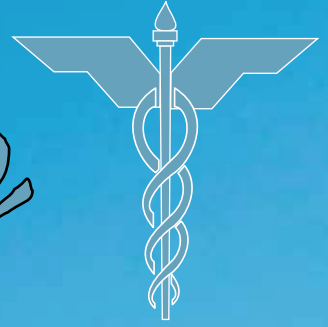


# LVS info



FORENINGEN FOR LEGER I VITENSKAPELIGE STILLINGER

**Kompetansesenter for miljø og helse**



**DNLF Medlemsundersøkelse**



**Leger i Basalmedisinske fag søkes**



# STYRET & SEKRETARIAT I LVS FOR 2021–2022

leger i vitenskapelige stillinger



## Leder

### Mette Kalager

Professor ved Klinisk effektforskningsgruppe  
Institutt for helse og samfunn  
Universitet i Oslo (UiO) og forsker ved  
Oslo Universitets sykehus (OUS)  
Mobil: 924 27 884  
E-post: mette.kalager@medisin.uio.no



## Medlem

### Bjarne Austad

Førsteamanuensis Institutt for sam-  
funnsmedisin og sykepleie NTNU,  
Fastlege Øya Legesenter,  
Mobil: 990 29 992  
E-post: bjarne.austad@ntnu.no



## Nestleder

### Sindre August Horn

Stipendiat ved Bergen senter for etikk og  
prioritering (BCEPS), Universitetet i Bergen.  
Mobil: 932 54 897  
E-post: sindre.horn@uib.no



## Medlem

### Erle Refsum

Post doc i gruppe for Klinisk Effekt-  
forskning ved OUS,  
Førsteamanuensis II ved UiO  
Mobil: 22 84 52 54  
E-post: erle.refsum@medisin.uio.no



## Medlem

### Martin Hagve

Førsteamanuensis institutt for klinisk  
medisin ved UiT, kirurg ved avdeling  
for gastroenterologisk kirurgi ved  
Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN).  
Mobil: 934 08 719  
E-post: martin.hagve@uit.no



## Varamedlem

### Kari Risnes

Professor i pediatri, overlege  
Leder for Klinisk Forskningsenhet Midt  
Norge, NTNU og St Olavs Hospital  
Mobil: 951 70 397  
E-post: kari.risnes@ntnu.no



## Redaktør og varamedlem

### Bendik Brinchmann

Forsker ved Avdeling for luftforurensing  
og støy, Folkehelseinstituttet  
LIS Lege ved Statens Arbeidsmiljøinstitutt  
(STAMI)  
Mobil: 46 74 36 32  
E-post: bendikbrinchmann@gmail.com

## LVS' KONTOR



## Rådgiver, sekretariatsleder

### Bente A. Kvamme

Den norske legeförening,  
avdeling for Jus og arbeidsliv  
Telefon arbeid: 23 10 91 62  
Mobil: 92 25 12 99  
E-post: bente.kvamme@legeforeningen.no



## Sekretær

### Kristin Wiik

Den norske legeförening,  
avdeling for Jus og arbeidsliv  
Telefon arbeid: 23 10 91 56  
Mobil: 95 20 40 60  
E-post: kristin.wiik@legeforeningen.no

Forsidebilde: Ullevål tårnbygg.

# KJÆRE LVS-MEDLEM

## Liten forening stort mål



«Vårt formål er blant  
annet å fremme  
medisinsk forskning  
og undervisning.»

Vi er en liten forening målt i medlemsmasse. I februar 2022 var vi 712 medlemmer. Antallet leger som forsker er betydelig større. Det er 680 medlemmer i Legeföreningen som har en stipendiat eller postdoktor stilling, de fleste i en hovedstilling (67%). Kun en av tre av disse (total 211) er registrert som medlemmer i LVS. Omlag halvparten (303 forskerleger) er registrert i yngre legers forening (YLF) mens 124 (18%) er i overlegeforeningen (OF).

