

ALLMENNEMEDISINSK FORSKNINGSENHET (AFE)

Norges teknisk naturvitenskapelige

universitet

NTNU

Årsmelding

2015

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 mars 2016

Irene Hetlevik

Professor dr.med

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): 2015	4
Strategi for AFE-Trondheim.....	4
Lokalisering og organisering.....	4
Fra tidsavgrenset prosjekt til fast virksomhet.....	5
Medlemmer av AFE Trondheim forskergruppe 2015	5
Vitenskapelig arbeid 2015.....	8
Akse 1 – Teoribygging.....	8
Akse 2 – Praksisnær empiri.....	9
Oversikt over prosjekter	9
Ph.d. og post.doc prosjekter.....	9
Mindre prosjekter.....	25
Bidrag i prosjekter med annen hovedforankring.....	26
Felles prosjekter ved de fire AFENE.....	31
Kongresser, seminarer og sentrale foredrag	33
Internasjonalt samarbeid.....	34
Verv og lignende.....	35
Priser.....	37
Rekruttering.....	37
3. Oversikt over publikasjoner, foredrag og mediabidrag 2015	38
Publikasjoner.....	38
Foredrag.....	43
Mediabidrag.....	52
4. Vedlegg 1	
Strategidokument for AFE Trondheim	54
Vedlegg 2	
”Tenketanken” ved AFE Trondheim	56
TenkeTankens medlemmer.....	56
Aktivitet 2008 – 2015.....	58
Publikasjoner og foredrag utover fellesarbeider.....	86

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 2015 har AFE Trondheim mottatt kr 25 364 500. Ansatte på basismidler har generert tilleggsmidler fra andre kilder til ph.d. stipendiater og mindre forskningsprosjekter. Dette omtales under 'Prosjekter'.

Allmennmedisinsk forskningsfond

I forbindelse med normaltariffoverenskomsten 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, i 2013 11 mill til i alt 27 prosjekter, i 2014 12,6 mill til i alt 26 prosjekter og i 2015 i alt 13,2 mill til i alt 25 prosjekter.

2. AFE-Trondheim 2015

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 2015 disponert 5 kontorer med i alt 7 arbeidsplasser i 3 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 2012 vært inndelt i 14 forskningsgrupper

<http://www.ntnu.no/ism/forskning> hvorav AFE Trondheim er én

<http://www.ntnu.no/ism/allmennmedisin>

I 2015 har to med førstestillingskompetanse vært inkludert i AFE forskergruppe uten å ha lønnsmidler fra AFE. Alle ved instituttet må tilhøre en forskningsgruppe og stipendiater inngår i samme som hovedveileder.

Fra 2012 har allmennmedisin og primærhelsetjeneste også 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 7 AFE lønnede med førstestillingskompetanse har fem hatt ordinær universitetsstilling i tillegg til AFE engasjement.

Også i 2015 har personene knyttet opp til basisdriften i hovedsak vært ansatt i tidsavgrensede engasjement. Hetlevik og Getz er unntak med faste stillinger.

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, kr 3 275 129 i 2013, kr 3 143 188 i 2014 og kr 3 797 371 i 2015. Ubenyttede midler har kunnet bli overført fra år til år etter søknad.

Medlemmer av AFE Trondheim forskergruppe 2015

Personer med førstestillingskompetanse (avlagt ph.d. grad)

Irene Hetlevik 1.1. – 31.12. 15

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

50 % stilling ved allmennmedisin, ISM

Spesialist i allmennmedisin til mai 2015

Anna Luise Kirkengen 1.1. – 31.12.15

Professor dr.med. 40 % stilling lønnet av AFEs basismidler

Professor ved Universitetet i Tromsø, 20 % stilling.

Linn Getz 1.1. – 31.12.15

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

Egil Fors:

1.1 - 31.12.15: Forsker/Seniorforsker i 20 % stilling lønnet av AFEs basismidler

1.1 - 31.3.15: Førsteamanuensis 50 % ved ISM, NTNU

1.4 - 31.12.15 Professor 50 % ved ISM, NTNU

1.1 -31.12.15 Bedriftsoverlege, Coperiosenteret, Trondheim
Spesialist i allmenntmedisin 1993 -2014; Spesialist i psykiatri

Halfdan Petursson 1.1 – 31.12.15

Forsker ph.d. 20 % stilling lønnet av AFEs basismidler
I allmenntmedisinsk spesialisering, Gøteborg, Sverige

Anne-Sofie Helvik

Post.doc 50 % 1.1 – 31.12.15

St Olavs hospital 20 % forskningsveileder

Vestfold sykehus HF, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse 20 % senior
forsker

Johann Agust Sigurdsson 1.1 – 31.12.15

Professor dr. med 50 % stilling lønnet av AFEs basismidler
50 % stilling som professor i allmenntmedisin ved ISM

1.1 – 31.12.15 professor i 24 % stilling i allmenntmedisin, Islands universitet
Spesialist i allmenntmedisin

Ph.d. stipendiater

Bente Prytz Mjølstad 1.1. – 31.12.15

01.01.15 – 31.12.15. 50 % universitetslektor ved ISM, 20 % forskerstilling AFE og 50 %
stilling som fastlegevikar Saksvik Legekantor, Malvik kommune.

Disputerte 03.09.15 for phd graden i samfunnsmedisin.

Bjarne Austad 1.1. – 31.12.15

50 % ph.d. stipendiat med midler fra AMFF

50 % Fastlege ved Sjøsidens legesenter, Trondheim, spesialist i allmenntmedisin

20 % semesterkoordinator for stadium III D fra 1.11.15 -

Ingunn Mundal 1.1 – 31.12.15

Førsteamanuensis avd. for helse- og sosialfag

Høgskolen i Molde

Henrik Vogt 1.1 – 31.12.15

100 % ph.d stipendiat med midler fra AMFF i 9 mnd og 3 mnd fra AFEs basismidler

John-Tore Eid 1.1 – 31.12.15

100 % stipendiat, 50 % fra 01.07.2015 med midler fra Extrastiftelsen

Ingrid Følling 1.1 – 31.12.15

100 % ph.d stipendiat (med 25% undervisningsplikt ved Nord Universitet og Institutt for IKM, master i fedme og helse). Midler fra Nord Universitet.

Rune Aakvik Pedersen 1.1. – 31.12.15

50% ph.d stipendiat med midler fra AMFF tom 30.6.15 permisjon fom 1.7.15

2 dager/uke rådgivende lege for NAV Møre og Romsdal, 90% stilling fom. 1.9.15

Kjerstin Elisabeth Tevik 1.8 – 31.12.15

100% stipendiat med midler fra Extrastiftelsen

Margret Olafia Tomasdottir 1.1– 31.12.15

Lege på Island 50%, spesialist i allmenmedisin.

50% lønn fra AFEs basismidler i 2015

AFU stipend

Lars Tore Nerbøvik

AFU stipend tildelt 2011, fortsatt veiledningsavtale med AFE

Spesialist i allmenmedisin, fastlege, Ørskog

Anne Fasting

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

Sykehjemslege, Kristiansund

Veiledningsavtale med AFE

Marianne Rønneberg

6 mnd AFU stipend tildelt fra 2013

Fastlege, Tingvoll

Veiledningsavtale med AFE

Annet

Imrana Kreso 1.1 – 31.12.15

Sekretær, 50 %, lønnet av AFEs basismidler

Vitenskapelig arbeid 2015

Se liste over publikasjoner, foredrag og mediebidrag for 2015. Den omfatter i alt 45 publikasjoner, 90 foredrag – nasjonale og internasjonale – og 14 mediebidrag. Publikasjonene omfatter originalartikler, en ph.d avhandling, kronikker, rapporter, 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. Prosjektene hovedforankring framgår av prosjektbeskrivelse.

