

ALLMENNEMEDISINSK FORSKNINGSENHET (AFE)

Norges teknisk naturvitenskapelige

universitet

NTNU

Årsmelding

2013

Forord

Allmenntmedisinsk forskningsenhet (AFE), NTNU ble etablert høsten 2006 som et eksternt finansiert prosjekt tilknyttet og samlokalisert med Institutt for samfunnsmedisin (ISM). Faglig er forskningsenheten nært knyttet til allmenntmedisinen ved instituttet.

Vi har tro på at virksomheten ved AFE-Trondheim vil kunne bidra med kunnskap av verdi for helsemyndigheter, akademi, profesjonen og pasientene.

Irene Hetlevik er ansvarlig for innholdet i denne beretningen.

Trondheim 21.3.14

Irene Hetlevik

Professor dr.med, spesialist i allmenntmedisin

Forskningsleder, AFE-Trondheim.

INNHOOLD

Forord	2
Innhold	3
1. Forskningsmidler – en oppsummering	4
Allmennmedisinsk forskning – midler via statsbudsjettet.....	4
Allmennmedisinsk forskningsfond.....	4
2. Allmennmedisinsk forskningsenhet (AFE - Trondheim): 2013	4
Strategi for AFE-Trondheim.....	4
Lokalisering og organisering.....	5
Fra tidsavgrenset prosjekt til fast virksomhet.....	5
Medlemmer av AFE Trondheim forskergruppe 2013	5
Vitenskapelig arbeid 2013.....	8
Akse 1 – Teoribygging.....	8
Akse 2 – Praksisnær empiri.....	9
Oversikt over prosjekter	9
Ph.d. og post.doc prosjekter.....	9
Mindre prosjekter.....	23
Bidrag i prosjekter med annen hovedforankring.....	24
Felles prosjekter ved de fire AFENE.....	28
Kongresser, seminarer og sentrale foredrag	29
Internasjonalt samarbeid.....	30
Verv og lignende.....	31
Priser.....	33
Rekruttering.....	33
3. Oversikt over publikasjoner, foredrag og mediabidrag 2012	34
Publikasjoner.....	34
Foredrag.....	41
Mediabidrag.....	52
4. Vedlegg 1	
Strategidokument for AFE Trondheim	53
Vedlegg 2	
”Tenketanken” ved AFE Trondheim	55
TenkeTankens medlemmer.....	55
Aktivitet 2008 – 2013.....	57
Publikasjoner og foredrag utover fellesarbeider.....	73

1. Forskningsmidler – en oppsummering

Allmennmedisinsk forskning – midler via statsbudsjettet

Fra høsten 2006 har de allmennmedisinske forskningsenhetene knyttet til de allmenn- og samfunnsmedisinske instituttene i Tromsø, Trondheim, Oslo og Bergen fått tildelt midler via statsbudsjettet. Til og med 2013 har AFE Trondheim mottatt kr 18 297 500. Ansatte på basismidler har generert tilleggsmidler fra andre kilder til ph.d. stipendiater og mindre forskningsprosjekter. Dette omtales under 'Prosjekter'.

Under forberedelsen med etablering av forskningsenhetene var det enighet mellom myndighetene og fagmiljøene om at en nødvendig basisdrift ville innebære til sammen 20 millioner kroner årlig for fire enheter. Så langt har opptrappingen ikke vært i overensstemmelse med denne intensjonen.

Allmennmedisinsk forskningsfond

I forbindelse med normaltariifoverenskomsten etablerte Legeforeningen juni 2006 et Allmennmedisinsk Forskningsfond (AMFF) med startkapital på 2.2 millioner. Legeforeningen signaliserte på denne måten vilje til å støtte allmennmedisinsk forskning. Fondet har blitt styrket gjennom årlige tildelinger. Fondet lyser ut midler to ganger årlig og tildelte i 2008 i alt kr 14,3 mill kr til 29 større og mindre prosjekter etter prosjektsøknad, i 2009 kr 12,5 mill til 26 prosjekter, i 2010 kr 16,2 mill til 33 prosjekter, i 2011 kr 15,05 mill til 28 prosjekter, i 2012 vel 12 mill kr til 26 prosjekter og i 2013 11 mill til i alt 27 prosjekter. Kun ett prosjekt mottok et fullt årsstipend i 2013.

2. AFE-Trondheim 2013

Strategi for AFE -Trondheim

I følge strategidokument for AFE Trondheim skal det vitenskapelige arbeidet foregå langs to akser; teoribygging og allmennmedisinsk praksisnær empiri med en arbeidsform som bidrar til at de to aksene i størst mulig grad befrukter hverandre. En kortversjon av strategidokumentet finnes i Vedlegg 1.

Lokalisering og organisering

AFE har i 2013 disponert 5 kontorer med i alt 7 arbeidsplasser i 3 og 4. etg. i kontorbygget som tilhører ISM, der allmennmedisin er lokalisert sammen med medisinsk

etikk og kontorer som leies av samfunnsmedisin innenfor Trondheim kommune. Instituttet har siden 2009 vært inndelt i fire instituttgrupper basert på forskningsområde; en for helsetjenesteforskning og epidemiologi, en for primærhelsetjeneste, en for Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag og en for sosial- og arbeidsmedisin. I 2012 ble en omorganisering gjennomført i form av oppdeling i alt 13 forskergrupper. AFE Trondheim er *en* forskergruppe ved ISM. I 2013 har to med førstestillingskompetanse vært inkludert i AFE forskergruppe uten å ha lønnsmidler fra AFE. Alle ved instituttet må tilhøre en forskergruppe og stipendiater inngår i samme som hovedveileder.

Fra 2012 har allmenntmedisin og primærhelsetjeneste vært organisert i en undervisningsenhet. Følgende andre undervisningsenheter er etablert: samfunnsmedisin, epidemiologi (inkludert klinisk beslutningslære), Lege-pasient kommunikasjon og Medisinsk etikk/forskningsetikk/vitenskapsteori.

Fra tidsavgrenset prosjekt til fast virksomhet

AFE er finansiert som eksternt prosjekt etter tilsagnsbrev om finansiering fra Helsedirektoratet (Hdir) til NTNU. ISM har arbeidsgiveransvar for personer engasjert eller ansatt ved AFE. Ansatte ved AFE har ikke hatt undervisningsplikt i forhold til grunnutdanningen, men bidrar til undervisning innenfor eget forskningsfelt foruten i den stillingsandelen man måtte ha som en ordinær ISM stilling. Av de 6 AFE lønnede med førstestillingskompetanse har fire hatt ordinær universitetsstilling i tillegg til AFE engasjement.

Også i 2013 har personene knyttet opp til basisdriften i hovedsak vært ansatt i tidsavgrensede engasjement.

Aktiviteten ved AFE Trondheim har vært økende, vist ved utgifter på kr 347 123 i 2006, kr 1 343 121 i 2007, kr 1 754 566 i 2008, kr 2 136 282 i 2009, 2 769 368 i 2010, kr 3 032 188 i 2011, kr 3 224 717 i 2012 og kr 3 275 129 i 2013. Ubenyttede midler har kunnet bli overført fra år til år etter søknad.

Medlemmer av AFE Trondheim forskergruppe 2013

Personer med førstestillingskompetanse (avlagt ph.d. grad)

Irene Hetlevik 1.1. – 31.12. 13

Professor dr.med. 50 % stilling som forskningsleder ved AFE lønnet av AFEs basismidler
50 % stilling ved allmenntmedisin, ISM
Spesialist i allmenntmedisin

Anna Luise Kirkengen 1.1. – 31.12. 13

Professor dr.med. 40 % stilling lønnet av AFEs basismidler
Professor ved Universitetet i Tromsø, 20 % stilling.
Forsker ved Universitetssykehuset Akershus, 40 % stilling til 8.12.13
Spesialist i allmenntmedisin

Linn Getz 1.1. – 31.12.13

Professor ph.d. 50 % stilling lønnet av AFEs basismidler
50 % stilling i medisinske atferdsfag, ISM

Egil Fors 1.1. – 31.12.13

Førsteamanuensis ph.d. 20 % stilling lønnet av AFEs basismidler

1.4.13 – 31.12.13 Førsteamanuensis ph.d. 50% ved ISM

1.4.13 – 31.8.13 50 % stilling ved Avdeling for sammensatte lidelser, St. Olavs Hospital

1.9.13 – 31.12.13 100% stilling ved Avdeling for sammensatte lidelser, St Olavs

Hospital (i overlegepermisjon. Permisjon fra ISM i samme tidsrom).

Spesialist i allmenntmedisin og psykiatri.

Halfdan Petursson 1.1 – 31.12.13

Forsker ph.d. 20 % stilling lønnet av AFEs basismidler

I allmenntmedisinsk spesialisering, Gøteborg, Sverige

Anne-Sofie Helvik

Post.doc 50 % 1.1 – 31.12.13

St Olavs hospital 40 % forskningsveileder/forsker

Niels Bentzen 1.1 – 31.12.13

Professor II 20 % stilling ved allmenntmedisin, ISM

Spesialist i almenntmedisin, praktiserende læge Uggerslev, Fyn 30 %

Tilordnet i almenntmedisin, Sundhedsstyrelsen, Danmark

Praksiskonsulent for Nord-KAP, Kvalitetsudviklingsenhet, Aalborg, Danmark.

Johann Aa Sigurdsson 1.3 – 31.12.13

Professor dr. med 50 % stilling lønnet av AFEs basismidler

Samme periode 50 % stilling som professor i allmenntmedisin ved ISM

1.5 – 31.12.13 professor i 24 % stilling i allmenntmedisin, Islands universitet

Spesialist i allmenntmedisin

Ph.d. stipendiater

Bente Prytz Mjølstad 1.1. – 30.06.13

80 % ph.d. stipendiat med midler fra AMFF, Allmenntmedisinsk forskningsutvalg (AFU)
og Nidarosfondet og 20 % universitetslektor ved ISM.

1.7. – 31.12.13 100% stipendiat med midler fra AMFF

Bjarne Austad 1.1. – 31.12.13

50 % ph.d. stipendiat med midler fra AMFF og Samhandlingsmidler fra Helse Midt-
Norge

50 % Fastlege, Trondheim

Ingunn Mundal 1.1 – 31.12.13

100 % ph.d. stipendiat med midler fra Avdeling for forskning og utvikling (AFFU), Psykisk Helsevern, St. Olavs Hospital.

Henrik Vogt 1.1 – 31.12.13

100 % ph.d stipendiat med midler fra AMFF i 50 % og 50% fra AFEs basismidler

Arve Strandheim 1.1 – 10.5.13

50 % ph.d stipendiat, ISM (disputas 10.5.13)

Spesialist i allmenntmedisin og barne- og ungdomspsykiatri

John-Tore Eid 1.1 – 31.12.13

100 % ph.d stipendiat med midler fra Extrastiftelsen

Toppfinansiering fra Samarbeidsorganet i Helse-Midt Norge

Ingrid Følling 1.1 – 31.12.13

100 % ph.d stipendiat (med 25% undervisningsplikt ved Høgskolen i Nord-Trøndelag (HINT) og Overvektspoliklinikken ved St. Olavs Hospital). Midler fra HINT

Rune Aakvik Pedersen 1.1.13 – 30.8.13 (deltid)

2 mnd AFU stipend i tildelt 2012 og 1 mnd stipend fra Norsk Senter for Distriktsmedisin (NSDM), brukt i 2013.

1.9.13 – 31.12.13 50 % ph.d. stipendiat lønnet av AMFF

50 % stilling som Rådgivende lege for NAV

AFU stipend

Lars Tore Nerbøvik

AFU stipend tildelt 2011, fortsatt veiledningsavtale med AFE

Spesialist i allmenntmedisin, fastlege, Ørskog

Anne Fasting

2 mnd AFU stipend tildelt høst 2012, oppstart prosjekt i 2013.

Fastlege, Kristiansund

Sykehjemslege, Kristiansund

Marianne Rønneberg

4 mnd AFU stipend tildelt 2013

Fastlege, Tingvoll

Annet

Margret Olafia Tomasdottir

Lege på Island, under spesialisering i allmenntmedisin. Forsket på fritid i 2012

I 2013 tildelt 2 mnd lønnsmidler fra AFEs basismidler og 4 mnd fra den islandske allmennegeförening. Er oppmeldt i phd programmet på Island og skal avlegge en phd grad i et samarbeid mellom Universitetet på Island og NTNU.

Andrea Nilsen 1.10 – 31.12.13
Førstesekretær 20 % lønnet av AFEs basismidler

Angående stillingsbetegnelse: Universitetslektor innehar undervisningsstilling ved NTNU.

Vitenskapelig arbeid 2013

Se liste over publikasjoner, foredrag og mediebidrag for 2012. Den omfatter i alt 54 publikasjoner, 109 foredrag – nasjonale og internasjonale – og 6 mediebidrag. Publikasjonene omfatter originalartikler, en ph.d avhandling, kronikker, bøker, bokkapitler, bokanmeldelser og abstracts til vitenskapelige konferanser. Bidragene i form av publikasjoner, foredrag og mediebidrag er registrert i Universitetenes database Christin – tilhørende ISM - siden AFE ikke har eget område for registrering. For personer i kombinerte stillinger gjelder at registrering i Christin gjelder for alle akademiske stillingene. Prosjektbeskrivelse er tatt med hvis det er prosjekter man på AFE-lønn har bidratt til. Prosjektens hovedforankring framgår av prosjektbeskrivelse.

For AFE Trondheim har målet vært at økningen i midler fra 2011 til 2012 skulle gjenspeiles i en tilsvarende økning i aktivitet; det er oppfylt. Midlene har vært brukt i henhold til vilkår for tildeling. Andre ph.d. ved AFE Trondheim ble forsvart 10. mai 2013 av Arve Strandheim. Tittel: 'Substance use and health problems in adolescents. The HUNT study, Nord-Trøndelag, Norway.' Veiledere hadde vært Niels Bentzen og Turid Lingaas Holmen.

Angående indikasjon på forskningsbasert praksis så har AFE Trondheim flere prosjekter som omhandler betydning av kliniske retningslinjer for allmennpraksis (hørsel hos barn, hjerneslag, palliativ behandling, forebygging av hjerte- og karsykdom nasjonalt og internasjonalt foruten validitet av risikokalkulering). 'Kunnskap på allmennmedisins egne premisser' – dvs. anvendelighet i en kompleks allmennmedisinsk kontekst – slik belyst i prosjekt om multimorbiditet - er av sentral betydning for implementering.

Akse 1-Teoribygging

Tverrvitenskapelig kompetanse er nødvendig for teoribygging. Derfor etablerte AFE-Trondheim prosjektet "TenkeTanken" i 2008 med Kirkengen som prosjektleder. Presentasjon av deltagerne og aktiviteten finnes i Vedlegg 2. Det teoretiske arbeidet omfatter en kritisk analyse av de gyldige modeller for å forstå person, kropp og kunnskap i medisinen. Formålet er å bidra til ny kunnskap om samspillet mellom kropp og menneskelige eksistensvilkår og hvordan dette igjen har betydning for sykelighet og arbeidsuførhet. Allmennmedisin er den kliniske referanserammen for arbeidet, men analysen angår medisinen generelt.

Blant AFE Trondheims publikasjoner innenfor dette feltet nevnes spesielt:

- Eriksen, Thor Eirik; Kirkengen, Anna Luise; Vetlesen, Arne Johan. *The medically unexplained revisited. Medicine, Health care and Philosophy* 2013; 16:587-600
- Kirkengen, Anna Luise; Ekeland Tor-Johan; Getz, Linn; Hetlevik, Irene; Schei, Edvin; Ulvestad, Elling; Vetlesen, Arne Johan. *Grunnlag og grenser for klinisk kunnskap. I: Hunskår S (red) Allmenntmedisin, 3. utgave, Gyldendal Akademisk, 2013.*

Prosjektene som omhandler multimorbiditet, systembiologi for allmennpraksis og betydningen av kunnskap om pasienten som person er innenfor teoribygging.

Akse 2 – Praksisnær empiri

Begrepet 'praksisnær empiri' kan favne vidt og omfatte både empiriske studier basert på data fra allmennpraksis og studier basert på registerdata med formål å tilføre allmenn praksis anvendelig kunnskap. Se prosjektoversikten.

Oversikt over prosjekter

Ph.d prosjekter og post.doc prosjekter

*Det kontinuerlige lege-pasient forholdet. Betydningen av informasjonsoverføring fra fastlegen til sykehjemslegen når eldre innlegges i et forsterket sykehjem.
(Continuity of a personal doctor-patient relationship: How essential is the general practitioner's prior personal knowledge of the elderly patients when admitted to intermediate care at a community hospital?)*

Prosjektperiode: 15.6.09 – 31. 06.13 (80 % stipendiat) 1.7– 31. 12.13 (100% stipendiat)

Økonomi: Midler fra AMFF, AFU, Nidarosfondet

Prosjektbeskrivelse: Dette er en kvalitativ samhandlingsstudie mellom fastleger i Midt Norge og et forsterket sykehjem, hvor hjemmeboende eldre innlegges for et korttids-/ rehabiliteringsopphold. Utgangspunktet for studien er at fastleger gjennom kontinuerlige og personlige lege-pasient forhold tilegner seg kunnskap om pasienten som person – og at slik kunnskap kan være medisinsk relevant når pasienter skal rehabiliteres/behandles. Studien skal utforske betydningen av å overføre personrelatert kunnskap om pasienten fra fastlegen til sykehjemmet. Informasjonen innhentes gjennom et telefonintervju med fastlegen i det pasienten kommer inn på sykehjemmet. Studien er videre basert på intervjuer med pasienten – både i innleggelses- og utskrivingsfasen – der pasienten selv får korrigere og supplere informasjonen fra fastlegen, og evaluere nytteeffekten av en slik tilnærming. Det utarbeides et biografisk journalnotat som beskriver pasienten som person, hans/hennes livsløp og livsomstendigheter. Notatet inneholder også fastlegens og pasientens anbefalinger i forhold til hva som er viktig å vektlegge i en rehabiliteringsprosess. Helsepersonell på sykehjemmet oppfordres til å ta hensyn til denne informasjonen når individuell behandlingsplan skal utarbeides. Det gjøres i tillegg

feltarbeid (observasjoner) på sykehjemmet og gjennomgang av journaler for å undersøke i hvilken grad personrelatert kunnskap om pasienten er tilstede – og hvordan helsepersonell forholder seg til denne type kunnskap når den blir brakt systematisk inn i sykehjemmet via det biografiske journalnotatet.

Personer som deltar i prosjektet:

Stipendiat: Bente Prytz Mjølstad (AFE),

Hovedveileder: Irene Hetlevik (AFE)

Biveileder: Anna Luise Kirkengen (AFE)

Biveileder: Linn Getz (AFE)

The validity and relevance of international cardiovascular disease prevention guidelines for general practice

(Validitet og relevans av internasjonale retningslinjer for forebygging av hjerte- og karsykdommer for allmennpraksis)

Prosjektperiode: 1.9.2009 – 16.3.2012 (avsluttet med disputas mars 2012)

Stipendiat; Halfdan Petursson

Post-doc prosjekter innenfor samme tema med Halfdan Petursson som seniorforsker:

Cardiovascular risk estimation in a general Norwegian population: modelling analyses based on the HUNT Study

(Previous project titles: Cardiovascular risk estimation in a general Norwegian population: modelling analyses based on the HUNT 3 Study; and: The validity and relevance of recent international cardiovascular disease prevention guidelines for general practice)

Project period: 1.4.12 –

Economy: Researcher PhD 20% employment at General Practice Research Unit (AFE)

Project description: Studies indicate that physicians follow clinical guidelines on cardiovascular disease (CVD) prevention only to a limited degree. This is true even when custom-made implementation strategies are applied. A suggested reason has been the potential workload generated by the guideline recommendations, and that the guidelines overestimate the CVD risk.

The main objective of this project is: a) to estimate the proportion of a general Norwegian population recommended to receive clinical intervention for CVD prevention based on their estimated CVD risk, according to current Norwegian and European guidelines; and b) to compare the 10-year risk of CVD mortality, as predicted by the guidelines' risk algorithms, with the observed 10-year mortality in a general Norwegian population. Analyses are performed on data from the cross-sectional, Norwegian HUNT 3 Study (2006-08), including 25,910 participants aged 40-69 years; and the HUNT 2 Study (1995-97), including 10-year follow-up data on cause-specific mortality for >33,000 participants aged 40-69 years. The guidelines considered are the 2009 Norwegian national guidelines on CVD prevention and the 2012 European guidelines.

Persons involved in the project:

Project leader: Halfdan Petursson (AFE)

Sverrir Jonsson (Närhälsan Hovås vårdcentral, Gøteborg)
Linn Getz (AFE)
Johann Agust Sigurdsson (AFE, Department of Family Medicine, University of Iceland)
Irene Hetlevik (AFE)

Systematisk hjärt-kärlriskbedömning på vårdcentral. En jämförelse av riskbedömning med SCORE eller QRISK som riskalgoritm.
(Systematisk kardiovaskulær risikovurdering i klinikken. En sammenligning av risikovurdering med SCORE eller QRISK som risiko algoritme.)

Prosjektperiode: 2010 - 5.2.2014

Økonomi: Lønsmidler fra Västra Götalandsregion, Sverige

Prosjektbeskrivelse: Opportunistisk screening for høy kardiovaskulær risiko anbefales i Sverige. For vurdering av risiko anbefales bruk av risikoalgoritmer som tar hensyn til flere risikofaktorer samtidig. Den europeiske SCORE algoritmen er en av de mest brukte, men andre verktøy, som til eksempel den britiske QRISK algoritmen, anbefales også av Sosialstyrelsen. Studiens mål var å sammenligne SCORE og QRISK algoritmene angående antal individer som defineres som høyrisiko pasienter.

Fortløpende inkluderes 108 hjertefriske, ubehandlede personer fra pågående risikoscreening på Torslanda vårdcentral, Gøteborg. Antal personer som definerades som høyrisiko pasienter sammenlignades mellom SCORE og QRISK, men også til hvor stor grad algoritmene identifiserade samme personene.

Resultatet indikerer at valget av risikoalgoritme kan ha betydning for utfallet av risikovurderingen, både på samfunnsnivå og på individnivå. Valideringsstudie i en større populasjon trengs før man kan anbefale disse risikoalgoritmene i Sverige.

Prosjektet var en obligatorisk forskningsoppgave for en lege i spesialisering (ST-läkare) i allmennmedisin i Gøteborg og avsluttades med en prosjektrapport og presentasjon 5.2.2014.

Personer som deltok i prosjektet:

ST-läkare: Thomas Gavin (Torslanda vårdcentral, Gøteborg)

Veileder: Halfdan Petursson (AFE)

Systemmedisin som teoretisk grunnlag for primærhelsetjenesten – en kritisk analyse
(Systems medicine as a theoretical foundation for primary health care - a critical analysis)

Prosjektperiode: 01.01.12 – 31.06.15 100 % stilling (litteratursøk og planlegging i 2011)

Økonomi: Midler fra AMFF og AFEs basismidler

Prosjektbeskrivelse: Dette prosjektet springer ut av møtet mellom to store bevegelser i moderne medisin: 1) Medisinens, og spesielt allmennmedisinens, utfordringer og 2) systemmedisin. Allmennmedisinens utfordringer kan ses som en konsekvens av at primærhelsetjenesten må tilby integrert og helhetlig behandling og konfronteres med menneskelig funksjon og dysfunksjon i sin fulle kompleksitet. En fundamental utfordring for allmennmedisinen er en fyllestgjørende teoretisk forståelse av, samt tilnærming til,

pasienten som en entitet, og helseproblemers bakenforliggende årsaker. Dette inkluderer hvordan det “biologiske”, “psykologiske” og “sosiale” skal forstås å faktisk relatere seg til hverandre. En annen utfordring er at medisinen med tanke på den første utfordringen er delt i “vitenskapelig” (biomedisinsk) og “humanistisk” (biopsykososial, pasient-sentrert, person-sentrert) medisin. En tredje utfordring er de kliniske problemene som ser ut til å synliggjøre den kompleksiteten allmennlegen står overfor. Viktige eksempler er såkalte funksjonelle lidelser eller medisinsk uforklarte symptoms (MUS) og multi-morbiditet. En fjerde utfordring springer ut av de tre nevnte utfordringene: Et behov for utvikling av medisinen, og spesielt allmennmedisinen, grunnlagsteori.

