ponzer, Folke Sjöqvist (2010) "Ett halvsekel med studieplansreformer – de små stegens tyranni" i Kerstin Hagenfeldt (red.) *De två fakulteternas tid- Utbildning vid KI 1960-2010*, pp 47-88. KIUP: Stockholm.

39 Op cit not 33.

40 Studiesociala kommittén ensamkommitté till Utbildning/linjenämnd.

41 I samband med att Hälsohögskolan slogs samman med KI ökade grundutbildningen med 50 % även om omsättningen endast steg med 10 % op. cit. not 11.

42 Vid tidpunkten var rektor professor Hans Wigzell.

43 Op cit not 33.

44 Utredningen 1984 rörde en ombyggnad på Campus Solna med gruppum i Hus 75 (gamla folkhälsa invid Jöns Jacob). Som del av GUL rapporten (op cit not 35) togs behovet upp både på Campus Solna och på sjukhusen. 1993 tillkom även ombyggnad av biblioteket i administrationshuset. Diskussioner och beslut om lokaler redovisade i "lokálnämndens" protokoll vid denna period vid förvaltningsarkivet.

45 Översättning eller det Engelska ordet 'translation' innebär såväl en återgivning som en transllokalisering, en förflyttning och förändring, översättningen sker inte utan att delar av betydelsen ändras eller försvinner. Läs t.ex. Latour 1999 op cit not 1.

46 Den juridiska betydelsen var dock viktig och associationen spelade en avgörande roll i naturvetenskapernas framväxt och ideologiska framgång (närmare bestämt naturalfilosofin på 1600 talet). För att uppnå objektivitet som en central funktion av naturvetenskapen var kopplingen till juridiskt bevitnande viktigt bland aktörer som Robert Boyle som använde begreppet wittness för att kunna skilja naturalfilosofin från Alkemisternas hemlighetsfulla skrårssystem. För förtydligande läs Shapin, S. (1984) "Pump and Circumstance: Robert Boyle's Literary Technology" in *Social Studies of Science* vol 14, pp 481-520. SAGE.

47 Högskoleverket (1997) Läkarutbildningen i Sverige – hur bra är den? Högskoleverketsrapportserie 1997:29 R september 1997.

48 Projektet samläk har resulterat i publikationer t.ex. Stenfors-Hayes T, Kalén S, Hult H, Dahlgren LO, Hindbeck H, Ponzer S. (2010) "Being a mentor for undergraduate medical students enhances personal and professional development." *Medical Teacher* 32(2):148-53. Se även rapporten: Sari Ponzer, Uffe Hylin, Susanne Kalén, Margaretha Forsberg Larm, Anna Bonnevier, Hans Hindbeck, Terese Stenfors-Hayes (2009) "Samläk: Sammanhållen klinisk läkarutbildning vid KI SÖS", (Projektrapport 2009, KI SÖS & LIME).

49 UHÅ rapport – De första studieåren, Oktober 1971 Det fanns även förslag från den så kallade översynsgruppen i januari 1979 som liknade presenterade liknande förslag.

50 Högskolereformen 2007 baserad på propositionen Ny värld - ny högskola, se: Svensk författningssamling SFS 2006:1053 Förordning om ändring i högskoleförordningen (1993:100) (18 juli 2006) se även UFB (2006) Utbildningsväsendets författningsböcker UFB 3 2006/2007, Högskoleförordningen. Stockholm 2006.

51 Se KI 05 – från mål till handling, samt KI 05 – En utvecklingsplan för Karolinska Institutet. Båda tillgängliga på [http://intra.ki.se/organization/management/development/ki05/background/background\\_se.html](http://intra.ki.se/organization/management/development/ki05/background/background_se.html).

52 TULE-provet är ett medicinskt kunskapsprov för läkare med examen från länder som ej omfattas av EU-direktiv eller den nordiska överrensommelsen. TULE-provet infördes 1989 och det första provet var i september -89. Provet ges 2 gånger per år (februari och september). Provet administreras av KI. Den 1 juli 1991 övergick ansvaret för kunskapsprov efter allmäntjänstgöring för läkare (AT) från Socialstyrelsen till högskolemyndigheten. Karolinska Institutet åtog sig då att även administrera dessa prov.

53 Se Johansson Mia, Källström Elin Nissilä, Rutegård Martin "Bristande bas-kunskaper hos studenter från Karolinska institutet?" i *Läkartidningen* 2009 nr 4 sid 223-4, Gunnar Nilsson "Replik: KI har valt en balanserad väg av Gunnar Nilsson" i *Läkartidningen* 2009 nr 4 sid 225 Samt, Johansson Mia, Källström Elin Nissilä, Rutegård Martin "Slutreplik om läkarutbildningen vid Karolinska institutet: Valfrihet kan inte ersätta klinisk baskunskap" i *Läkartidningen* 2009 nr 6 sid 375.

54 Verksamhetsberättelse för läkarprogrammet 2008. Styrelsen för utbildning, KI.

55 International Classification of Functioning, Geneva: WHO; 2001.

56 GUA är en akronym för Grundutbildningsansvarig vid institution.

57 Nilsson G, Josephson A, Kiessling A, Bexelius TS, Ponzer S. Nytt läkarprogram på KI. Professionen i fokus och forskningsprocessen som pedagogisk grund. *Läkartidningen*. 2009;106(44):2847-55.





När det mediko-kirurgiska institutet grundades 1810 var uppdraget primärt att utbilda skickliga fältläkare. Under 1800-talet kom KI emellertid att bli en central nod i den svenska läkarutbildningen vid sidan om Uppsala och Lunds Universitet. Men KI har vuxit sedan dess. Majoriteten av universitetets omsättning riktas till forskning och läkarutbildningen utgör idag endast ett av 38 olika utbildningsprogram. Under i synnerhet de senaste femtio åren har förutsättningarna och villkoren för läkarutbildningen förändrats radikalt. En förändring man delvis fått kämpa för och kämpa emot. Under det vittnesseminarium som hölls i KI den 11 mars 2009 träffades ordförandena för läkarprogrammet från 1970-talet till dags dato. De redogjorde för den utveckling utbildningen genomgått, hur organisationen förändrats och hur förändringarna av sjukvården påverkat läkarutbildningen.

Panelen bestod av Arne Ljungqvist, Folke Sjöqvist, Kerstin Hagenfeldt, Jörgen Nordenström, Sari Ponzer, Gunnar Nilsson och Rune Fransson. Daniel Normark, Kulturenheten agerade moderator. Kulturenheten vid universitetsförvaltningen och ”Grundutbildningsgruppen” inom jubileumsprojektet KI 200 år, under ledning av Kerstin Hagenfeldt, arrangerade detta vittnesseminarium.

**200**  
1810 – 2010 *Ar*



**Karolinska  
Institutet**