

Kliniske-akademiske karriereveier i Helse Midt-Norge



Sluttrapport

Bestilt av Regionalt samarbeidsorgan for utdanning, forskning og
innovasjon, overlevert 2. mars 2026



Innhold

Bakgrunn.....	3
<i>Eksisterende karriereveier og kombinerte stillingsmodeller i regionen</i>	4
St. Olavs hospital HF.....	5
Helse Nord-Trøndelag HF	6
Helse Møre og Romsdal HF	6
<i>Modeller fra andre land</i>	7
England.....	7
Sverige.....	8
Bakgrunn for arbeidsgruppens kartlegging: situasjonen i Midt-Norge	10
<i>Kartleggingsarbeid</i>	11
Konklusjoner	13
Sammenfatning av anbefalinger	14

Arbeidsgruppens har bestått av tre medlemmer fra Helse Midt-Norge RHF; Björn Gustafsson (leder), Audun Rimehaug, assisterende fagdirektør og Maria Tårland, rådgiver i sekretariatet til Samarbeidsorganet, to medlemmer fra MH-fakultetet, NTNU; Torstein Baade Rø, prodekan forskning og innovasjon, og Solveig Klæbo Reitan, prodekan ph.d.-utdanning og medisnutdanning), Hilde Pley, klinikkssjef St. Olavs Hospital HF, Kjersti Grønning, forskningssjef, Helse Nord Trøndelag HF, Jo-Åsmund Lund, overlege, Helse Møre og Romsdal HF, Grethe Dunfjeld, regionalt brukerutvalg, Anita Solberg og Lindy Jarosch-Von Schweder, begge konserntillitsvalgt.

Bakgrunn

Det er godt dokumentert at forskning, utdanning og god pasientbehandling er gjensidig avhengige av hverandre. Når det ene hjørnet i kunnskapstriangelet styrkes, vil det gi positive synergieffekter på de to andre. Det er derfor naturlig at medisinsk og helsefaglig forskning, samt deltakelse i utdanning av helsepersonell, er lovpålagte oppgaver i spesialisthelsetjenesten. Dette styrker den samlede målsetningen om å levere helsetjenester av høy kvalitet og tilgjengelighet til befolkningen. Aktiviteten er også nødvendig for å sikre et bærekraftig helsevesen fremover med nye fagfolk og stadig ny kunnskap. Det er også et krav at pasienter i hele landet skal kunne delta i kliniske forskningsprosjekter for å få tilgang til nye og bedre behandlingsalternativer tidlig, og det er gitt oppdrag om at antallet kliniske behandlingsstudier skal øke.

For universitetssykehus gjelder ytterligere spesifiserte krav til bidrag i forskning og undervisning, gitt av Helse- og omsorgsdepartementet i [Forskrift 2010-12-17-1706](#). Her heter det blant annet (§ 3-2): Helseforetaket og/eller sykehuset må samarbeide med ett eller flere universitet(er) som uteksaminerer medisiner og annet helsepersonell ved at:

- det bidrar vesentlig i forskningsbasert utdanning i medisin og annen helsefaglig utdanning
- kandidatene har det vesentlige av sin praktiske og teoretiske undervisning ved sykehuset
- det bidrar vesentlig i doktorgradsutdanningen i de fleste kliniske fag innen medisin og andre helsefaglige disipliner
- det kan dokumenteres at det utføres biomedisinsk og helsefaglig grunnforskning, translasjonsforskning og klinisk forskning innenfor de fleste kliniske fagområder, og
- det kan dokumenteres forskningsaktivitet av høy internasjonal kvalitet og bredde.

Med dette som bakgrunn er det bekymringsfullt at det kommer tydelige signaler om at rekrutteringen av helsefagstudenter så vel som rekruttering av helsepersonell til forskning og undervisningsoppgaver, kombinert med klinikk, blir stadig vanskeligere. Tid til forskning blir ikke prioritert innenfor normalarbeidstid, og lønnsvilkårene er ofte dårligere i kombinerte stillinger for medisiner enn i rene kliniske stillinger. Det har derfor blitt stadig mer krevende å rekruttere leger til medisinsk utdanning og forskning. Doktorgradsstipend lyses i enkelte fagområder ut uten at søkere med relevant medisinsk fagbakgrunn melder seg. Klinikere med forsknings- og undervisningskompetanse som tidligere har bidratt i akademiske bistillinger, sier opp universitetsstillingen da de opplever at den samlede arbeidsbyrden blir u håndterlig og at arbeidsinnsatsen ikke blir tilstrekkelig verdsatt. For ikke-medisinske fag finnes det heller ikke gode klinisk-akademiske karriereløp, og gjentatte forsøk på å etablere kombinerte stillinger har i stor grad mislyktes. For ikke-medisiner er problemstillingen ofte omvendt da lønna er høyere i rene universitet/høyskolestillinger enn det klinikken tilbyr. Mangelen på kombinerte stillinger for ikke-medisiner medfører at de som har

ansvar for helsefaglig forskning og undervisning på universitet og høyskoler ofte mangler oppdatert klinisk erfaring fra helsetjenesten, noe som i sin tur kan redusere forskningens nytteverdi og undervisningens relevans i forhold til tjenestens behov.