Disse utfordringene har allmennmedisinen søkt å løse gjennom bruk av lege-pasient-forholdet over tid og kjennskap til og bruk av pasientens kontekst i arbeidet.

Systemmedisin, definert som anvendelsen av systembiologi i medisinsk forskning og praksis, er en utvikling innen medisin internasjonalt som ser ut til å ha en ambisjon om løse de ovennevnte utfordringene. Systemmedisin er nylig fremmet som en fremtidig strategi for helsetjenester verden over som skal sentreres i primærhelsetjenesten.

Systembiologi er en reaksjon på mangler ved det tidligere biomedisinske rammeverkets mangler i å møte livets kompleksitet. Enkelt sagt dreier seg om en sammensmelting av molekylærbiologi og såkalt “persontilpasset” medisin og systemteori. Metodologisk er utvikling av matematiske og prediktive modeller et viktig element.

Presidenten i WONCA, organisasjonen som representerer allmennleger internasjonalt, har sluttet seg til strategien. Allmennlegens utfordringer utgjør nå altså den kompleksiteten systemmedisinen må vise seg relevant for hvis den skal fungere som rammeverk for primærhelsetjenesten.

Hva betyr denne konvergensen mellom primærhelsetjenesten og dens utfordringer og systemmedisin? Siden systemmedisinen skal sentreres i primærhelsetjenesten, finner vi det viktig at allmennleger får et grep på dette spørsmålet. Dette prosjektet har derfor som målsetning å bidra til en forståelse av styrkene og svakhetene systemmedisin har som rammeverk for primærhelsetjenesten i møte med allmennmedisinske utfordring.

Personer som deltar i prosjektet:

Stipendiat: Henrik Vogt (AFE)

Hovedveileder: Linn Getz (AFE)

Biveileder: Irene Hetlevik (AFE)

Biveileder: Vegard Bruun Wyller (Oslo Universitetssykehus Rikshospitalet, leder NorCAPITAL).

Hverdagsliv blant voksne med hørselstap – en populasjonsstudie basert på data fra HUNT og NTHLS (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag og Nord-Trøndelag Hearing Loss Study)

(Everyday life among adults with hearing impairment, a population study based on data from HUNT and NTHLS (The Nord-Trøndelag Health Study and the Nord-Trøndelag Hearing Loss Study))

Prosjektperiode: 1.12.10 – 30.11.16 (50 %)

Økonomi: Midler fra Samarbeidsorganet i Midt-Norge.

Prosjektbeskrivelse: Bakgrunn: Hørselstap blant voksne er en av de mest vanlige kroniske helseproblemene vi har i den vestlige verden i dag. Det er estimert at Norge og andre nordiske land har en gjennomsnittlig forekomst av hørselssvekkelse på 15 % blant voksne. Prosentandelen med hørselstap øker med økende alder. Videre er mange mennesker i risikozonen for hørselstap på grunn av støy, enten på jobb eller i fritiden. Mål og hensikt: Målet med studien er å undersøke 1) arbeidsdeltakelse, tidligpensjonering og uføretrygd blant mennesker med hørselstap 2) hvilke faktorer som er relatert til høreapparat tilpassing/eierskap og bruk blant voksne og eldre med hørselstap og 3) sammenhengen mellom høreapparat-utstyr og arbeidssituasjon hos voksne med hørselstap. I et internasjonalt perspektiv vil en slik studie generere verdifull ny kunnskap om mekanismene som influerer hverdagslivet hos mennesker med hørselstap. Dette er viktig for den kliniske audiologiske rehabiliteringen og er etterspurt blant samfunnsmedisinere. Denne studien vil utvikle ny kunnskap som har betydning for folkehelsen. Deltakerne i denne studien har deltatt i HUNT undersøkelsene (en eller flere) og vi har objektivt registrerte hørselsmålinger på deltakeren fra NTHLS. Data stammer fra perioden 1984 –1997. Tilsammen skal 5 artikler publiseres i en seksårsperiode. To artikler er publisert, den siste i 2013. Link til prosjektet i REK https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/prosjekterirek/prosjektregister/prosjekt?p_document_id=230572&p_parent_id=240108&ikbLanguageCode=us

Samarbeidspartnere:

Post Doc: Anne-S. Helvik (ISM, St. Olavs Hospital HF)

Steinar Krokstad (ISM, HUNT-forskningscenter, Levanger helseforetak)

Kristian Tambs (Folkehelseinstituttet i Oslo).

”Implementering av kliniske retningslinjer i allmennpraksis” (Tidligere prosjektittel: Samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten. Oppfølging av barn med ventilasjonsrør (dren) i trommehinnen.)

Prosjektperiode: 01.09.11 – 30.08.17 (50 %)

Økonomi: Midler fra Nidarosfondet i 2010 og AFU (5 mnd høst 2010 og vår 2011).

Samhandlingsmidler fra Helse Midt-Norge i 2011 og fra AMFF til 50 % stilling i 6 mnd i 2011 og igjen fra høsten 2012 (12mnd). Gjennomføringen av datainnsamlingen til delprosjekt 1 ble finansiert av ØNH på St Olavs Hospital HF.

Prosjektbeskrivelse: Bakgrunn: Allmennleger mottar en rekke kliniske retningslinjer fra myndighetene, sykehus og andre som er laget med gode intensjoner for å gi bedre pasientbehandling og kvalitet i helsetjenesten. Hvis retningslinjer ikke implementeres i praksis oppnås heller ikke tilsiktet effekt. I fastlegeforskriften står det at: ”Fastlegen skal drive sin virksomhet i tråd med oppdatert kunnskap og nasjonale faglige retningslinjer”. Flere studier har vist at allmennleger følger kliniske retningslinjer i begrenset grad, spesielt blant multisyke. Allmennleger kan derimot ha gode grunner for ikke å implementere en del retningslinjer i sin praksis. Økende alder i befolkningen og økt satsing på individuell forebygging i form av ”risiko sporing” bidrar til at antall diagnoser per person øker. Dette fører til at det for en del pasienter ofte er mange retningslinjer som skal anvendes samtidig og anbefalingene kan være sprikende. Flere av retningslinjene

krever også omfattende arbeid både for lege og pasient om de skal anvendes. Det kan også være stor avstand mellom alt som anbefales gjort og tid som er tilgjengelig. Øre-Nese-Hals (ØNH) - avdelingen ved St. Olavs Hospital endret 01.11.2007 retningslinjer for kontroller av barn som har fått operert inn ventilasjonsrør (dren) i trommehinnen. Tidligere ble alle barn som fikk operert inn dren ved avdelingen rutinemessig innkalt til minimum to oppfølgende kontroller ved poliklinikken/høresentralen. Pga. økende ventelister og manglende kapasitet til å ta unna disse kontrollene innen planlagt tidsramme, så man behovet for å endre retningslinjene. Endringen innebar at fastlegen skulle kontrollere barna med avklart/normal hørsel som hadde fått operert inn dren, mens ØNH fortsatt skulle kontrollere de med dårlig hørsel forut for operasjonen og de med syndrom.

Ph.d.prosjektet har to deler med hvert sitt materiale.

Delprosjekt 1 omhandler implementering av endrede rutiner for oppfølging av barn med ventilasjonsrør i trommehinnen. Resultatene er både på helse (hørsel og andre audiologiske variabler) og på prosess (om retningslinjene ble fulgt, hvor barna ble fulgt opp). Data består av audiologisk undersøkelse samt spørreskjemadata 2 år etter operasjon med dren på St Olavs Hospital. Alle som ble operert over en periode etter de nye retningslinjene ble innført ble inkludert (n=137). En artikkel er publisert i BMC Ear, Nose and Throat, en annen artikkel er antatt for publikasjon i samme tidsskrift.

Delprosjekt 2 omhandler implementering av retningslinjer i allmennpraksis og gjøres for å utforske hvilke erfaringer og tanker allmennleger har med hensyn til bruk av retningslinjer i sin praksis og hvilke faktorer allmennleger mener kan fremme og hindre anvendelse av disse. Dette er en kvalitativ studie. Data har bestått av fire fokusgruppeintervjuer med totalt 25 leger. Datainnsamling gjennomført og transkribert. Planlegges to artikler fra dette materialet, er i skriveprosess vdr dette.

Personer som deltar i prosjektet:

Stipendiat: Bjarne Austad (ISM /AFE)

Hovedveileder: Anne-Sofie Helvik (ISM / St. Olavs Hospital HF)

Biveileder: Irene Hetlevik (AFE)

Biveileder: Vegard Bugten (Institutt for Nevromedisin / St Olavs Hospital HF)

Medarbeidere: Siri Wenneberg og Anita Helene Olsen (Audiografer ved St Olavs Hospital HF). Bente Prydtz Mjølstad (AFE)

Sammenhenger mellom kronisk ikke-malign smerte, psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet. (The associations between chronic non-malignant pain, mental illness, and substance abuse)

Prosjektperiode: 01.07.11 – 30.06.14 (100 %). *Økonomi:* Lønnsmidler fra St. Olavs Hospital, Psykisk Helsevern, Avdeling for forskning og utvikling (AFFU). Driftsmidler for 2012 fra Kontaktutvalget v/ St. Olavs Hospital HF, AFFU og Forskningsutvalget i Helse Møre og Romsdal.

Prosjektbeskrivelse: Forekomst av kronisk smertelidelse er høyere i Norge enn i mange andre europeiske land. I europeiske studier varierer livstidsprevalensen av slike smerter mellom 12 og 46 % mens den i Norge er 30 %. Det er lite forskningsbasert kunnskap om forekomst av psykiske plager og rusmiddelbruk hos personer med kroniske smertelidelser i en normalbefolkning. Flere tverrsnittsstudier viser hvordan ulike smerteaspekter er relaterte, men få studier viser hvordan disse endrer seg over lengre tid. I følgende delstudier undersøker vi: Endring av kroniske muskelsmerter seg normalbefolkningen over tid og hva som predikerer endringer i smerteutbredelse i et 11 års tidsperspektiv. Design: Alle studiene er longitudinelle studier basert på data fra HUNT2/baseline (1995-1997) og HUNT3 (2006-2008). Artikler: (1) Prevalence and long-term predictors of persistent chronic widespread pain in the general population in an 11 year prospective study: The HUNT study [submitted: In 2nd review BMC]. (2) Psychosocial factors and risk of chronic widespread pain: An 11-year follow-up study. (The HUNT Study) [Submitted, in review: PAIN]. (3) Does the number of musculoskeletal pain sites in the general population change in the long-term perspective and what are the predictors of spatial changes 11 years ahead? The HUNT study (not submitted).

Personer som deltar i prosjektet:

Stipendiat: Ingunn Mundal (Institutt for Nevromedisin, NTNU, Klinikk for voksenpsykiatri / Helse Møre og Romsdal).

Hovedveileder: Egil A Fors (ISM/AFE).

Biveiledere: Rolf Gråwe, St Olavs Hospital, Johan Håkon Bjørngaard ISM/NTNU og Olav Linaker (Institutt for Nevromedisin, NTNU)

Er kognitiv atferdsterapi god behandling av kronisk utmattelsessyndrom?

Prosjektperiode: 2011 planlegging. Utførelse 15.09.2012–15.09.2015 (100 %)

Økonomi: Finansiert av Samarbeidsorganet mellom Helse Midt-Norge RHF og NTNU.

Prosjektbeskrivelse: Helsedirektoratet etterlyser dokumentasjon på behandling av kronisk utmattelsessyndrom CFS/ME. Nasjonal kompetansetjeneste for sammensatte symptomlidelser (NKSL) vil med denne studien bidra til viten om kognitiv atferdsterapi (CBT) er effektiv behandling ved CFS/ME. Selv om standard, individuell CBT er den best dokumenterte behandlingsmetoden sammen med gradert treningsbehandling, er det ikke konsensus om dette verken nasjonalt eller internasjonalt, på grunn av få randomiserte studier, varierende kvalitet og moderat evidens. Derfor er vårt mål å teste effekten av individuell standard CBT, i en randomisert, kontrollert studie med 1-års follow up. Pasienter med CFS/ME vil få tilbud om behandling i vårt prosjekt med randomisering til henholdsvis kort og standard individuell kognitiv atferdsterapi samt kontrollgruppe. Hovedutfallsmål er fysisk funksjon, helse relatert livskvalitet, og utmattelse.

Personer som deltar i prosjektet:

PhD Stipendiat: Merethe O Eide Gotaas (for tiden 100 % sykmeldt).

Hovedveileder: Egil A Fors (ISM/AFE) (fra 01.04. 2013) og Tore Charles Stiles (Psykologisk institutt, NTNU).

Biveiledere: Petter Christian Borchgrevink (Afdeling for smerte og sammensatte symptomlidelser, St. Olavs Hospital HF).

Øvrige prosjektgruppedlemmer: Trudie Chalder (Kings College, London, UK), Nils Inge Landrø nevropsykiolog (UiO), Pål Romundstad (ISM, NTNU).

Physical activity and Quality of Life in the Energy Balance and Breast Cancer Aspects (EBBA-II) Study

Prosjektperiode: 2011 planlegging. Utførelse 15.03.2012–15.03.2018 (50 %).

Økonomi: Delprosjekt under EBBA-2 prosjektet

Prosjektbeskrivelse: The EBBA-II study is a multicenter study. It is now ongoing, as the inclusion of breast cancer patients have started in Oslo. The main aim of this study is to investigate whether a 12 month physical activity intervention has a direct causal role influencing Quality of Life (QOL), psychological distress (anxiety/depression), physical function, breast cancer recurrence, breast cancer survival and overall survival (OS) among breast cancer patients during and following the standard treatment. Furthermore; to investigate if QOL vary by patient characteristics, independently of the physical activity intervention. Eventually, to compare healthy women with newly diagnosed breast cancer for vulnerability factors (from HUNT) in addition to study the impact of "exercise-specific self-efficacy" (ESES) and waiting time before diagnosis/treatment on the intervention efficiency.

Helserelatert-QoL-prosjektet er del av et større brystkreft-prosjekt, inkl onkologi/biologiske problemstillinger (EBBA-2).

Personer som deltar i prosjektet:

Stipendiat: Søker om PhD-forskningsmidler vår 2014, foreløpige støtte fra EBBA-II-prosjektet for cand. polit Ragna Salberg (HiST). Kandidaten jobber foreløpig i prosjektet uten lønnsmidler.

Hovedveileder: Egil Fors (ISM/AFE).

Biveileder: Prof. Christoffer Johansen, Center for Kræftforskning, Kræftens Bekæmpelse, Danmark.

Biveileder: Prof. Steinar Lundgren, IKM/NTNU. Randi Reidunsdatter (HiST).

Prosjektgruppedlemmer i hoved prosjektet (EBBA-2): Prof. Inger Thune, Leder for EBBA-II prosjektet i Oslo og Trondheim (OUS; Universitetet i Tromsø), Gro F Bertheussen (INM/NTNU), prof. Erik Wist, (OUS/UiO), Prof Ann McTiernan, Fred Hutchinson Cancer Research Center in Seattle, USA

Epidemiological study of co-and multi-morbidity patterns in the HUNT study, with reference to the theory of allostatic load

Margret Olafia Tomasdottir is an Icelandic GP who works on HUNT data in collaboration with senior researchers at AFE Trondheim In 2013 she received two months salary from AFE Trondheim and four months from the Icelandic General Practice

Research Fund. Otherwise she is working clinically towards her speciality in general practice in Iceland.

Project description in brief: The overall research aim is to increase the knowledge about multi-morbidity in general, based on an integrated theory of mental and physical stress and the theory of allostatic load. For this purpose, we use data from Helse-Undersøkelsen i Nord Trøndelag (The HUNT study) and potentially also linked national registries.

Persons involved in project:

Ph.d. candidate: Margret Olafia Tomasdottir, MD, trainee in family medicine, Reykjavik, Iceland

Main supervisor: Linn Getz (AFE)

Co supervisor: Johann A. Sigurdsson, Department of Family Medicine, University of Iceland.

Project leader in Trondheim: Irene Hetlevik (AFE)

Other co-workers / advisors: Halfdan Petursson (AFE), Anna Luise Kirkengen (AFE), Steinar Krokstad (Director of the HUNT Research Centre, ISM) Iceland, Bruce McEwen (The Rockefeller University, New York, US).

Publication status:

Paper I in press: Tomasdottir MO, Getz L Sigurdsson JA, Petursson H, Kirkengen AL Krokstad S, McEwen BS, Hetlevik I. Co- and multimorbidity patterns in an unselected Norwegian population: cross-sectional analysis based on the HUNT Study and theoretical reflections concerning basic medical models. *Int J Person Centered Med* 2014 (In press).

Paper II in progress: (working title) Childhood difficulties and multimorbidity in adult life. Cross-sectional analysis of the Norwegian HUNT 3 study with reference to the concept allostatic load.

Tidlig rusdebut – livslang risiko?

Epidemiologisk studie av rusbruk, mental og fysisk helse rapportert i Ung-HUNT 1 og 2

Prosjektperiode: 2004 – 2012 (50 % med 1 års permisjon). Prosjektet ble avsluttet med disputas mai 2013.

Økonomi: Finansiert av Samarbeidsorganet mellom Helse-Midt Norge RHF og NTNU

Prosjektbeskrivelse: Ph.d-studie som med epidemiologisk metode tek føre seg samband mellom mentale og fysiske helseproblem og rusbruk i ungdomsalder (13-19år).

Helseproblem og rusbruk hos Nord-Trøndersk ungdom er karakterisert i 2 tverrsnittartiklar som definerer og kartlegg relevante sjølvrapporterte helseproblem i populasjonen. I 2 prospektive artiklar prøver ein å vise samband mellom helseproblem og rusbruk. Kjønn og tidlege intoksikasjonar med alkohol påverker resultatata i stor grad. Jenter er særleg sårbare for tidleg alkoholkontakt; det aukar risikoen for hyppig alkoholbruk, illegale rusmiddeldebut og sjølv mordstankar seinare i tenåra. Helseproblem auker også sjansen for hyppig alkoholinntak og illegale rusmiddeldebut og sjølv mordstankar seinare i tenåra

Personer som deltar i prosjektet:

Stipendiat: Arve Strandheim

Hovedveileder: Niels Bentzen (ISM/AFE)

Biveileder: Turid Lingaas Holmen (ISM/HUNT senteret)

*Hjelperelasjonens betydning i arbeid med mennesker med rusproblemer
En kvalitativ studie av potensialet i hjelperelasjonen*

Prosjektperiode: 01.01.2013 – 31.12.2015 (100 % stipendiat)

Økonomi: Midler fra ExtraStiftelsen (Helse- og Rehabilitering) og Samarbeidsorganet mellom Helse Midt-Norge RHF og NTNU.

Prosjektbeskrivelse: Mye av dagens behandlingsforskning retter seg mot å studere effekten av fagenes egne intervensjoner utfra en epistemologisk ide om at det foreligger en stabil forbindelse mellom metode og virkning. Dette skjer til tross for at forskningen på psykologiske og sosiale behandlingsmetoder gjennom mange tiår har påvist at en slik forbindelse ikke eksisterer, at virkningspotensialet i behandling ikke kan løsrives fra relasjonelle og kontekstuelle forutsetninger. Følgelig burde det være like viktig å studere klientenes egne beskrivelser og perspektiv, den enkeltes egne subjektive erfaringer med metoden, konteksten og relasjonen i behandlingen. - Dette prosjektet tar utgangspunkt i erfaringene til mennesker som har fått hjelp med sitt rusproblem, og vil nettopp ha fokus på relasjonen og den andres betydning for å få frigjort og styrket sine egne ressurser og dermed oppnå et godt behandlingsresultat. Hvilke forhold ved hjelperelasjonen har betydning, og hvordan er den erfart som nyttig?

Klientenes medvirkning og stemmer er viktig for dagens politikk og tenkning omkring helse. Derfor er det nødvendig å systematisere og tydeliggjøre hva mennesker som har gjennomgått og lykkes i sin rehabilitering opplever som de viktigste suksessfaktorene. I prosjektet vil det bli brukt materiale fra unge mennesker med en omfattende problematikk i sin historie: Hva er deres felles, systematiserte stemmer; hva kan de lære oss om hva som er viktig for å lykkes? Hvordan kan vi ivareta denne kunnskapen om hvilke forhold det er viktig å fokusere på, slik at vi blir mer treffsikre når vi skal hjelpe mennesker med alvorlig rusproblematikk ut av sin avhengighet og frem til et godt edru liv? - Gjennom prosjektet ønsker man å bidra med kunnskap om hjelperelasjonens viktige og nødvendige plass innen dagens behandling av rusavhengige, og samtidig utvide kunnskapen og forståelsen av hva som skal til for å hjelpe. I en større sammenheng vil prosjektet kunne bidra til å gyldiggjøre erfaringskunnskap.

Prosjektets hovedproblemstillinger er:

Hvilke aspekter ved hjelperelasjonen har betydning i arbeidet med mennesker som søker hjelp for sitt rusmiddelmissbruk?

Hvordan har den enkelte erfart forholdet til hjelperen som nyttig for å kunne bli i stand til å leve et rusfritt liv etter behandling?

Problemstillingene tilsier en fenomenologisk tilnærming og en kvalitativ analyse av et empirisk materiale som består av omfattende dybdeintervjuer.

Prosjektgjennomføring v/Allmennmedisinsk forskningsenhet (AFE), Institutt for samfunnsmedisin (ISM), NTNU; i samarbeid med Borgestadklinikken, Blå Kors Sør

Personer i prosjektet:

Ph.d. stipendiat: John-Tore Eid (AFE)

Hovedveileder: Irene Hetlevik (AFE)

Biveileder: Tor-Johan Ekeland, professor i sosialpsykologi, Høgskolen i Volda

Biveileder: Frid Hansen, psykologspesialist, fagsjef ved Borgestadklinikken, Blå Kors Sør

"Gammel vane- vond å vende" Kan helseatferd bedres hos personer med overvekt og/eller som er i risiko for å utvikle type 2 diabetes?- en studie av HUNT deltakere og kommunale frisklivstilbud ("Old habit -hard to change" Is it possible to improve health behaviours in overweight people and/ or people at risk of type 2diabetes?- A study of HUNT participants and primary health care interventions)

Prosjektperiode: 01.08.2012 – 01.08.2016 (25 % undervisningsplikt)

Økonomi: Midler fra Høgskolen i Nord-Trøndelag

Prosjektbeskrivelse: En av dagens store helseutfordringer er kroniske sykdommer relatert til levevaner. Prevalensen av overvekt og type 2 diabetes har økt betraktelig i Norge de siste tretti årene. Innherred Samkommune (Levanger og Verdal) har etablert frisklivssentraler som har tilbud til personer med behov for å endre levevaner innen helseatferds områdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. I Værnesregionen har kommunene Stjørdal, Meråker, Tydal og Selbu utviklet et behandlingstilbud i primærhelsetjenesten for overvektige med risiko for type 2 diabetes (VEND-RISK). I HUNT 3 ble ca. 5000 personer i Nord Trøndelag identifisert med over 30 % risiko for å utvikle type 2 diabetes de neste ti årene. Disse ble inkludert i en internasjonal multisenterstudie; DE-PLAN (Diabetes in Europe-Prevention through Lifestyle, Physical Activity and Nutrition) hvor de ble fulgt opp i to år med tilbud om kurs om kosthold og fysisk aktivitet via kommunehelsetjenesten. Ved å bruke et avsluttet (HUNT DE-PLAN), et pågående (VEND-RISK) og et nytt tilbud (Frisklivssentralene Innherred) innen tematikken er det mulig å få svar på flere aspekt omkring endring av levevaner. Formålet med studien er å se på hvordan kommunale tilbud kan bidra til endring av levevaner og reduksjon av risikoprofil hos personer med overvekt og/eller med risiko for å utvikle type 2 diabetes. Data samles inn som fire delstudier; I: En kvalitativ studie med dybdeintervju av deltakere i oppstart av frisklivssentralens tilbud. *Problemstilling:* Hva kan en Frisklivssentral bidra med slik at personer kan endre levevaner og opprettholde det? II: En kvantitativ studie av deltakere i HUNT DE-PLAN som blir invitert til å delta på VEND-RISK prosjektet. *Problemstilling:* Hva kjennetegner personer som takker ja til et livsstils tilbud, i motsetning til de som takker nei? III: En kvalitativ studie med dybdeintervju av HUNT DE-PLAN deltakere. *Problemstilling:* Hva gjorde at noen som deltok på HUNT DE-PLAN gjennomførte livsstilsendringer mens andre ikke gjorde det? IV: En prospektiv intervensjonsstudie av frisklivssentraldeltakerne. *Problemstilling:* Hvilke endringer sees i helseindikatorer (eks. BMI, fysisk form, livskvalitet) etter 3, 6 og 12 måneder?