Midlene har vært brukt i henhold til vilkår for tildeling. Fjerde ph.d. ved AFE Trondheim ble forsvart 3.9.15 av Bente Prytz Mjølstad. Tittel: 'Knowing patients as persons. A theory-driven, qualitative study of the relevance of person-related knowledge in primary health care.' Veiledere har vært Irene Hetlevik, Anna Luise Kirkengen og Linn Getz.

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 og forebygging av hjerte- og karsykdom nasjonalt og internasjonalt. 'Kunnskap på allmennmedisinens 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:

- *Tomasdottir MO, Sigurdsson JA, Petursson H, Kirkengen AL, Krokstad S, McEwen B, Hetlevik I, Getz L. Self reported childhood difficulties, adult multimorbidity and allostatic load. A cross-sectional analysis of the Norwegian HUNT study. PLOS ONE DOI:10.1371/journal.pone.0130591 June 18, 2015*
- *Eriksen TE, Kirkengen AL. Patients' 'thingification', unexplained symptoms and response-ability in the clinical context: in response to 'Patients' substantialization of disease, the hybrid symptom and the metaphysical care' by Alexandra Parvan. Journal of Evaluation in Clinical Practice 2015 doi:10.1111/jep.12430 July 7, 2015*
- 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) 1.7.13– 31. 12.13 (100 % stipendiat) 01.01.- 28.02. og 01.09 -30.09.14. (100 % stipendiat.)
(avsluttet med disputas 03.09.2015)

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 har deltatt i prosjektet:

Stipendiat: Bente Prytz Mjølstad (AFE),

Hovedveileder: Irene Hetlevik (AFE)

Biveileder: Anna Luise Kirkengen (AFE)

Biveileder: Linn Getz (AFE)

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

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, Göteborg)

Linn Getz (AFE)

Johann Agust Sigurdsson (AFE, Department of Family Medicine, University of Iceland)

Irene Hetlevik (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 – 30.06.16 100 % 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 symptomer (MUS) og multi-morbiditet. En fjerde viktig utfordring er medikalisering og overdiagnostikk. En femte utfordring springer ut av de tidligere 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 å 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 sammensmeltning 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 utfordringer.

Det første paperet i dette prosjektet ble publisert i 2014: Getting personal: can systems medicine integrate scientific and humanistic conceptions of the patient? (Vogt, Ulvestad, Eriksen, Getz. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2014) – Online access: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jep.12251/abstract> 2014

Det andre paperet er antatt for publisering i *Medicine Health Care and Philosophy* og har tittel: The new holism: P4 systems medicine and the medicalization of health and life itself (Vogt, Hofmann, Getz). Et tredje og fjerde paper er innsendt.

Sammenskrivning ferdigstilles første halvdel 2016.

Personer som deltar i prosjektet:

Stipendiat: Henrik Vogt (AFE)

Hovedveileder: Linn Getz (AFE)

Biveileder: Irene Hetlevik (AFE)

Biveileder: Sara Green (University of Copenhagen)

Samarbeidspartnere:

Professor i immunologi og mikrobiologi ved Universitetet i Bergen, Elling Ulvestad (medforfatter på første artikkel)

Professor i medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo Bjørn Hofmann

Cand. polit. Thor Eirik Eriksen ved Universitetet i Tromsø, medforfatter første artikkel.

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 – 30.06.18 (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.

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»

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: Kliniske retningslinjer er utviklet for å gi god kvalitet i helsetjenesten, unngå uønsket variasjon i tjenestetilbudet, hjelpe helsepersonell til å gjøre riktige prioriteringer og tilby helhetlige pasientforløp. I Norge er det Helsedirektoratet som har mandat til å utarbeide nasjonale retningslinjer og veiledere. Det finnes også lokale / regionale retningslinjer inklusive prosedyrer for ulike kliniske tilstander. De kan variere mellom ulike steder i landet og utgis i stor grad av enkelte avdelinger på sykehus. Ifølge Fastlegeforskriften §16 skal fastlegen «drive sin virksomhet i tråd med oppdatert kunnskap og nasjonale faglige retningslinjer». Imidlertid er det godt kjent i litteraturen at

retningslinjer implementeres i liten grad, også blant fastleger. I 2012 oppsummerte Grimshaw et. al litteraturen rundt ulike aspekter av kunnskapsoverføring og implementering. De skriver: «One of the most consistent findings from clinical and health services research is the failure to translate research into practice and policy». For at pasientbehandlingen i allmennpraksis kan bli best mulig er det viktig å forstå hvordan ny kunnskap og retningslinjer kan anvendes og å identifisere hindringer mot dette. Implementeringsstudier tilnærmer seg problematikken fra ulike sider. Noen analyserer *prosessmål*, dvs. i hvilken grad den aktuelle retningslinjen følges, mens andre analyserer *utkomme-mål*, dvs. i hvilken grad retningslinjeendringen gir ønsket helse-effekt. Årsakene til at retningslinjer følges i liten grad synes å være komplekse. Noen mener at dette kan knyttes til manglende kunnskap, oppdatering eller uvaner hos leger. Andre derimot mener allmennleger kan ha gode grunner for ikke å implementere en del retningslinjer i sin praksis. Noen retningslinjer er ikke tilpasset den kliniske hverdagen i allmennpraksis og noen lages uten å involvere allmennleger i særlig grad i selve prosessen. Flere av retningslinjene krever også omfattende arbeid om de skal anvendes. Multimorbiditet er svært utbredt, både i Norge og internasjonalt. Økende alder i befolkningen og økt satsing på individuell forebygging i helsetjenesten i form av ”risiko sporing” bidrar til at antall diagnoser per person øker. Til tross for økende kunnskap om at mange av de store sykdomsgruppene i befolkningen kan ha en mer grunnleggende felles kausalitet lages retningslinjer tradisjonelt for enkelt-sykdommer, også omtalt som en ”silo- tilnærming”. Dette fører til at det for pasienter i allmennpraksis ofte er mange retningslinjer som skal anvendes samtidig og anbefalingene kan være sprikende. At ”silo-tilnærmingen” kan representere et grunnlagsproblem som eksisterende implementeringsstrategier ikke løser, drøftes og forskes på i liten grad. Det er derfor lite valid kunnskap om hva som skal til for å bedre implementeringen i allmennpraksis.

Målsetning og delstudier: Målsetningen med PhD prosjektet er økt kunnskap om implementering og anvendelse av kliniske retningslinjer i allmennpraksis. To delstudier tilnærmer seg problematikken fra ulike sider. Delstudie 1 handler om kompleksiteten knyttet til endring av *en enkelt* retningslinje, mens delstudie 2 omhandler *total-summen* av retningslinjer allmennleger må forholde seg til i sin hverdag. *Delstudie 1* tok utgangspunkt i en lokal retningslinjeendring der fastlegen overtok oppfølgingen av barn etter operasjon med dren i ørene. Data består av audiologiske undersøkelser 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). To artikler er publisert, den ene fokuserer på *prosessmål* (i hvilken grad retningslinjene ble fulgt, hvor barna ble fulgt opp osv.) og den andre på *utkomme-mål* (hørsel og andre audiologiske variabler) av denne retningslinjeendringen. *Delstudie 2* har søkt dybdeinformasjon om allmennlegers erfaringer med og refleksjoner knyttet til total-summen av retningslinjer (nasjonale og lokale) de må forholde seg til, ikke bare enkelt-retningslinjer. Dette er en kvalitativ studie basert på fire fokus grupper med til sammen 25 allmennleger. En artikkel er publisert, den andre er innsendt. Den ene artikkelen fokuserer på allmennlegers erfaringer med bruk av multiple retningslinjer og den andre på konsekvenser for pasient og allmennlege av å skulle følge multiple retningslinjer.