Problemet er ikke unikt for Midt-Norge. Å nedprioritere tid til forskning og utdanning vil raskt gi negative konsekvenser ikke bare for daglig drift, men også for vår evne til å gjennomføre den nødvendige omstillingen helsetjenesten står overfor. Dette har blant annet blitt synliggjort i flere offentlige utredninger de siste årene. For å opprettholde et bærekraftig helsetilbud av høy kvalitet, samtidig som antall arbeidsføre minsker og antallet eldre og multisyke øker, må vi ha evne og kompetanse til forskning, innovasjon og omstilling. Vi må bruke de ressursene vi har mest mulig effektivt og sikre kunnskapsbasert prioritering av tjenester av høy kvalitet og nytteverdi. Vi må også bruke de ressurser vi bruker på forskning, innovasjon og undervisning klokt. Medisinsk kunnskap antas å ha en doblingstid på 18 år, mens nye fagfelt som nanoteknologi dobles omtrent hvert andre år. Flere studier har vist at det i snitt tar 17–20 år før kliniske innovasjoner blir tatt i bruk i praksis, og færre enn 50% tas i allmenn bruk. Det er anslått at 80% av midlene til medisinsk forskning ikke fører til en reell folkehelsegevinst av ulike årsaker. For translasjon av ny kunnskap til praksis behøves klinikknær forskning. For å forbedre avkastningen på de investeringene man gjør i forskning og infrastruktur, er styrking av vilkår for kombinerte stillinger, tid til forskning i kliniske stillinger og gode klinisk-akademiske karriereløp derfor en naturlig vei videre. Det er antagelig også kostnadseffektivt.

I dette notatet beskrives dagens situasjon og muligheter for kliniske-akademiske karriereveier i Midt-Norge. I tillegg har vi innhentet informasjon fra UK, Danmark og Sverige om hvordan de arbeider for å sikre kapasitet og kompetanse for klinisk forskning og utdanning. Basert på denne gjennomgangen presenteres både utfordringsbildet og forslag til hvordan vi kan arbeide videre for å sikre gode karriereveier.

Eksisterende karriereveier og kombinerte stillingsmodeller i regionen

Forskerlinjen på medisinstudiet varer i to sammenhengende semestre i tillegg til to sommerperioder, og forlenger medisinstudiet fra seks til syv år. I løpet av forskerlinjeperioden arbeider studenten med en forskningsoppgave, som leveres i starten av siste studieår på medisinstudiet. I tillegg tar studenten ph.d.-emner på til sammen 30 studiepoeng. Forskerlinjen tilsvarer ca. 50 prosent av arbeidet til en doktorgrad, og forholdene ligger godt til rette for å fullføre doktorgraden. Omtrent 70% av forskerlinjestudenter fullfører en doktorgrad.

Det er en bekymring at søkertallene til forskerlinjen ved NTNU har gått ned de siste årene, og i dag har vi ikke nok søkere til å fylle plassene. I 2025 var det 7 søkere til 12 plasser på forskerlinjen. Studentene opplever at akademiske meritter ikke teller positivt når de søker arbeid som lege, ikke minst LIS.

Offentlig finansierte rekrutteringsstillinger (ph.d. og postdoktor) og forskerstillinger finansieres av Samarbeidsorganet, sykehusene eller NTNU. Stillingene kan som regel kombineres med klinisk arbeid inntil 120 % totalt, men det varierer betydelig fra avdeling, klinikk og sykehus i regionen hvordan dette håndteres og avlønnes. Eksempelvis sier noen avdelinger at de ikke ønsker rekrutteringsstillinger kombinert med klinisk arbeid i det hele tatt. Noen avdelinger ønsker ikke at klinikere med rekrutterings- eller forskerstillinger skal delta i vakt. Dette gir betydelig reduksjon i lønn og innenfor mange fag er det å gå vakt sentralt for å opprettholde og utvikle den kliniske kompetansen.

Ved andre enheter fungerer det bedre, og man ser verdien i at de ansatte bygger opp vitenskapelig kompetanse og bidrar til økt forskningsaktivitet i klinikken. Dette avhenger altså av enkeltindivider, det er ikke noe system som sikrer det.

Universitetslektorer, førsteamanuensisstillinger, dosenturer og professorater finansieres stort sett av universitet og høyskoler. Med unntak av førsteamanuensis- og professorstillinger med stillingsbrøk på 50% eller mer ved universitetet, er de fleste rene undervisningsstillinger uten tid til forskning.