Studien skal samlet bidra til å finne indikatorer som er gunstige for å lykkes med å endre levevaner, og den kan således være med på å legge premisser for hvordan vi i Norge intervensjoner i forhold til noen av vår tids store folkehelseutfordringer, overvekt og type 2 diabetes.

Personer som deltar i prosjektet:

Ph.d. stipendiat: Ingrid S. Følling

Hovedveileder: Anne-Sofie Helvik (ISM, St. Olavs Hospital HF)

Biveileder: Kristian Midthjell (ISM, HUNT)

Biveileder: Bård Kulseng (IKM, RSSO, St. Olav)

Biveileder: Vegar Rangul (HiNT)

Medarbeider: Marit Solbjør (SVT, NTNU)

Oppfølging av pasienter med hjerneslag i allmennpraksis

Prosjektperiode: 01.09.2013- 31.08.2019 (50 %)

Økonomi: Lønns- og driftsmidler fra Allmennmedisinsk forskningsfond (AMFF).

Prosjektbeskrivelse: Hjerneslag er en hyppig forekommende lidelse med omfattende personlige og samfunnsmessige konsekvenser. I den vestlige verden regnes hjerneslag som den tredje største årsak til død. I Norge rammes om lag 15000 personer av hjerneslag årlig. Grunnet demografiske endringer ventes antallet pasienter å vokse i de kommende år, og det er anslått en 50 % økning de neste 20 år. I løpet av de første 5 årene etter første gangs hjerneslag vil 30 % av en ellers uselektert populasjon oppleve recidivslag, en slagrisiko 9 ganger høyere enn normalbefolkningen. Risikofaktorer for nye cerebrovaskulære hendelser er vel kjent og det ble i april 2010 utgitt en nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Det er ikke kjent hvorvidt pasienter som har hatt hjerneslag følges opp i allmennpraksis i henhold til retningslinjen. Med dette prosjektet ønsker vi å undersøke hvordan pasienter med gjennomgått hjerneslag følges opp i primærhelsetjenesten. Det skal gi kunnskap om i hvilken grad slagpasientene følges opp i allmennpraksis, om Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag følges, og i hvilken grad man når behandlingsmål som anbefalt i retningslinjen. Prosjektet skal også belyse hvilken betydning multimorbiditet, definert som 2 eller flere kroniske eller langvarige sykdomstilstander, kan ha for oppfølgingen. For å undersøke dette identifiserer vi personer utskrevet med hjerneslagdiagnose fra sykehusene i Molde og Kristiansund i 2011. I følgende delstudier undersøker vi:

1) I hvilken grad pasienter som har hatt hjerneslag blir fulgt opp i allmennpraksis og om pasientene oppnår de behandlingsmål som anbefales i Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Design: analytisk observasjonsstudie. 2) Om og hvordan sykehusepikriser brukes som implementeringsverktøy for retningslinjen og samsvaret mellom innholdet i epikrisene og allmennlegenes praksis. Design: Eksplorerende sekvensielt. 3) Omfanget av multimorbiditet blant pasienter med gjennomgått hjerneslag med formål å etablere et empirisk grunnlag for å vurdere betydningen av multimorbiditet i oppfølgingen av pasienter som har gjennomgått hjerneslag. Design: Analyse.

Personer som deltar i prosjektet:

Stipendiat: Rune Aakvik Pedersen (Allmennmedisinsk forskningsenhet (AFE), Institutt for samfunnsmedisin (ISM), NTNU)

Hovedveileder: Irene Hetlevik (AFE) / Institutt for samfunnsmedisin, NTNU

Biveileder: Halfdan Petursson (AFE) / Institutt for samfunnsmedisin, NTNU

Maternity care and baby wellbeing:

Funds: Mainly The Research Fund of the Icelandic College of Family Physicians. From 2008 to 2010, we collected a large amount of data based on questionnaires from pregnant women in Iceland; phase I in weeks 12-20 of their pregnancies; with 1111 participants; Phase II 2-4 months after birth; and phase III 12-18 months after birth. The cohort in phase I was about 25% of all pregnant women in Iceland at that time. We are at

present working on different PhD, MS and other projects, based on this database and have published our first papers from this cohort.

Principal investigator: Johann Agust Sigurdsson (AFE).

Smoking during pregnancy

Project period: 1.1.2012-

Midwives and general practitioners in primary care are responsible for antenatal care in uncomplicated pregnancies in Iceland and many other countries. It is therefore their task to identify women at risk of smoking during pregnancy in an effort to support them to stop smoking, for the benefit of themselves and their baby. Recent studies on the aforementioned risk factors are lacking in the Nordic countries. The aim of this project is investigate the prevalence and possible predictors for smoking before and during pregnancy as well as after 24 months of follow up. The first paper in this project was published 2014.

Persons involved:

Ásthildur Erlingsdottir first author

Hildur Kristjánsdottir,

Jon Steinar Jonsson

Emil L. Sigurdsson (supervisor)

Johann A. Sigurdsson (supervisor) (AFE)

Drug use during pregnancy

Project period 1.1.12-

Drug use during pregnancy is common, with incidence of prescribed drugs ranging from 40-93% in economically developed countries. Self-medication over-the-counter is reduced while prescribed drug use rises, with the majority taking more than one drug. All pregnant women are excluded due to ethical reasons from clinical drug trials. Instead, evaluation for drug safety relies on observational studies or large retrospective cohort studies.

The general aim of this project is to analyse the frequency of drug use before pregnancy, in early pregnancy as well as 2 years after delivery and association with socio-demographic variables. Special focus is on analgesic and psychotropic drug use (collectively as: antidepressant, relaxant and sleep medication). Comparison group will be non- pregnant women at same age.

Persons involved:

Thury O. Axelsdottir (Ph.d. candidate)

Hildur Kristjánsdottir,

Anna Margret Gudmundsdottir

Emil L. Sigurdsson (supervisor)

Johann A. Sigurdsson (supervisor) (AFE)

Infections among small children and their families

Project period: 1.1.2012-

Infectious symptoms in infants and their families are common and most commonly reported health problems among children in general practice. There is a lack of prospective studies on this problem, especially about the severity of the symptoms, how often parents manage to take own care of the problem, and how often they need support from the health care system or to make an appointment to their general practitioner. During the period October 2012 to February 2014, parents attending 18 months baby well care and their general practitioner at the health care centre were asked to note all family members' infectious symptoms in a diary (Logbook) the next coming 30 days, as well as to fill in a questionnaire regarding their attitude to antibiotic treatment, as well as the strength and weakness of their social capital. Data have been collected and we are starting the analytic phase of this project

Persons involved:

Gudrun Johanna Georgsdottir (to be registered as Ph.d. candidate)
Vilhjalmur Ari Arason
Sesselja Gudmundsdottir
Johann A. Sigurdsson (supervisor) (AFE)

Co-and multimorbidity among patients with diabetes in the primary health care setting

Project period: 1.1.13 -

Disease oriented care units such as Diabetes care units and hypertension care units originally stem from the hospital policlinic system. In countries with well and qualified primary health care, management of patients with such diseases have more or less been moved from the hospital setting to the general practitioners. In some primary health care centers special diabetic units have been established in order to focus mainly on this particular disease. In this project we look at the outcome of diabetes care among all patients (250) registered and attending such unit at one primary care health centre by 7 GPs and catchment area of 20 thousand inhabitants. We put special attention on co-morbidity among these individuals (where diabetes is the index disease).

Persons involved:

Thorunn Anna Karsdottir
Thorarinn Ingolfsson
Margret Olafia Tomasdottir
Johann A. Sigurdsson (supervisor) (AFE)

Use of sedatives and hypnotics and possible association to multimorbidity

Project period 1.1.13 -

Use of sedatives and hypnotics usually starts with sporadic prescriptions, but by many patients it often ends up as a continuous consumption. The main diagnosis registered as the reason for use of these drugs is "insomnina" or anxiety disorder. Little is known on

the incidence of the use of these drugs. Furthermore information regarding the whole disease pattern among these patients is lacking. Is it possible that patients using these drugs are more or less with cluster of diseases or so called multimorbidity
We use Reykjavik and suburbs as a catchment area, covering around 200.000 inhabitants, served by around 80 general practitioners and other physicians. We have collected data on all diagnoses (ICD-10) and prescriptions on sedatives (N05B) and hypnotics (N05C) prescribed in the primary care setting in this area during the years 2007-2013. Furthermore data from the national prescription database are used for comparison and to cover the whole picture of prescriptions on these drugs.

Persons involved:

Kristjan Linnet Cand Pharm (principal investigator)

Magnus Johannsson,

Emil L. Sigursson

Johann A. Sigurdsson (AFE)

Mindre prosjekter ved AFE Trondheim

Kan ein systematisk gjennomgang av tjukke journalar i allmennpraksis bidra til auka forståing av funksjonell lidelse?

Prosjektperiode: 2009 – 2013 (deltid)

Økonomi: 20 % stilling lønnet av AFE 12 mnd (2010), 1 mnd stipend fra AFU

Prosjektbeskrivelse: Med utgangspunkt i ei fastlegeliste vart talet på pasientar med diagnosen irritabel tarm syndrom (IBS) i perioden 1991–2008 kartlagt. Dei 20 tjukkaste journalane vart gjennomgått med tanke på alder, kjønn, mage-tarmdiagnostikk og andre diagnoser. Sjukdomsbelastninga var høg og omfatta mange organsystem; forenlig med ei langvarig smertehistorie som ytrar seg med symptom frå ulike organsystem over tid og som medfører hyppige spesialistundersøkingar. Artikkel er innsendt til vurdering for publikasjon.

Personar som deltok i prosjektet:

AFU- stipendiat: Lars Tore Nerbøvik (AFE / Ørskog Legekontor)

Veiledere: Irene Hetlevik (AFE), Anna Luise Kirkengen (AFE).

Palliativ behandling i primærhelsetjenesten

Prosjektperiode: Ultimo 2012 -

Økonomi: AFU stipend, 2 måneder, deltid

Prosjektbeskrivelse: Med utgangspunkt i «Standard for palliasjon» planlegges et prosjekt med formål å kartlegge fastlegens rolle i den palliative behandlingen. En søker å avdekke faktorer som kan optimaliseres for å bedre flyten i den palliative behandlingen og styrke primærhelsetjenesten i håndteringen av den palliative pasienten.

Et spørreskjema er utformet og sendt til alle fastleger i Møre og Romsdal.

Personer som deltar i prosjektet:

AFU-stipendiat: Anne Fasting (AFE/ Bryggen Medisinske Senter, Kristiansund)
Hovedveileder: Irene Hetlevik (AFE)

Praksislærerskolen – veiledning for studentveilederne

Prosjektperiode: Innvilget AFU stipend høst 2013.

Økonomi: 4 mnd. stipend, tas ut deltid

Prosjektbeskrivelse: Dette er et fagutviklingsprosjekt med potensiale for mulig videreføring til et phd prosjekt. Målet er å utvikle NTNU-praksislærernes kompetanse som veiledere for lege-studenter utplassert i allmenmedisin/primærhelsetjenesten studiets i år 6. Prosjektet har relevans for veilederrollen generelt men skal fokusere spesielt på veiledning i klinisk kommunikasjon. Marianne Rønneberg planlegger sammen med relevante kolleger fra ISM (NTNU) nettverksmøter med lokale praksislærere, intervju med enkelte veiledere og studenter, deltakelse på relevante aktiviteter innad på NTNU og gjennomføring av en pilotstudie blant leger og medarbeidere som deltar på praksislærerkurs om sine erfaringer med studentveiledning. Prosjektet skal munne ut i en tilpasset kursrekke myntet på praksislærerne. Det lages til sist en sluttevaluering av fagutviklingsprosjektet og kursrekken.

Personer som deltar i prosjektet:

Marianne Rønneberg, AFU stipendiat, fastlege i Tingvoll kommune og praksislærer for NTNU studenter i utplassering

Hovedveileder: Linn Getz (AFE).

AFE ansattes bidrag i prosjekter med hovedforankring i andre forskergrupper

Barneallergistudien i Trondheim

(The Prevention of Allergy among Children in Trondheim (PACT) study)

Prosjektleder Torbjørn Øien fikk fast stilling som førsteamanuensis i allmenmedisin ved ISM fra 1.1.13. Han gikk da ut fra AFE forskergruppe.

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT)

Arnulf Langhammer hadde i 2012 50 % forskerstilling ved AFE med formål å kvalitetssikre HUNT databasen og tilrettelegge den for forskere. Pga. omlegging av stilling utgikk han fra AFE forskergruppe fra 1.1.13.

*Psykofarmakologisk forbedring av kognitiv og emosjonell funksjonsevne: Er selvrealisering ved hjelp av kunstige midler virkelig selvrealisering?
(Psychopharmacological enhancement of cognitive and emotional function. Is self-realization by artificial means real self-realization?)*

Prosjektet slik det var beskrevet i årsmelding for 2012 stoppet opp i 2013, det ble reorganisert og fikk nye veiledere.

Stimulating self-management in patients with fibromyalgia through web-based situational feedback

Prosjektperiode: 01.01.2008 – 01.08.2013 (100 % / 60 % / 80 %). Avsluttet med disputas 14.2.2014 ved UiO

Økonomi: Finansiert av Norges Forskningsråd

Prosjektbeskrivelse: Utvikling og utprøving av en intervensjon for å støtte mestring av langvarige smerter etter opphold på et rehabiliteringssenter. 140 kvinner med langvarige generelle muskel- og skjelettsmerter (der av flertall med fibromyalgi) ble inkludert i en randomisert studie. Smartmobil ble brukt som kommunikasjonsverktøy. Intervensjonen innebærer veiledning basert på kognitiv atferdsterapeutiske prinsipper. Blant utfallsvariabler er verstefallstenkning, akseptering av smertene og emosjonell uro.

Personer som deltar i prosjektet:

Stipendiat: Ólöf Birna Kristjánsdóttir (Høgskolen i Oslo og Akershus, Inst. for sykepleie).

Hovedveileder: Hilde Eide (Høgskolen i Buskerud)

Biveileder: Egil A Fors (AFE)

Biveileder: Arnstein Finset (UiO, avd. for medisinske atferdsfag)

Prosjektgruppedlemmer: Erlend Eide (edesign, Tønsberg), Sandra van Dulmen (Netherlands Institute for Health Services Research), Sigrid Wigert (Opptreningscenteret Jeløy Kurbad).

Samhandling i primærhelsetjenesten (Tidl tittel: Samhandlende team i primærhelsetjenesten).

Prosjektperiode: 2013-2016. *Økonomi:* Midler for lønning til koordinator og deler av prosjektet via treårig prosjektstøtte fra Samhandlingsorganet. Fysioprim (fond for fysioterapiforskning) går også inn i prosjektet med midler fra februar 2013.

Prosjektbeskrivelse: Vil systematisk samhandling mellom fysioterapeut og lege i primærhelsetjenesten gi redusert sykefravær og færre søknader inn til spesialisthelsetjenesten samt private rehabiliteringsforetak?

Studien er en prospektiv kontrollert intervensjonsstudie hvor vi følger pasientpopulasjoner fra fire fastleger i 3 år og registrerer sykemeldinger og søknader til spesialisthelsetjenesten på grunn av muskel og skjelettlidelser. I to av pasientpopulasjonene vil alle pasienter med muskel og skjelettlidelser involveres i et organisert pasientforløp (intervensjonsgruppe), mens samme diagnosegrupper i de to andre populasjonene får eksisterende tilbud (kontrollgruppe).

Personer som deltar:

Prosjektleder: Siv Mørkved (St Olavs Hospital).

Prosjektgruppe: Torgrim Tønne (manuellerapeut Trondheim), Lars Furan (manuellerapeut Stjørdal). Ottar Vasseljen (ISM), Egil Fors (ISM/AFE),

Koordinatorer: Solfrid Hovdal (St Olavs Hospital). Prosjektet skal lyse ut en PhD-stilling i løpet av vår 2014

Motorikk hos personer med kronisk utmattelse og kronisk smerte: En delstudie tilknyttet "Sammenligningsstudien" ved St. Olavs Hospital.

Prosjektperiode: 15.02.12-15.02.16 (75 %)

Økonomi: Lønnsmidler for 4 år og driftsmidler via Høgskolen i Sør-Trøndelag.

Prosjektbeskrivelse: Dette prosjekt er en tverrsnittstudie av pasienter diagnostiserte med CFS/ME og / eller kronisk smerte / fibromyalgi, samt en kontrollgruppe bestående av friske personer. Det er stor grad av overlapp mellom nevnte diagnosegrupper. Det er derfor av interesse å sammenligne symptomer i et kontinuum fra i hovedsak smerte til i hovedsak utmattelse. Det er ikke, så langt vi kan se, undersøkt sammenheng mellom motoriske avvik og andre faktorer eller sammenligning mellom nevnte pasientgrupper. Forskjellige aspekter av grovmotorikk og finmotorikk og kombinerte kognitive oppgaver vil bli utførte i bevegelseslab.

Personer som deltar i prosjektet:

Stipendiat Omid Rasouli, Høgskolen i Sør-Trøndelag, avd Helse og Sosialfag, Program for fysioterapi og NTNU, DMF, ISM.

Hovedveileder: Førsteamanuensis Ann-Katrin Stensdotter, Høgskolen i Sør-Trøndelag, avd Helse og Sosialfag, Program for fysioterapi og NTNU, DMF, ISM.

Biveldere: Førsteamanuensis Egil A. Fors (ISM/AFE) og professor Ottar Vasseljen (ISM, NTNU)

Return to work effectiveness, participant experiences, and the implementation of a novel multicomponent intervention (tidligere tittel: Arbeidsrettet rehabilitering og tilbakeføring til arbeid; Forskningsevaluering av Hysnes Helsefort

Økonomi: Prosjektet finansieres via ordningen "Raskere tilbake" som egen post i statsbudsjettet. Hysnes-prosjektet er en bestilling fra Helse- og omsorgsdepartementet gitt til Helse Midt-Norge.

Artikkel-forslag:

1. A qualitative focus group interview study exploring the participants' experiences of a multicomponent in-patient return-to-work rehabilitation program and clinicians' experiences of implementation.
2. A randomized clinical trial investigating the effects on mental- and physical health as secondary outcomes of a multicomponent in-patient return-to-work rehabilitation program compared to a single-component out-patient program.

3. A randomized clinical trial investigating the effect on return-to-work and sickness absence after a multicomponent in-patient return-to-work rehabilitation program compared to a single-component out-patient program.

Personer som deltar i prosjektet:

Ph.d stipendiat Sigmund Gismervik (ISM)

Hovedveileder Postdoc Marius Fimland (ISM)

Biveileder postdoc Marit Bye Rise (ISM)

Biveileder førsteamanuensis Egil Fors (ISM/AFE)

Coping and depression in the elderly (CO-PRODE)

Prosjektperiode: 01.01.2013-31.12.2013

Økonomi: stipendiemidler fra Vestre Viken HF og Nasjonalt kompetansesenter for Aldring og helse

Målsetting: Å få mer kunnskap om mestring (strategier og indre/ytre kontroll) av hos deprimerede eldre innlagt i psykiatrisk avdeling og betydningen av mestring for senere prognose. Til dette formålet vil hun bruke både kvalitative data (intervju) og kvantitative data (spørreskjema). Dette prosjektet er en del av et større prospektivt multisenterprosjekt som har pågått i 10 alderspsykiatriske avdelinger, ”Prognosis of depression in the elderly (PRODE)”.

Stipendiat: Guro Hanevold Bjørkløf UIO, Vestre Viken HF og Vestfold HF

Hovedveileder: Anne-S. Helvik ISM, NTNU

Biveiledere: Knut Engedal og Geir Selbæk, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse; Vestfold HF

Pregnancy and psychological general well-being

Prosjektperiode: 01.09.2013- 31.12.2013

Økonomi: stipendmidler fra Samarbeidsorganet Helse-Midt

Målsetting: å få mer kunnskap om regelmessig trening i svangerskapet har effekt på generell helse og psykisk velvære i svangerskapet og etterpå og å sammenligne synet på helse og velvære med en ikke gravid gruppe med samme alder, bakgrunn og nivå av fysisk aktivitet.

Stipendiat: Miriam Gustafsson ISM, NTNU

Hovedveileder: Anne Helvik ISM, NTNU

Biveiledere: Signe Nilssen Stafne og Siv Mørkved, ISM, NTNU

MRI imaging of the paranasal sinuses and nasal cavity in an unselected population

Prosjektperiode: 01.06.2013-31.12.2013

Målsetting: å få mer kunnskap om tilfeldige funn og patologi i ansiktsskjelettets bihuler og nesekaviteten ut fra MRI hos et tilfeldig utvalg HUNT-deltakere og studere sammenhengen med hodepine og symptomer fra luftveiene

Stipendiat: Aleksander Grande Hansen INM, NTNU og ØNH, St. Olavs
Hovedveileder: Ståle Nordgård INM, NTNU og ØNH St. Olavs
Biveileder: Anne Helvik ISM, NTNU, Vegard Bugten INM, NTNU og ØNH St. Olavs og Heidi B. Eggesbø, Radiologisk avdeling, Rikshospitalet, Oslo

Linn Getz har fra 2012 inngått i en samarbeidsgruppe rundt STORK Groruddalen prosjektet, et stort folkehelseprosjekt ledet av professor Anne Karen Jenum, ansatt ved AFE Oslo, med fokus på bedre helse for mor og barn i en multietnisk befolkning – et samarbeid mellom primærhelsetjenesten i Oslo kommune, spesialisthelsetjenesten og Universitetet i Oslo. Getz' bidrag er innsikt i internasjonal forskning på allostatisk belastning og sykdomsutvikling, inkludert kontakt til professor Bruce McEwen, Rockefeller University, NY. Prosjektgruppen har samarbeidet om flere søknader. Mer informasjon om STORK-prosjektet <http://www.med.uio.no/helsam/forskning/prosjekter/stork-groruddalen/>

Felles prosjekter ved de fire AFENE:

QUALICOPC

Quality and Costs of Primary Care in Europe (QUALICOPC) er et EU-finansiert prosjekt som har som mål å kartlegge hvilke tjenester allmennlegene utfører i de ulike europeiske landene og pasienters forventning til og tilfredshet med allmennlegenes tjenestetilbud. Det er det nederlandske forskningscenteret NIVEL (Netherlands Institute of Health Services Research) som står bak. NIVEL hadde som målsetting å få med alle europeiske land. I Norge hadde de en kontaktperson som var på vei over i pensjonistenes rekke, og våren 2012 så det ut til at Norge ikke skulle bli med. AFE-lederne diskuterte saken, og bestemte seg i august 2012 for å gå inn for deltagelse. Vi mente at undersøkelsen kunne gi oss en del nyttige data, og at vi også hadde en slags plikt overfor resten av Europa til å bidra med opplysninger fra Norge. Det ville være for galt at Norge skulle være en hvit flekk på det europeiske kartet når resultatene av undersøkelsen blir presentert. Totalt 34 europeiske land er med.