Vårt formål er blant annet å fremme medisinsk forskning og undervisning. LVS medlemmer er medlemmer i Legeföreningen som er ansatt i forskerstillinger ved universitetet, helseforetak eller forskningsinstitusjon. Viharmulighetforåhaassosierte medlemmer som har obligatorisk medlemskap i en annen yrkesforening (regulert i Lover for Den norske legeförening §2-3: Legemedlemmer tilmeldes avdelinger etter yrkestilhørighet (hovedverv) og arbeidssted. Godkjente spesialister tilmeldes fagmedisinsk forening etter faglig tilhørighet. Leger i spesialisering tilmeldes den fagmedisinske forening som er relevant for vedkommendes spesialisering).

De fleste stipendiater og postdoktorer er ikke medlemmer i LVS. De skulle ha vært det.

Totalt har legeföreningen 38 616 medlemmer. Vi er en del av et stort fellesskap. Om Legeföreningens medlemsundersøkelse blant sykehusleger våren 2021 er representativ, arbeider omlag 34% av alle sykehusleger med forskning og nær halvparten med undervisning. Om vi legger dette til grunn, er det

omlag 7760 leger som forsker. Det er mer enn 10 ganger så mange som er våre medlemmer. Det er like mange som er medlemmer i Allmennlegeforeningen (AF).

Det er altså grunnlag for en stor medlemsmasse til LVS. Likevel er vi en av de «små» yrkesforeningene. Betyr det noe? Nei og ja. Vi er jo alle medlemmer i samme forening som både er en fagforening og en faglig forening som Gjessing uttrykte i sin tid som president. Vi jobber sammen mot et mål vi blir enige om. Sammen er vi sterke.

Likevel ser jeg at Legeföreningen sliter med å sette forsinkning og undervisning på dagsordenen. Det er utarbeidet mange gode strategier om forskning i Legeföreningen. Dessverre kan det synes som om vi har stått på stedet hvil. I 2006 ble det for eksempel anbefalt at «Lønningen (faste stillinger der forskning er en hovedoppgave) må være konkurransedyktig i forhold til andre legestillinger». Lyder kjent.

Forskere nedprioriteres både innad i foreningen og ute i praksis. En forskerleges lønn ligger langt under en klinisk lønn. En lege professor tjener langt mindre enn sin kollega på sykehus eller i allmennpraksis.

Vi jobber sammen  
mot et mål vi blir  
enige om. Sammen  
er vi sterke.

Legene forsvinner  
gradvis fra akademia.  
I medisinske basalfag  
er legene allerede i  
mindretall. Medisinsk  
statistikk har få eller

# Miljømedisin

## – en viktig driver for det grønne skifte

ingen leger. Medisinstudentene møter færre og færre leger som undervisere. Det kan føre til at undervisningen ikke oppleves som relevant eller settes inn i en relevant kontekst, at det som undervises forsvinner og at kunnskap går tapt.

Forskerlegen har med sin dobbeltrolle en kunnskap Legeforeningen trenger. LVS representerer den. LVS trengs.

At vi er en liten forening, er utfordrende. Medlemsmassen er bestemmende for:

- Representasjon i landsstyret. Vi har to delegater i landsstyret som totalt består av 153 representanter. Til sammenlikning har AF 19 representanter (ikke inkludert sentralstyret).
- Gjennomslagsevne. Altså makt til å få gjennomslag for våre saker, slik som å få satt forskning på dagsorden.
- Antallet som kan dele på verv i ulike utvalg i

Legeforeningen.

- Antallet lokale tillitsvalgte.
- Vårøkonomi. Færre medlemmer, mindrekontingent.

Vi er avhengig av bistand fra legeforeningen, slik som sekretær, juridisk bistand og revisortjenester. Dette er faste inntekter som vi betaler for på lik linje med andre yrkesforeninger i Legeforeningen. Vi buker nær 50% av vår medlemsinntekt på disse tjenestene, YLF bruker 23%. Denne tjenesten trenger vi uavhengig av medlemsmassen, men det kan bli utfordringer for oss å dekke denne om vi blir færre medlemmer. Det betyr også at vi ikke har økonomi til andre oppgaver.