Institutt for psykologi ved Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap (SU), NTNU forvalter dobbeltkompetansestipend for psykologer, et stipend som muliggjør at psykologer tidlig i karrieren kan kombinere den kliniske spesialiseringen med en ph.d. over en periode på sju år. Prosjektet er et samarbeid mellom universiteter, helseforetak og Norsk psykologforening med finansiering fra Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet.

Det foreligger avtaler om kombinerte stillinger mellom hvert regionale helseforetak og Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH), NTNU. Samarbeidsavtalene er i hovedsak like.

St. Olavs hospital HF

Kombinerte stillinger som faller inn under denne avtalen er stillinger der en ansatt har et ansettelsesforhold både ved SOH og MH. En forutsetning for at en kombinert stilling faller inn under denne avtalen er at arbeidsgiverne har blitt enige om at stillingen er en kombinert stilling (krav om ansettelse ved begge institusjoner) og at dette er forankret i de respektive arbeidsavtalene. Faglige stillinger ved SOH (f.eks. lege, sykepleier, radiograf, audiolog, fysioterapeut, ergoterapeut, osv.) i kombinasjon med universitetsstilling ved MH, er å definere som kombinert stilling, og gjelder følgende stillinger ved MH; professor, dosent, førsteamanuensis, førstelektor, universitetslektor, ph.d., postdoktor.

Formålet med avtalen er å sikre gode vilkår for ansatte i kombinerte stillinger, og sikre at disse får tid og mulighet til både forskning, undervisning og klinisk arbeid eller annet

relevant arbeid ved SOH. Kombinerte stillinger kan omfatte ulike stillingsbrøker ved helseforetaket og fakultetet. Stillingsandel, lønn og andre vilkår framgår av arbeidsavtalene. Total stillingsstørrelse for kombinert stilling ved SOH og MH er maksimalt 120%.

Det skal inngås individuell avtale som angir fordeling av arbeidstid mellom forskning, klinisk arbeid, undervisning, administrative oppgaver og obligatoriske kurs.

Dessverre er det inngått veldig få individuelle avtaler som sikrer tid til forskning i klinikken, men undervisningsoppgavene blir stort sett ivaretatt.

Helse Nord-Trøndelag HF

I 2024 ble det vedtatt en prosedyre for ph.d. og postdoktorløp i Helse Nord-Trøndelag HF (HNT). Hensikten er å stimulere ansatte til å ta doktorgrad og delta i postdoktorprosjekter. Prosedyren skal sikre likebehandling og ivaretagelse av ansatte som gjennomfører doktorgrads- eller postdoktorprosjekter med HNT som arbeidsgiver.

For fast ansatte kan det, under gitte forutsetninger, innvilges permisjon med lønn for en andel av stillingen i forskningsperioden. Den ansatte beholder da grunnlønn tilsvarende sin opprinnelige stilling. UTA-tid (utvidet arbeidstid) og funksjonstillegg beholdes hvis kriteriene for disse fortsatt er oppfylt i forskningsperioden. Det stilles krav om bindingstid på 6 til 24 måneder etter fullført ph.d. eller postdoktorløp.

Helse Møre og Romsdal HF

Helse Møre og Romsdal HF (HMR) har for tiden 19 ansatte i interne forskerstillinger (1–3-årige) som finansieres av foretaket. I tillegg har seks ansatte bistillinger som førsteamanuensis ved NTNU, og ti ansatte er ph.d.-stipendiater i internfinansierte stillinger. Alle ansatte i forskningsperioden får sin ordinære basislønn fra forskningsavdelingen, mens eventuell UTA-tid finansieres av klinikken.

HMR-ansatte som søker midler fra Samarbeidsorganet skal søke med HMR som vertsinstitusjon. Dette sikrer 100 % ansettelse i foretaket og full kontroll over tildelte midler. Ordningen gjør at foretaket kan tilby klinisk basislønn i stipendiatperioden.

Ved ansettelse i ekstern institusjon er det den eksterne institusjonen som fastsetter lønn for den midlertidige forskerstillingen. HMR kompenserer ikke automatisk for et eventuelt lønnsgap, men kompensasjon kan forhandles med avdelingen via HR og forhandlingssjef.

HMR har en avtale med Det medisinske fakultet (nå MH) ved NTNU fra 2016, som i all hovedsak tilsvare avtalen mellom St. Olavs hospital og MH-fakultetet. For eventuell forskningstid inngås det individuelle tilleggsavtaler med den ansatte.

Modeller fra andre land

England

National Institute for Health and Care Research (NIHR) er finansiert av det britiske Helse- og omsorgsdepartementet for å forbedre helse og velvære i befolkningen gjennom forskning. [NIHRs karriereutviklingsmidler](#) for en kliniske-akademisk karriere er tilgjengelige gjennom NIHR-akademiet på ulike karrierenivåer. Finansiering er tilgjengelig for alle helse- og sosialprofesjoner.