Deltagelse i undersøkelsen innebar at AFENE skulle rekruttere 220 allmennleger og 2200 av deres pasienter (10 pasienter tilhørende hver lege) til å fylle ut omfattende spørreskjemaer. AFE Tromsø har koordinert arbeidet i innsamlingsfasen, mens AFE Oslo har engasjert en allmennlege til å lede de nasjonale analysene, basert på den norske delen av materialet. Datainnsamling ble avsluttet våren 2013.

Forskerskole

En søknad om forskerskole i allmenntmedisin ble utviklet i 2012 i samarbeid mellom de fire AFE'ne. Forskerskolen vil være et samarbeidsprosjekt mellom de allmenntmedisinske forskningsmiljøene i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø med AFE Oslo som hovedansvarlig. Det er dessuten planlagt samarbeid med allmenntmedisinske forskerskoler og forskningsmiljøer utenfor Norge.

Hensikten med Forskningsrådets satsing på de nasjonale forskerskolene er at de skal heve kvaliteten på forskerutdanningen, og de skal være et supplement til eksisterende doktorgradsprogrammer ved institusjonene.

Forskningsrådet mottok i alt 29 søknader om støtte til nasjonale forskerskoler, og bevilget totalt 218 mill kroner fordelt på 10 nye skoler, hvorav en i allmenntmedisin. De skriver om tildelingen at de i søknadsbehandlingen har lagt stor vekt på søknadenes kvalitet, strategiske betydning for fagområdet og merverdi i forhold til den eksisterende doktorgradsutdanningen. Forskerskolen ble etablert i oktober 2013. Sigurdsson er ISM, NTNUs representant i ledelsen for forskerskolen

<http://www.med.uio.no/helsam/forskning/doktorgrad-karriere/forskerskoler/nafalm/>

Forskernettverk

De siste årenes samarbeid mellom AFE-ene, de øvrige allmenntmedisinske miljøene og tannhelsetjenestens forskningsmiljøer (AllmennTann-nettverket) har også vist seg fruktbart. Dette samarbeidet er bakgrunnen for at Helsedirektoratet ved utgangen av 2012 bevilget 1 million kroner til utredning av forskningsnettverk i allmennpraksis knyttet til AFE-ene i Oslo og Bergen, og et tilsvarende nasjonalt nettverk knyttet til tannhelseforskning. AllmennTann-nettverket har møter i Bergen to ganger i året og i løpet av 2013 har en omfattende utredningsrapport blitt laget og oversendt HDir.

Infrastruktursøknad til NFR

De fire AFE'ne har vært samarbeidspartnere i en omfattende søknad om midler til etablering av SNOW Health Research Infrastructure – SNOW – HRI i 2012. Søknaden har sin hovedforankring i Norwegian Centre for integrated care at University Hospital of Northern Norway, med Gro Berntsen som prosjektleder. Det ble klart i 2013 at søknaden ikke ble innvilget.

Kongresser, seminarer og sentrale foredrag

Kirkengen var plenumsforeleser ved Annual National Meeting, Pediatric-Forensic Units in Finland, University of Kuopio (september 2013) og ved Nationale konferanse i Forsknings-nettverket om seksuelle overgrep mot barn på Hidsgavl Slot, Middelfart, Danmark (oktober 2013). Hun var invitert foreleser ved Finske läkardagarna i Helsinki

under et kurs for spesialister i sosialpediatri, Helsinki (januar 2013) og ved Landsmøte 2013 i Norsk tannlegeforening (NTF) (nove,ber 2013). Hun hadde to frie foredrag under konferansen "A Narrative Future for Health Care", King's College London (juni 2013) og var invitert foreleser ved et symposium under 18th Nordic Congress in General Practice i Tampere, Finland august 2013). Hun var invitert deltaker under 6th Milestone Conference on Violence Prevention i regi av WHO i Mexico City, Mexico.

Halfdan Petursson var invitert foreleser til Dagens Medisin Arena i Oslo 6.3.13 med tema: Fanger vi opp risikopasientene? Muligheter og problemer med kliniske retningslinjer fra et allmennlegeperspektiv. Han var også plenumsforeleser ved kongress for Primærhelsetjenesten i Reykjavik 7.11.13 med tema: Kliniske retningslinjer: Frelser eller belastning? Petursson og Sigurdsson deltok på den første verdenskongressen 'Preventing Overdiagnosis' i USA; begge med innlegg.

Sigurdsson hadde 'key note' forelesning ved åpningssermonien til 18th Nordic Congress of General Practice i Tampere, Finland i august 2013 om 'Milestones in General Practice' i Norden. Kirkengen, Vogt og Hetlevik arrangerte et symposium ved samme kongress med tittel : 'More focus on personhood – and what that implies'. Sigurdsson var i november 2013 invitert til å forelese ved et symposium i Gøteborg, Sverige for å minnes Calle Bengtsson.

Henrik Vogt er en dyktig formidler i form av kronikker i media (Bro over to kulturer, Det ondes gen, Medisin på bristepunktet og Psykiatrisk ettertanke for Christoffer.

Internasjonalt samarbeid

Getz, Kirkengen, Petursson og Hetlevik er deltakere i NRG som i 2013 avholdt sitt 10. årlige møte på Osterøy ved Bergen. To bøker i regi av NRG ble utgitt i 2009 ('Skapar vården ohälsa? Allmänmedicinska reflectioner' og 'Kan sundhedsvæsenet skabe usundhed? Refleksjoner fra almen praksis'). Planene om en engelskspråklig bok med arbeidstittel: 'Less, more, why and how' er foreløpig lagt på is. Kirkengen har følgende internasjonale tilknytninger og samarbeidspartnere i tillegg til NRG: Workshop in Philosophy and Health ved King's College London; Program on Violence Prevention, WHO, Geneve; Vincent J. Felitti, Clinical Professor ved University of California, San Diego (UCSD) and Principal Investigator of the Adverse Childhood Experience Study (ACE Study). Både Getz og Kirkengen har samarbeid med Bruce McEwen, Professor and Head of Department, Rockefeller University, New York. Samarbeidet gav i 2013 en felles publikasjon (abstract og presentasjon) av Tomasdottir et al. Kirkengen,

Egil Fors har nå internasjonalt samarbeid med følgende: Prof Trudie Chalder, Kings College, London, UK i "CBT ved CFS/ME"-prosjekt" – EF er hovedveileder sammen med prof Tore Stiles, NTNU). Prof Dan Clauw, prof Dave Williams og prof Afton Hasset ved University of Michigan, Ann Arbour, USA: Samarbeid innen smerte og fatigue-forskning, spesifikt "Cytokines in cfs/me and fibromyalgia" (PhD stipendiat Nina Groven, hovedveileder Solveig Reitan; EF biveileder). Prof Christoffer Johansen, København, DK, prof Ann McTiernan, Fred Hutchinson Cancer Research Center in Seattle, USA i "Breastcancer, pshysical activity & QoL in EBBA-2"-prosjekt (søker midler til PhD-stipendiat i juni 2014). Prof Sandra van Dulmen Professor Communication

in Healthcare, psychologist, at: - NIVEL (Netherlands institute for health services research), Utrecht, Nederland (e-medisin-prosjekt v/Ólöf Kristjansdottir – disputas 14.02.2014; EF biveileder).

AFE Trondheim ved Hetlevik og Getz og ISM ved Grimsmo har bidratt til en EU søknad innenfor tema: 'Integration of Multi-Morbidity Patients' Care through a paradigm-shift Towards goal oriented care (IMMPACT). Søknadens hovedsete var Ghent University i Belgia. Andre involverte var Nivel Institute, Nederland; Universidade Nova de Lisboa, Portugal; Oxford University, UK og University of Queensland, Australia. Søknaden ble formulert i 2012 og revidert i 2013, men gav ikke uttelling.

Det ble i 2013 stiftet et European Society for Person Centered Healthcare,

<http://www.pchealthcare.org.uk/>

og et assosiert tidsskrift, European Journal of Person Centered Healthcare,

<http://ubplj.org/index.php/ejpch/index>

AFE Trondheim v/Linn Getz har påtatt seg å lede en av mange ESPCH's Special Interest Groups; den aktuelle gruppen har navnet Epistemology and Ontology of Person Centred Healthcare.

Enhet for allmennmedisin ved Islands universitet og NTNU har laget en samarbeidskontrakt om analyser av HUNT materialet, spesielt relatert til prosjektene til Petursson og Tomasdottir. Sigurdsson er på vegne av AFE, ISM, NTNU ansvarlig for dette samarbeidet.

Verv og lignende

Irene Hetlevik

- Medlem i Forskningsutvalget for Fonden vedrørende finansiering af forskning i almen praksis og sundhetskvesenet i øvrig, Danmark. 2003-
- Medlem av Faglig Råd ved Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten 2007-2013

Anna Luise Kirkengen

- Faglig medarbeider Tidsskr Nor Legeforen 2005 -
- Referee i Permanente Journal, San Diego 2010 -
- Referee i Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology 2013 -
- Vararepresentant i styret til AMFF fra 2007 (nå i 2. periode)
- Medlem i komite for innstilling av Marie Spångbergprisen 2006 -
- Leder av AFU siden 2010 (nå i 2. periode)
- Medlem i bedømmelseskomiteen av frie foredrag under Primærmedisinsk Uke 2013

Linn Getz

- Nestleder i Fagrådet for AMFF, 2008- 2011, dernest gjenvalgt for fire nye år

Egil Fors

- Leder i Norsk Adferdsmedisinsk forening (NAMF) 2012 –
- Medlem i Norges Fibromyalgi Forbunds fagråd 2013 –

Johann Agust Sigurdsson

- Medlem av vitenskapelig komite for 20th Nordic Congress of General Practice I Reykjavik 14. – 16. juni 2017
- Medlem (en av tre) i 'Research Fund of the Icelandic College of Family'
- Medlem (en av tre) av 'Novo Nordisk Fond research committee on post doc research projects in general practice', 2008 -

Niels Bentzen

- Formann for Novo Nordisk Fondens Post Doc forskningsudvalg for almenmedicin 2008 –
- Medlem i Forskningsudvalget for Fonden vedrørende finansiering af forskning i almen praksis og sundhetskassen i øvrig, Danmark 2003 –
- Medlem af bestyrelsen for Magda og Svend Aage Freiderichs Mindelegat

Bente Prytz Mjølstad

- Medlem i styret for Norsk forening for allmenmedisin (NFA) 2011 –
- Medlem i arbeidsgruppen 'Indre ISM' 2011 -

Lars Tore Nerbøvik

- Nestleder i Møre og Romsdal Legeforening

John-Tore Eid

- Tatt opp ved Den nasjonale forskerskolen i allmenmedisin (NAFALM) fra 2013

Bjarne Austad

- Tatt opp ved Den nasjonale forskerskolen i allmenmedisin (NAFALM) fra 2013

Ingrid S. Følling

- Arbeidsgruppemedlem i Helsedirektoratet ved revidering av Nasjonale Retningslinjer for Diabetes (2014-2016) Tema: Livsstil, fysisk aktivitet, kosthold og overvekt.
- Medlem i Nasjonalt Nettverk for Helsefremming i regi av Helsedirektoratet og Senter for Helsefremmende forskning NTNU/HiST
- Styringsgruppemedlem for *VEND- RISK* - Et utviklingsprosjekt for å forebygge diabetes type 2 til personer med overvekt i Værnesregionen
- Medlem i FoU fagråd for Frisklivssentraler i Nord-Trøndelag

Priser

- Irene Hetlevik ble tildelt Nidarosprisen 2013 med begrunnelse:
- «Nidarosprisen deles ut til en allmennmedisiner som har gjort en fremragende innsats for utviklingen av faget vårt, særlig når det gjelder utdanning, informasjon og fagutvikling innen allmennmedisinen. I forbindelse med prisutdelingen skal vinneren holde et foredrag om egen virksomhet og de refleksjoner han eller hun har om allmennmedisinen som fag og dens plass i det medisinske landskap». Tittel på foredraget: Kunnskap på allmennmedisinens egne premisser.

Rekruttering

Basismidlene fra HDir har i hovedsak gått til avlønning av personer med førstestillingskompetanse som igjen har rekruttert egne stipendiater. Det er gitt informasjon til allmennleger i Midt-Norge om forskningsmuligheter både via medlemsbrev til praksislærere og ved praksiskurs for de samme legene (som har siste års studenter utplassert i 6 uker). Samme informasjon er sendt til fastleger som er ansatt som universitetslektorer i Lege Pasient Kurset (LPK) (de to første årene i medisinstudiet).

3. Oversikt over publikasjoner, foredrag og mediebidrag 2013

Publikasjoner

Austad, Bjarne; Hetlevik, Irene; Bugten, Vegard; Wennberg, Siri; Olsen, Anita Helene; Helvik, Anne-Sofie.

Implementing guidelines for follow-up after surgery with ventilation tube in the tympanic membrane in Norway: a retrospective study. *BMC Ear, Nose and Throat Disorders* 2013 ;Volum 13.(2) s. -NTNU STO

Fosse, Anette; Austad, Bjarne; Eid, John-Tore; Bell, Hege Therese; Brænd, Anja Maria Lyche; Fidjeland, Heidi Lidal; Vallersnes, Odd Martin; Vik, Ingvild; Gullbrå, Frøydis; Jansen, Kristian; Schei, Edvin; Simonsen, Kristian Anton; Laue, Johanna; Sandvik, Reidun Karin.

Primærhelsetjenesten - fremtidens forskningsfront. *Dagens medisin* 2013 (21) Suppl. spesialutgave s. 20-21 UiB UiO UiT UNI NTNU

Nielsen, Iris Relling; Seim, Arnfinn; Bentzen, Niels.

Kloramfenikol øyedråper i behandling av maxillarsinusittliknende plager. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2013 ;Volum 20.(133) s. 2146-2148 NTNU

Kristjansdottir, Olöf Birna; Fors, Egil Andreas; Eide, Erlend; Finset, Arnstein; Stensrud, Tonje Lauritzen; van Dulmen, Sandra; Wigers, Sigrid Hørven; Eide, Hilde.

A smartphone-based intervention with diaries and therapist-feedback to reduce catastrophizing and increase functioning in women with chronic widespread pain. Part 2. 11-month results of a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research* 2013 ;Volum 15.(3) s. 152-170 HIBU HIOA NTNU STO UiO

Kristjansdottir, Olöf Birna; Fors, Egil Andreas; Eide, Erlend; Finset, Arnstein; Stensrud, Tonje Lauritzen; van Dulmen, Sandra; Wigers, Sigrid Hørven; Eide, Hilde.

A smartphone-based intervention with diaries and therapist-feedback to reduce catastrophizing and increase functioning in women with chronic widespread pain: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research* 2013 ;Volum 15.(1) s. 41-62 HIBU HIOA NTNU STO UiO

Landrø, Nils Inge; Fors, Egil Andreas; Våpenstad, Lindis Lovise; Holthe, Øyvor; Stiles, Tore C; Borchgrevink, Petter Chr..

The extent of neurocognitive dysfunction in a multidisciplinary pain centre population. Is there a relation between reported and tested neuropsychological functioning?. *Pain* 2013 ;Volum 154.(7) s. 972-977 NTNU STO UiO

Smedslund, Geir; Eide, Hilde; Kristjansdottir, Olöf Birna; Nes, Andrea; Sexton, Hal; Fors, Egil Andreas.

Do weather changes influence pain levels in women with fibromyalgia, and can psychosocial variables moderate these influences?. *International journal of biometeorology* 2013 s. - DIAKON HIBU HIOA MODUM NTNU STO UiO

Getz, Linn; Hvas, Lotte.

Narrativ Medicin i almen praksis - del II. Den medicinske menneskeforeståelse i forandring.. *Månedsskrift for almen praksis* 2013 (December) s. 1054-1061 NTNU

Getz, Linn; Vogt, Henrik.

Hva betyr frykt og konflikt for barns biologiske utvikling? Om stressresponser, epigenetikk og den formbare barnehjernen.. *Oppvekstrapporten* 2013 (2013) s. 174-183 NTNU

Getz, Linn; Kirkengen Anna Luise; McEwen Bruce

Biology and Biography. Allostasis and Narration; Aspects of an integrated framework for clinical practice. Conference 'A Narrative Future for Health Care', King's College London, June 2013. Abstract Book pg 102-103. NTNU, UiT, Rockefeller University, USA.

Hvas, Lotte; Getz, Linn.

Narrativ medisin i almen praksis -del I. Historiernes betydning for sykdom og sundhed.. *Månedsskrift for almen praksis* 2013 (Oktober) s. 765-771 NTNU

McEwen, Bruce S; Getz, Linn.

Lifetime experiences, the brain and personalized medicine: An integrative perspective. *Metabolism: Clinical and Experimental* 2013 ;Volum 62.(1) Suppl. 1 s. S20-S26 Rockefeller University USA, NTNU

Björklöf, Guro Hanevold; Engedal, Knut Arne; Selbæk, Geir; Kouwenhoven, Siren Eriksen; Helvik, Anne-Sofie.

Coping and depression in old age: a literature review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 2013 ;Volum 35.(3-4) s. 121-154 AHUS HIBU NTNU SI STO UiO VV

Helvik, Anne-Sofie; Engedal, Knut Arne; Björklöf, Guro Hanevold; Selbæk, Geir.

Sense of chorence and perceived health in Older hospitalized patients without dementia - a 12 month follow-up study. *Health Aging & Clinical Care in the Elderly* 2013 ;Volum 5. s. - NTNU SI SIV STO UiO VV AHUS OUS

Helvik, Anne-Sofie; Engedal, Knut Arne; Selbæk, Geir.

Change in quality of life of medically hospitalized patients - A one-year follow-up

study. *Aging & Mental Health* 2013 ;Volum 17.(1) s. 66-76 AHUS NTNU OUS SI STO UiO

Helvik, Anne-Sofie; Engedal, Knut Arne; Selbæk, Geir.

Change in sense of coherence (SOC) and symptoms of depression among old non-demented persons 12 months after hospitalization. *Archives of gerontology and geriatrics (Print)* 2013 ;Volum 56.(2) s. 314-320 AHUS NTNU OUS SI STO UiO

Helvik, Anne-Sofie; Engedal, Knut Arne; Selbæk, Geir.

Depressive symptoms among the medically hospitalized older individuals - a 1-year follow-up study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2013 ;Volum 28.(2) s. 199-207
AHUS NTNU OUS SI STO UiO

Helvik, Anne-Sofie; Engedal, Knut Arne; Selbæk, Geir.

Perceived health among the medically hospitalized elderly: A one-year follow-up study. *Scandinavian Journal of Public Health* 2013 ;Volum 41.(4) s. 421-428
AHUS NTNU OUS SI STO UiO

Helvik, Anne-Sofie; Engedal, Knut Arne; Selbæk, Geir.

Three-year mortality in previously hospitalized older patients from rural areas - the importance of co-morbidity and self-reported poor health. *BMC Geriatrics* 2013 ;Volum 13. s. -AHUS NTNU OUS SI STO UiO

Helvik, Anne-Sofie; Krokstad, Steinar; Tambs, Kristian.

Hearing loss and risk of early retirement. The HUNT study. *European Journal of Public Health* 2013 ;Volum 23.(4) s. 617-622 FHI HNT NTNU STO

Helvik, Anne-Sofie; Krokstad, Steinar; Tambs, Kristian.

Hearing loss and the risk of disability pension in Norway: the HUNT Study. *Scandinavian Journal of Public Health* 2013 ;Volum 41.(8) s. 818-824 FHI HNT NTNU STO

Helvik, Anne-Sofie; Selbæk, Geir; Engedal, Knut Arne.

Functional decline in older adults one year after hospitalization. *Archives of gerontology and geriatrics (Print)* 2013 ;Volum 57.(3) s. 305-310 AHUS NTNU OUS SI STO UiO

Iversen, Valentina C.; Sam, David Lackland; Helvik, Anne-Sofie.

Psychological distress and perceived health in inmates in Norwegian prisons. *Scandinavian Journal of Public Health* 2013 s. - NTNU STO UiB

Jakobsen, Bente. (Masteroppgave med Helvik som veileder)

Health Related Quality of Life Before, During and After Pregnancy in Norwegian

Women with Rheumatoid Arthritis and Juvenile Idiopathic Arthritis. : NTNU 2013
43 s. NTNU STO

Hetlevik, Irene.

Frisk, syk eller risikant. I: *Allmenntmedisin*. Gyldendal Akademisk 2013 s. 922-927
NTNU

Eriksen, Thor Eirik; Kirkengen, Anna Luise; Vetlesen, Arne Johan.

The medically unexplained revisited. *Medicine, Health care and Philosophy* 2013
;Volum 16.(3) s. 587-600 NTNU UiO UiT UNN

Kirkengen, Anna Luise.

Fra en ubehagelig virkelighet.. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2013
;Volum 133. s. 2530-NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Barndomsforgiftning skader livskraften.. I: *Trygge rom : trosopplæring i møte med sårbare og overgrepsutsatte barn og unge*. Verbum Forlag 2013 ISBN 9788254312650. s. 63-80 NTNU

Kirkengen, Anna Luise; Ekeland, Tor-Johan; Getz, Linn; Hetlevik, Irene; Schei, Edvin; Ulvestad, Elling; Vetlesen, Arne Johan.

Grunnlag og grenser for klinisk kunnskap.. I: *Allmenntmedisin, 3. utgave*. Gyldendal Akademisk 2013 ISBN 978-82-05-40192-1. s. 116-121 HIM NTNU UiB UiO

Kirkengen, Anna Luise; Ekeland, Tor-Johan; Getz, Linn; Hetlevik, Irene; Schei, Eldrid; Ulvestad, Elling; Vetlesen, Arne Johan.

What constitutes competence? That depends on the task. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2013 ;Volum 31.(2) s. 65-66 HAUKELAND NTNU UiO HVO

Kirkengen, Anna Luise; Thornquist, Eline

Når diagnoser gjør blind. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2013 ;Volum 133.NTNU, UiT

Kirkengen, Anna Luise; Thornquist, Eline

Silent body – Speaking mind: how to transcend this shism? Conference 'A Narrative Future for Health Care', King's College London, June 2013. Abstract Book pg 102 – 103. NTNU, UiT.

Mjølstad, Bente Prytz.

Barn i blindsonen. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2013 ;Volum 133.(14) s. 1429-1430
NTNU

Mjølstad, Bente Prytz; Kirkengen, Anna Luise; Getz, Linn; Hetlevik, Irene.
Knowing patients as persons: Senior and Junior GPs explore a professional resource. *European Journal for Person Centered Healthcare* 2013 ;Volum 1. s. 88-99 NTNU UiT

Mjølstad, Bente Prytz; Kirkengen, Anna Luise; Getz, Linn; Hetlevik, Irene.
Standardization meets stories: contrasting perspectives on the needs of frail individuals at a rehabilitation unit. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 2013 ;Volum 8. s. 21498- AHUS NTNU UiT

Mjølstad, Bente Prytz; Kirkengen, Anna Luise; Getz, Linn; Hetlevik, Irene.
What Do GPs Actually Know About Their Patients As Persons?. *European Journal for Person Centered Healthcare* 2013 ;Volum 1. s. 149-160 NTNU UiT

Blomberg, Hans; Petursson, Halfdan; Oona, Marje.
Perspectives from the Nordic Risk Group: Should we treat mild hypertension - why or why not?. *18th Nordic Congress of General Practice 18th Nordic Congress of General Practice, Tampere, Finland, 21-24 August 2013. Programme and Abstracts* 2013 s. 133-133 NTNU

Petursson, Halfdan; Getz, Linn; Sigurdsson, Johann Agust; Hetlevik, Irene.
Cardiovascular risk estimation in general Norwegian population: modelling analysis based on the HUNT 3 study. *18th Nordic Congress of General Practice 18th Nordic Congress of General Practice, Tampere, Finland, 21-24 August 2013. Programme and Abstracts* 2013 s. 252-252 NTNU

Petursson, Halfdan; Getz, Linn; Sigurdsson, Johann Agust; Hetlevik, Irene.
Implementation of the European guidelines for management of arterial hypertension might destabilize the Norwegian healthcare system - Modelling study based on the HUNT 2 population. *Preventing Overdiagnosis. Winding back the harms of too much medicine. Dartmouth College September 10-12, 2013, Programme and Abstracts* 2013 s. 96-97
NTNU

Petursson, Halfdan; Sigurdsson, Johann Agust; Bengtsson, Calle; Nilsen, Tom Ivar Lund; Getz, Linn.
Does inclusion of total cholesterol in mortality algorithms lead to overrepresentation of risk?. *Preventing Overdiagnosis. Winding back the harms of too much medicine. Dartmouth College September 10-12, 2013, Programme and Abstracts* 2013 s. 162-163 NTNU

Axelsdottir, Thury Osk; Sigurdsson, Emil Larus; Gudmundsdottir, Anna Margret; Kristjansdottir, Hildur; Sigurdsson, Johann Agust.
Drug use in early pregnancy – Cross-sectional analysis from the Childbirth and Health study in primary care, Iceland. *18th Nordic Congress of General*

Practice 18th Nordic Congress of General Practice, Tampere, Finland, 21-24 August 2013. Programme and Abstracts 2013 s. 189-189 NTNU

Bjornsson, Steinar; Sigurdsson, Johann Agust; Svavarsdottir, Alma Eir; Gudmundsson, Gunnar Helgi.