Når forskerleger og leger som driver undervisning ikke er medlemmer eller assosierte medlemmer i LVS, får vi mindre gjennomslagsevne. Vi er den eneste yrkesforeningen som har forskning og undervisning som ett av våre formål. Vi vil derfor fortsette vår jobb innad i Legeforeningen for å styrke vår plass.



Av: Geir Riise

Styreleder i Kompetansesenter for miljø og helse

**Klimaendringer er vår tids største utfordring. Under FNs klimakonferanse i Glasgow, COP26, har Norge sluttet seg til klimakonferansens helseprogram. – Denne forpliktelsen utgjør et viktig bidrag for å både beskytte helsen til den norske befolkningen, og samtidig oppnå målene i Parisavtalen, sier helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol. Miljømedisin handler om forholdet mellom faktorer i omgivelsesmiljøet og hvordan disse påvirker menneskers helse. – Miljømedisinsk kompetanse er en viktig driver for å lykkes med det grønne skifte, sier Geir Riise, styreleder i Kompetansesenter for miljø og helse (KMH).**

### Historisk miljømedisinsk kompetanse

Kompetansesenter miljø og helse AS (KMH) er et godt forankret og regionalt initiativ fra Grenland, med Sykehuset Telemark, Universitet i Sørøst-Norge og grenlandskommunene som eiere. Industrieventyret i Grenland har bygget unik kunnskap om forurensing, opprydding og miljøhelse. Eivind Thiis-Evensen var konsernoverlege i Norsk Hydro og hadde en sentral plass i utviklingen av arbeidsmedisin innen norsk storindustri og i etableringen av landets første yrkesmedisinske avdeling ved Telemark Sentralsjukehus. Nå har regionen store ambisjoner om å bli verdens første klimapositive industriregion. KMH ble stiftet i 2019 og bidrar som møteplass og koblingsboks for tverrfaglig kompetanse innen miljø,

helse og klima. Industriregionen skriver ny historie med grønt fortegn.

### Nettverk og samarbeid på tvers

Klimaendringer gir globale og lokale utfordringer. Miljøet påvirker menneskers helse der folk bor. KMH samarbeider med samtlige av de arbeids- og miljømedisinske avdelingene i Norge, som er lokalisert i Tromsø, Trondheim, Bergen, Oslo og Skien. Dette miljømedisinske nettverket gir regional innsikt i lokale problemstillinger, og styrker den miljømedisinske kompetansen nasjonalt. Nettverket har startet arbeidet med å kartlegge behov og status for fagområdet, og ser behov for en samlet plan og strategi, som påser at Norge er rustet til å håndtere



Bendik Chr.  
Brinchmann,  
Redaktør LVS-info

## KJÆRE LESER

I dette nummeret av LVS-info kan dere lese Geir Rises innslag om Kompetansesenter for miljø og helse (KMH). Vi har også valgt å trykke informasjonen om leger som forsker ved sykehusene, fra medlemsundersøkelsen som Rambøl gjennomførte blant leger som jobber ved sykehusene, på vegne av DNLF. Dere kan også lese debattinnslaget om den manglende rekrutering av leger til de basalmedisinske/prekliniske fag, som tidligere styremedlem Erik Sveberg Dietrichs og undertegnede hadde i Tidsskriftet i 2021.

På tross av mørke skyer over Øst-Europa, ønsker jeg dere alle en god påske og en strålende vår.

helseutfallene som følge av klimaendringer og fremtidige miljøutfordringer.

Miljømedisin er et stort fagfelt som favner flere spesialiteter. Samfunnsmedisin og allmennmedisin har miljømedisin som en del av faget, selv om begrepet som ofte brukes er miljørettet helsevern. I stor utstrekning dreier det seg om kontroll av at aktuelle aktører følger lover og regler. Det er derfor viktig å styrke samarbeidet på tvers av fagfelt og sektorer. KMH spiller en viktig rolle som møteplass for et utvidet nettverk sammen med Folkehelseinstituttet, utdanningsinstitusjoner og kommuner.