Kings' Health Partners

[King's Clinical Academic Training Office \(KCATO\)](#) gir råd, beste praksis og informasjon om å navigere i en klinisk akademisk karriere. Tjenesten er tilgjengelig for alt helsepersonell som er basert i noen av organisasjonene som hører til King's Health Partners. Formålet er å:

- Utnytte verdien som ligger i tettere integrasjon mellom akademia og klinikk, stimulere til innovasjon, og forbedre pasientbehandlingen.
- Levere gode strategiske finansieringsprogrammer for kombinasjonsstillinger på predoktor-, ph.d.- og postdoktornivå.
- Å utforme og levere skreddersydde karriereutviklingsmuligheter på individnivå.
- Å være et sentralt, synlig kontaktpunkt som kan gi veiledning om ulike muligheter, bygge ned siloer mellom organisasjonene og redusere barrierer for progresjon.

(NIHR) finansierte karriereprogram som legger til rette kombinerte stillinger for medisinerere:

- *Akademisk klinisk stipendiat (ACF)* er en kombinert stilling tidlig i spesialitetsopplæringen for kandidater med potensial for en klinisk-akademisk karriere. Stipendene varer i maksimalt tre år (fire år for allmennleger). ACF-er bruker 75 % av tiden på spesialisert klinisk opplæring og 25 % på forskning og undervisning.
- *Akademiske kliniske forelesere (CL)* har allerede oppnådd doktorgrad, kommet et stykke i spesialistutdanningen og har potensial for å fortsette en karriere innen akademisk medisin. Stillingene varer maksimalt fire år og fordeles likt mellom spesialisert klinisk utdanning og forsker-/undervisning. Kandidatene skal slutføre sin spesialistutdanning i løpet av 4-års perioden.

Klinisk forskning-sertifikat for sykepleiere (Florence Nightingale Faculty of Nursing, Midwifery and Palliative Care):

- Et tverrfaglig kurs med mål om å legge til rette for en klinisk-akademiske forskerkarriere. Kandidater som fullfører gis formelt grunnlag for å gjennomføre videre studier på ph.d.-nivå med sikte på å utvikle en fremtidig klinisk akademisk karriere.

Health Education England (HEE) integrated clinical academic pre-doctoral bridging programme (ICA), for helsepersonell (ikke-medisin):

- ICA har som mål å legge til rette for at helsepersonell skal kunne utarbeide en konkurransedyktig søknad for et NIHR doktorgradsstipend.

Sverige

Offentlig finansiering av klinisk forskning og klinisk akademiske karriereveier kommer hovedsakelig fra fire kilder:

1. [ALF er et akronym for en avtale om medisinsk utdanning og forskning mellom staten og de syv helseregionene](#). Gjennom avtalen er partene enige om i fellesskap å fremme utviklingen av helse og medisinsk omsorg, og samarbeide om klinisk forskning og medisinsk utdanning. ALF midlene kommer fra staten og brukes i samarbeid mellom helsetjenesten og universitet og høyskoler (likt våre samarbeidsorgan), og finansierer legeutdanningen og klinisk forskning, blant annet kombinerte stillinger som sikrer gode klinisk-akademiske karriereløp. Eksempel ALF i [Region Skåne/Lunds universitet](#)
2. Regionene
3. Sykehusene
4. Universitet og høyskoler

Insentiver for klinisk forskning i ALF-region Skåne

Region Skåne har gjennom et regionomfattende policydokument fra 2020 tydeliggjort sitt engasjement for å verdsette og belønne akademiske meritter blant helsepersonell. Rammeverket beskriver hvordan faglige meritter og kompetanse skal utnyttes i helsetjenesten, og hvordan akademiske meritter kan videreutvikles parallelt med kliniske ferdigheter. Det inkluderer blant annet automatiske lønnsøkninger ved oppnåelse av doktorgrad, dosentur og professorat, samt lønnsinsentiver for leger i spesialisering (LIS) med ph.d. Videre understrekes verdsetting av faglig kompetanse i individuelle lønnsamtaler.

Akademiske meritter spiller også en viktig rolle ved ansettelse i LIS-stillinger, der forskning og klinisk arbeid anses som kvalifikasjoner av like stor eller tilsvarende verdi. Ved Skåne universitetssykehus foretrekkes søkere med doktorgrad i ansettelse av ledere, spesielt for seksjons- og avdelingslederroller. I tillegg tilbys attraktive lønnsbetingelser for kombinerte stillinger, som samlet utgjør 100 %.

Klinisk-akademiske stillinger i Region Skåne

Region Skåne har til eksempel etablert et bredt spekter av ordninger som gjør det mulig å kombinere klinisk arbeid med forskning, samtidig som full klinisk lønn opprettholdes. Disse tiltakene bidrar til å styrke rekruttering, redusere arbeidsbelastning og fremme langsiktig akademisk kompetanse.

