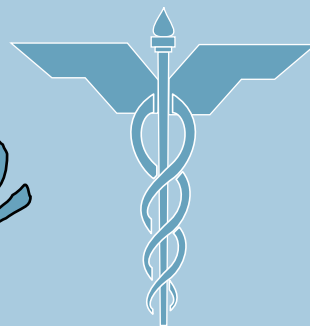


# LVS *info*



FORENINGEN FOR LEGER I VITENSKAPELIGE STILLINGER

MEDLEMSBLAD 1 / 2020



Høring inntektsfordeling

Norge i forskningsfronten  
på avføringsbehandling

Snus utgjør en fare  
for gravide kvinner



# STYRET & SEKRETARIAT I LVS FOR 2019–2021

*leger i vitenskapelige stillinger*



## Leder

### Marius Widerøe

Førsteamanuensis II i medisin ved NTNU  
Daglig leder MR Kjernefasiliteten  
Gruppeleder for «Laboratory for in vivo experimental MR»  
Mobil: 402 31 923  
E-post: marius.wideroe@ntnu.no



## Varamedlem

### Espen Haavardsholm

Overlege Diakonhjemmet Sykehus  
Professor II ved Universitetet i Oslo  
Mobil: 997 98 329  
E-post: espen@haavardsholm.no



## Nestleder

### 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



## Varamedlem

### Kari Ravndal Risnes

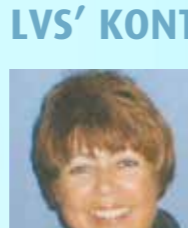
Overlege ved barneklirikken, St. Olavs  
Hospital - kombinert med stipendiat,  
deretter postdoc ved institutt for  
samfunnsmedisin NTNU  
Mobil: 951 70 397  
E-post: kari.risnes@ntnu.no



## Medlem

### Erik Sveberg Dietrichs

Førsteamanuensis og forskningsgruppeleder  
ved Eksperimentell og klinisk farmakologi,  
Universitetet i Tromsø og LIS-lege i Klinisk  
farmakologi ved Universitetssykehuset  
Nord-Norge.  
Mobil: 414 02 062  
E-post: erik.dietrichs@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



## Medlem

### Tiina Rekand

Forsker og overlege ved  
Nevrologisk avdeling, Haukeland  
universitetssykehus  
Telefon arbeid: 55 97 50 00  
Mobil: 92 84 61 81  
E-post: tiina.rekand@helse-bergen.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



## 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



## 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

# KJÆRE LVS-MEDLEM



Med en vinter bak oss som har luktet mest av vår, er det snart tid for ordentlig vår og det som hvert år følger med, nemlig tariffoppgjøret – eller vårens vakreste eventyr som noen også kaller det. I år er det

hovedoppgjør og med lav prisstigning i samfunnet og en forventet gjennomsnittlig lønnsvekst på 3,2% ligger det an til at vi skal få reallønnsvekst i år.

I 2018 ble Akademikerne (som er hovedsammenslutningen hvor Legeföreningen er med) enige med staten om en egen hovedtariffavtale hvor lønnstrinn ble avskaffet og hele lønnspotten blir forhandlet lokalt. De andre hovedsammenslutningene ønsket ikke dette og fikk en annen hovedtariffavtale. Akademikerne mener at dette har gitt våre medlemmer bedre muligheter til lønnsvekst siden tradisjonelt mye av lønnspotten har gått med til å heve lavtlønte i sentrale forhandlinger ved en ikke-lineær oppjustering av lønnstrinnene. Mye tyder på at Akademikerne fortsetter med egen hovedtariffavtale etter årets oppgjør og at hele lønnspotten vil bli forhandlet lokalt.

LVS er imidlertid bekymret for lønnsutviklingen til leger i bistillinger ved universitetene. Ved lokale forhandlinger blir som oftest ansatte i bistillinger på 20% og lavere utelatt fra forhandlingene eller får kun generelle tillegg. Dette gjelder en majoritet av leger ansatt ved universitetene, og vi ser at disse ligger betydelig lavere i lønn over tid sammenliknet med sine kolleger i fulle stillinger. Vi har derfor spilt inn til Akademikerne at dette bør løftes som

en problemstilling i de sentrale forhandlingene. For de av dere som har åremål vil vi framheve viktigheten av å benytte muligheten til å forhandle lønn ved fornyelse av åremålet.