### Behov for å styrke miljømedisinsk kompetanse i Norge

Per i dag finnes det ikke et koordinert, landsdekkende miljømedisinsk fagmiljø i Norge. Et slikt tilbud har man hatt i Sverige i flere tiår. Arbeidsmedisin har miljømedisin som en del av spesialistutdanningen, spesialiteten heter 'Occupational and environmental medicine' i resten av verden. Det finnes fem arbeids- og miljømedisinske avdelinger i Norge, men ingen av disse har et mandat eller midler til å utrede pasienter eller grupper med miljømedisinske problemstillinger selv om kunnskapen som skal til er tilstede. En gruppe bestående av arbeidsmedisinere fra alle avdelingene i Norge har sammen med Kompetansesenter for miljø og helse utarbeidet et fagnotat med forslag til en mulig organisering: de arbeidsmedisinske avdelingene gis mandat og ressurser til å håndtere pasienter og grupper med miljømedisinske problemstillinger. Utredning for en arbeidsmedisinsk og miljømedisinsk problemstilling gjøres på samme måte og agens er i stor grad er de samme i arbeidsmiljø som i øvrig miljø. Et utvidet mandat for avdelingene vil kreve små ressurser sammenliknet med alternativet som vil være å bygge opp nye utredningsenheter.

### Politisk vilje må til for å lykkes

Kompetansesenteret miljø og helse (KMH) ble nevnt i statsbudsjettet for 2019, og deltok

«Et helhetlig miljømedisinsk helsetilbud vil bidra til å forebygge helseskader, og være en viktig motivasjon for alle til å bidra i arbeidet for en grønn omstilling.»

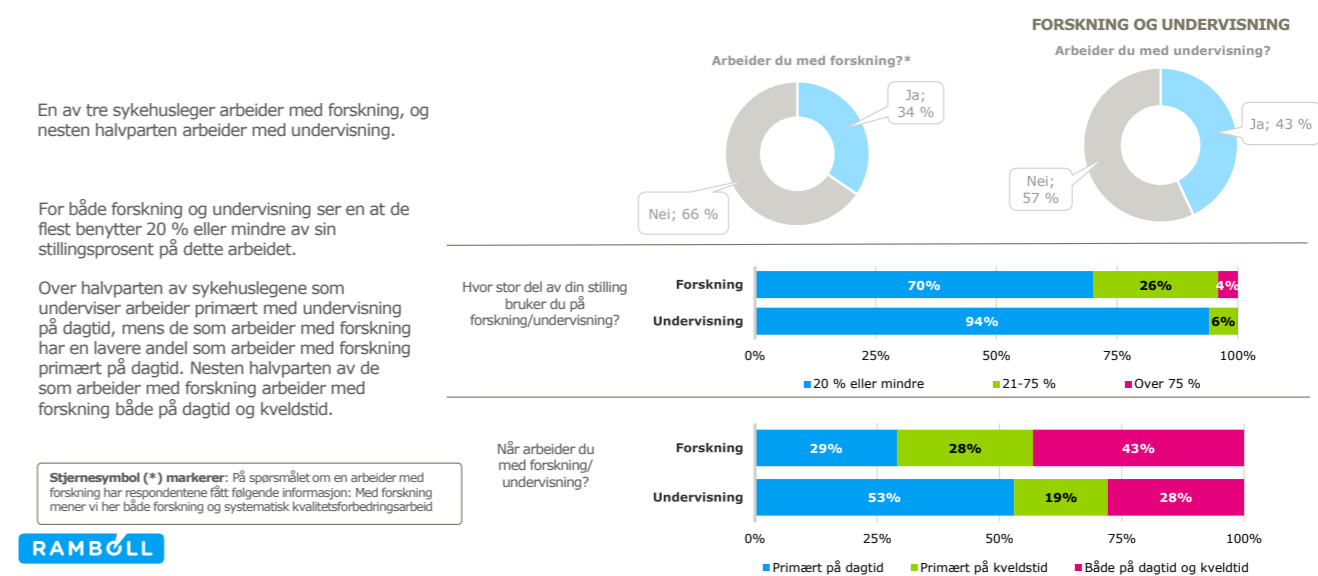
på statsbudsjettøringene for 2022 i Helse- og omsorgskomiteen og i Energi- og miljøkomiteen. Politikerne lytter, men for å styrke dette viktige fagfeltet trengs det tiltak og handling. Det er behov for penger til å komme i gang med en konkret handlingsplan, noe KMH tok opp i stortingshøringene. Helse har lenge stått noe ned på listen i arbeidet for grønn omstilling. Nå er det økende interesse og engasjement om konsekvensene klimaendringene har på folkehelsen. Helse er derfor en naturlig del av løsningen for å lykkes med det grønne skifte. Et helhetlig miljømedisinsk helsetilbud vil bidra til å forebygge helseskader, og være en viktig motivasjon for alle til å bidra i arbeidet for en grønn omstilling.