Forsker-AT (LIS1)

Omtrent 40 % av alle leger benytter seg av forsker-AT ordningen. Ordningen finansierer inntil seks måneders forskning med full klinisk lønn i løpet av perioden. Dette fungerer ofte som en inngangsport til ph.d.-studier.

Forsker-ST (LIS2-3)

Forsker-ST gir leger mulighet til å bruke 50 % av sin stilling på ph.d.-utdanning under spesialistutdanningen, samtidig som full klinisk lønn opprettholdes. Fra tidspunktet hvor legen normalt ville blitt spesialist i en ren klinisk stilling, utbetales spesialistlønn, selv om spesialiserings- og forskningsløpet ikke er fullført.

ALF – Unge forskere

Programmet finansierer lovende unge kliniske forskere med doktorgrad, slik at de kan dedikere opptil 50 % av sin kliniske stilling til forskning over en periode på 4–8 år. Full klinisk lønn opprettholdes.

Faste kombinerte kliniske og akademiske stillinger

Region Skåne tilbyr faste stillinger som kombinerer klinisk arbeid med forskning i samarbeid med Lunds universitet. Disse stillingene finnes på lektor-, dosent- og professornivå, og gir attraktive arbeids- og lønnsvilkår.

Regionale stipend til doktorgradsstudier

Årlige stipender frigjør tid til ph.d.-arbeid innenfor klinikernes arbeidstid, uten lønnsreduksjon.

Region Skåne-finansierte forskerstillinger, lektorater og professorater

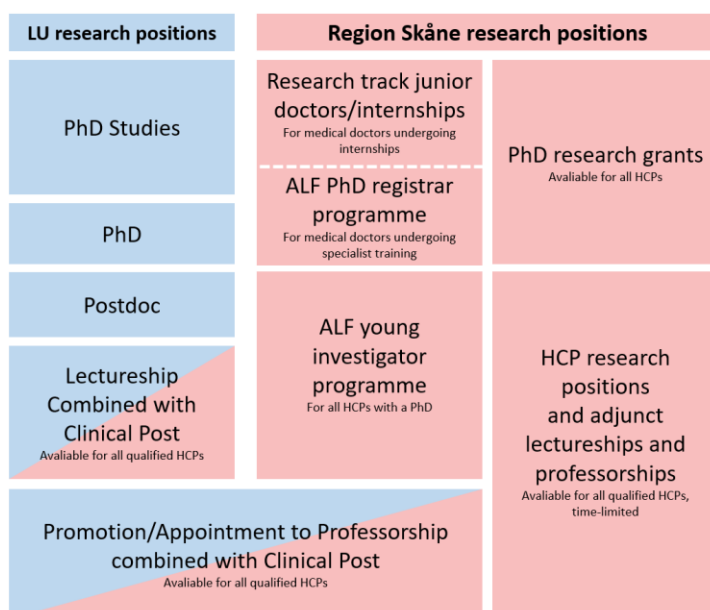
Regionen finansierer 2-årige lektorater og 3-årige professorater med 20–50 % forskningstid innen strategisk viktige fagområder. Stillingen er i prinsippet fast, men fornyes hvert 2.–3. år. Full klinisk lønn opprettholdes.

Forskningsstillinger for helsepersonell

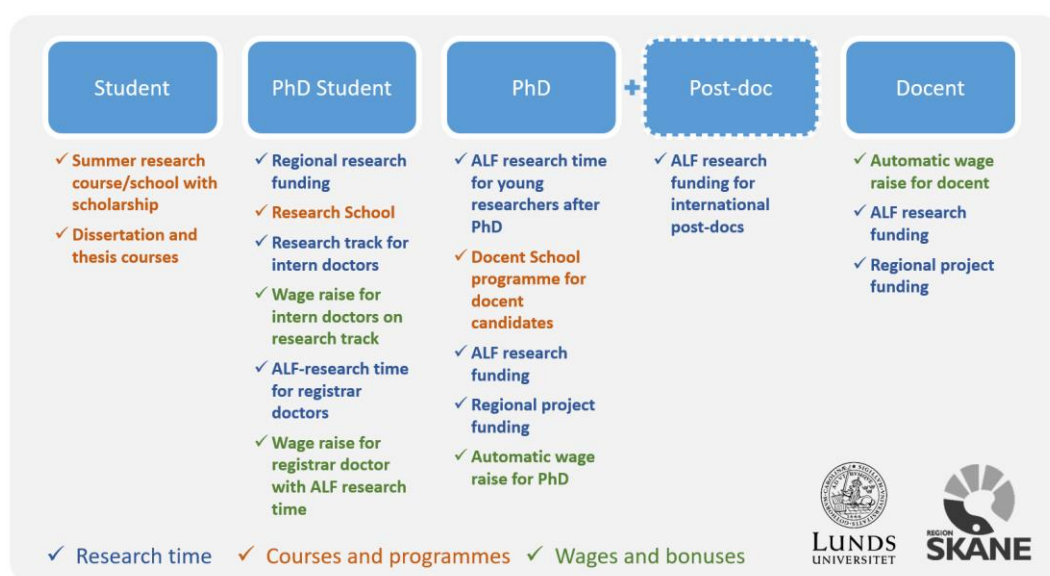
Ordningen retter seg mot et bredt spekter av helseprofesjoner, inkludert sykepleiere og biomedisinske analytikere. Stillingene kombinerer klinisk arbeid med 30–50 % forskningstid, og oppmuntrer ph.d.-kvalifisert helsepersonell til å fortsette forskningsaktivitet.