Personer som deltar i prosjektet:
Stipendiat: Bjarne Austad (ISM/AFE)
Hovedveileder: Anne-Sofie Helvik (ISM/ St. Olavs Hospital)

Biveileder: Irene Hetlevik (AFE)

Biveileder: Vegard Bugten (Institutt for Nevromedisin / St Olavs Hospital HF) – til delstudie 1

Medarbeidere: Siri Wenneberg og Anita Helene Olsen (Audiografer ved St Olavs Hospital HF) til delstudie 1. Bente Prydtz Mjølstad (AFE) til delstudie 2.

Sammenhenger mellom kronisk ikke-malign smerte, psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet.

Prosjektperiode: 01.07.11 – 30.06.14 (100 %). Prosjektet ble avsluttet med disputas desember 2014. Tittel på avhandlingen: ‘Spatiotemporal aspects of pain in the general population: factors associated with the presence, development and distribution. Results from the HUNT 2 and HUNT 3 studies.’

Mundal fortsetter som medlem i AFE forskergruppe og sitt samarbeid med Egil Fors (AFE/ISM). Hun planlegger postdoc søknad i samarbeid med forskningsgruppen Aldring og demens ved HiMolde med tema multimorbiditet og aldring, og implikasjoner for helsetjenesten og utviklingen av profesjonsutdanningene. Dette blir et prosjekt med flere nivåer, der de planlegger å inkludere både registerforskning (HUNT/Reseptregister/Norsk pasientregister), studier av praksis (legemiddelgjennomgang/-samstemming og trygg legemiddelhåndtering i hjemmetjenestene), samt kliniske studier. Det er tatt kontakt med flere samarbeidspartnere, prosjektskisse er under utarbeiding. Det planlegges å knytte 1 – 2 stipendiater til prosjektet.

Er kognitiv atferdsterapi god behandling av kronisk utmattelsessyndrom?

Prosjektperiode: 2011 planlegging. Utførelse 15.09.2012–15.09.2015 (100 %), men prosjektet har blitt forsinket pga. stipendiatens sykdom. Antatt disputas juni 2017.

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. Vår andre målsetning vil være å teste ut effekten av en nyutviklet og kortere individuell CBT. Hvis det viser seg at den kortere er like bra, eller bedre enn standard CBT vil den derfor være en like god og mer kostnadseffektiv behandling. Pasientene med uspesifikk utmattelse vil først gjennomgå en grundig tverrfaglig utredning ved Avdeling for smerte og sammensatte symptomlidelser (ASSL), St Olavs Hospital, for å diagnostisere CFS/ME og kategorisere andre utmattelsestilstander. Pasienter med CFS/ME vil deretter få tilbud om behandling i vårt prosjekt med randomisering til

henholdsvis kort og standard individuell kognitiv atferdsterapi samt kontrollgruppe. Hovedutfallsmål er fysisk funksjon, helserelatert livskvalitet, og utmattelse.

Personer som deltar i prosjektet:

PhD-stipendiat: Merethe O Eide Gotaas

Hovedveileder: Egil A Fors (AFE) (fra 01.04. 2013)

Biveileder: Tore Charles Stiles (Psykologisk institutt, NTNU)

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

Prosjektgruppemedlemmer: Trudie Chalder (Kings College, London, UK).

Nils Inge Landrø nevropsykolog (UiO), Johan Håkon Bjørngaard (ISM, NTNU).

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

Prosjektbeskrivelse: “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.

Our hypotheses are:

1) Group-based physical activity during and after cancer treatment improves QOL outcomes. 2) The effect of physical activity on QOL is moderated by baseline factors (psychological and cancer-specific, generic self-efficacy, BMI and fatigue. 3) Vulnerability factors are important for the efficiency of the physical intervention and QOL. 4)

Prosjektet er del av et større brystkreft-prosjekt, inkl livskvalitet, fatigue, partnerstøtte og helse, samt onkologi/biologiske problemstillinger

Personer som deltar i prosjektet:

Stipendiat: Søker om forskningsmidler fra mai/juni 2016, foreløpige støtte fra EBBA-II-prosjektet til planlegging og inklusjon.

Hovedveileder (hvis midler): Egil A Fors (AFE).

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

Biveileder: Prof. Steinar Lundgren, IKM/NTNU.

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

Økonomi: Foreløpig er ikke dette prosjektet selvstendig finansiert, men er en del av det store EBBA II prosjektet som driver det foreløpig

Epidemiological study of multimorbidity in the HUNT study, with reference to the concept of allostatic load

Margret Olafia Tomasdottir is an Icelandic GP who works on HUNT data in collaboration with senior researchers at AFE Trondheim. She is a phd student in a collaboration (coututelle agreement) between NTNU and University of Iceland. She completed her speciality in general practice in Iceland in July 2014.

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

Persons involved in project:

Ph.d. candidate: Margret Olafia Tomasdottir, MD, GP, Reykjavik, Iceland

Main supervisor: Linn Getz (AFE)

Co supervisor: Johann A. Sigurdsson, AFE and 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), Tom Ivar Lund Nilsen (ISM, NTNU), Steinar Krokstad (Director of the HUNT Research Centre, ISM), Bruce McEwen (The Rockefeller University, New York, US).

Publication status:

Paper I published 2014: *Co- and multimorbidity patterns in an unselected Norwegian population: cross-sectional analysis based on the HUNT Study and theoretical reflections concerning basic medical models.* European Journal of Person Centered Healthcare

Paper II published in June 2015: *Self-Reported Childhood Difficulties, Adult Multimorbidity and Allostatic Load. A Cross-Sectional Analysis of the Norwegian HUNT Study.* PLoS One

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

Prosjektperiode: 01.01.2013 – 30.06.2016 (100 % stipendiat, 50 % fra 01.07.2015 – 30.06.2016)

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 selve behandlingen utfra en epistemologisk idé om at det foreligger en stabil forbindelse mellom metode og virkning. Dette skjer til tross for at forskingen gjennom mange tiår på psykologiske og sosiale behandlingsmetoder har påvist at en slik stabil forbindelse ikke eksisterer; at virkningspotensialet i behandling ikke kan løsrives fra relasjonelle og kontekstuelle forutsetninger.

I de siste tiårene har rusfeltet gjennomgått store endringer og en dreining mot en medisinsk/diagnostisk tilnærming til misbruksproblemet. Flere rusavhengige enn noen

gang er i behandling og bruken av korttidsorienterte behandlingsmetoder øker, samtidig som kravene til effektivitet og rapportering blir stadig høyere. Kunnskapen om den avgjørende betydningen et godt og langvarig hjelpeforhold kan ha for å bli frigjort fra sine misbruksproblemer, har kommet mer i bakgrunnen.