### Helsekompetanse og grønn verdiskaping

Global klimapolitikk fører med seg ny innovasjon og utvikling i et økende tempo. Det utvikles nye grønne næringer i rekordfart, og da blir det også viktig at helseperspektivet blir ivaretatt. Vi kan ikke bare ta for gitt at alt som er klimapositivt også er positivt for helsen. Vi vet at eksisterende miljøgifter kan føre til helseutfordringer innen blant annet hjerte- og lunge, fertilitet, fedme og kreft. Hva med alle nye materialer, prosesser og produkter som kommer på markedet? Det er viktig å tenke bærekraftige løsninger for økonomi og klima i det grønne skifte, og ikke glemme helseperspektivet. Vi i KMH er klare til å bidra sammen med vårt faglige nettverk i alle helseregioner, avslutter Geir Riise.

## Den norske legeforening medlemsundersøkelse blandt sykehusleger våren 2021

### EN AV TRE SYKEHUSLEGER ARBEIDER MED FORSKNING, NESTEN HALVPARTEN MED UNDERVISNING

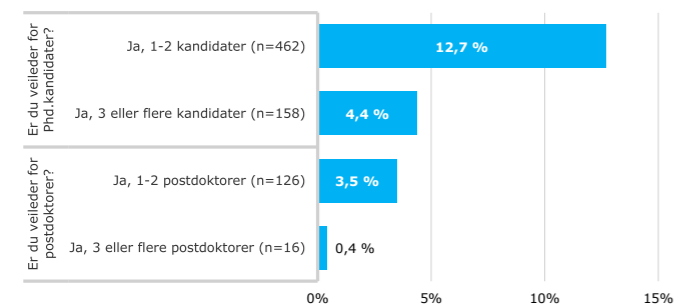


## ANDELEN SOM ARBEIDER MED FORSKNING OG UNDERVISNING ER STØRRE BLANT DE ELDSTE ALDERSGRUPPENE

### ANDELEN SYKEHUSLEGER SOM ARBEIDER MED FORSKNING ELLER UNDERVISNING PÅ TVE BAKGRUNNSOPPLYSN

Andelen sykehusleger som arbeider med forskning og undervisning varierer på tvers av ulike bakgrunnsoppløsninger. På tvers av sykehusstørrelse er det størst andel som arbeider med forskning på de store sykehusene, og flest som arbeider med undervisning på de minste sykehusene. På tvers av aldersgrupper ser en at det er en stigende andel som arbeider med forskning og undervisning desto eldre en er.

Blant leger som arbeider med forskning og/eller undervisning arbeider en relativt lav andel med veiledning. Om lag 17 % veileder Phd. kandidater og 4 % veileder postdoktorer.