Gatekeeping and referrals to cardiologists: General practitioners' views on interactive communications. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2013 ;Volum 31.(2) s. 79-82
NTNU

Erlingsdottir, Asthildur; Sigurdsson, Emil Larus; Jonsson, Jon Steinar; Kristjansdottir, Hildur; Sigurdsson, Johann Agust.

Smoking during pregnancy – Maternal factors associated with smoking during pregnancy in primary care setting in Iceland. *18th Nordic Congress of General Practice 18th Nordic Congress of General Practice, Tampere, Finland, 21-24 August 2013. Programme and Abstracts 2013 s. 191-191 NTNU*

Georgsdottir, Gudrun Johanna; Arason, Vilhjalmur Ari; Gudmundsdottir, Sesselja; Sigurdsson, Johann Agust.

Infectious morbidity in 18-month-old children in Iceland. *18th Nordic Congress of General Practice 18th Nordic Congress of General Practice, Tampere, Finland, 21-24 August 2013. Programme and Abstracts 2013 s. 144-144 NTNU*

Sigurdsson, Johann Agust.

Milestones in the development of Nordic General Practice. Establishment of the Nordic congresses and the Scandinavian Journal of Primary Health Care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2013 ;Volum 31. s. 3-5 NTNU

Sigurdsson, Johann Agust; Getz, Linn; Sjönell, Göran; Vainiomaki, Paula; Brodersen, John.

Marginal public health gain of screening for colorectal cancer: modelling study, based on WHO and national databases in the Nordic countries. *Journal of Evaluation In Clinical Practice* 2013 ;Volum 19.(2) s. 400-407 NTNU

Strandheim, Arve.

Substance use and health problems in adolescents – The HUNT Study, Nord-Trøndelag, Norway. Trondheim, Norges Teknisk-naturvitenskapelige universitet 2013. Doktoravhandling ved NTNU.

Tomasdottir, Margret Olafia; Getz, Linn; Sigurdsson, Johann Agust; Petursson, Halfdan; Kirkengen, Anna Luise; Krokstad, Steinar; McEwen, Bruce; Hetlevik, Irene.

Difficult childhood as a predictor of multimorbidity- mediated by allostatic load?. *18th Nordic Congress of General Practice 18th Nordic Congress of General Practice, Tampere, Finland, 21-24 August 2013. Programme and Abstracts 2013 s. 177-177 NTNU UiT*

Vogt, Henrik.

Bro over to kulturer. *Aftenposten Innsikt* 2013 s. 54-55 NTNU

Vogt, Henrik.

Det ondes gen. *Morgenbladet* 2013 s. 22-22 NTNU

Vogt, Henrik.

Kunnskapshull om elektroshokk. *Aftenposten (morgenutg.: trykt utg.)* 2013 s. 4-5 NTNU

Vogt, Henrik.

Psykiatrisk ettertanke for Christoffer. *VG: Verdens gang* 2013 s. 42-43 NTNU

Vogt, Henrik; Hetlevik, Irene; Kirkengen, Anna Luise.

More focus on personhood - and what that implies. Perspective from the Nordic Risk Group (NRG). Abstract. *18th Nordic Congress of General Practice. Abstracthefte* 2013 UiT NTNU

Vogt, Henrik; Roksund, Gisle.

Hjertemedisin på bristepunktet. *Aftenposten (morgenutg. : trykt utg.)* 2013 s. 4-5 NTNU

Foredrag/presentasjoner

Austad, Bjarne.

Hva med fenomenologi i mitt prosjekt: "Implementering av kliniske retningslinjer i allmennpraksis". Fagdag om fenomenologi; 2013-10-09 - 2013-10-09 NTNU

Austad, Bjarne.

Kan fastlegen ta oppfølgingskontrollene etter operasjon med dren i trommehinnen? En retrospektiv studie fra Midt-Norge. Nidaroskongressen; 2013-10-24 - 2013-10-24 NTNU

Austad, Bjarne.

Kan fastlegen ta oppfølgingskontrollene etter operasjon med dren i trommehinnen? En retrospektiv studie fra Midt-Norge. Høstmøte Øre-nese-hals foreningen; 2013-10-25 - 2013-10-25 NTNU

Austad, Bjarne.

Kliniske retningslinjer i allmennpraksis. Multimorbiditet; Internasjonalt seminar arrangert av AFE, ISM, NTNU 2013-01-17 - 2013-01-18 NTNU

Eid, John-Tore.

De krenkede barna - pasienterfaringer, relasjonelle erfaringer og rusavhengighet.. - Seminaret: Hva betyr barndomserfaringer for problemer seinere i livet?; 2013-03-21 NTNU

Eid, John-Tore.

Hjelperelasjonens betydning i arbeid med mennesker med rusproblemer. En kvalitativ studie av potensialet i hjelperelasjonen. Nidaroskongressen 2013; 2013-10-21 - 2013-10-25 NTNU

Eide, Hilde; Kristjansdottir, Olöf Birna; Fors, Egil Andreas; van Dulmen, Sandra.

Supporting women with widespread pain to live according to own values – web based counselling in the home setting. 7th Nordic Health Promotion Research Conference; 2013-06-17 - 2013-06-19 HIBU NTNU UiO

Fors, Egil.

Hva er smerte? Norsk sakprosafestival; 2013-10-19 - 2013-10-19 NTNU

Fors, Egil.

Hva er smerte? En allmenmedisinsk vinkling. Nidaroskongressen 2013; 2013-10-22 - 2013-10-22 NTNU

Fors, Egil.

Hvordan hindre at personer som er i ferd med å utvikle sammensatte

symptomlidelser skal utvikle kronisk sykdom? NSHs Konferanse om rehabilitering; 2013-05-28 - 2013-05-28 NTNU

Fors, Egil.

Nevropatisk smertekasuistikk. Nidaroskongressen 2013; 2013-10-22 - 2013-10-22 NTNU

Fors, Egil.

Utredning og behandling av kronisk utmattelsessyndrom cfs/me. Klinisk emnekurs for allmennleger; 2013-04-03 - 2013-04-04 NTNU

Fors, Egil A.

CBT for CFS/ME juni 2013. Seminar/workshop; 2013-06-07 - 2013-06-07 NTNU

Fors, Egil A.

Kognitiv terapi ved smerter. Seminar/workshop 2 dager om kognitiv terapi ved smerter; 2013-06-20 - 2013-06-21 NTNU

Fors, Egil A.

Smerte for radiografer. Radiografseminar; 2013-11-05 - 2013-11-05 NTNU

Fors, Egil A.

Stress og utbrenthet: Et viktig helseproblem? Seminar for tannleger; 2013-03-21 – 2013-03-21 NTNU

Følling, Ingrid Sørdal.

Gammel vane-vond å vende -hvordan endre helseatferd gjennom kommunale tiltak. Forskningsdagene 2013; 2013-09-21 - 2013-09-21 HINT

Følling, Ingrid Sørdal.

Lavterskelintervensjoner i primærhelsetjenesten-forebygging av overvekt og type 2 diabetes. Nasjonalt Diabetesforum; 2013-08-21 - 2013-08-22 HINT

Følling, Ingrid Sørdal.

Lavterskelintervensjoner internasjonalt-forebygging av overvekt. Masteremne; 2013-02-08 - 2013-02-08 HINT

Følling, Ingrid Sørdal.

Lavterskelintervensjoner i nærmiljø for å forebygge overvekt. Masteremne; 2013-02-08 - 2013-02-08 HINT

Følling, Ingrid Sørdal.

Phd. ifht endring av helseatferd til personer med overvekt og type 2 diabetes. BSc studie; 2013-09-17 - 2013-09-17 HINT

Følling, Ingrid Sørdal.

Prosjektarbeid; Overvekt og folkehelse. Masteremne; 2013-02-08 - 2013-02-08
HINT

Følling, Ingrid Sørdal.

Samhandling mellom kommuner og sykehus ved livsstilsbehandling.
Samhandlingskonferansen; 2013-01-25 - 2013-01-25 HINT

Getz, Linn.

The design of man. Take 2. Honorary Symposium for professor Vilhjalmur Arnason; 2013-01-11 - 2013-01-12 NTNU

Getz, Linn.

Allmenntedisinske utfordringer, hva kan HUNT bidra med? Åpning Nye HUNT
Forskningscenter; 2013-11-01 NTNU

Getz, Linn.

«Det som nærer og det som tærer. Et teoretisk perspektiv på helse og sykdomsutvikling med utgangspunkt i allostasebegrepet» og. «Narrativ praksis i en høyteknologisk, medisinsk verden?». Kurset : Kroppen bærer av mening, erfaring og historie; Halden , 2013-11-06 - 2013-11-07 NTNU

Getz, Linn.

Det som nærer og det som tærer. Om allostase, helse og sykdomsutvikling..
Oppvekstkonferansen 2013; 2013-11-27 NTNU

Getz, Linn.

Det som nærer og det som tærer. Om allostase, helse og sykdomsutvikling i et psykoterapeutisk perspektiv.. Agorakonferansen 2013; 2013-11-29 NTNU

Getz, Linn.

Evidence Based General Practice. A place for hi-tech, healing and the whole human being.. Graduation seminar for Specialists in General Practice; 2013-12-04 NTNU

Getz, Linn.

Funksjonelle lidelser – et epidemiologisk perspektiv. Allmenntedisinsk forskningsenhet seminar; 2013-04-29 - 2013-04-30 NTNU

Getz, Linn.

Hvordan frykt og konflikt går under huden. Om stressresponser, epigenetikk og den formbare barnehjernen.; Konferanse i regi av Barne-ungdoms og familiedirektoratet og Alternativ til Vold. Oslo Plaza, 15. nov 2013 2013-11-15
NTNU

Getz, Linn.

Sårbare livsfaser, stress og allostase, del 1 og 2. Helsesøsterseminaret; 2013-02-05 NTNU

Getz, Linn; Kirkengen, Anna Luise; McEwen, Bruce S.

Biology and biography, allostasis and narration: Aspects of an integrated framework for clinical practice.. A narrative future for health care; 2013-06-18 NTNU UiT

Bjørkløf, Guro Hanevold; Helvik, Anne-Sofie.

Does coping affect the prognosis of depression in late life? III Symposium Brazil - Norway; 2013-05-09 - 2013-05-10 NTNU UiO VV STO

Helvik, Anne-Sofie; Skancke, Randi H.; Selbæk, Geir; Engedal, Knut Arne.

Nursing home admission during the first year after hospitalization - Cognitive impairment contributes. International Psychogeriatric Association's 16 th International Congress; 2013-10-01 - 2013-10-04 STO SI SIV NTNU

Jakobsen, Bente; Helvik, Anne-Sofie; Stafne, Signe N.; Wallenius, Marianne; Koksvik, Hege.

Disease activity before, during and after pregnancy in women with juvenile idiopathic arthritis EULAR 2013; 2013-06-12 - 2013-06-15 STO NTNU

Helvik, Anne-Sofie

Hverdagsliv og hørselstap blant voksne. AFE seminar, januar 2013. NTNU

Helvik, Anne-Sofie

Kognitiv svikt etter sykehusinnleggelse. Fag og forskningsdag ved SI Tynset 2013- 04-24.

Helvik, Anne-Sofie

Tynset – studien «depresjon hos eldre innlagt i medisinsk avdeling». Alders psykiatrisk forskningsnettverk, Nasjonalt kompetansetjeneste for aldring og helse 2013- 11-18.

Helvik, Anne-Sofie; Bjørkløf, Guro Hanevold

Mestring og psykisk helse hos gamle. Hva vet vi, hva trengs det mer forskning på og hvordan kan alderspsykiatrien bidra?. Alders psykiatrisk forskningsnettverk, Nasjonalt kompetansetjeneste for aldring og helse 2013- 11-18.

Helvik, Anne-Sofie

Alkohol og legemiddelbruk blant eldre – status på forskningen i Norge. Konglomerat Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse 2013- 11-21.

Hetlevik, Irene.

AFE Trondheim - status. Dialogmøte mellom HDir og AFE ledere; 2013-11-21 NTNU

Hetlevik, Irene.

Hvem betaler for at allmennpraktikere skal forske? Grunnkurs D ved Oppdalsuka; 2013-03-05 NTNU

Hetlevik, Irene.

Informasjon om arbeidsgruppe 'Forskningskvalitet og internasjonalisering.'. Allmenntmedisinsk universitetsmøte; 2013-10-17 - 2013-10-18 NTNU

Hetlevik, Irene.

Is medical knowledge about persons? Del av symposium 'More focus on personhood - and what that implies'. 18th Nordic Congress of General Practice; 2013-08-21 - 2013-08-24 NTNU

Hetlevik, Irene.

Kunnskap på allmenntmedisinens egne premisser. Prispinnerforedrag ved tildeling av Nidarosprisen 2013. Nidaroskongressen 2013; 2013-10-25 NTNU

Hetlevik, Irene.

Profesjonalitetstrening og kommunikasjonsundervisning. Informasjon om opplegg ved ISM, NTNU. Allmenntmedisinsk universitetsmøte; 2013-10-17 - 2013-10-18 NTNU

Hetlevik, Irene.

Subjektiv og objektiv sykdom. Kan en organtilnærming hindre innsikt? Nidelvkurset i fysikalsk medisin; 2013-01-30 - 2013-02-01 NTNU

Hetlevik, Irene; Getz, Linn; Kirkengen, Anna Luise; Petursson, Halfdan; Mjølstad, Bente Prytz.

20 years of challenging the biomedical concept of 'risk' (a research medley). Multimorbidity as a scientific, clinical and organizational challenge; 2013-01-17 NTNU UiT

Kirkengen, Anna Luise.

Accumulated lifetime experiences - a key for understanding "multi morbidity"?. Jubileumsseminar; 2013-01-17 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Allmenntlegen møter traumatiserte pasienter.. Medisinstudium; 2013-11-22 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Barn som strever.. Social- og spesialundervisningsområdet; 2013-05-30 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Barndomsforgiftning. Internt seminar; 2013-04-11 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Behandling av senfølger etter seksuelle overgrep: et fenomenologisk perspektiv..
6. konferanse i forskningsnetværket om seksuelle overgrep mod børn; 2013-10-08 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Belastende erfaringer har generasjonsoverskridende virkning. Seminar ved Kvinneklinikken; 2013-01-29 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Childhood intoxication -- and what it is about. National Meeting of Pediatric-forensic Units; 2013-09-17 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Depersonalised, personalised, or person-centered medicine? 18. Nordic Congress in General Practice.; 2013-08-23 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

En innføring i følgene av tidlig krenkelseserfaring for kroppens fysiologi..
Fagseminar; 2013-06-06 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

En vond og vanskelig barndom preger helse og liv.. Tverrfaglig etterutdanning, Masterprogram; 2013-04-15 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Erfaring -- en utfordring i biomedisinen.. Masterutdanning i helsefag; 2013-08-29 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Erfaringens patofysiologi. Etterutdanning i psykomotorisk og psykiatrisk fys.terapi;
2013-04-16 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Fenomenologi -- basis og bro. Internt seminar; 2013-10-10 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Fenomenologi og forskningsetikk. Internt seminar; 2013-10-10 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

From battering to breakdown: a case story.. Nordic network for studies in narrativity and medicine; 2013-01-15 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Helsefremmende møter.. Masterkurs Helse - Empowerment; 2013-04-25 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Hva er giftig stress og hva skaper det? Internt seminar; 2013-03-09 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Hva kan skje med seksuelt misbrukte barn hvis ingen skjønner og ingen reagerer? Intern undervisning; 2013-01-21 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Hvordan erfaring går under huden.. Kurs 16; 2013-02-05 - 2013-02-07 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Kronisk overlast og periodontale sykdommer.. Landsmøte NFT; 2013-11-01 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Kroppen som bærer av erfaring og historie: kliniske eksempler.. Tverrfaglig seminar;
2013-11-06 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Kvalitativ forskning. Forskerrekrutering Helse Sør/Øst; 2013-10-30 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Medisinens blikk på kvinner.. Åpen kveldsforelesning; 2013-11-06 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Medisinens blikk på kvinner er skjevt -- men gjør det noe?. Feministisk Forskningscafe; 2013-02-27 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Psykiske traumers indflydelse på senere helbredsforhold. Rehabiliteringscenter for Flygtninge; 2013-11-27 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Silent body, Speaking mind. On Phenomenology of the body.. Dept. of Philosophy, internal course; 2013-09-24 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

The lived experience of violation.. Finske Läkardager 2013; 2013-01-11 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Tidlig krenkelse og senere sykkelighet.. Internt seminar; 2013-06-10 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Traumatiserte pasienter i allmennpraksis.. Klinikk; 2013-10-11 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Traumer og helse -- et stort kunnskapsfelt. Videreutdanning i psykisk helsearbeid;
2013-10-15 NTNU

Kirkengen, Anna Luise; Thornquist, Eline.

Silent body -- speaking mind: how to transcend the schism. A narrative future for health care; 2013-06-19 - 2013-06-21 NTNU HIB

Mjølstad, Bente Prytz.

Fenomenologi - den hjalp meg. AFE seminar; 2013-10-09 - 2013-10-09 NTNU

Mjølstad, Bente Prytz.

Standards meet stories. Jubileumsseminar for Irene Hetlevik 60 år; 2013-01-17 NTNU

Mjølstad, Bente Prytz.

Standardization meet stories. AFE seminar om funksjonelle lidelser; 2013-04-29 – 2013-04-29 NTNU

Mundal, Ingunn; Fors, Egil; Bjørngaard, Johan Håkon; Gråwe, Rolf W.; Linaker, Olav Morten.

Psykososiale faktorer og livsstil som risikofaktorer for utvikling av kronisk utbredt smerte: En 11 år prospektiv studie av 28.000 personer. En HUNT studie. Nidaroskongressen; 2013-10-24 - 2013-10-24 NTNU RMN

Mundal, Ingunn; Gråwe, Rolf W.; Bjørngaard, Johan Håkon; Fors, Egil A.

Predictors of persistent chronic widespread in the general population: An 11 years prospective epidemiologic study using data from the HUNT2 and HUNT3. 71st Annual Scientific Meeting IMPACT AND INNOVATION; 2013-03-13 - 2013-03-16 STO NTNU RMN

Mundal, Ingunn; Gråwe, Rolf W.; Bjørngaard, Johan Håkon; Linaker, Olav Morten; Fors, Egil A.

Prevalence and risk factors of Chronic Widespread Pain (CWP): An 11 year prospective study of 28,000 persons without initial CWP: The HUNT study. EPIC European Pain Conference; 2013-10-09 - 2013-10-12 STO NTNU RMN

Blomberg, Hans; Petursson, Halfdan; Oona, Marje.

Perspectives from the Nordic Risk Group: Should we treat mild hypertension - why or why not?. 18th Nordic Congress of General Practice; 2013-08-21 - 2013-08-24 NTNU

Petursson, Halfdan.

Anarki och allmänmedicin: Varför man inte bör följa riktlinjer (Funderingar om förebyggande medicin). Onsdagsklubbens aprilmøte; 2013-04-03 NTNU

Petursson, Halfdan.

Att följa riktlinjer - alltid riktig?. Seminariedag för ST-läkare i Göteborg; 2013-01-09 NTNU

Petursson, Halfdan.

Cardiovascular risk estimation in a general Norwegian population: modelling analysis based on the HUNT 3 Study. 18th Nordic Congress of General Practice; 2013-08-21 - 2013-08-24
NTNU

Petursson, Halfdan.

Does inclusion of total cholesterol in mortality risk algorithms lead to overestimation of risk? Ten years prospective data from the Norwegian HUNT 2 Study. Preventing Overdiagnosis - Winding back the harms of too much medicine; 2013-09-10 - 2013-09-12 NTNU

Petursson, Halfdan.

Fanger vi opp risikopasientene? Muligheter og problemer med kliniske retningslinjer fra et allmennlegeperspektiv. DM Arena: Trygt å bytte til nye blodfortynnende?; 2013-03-06
NTNU

Petursson, Halfdan.

Klínískar leiðbeiningar: Bjargvættur eða áþján? [Kliniske retningslinjer: Frelser eller belastning]. Fræðadagar Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins; 2013-11-07 - 2013-11-08
NTNU

Petursson, Halfdan.

Livet är en risk - Riktlinjer och allmänläkarens verklighet. Nettverkmøte, allmenleger Närhälsan Hisingen; 2013-12-03 NTNU

Sigurdsson, Johann Agust.

Calle Bengtssons betydelse för Skandinavisk allmänmedicin. Minnesdag för professor Calle Bengtsson. Calle Bengtssons forskning och betydelse för forskningen.; 2013-11-13 - 2013-11-13 NTNU

Sigurdsson, Johann Agust.

„Die another day?“ Átök og ágreiningsmál í heilsuvernd. Vetenskapligt ársnæti; 2013-03-02 - 2013-03-02 NTNU

Sigurdsson, Johann Agust.

“Die another day“ Person-focused care and disease prevention in general practice. Multimorbidity as a scientific, clinical and organisational challenge; 2013-01-18 - 2013-01-18
NTNU

Sigurdsson, Johann Agust.

Implementation of the European Guidelines for management of arterial hypertension might destabilize the Norwegian Healthcare System – modelling study based on the HUNT 2 population. Preventing Overdiagnosis. Winding back the harms and too much medicine; 2013-09-10 - 2013-09-12 NTNU

Sigurdsson, Johann Agust.

Implementation of the European Guidelines for management of arterial hypertension might destabilize the Norwegian Healthcare System – modelling study based on the HUNT 2 population. „Preventing Overdiagnosis. Winding back the harms and too much medicine; 2013-09-10 - 2013-09-12 NTNU

Sigurdsson, Johann Agust.

Milestones in General Practice- A tribute to the Scandinavian Journal of Primary Health Care. 18th Nordic Congress of General Practice; 2013-08-21 - 2013-08-24 NTNU

Vogt, Henrik.

Diagnose - medisinsk uforstått. "Blir vi lurt? Skolemedisinens fallgruver"; 2013-10-20 –
2013-10-20 NTNU

Vogt, Henrik.

Diagnose - medisinsk uforstått: “Kronisk borreliose” i et dagsaktuelt, historisk og vitenskapsteoretisk perspektiv. Fagdag ISM; 2013-12-13 - 2013-12-13 NTNU

Vogt, Henrik.

Er dualismen død? Om kropp og sjel i et moderne, vitenskapsteoretisk perspektiv. Familievernkonferansen 2013; 2013-11-15 - 2013-11-15 NTNU

Vogt, Henrik.

Fenomenologi? Kan den hjelpe meg?. Fagdag Allmennt medisinsk forskningsenhet; 2013-10-09 - 2013-10-09 NTNU

Vogt, Henrik.