Målsetting:

Prosjektet tar utgangspunkt i perspektivet og beskrivelsene til mennesker som har fått ig hjelp og mulighet til å leve vanlige rus- og medikamentfrie liv. En undersøker den enkeltes subjektive erfaring med behandlingsmetoden, konteksten og relasjonen. Målet er å beskrive og analysere hvordan de oppfatter positive endringer gjennom hjelperelasjonens bidrag. Problemstillinger: - Hvilke aspekter ved hjelperelasjonen har betydning i arbeidet med mennesker som søker hjelp for sitt rusmiddelmisbruk? - Hvordan har den enkelte erfart forholdet til hjelperen som nyttig for å kunne bli i stand til å leve et rusfritt liv etter behandling?

Metode og gjennomføring:

Prosjektets funn bygger på et større upublisert intervjumateriale fra 1989-90 og bestående av ca. 1000 sider dybdeintervju av 16 unge mennesker som har fått hjelp ved to norske behandlingsinstitusjoner, Tyrilistiftelsen og Selbukollektivet. 24 år etter er det, i løpet av det siste året, foretatt gjenintervju med 7 disse personene. Funn fra første analyserunde ble lagt fram for evaluering i gjenintervjuene, og det gjøres nå en sammenfattende tematisk analyse av de to empiriske delene. Det brukes en kvalitativ, fenomenologisk tilnærming.

Foreløpige funn og betydningen av dem:

Sentrale funn i den foreløpige analysen av materialet: - Hjelperens evne til betingelsesløst å ta den andres perspektiv, og kontinuerlig prøve å forstå den andre. Her er *anerkjennelse* og *validering* sentrale fenomener. Det forutsetter at en forstår årsaken til avhengigheten (misbrukets «mening») og vet om hvordan tidlige erfaringer kan ha betydning for rusproblemet i et livshistorieperspektiv. Når en anerkjenner den andres perspektiv som deres sannhet, vil en også kunne imøtekomme den hjelpetrengendes behov for å være agent i eget liv.

Hjelperens ydmykhet og engasjement. Det fører til at en forplikter seg og tar ansvaret for relasjonen, og ikke fordømmer/dømmer den andres handlinger. Gjenkjenne og kommunisere følelser; at hjelperen kan knytte til noe i en selv som kjenner og vet om den følelsen. En helende relasjon handler i liten grad om metode, men i stor grad om kontakt og tilknytning.

Funn fra prosjektet har relevans for behandlingspraksis innen rusfeltet, men også for hjelpearbeid i andre kliniske sammenhenger, hos allmennlegen, på sosialkontoret, m.fl. Resultatene har relevans for forskningsfeltet og den forskningen som er rettet mot behandling, relasjoner og kommunikasjon. I en større sammenheng bidrar prosjektet til å gyldiggjøre erfaringskunnskap.

I løpet 2016 vil funn bli publisert i vitenskapelige artikler og sammenskrevet i en Ph.D. avhandling.

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 2 diabetes?- A study of HUNT participants and primary health care interventions)

Prosjektperiode: 01.08.2012 – 15.10.2016 (25 % undervisningsplikt)

Økonomi: Midler fra Nord Universitet

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 tre 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 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? III: 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? 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:

Stipendiat: Ingrid S. Følling

Hovedveileder: Anne-S. 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- 31.08.2020 (50 %, permisjon i perioden 01.07.2015 - 01.07.2016)

Økonomi: Lønns- og driftsmidler fra Allmenntilleggsmedisinsk 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 og 2012. 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 (Allmenntilleggsmedisinsk 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. We are working on paper II at present.

Persons involved:

Ásthildur Erlingsdottir first author
Hildur Kristjánsdottir,
Jon Steinar Jonsson
Emil L. Sigurdsson (supervisor)
Johann A. Sigurdsson (supervisor) (AFE)

Drug use prior- during and after pregnancy

Project period 1.1.2012-

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. One paper published. We are working on paper II and III in this project.

Persons involved:

Thury O. Axelsdottir (Ph.d. candidate)
Hildur Kristjánsdottir,
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: 1.1.2013 -

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 and possible polypharmacy among these individuals (where diabetes is the index disease).

Persons involved:

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

Multimorbidity and use of hypnotic and anxiolytic drugs: Cross-sectional and follow-up study in primary healthcare in Iceland

Project period 1.1.2013 -

The prevalence of multimorbidity is presumably associated with increased use of medicines. During the last decades the use of hypnotic and anxiolytic benzodiazepine derivatives and related drugs has increased dramatically. These drugs are frequently prescribed for people with sleep disorder often merely designated as “insomnia” in the medical records and lacking a clear connection with the roots of patients’ problems.

This study is based on a comprehensive database of medical records from primary healthcare in Iceland to find multimorbid patients and prescriptions for hypnotics and anxiolytics, linking diagnoses (ICD-10) and prescriptions (2009-2012) for examining a possible association. Nearly 222,000 patients, 83% being local residents in the capital area, who contacted sixteen healthcare centres served in total by 140 general practitioners, were set as a reference to find the prevalence of multimorbidity as well as the prevalence and incidence of hypnotic/anxiolytic prescriptions.

Our aim was to analyse the prevalence of multimorbidity in primary healthcare in Iceland, concurrently with investigating a possible association with the prevalence and incidence of hypnotic/anxiolytic prescriptions, short-term versus chronic use

Persons involved:

Kristjan Linnet, Cand Pharm (principal investigator)

Margrét Ólafía Tómasdóttir

Magnus Johannsson,

Emil L. Sigurdsson

Larus Gudmundsson

Johann A. Sigurdsson (AFE)

The Lifecourse study

Cross-sectional and a longitudinal follow up study, Iceland

The Lifecourse study in Iceland received ERC Consolidator Grant 2014: (ERC-CoG-2014 -Proposal n° 647860 LIFECOURSE), c/o Inga Dora Sigfusdottir, professor et al Adolescent substance use, self-harm, suicides, and delinquency are large scale problems in most countries in Europe. Often these problems arise when young people experience major stress and vulnerabilities in their lives and/or are the result of being born into adverse circumstances. (as shown in Fig 3, based on the ACE study by Felitti et al). Although, quite a lot is known about the effects of stress, there are still major gaps in knowledge, especially in relation to how stress affects physiology, emotions, behavior, morbidity, including multimorbidity and premature mortality. Furthermore it is of great interest to know whether those effects are preventable or reversible.

	<p>Morbidity and mortality</p>
<p>Questionnaires, physical ex. Blood samples, biomarkers</p>	<p>Data from kindergarden, schools, medical records from health care,</p>
<p>Data from pre birth, newborn, toddler, parental information</p>	

Objective 1: Create a comprehensive longitudinal database on multiple individual-level and environmental factors that potentially affect harmful behaviour in adolescence. The data provide repeated measures drawn from a whole population cohort of children (~4000 adolescents), who are followed from pre-birth, through toddler, preschool and middle-childhood years, and into adolescence. A survey among this whole cohort of 4000 children will be carried out at 3 time points in adolescence (at age 14, 16, and 18 years). Saliva samples and blood samples will be obtained from a randomly chosen one quarter of the 4,000 (~1000 adolescents) at 3 time points in adolescence (at age 14, 16, and 18). This will enable us to supplement the administrative data with survey variables and biomarker information, including hormonal measures (cortisol and alpha amylase) as well as immune system measures, such as C-Reactive Protein, interleukin-6, secretory IgA and Herpes Simplex 1 antibodies, based on saliva sample, from our own surveys of the subset of adolescents. Cortisol and alpha amylase reflect the activity of the two major biological stress systems in the body – the hypothalamic-pituitary adrenal axis, and the sympathetic adrenal medullary system, respectively.