**Veiledning:** Oppfølgingsspørsmål om veiledning har bare blitt stilt til de som arbeider med forskning og/eller undervisning.

	Andel som arbeider med forskning	Andel som arbeider med undervisning
<b>Totalt (n=6 695)</b>	<b>34 %</b>	<b>43 %</b>
<b>Forening</b>		
Norsk overlegeforening (n=3315)	46 %	58 %
Yngre legers forening (n=3294)	21 %	27 %
Legger i vitenskapelige stillinger (n=85)	95 %	73 %
<b>Sykehusstørrelse</b>		
Lite sykehus (n=596)	19 %	46 %
Middels sykehus (n=1847)	25 %	45 %
Stort sykehus (n=3881)	42 %	42 %
<b>Kjønn</b>		
Kvinne (n=3777)	28 %	38 %
Mann (n=2918)	42 %	49 %
<b>Alder</b>		
Under 30 år (n=759)	9 %	11 %
30 - 40 år (n=2344)	24 %	31 %
41 - 50 år (n=1719)	42 %	49 %
51 - 60 år (n=1041)	47 %	59 %
Over 60 år (n=832)	48 %	62 %

**Blått markerer** den gruppen som har størst andel som har svart «Ja» på at de arbeider med forskning og undervisning i tilhørende kategori.

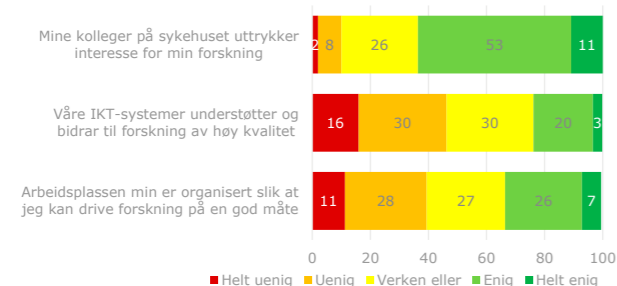
**Antall (N)** er antallet personer i gruppen som har deltatt i undersøkelsen (basert på bakgrunnsdata).

## FLERE RAPPORTERER OM NOE UTFORDRINGER MED RAMMEVILKÅRENE FOR FORSKNINGSRELATERT ARBEID PÅ TILHØRENDE SYKEHUS

### OPPLEVELSEN AV RAMMEVILKÅR FOR FORSKNING PÅ TILHØRENDE SYKEHUS PÅ TVERS AV HELSEFORETAK

Flere rapporterer om utfordringer med rammevilkårene knyttet til forskning på tilhørende sykehus. Nesten halvparten gir lave vurderinger på spørsmål om IKT-systemene understøtter og bidrar til forskning av høy kvalitet, og to av fem rapporterer negativt på forskningsrettet organisering av arbeidsplassen.

En ser noe variasjon på tvers av helseforetak. Spesielt resultater fra Oslo universitetssykehus HF og Akershus universitetssykehus HF tyder på at dagens IKT-systemer hemmer forskningsarbeidet.



	Arbeidsplassen min er organisert slik at jeg kan drive forskning på en god måte	Våre IKT-systemer understøtter og bidrar til forskning av høy kvalitet	Mine kolleger på sykehuset uttrykker interesse for min forskning
<b>Totalt (n=2 268)</b>	<b>2,9</b>	<b>2,6</b>	<b>3,6</b>
Akershus universitetssykehus HF (n=133)	2,8	2,4	3,4
Helse Bergen HF (n=294)	2,9	2,9	3,7
Helse Møre og Romsdal HF (n=65)	2,8	2,9	3,7
Helse Stavanger HF (n=120)	2,8	2,9	3,4
Jobber ved privat ideelt sykehus (n=83)	3,1	2,6	3,8
Oslo universitetssykehus HF (n=645)	2,9	2,4	3,7
St. Olavs Hospital HF (n=264)	3,0	2,7	3,7
Sykehuset i Vestfold HF (n=55)	3,0	2,9	3,6
Sykehuset Innlandet HF (n=55)	2,7	2,7	3,5
Sørlandet sykehus HF (n=79)	2,8	2,5	3,6
Universitetssykehuset Nord-Norge HF (n=137)	2,7	2,8	3,5
Vestre Viken HF (n=104)	2,9	2,6	3,5

**Blått markerer** helseforetak(ene) med høyest gjennomsnitt på hvert enkelt spørsmål, **rødt markerer** helseforetak(ene) med lavest gjennomsnitt.