De lokale lønnsforhandlingene har blitt en stor jobb for våre lokale tillitsvalgte, og forberedelsene begynner allerede i februar, mars. En av de største utfordringene er nemlig å ha kontroll på hvem man skal forhandle for. Våre medlemslister baserer seg på det som våre medlemmer til enhver tid har meldt inn til Legeföreningens medlemsregister.

Mange leger går inn og ut av stillinger ved universitetene, ofte i kombinasjon med klinisk virke, og gjerne i små stillingsbrøker og er dessverre ikke så flinke til å melde fra om dette. Dermed blir registerinformasjonen mangelfull, som igjen betyr merarbeid for våre tillitsvalgte som ender opp med å tråle igjennom ansattelister for å finne alle medlemmer som kan bidra til større lønnspott og mer «kjøttvekt».

### Jeg vil derfor komme med en appell til alle:

– Gå inn på Legeföreningens hjemmeside og sjekk om dine ansettelsesforhold er riktig registrert før 1. mai!

– Husk også å levere lønnskrav til de lokale forhandlingene ved din institusjon hvis du synes at du har fortjent noe mer!

*Med ønske om et riktig vakkert vårentyr til alle!*

*Marius Widerøe*

## KJÆRE LESER



I lys av vinterens fravær for store deler av landet har jeg latt årets første snøkløkker i vår hage pryde denne vinterutgaven av LVS-info. Blomstene bærer med seg et alvorlig budskap om et miljø og klima i endring, men er også et symbol på håp. Dette håpet må ikke glippe ut av vårt fokus, og for oss som til daglig jobber i forskningens verden, er det tydelig at veien videre må ha rot i vitenskapen.

I dette nummeret har Frederik Emil Juul og Peter Holger Johnsen skrevet om den spennende utviklingen som skjer her i Norge innen feltet fekal

mikrobiotatransplantasjon. Du kan også lese om helseisikoen som bruk av snus utgjør for gravide, samt LVS sine innspill på utredningen om inntektsfordeling mellom regionale helseforetak.

Vi i LVS-styret ønsker avslutningsvis velkommen til årsmøte og fagpolitiske seminar som i år finner sted i Tromsø 26.-27. mars.

Jeg ønsker dere alle en fortsatt god vinter og en givende vår.

*Bendik Chr. Brinchmann,  
Redaktør LVS-info*

## Norge i forskningsfronten på avføringsbehandling



**Frederik Emil Juul**

Lege og stipendiat i forskningsgruppen Klinisk effektforskning, Oslo Universitetssykehus. COLONIZE-studien er hans doktorgradsprosjekt.



**Peter Holger Johnsen**

Lege og stipendiat ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN), medisinsk avdeling UNN Harstad og forskningsgruppen Gastroenterologi og ernæring ved Universitetet i Tromsø.

Forstyrrelser i sammensetningen av mikrober i tarmen (tarmfloraen) er beskrevet ved en rekke sykdommer, ikke bare gastrointestinale (1,2). Fekal mikrobiotatransplantasjon (FMT), hvor en overfører tarmflora fra et individ til et annet, kan bli et behandlingsalternativ for flere av disse sykdommene (3-5).

Vi deltar i to norske forskningsgrupper som sammen undersøker klinisk anvendelse av FMT. Kjernevirksomheten for «produksjonen» av FMT er ved medisinsk avdeling Harstad, Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). Gjennom en grundig seleksjonsprosess utelukker vi tilstander som kan gi en forstyrret tarmflora, for å finne friske avføringsdonorer. Donert avføring (FMT) blir fryst ned for å være lett tilgjengelig når pasientene trenger behandlingen.

Nå arbeider vi med to store, kliniske studier hvor FMT er intervensjonsbehandlingen. Den første studien er rettet mot pasienter med Clostridoides (tidl. Clostridium) difficile infeksjon. Den andre studien inkluderer pasienter med irriterbar tarmsykdom (IBS).