Objective 2: Examine links between high levels of early life stressors and increased physiological stress (labelled “allostatic load” in the physiology literature), emotions and harmful behaviour in adolescence. We will study the effects of stress in childhood both on individual level as well as on local community/neighbourhood level. Our cumulative assessment of *early life stress* includes measures of both psychosocial and physical stressors from pre-birth and onwards. Adolescent *physiological stress* is measured as altered basal cortisol levels and rhythms across the day, alpha amylase and immune system measures. *Emotional reactions* include self-reported indicators of depressed mood, anger and anxiety in adolescence. *Harmful behaviour* includes self-reported indicators of substance use, self-harm, suicidal behaviour and delinquency in adolescence.”

The aim of this part of the larger project is to identify adolescents with increased psychological stress and analyse possible association with morbidity or possible multimorbidity or *and premature death*

Persons involved

Inga Dóra Sigfusdóttir, professor, principal investigator,

Margrét Ólafía Tómasdóttir (AFE)

Emil L. Sigurdsson

Johann A. Sigurdsson (AFE)

and several others

Bruk av alkohol og vanedannende medikamenter hos eldre (Consumption of alcohol and use of psychotropic drugs in older adults - a population based study)

Prosjektperiode. 01.08.2015 – 01.08.2018 (100 %)

Økonomi: Prosjektet er 100 % finansiert av Extrastiftelsen

Prosjektbeskrivelse:

Norske helsemyndigheter har uttrykt bekymring for økende bruk av alkohol og psykofarmaka med avhengighetsfare blant eldre i Norge. Det finnes lite kunnskap om bruk av alkohol og slike legemidler, og om risikofaktorer for og helsekonsekvenser av slik bruk og misbruk.

Hovedformålet med prosjektet er å studere a) forekomst og grad av alkoholkonsum og foreskrivning av potensielt avhengighetsskapende psykofarmaka, b) risikofaktorer for senere (10 år) misbruk av alkohol, foreskrivning av potensielt avhengighetsskapende psykofarmaka, c) om helsen og forbruk av helsetjenester i en 5 års oppfølgingsperiode er assosiert med misbruk av alkohol, forskrivning av potensielt avhengighetsskapende psykofarmaka og/eller begge og d) om 5 års dødelighet er assosiert med alkoholbruk, potensielt avhengighetsskapende psykofarmaka og/eller begge.

Data fra to store populasjonsbaserte studier i Nord-Trøndelag (HUNT2 og HUNT3) blir koblet sammen med data fra Reseptregisteret, Norsk pasientregister, Det norske helsedirektoratets database for kontroll og utbetaling av helserefusjon og Dødsårsaksregisteret. Spørsmål angende bruk av alkohol i HUNT 3 er sentralt. Informasjon om foreskrivning av legemidler fra Reseptregisteret benyttes. Deltakerne er hjemmeboende som deltok i HUNT2/3 og utgjør henholdsvis ca. 11000 og 13000 personer som er fylt 65 år eller mer i HUNT3.

Personer som deltar i prosjektet:

Stipendiat: Kjerstin Tevik (AFE)

Hovedveileder: Anne-Sofie Helvik (AFE)

Biveileder: Geir Selbæk (Aldring og helse, Nasjonal kompetansetjeneste, Sykehuset Vestfold)

Biveileder: Knut Engedal (Aldring og helse, Nasjonal kompetansetjeneste, Sykehuset Vestfold)

Biveileder: Arnfinn Seim (ISM)

Mindre prosjekter ved AFE Trondheim

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

Might a systematic reading of the thickest GP patient medical records improve our understanding of functional disorders?

Prosjektperiode: 2009 – 2015 (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 ble ikke akseptert for publikasjon i norske tidsskrift og ble i 2014 oversatt til engelsk og innsendt et internasjonalt tidsskrift. Publisert i La Prensa Medica i 2015.

Personar som deltok i prosjektet:

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

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

Palliativ behandling i primærhelsetjenesten

Prosjektperiode: 2014 - 2015

Økonomi: AFU stipend, 2 måneder, deltid

Prosjektbeskrivelse: Med utgangspunkt i «Standard for palliasjon» ble det utarbeidet et spørreskjema med formål å kartlegge fastlegens rolle i den palliative behandlingen. Formålet var å avdekke faktorer som kan optimaliseres for å bedre flyten i den palliative behandlingen og styrke primærhelsetjenesten i behandlingen av pasienter som får palliativ behandling. Et spørreskjema ble sendt til alle fastleger i Møre og Romsdal i 2013. Svarprosenten var 54%. Materialet er lagt inn i SPSS for videre analyse. Det arbeides med en protokoll for å utvide prosjektet til et ph.d prosjekt

Personer som deltar i prosjektet:

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

Hovedveileder: Irene Hetlevik (AFE)

Praksislærerskolen – veiledning for veiledere

Prosjektperiode: Innvilget AFU-stipend høsten 2013 og innvilget forlengelse av AFU-stipend høsten 2015

Økonomi: Totalt 6 mndr. Stipend som tas ut på deltid

Dette er et fagutviklingsprosjekt med potensiale for mulig videreføring til phd-prosjekt.

Målet er å utvikle NTNU-praksislærenes kompetanse som veiledere for legestudenter utplassert i allmennmedisin/primærhelsetjenesten 6.studieår. Prosjektet har relevans for veilederrollen generelt, men fokuserer spesielt på veiledning i klinisk kommunikasjon. Rønneberg har deltatt på tre kurs i klinisk kommunikasjon med vekt på Calgary Cambridgemetoden. Videre har hun deltatt på ESME kurs (essential skills in medical education) i regi av AMEE. I mars 2014 gjennomførte hun en pilotstudie blant leger og medarbeidere som deltok på praksislærerkurs. I studien svarte medarbeidere og leger på spørsmål knyttet til deres erfaringer med studentveiledning. I desember 2014 og 2015 ble det utført spørreundersøkelse hos studenter om erfaringer under utplasseringen. Prosjektet vil avsluttes høsten 2016. Rønneberg og universitetslektor Børge Norberg vil da, i samarbeid med universitetslektor Nils Martinsen og lektorer fra lege-pasientkurset, arrangere et emnekurs for allmennleger som veileder studenter i utplassering.

Personer som deltar i prosjektet:

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

Linn Getz, veileder.

AFE ansattes bidrag i prosjekter med hovedforankring i andre forskergrupper

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%) – søkt om forlengelse

Prosjektbeskrivelse:

Kronisk utmattelse og/ eller smerte er et økende problem, spesielt blant unge kvinner med konsekvens for arbeidsevne og ledsagende helseøkonomiske konsekvenser. I en rapport fra kunnskapssenteret vises at trygdeytelser i form av uføretrygd til pasienter i denne gruppen har økt de siste årene. En estimert sum for sosioøkonomisk kostnad fra USA er ca \$ 16 milliarder og et estimat for kostnad i Europa er ca € 20 milliarder (!).

Sykemelding grunnet lettere psykiske lidelser under hvilke utmattelse og smerte ofte er definert, har siden 2001 økt mest; ca 48% fra 19 106 till 37 035 / år. Det totale sykemeldingstallet har økt med 7% (NAV: Sykefraværstilfeller 4 kv 2001-2009). Smerte og utmattelse forekommer ofte sammen, men ulik bruk av diagnosekriterier og manglende konsensus har konsekvenser for behandling. For å kunne lage bedre behandlingstilbud er det nødvendig å kartlegge et mer komplett symptombylle samt undersøke likheter og forskjeller mellom nevnte diagnoser.