**N** viser antallet som arbeider med forskning i helseforetaket.

Helseforetak med færre enn 50 personer som arbeider med forskning er ekskludert fra figuren.

## Universitetene må rekruttere flere leger til basalmedisinske fag

### DEBATT

ERIK SVEBERG DIETRICH

E-post: erik.sveberg.dietrichs@uit.no

Erik Sveberg Dietrichs er ph.d., lege ved Universitetssykehuset Nord-Norge og førsteamanuensis og leder for forskningsgruppen for eksperimentell og klinisk farmakologi ved UiT – Norges arktiske universitet. Han er styremedlem i Foreningen for leger i vitenskapelige stillinger (LVS). Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BENDIK CHRISTIAN BRINCHMANN

Bendik Christian Brinchmann er ph.d., lege i spesialisering ved Statens arbeidsmiljøinstitutt og forsker ved Folkehelseinstituttet. Han er styremedlem i Foreningen for leger i vitenskapelige stillinger (LVS) og redaktør for LVS-info.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Hvorfor forsvinner leger fra basalmedisinske, akademiske stillinger ved universitetene? Medisinstudentene taper på at manglende satsing gjør universitetsstillingene til en lite attraktiv karriereveg for leger.

Medisinske basalfag utgjør en stor og viktig del av medisinstudiet. Forståelse av basale mekanismer innen forskjellige fag som biokjemi, fysiologi og farmakologi er sentralt innen kliniske fagfelt. Det gir grunnleggende forståelse av sykdomsmekanismer og av hvordan fremtidige leger best kan behandle sine pasienter.

Da vi studerte i Tromsø og Århus for mindre enn ti år siden, var mange av foreleserne i basalfagene leger. Vi fikk også god undervisning av biologer og kjemikere, med inngående mekanistisk kunnskap, men legene satte stoffet inn i en klinisk kontekst.

Vårt inntrykk er at det ansettes stadig færre leger i professorater og amanuensisstillinger ved de norske universitetene. Fortsatt finnes det flere vitenskapelige ansatte leger innen basalfag, for eksempel ved Universitetet i Oslo, men vi er redde for at disse gradvis blir erstattet av akademikere uten medisinsk embetseksamen. Ved Institutt for medisinske basalfag er nå to av åtte professorater og amanuensisstillinger i biokjemi besatt av leger, mens det i andre basalfag som anatomi fortsatt er et flertall med legeutdanning.

Når Foreningen for leger i vitenskapelige stillinger (LVS) tar opp denne problemstillingen, blir vi ofte møtt med at det er mange kvalifiserte søkere til stillingene. De fleste medisinere har ikke like inngående basalkunnskap om et emne som realister med et fokusert utdanningsløp. Det er også vanskeligere å skrive og publisere artikler når man står i en klinisk eller paraklinisk utdanningsstilling. Likevel konkurrerer vi om de samme akademiske stillingene, fordi medisinsk embetseksamen eller klinisk erfaring sjelden er et krav. Paradoksalt nok er dette kvalifikasjoner som er helt sentrale i forelesningssalen. I møte med medisinstudentene er det ikke den mest inngående basalkunnskapen som er viktig, men den *relevante* basalkunnskapen og det å kunne sette den i et klinisk perspektiv.