### Avføring bedre enn antibiotika?

FMT er vist seg å være effektiv ved tilbakevendende infeksjoner med *C. difficile*, en tarmbakterie som kan forårsake alvorlig diareesykdom (3). Sykdommen rammer typisk sykehuspasienter som er under antibiotikabehandling for en annen infeksjon. Antibiotika forstyrrer tarmfloraen så *C. difficile* får fotfeste og gir alvorlig diare. Likevel er dagens førstelinjebehandling mer antibiotika, og det er først ved flere tilbakefall at FMT blir et behandlingsalternativ. Dette syntes vi var rart; hvorfor vente til pasientene har fått flere tilbakefall? Hvorfor ikke bare gi FMT ved primære *C. difficile*-infeksjoner?

Spørsmålet fikk oss til å planlegge studien COLONIZE – COmparative effectiveness of intestinal microbiota versus vancomycin for primary *C. difficile* Infection – randomiZed trials. Her sammenlikner vi FMT fra friske donorer med antibiotikabehandling (vancomycin) hos pasienter med primær *C. difficile*. Studien er i gang ved flere norske sykehus, benytter FMT fra avføringsbanken i Harstad og ledes av forskningsgruppen Klinisk effektforskning i Oslo.

### 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.





### Avføring - den etterlengtede behandlingen?

IBS er en annen tilstand hvor forstyrrelser i tarmfloraen ser ut til å være viktig i patogenesen. Sykdommen anslås å ramme 10-20% av befolkningen, hvorav mange opplever betydelig redusert livskvalitet. Pasientene er villige til å redusere forventet levetid med tiår hvis de kan mottatt en umiddelbar kur for sykdommen (6). Med andre ord vil et nytt og bedre behandlingsalternativ ha stor betydning for mange mennesker.

I studien REFIT 2 (REcalibrating intestinal microflora by Fecal mIcrobiota Transplantation) skal vi undersøke om FMT bør inngå som et behandlingsalternativ ved IBS. REFIT 2 er en klinisk fase 3 studie med deltakende sykehus i hele Norge. Studien er finansiert av KLINBEFORSK og ledes av medisinsk avdeling UNN Harstad og forskningsgruppen gastroenterologi og ernæring ved Universitetet i Tromsø.

Det er også satt av mye ressurser til translasjonsmedisinsk forskning på FMT som presisjonsmedisin og utvikling av nye biomarkører.



Fellesbilde forskningsgruppen UNN

### Internasjonal oppmerksomhet

Pilotstudien til COLONIZE ble publisert New England Journal of Medicine og REFIT 1 i Lancet Gastroenterology and Hepatology (4,7). Førstnevnte publikasjon indikerte at FMT er like bra eller bedre enn standard antibiotikabehandling ved primær C. difficile infeksjon. I REFIT 1 ga FMT bedre symptomlindring sammenliknet med placebo (autolog FMT).

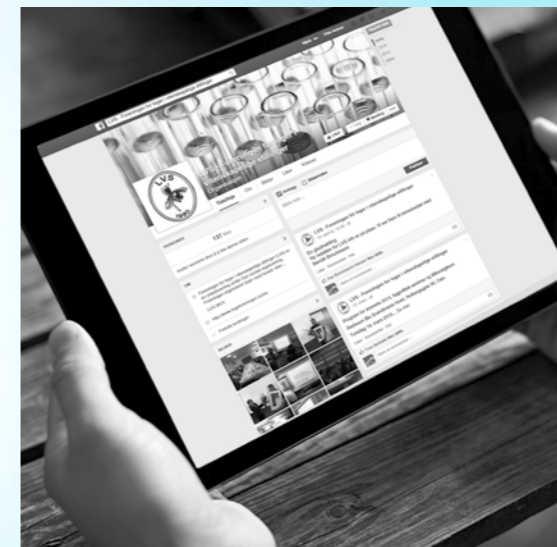
Hverken pilotstudien eller REFIT 1 var store nok til å trekke endelige konklusjoner men resultatene har satt «north feces» på kartet internasjonalt. Vi arbeider nå med multisenterstudiene (COLONIZE og REFIT 2) for å se om resultatene kan verifiseres. I så fall kan kanskje avføring bidra til å redusere antibiotika-forbruket ved C. difficile-infeksjoner og inngå som et etterlengtet behandlingsalternativ ved folkesykdommen IBS, både i Norge og internasjonalt.

### Litteraturliste:

1. Cani PD. Human gut microbiome: hopes, threats and promises. Gut. 2018;67(9):1716-25.
2. Duvallet C, Gibbons SM, Gurry T, Irizarry RA, Alm EJ. Meta-analysis of gut microbiome studies identifies disease-specific and shared responses. Nature communications. 2017;8(1):1784.
3. Kassam Z, Lee CH, Yuan Y, Hunt RH. Fecal microbiota transplantation for Clostridium difficile infection: systematic review and meta-analysis. Am J Gastroenterol. 2013;108(4):500-8.
4. Johnsen PH, Hilpusch F, Cavanagh JP, Leikanger IS, Kolstad C, Valle PC, et al. Faecal microbiota transplantation versus placebo for moderate-to-severe irritable bowel syndrome: a double-blind, randomised, placebo-controlled, parallel-group, single-centre trial. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2018;3(1):17-24.
5. Cammarota G, Ianiro G, Tilg H, Rajilic-Stojanovic M, Kump P, Satokari R, et al. European consensus conference on faecal microbiota transplantation in clinical practice. Gut. 2017;66(4):569-80.
6. Canavan C, West J, Card T. Review article: the economic impact of the irritable bowel syndrome. Alimentary Pharmacology & Therapeutics. 2014;40(9):1023-34.
7. Juul FE, Garborg K, Bretthauer M, Skudal H, Oines MN, Wiig H, et al. Fecal Microbiota Transplantation for Primary Clostridium difficile Infection. N Engl J Med. 2018;378(26):2535-6.



Fellesbilde oppstartsmøte COLONIZE



### Bli venn med oss på facebook!

Facebooksiden vil bli brukt til kommunikasjon med medlemmer og samfunnet for øvrig. Vi oppfordrer alle medlemmer og andre interessenter til å følge lenken og «like» siden.



<https://www.facebook.com/ForeningenForLegerIVitenskapeligeStillinger>



# Snus utgjør en fare for gravide kvinner



Øverst: Bendik Brinchmann, Rune Becher, Ida-Kristin Ø. Elvsaa, Jan Alexander og Gunn E. Vist; Folkehelseinstituttet og Håkon Valen; Seniorforsker ved Nordisk institutt for odontologiske materialer (NIOM)  
Nederst: Tom Grimsrud; Forsker og overlege ved Gruppe for etiologisk forskning, Kreftregisteret, Ina Kreyberg, Live S. Nordhagen og Karin Lødrup Carlsen; PreventADALL, Barne- og ungdomsklinikken, OUS.

## Innledning

Folkehelseinstituttet (FHI) har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet en rapport om helserisiko ved bruk av snus. Denne ble publisert i oktober 2019 og er tilgjengelig på FHIs nettsider:

<https://www.fhi.no/publ/2019/helserisiko-ved-snusbruk2/>

Rapporten bygger på flere systematiske oversikter etter internasjonale standarder, utført av arbeidsgruppen, inkludert gradering med GRADE (<https://www.gradeworkinggroup.org/>) og beregning av risiko basert på de sterkeste studiene. Inkluderte studier er i hovedsak befolkningsstudier utført i Sverige, og vi antar at risikoen vil være relativt lik i Norge. Her gir vi en oversikt over hvilken risiko snus utgjør for den gravide og deres barn.

## Resultater

Bruk av snus er utbredt blant unge kvinner i Norge i dag. I alderen 16–24 år er det 15 % som oppgir å snuse daglig, og tilsvarende tall for menn er 25 %. (Folkehelseinstituttet Rapport 2019). Dersom man bruker snus i svangerskapet, vil det utgjøre en helserisiko for det ufødte barnet. Dette er en utfordring

som må tas på alvor, med tanke på antall kvinner i fertil alder som bruker snus. Relativ risikoøkning (OR justert blant annet for mors alder, paritet og KMI) for skader når gravide kvinner bruker snus, presenteres i tabell 1.

Rapportens resultater om risikoen ved bruk av snus i svangerskapet er i all hovedsak basert på kohortstudier med data fra det svenske fødselsregisteret. Konklusjonene trekkes også ut fra kunnskap om innholdsstoffer i snus (TSNA og nikotin), dyrestudier med snus, og på bakgrunn av kunnskap om helseskader ved bruk av andre tobakksprodukter.