ALF-prosjektfinansiering

I tillegg til stillingsfinansiering bevilger ALF-regionen ca. 200 millioner svenske kroner årlig til forskningsprosjekter, hvorav om lag 58 % går til å finansiere tid til forskning.



Figur 1: Skånes ALF regions karrieremodell for kliniske forskere.



Figur 2: Oversikt over sentrale støttestrukturer i ALF-region Skånes karrieremodell «Från student till docent».

Bakgrunn for arbeidsgruppens kartlegging: situasjonen i Midt-Norge

Det må legges bedre til rette for klinisk forskning i kombinasjon med klinisk arbeid. I dag blir undervisningsoppgaver stort sett ivaretatt, men det inngås svært få avtaler som sikrer tid til forskning. Dette gjør karriereveien uforutsigbar og lite attraktiv for klinikere som ønsker å kombinere pasientbehandling med forskning og undervisning. Når strukturerte ordninger mangler, blir forskningsaktivitet ofte en tilleggsoppgave utenfor arbeidstid, noe som reduserer motivasjon og rekruttering. Trender indikerer at

fremtidens arbeidstakere i enda mindre grad ønsker å gjøre slike oppgaver utenfor arbeidstid.

Midt-Norge mangler et helhetlig karrieresystem for klinisk-akademiske stillinger for alle helseprofesjoner. Det finnes ingen standardiserte avtaler som inkluderer tid til forskning, og praksis varierer betydelig mellom avdelinger og klinikker. Finansiering av forskningstid er fragmentert og uforutsigbar, og det er behov for en felles modell – gjerne med sentralisert ordning på sykehus- eller RHF-nivå – for å sikre forutsigbarhet og langsiktighet i planleggingen. Når dette er sagt finnes det en rekke avdelinger der det legges til rette for slikt arbeid, noe som understreker at det er mulig, men at det avhenger av bevisst ledelse.

Ledelsesoppfølging er en kritisk utfordring. Selv om forskning er en lovpålagt oppgave i spesialisthelsetjenesten, prioriteres den ofte i liten grad i den daglige driften. Ledelsen må ansvarliggjøres for å sikre tid og ressurser til forskning og undervisning, og det må etableres systemer som følger opp dette i praksis.

I tillegg mangler regionen sammenhengende og strukturerte karriereløp etter doktorgrad som finnes i andre land. Det er få muligheter for postdoktorstillinger, forskerstillinger og akademiske stillinger som førsteamanuensis og professorater, noe som gjør det vanskelig å beholde og videreutvikle forskningskompetanse i klinikken.

Basert på de identifiserte utfordringene har Samarbeidsorganet i Midt-Norge etablert en arbeidsgruppe med følgende mandat:

- 1) Arbeidsgruppen skal foreslå en regional rammemodell for klinisk-akademiske karriereløp (med utgangspunkt i allerede etablert modeller i naboland).
- 2) Arbeidsgruppen skal foreslå regional modell for kombinerte stillinger (med utgangspunkt i modell etablert mellom UiO og OUS) som ivaretar gode lønns og arbeidsvilkår og bidrar til rekruttering ivaretar både utdanningsoppgaver og tid til forskning.

Arbeidet skal gjennomføres med utgangspunkt i at foreslåtte tiltak kan etableres innenfor gjeldende økonomiske rammer. Det skal baseres på erfaringer og modeller fra andre steder, og vurdere ulike måter å koble hovedstilling i helseforetak til bistilling ved universitets- og høyskoleinstitusjoner. Videre skal det identifiseres virkemidler som kan bidra til å etablere klinisk-akademiske karriereveier.

Mandatet omfatter også å utdype og presisere det tematiske innholdet i en klinisk-akademisk karrierevei. Arbeidet skal legges opp slik at nødvendig forankring i involverte organisasjoner kan gjennomføres underveis i prosessen, og før forslagene legges frem for Samarbeidsorganet.

Kartleggingsarbeid

Arbeidsgruppen har gjennomført en rekke møter, både internt, med helseforetakene, MH, Region Skåne/Lunds universitet, Akademiska sjukhuset og Uppsala universitet,

Greater Copenhagen Health Science Partners, King's Health Partners i Storbritannia, samt flere andre aktører. Diskusjonene har avdekket en rekke sentrale problemstillinger og behov.

Det uttrykkes skepsis blant mange ledere i klinikken, grunnet i bekymring for at økt forskningsaktivitet vil kreve økonomiske og personellmessige ressurser som ikke er tilgjengelig. Mange klinikere opplever allerede høy arbeidsbelastning, og det reises spørsmål om hvordan man kan legge til rette for en klinisk-akademisk karriere i en travel arbeidshverdag. Samtidig endrer arbeidstakernes holdninger seg, og færre ønsker å bruke all sin tid på jobb sammenlignet med tidligere. Klinikksjefenes tilbakemelding er tydelig; skal det avsettes mer tid til forskning, må det kompenseres med økt bemanning.

Videre er det reist flere spørsmål knyttet til avtaleverk og struktur:

- Er det enighet om hvem som omfattes av avtalen om kombinerte stillinger?
- Må avtalen revideres for å sikre tid til forskning, eller kan gjeldende avtale benyttes gjennom flere individuelle avtaler om forskningstid?
- Hvor mange kombinerte stillinger bør etableres, finnes det fagområder med særlig dårlig dekning, og hvilke økonomiske og driftsmessige konsekvenser vil endringer medføre?

Kartlegging ved SOH og MH viser at det i dag finnes få 100 % professorater innen medisin. Kun ni av 39 spesialiteter, inkludert grenspesialiteter, har et fullt professorat. Åtte spesialiteter har kun 20 % stillinger, og det observeres en økende tendens til svært små stillingsandeler på 5–10 %. De fleste kombinerte stillinger består av en kombinasjon av 100 % klinisk stilling og 20 % akademisk stilling. Tall fra HR ved SOH viser at 110 ansatte har denne kombinasjonen, mens kun fire ansatte har 80 % klinisk stilling kombinert med 20 % akademisk stilling. Totalt utgjør professorstillinger 14,8 årsverk, førsteamanuensisstillinger 33,7 årsverk og universitetslektorstillinger 12,8 årsverk. I tillegg kommer et betydelig antall tidsbegrensede kombinerte stillinger, herunder ph.d.-kandidater, postdoktorer og forskere, som er finansiert eksternt/ midlertidig og som ikke inngår i disse tallene. Antall kombinerte stillinger for ikke-medisinere er svært få.

I tillegg til kombinerte stillinger ved MH og SOH, er det flere som har kombinert stilling ved SU og SOH. Videre har en del stilling ved MH og HNT eller HMR – og etter hvert også Sykehuset Innlandet. Endelig kommer de som har stillinger kombinert mellom MH og kommunene, samt privat (fastleger og avtalespesialister). Disse er færre i antall, og er ikke kartlagt spesifikt her, men vi antar at de samme problemstillingene vil være aktuelle for disse gruppene.

De som forsker mest og best, målt i antall publikasjoner og siteringer, med affilering til og ansettelse ved SOH, har i stor grad kombinerte stillinger med NTNU. Hele 62 % av denne gruppen har en betydelig akademisk tilknytning, med 50–100 % stilling ved NTNU og dermed 20–50 % klinisk stilling ved SOH. Videre har 33 % en 100 % klinisk stilling ved SOH kombinert med 20 % akademisk stilling ved NTNU. Kun 2 % av de mest publiserende forskerne ved SOH har 100 % klinisk stilling ved SOH, uten akademisk

tilknytning til NTNU. Gruppen domineres av leger, men inkluderer også andre profesjoner som psykologer, fysioterapeuter, ernæringsfysiologer, ergoterapeuter og sykepleiere.

Konklusjoner

Det bør etableres flere faste kombinerte stillinger med mulighet for reell forskningstid, og færre åremåls- og tidsbegrensede universitetsansettelser i stillingsandeler som er mindre enn 20 prosent. En nærliggende mulighet er i større grad å benytte timebetaling for undervisningsoppgaver som ikke dekkes innenfor rammen av faste kombinerte stillinger.

Gjeldende avtaler om kombinerte stillinger mellom helseforetakene og NTNU, bør utvides til hele UH-sektoren i regionen, og må tas systematisk i bruk. Det må inngås individuelle avtaler om forskningstid med alle ansatte som omfattes av avtalen. En nærliggende modell, som andre regioner og helseforetak har gode erfaringer med, er 100 % ansettelse ved helseforetak og 20 % ansettelse ved universitet der helseforetaket fristiller den ansatte til undervisning og forskning 40% av tiden i helseforetaksstillingen. Dette er et eksempel på en konkret og tydelig måte helseforetaket kan dokumentere at forsknings- og undervisningsoppgaver blir ivaretatt.

Videre bør det utarbeides en regional veileder for ansettelse i kombinerte stillinger, til bruk på klinikk- og avdelingsnivå, som sikrer at overordnede prinsipper ivaretas på tvers av sykehusene i regionen.

Ved tildeling av helseforetaksfinansierte rekrutterings- og forskerstillinger i åremål må lønnsreduksjon unngås. Dette gjelder særlig for leger, der basislønn som sykehusansatt må opprettholdes, og lønnsutviklingen minimum følge utviklingen for ansatte i rene kliniske stillinger. For ikke-medisinere må man tilby konkurransedyktig lønn og arbeidsvilkår i helseforetakene slik at man ikke mister verdifull forskningskompetanse.

Det må foreligge en tydelig, strategisk og ledelsesforankret målsetting om å etablere definerte kombinasjonsstillinger med tid til forskning og undervisning, dimensjonert for hele karriereløpet, slik det er gjort i modeller fra King's Health Partners og Region Skåne. Dette vil kreve planlegging, prioritering og omfordeling av eksisterende ressurser, og strukturen må trolig etableres gradvis. Det må avklares hva som er universitets- og høyskolesektorens ansvar, og hva som er helseforetakenes ansvar. For å unngå belastning på stramme økonomiske rammer på enhetsnivå bør finansiering av forskningstid i kliniske stillinger sentraliseres til nivå 1 i sykehusene.

Det bør etableres en felles regional rådgivningsfunksjon for ansatte som ønsker en klinisk-akademisk karrierevei, jf. KCATO ved King's Health Partners. En slik funksjon bør etableres i fellesskap mellom sektorene, men organisatorisk knyttes til helseforetakssiden. Som del av dette anbefales etablering av et strukturert mentoringprogram som løfter frem og støtter ansatte som ønsker å satse på en klinisk-akademisk karriere.

Arbeidet i Midt-Norge bør videreføres i samarbeid mellom helseforetakene og UH-sektoren, uavhengig av nasjonale prosesser. Der det er hensiktsmessig, bør arbeidet koordineres med nasjonale initiativer, særlig knyttet til forlengelsen av handlingsplanen for kliniske studier.

Sammenfatning av anbefalinger

Etablere flere faste kombinerte stillinger med reell forskningstid

- Redusere bruken av:
 - Åremålsstillinger og små akademiske stillingsandeler (< 20 prosent)
 - Benytte timebetaling for undervisningsoppgaver som ikke inngår i faste kombinerte stillinger

Gjeldende avtaler om kombinerte stillinger må tas systematisk i bruk og utvides til hele UH-sektoren i regionen:

- Det bør inngås individuelle avtaler om forskningstid for alle som omfattes av ordningen
- Avtalen mellom OUS og UiO, der arbeidstakere med 100 % ansettelse ved HF og 20 % universitetsansettelse fristilles av HF til undervisning og forskning i 40 % av tiden i HF-stillingen, bør være et utgangspunkt
- Det bør utarbeides en regional veileder for kombinerte stillinger til bruk på klinikk- og avdelingsnivå

Ved helseforetaksfinansierte stillinger:

- ph.d.-stillinger, postdoktorstillinger, forskerstillinger i åremål skal tilby konkurransedyktig lønn og arbeidsvilkår
- klinisk basislønn må opprettholdes
- lønnsutvikling skal minimum følge rene kliniske stillinger

Definere tydelige kombinasjonsstillinger med forskning og undervisning gjennom hele karriereløpet:

- Lære av modeller fra King's Health Partners, Region Skåne
- Avklare UH-sektorens ansvar vs. helseforetakenes ansvar
- Sentralisere finansiering av forskningstid til nivå 1 i helseforetakene

Det bør etableres en felles regional rådgivningsfunksjon for ansatte som ønsker en klinisk-akademisk karrierevei, jf. KCATO ved King's Health Partners:

- En slik funksjon bør etableres i fellesskap mellom sektorene, men organisatorisk knyttes til helseforetakssiden
- Som del av dette anbefales etablering av et strukturert mentoringprogram som løfter frem og støtter ansatte som ønsker å satse på en klinisk-akademisk karriere

Etablere tydelige strategiske mål for klinisk-akademiske stillinger:

- Ledelsen må ansvarliggjøres og sikre at gjeldende oppdrag følges opp i praksis
- Målbildet må være tydelig, men strukturene sannsynligvis etableres gradvis innenfor eksisterende økonomiske rammer

Arbeidet i Midt-Norge bør videreføres i tett samarbeid mellom helseforetakene og UH-sektoren, uavhengig av nasjonale prosesser. Der det er hensiktsmessig bør arbeidet koordineres med nasjonale initiativer, særlig knyttet til handlingsplanen for kliniske studier.