Funksjonell lidelse - blir den borte når alt kan måles? Fagdag Allmennt medisinsk forskningsenhet; 2013-04-29 - 2013-04-29 NTNU

Vogt, Henrik.

Hjernen er ikke alene - nevroimmunologi. Fagseminar NSFLIS Vestfold; 2013-04-29 - 2013-04-29 NTNU

Vogt, Henrik.

Systemmedisin for allmennpraksis - Veien mot en mer persontilpasset primærhelsetjeneste. Persontilpasset medisin - visjon og virkelighet; 2013-12-02 - 2013-12-02 NTNU

Vogt, Henrik.

Systemmedisin som grunnlag for allmennpraksis En kritisk analyse. Nidaroskongressen; 2013-10-24 - 2013-10-24 NTNU

Vogt, Henrik.

Systems biology and the re-engineering of General Practice. Seminar Irene Hetlevik 60 år; 2013-01-17 - 2013-01-17 NTNU

Media

Fors, Egil.

Hva er smerte, og hvor ender den? Verdens Gang (VG) [Avis] 2013-11-02 NTNU

Fors, Egil Andreas.

Kultur for smerte. Dagens Næringsliv [Avis] 2013-07-06 NTNU

Getz, Linn.

Auka risiko for alvorleg sjukdom. Firda [Avis] 2013-08-28 NTNU

Getz, Linn.

Leger kritiske til ny anti-røykekampanje. Aftenposten [Avis] 2013-01-04 NTNU "

Hetlevik, Irene.

Nidarosprisen til Irene Hetlevik. Tidsskr Nor Legeforen nr 23/24 2013 [Fagblad]
2013-11-30
NTNU

Vogt, Henrik.

5 fakta om høyt blodtrykk. [Tidsskrift] 2013-09-10 NTNU

Vedlegg 1

STRATEGIDOKUMENT (kortversjon) for AFE-Trondheim

Akse I – Teoribygging

For å gi kunnskap som er anvendelig nok i møtet mellom lege og pasient på allmennlegekontoret er det nødvendig å utfordre den naturvitenskapelig forankrede menneske- kropps- og sykdomsforståelse der lineære kausale forklaringer og mekanistisk, reduksjonistisk tankegang står sentralt. Primært handler det om – i vitenskapelige publikasjoner – å påpeke dens begrensninger, men i like stor grad å søke etter nye tilnærminger for å framskaffe kunnskap som er valid til formålet – at allmennlegen skal kunne forstå og hjelpe de som på ulikt vis – ber allmennlegen om hjelp, men også å forhindre at helsetjenesten ”legger stein til byrden”.

Det kan pekes på tre store områder der teoribygging er av sentral betydning; individrettet forebyggende medisin, ”funksjonelle lidelser” og ‘multimorbiditet’. Både risikodiagnoser, symptomer uten adekvate, objektive funn og sykdommer med objektive funn finnes hyppig hos samme person. I allmennpraksis er multimorbiditet regelen.

Individrettet forebyggende medisin

Identifisering av markører for framtidig sykdom er i prinsippet ubegrenset; fra unnfangelse til død. Det er også et stort medikaliseringspotensiale, siden medisinske definisjoner av normalitet kan appliseres på alle markørene. De som ofte gjøres ansvarlige for medikaliseringen av samfunnet – farmasøytisk industri og media – ”stikker sin hånd inn i en hanske.” ”Hansken” handler om et medisinsk vitenskapssyn – som på et vis bereder grunnen for komplisert polyfarmasi og anvendelse av forebyggende teknologi hos friske.

Forebyggende medisin trenger en mer omfattende og konsistent teoretisk basis for å framstå som bærekraftig og ansvarlig. Både biomedisinske, humanistiske og helsepolitiske argumenter bør inngå i en slik nytenkning og teoribygging.

”Funksjonelle lidelser”

Begrepet ”funksjonell lidelse” eller ”somatisering” handler om at medisinen ikke klarer å forstå problemet i kraft av den eksisterende medisinske kunnskapen, ofte fordi helseproblemet ikke lar seg objektivere. Det betyr ikke at man ikke i framtiden kan komme til å finne meningsfulle objektive forklaringer, men det kan like gjerne være at den objektivierende tilnærming vil forbli et feilspor. Å lete etter objektive forklaringer på helseproblemet vil ofte medføre at mange ”feil” avdekkes – i form av risikofaktorer for framtidig sykdom – som igjen fører til polyfarmasi, og på den måten til at man kan få ”mye helsetjeneste”, men lite hjelp.

Dette gjelder store pasientgrupper i allmennpraksis; med tretthet, slitenhet, svimmelhet, nedstemthet og smerter som til sammen utgjør en stor del av de allmenntilleggs konsultasjoner og også de trykdemessige utgifter.

‘Multimorbiditet’

Siden flere/mange sykdommer hos samme person er mer regel enn unntak i klinisk allmennpraksis, mens forståelse av hva som fører til sykdom og hvordan sykdom best kan behandles er sykdoms- og eller organorientert framstår multimorbiditet som både en vitenskapelig, klinisk og organisatorisk utfordring i allmennpraksis.

Akse II – Praksisnær empiri

AFE-Trondheim vil stimulere til at allmennleger i region Midt-Norge reflekterer over ”de tre U-er”, det som vekker Undring – positivt eller negativt, Ubehag eller følelse av Utilstrekkelighet. På den måten mener vi å bidra til kunnskapsutvikling på allmenntilleggs egne premisser.

Det skal likevel være slik at enhver problemstilling fra allmennpraksis skal kunne anses som forskningsmessig relevant og kunne bli undersøkt med metoder som kan gi valide svar.

Arbeidsform

Satsningen for AFE-Trondheim skal, som beskrevet, ha to akser; teoribygging og empiri. Alle prosjekter – innenfor begge akser – skal bli gjort til gjenstand for en forskningsrefleksjon som i tradisjonell forstand drøfter selve studiens spørsmål og metode, i tillegg til en drøftelse av vitenskapelig plattform for studien og andre grunnleggende premisser (”opp-strøms elementer”) og dernest mulige konsekvenser av at studien utføres – for individ, helsetjeneste og samfunn (”nedstrøms elementer”).

På den måten mener vi å kunne bidra til å anskueliggjøre forskernes og forskningens ansvarlighet i det å forme *en bestemt virkelighet*, som allmennlegen er en hovedaktør i å skulle forvalte. Prosessen er beskrevet i Forssén, Annika; Meland, Eivind; Hetlevik, Irene; Strand Roger. Rethinking scientific responsibility. Journal of Medical Ethics 2011; Volum 37.(5) s. 299-302.

AFE forskergruppe arrangerer felles samlinger flere ganger årlig der pågående prosjekter vil bli gjort til gjenstand for en slik metarefleksjon. Konkret utvikling og utførelse av prosjektene vil drøftes i de relevante prosjektgruppene.

Vedlegg 2

”TenkeTanken” ved AFE Trondheim

Det avvikles 3-4 møter per år, alle over to dager. Medarbeiderne i prosjektet representerer en tverrfaglig og tverrvitenskapelig gruppe av forskere med klinisk og pedagogisk erfaring innenfor fagene medisin, psykologi og filosofi. Gruppens medlemmer deler et felles anliggende – ønsket om å bidra til teoriutvikling i medisinen *for å bedre forstå kompleks og/eller funksjonell sykdom*. Tenketanken bidrar til vitenskapelige publikasjoner, kronikker og seminarer.

Nedenfor omtales:

- TenkeTankens medlemmer
- TenkeTankens aktivitet siden oppstart i 2008
- Publikasjoner og foredrag som TenkeTankens eksterne medlemmer (ikke ansatt ved AFE Trondheim) har oppgitt å være relatert til eller sprunget ut av TenkeTankens aktivitet

Linn Getz

Professor i medisinske adferdsfag ved Institutt for samfunnsmedisin ved NTNU.



Tor-Johan Ekeland

professor i sosialpsykologi, Høgskolen i Volda.



Anna Luise Kirkengen

professor i allmenntmedisin, NTNU og Universitet i Tromsø, Forsker, Universitetssykehuset Akershus



Elling Ulvestad

avdelingsoverlege, Haukeland universitetssykehus og professor i immunologi ved Gades Institutt, Universitetet i Bergen



Arne Johan Vetlesen

professor i filosofi, Universitetet i Oslo



Edvin Schei

fastlege og professor i allmenmedisin Universitet i Bergen og Universitet i Tromsø



Irene Hetlevik

professor i allmenmedisin ved NTNU og leder av Allmenmedisinsk forskningsenhet i Trondheim



Aktivitet i TenkeTanken

TenkeTanken AFE Trondheim: fra februar 2008 til desember 2013

TenkeTankens tekstbank – hva har vi skrevet inspirert av våre møter?

1. Helbredende nytenkning. Aftenposten Morgenutgave 9. mars 2008.
2. Hva er original vitenskap? Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1009.
3. Ulvestad E. Frampeik frå ei faren tid. Tidsskr Nor Legeforen 2009, 129: 2622—2624.
4. Menneskets biologi – mettet med erfaring. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 683—7. (Oversatt og publisert på engelsk og dansk)
5. Kirkengen AL, McEwen BS, Getz L, Ulvestad E, Hovelius B, Hvas L, Hetlevik I. From human *biology* - to *human* biology. Symposium. 17th Nordic Congress in General Practice, Tromsø, 14-17 June, 2011.
6. Schei E, McEwen B, Ekeland T-J, Vetlesen AJ, Forssén A, Reventlow S, Getz L, Kirkengen AL. The realm of experience and the realm of evidence – can they be integrated? Symposium. 17th Nordic Congress in General Practice, Tromsø, 14-17 June, 2011.
7. Kirkengen AL & TenkeTanken. Helbredende Nytenkning. I: Synnevåg V-R, Solheim RE. Framtidsfrø – spirer til en bedre verden. Abrakadabra Forlag, 2011.
8. Ulvestad E. Kan krigen mot mikrobane vinnast? I: Synnevåg V-R, Solheim RE. Framtidsfrø – spirer til en bedre verden. Abrakadabra Forlag, 2011.
9. Vogt H, Getz L, Ulvestad E, Wyller VB. Det udelte mennesket. Aftenposten Debatt 27. desember 2011.
10. Kirkengen AL, Thornquist E. The lived body as a medical topic. An argument for an ethically informed epistemology. J Eval Clin Pract 2012;18:1095—1101.
11. McEwen BS, Getz L. Lifetime experiences, the brain and personalized medicine: An integrative perspective. Metabolism (2012), doi.org/10.1016/j.metabol.2012.08.020
12. Ulvestad E. Psychoneuroimmunology: The experiential dimension. I: Qing Yan (ed.), Psychoneuroimmunology: Methods and Protocols. Methods Mol Biol 2012; 934:21—37.
13. Schei E, Cassell E. Clinicians' Power and Leadership. Hastings Center Report 2012;42(6): inside back cover.
14. Eriksen TE, Kirkengen AL, Vetlesen AJ. The medically unexplained revisited. Med Health Care Philos 2013; 16: 587-600.
15. Kirkengen AL, Getz L, Ekeland T-J, Hetlevik I, Schei E, Ulvestad E, Vetlesen AJ. Grunnlag og grenser for klinisk kunnskap. I: Hunskaar S (ed.) Allmenntmedisin. 3. utgave. Gyldendal Akademisk, 2013, (s116—121).
16. Ekeland T-J, Getz L, Hetlevik I, Kirkengen AL, Schei E, Ulvestad E, Vetlesen AJ. What constitutes competence? That depends on the task. (Editorial) SJPHC 2013; 31:65—66.
17. Mjølstad BP, Kirkengen AL, Getz L, Hetlevik I. Standardization meets stories: Contrasting perspectives on the needs of frail individuals at a rehabilitation unit.

- Int J Qualitative Stud Health Well-being 2013, 8: 21498 - <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v8i0.21498>
18. Mjølstad BP, Kirkengen AL, Getz L, Hetlevik I. Knowing patients as persons: Senior and junior General Practitioners explore a professional resource. *European Journal for Person Centered Health Care*, 2013; 1: 88—99.
 19. Mjølstad B, Kirkengen AL, Getz L, Hetlevik I. What do GPs actually know about their patients as persons? *European Journal for Person Centered Health Care*, 2013; 1: 149—160.
 20. Kirkengen AL, Thornquist E. Når diagnoser gjør blind. *Tidsskr Nor Legeforen* 2013; 133: 1466—8. (Engelsk oversettelse)
 21. Kirkengen A. Barndomsforgiftning skader livskraften. I: Engedal LG, Persson L, Torp E (Red.). *Trygge rom: Trosopplæring i møte med sårbare og utsatte barn og unge*. Oslo: Verbum., 2013.

In print

Kirkengen AL, Mjølstad BP, Getz L, Ulvestad E, Hetlevik I. Can person-free medical knowledge inform person-centered medical practice? *European Journal for Person Centered Health Care*, 2013.

TenkeTankens idébank – hva har vi ”tenkt”?

1. til 5. møte

Mens de første fire møtene i TenkeTanken fant sted i Oslo og omfattet bare gruppens medlemmer, fant det femte møte sted i Trondheim¹ i en kopling av et åpent seminar ved Institutt for samfunnsmedisin i samarbeid med ledergruppen i HUNT (Helseundersøkelse i Nord-Trøndelag), og et lukket møte med en invitert gjest – **Jesper Hoffmeyer**, dansk biolog, semiotiker og vitenskapsteoretiker – og med et dominerende tema: **semiotikk**.

Dette emnets nødvendighet var gradvis trådt frem som et motiv i en vev:

det hadde ligget i våre felles ”tanketråder” fra begynnelsen, men disse trådene måtte først bli tette nok før et grunntema, et ”Leitmotiv” ble synlig.

Selve denne prosessen av fortetning bidro vi alle til.

En tråd ledet oss

fra erkjennelsen om at makrofager er hermeneutiske aktører

til erkjennelsen om at den universelle biologien ikke favner menneskets særpreg.

En annen tråd ledet oss

fra T-celler som må bekreftes i sin eksistens og rolle av tymus -

for å vite om seg selv og for å kunne bli kompetente immunologiske aktører

til menneskers behov for å bli bekreftet ved å bli sett og holdt av andre -

for å kunne danne seg et selv bilde og bli kompetente sosiale aktører.

En tredje tråd ledet oss

fra immunologisk ervervet og fortolket individuell erfaring på cellenivå

til sosiokulturelt ervervet og fortolket intersubjektiv erfaring på symbolnivå.

En fjerde tråd ledet oss

til sammenhengene mellom de ulike nivåene av historie, med andre ord: evolusjonens historie, verdenshistorien, den vestlige ånds- og idéhistorie, vitenskapshistorien og individets personlige historie, altså biografien.

Derved fortettet veven seg til å fremheve betydningen av tegn, tolkning og mening.

Og ny mening oppstår uavlatelig i vår verden, uttrykt med Jesper Hoffmeyers ord:

The world is strongly semiogenic.

Vi kunne konkludere at det ikke finnes et skille mellom det som skjer i menneskekroppen og det som skjer i menneskesinnet, hvilket faktisk også er det konvergerende budskapet fra medisinenes aller fremste basalforskningsmiljøer. Og selv om disse miljøer fortsatt er forankret i en *ontologi av naturlover*, gir de nå økende bidrag til en *ontologi av emergens*, altså av det som fremtrer.

Å lese tegn og fortolke disse med henblikk på mening og betydning er essensen av liv. Det gjelder for tarmbakterienes samliv seg i mellom og med sitt menneske. Det gjelder for systemene som ivaretar kroppens livskraft, det endokrine, det immunologiske og det sentralnervøse, både med henblikk på samspillet seg i mellom og i samsvar med sitt menneskes livsverden. Og det gjelder for menneskenes samliv seg i mellom og med sitt samfunn. På hvert nivå finnes ”agency”, en kroppsbasert kraft til selvoppretholdelse. Et tegn betegner noe og må fortolkes av noen. Derfor er tegn ensbetydende med relasjon. Alt som er av interesse i den levende verden, handler om relasjoner. Og fordi essensen av liv handler om å tolke tegn med henblikk på mening, kjennetegnes liv med nødvendighet av valg og iboende verdier. Av det følger at alt levende er verdimettet, eller sagt på en annen måte: *at etikk er iboende det levende*. Gyldig kunnskap om det levende må følgelig

være etikkpreget, og produksjon av kunnskap om det levende må følgelig være etikkstyrt. Tor-Johan Ekeland sier det kort under henvisning til antropolog og systemteoretiker Gregory Bateson: **det finnes ikke noe sånt som en "etikk-løs" epistemologi.**

Derved kunne vi trekke slutningen at vår fremtidige aktivitet i tenketanken styrte – nesten av seg selv - mot et meta-nivå: **abduksjon**. Abduksjon er, slik som deduksjon og induksjon, allerede beskrevet av Aristoteles. Som en tredje vei kan den føre medisinsk forskning ut av et inadekvat metodemonopol og oss alle ut av den ufruktbare polarisering – og rivalisering – mellom in- og deduksjon, og ut av det påtvungne valget mellom å søke *enten* etter en forklaring *eller* etter en forståelse.

I følge de svenske vitenskapsteoretikerne Alvesson og Sköldbberg innebærer abduksjon at et enkelt kasus tolkes ut fra et hypotetisk overgripende *mønster* som, hvis det var riktig, forklarer det aktuelle tilfellet. Tolkningen bør så styrkes gjennom nye iakttagelser. I løpet av prosessen utvikles det empiriske gyldighetsområdet, og teorien justeres og forfines. Utforskningen og analysen rettes mot underliggende *mønstre eller dybdestrukturer*.

Abduksjon har altså en estetisk orientering eller intensjon.

Abduksjon går ut fra empiriske fakta men innreflekterer teoretisk forforståelse.

Abduksjon bidrar derfor med forståelse *og* forklaring.

En typisk abduktiv prosess i praksis er hvordan leger stiller diagnoser, hvordan ingeniører finner feil i maskineriet og hvordan litterater tolker lyrikk.

Med andre ord: abduksjon er faktisk helt passende for oss i TenkeTanken!

Det har Elling Ulvestad allerede meget godt demonstrert i sin tekst "Frampeik frå ei faren tid", publisert i TDNLF 2009/24, der han i en viss forstand også har samlet tenketankens korte historie i en overbevisende anbefaling for medisinsk forskning: "Mennesket sitt handlingsmønster lyt vurderast ut frå tre tidsperspektiv; eit biografisk, eit evolusjonært og eit åndshistorisk." Men å bære slike tanker og kritiske ansatser inn i "medisinens hellige haller" er fortsatt en øvelse som krever mot og stahet og som straffes med reprimander. Det hadde flere av gruppens medlemmer erfart gjennom sin profesjonelle tid og karriere. Derved viste emnet for det sjette møtet seg selv: **erfaring**.

6. Møte (210909 – 220909)

I essayet "**Erfaring**" (I: Vetlesen AJ. Frihetens forvandling. Oslo: Universitetsforlaget, 2009) sier Vetlesen: "Med begrepet *erfaring* sikter filosofen Hegel til følgende fenomen: å gjøre en erfaring vil si å bli rammet, skaket, berørt. Subjektet forandres av og gjennom erfaringen det rammes av. Heri ligger erfaringens særegne negativitet: erfaring har karakter av brudd, av overrumpling, av å bli gjenstand for noe en som subjekt ikke selv har frembrakt eller intendert, ikke har valgt at skal skje. En erfaring i denne forstand er noe grenseoverskridende; erfaringen setter det vante og forventede ut av kraft, avbryter flyten i opplevelser og gjøremål, og setter det ordinære i relieff av det ekstraordinære. Erfaring innvarsler det nye, det ukjente: subjektet rykkes ut av sitt innøvde mønster, bringes i berøring med noe som får det til å se seg selv med nye øyne, oppleve egen subjektivitet fra uvant hold. Erfaringen har slik karakter av et møte, et møte i dynamisk forstand: uten subjektet, ingen erfaring, intet objekt; uten objektet, intet subjekt som skapes på nytt, som forandrer seg i erfaringens medium."

Vi reflekterte over hvilken betydning vi selv tilkjenner *vår egen faglige erfaring* i rollene som enten immunolog, psykolog, forsker eller primærlege. Immunologen sa at

subjektet (i all hemmelighet) var på vei inn i immunologien på grunn av den voksende erkjennelsen av erfaringens betydning for immunitet. Psykologen påpekte det fraværende subjektet i den delen av psykologien som bygger på behaviorismen og som gjør subjektet til en tankemaskin fordi en erfaring defineres som (og forveksles med) en tanke. Følgelig prøver faget å "rette på feilaktige tanker" uten å anerkjenne tankens kilde: **erfaring!**

Det førte til drøftingen av følgende tankerekke i Vetlesens essay: "Overvintringen av kravene [i det positivistiske vitenskapssynet] til det beskrives observerbarhet og bekreftbarhet, og til subjektets utskiftbarhet og stripping av subjektivitet, gjør seg gjeldende i mange akademiske disipliner den dag i dag, også innen de fagene som studerer mennesket og sosiale fenomener, som for eksempel psykologien. Her gjelder, med økende styrke og i økende omfang, kravet om at all forskning må være bevis-basert («evidence based») og at alle hypoteser må kunne motbevises, samt at forskningen skal drives slik at den kan vise til ubetvilelige resultater, i form av fremskritt i sikker kunnskap om sitt objekt. Ved å underkastes denne type test, forvises for eksempel klassisk psykoanalyse fra det gode vitenskapelige selskap. Det gjør også andre tilnærminger innen humaniora som insisterer på at menneskelige og sosiale fenomener på uutryddelig vis er komplekse, flertydige, åpne, vage og subtile - og derfor utilgjengelige for tilnærminger med vekt på (overflatebasert) observasjon, målbarhet, gjentakbarhet og entydighet."

Disse refleksjoner ble knyttet til drøftingen av følgende spørsmål, inspirert av Linn Getz: Siden den *sosiale aktøren*, det erfarende og erfarne, tolkende, villende og menende subjektet ikke finnes i den biomedisinske forskningen på menneskelig helse, hva betyr det for medisinske kunnskap at nettopp dette subjektet er "*lost in abstraction*"? Det hadde en logisk følge for vårt sjuende møte: **tilbake til abduksjonen.**

7. Møte (080210 – 090210)

Omdreiningspunktet for Tor-Johan Ekelands refleksjon over abduksjon var Batesons oppfatning om abuksjon som metodologisk del av - og *forutsetning* til - all vitenskapelig aktivitet, i samspill med deduksjon eller induksjon: en mulighet å trekke slutninger på grunnlag av ufullstendige forutsetninger; en form for innsikt som, selv om den kan være feilbarlig, kan åpne for en helt ny idé, ansats eller hypotese. *Abduksjon som metodisk aktivitet danner altså en vesentlig forutsetning for "det nye".*

Omdreiningspunktet for Arne Johan Vetlesens refleksjon over abduksjon var Peirces omtale av abduksjon i rammen av pragmatismen, en anti-cartesiansk vitenskapsteoretisk posisjon. Her får det erkjennende subjektet, det som er i verden som en kunnskapsrik, erkjennende, sanselig perseptuell aktør, en sentral plass som del av "a community of inquirers" (Peirce). *Kunnskap frembrakt på denne måten er alltid i endring, kontinuerlig integrert i, flettet sammen og sett med sosial aktivitet og sosialt liv.* Abduksjon som metodisk tilnærming handler altså om forskning preget av *varhet for mønstre og strukturer* (Batesons "Patterns that connect") og om *empirioverskridende tolkning.*

8. Møte (140610 – 150610)

Den økende dokumentasjonen av at erfart belastning og uttrykt sykdom henger sammen, betinger innovativ tenkning. Med andre ord: erfaring er en betydelig kilde til sykdom, og kunnskap om pasienters erfaringer er følgelig en sentral forutsetning for den medisinske

forståelsen av sykdom. Av det følger at medisinsk forskning bør være nær fenomenene slik disse lever i den virkelige verden for å kunne bidra til valide utsagn om mennesket og menneskers væren-i-verden. Dette krever en metodologisk reorientering som kan omskrives slik: *pasient-subjektet med sin personlige erfaring må gjeninnføres i biomedisinens kunnskapsfundus og metodologiske repertoar.*

Men ikke bare metodologien må revideres. Også fagpersonenes vante tilnærming til pasientene må endres. Fordi erfaring påvirker sykdomsutvikling, er anerkjennelse av erfaring en forutsetning for en adekvat forståelse av syke mennesker. For å kunne forstå andres meningsunivers, må både forskere og klinikere kunne forstå det syke mennesket via *Einfühlung* eller **empati**.

Dermed blir empati et medisinsk kjernetema, ikke bare på grunn av dets opplagte relevans for kliniske møter, men snarere enda mer for medisinsk kunnskapsutvikling og for biologisk forståelse. Empatien – fraværende fra psykologien som begrep men tilstede som fokus for terapeutens interesse – er sterkt tilstede i evolusjonen og fenomenologien. Evolusjonen synes å ha støttet utviklingen av empati i form av altruisme, uttrykt av organismer som er sosiale og oppofrende, hvor alle støtter medlemmene av sin gruppe. Mest utpreget i eusosiale skapninger som bier, men også blant mennesker, synes denne altruismen å ha medført komparative fordeler. Den evolusjonære altruismen har sitt speilbilde i den psykologiske altruismen som utfolder seg blant mennesker som utfører uegennyttige handlinger for sine medmennesker.

Darwin forbandt emnet altruisme, empati eller medfølelse med begrepet *sympati* hvis opphav etter hans oppfatning ligger i at mennesker som ufrivillig eller uforvarende blir vitne til andres smerte eller avmakt, selv fornemmer smerten eller avmakten. Vitnet trår støttende til for å minske den andres elendighet – og derved sin egen *med-lidelse*.

Fenomenologiens empatibegrep, dypest gjennomtenkt og beskrevet av jøden, nonnen og nazioffer Edith Stein, handler ikke om en identifisering, ikke om ”jeg i ditt sted” men om ”meg som ditt medmenneske og derved din medfølelse”. Det innebærer at empati favner mer enn bare det jeget selv kan identifisere seg med; empati favner den andres premiss, den rommer den andres annerledeshet. Stein forstår empati som umiddelbar oppfatning av den andres tilstand eller situasjon. En sammenligning i betydning ”hvordan ville det være hvis noe slikt hadde hendt meg” – er, i følge Stein, ikke uttrykk for genuin empati.

9. Møte (081110 – 091110)

Empati forutsetter bevissthet og selvbevissthet, fenomener som i tiltakende grad opptar fagområdet **nevrofenomenologi**, et kunnskapsfelt med bidrag av psykologer, nevrologer, systemteoretikere, nevrofysiologer og evolusjonsbiologer. Det tar mål av seg å utsi noe gyldig om den menneskelige bevissthetens tilblivelse. Francesco Varelas bidrag var et forsøk å begripe nervesystemets tilblivelse i en fenomenologisk ramme uten å neglisjere dets biologiske (anatomiske, fysikalske, fysiologiske, mekaniske) forutsetninger. Sentralt i denne tilnærmingen står forholdet mellom det partikulære og det generelle og ansatsene til å beskrive det invariante i det variante. Varela konkluderte med at nervesystemet til tross for "noe mekanistisk i bunnen" er et *økologisk* snarere enn et mekanisk system.

Shaun Gallagher er en betydelig stemme i dette voksende fagfeltet. I sin bok "How the body shapes the mind" og utgående fra spørsmålet om det immunologiske selv – og om organismen er/kjenner seg selv, og hvis ja – hvordan, drøfter Gallagher kroppen

på to måter: som Body Image med begrepene selvbilde, selvforståelse og selvbevissthet - og som Body Scheme, det som handler om hva kroppen kan, hva som er nedlagt i den, det innate og autonome men også det lærte, inkorporerte.

Gregory Bateson omtaler i sin bok "Mind and body, a necessary unity" fenomenet **Mind** som *interaksjoner* mellom ulike deler, utløst av "forskjeller" (=informasjoner), og som *relasjoner* som ikke er bundet til "substans". *I en slik forståelse har alt levende Mind - som ikke er betinget av, knyttet til eller avhengig av Brain.* Varela, Gallagher og Natalie Depraz hevder at en fagperson kan integrere stemmene til en 1. person (et erfarende subjekt, det partikulære) og en 3. person (den objektive vitenskap, det generelle) ved en fenomenologisk fortolkning hvorved det subjektive får gyldighet, vitenskapelig sett.

Forelesninger og formidling i 2010

Anna Luise Kirkengen snakket om forskjellen mellom den menneskelige *biologien* og den *menneskelige biologien* i en workshop med inviterte medisiner og filosofer ved King's College i London i september 2010 (omtalt av Kingsma, Chisnall & McCabe i JECp, 2011;17:1018-22). Tankene ble også belyst i tre svært godt besøkte symposier under WONCA Europa Congress 2010 i Malaga. **Linn Getz'** plenumsforelesning om emnene under samme kongress førte til langvarig, stående applaus. Dette gjentok seg etter hennes plenumsforelesning under Primærmedisinsk Uke 2010 i Oslo.

10. Møte (070311 – 080311)

De biologiske forutsetninger for bevissthet er nødvendige men ikke tilstrekkelige for å skape *selvbevissthet* og bevisstheten om betydningen av oss selv for andre – og omvendt. Selvbevissthet, altså *vissheten om at jeg er*, leder med nødvendighet til spørsmålet "*hvem er jeg*"? Både spørsmålet om egen *identitet* og de mulige svarene er kulturelt skapt.

Ordet *identitet* har sitt etymologiske opphav i de latinske ordene *ipse (selv)*, det som er atskilt fra og står i motsetning til annet, og *idem (det samme)*, det som forblir det samme i motsetning til å endre seg. Den tilsynelatende motsetningen mellom det som betegner forskjell og det som betegner likhet, favner en levende spenning og representerer en dynamisk balanse. Det som er "forskjellig fra annet og likevel det samme for seg selv" utgjør et individs identitet som til tross for endringer over tid forblir seg selv og – som sådant, forblir gjenkjennbar for seg selv og andre.

Er identitet cellebiologens og immunologens domene? Liv handler om kontinuerlig endring. Selv om en celle kloner seg, er de nye cellene ikke like. Siden liv ble til, har biologisk identitet avveket fra matematisk identitet. Kun på gen-nivå kan det finnes identiske *forutsetninger* – men der finnes ikke liv. Heller ikke på artsnivå finnes identitet fordi tid og sted er alltid betydningsfull. Selv studier av eneggede tvillinger som baseres på likhet er belastet med usikkerhet fordi tvillingers immunsystemet kan være forskjellig av ulike grunner. Alt liv har en forståelse av identitet i bunnen: å forstå seg selv som seg selv. Det gjelder for alle livsbevarende systemer.

Er identitet den forebyggende medisins domene? Grunnprinsippene i epidemiologien – læren om det som kommer over folket – er å samle kunnskap basert på utsagn om en såkalt faktor, et lesbart og målbart fenomen egnet til numerisk kontroll. Et eksempel: blodtrykkets betydning for slag om 10 år, korrigert for alle andre faktorer. Det betyr at man identifiserer individer på grunnlag av en kalkyle som "utdefinerer" resten av livet. Ekstern validitet blir på den måten ofret for intern validitet. Kunnskap fra

eksperimentet (=studien av mange) omformes til retningslinjer som blir lagt til grunn for handling (=behandling av den enkelte). Epidemiologisk identitet knyttes bare til én/få "faktor/er".

Er identitet psykologiens domene? Vår tid kjennetegnes av "nedsmelting av fellesskap", avtakende tydelighet hos såkalte signifikante andre og økende deflasjon av tradisjonelle *identitetsmarkører*. Følgen er: Når identitet ikke lenger er *gitt*, har *du* fått i oppgave å *gjøre* den selv. Denne selvetableringen av identitet er et skjørt prosjekt. "Forsiden" byr på økte frihetsgrader – til henimot ubegrenset selvbygging. "Baksiden" handler om økende avhengighet av andres blick som bekreftelse for at man finnes. Derved konkurrerer alle om alles blick. Ut av det springer kontinuerlige "identitetsforhandlinger" med iboende fare for fullstendig "identitetshavari". *Slike havarerte identitetsprosjekter skaper behov for nye "diagnoser" som fungerer som "redningsplanker": Identiteten som pasient.*

Hva er identitet i vår tid? Før vår tid oppfattet man en syk person som i ubalanse (Plato). I motsetning til den syke føler en person med intakt integritet et personlig, indre velvære. I en slik forståelse handler sunnhet om indre balanse. Trusler utenfra kan forstyrre denne balansen og bevirke lidelse. *En* måte å være fornøyd med å være den man er handler om å tilpasse seg en rådende norm (å være så lik som mulig). En annen måte er å ville være unik og dyrke det individuelle i et uttalt selvrealiseringsprosjekt (mest mulig ulik). Man kan altså lykkes ved enten å tilpasse seg en samfunnsnorm eller ved ikke å underkaste seg en *gitt* norm. Begge måter kan by på problemer når et samfunn ikke er sannferdig men derimot fremmedgjørende for dets medlemmer.

Vår tid kjennetegnes av det selvmotsigende kravet om *å være som de andre ved å være mest mulig seg selv*. Jeget internaliserer samfunnets krav om å lykkes som individ: "Det er noe *jeg* må forvalte fordi ingen annen kan realisere dette for meg. Derved må jeg tenke både individualistisk og essensialistisk om meg selv." Siden identitet dannes gjennom eksponering mot det som kommer utenfra, de andre, må samfunnet utstyre individet med en norm og en målestokk. Hvis samfunnet *ikke* gjør det, blir det den enkeltes prosjekt å bygge sin egen identitet. *En mulighet å gjøre det på, er å finne identitet i sykdom.*

11. Møte (130611 – 150611)

Dette møte fant sted ombord på Hurtigruten M/S Nordlys mellom Bodø og Tromsø og omfattet kollega og professor emerita i allmennmedisin ved Universitetet i Lund, Birgitta Hovellius. Møtet var en forberedelse til to workshops under 17. Nordiske kongress i allmennmedisin ved Universitetet i Tromsø. Disse var organisert i samarbeid mellom medlemmene i Nordisk Risk Group og TenkeTanken inkludert Bruce McEwen, professor i nevroendokrinologi ved Rockefeller University, New York. Symposiene ble ledet av Anna Luise Kirkengen, Irene Hetlevik, Birgitta Hovellius og Lotte Hvas (København Universitet) henholdsvis Edvin Schei, Linn Getz, Susanne Reventlow (København Universitet) og Annika Forssén (Luleå Universitet). Begge symposiene fylte en sal med 220 sitteplasser, og mange deltakere bidro til de avsluttende diskusjonene.

Linn Getz fikk tildelt en Nordisk pris for fremragende forskning i allmennmedisin.

12. Møte (111111)

Møtets emne, ”**ondskap og integritet – absolutte motpoler?**” var foranlediget av det groteske og ubegripelige terroranslaget mot Norges regjering og AUFs sommerleir på Utøya. Anslaget utøvelse, detoneringsen av en stor bilbombe midt i Oslos sentrum og den systematisk massakrering av ubevæpnede barn og ungdommer, vekket behov for å drøfte fenomenet ondskap. Arne Johan Vetlesen hadde på bakgrunn av sine tidligere arbeider og på invitasjon fra Universitetet i Oslo holdt en forelesning om Ondskap i universitetets Gamle Festsal på lørdag, 8. oktober. Denne forelesningen skulle utdypes ved refleksjon over dens sentrale budskap som var som følger:

Tradisjonell forståelse forutsetter at mennesker ikke kan utøve (villet) ondskap mot sine medmennesker så lenge de erkjenner disse som nettopp med-mennesker, ”en som meg”. Derfor forberedes onde handlinger mot andre gjennom ydmykende, de-humaniserende grep som tillater at disse ikke oppfattes ”lik meg” men snarere som ”ikke-mennesker”, ofte retorisk uttrykt som ”kryp, rotter, dyr, kveg, kakerlakker, utøy etc.” Degradert på denne måten, fremkaller de dehumaniserte ikke lenger menneskets iboende hemning mot å drepe, og ondskaperen kan få fritt spill.

Mot denne oppfatningen setter Arne Johan Vetlesen en annen: den som vil utøve det onde handler ut fra et behov om å eksternalisere utålelig indre smerte som søkes overført til – påført – en annen. For at en slik befrielse fra ”det vonde i meg” ved hjelp av overføring i form av ”det onde mot deg” skal virke etter sin hensikt, duger ikke en stein, et tre eller en gjenstand; hvis det man selv ikke kan huse skal huses av noen annen, må denne nettopp være et menneske, altså et vesen som er egnet til å huse ulik menneskelig smerte. Bare et menneske duger som offer. (se Vetlesen, AJ. Evil and Human Agency. Understanding Collective Evildoing. Cambridge University Press, 2005; Chapter 3, pp 104-140).

Tor-Johan Ekeland setter terrorhandlingen og terroristen inn i en ramme der fravær som kilde til smerte og tomhet som kilde til angst kan brukes for å nærme seg et tilsynelatende misforhold: mellom et åpenbart umåtelig hat og en tilsynelatende måtelig biografi. Det er fraværet av betydning og betydningsfullhet som kan være en drivkraft for handling: ”Om det mest eksistensielt trugande i vår tid er å være en ’nobody,’ har den norske terroristen i det minste sikra seg ein plass i bestialitetens historie.” Ekeland T-J. Fraværets psykologi. Dag og Tid, 19. august 2011.) På grunnlag av en artikkel av Moshe Szyf drøfter Elling Ulvestad om den siste tids dokumentasjon av erfaringers mulige epigenetiske effekter kan lage en vei fra å oppleve det vonde til å gjøre det onde (Szyf M. DNA methylation, the early-life social environment and behavioral disorders. J Neurodevelop Disord 2011;3: 238-49.) Irene Hetlevik omtaler en studieprotokoll for hjernestam-audiometri, en helt ny teknologi for ”rask, objektiv og smertefri psykiatrisk diagnostikk”. Dette handler, med andre ord, om et nytt steg i den teknologiske biomedisinen for på ”objektivt” grunnlag og uten å sløse bort tid på samtaler kan skille mellom de friske og de gale, eller – lest inn i møtets tema med gruppens kritiske brille: å skille de gale fra de onde.

PS: Etter dette møtet bekjentgjorde de rettsoppnevnte psykiatriske sakkyndige at 22. juni-terroristen ikke var ond – og ansvarlig, men gal – og ikke ansvars-tilregnelig.

Viktige forelesninger i 2011

Linn Getz: Årsmøtet for Royal College of General Practitioners. “From Hippocrates to

HUGO and back again: Humanistic lessons from Hi-tech science.” Hun omtalte endringer i medisinen syn på mennesket, helse og sykdom fra vestlig medisin ble etablert i antikkens Hellas, via det humane genom-prosjektet (HUGO) rundt årtusenskiftet og inn i nær framtid.

Evin Schei: Nidaroskongressen 2011. "Legen er alltid leder - fire spørsmål og fire fiender." Han omtalte samspillet mellom lege og pasient som grunnleggende asymmetrisk, og legens makt til å påvirke pasienten som økende med graden av tillit i forholdet. Han hevdet at å mestre legerollen krever mer enn faglig viten og anerkjennelse av pasientens perspektiv: en reflektert innsikt i hvordan man selv, som yrkesperson, fremstår og påvirker pasienten.

Anna Luise Kirkengen: Gordon Johnsen's Minneforelesning 2011, Modum Bad. "Når barn lider overlast ..." Hun omtalte virkningen av krenkende erfaring, særlig i barndom og under oppveksten, med henblikk på helsen senere i livet.

13. Møte (270212)

I dette møte drøftet vi den dagsaktuelle, offentlige forvekslingen av kart og terreng eller maten og menyen, som den norske offentligheten var vitne til. De to rettslig oppnevnte psykiatriske sakkyndige i rettsaken mot masse-morderen Anders Behring Breivik hadde spist menyen. Folk flest reagerte umiddelbart. Riksadvokaten gjorde ikke det, og heller ikke aktoratet. Påtalemyndigheten stolte på fagligheten i den Rettsmedisinske Kommissjon som hadde godtatt rapporten uten nevneverdige anmerkninger. Og denne kommisjonen avkledd seg selv deretter i full offentlighet.

Det samme gjorde de sakkyndige. Det gjorde dessuten også noen av de høyt profilerte vitnene som skulle belære Retten, frem for alle professor i psykosomatikk ved Rikshospitalet, Ulrik Malt. Hans vitneprov stod til stryk i faget vitenskapsteori – bare at han aldri er blitt skolert i det faget og følgelig aldri blitt eksaminert før. Denne mangelen stod dessuten i en påfallende kontrast til hans enorme selvsikkerhet foran tv-kameraene: professoren hørte ikke selv hva det han sa fortalte om ham og hans faglighet. Han fortalte retten at den angivelig psykotiske, paranoide, schizofrene gjerningsmannen – i følge de første sakkyndige – hadde selvsagt hatt mulighet å "tilpasse seg til kriteriene" mellom den første og den andre rettspsykiatriske observasjonen, fordi han hadde hatt tilgang til mediene.

Hva var det professoren sa? En entydig paranoid psykotisk schizofren person, i følge objektiv faglig bedømming, kunne "simulere" normalitet fordi han lærte det innen han, i følge neste objektiv faglige bedømming, ble bedømt som ikke-psykotisk men på andre måter unormal. Denne belæringen avsluttet Malt med å legge til enda et par diagnoser, for sikkerhets skyld og – selvsagt – på et helt objektivt og kvalifisert grunnlag.

Men ikke bare rettspsykiatrien bedrev offentlige selvavkledding. Psykiatrien selv ble avkledd. Og det besørget, paradoksalt nok, noen av landets fremste og mest taleføre psykiatere. Det genererte vårt neste tema:

hva er galt med medisinfaget – og hvordan kan vi redde faget fra seg selv?

Så beskrev og drøftet vi det polariserte medisinske landskapet mellom

Evidence Based Medicine og **Person Centered Medicine**,

med andre ord mellom den epidemiologisk/statistisk kalkulererte sannsynlighet,

evidensen, og det medisinske **møte mellom to personer**, pasientens og terapeutens.

14. Møte (100612 – 130612)

Dette møtet var integrert i et seminar som fant sted på Baroniet i Rosendal og bygget på et samarbeid mellom Filosofisk poliklinikk ved Universitetet i Bergen og TenkeTanken ved AFE Trondheim. Seminarets tittel var:

The nature of humans and the goal of medicine

Inviterte utenlandske innledere var Iona Heath, engelsk allmennlege og President av The Royal College of General Practitioners, John Launer, engelsk allmennlege og forfatter av flere bøker om narrativ medisin, og Trisha Greenhaulgh, engelsk allmennlege og vitenskapsteoretiker (og glimrende Shakespeare-”monologist”).

De norske innlederne var kolleger fra Universitetet i Bergen, Eivind Meland, Roger Strand og Edvin Schei, kolleger fra Universitetet i Tromsø som nettopp hadde disputert – Kari Milch Agledahl og May-Lill Johansen – og stipendiatene Henrik Vogt og Bente Prytz Mjølstad og senioren fra AFE Trondheim inkludert TenkeTanken medlem Elling Ulvestad, Universitetet i Bergen.

15. Møte (170912)

I vårt 15. møte prøvde vi å gå til kanten av hva medisinfaget i sitt nåværende fagspråk kan utsi om en pasient, om en sykdom, om en person, og om et mellommenneskelig møte mellom to personer, en i rollen som pasient og en i rollen og funksjonen som lege. Vi må nemlig finne ut hva ”person” betyr i et fag der de arenaene som nå danner den såkalte ”fagfronten” snakker euforisk om det nye målet: Personalized medicine, altså medisinsk behandling som er ”skreddersydd” til den angjeldende pasienten. Personalized Medicine, det nye mantra, det nye GODORDET, tilslører helt at det egentlig ikke finnes en **person** innenfor den biomedisinske horisonten. Avlest av begeistringen som rår med henblikk på hvor ”personalized” medisinen skal bli, er det påfallende at alle synes å overse det enkle faktum at gullstandarten for epidemiologisk og fysiologisk forskning stripper mennesket for alt som kjenner seg en person. En naken, historie- og erfaringsløs kropp, bokstavelig **Ikke-personen**, er grunnlag for kunnskapsbygging. Hvordan skal et kunnskapsfundus forankret i en epistemologi av objektivitet og metodisk ”renhet” hvor man systematisk fjerner tid, sted, sosiokulturelt og politisk liv og alle verdier fordi de ”forurensner” dataene og studiematerialet – hvordan skal slik kunnskap kunne avstedkomme ”persontilpasset” medisinsk behandling når alt som kjenner seg LIVET defineres som STØY?

Vi prøvde å oppsummere hva man så langt kan si med naturvitenskap, epidemiologisk metodologi og statistikk i ryggen og med fagspråket brukt på en korrekt måte. Drøftingen tok utgangspunkt i en artikkel av Bruce McEwen og Linn Getz i tidsskriftet Metabolism. Så nærmet vi oss begrepet Person, a) idémessig (hva er det dypest sett), b) medisinfaglig (hvordan gjør den seg gjeldende med henblikk på det sentrale kontinuum helse-sykdom) og c) språklig (hvordan må dette utsies så medisinfaget forstår og godtar det). Her tok vi utgangspunkt i en artikkel av Anna Luise og Eline Thornquist i Journal of Evaluation in Clinical Practice. Spørsmålene knyttet til legen som person i møtet med pasienten som person knyttet an til en tekst av filosofen Havi Carel i Lancet. Der drøfter hun legens mulige annenperson-rolle som formidler mellom førstepersonen (pasienten) og tredje-personen (legen og medisinfaget) innenfor en fenomeologisk forståelsesramme. Den mest sentrale forutsetningen for en slik posisjon (som annenperson), er empati, legens evne til å forstå den syke personen i sin partikulære kontekst. Filosofen Jane Macnaughton skrev i

Lancet om faren som er forbundet med å prøve å lære empati som en “ferdighet” (a skill) slik det nå gjøres i amerikanske universiteter.

Vanskeligheten med å utsi det udelte i et språk som deler ble et sentralt tema, og knyttet til dette INTEGRITET som en umulig opsjon i en kunnskapsproduksjon som har som hovedgrep å gripe biter ut av sammenhenger. Begrepet identitet forutsetter bevisstheten om grunnvilkårene, og om deres fornektning som vi mennesker fristes til. Det finnes i oss en vegring mot å bære noe vi ikke **vil** være eller bære. På det grunnlaget er en mekanisk forståelsen av kroppen (jeg er en bil) tiltrekkende, både for de syke og deres behandlere (jeg er en bilmekaniker). Da virker det logisk å tenke at det å manipulere de syke delene – hjernen, organer, og til og med gener som bærere av et potensial for sykdom – er alt som skal til for å få et friskt menneske. Da blir “personalized” synonymt med “manipulasjon av dine syke kroppsdeler på den mest presise måten gitt dine fysiologiske data”. Disse data, et finmasket nett av snart 1 milliard pixler når genomet, epigenomet, proteomet og mange andre omer (fagfeltet “omics”) blir analysert helt rutinemessig, gir en illusjon av presisjon. Foregår det da en forbedring? Hva legges dette nettet ned på? Hva er det som egentlig måles når alle fenomener omgås som om de bare var “en annen type data”? Har de biografiske elementer en egenbetydning i denne kvantitative økningen, dette MER av antatt presise målepunkter? Her er sikkert et individ. Men her er like sikkert ingen person. Bevegelsen som har tilranet seg begrepet “personalized” har et forsprang: ingen kan være mot “person-tilpasset” behandling. Derfor er det viktig å **avkle** begrepet slik det brukes nå for å møte – og noytralisere – den stadig økende kritikken mot en depersonalisert medisinsk praksis.

16. møte (040213).