Vi mener at undervisningen bør ha et translasjonelt fokus som viser sammenhengen mellom basale mekanismer og pasientens kliniske tilstand. Dette vil øke studentenes motivasjon for å lære basalfag, styrke legenes innsikt i grunnleggende mekanismer og på sikt komme pasientene til gode. Studentene må forstå hvordan og hvorfor stoffet er relevant når de står i akuttmottaket eller utreder pasienter med diffuse symptomer på legekantoret. Vi mener at dette perspektivet ofres under økt krav om produksjon av undervisningstimer for en stadig større masse av helsefagstudenter ved universitetene.

*«I møte med medisinstudentene er det ikke den mest inngående basalkunnskapen som er viktig, men den relevante basalkunnskapen og det å kunne sette den i et klinisk perspektiv»*

Vi mener at de økonomiske rammene for en translasjonell tilnærming til medisinsk vitenskap må styrkes. Det samsvarer med et internasjonalt fokus på at det translasjonelle potensialet i forskning og utdanning må verdsettes i langt større grad. En nylig publisert kommentarartikkel i Nature påpeker at akademikere med translasjonell innsikt må lede denne utviklingen (1). Et slikt fokus er etterspurt i utdanningen av forskere som skal finne nye legemidler (2). Nye, effektive behandlingsstrategier kan ikke utarbeides uten en rød tråd i arbeidet som skjer, helt fra laboratoriebenken til medikamentet blir gitt ved en sykehusavdeling. Skal vi henge med i utviklingen, som aktualiseres av den pågående pandemien, må vi også rekruttere flere leger til de basalmedisinske fagene ved norske universiteter.

Tidligere var en akademisk karriereveg både prestisjetung og attraktiv for medisinstudenter og leger. En amanuensisstilling eller et professorat innen medisin henger fortsatt høyt, men sammenlignet med sykehusstillinger er universitetsstillingene lavt lønnet. Klinisk spesialistkompetanse innen relevant fagfelt i en stilling ved universitetene gir heller ikke lønnsuttelling, i motsetning til en publikasjonsliste med lengde tilsvarende professorkompetanse. Helseforetakene lønner derimot forskende leger bedre, ofte uten de samme krav til tidkrevende undervisningsoppgaver.

Vi mener at manglende satsing og verdsetting av klinisk kompetanse gjør universitetsstillingene til en stadig mindre attraktiv karriereveg for yngre leger. Vi ser et system der medisinstudentene er avhengige av idealister for å få best mulig undervisning i basalmedisinske fag. En naturlig konsekvens er at kvaliteten på medisinstudiet blir dårligere. Dette vil forplante seg til klinikken og få konsekvenser for kvaliteten på utredning og behandling av pasientene. Vi mener derfor at det må iverksettes tiltak for å forbedre rekrutteringen av leger til vitenskapelige stillinger. At man ved de basalmedisinske instituttene har leger med sterke fagkunnskaper og gode formidlingsevner, er en forutsetning for å gi medisinstudentene den undervisningen de fortjener.

---

## LITTERATUR


1. Ogier R, Knecht W, Schwab ME. Academic leadership: (with)holding the keys to translational medicine? *Nat Med* 2019; 25: 1812-3. [PubMed][CrossRef]
2. Shahzad A, Cohrs RJ, Andersson R et al. Recommendations for comprehensive translational medicine education and training. *Transl Biomed* 2011; 2: 1-3.

---

Publisert: 26. januar 2021. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0918

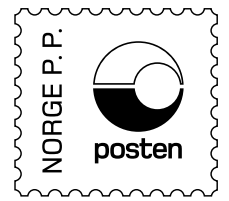
Mottatt 11.11.2020, første revisjon innsendt 21.12.2020, godkjent 4.1.2021.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2022. Lastet ned fra tidsskriftet.no 25. mars 2022.



## LVS kjemper for å styrke stillingen for leger som jobber med forskning og undervisning.

Vi mener at det er et kritisk behov for flere leger i basalfagene. Det er viktig at leger med forskningskompetanse i disse fagene deltar aktivt i undervisning av medisinstudenter og utformingen av fremtidens legeutdanning.



Returadresse: Den norske lægeforening, Postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo