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 indikert i tidligere studier at kronisk smerte og utmattelse påvirker reaksjonsevne, oppmerksomhet og konsentrasjon. Dette kan henge sammen med påviste motoriske vansker som tar seg i uttrykk i blant annet nedsatt balanse. Studiene er få og 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 bevegelseslabb.

Personer som deltar i prosjektet:

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

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

Biveldere: Professor Ottar Vasseljen ISM/NTNU. Egil A. Fors (AFE/ISM/NTNU).

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

Arbeidsrettet rehabilitering og tilbakeføring til arbeid: Forskningsevaluering av Hysnes Helsefort

Personer i prosjektet: PhD student Sigmund Gismervik; professor Roar Johnsen, prof Ottar Vasseljen, postdoc Marius Fimland (hovedveileder), postdoc Marit Bye Rise (biveileder), førsteamanuensis Egil A Fors (biveileder).

Primærformål: I et randomisert kontrollert design å studere effekten av 1) langvarig arbeidsrettet rehabilitering og 2) kortvarig arbeidsrettet rehabilitering på:

- Antall dager med sykefravær i løpet av 1, 3 og 5 år
- Tid til tilbakeføring til arbeid
- Kostnadseffektivitet av langt og kort tilbud

Sekundære formål

- Identifisere risikofaktorer for sykefravær i oppfølgingsperioden
- Helseøkonomiske analyser av rehabiliteringstilbudene i et samfunnsperspektiv
- Effekt av rehabiliteringstilbudene på livskvalitet og helserelaterte variabler
- Identifisere prognostiske faktorer for tilbakeføring til arbeid og bedring av helserelaterte mål
- Undersøke effekt av intervensjonene innad i gruppene og helserelaterte variabler
- Identifisere sub-grupper som kan ha nytte av de ulike tilbudene

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.

Status: Pågående- PhD stipendiat Gismervik har 50 % engasjement.

*Samhandling i primærhelsetjenesten i prosjektgruppe med Siv Mørkved –
langtidsprosjekt*

Prosjektperiode: 2013-2016 – søkt om forlengelse

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).

Bakgrunn for og hypoteser ved studien er at korrekt utredning og tiltak til rett tid trolig er nødvendig for å redusere sykefraværet. Behandling og oppfølging fra et tverrfaglig team kan bedre funksjonsnivå, øke livskvalitet og gi mindre opplevde smerteplager. Etablering av retningslinjer for håndtering av pasientene og økt samhandling mellom fastlege og fysioterapeut vil skape et felles forståelsesgrunnlag. Prosjektbeskrivelse, oppsummering: Muskelskjelettplager koster mellom 40-50 milliarder pr år. Pasientene oppgir en sammensatt funksjonssvikt. Vi mangler en samhandlende 1.linjetjeneste som kan gi rask oppfølging, behandling og forebygging. Vil systematisk samhandling mellom fysioterapeut og lege i primærhelsetjenesten gi redusert sykefravær og færre søknader inn til spesialisthelsetjenesten samt private rehabiliteringsforetak?

Status 2015 er at datainnsamling har kommet i gang. Vi har etablert de samhandlende teamene, og er i gang med å arrangere de forberedende møtene med teamene før pasientene kan inkluderes. Regional etisk komitè har godkjent prosjektet. Det er laget en utlysning for PhD stilling i prosjektet.

Personer som deltar: Siv Mørkved (prosjektleder). I prosjektgruppe: Ottar Vasseljen, Egil A Fors, Torgrim Tønne, manuellterapeut, , Lars Furan, manuellterapeut. Koordinatorer; Solfrid Hovdal og Inger Storaker.

Økonomi: Midler for lønning koordinator og deler av prosjektet via treårig prosjektstøtte fra Samhandlingsorganet. Fysioprim har også gått inn i prosjektet med midler fra februar 2013.

CFS / ME og Fibromyalgi, sammenligning av immunsystemet og psykiatriske forhold versus friske kontroller

Prosjektperiode: 2014 – 2017 (noe forsinkelse pga. kandidatens sykmelding)
PhD-stipendiat Nina Grove NTNU, Inst for nevromedisin

Prosjektleder Solveig Klæbo Reitan, overlege/førsteamanuensis (hovedleder)

Prosjektmedarbeidere:

Biveiledere: Valentina Iversen førsteamanuensis II NTNU / Ecrine-koordinator St Olav;
Egil A Fors AFE/ISM NTNU

Kroniske lidelser som kronisk utmattelsessyndrom (CFS/ME), fibromyalgi (FM) og andre kroniskesmertelidelser er svært belastende på rammede individ og deres familier. Lidelsene påfører også samfunnet store økonomiske kostnader bl.a. pga. skole- og arbeidsuførhet. Dette er en stor pasientgruppe (0,5-2,5% av befolkningen rammes av CFS/ME og opptil 25% av kroniske smertelidelser, herunder FM) som ofte blioversett både i forskningen og i helsetjenesten. Disse sykdommene er komplekse, og har trolig biologiske såvel som psykologiske forankringer. Årsakene til utvikling av CFS/ME og FM er ukjent, og det finnes få tilfredsstillende behandlingsmetoder for denne gruppen pasienter. Det er flere indikasjoner på at disse lidelsene har sammenheng med inflammatoriske prosesser så vel som med psykiatriske forhold.

Formål: øke kunnskap om de biologiske/immunologiske tilstandene i kombinasjon med psykometriske målinger hos disse pasientene for å bidra i forebygging og rehabilitering. I dette prosjektet vil hovedfokuset være cytokinmålinger for å sammenlikne forekomst ved CFS/ME og FM. Design: Sammenliknende tverrsnittsstudoe.

Resultatene er planlagt i form av vitenskaplige publiseringer:

Article 1: Cytokine plasma levels of CFS/ME patients, FM patients, CFS/ME patients combined with FM and healthy controls.

Article 2: Cytokine plasma levels related to symptoms of depression, anxiety and other sub-level psychiatric disorders in patients with CFS/ME and FM compared to healthy individuals.

Article 3: Occurrence of psychiatric symptoms such as depression, anxiety and other psychiatric relationships can be found in patients in the diagnostic groups CFS/ME, FM, and controls.

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

Coping and depression in the elderly (CO-PRODE)

Prosjektperiode: 01.01.2014 -30.6.2016

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 deprimerte 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

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

Prosjektperiode: 01.01.2014 – 1.2.16

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/>

HUNT-MI –(Michigan) økt forståelse av helse og sykdom gjennom studier av genetiske faktorer på befolkningsnivå" (REK#2014/144): HUNT-MI: Studiedel på genetikk ved smertetilstander. HUNT-MI pain genotyping project

Prosjektperiode: 2015 planlegging. Utførelse 15.03.2016–15.03.2020

Prosjektbeskrivelse: Det har lenge vært kjent at genetiske faktorer bidrar i betydelig grad til kroniske smertetilstander, med arvbarehet estimert omkring 50% for kne- og hofteteleddartrose, 50% for kronisk generalisert smerte, og 35% for korsrygg- og nakkesmerter. Til tross for denne store arvbare komponenten ligger smertefeltet etter andre store sykdomsgrupper når det kommer til å påvise genetiske årsaksfaktorer, og studiene som er gjort har i hovedsak vært begrenset til mindre kandidatgenstudier. Den ene gjennomførte genomvide assosiasjonsstudien som har relasjon til nakke- og ryggsmerte studerte radiologiske uttrykk for anatomisk degenerasjon av lumbale skiver, og var således lite egnet til å kaste lys over smertemekanismer ved nakke- og ryggplager. For osteoartrose har det vært større studier, og det er så langt påvist 11 genetiske risikområder. I tillegg påvise en nylig studie av kronisk generalisert smerte ett genetisk risikområde. Det er et stort behov for bedre og større studier av genetiske årsaker til smerte, for å få innsikt i de biologiske mekanismene som fører til utvikling av kronisk smerte.