Snusing medfører økt risiko for dødfødsel, for tidlig fødsel, keisersnitt, lavere fødselsvekt og «liten for gestasjonsalder», kortvarig pustestans etter fødsel, endret hjerteratevariabilitet hos barnet og leppe- og ganespalte (tabell 1). Det er bekymringsverdig at noen studier viser effekter av snus som er tilsvarende det som ses ved røyking, noe som antyder at det kan være nikotin som utløser disse effektene. Snus og andre nikotinerstatningsmidler er derfor ikke noe godt alternativ til røyking. Det er viktig at helsepersonell som jobber med kvinner i fertil

alder, informerer om dette. Et særlig viktig funn i denne sammenheng, er at risikoen for mange av disse utfallene var normalisert blant de kvinnene som opplyste å ha sluttet med snus før graviditet. Utvikling av nikotinhengighet i ung alder gjør det vanskelig å slutte når man blir gravid.

Etter våre søk har Nordenstam disputert, i hennes avhandling undersøkte hun barn av mødre som brukte snus i svangerskapet når barna var blitt fem-seks år gamle (ref). Disse barna hadde høyere systolisk blodtrykk, flere hjerterytmeforstyrrelser og stivere arterievegger (tidlige tegn på skade av blodkar som kan føre til arteriosklerose) enn jevnaldrende barn av mødre som ikke brukte noen form for tobakksprodukter i svangerskapet.

Utover den beskrevne kunnskap om risiko under graviditeten, er det lite eller ingen vitenskapelig litteratur om hvilken helserisiko bruk av snus utgjør for kvinners helse. Vi vil oppfordre til økt forskningsaktivitet på effekten av bruk av snus på kvinners helse her i Norge.

## Konklusjon

Bruk av snus under svangerskapet er skadelig både for mor og barn. Dette budskapet må leger og annet helsepersonell videreformidle til sine pasienter, sånn at flest mulig kvinner i fertil alder legger vekk snusen før de blir gravide. Snus og andre nikotinerstatningsmidler er ikke risikofrie alternativer til røyking.

Innslaget er tidligere publisert i Oslo Legeforenings medlemsblad Journalen

Relativ risiko når gravide bruker snus	Relativ effekt: (justert OR, 95 % KI)
Dødfødsler	OR 1,43 (1,02 til 1,99)
Ekstremt fortidligfødt, <28 uker	OR 1,69 (1,17 til 2,45)
Veldig tidlig fødsler, 28 til 31 uker	OR 1,26 (0,95 til 1,66)
Moderat fortidligfødt, uke 32 til 36	OR 1,26 (1,15 til 1,38)
Liten for gestasjonsalder	OR 1,38 (1,01 til 1,88)
Lavere fødselsvekt	39 g (KI: -72 til -6)
Keisersnitt	OR 1,19 (1,02 til 1,40)
Leppe/ganedefekter	OR 1,48 (1,00 til 2,21)
Kortvarig pustestans hos spedbarnet etter fødsel	OR 1,96 (1,30 til 2,96)
Tidlig neonatale død	OR 0,75 (0,35 til 1,58)
Svangerskapsforgiftning	OR 1,11 (0,97 til 1,28)

Tabell 1. Relativ risiko for gravide som bruker snus i hele svangerskapet.

## Referanser:

Folkehelseinstituttet. Helserisiko ved snusbruk. [Health risks from snus use Norwegian Institute of Public Health. Report 2019]. Folkehelseinstituttet Rapport 2019. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2019. <https://www.fhi.no/nyheter/2019/helserisiko-ved-snus/>  
Nasjonalt folkehelseinstitutt. Helserisiko ved bruk av snus. Rapport 2014 (ISBN elektronisk versjon 978-82-8082-644-2).  
Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2014/helserisiko-ved-bruk-av-snus/>  
Nordenstam F. Perinatal snus exposure and cardiovascular function in the child. Ph.D defence 2019. Karolinska Institute, Stockholm, Sweden.