Dette møtet dreier seg igjen om problemet **bevissthet** med utgangspunkt i en tekst av Alva Noë, filosof ved University of California Berkeley som arbeider med Åndens filosofi, kognitive vitenskap, persepsjonsteori, språkteori, kunstfilosofi, den analytiske filosofiens historie og fenomenologi. Noë sier selv: ”The problem of consciousness is understanding how this world is there for us.” Han mener at vi kan nærme oss et svar på spørsmålet ”hva er bevissthet?” på samme måte som vi prøver å besvare spørsmålet ”hva er liv?” Hans ansats er ikke å tenke at liv eller bevissthet er ”inne i” en organisme eller i et menneske, men snarere i prosessen som på dynamisk og deltakende måte forbinder organismen og verden: ”Life is the way the animal is in the world.” Med det sier Noë samtidig at menneskers bevissthet ikke er en ”funksjon” av den menneskelige hjernen fordi bevissthet favner videre enn hjernen. Han opponerer mot forestillingen at Mind kan likestilles med Brain og derfor oppfattes som lokalisert som materialisert: bevissthet ikke er noe som hender i oss men **noe vi gjør**, noe vi oppnår i bevegelse, i samspill med verden og med andre. ”The point is that the thing shows up for me as something in a space of movement oriented possibilities”, sier han. Derfor blir **dans** hans foretrukne metafor for bevissthet. Og ”dansen”, altså vår sensorimotoriske interaksjon, vårt samspill, interplay, det er det som muliggjøres ved vår hjerne, i følge Noë. Enda mer tydelig: ”The world – three-dimensional objects arrayed in space, colors, shapes etc. – only comes into focus for perception given the perceiver’s ability to exercise this kind of sensorimotor understanding.” Det betyr at dyr eller menneske, verden og hjernen arbeider sammen for at bevissthet skjer, slik Noë ser det. Derfor mener han at til og med ordet, substantivet

”bevissthet”, er misledende. Forløpsformen consciouning, det ikke-statiske, ikke-ting-like men hendende, skjeende, blivende – synes mer adekvat. Å lete etter bevissthet i hjernen er etter Noës oppfatning å lete på feil sted og å analysere på feil nivå. Rett nivå er snarere å prøve å begripe og å begrepsfeste det kroppsliggjorte (embodied) livet, det situerte menneske. Bevissthet er altså å interagere med verden, det er varen-i-verden. Derfor er det vitenskapsteoretisk feil og følgelig fåfengt, etter Noës oppfatning, å utforske hjernen i en strikt eksperimentell setting, i et ”laboratorium” der verden er ”fjernet”. Det er som om han sier: ”Ta bort livet og se hva som skjer.” Det trengs mer enn en hjerne for å skape bevissthet.

Elling Ulvestad og Tor-Johan Ekeland kommenterte Noës tekst med henblikk på hans oppfatning av – henholdsvis – de biologiske og de emosjonelle aspektene ved menneskets bevissthet. Elling satte Noës tanker i spennet mellom Aristoteles og Darwin: forståelse av liv som form, alt levende som formet, mennesket som preget av en indre natur og variasjon som avvik fra normen – på den ene siden, og variasjon som betingelse for liv og følgelig det normale – på den andre. I valget mellom å forstå organismen som noe som på passiv vis tilpasser seg omverden – og noe som aktivt former sin omverden så den passer for organismen, velger Noë Darwin. Derved inngår hans tenkning i en forståelseshorisont som spenner fra Immanuel Kant som hevdet at vi har fordommer om verdenen som vi blir født inn i (men han spurte aldri spurte hvor de kommer fra) via Jakob von Uexküll som begrunnet dyrets fordommer eller forkunnskaper som evolusjonens resultat til Konrad Lorentz som historiserte dem som dyrets evolusjonært betingede repertoar av muligheter til interaksjon. Von Uexküll preget termen ”**Umwelt**”, hvilket favnet alle dyr inkludert mennesket. Martin Heideggers introduserte ”**Lebenswelt**” som forbeholdt menneskene.

Relasjoners betydning for utvikling og liv blir synlig i at immunsystemet må utdannes for å kunne funksjonere riktig. Fosteret fødes sterilt men er allerede blitt ”oppfostret” av morens immunsystem og har derfor forkunnskap, fordommer, om verden. Så møter den nyfødte mikrobene som er med på å utvikle tarmen som blir til gjennom mikrobene. Så lærer mikrobene barnets immunsystem hva som kan aksepteres og hva som skal skilles ut. Immunsystemet blir altså til gjennom alt det forholder seg til. Følgelig er selve livet ikke den enkelte organismen men utvekslingen mellom organismen og verden, med andre ord: en åpen organisme. Slutten av denne utvekslingen kaller vi død. Derfor sier Jean Paul Sartre: først når vi er døde vet vi hva vi er.

Noë kritiserer det tradisjonelle skille mellom inne og ute, mellom det som er i kroppen, for eksempel gener, og det som er ute, von Uexkülls ”Umwelt”, ”**environment**” eller ”**miljø**”. Den dikotome teorien, skillet mellom inne og ute, er forførende: den inngår i en dybdestruktur i vestlig tenkning med dikotomier som gjør livet vanskelig og vitenskapen lett, slik som natur – kultur, kropp – sinn, arv – miljø etc. Dybdestrukturen ”enten – eller” er også en dybdestruktur i vårt språk. Det krever anstrengelse å oppheve skillet, og her samstemmer filosofen Noë med antropologen og systemteoretikeren Gregory Bateson som hevdet at ”mind is no thing” men et relasjonelt og kommunikativt fenomen. Enhver organisme som er i stand til å kommunisere over en grense har ”mind”. Åpenheten for ”annet” tilhører og kjennetegner livet. De døde kommuniserer ikke lenger.

Men i det "mind" er definert, er ikke samtidig også "bevissthet" definert. Bevissthet er mer enn mind, snarere en slags meta-mind, et refleksivt nivå som også favner alt det som er "automatisert" i organismen og som ikke krever og forutsetter bevissthet. Men språk og bevissthet henger sammen, evolusjonshistorisk, i sam-utvikling. Noës refleksjoner om persepsjoner minner om James Gibsons økologiske psykologi i betydning "persepsjoner er mer enn sansedata". Teorier som dekontekstualiserer våre persepsjoner ignorerer at "environment" alltid og uunngåelig er "invironment", altså internalisert og integrert i betydnings- og meningssystemer, med andre ord: de innehar økologisk relevans. Øyet persiperer ikke i isolasjon men som vevd inn i sin organismes tolkningsgrunnlag. Våre persepsjoner fanger opp det som står frem, det som er synlig og merk-bar, det som gir det persiperte eksistens, uthevet fra en bakgrunn og kjennetegnet av identifiserbare og gjenkjennbare mønstre, Gestalter. Noë snakker mest om persepsjoner og lite om emosjoner, selv om våre emosjoner er vår primære måte å være i verden på, et kommunikativt system som gjør samliv mulig. Dette peker på en parallell: fosteret fødes ikke bare sterilt *qua immunologi* men også *qua emosjonalitet*. I et slikt perspektiv kreves opplæring som et "sosialiseringsanliggende" for utvikling av den "mentale immunitet" og for å være i stand til å kjenne og forstå egne emosjoner så vel som andres.

Vår væren-i-verden er betinget av relasjoner, persepsjoner og emosjoner, fenomener som muliggjør det som utgjør liv: mønstre, samspill, interaksjon, åpenhet og endring.

De grunnleggende prinsipper for liv og væren er følgelig estetikk og etikk.

Derfor blir etikk omdreiningspunktet for vårt neste møte fra 2. til 3. juni 2013.

17. møte (020613 – 030613)

Møtet åpnet under henvisning til og påvirkning av en dagsaktuell faglig diskurs i Norge utløst av en kronikk i TDNLF med tittelen "Ta faget tilbake". En gruppe sykehusleger med brødrene Wyller i spissen har fremmet et opprop til motaksjon mot en stadig sterkere og stadig mer dyptgripende innflytelse av helsebyråkratiet – og særlig dens nyeste variant "New Public Management" – på legers arbeidsdag og faglige vurderinger. En berettiget kritikk mot denne i prinsippet forståelige protesten er at dens argumentbasis ikke er bygget på en grundig nok analyse av tingenes tilstand. Mens Wyller-gruppen krever at legers faglighet ikke overstyres av administrative tiltak og regelverk som fremmedgjør leger for sine oppgaver, viser den samtidig at de virkelige årsakene til dagens problemer ikke er identifisert. De er nemlig iboende i medisinenes ontologiske og epistemologiske basis. Dagens medisinske kunnskapsregime er biomedisinsk, ikke humanmedisinsk. Tradisjonelle dikotomier og metodisk ortodoksi har forlenget inngått forlovelse – for ikke å si "et hemmelig ekteskap" med en tallbasert, kvantitets- og kontrollstyrt administrasjon som er basert på mistillit til profesjonsutøvere som med nødvendighet må bruke sitt skjønn i en mangetydig daglig praksis. At denne reelle mangetydigheten blir tilslørt av en fiktiv fordi vitenskapelig sikret entydighet, kan ikke erkjennes så lenge vitenskapens referanseramme forblir udiskutert.

Det underlige er at behovet for ontologisk og epistemologisk "reform" eller fornyelse ikke nevnes i det hele tatt. Det virker som om hele legestanden er inneforstått med "the state of the art" med henblikk på kunnskapsgrunnlagets uangripelighet. Det virker også som om fagkollektivet mangler helt begreper og analytisk evne til å kunne snakke om

kunnskap, altså kunnskap OM kunnskap. I dette inngår at kjente fakta fra den kliniske verden som ikke samstemmer med den offisielle kunnskapen ganske enkelt blir ignorert. Og denne situasjonen synes foreløpig helt upåvirket av at fagets basale disipliner har dokumentert at entydighet ikke finnes i den virkeligheten hvor den antatt entydige kunnskapen skal settes ut i livet. Det går helt ned til grunnvollen: det er ikke mulig å påvise en entydig avgrensning mellom liv og ikke-liv. Det er ikke mulig å vite om en mikrobe er patogen fordi det kommer an på en rekke kontekstuelle fenomener. Det er ikke mulig å definere et klar skille mellom hva som er ”naturlig” og hva som er kulturlig/sosialt betinget i den levende verden: det finnes sosiale normer også i samlivet mellom celler. I denne stigende bevissthet om både språkets mangetydighet og vitenskapens manglende evne til å kunne helt entydig skille mellom er og bør oppstår spørsmålet: Finnes det egentlig et ER i den levende verden? Finnes det uforanderlige, entydige, presise og uangripelige ”fakta”, realiteter, nullpunkter, såkalte ”baselines”?

Humes berømte skille mellom ER og BØR står ved lag, men det må muligens presiseres: det sentrale spørsmålet er muligens ikke hva som ER, men hva det BETYR.

TenkeTankens medlemmer er ikke i tvil om etikkens sentrale betydning for medisins grunnlagsforståelse. Det demonstreres ved to omfattende, lange, krevende og komplekse sykdomshistorier fra allmennmedisinsk praksis som tydeliggjør fagets kunnskapsmangel og fagpersonens konflikter mellom faglig ortodoksi og med-menneskelig forståelse. Den resulterende tilkortkommenhet hos fagpersonen, en meget velkjent erfaring særlig i faget allmennmedisin, blir sjelden ført tilbake til faglig svikt – men snarere til personlig svikt. Diskrepansen mellom oppgaven og redskapen blir for stor, er for kostnadskrevende og for destruktiv både for pasienten og for fagutøveren til å kunne forsvares. Et etisk problem blir konvertert til et økonomisk problem. Metodens tyranni (EBM) og kravene til kontroll og effektivitet (NPM) overstyrer nødvendigheten av å forstå riktig og tolke riktig for å (be)kunne handle rett. Et sentralt tema er tillit som kan forstås som grunnleggende vesentlig for heling, og ordets dype ”gjensidighet” (på norsk ivaretatt i et Palindrom = tillit lest fra begge sider). I den grad tillit er forutsetningen for leging og heling, er hele medisinen etikk! Når så fagets etiske ”substans” blir overstyrt av et system for kontroll begrunnet i mistillit, er en vesentlig faglig forutsetning underminert. Denne ”svikten” kan ikke kompenseres med fagpersonenes lojalitet til systemet som systematisk bryter ned tilliten. Her stilles etisk forpliktelse (å hjelpe lidende mennesker) opp mot administrativ forpliktelse (å produsere mest mulig helse på kortest mulig tid). En farlig utvikling, a slippery slope, blir synlig: mistillit betinger kontroll betinger angst og usikkerhet betinger lydighet. Slik lydighet er farlig for både pasienter og profesjonsutøvere. Sammenhengene mellom kunnskapssyn og praksis bør drøftes med henblikk på etikk. Etikken i helse- og omsorgsfagene er som oftest individorientert, knyttet til en epistemologisk feil (i følge Bateson). Denne beror på en antakelse at noe av premissene er tilslørt. Slik blir disse ikke gjenstand for drøfting og kritikk. Konsekvensene viser feilene, de avslører det tilslørte. Psykiatrien fremstår fra en slik tankeansats som en splittet profesjon, faget representerer en epistemologisk feil: dens subjektorienterte epistemologi, rettet mot pasienters tanker, følelser og atferd, danner grunnlag for pasientens objektivisering. Slik objektivisering (ment som middel til å forklare) øker derimot avstanden mellom behandler og pasient.

Del 2 av dette møtet handlet om presentasjonen av tanker og planer for innføringen av en ”radikal etikk” i medisinstudiet ved Stéfan Hjørleifsson fra UiB (gjest i TenkeTanken for anledningen) i samarbeid med Linn Getz. Ansatsen er basert på en økende bevissthet om at medisin **alltid** er et etisk anliggende, fordi hensikten om å **hjelpe** alltid innebærer muligheten for å **skade**. Det tilsier at etikk ikke kan reduseres til et emne som kan tilføyes det medisinske Curriculum som en appendix. Det er snarere den røde tråden i faget, noe som tilsier at all undervisning av legestudenter bør bæres av formidling om en etisk grunnholdning. I det alle norske medisinske fakulteter for tiden revurderer sin læreplan, er det kanskje dags å introdusere etikk i den, ikke som et *emne* men som et *grunnstoff*.

18. møte (231013)

Dette møte handlet om en felles tekst i tilblivelse med den eksplisitte ambisjon om å få den utformet som en artikkel til TDNLFs spalte Vitenskap. Vi vil prøve å påberope oss vår tidligere publiserte artikkel om originale tanker contra originale data (Hva er original vitenskap? Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1009) og en lederkommentar om hva som er ”originalt” av sjefsredaktør Charlotte Haug (Raskere, bedre, strengere. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 11). Et bredt utkast til denne artikkelen var blitt sendt ut ”på høring” til medlemmene – og kommentarene og forslag til struktur og argumentasjon ble drøftet.

Beretningen om TenkeTankens indre liv konkluderer med fire kondensater:

- ❖ **Mennesket påvirkes på alle eksistensielle nivåer – fra det metafysiske til det genetiske – av sine erfaringer.**
- ❖ **Medisinsk kunnskapsbygging som ikke favner den menneskelige erfarings- og meningsdimensjonen yter ikke menneskenaturen rettferd.**
- ❖ **Et menneskes sykdommer må tolkes i sammenheng med dette menneskets erfaringer for at medisinsk behandling kan bli optimal.**
- ❖ **Å fortolke menneskelig lidelse i en forståelsesramme som favner erfaringens virkning på kroppens fysiologi er legens mest sentrale utfordring og oppgave.**

Derfor er det som tenkes i TenkeTanken høyst relevant for allmennmedisinen.

Oslo og Trondheim i januar 2014

Anna Luise Kirkengen

Publikasjoner og foredrag utover fellesarbeider som TenkeTankens eksterne medlemmer (ikke ansatt ved AFE Trondheim) har oppgitt å være relatert til eller sprunget ut av TenkeTankens aktivitet

Publikasjoner

Ekeland, T.-J. (2013). Etikken før evidensen. I H. Alvsvåg, Å Bergland og O. Førland (red.) *Nødvendige omveier*. En vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70-årsdag. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Ekeland, T.-J. (2013). *Kampen om kunnskapen*. Morgenbladet (kronikk)14.06.13

Ekeland, T.-J. (2013). *Psykiatriens hus*. Morgenbladet. (26.06.13)

Kinn, L.G.; Holgersen, H.; **Ekeland, T.-J.** & Davidson, L. (2013). Meta-synthesis and Bricolage: Like an Artistic Exercise of Creating a Collage of Meaning. *Qualitative Health Research*, 23(9) 1285-1292

Ekeland, T.-J. (2013) Verdighet. *Kraftverk* 2013 ;Vol 5. s. 33-40

Schei E. Profesjonalitet må læres. Intervju med fem legestudenter. Tidsskrift for Den norske legeforening, 2013; 133:1578 – 81.

Schei E. Krigerens vei. Intervju med Roger Strand, Tidsskrift for Den norske legeforening, 2013, 33:746 – 8

Schei E. Vend om til et bedre liv. Bokessay, Utposten nr 2, 2013, 41-2.

Schei E, Mildestvedt T. Den kliniske samtalen. Kapittel 1.4. i: Allmenmedisin, 3. Utg., Gyldendal 2013

Foredrag

Ekeland, T.-J. Meistringsfremjande kommunikasjon - utfordringar og dilemma under endra rammevilkår. Videretudanning i helse- og sosialfag; Høgskolen i Sør-Trøndelag 2013-11-26

Ekeland, T.-J. Diagnose som kunnskap. Fagmøte; Psykodynamisk Forum, Tromsø, 2013-10-08

Ekeland, T.-J. Diagnose som kunnskap - kritiske perspektiv. NPF, Seniorpsykologene;

Oslo,2013-09-10

Ekeland, T.-J. Ethiske dilemma og konfliktområde i praksis – om makt, hjelp og krenking i psykososialt arbeid med barn og ungdom”. Videreutdanning i psykisk helsearbeid; Høgskulen i Sogn og Fjordane, 2013-08-23

Ekeland, T.-J. Evidensbasert praksis og praksisbasert evidens. Førde, Fagmøte; 2013-08-23

Ekeland, T.-J. Evidensbasering og psykologisk praksis. Spesialistkurs NPF; Trondheim, 2013-06-18

Ekeland, T.-J. Familien mellom individualisme og fellesskap. Kulturpsykologiske perspektiv på moderne lidningar. Jubileumsseminar, Familievernet i Ålesund; 2013-10-31

Ekeland, T.-J. Forskning for ny praksis - hva trengs?. Dialog og fellesskap styrker forskningen. NAPHA-konferansen; 2013-09-24-25

Ekeland, T.-J. Få monolog til dialog - utfordringar for kunnskapssynet i psykisk helsevern. Det gode møtet - makt og avmakt; Helse Fonna, Haugesund, 2013-04-26

Ekeland, T.-J. God kommunikasjon som helseressurs. Fagseminar; Rusbehandling Midt-Norge, Geiranger, 2013-05-28

Ekeland, T.-J. Hva kan samfunnsvitenskapelige perspektiver/kunnskap bidra med i det psykiske helsefeltet og utdanningene? Fagseminar, Samfunn og psykisk helse; Gyldendal Akademiske, Oslo, 2013-04-03

Ekeland, T.-J. Hvor befinner sig psykoterapien och psykiatrien. Om psykoterapiens selvforståelse og samfunnsmessige vilkår. Psykoterapeutprogrammet; RPS, Stockholm, 2013-09-05

Ekeland, T.-J. Individuell svikt eller kulturell uorden? Samfunnsmessige perspektiv på moderne lidelser. Jubileumskonferanse Familievernet Sør-Trøndelag, Trondheim ,2013-06-05

Ekeland, T.-J. Kampen om kunnskapen – kan brukererfaringer bli gyldig kunnskap? Fagseminar - boklansering; Abstrakt Forlag, Oslo, 2013-06-12

Ekeland, T.-J. Kommunikasjon i hjelpande relasjonar. Vidareutdanning i kreftsjukepleie; Høgskulen i Ålesund, 2013

Ekeland, T.-J. Kommunikasjon som helseressurs. Vidareutdanning i kreftsjukepleie; 2013-04-22

Ekeland, T.-J. Forskning for ny praksis - hva trengs?. Dialog og fellesskap styrker forskningen. NAPHA-konferansen; 2013-09-24-25

Ekeland, T.-J. Få monolog til dialog - utfordringer for kunnskapssynet i psykisk helsevern. Det gode møtet - makt og avmakt; Helse Fonna, Haugesund, 2013-04-26

Ekeland, T.-J Kritisk blikk på DSM-5. Seminar om diagnostikk og klinisk praksis; Helse Romsdal, Molde 2013-11-20

Ekeland, T.-J Kunnskapsperspektiv på evidensbasert praksis. Universitetet i Tromsø; 2013-02-26

Ekeland, T.-J Ny kunnskap - ny praksis. Et nytt psykisk helsevern. Videreutdanning i nettverksmøte og relasjonskompetanse; AHUS/Høgskolen i Gjøvik, 2013-09-11

Ekeland, T.-J Om objektiviseringspresset og avstand til den andre som subjekt. Traumeseminar Betania Malvik; 2013-06-19

Ekeland, T.-J Psykiske lidelser – bare medisin? Gal -frisk - eller noe midt i mellom. Allmennlegeforeningen, Gaustadblick 2013; 2013-02-08

Ekeland, T.-J Psykodynamisk terapi - dess relevans i dagens och i framtidens samhälle.. Årskonferanse RPC; Stockholm, 2013-11-15

Ekeland, T.-J Psykoterapi - det siste asyl? Om kunnskap, makt og styring i psykisk helsevern. Fagdag; Studentsamskipnaden i Bergen, 2013-11-29

Ekeland, T.-J Psykoterapi - det siste asyl? Om kunnskap, makt og styring i psykisk helsevern.. Fagmøte NPF; Bergen, 2013-09-13

Ekeland, T.-J Vilkår for dialogisk praksis. Det gode møtet - makt og avmakt; Helse Fonna, Haugesund, 2013-04-26

Schei E, Meland E. «Forskningsmessig metarefleksjon» Forskerskole allmennmedisin, oktober 2013.

Schei E. «Praktisk kunnskap.» Foredrag for Nordisk nettverk for studier i narrativitet og medicin. Schæffergården. København, 26.8. 2013.

Schei E. «Legen som profesjonell og personlig - hvor mye av hvert?" Foredrag i Filosofisk poliklinikk i Bergen, 4.9.2013 og i Medisinsk-filosofisk forum, Bodø, 25.9.2013.

Schei E. Doctoring as leadership – wielding the power to heal. Foredrag på McGill University, Montréal, Canada, 18.4.13.

Schei E. Menneskets natur og medisins magi. Refleksjoner om sunnhet og sannhet. Foredrag i Selskapet til vitenskapenes fremme, Bergen, 10.4.13.

Schei E. Hvordan møte den spesielt krevende pasient? Hvordan hjelpe pasienten tilbake?

Avsluttende plenumsforedrag på Den 9. nasjonale fagkonferanse om kunnskapsbasert smertebehandling, Oslo, 11.1.13.

Schei E. Eutanasi og menneskerettigheter. Paneldebatt i regi av ELSA, European Law Students Association, Bergen, 20.3.13.

Schei E. Kronisk utmattelsessyndrom – kropp, sinn eller begge deler? Paneldebatt i regi av mentorordningen til medisinstudentene i Bergen. Legenes hus, 24.4.13.

Ulvestad E. Kan medisinsk forskning føre vill? Eureka, Forskningslinjen for medisinerere, Det akademiske kvarter, Bergen 29.1.2013.

Ulvestad E. En totalitet av relasjoner. Medisinsk-filosofisk forum, Oslo, 17.09.13.

Ulvestad E. The lived body. Konferanse: What is doctoring? Professionalism and caring for the patient in modern medicine. Universitetet i Bergen, 21.11.2013.

ⁱ Møtet avstedkom eposet "Cogito Ergo Tank. Nødrim fra Desintegrert Trønder", diktet og framført av lege Harald Sundby, Kalvskinnets Integreerte Legesenter, Trondheim.