# Høring av NOU 2019: 24 – Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har oppnevnt et offentlig utvalg som skulle gjennomgå, og foreslå en revisjon av, dagens modell for fordeling av basisbevilgning fra staten til de fire regionale helseforetakene.

Leger i vitenskapelige stillinger (LVS) er blant foreningene som har fått forslaget til høring. Vi noterer oss at det av kapittel 8 framkommer at «det ikke ligger i utvalgets mandat å vurdere tilskuddet til forskning over kapittel 732 Regionale helseforetak, post 78 i statsbudsjettet». Vi mener likevel at forslaget har påvirkning på fordelingen av forskningsmidler mellom helseforetakene. Utdanning av helsepersonell og forskning er tett knyttet sammen ved de store universitetssykehusene i helseforetakene, noe som også slås fast av utvalget. Ofte er det de samme fagpersonene som i tillegg til daglige kliniske oppgaver, skal ta ansvar for forskning og utdanning. Ved mindre sykehus er det ofte mindre forskningsmiljø, selv på institusjoner som har økende grad av undervisningsansvar. Blant annet er deler av medisinstudiet ved UiT og NTNU desentralisert.

Når det gjelder utdanning (kapittel 10) kommer det fram at utvalget mener at: «den kompensasjonen som gjøres for forskningsaktivitet også vil fange opp merkostnader knyttet til medisinstudiet. Når utvalget i kapittel 8 anbefaler en kostnadsindeks som kompenserer for LIS-leger og forskningsaktivitet mener utvalget derfor at dette i stor grad vil kompensere for regionale forskjeller i utdanningskostnader. Utvalget anbefaler, ut over dette, derfor ingen særskilt kompensasjon for utdanning i den regionale inntektsfordelingsmodellen».

LVS mener at dette premisset ikke fanger opp merkostnadene knyttet til desentralisert utdanning

av medisinstudenter. Ved UiT er det i hovedsak 5. og 6. studieår, som delvis har blitt desentralisert til Hammerfest, Bodø, Stavanger og Levanger. Det er varierende grad av forskningsaktivitet ved disse sykehusene. Tradisjonelt har mindre lokalsykehus liten forskningsaktivitet, og det vil være lite hensiktsmessig å fokusere på oppbygning av forskningsaktivitet ved de desentraliserte campusene, ettersom dette krever større miljøer. Videre vil det kunne gå på bekostning av de etablerte miljøene rundt universitetssykehusene og universitetene. I 2004 og 2011 ble det gjort fagevalueringer i regi av Norges Forskningsråd (NFR 2004, NFR 2011), som viste at medisinsk forskning i Norge på mange felt har for små og fragmenterte miljøer: «Det har derfor i nasjonal sammenheng vært anbefalt å etablere større og mer robuste fagmiljøer».

Forskningsaktiviteten ved de forskjellige universitetssykehusene reflekterer heller ikke nødvendigvis medisinstudentmassen som søgner til samme helseforetak. Lav forskningsaktivitet ved enkelte universitetssykehus og helseforetak vil derfor rammes ekstra hardt ved en økende masse medisinstudenter dersom merkostnader til utdanning er knyttet opp mot forskningsaktiviteten. Dette har potensial til å forringe både medisinstudiet og mulighet for å styrke forskningsmiljø i foretak med lav forskningsproduksjon.

Å koble forskningsaktivitet sammen med kostnader til medisinstudiet er etter LVS' syn derfor en uheldig sammenblanding, som kan svekke både utdanningen av leger og forskningsaktivitet ved enkelte helseforetak. Merkostnader til utdanning av medisinstudenter må derfor dekkes av øremerkede midler uavhengig av forskningsaktivitet.

«Jeg fikk hjelp til å spisse budskapet mitt, og til å forbedre tittelen i artikkelen»

## Slik får du studien din publisert i et godt tidsskrift

KURS I MEDISINSK PUBLISERING  
OSLO 7.-8. MAI 2020

«Dette kurset hjalp meg med å forstå hva tidsskriftene virkelig ser etter»

- Egner seg for klinikere og forskere innen medisin og helsefag, med noe eller liten publiseringserfaring
- Forelesninger og gruppeundervisning med skrivetrening, og tilbakemelding på utkast til abstrakt, tabeller og figurer
- Dekker alle faser i en publiseringssjklus, fra planlegging, skriving, tittel og abstrakt, til utarbeidelse av tabeller og figurer
- Universitetet i Oslo, Oslo universitetssykehus, Tidsskrift for Den norske legeforening og Annals of Internal Medicine står bak kurset
- Med erfarne forskere og redaktører, bl.a. fra Annals of Internal Medicine, et av verdens mest prestisjetunge medisinske tidsskrifter, som kurslærere
- Godkjent som tellende i ph.d.-programmet ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, og som valgfritt kurs i legers spesialistutdanning

**KURSTED** Gaustad Sykehus, Sognsvannsveien 21, Oslo

**KURSLÆRERE** Darren Taichman  
Annals of Internal Medicine

**KURSAVGIFT** 6 850 kroner, som også dekker lunsj, kaffe og kursdiplom

Michael Bretthauer  
Universitetet i Oslo  
og Annals of Internal Medicine

**SPRÅK** Kurset blir holdt på engelsk

Ragnhild Ørstavik  
Tidsskrift for Den norske legeforening

**FORARBEID** Kursmaterieell sendes ut fire uker før kursstart. Utkast til abstrakt, tabeller og figurer må innsendes for vurdering senest ti dager før kursstart

Petter Gjersvik  
Tidsskrift for Den norske legeforening

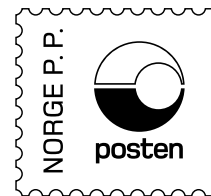
**PÅMELDING** Snarest mulig, og senest 15. mars 2020. Det er et begrenset antall plasser. Påmelding: madeleine.berli@medisin.uio.no

Erlend Hem  
Tidsskrift for Den norske legeforening

**KURS-KOORDINATOR** Madeleine Berli  
Universitetet i Oslo

Mette Kalager  
Universitetet i Oslo

Lise M. Helsing  
Universitetet i Oslo



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



**LVS' årsmøte og fagpolitiske seminar 2020 i Tromsø**  
**Tid: 26. – 27. mars 2020**  
**Sted: Auditorium 4, Helsefakultetet, UiT, Norges Arktiske Universitet**

---

**Torsdag 26. mars**

12.30-12.35 **Velkommen**  
*Leder LVS, Marius Widerøe*

**Forskningshindre i helseforskning**

12:35-13:30 **GDPR og bruk av helsedata i forskning**  
*Advokat i Legeforening, Helga Bysting*

13:30-13:50 Kaffepause

13:50-14:30 **GDPR og bruk av helsedata i forskning (fortsetter)**  
*Advokat i Legeforening, Helga Bysting*

14:30 -14:45 Pause

14:45-15:15 **GDPR - utfordringer og mulige løsninger innen helseforskning - en legeforskers erfaringer fra Tromsøundersøkelsen**  
*Professor dr. med UiT, Inger Njølstad*

15:15-15:30 Pause

15:30-16:00 **Omstilling**  
*Omstillingstillitsvalgt i Akademikerne Morten Skårer*

**Årsmøte og middag**

16:00-18:00 **Årsmøte LVS og utdeling av Orkidéprisen**

19:30 **Årsmøtemiddag på MS Bjørnvåg restaurant (Tromsø sentrum)**

**Fredag 27. mars (Seminar forts.)**

**Samarbeidsavtaler mellom akademia og helsevesenet**

09:00-09:30 **Samarbeidsavtaler mellom universitetene og helsevesenet**  
*Rektor ved UiT, Norges Arktiske Universitet og LVS-medlem Anne Husebekk*

09:30-10:15 **Hovedtariffoppgjøret 2020**  
*Spesialrådgiver/advokat i Legeforeningen, Bente A. Kvamme*

**10:15-10:30 Kaffepause**

10:30-11:00 **Forskningssamarbeid mellom universitetssykehusene og akademia**  
*Kvalitets og utviklingssjef UNN, Einar Bugge*

11:00-11:30 **GDPR - utfordringer og mulige løsninger innen helseforskning - en legeforskers erfaringer**  
*Lege og stipendiat, UIO, Lise Mørkved Helsing*

11:30-12:00 **Diskusjon**

12:15-14:00 **Lunsj og avreise**