Forskningsspørsmål:

Ny genetisk variasjon: Vi ønsker å se på sammenhengen mellom smertetilstander (sykdomsgruppene definert over) og genetisk variasjon i HUNT. Vi vil teste for assosiasjon mot vanlige og sjeldne genvarianter for forekomst av disse lidelsene,

gjennom analysemetoder som er beskrevet i hovedprotokollen. Vi ønsker også å delta med oppsummeringsdata i internasjonale samarbeid og konsortier knyttet til smertetilstander.

Årsakssammenhenger. Vi ønsker også å undersøke årsak- og virkningsspørsmål mellom disse smertetilstandene og observerte samsykdommer (komorbiditeter) og potensielle risikofaktorer, slik som livsstil, tobakksbruk, og fysisk aktivitet. Dette gjøres ved å undersøke i hvilken grad genvariasjon for smertetilstander også disponerer for komorbiditetene og vice versa (toveis mendelisk randomisering og andre analyser av genetisk pleiotropi).

Personer som deltar i prosjektet:

Medarbeidere:

Delprosjektledere (PI) John-Anker Zwart, MD, PhD, FORMI/OUS

Kristian Hveem, MD, PhD, ISM/NTNU

Delprosjektledere analyse Bendik Winsvold , MD, FORMI/OUS

Oddgeir Lingaas Holmen , MD, ISM/NTNU

Egil A. Fors, ISM/NTNU

Knut Hagen , MD, PhD, INM/NTNU

Mari Hoff , MD, ISM/NTNU og Levanger sykehus

Chad Brummet , MD, PhD, Back & Pain Center, University of Michigan Health System

Daniel Clauw, MD, PhD, Back & Pain Center, University of Michigan

Marianne Bakke Johnsen , FORMI/OUS

Kjersti Storheim, FORMI/OUS

Økonomi: Prosjektet er finansiert via HUNT

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 forskningssenteret NIVEL (Netherlands Institute of Health Services Research) som står bak. NIVEL hadde som målsetting å få med alle europeiske land. De fire 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 en artikkel ble innsendt til vurdering 2015: Bjerve Eide T et al. 'Patient experiences and the association with organizational factors in general practice. Results from the Norwegian part of the international, multi-centre, cross-sectional QUALICOPC study.'

Forskerskole

En søknad om forskerskole i allmenntannmedisin ble utviklet i 2012 i samarbeid mellom de fire AFE'ne. Forskerskolen er et samarbeidsprosjekt mellom de allmenntannmedisinske forskningsmiljøene i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø med AFE Oslo som hovedansvarlig. Det foregår samarbeid med allmenntannmedisinske 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 allmenntannmedisin. De skriver om tildelingen at de i søknadsbehandlingen har lagt stor vekt på søknadens kvalitet, strategiske betydning for fagområdet og merverdi i forhold til den eksisterende doktorgradsutdanningen. Forskerskolen ble etablert i oktober 2013. Ett kull har i løpet av 2015 fullført den 3 årige utdannelsen. 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 allmenntannmedisinske 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 allmenntannpraksis knyttet til AFE-ene i Oslo og Bergen, og et tilsvarende nasjonalt nettverk knyttet til tannhelseforskning. AllmennTann-nettverket har møter to ganger i året. Det ble laget en omfattende rapport til HDir i 2013. Arbeidet ble videreutviklet i 2014 og i 2015 og resulterte i en søknad om infrastrukturmidler til Norges forskningsråd. Søknaden ble bedømt som 'excellent' faglig sett, men midler ble ikke tildelt pga usikker finansiering etter forskningsråds perioden. Ny søknad vil bli innsendt fra de fire miljøene i 2016, men utfall er usikkert i og med at HOD ikke lenger støtter initiativet med forskernettverk i allmenntannmedisin, kun i tannhelse.

Kongresser, seminarer og sentrale foredrag

Kirkengen holdt populærvitenskapelige plenumsforelesninger ved Brukerkonferanse 2015 arrangert av ISM Oslo, ved Temakveld i regi av Forum Viten ved Universitetet i Oslo og ved en Temakveld i regi av DIXI Oslo i Litteraturhuset i Oslo. Hun deltok også i

en internasjonal konferanse ved The Oxford Research Centre in the Humanities ved Oxford University, UK; hun deltok i en internasjonal konferanse i Nordic Network for Studies in Narrativity and Medicine, Betanien University College, Bergen; hun ledet en workshop ved konferansen ”Symptom Research in Primary Care: Current Status and Future Agenda”, i Vejle fjord, Danmark; hun var invitert deltaker til WHO's 7th Milestones of a Global Campaign for Violence Prevention Meeting i Geneva; hun deltok i den 17. Nordiske Kongress i Allmenntidisin i Göteborg.

Getz holdt følgende keynote forelesninger i 2014 i tillegg til andre foredrag:

‘How to care for the whole person in general practice: a million dollar question with a billion pixel answer? Keynote at the 19th Nordic Congress in General Practice, Gøteborg, June 15-18 2015.

On Crisis, Hubris and the future of Medicalization. Or: You ain't seen nothin' yet. The 2015 Carl Moore lecture, McMaster University, Hamilton, Canada May 7th 2015.

How to care for the whole person in medicine: A million dollar question with a billion pixel answer? Keynote, The 6th congress of Integrative Psychiatry. Groningen Netherlands 6 March 2015. 500 delegates.

Helvik var medarrangør av et symposium ved 2015 International Psychogeriatric Association (IPA) conference in Berlin. Tittel: Use and misuse of alcohol and psychotropic drugs among older people Egil Fors var foredragsholder ved Nasjonal fagkonferanse om fibromyalgi 21.3.15 med tema; Nye diagnostiske kriterier for fibromyalgi.

Petursson var plenumsforeleser for 200 allmennleger på Kostadagarna 15.4 – 16.4, utdanningsdager for allmennleger i Kalmar, Blekinge og kronobergs region, Sverige.

Tomasdottir holdt key note lecture ved Nordic Congress of General Practice in Gothenburg 18th June 2015. Tittel: *Mutimorbidity and more pressing matters. A young GPs view on the future of family medicine.*

Austad var invitert foreleser på Relis jubileumsseminar 2015 og har holdt innlegg på møte i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten.

Se s 43 for fullstendig oversikt over foredrag.

Internasjonalt samarbeid

Getz, Kirkengen, Petursson og Hetlevik er deltakere i NRG som i 2015 avholdt sitt 11. årlige møte i Østersund, Sverige. To bøker i regi av NRG ble utgitt i 2009 (’Skapar vården ohälsa? Allmänmedicinska reflectioner’ og ’Kan sundhedsväsenet 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: Network of The Oxford Research Centre in the Humanities, University of Oxford; Program on Violence Prevention, WHO, Geneva; Vincent J. Felitti, Clinical Professor ved University of California, San Diego (UCSD) and Principal Investigator of the Adverse Childhood Experience Study (ACE Study); Network CauseHealth, School of

Economics and Business, Norwegian University of Life Sciences, Aas, Norway; Nordic Network for Studies in Narrativity and Medicine.

Helvik har hatt internasjonalt samarbeid om artikler i 2015 med følgende personer:

Kirsten Corazzini (1), Bei Wu (2), Truls Østbye (3), Juan Li (4), Jerson Laks (5)

Ansatt ved følgende organisasjoner:

- (1) Duke University School of Nursing, Durham, NC, USA
- (2) Duke University School of Nursing and Global Health Institute, U.S.A
Shanghai University School of Sociology and Political Science, China
- (3) Duke Global Health Institute, Durham, NC, USA
- (4) Nursing School of Second Military Medical University, Shanghai, China
Duke University School of Nursing, U.S.A
- (5) Institute of Psychiatry- Federal University of Rio de Janeiro, Brazil; Centre for Studies and Research on Aging, Institute Vital Brazil, Brazil

Egil Fors har samarbeid med Prof Trudie Chalder, Kings College, London, UK i ”CBT ved CFS/ME”-prosjekt, Prof Dan Clauw, University of Michigan, Ann Arbor, USA i ”Comparison fatigue vs. pain” prosjekt (inkludert “Motoranalysis project – Stensdottir et al.), Fred Wolfe, University of Kansas: «Fibromyalgi-kriterie valideringsprosjekt», Prof Christoffer Johansen, København, DK i ”Breastcancer, pshysical activity & QoL”-prosjekt, Prof Ann McTiernan, Fred Hutchinson Cancer Research Center in Seattle, USA i ”Breastcancer, pshysical activity & QoL”-prosjekt, Prof.dr. A.M. (Sandra) van Dulmen Professor Communication in Healthcare, psychologist, at: - NIVEL (Netherlands institute for health services research), Utrecht, Nederland

AFE Trondheim v/Linn Getz var i 2015 Society’s Vice President North Europe innen European Society for Person Centered Healthcare, <http://www.pchealthcare.org.uk/>

Som har et assosiert tidsskrift, European Journal of Person Centered Healthcare, <http://ubplj.org/index.php/ejpch/index>

Både Getz, Kirkengen og Tomasdottir har samarbeid med Bruce McEwen, Rockefeller University idet mcEwen er medforfatter på Tomadottirs publikasjoner. Enhet for allmenmedisin 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.

Linn Getz samarbeider med Lotte Hvas, Allmenmedisinsk Forskningsenhet i København, i et fagutviklingsprosjekt knyttet til narrativ medisin, de publiserte i 2015 to artikler om tema i 2015, bearbejdede versjoner av tidligere publikasjoner i det danske Månedsskrift for Almen Praksis: Hvas L, Getz L. Berättelsarnas betydelse för sjukdom och hälsa. Narrativ medicin i den allmänmedicinska praktiken – del 1. Allmänmedicin 2015; 1: 15-7.

Hvas L, Getz L. Hultberg J. Narrativ medicin i den allmänmedicinske praktiken – del 2. Allmänmedicin 2015; 2: 42-3.

Halfdan Petursson har samarbeidet med Helle-Wallach-Kildemoes ved Københavns Universitet. Samarbeidet gav en publikasjon (Wallach-Kildemoes et al.)

Helvik var gjesteforsker ved Duke University, Durham, North Carolina i perioden 19.06-19.08 2015. Hun samarbeidet med Professor (Dr. Med) *Truls Østbye* ved Duke Global Health Institute og Associate Professor *Kirsten Corazzini* ved School of Nursing. Temaet for gjesteoppholdet var Eldres helse og livskvalitet. Hensikten var å utvikle et vitenskapelig samarbeid ved et amerikansk forskningsmiljø som har fokus på dette. I tillegg til forskningsrettet samarbeid deltok hun på undervisningen av sykepleierstudenter i geriatrisk blokk. Oppholdet ble støttet av Nasjonalkompetansetjeneste for aldring og helse og AFE.

Verv og lignende

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 –
- Referee i Tidsskrift for Den norske psykologforening 2014 –
- Vararepresentant i styret til AMFF 2007 – 2015.
- Medlem i komite for innstilling av Marie Spångbergprisen 2006 –
- Leder av AFU 2010 –
- Leder av bedømmelseskomiteen for et professorat i medisinsk antropologi UiT
- Medlem i bedømmelseskomite av frie foredrag ved Nidaroskongressen 2015
- Medlem av vitenskapelig komite for konferansen ”Symptom Research in Primary Care: Current Status and Future Agenda”, Vejle fjord, Danmark.

Linn Getz

- Nestleder i Fagrådet for AMFF, 2008- 2011, dernest gjenvalgt for fire nye år
- Valgt medlem av ledergruppen ved ISM, NTNU fra 2014

Egil Fors

- Leder i Norsk Atferdsmedisinsk forening (NAMF) fra 2012- dags dato
- Medlem av styret i International Society of Behavioural Medicine (ISBM) fra 2012- dags dato
- Medlem i medisinsk fagråd for Norges Fibromyalgiforbund

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 – des 2015

Bente Prytz Mjølstad

- Medlem i styret for Norsk forening for allmennmedisin (NFA) 2011 –
- Medlem i utvalg for allmennleger i spesialisering (ALIS) 2014 –2015
- Medlem i arbeidsgruppen 'Indre ISM' 2011 –
- Medlem av arbeidsgruppen for utvidelse av «Håndbok for helsepersonell ved mistanke om barnemishandling», Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) 2014 –
- NTNU representant i Euract 2015-

John-Tore Eid

- Fullført Den nasjonale forskerskolen i allmennmedisin (NAFALM), som student på det første kullet, 2013 – kullet.
- Vararepresentant i Utvidet ledergruppe ved Institutt for samfunnsmedisin, NTNU fram til 01.07.2015.
- Vararepresentant i Fakultetstyret ved Det medisinske fakultetet ved NTNU fram til 01.07.2015.

Bjarne Austad

- Tatt opp ved Den nasjonale forskerskolen i allmennmedisin (NAFALM) fra 2013, avsluttet 2015
- NTNU representant i Euract 2015-

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

Rune Aakvik Pedersen

- Opptatt i nasjonal forskerskole i allmennmedisin (NAFALM) fra 2015
- Medlem av ekspertgruppe for hjerneslag, Pasientssikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7 i HDir

Priser

- Anna Luise Kirkengen mottok Løvetannprisen 2015

Begrunnelse: Årets løvetann kjennetegnes av å både være en praktiker og teoretiker – som har jobbet både lokalt, nasjonalt og etter hvert også internasjonalt. Etter mange års arbeid fremstår prisvinneren som et internasjonalt faglig fyrtårn. En vi skal lytte til og være stolte av. Vårt fyrtårn lyser opp der det trengs som mest – der det lenge har vært mørkt. Fyrtårnet lyser for det første på hennes vitenskapsteoretiske kritikk som slår fast og forklarer hvordan objektiverende vitenskap er etisk usann mot mennesket. For det andre lyser hennes egen forskning opp; forskning om helseskadene som følger av krenkelseserfaringer. Og for det tredje lyser det etterhvert av et voksende fagfelt som forklarer hvordan biologi og biografi er uløselig flettet inn i hverandre i menneskets vesen, et fagfelt hvor prisvinneren kjenner det meste som rører seg og er i stand til å syntetisere og formidle forskningsfronten til oss andre, både nasjonalt og internasjonalt.”

Rekruttering

Basismidlene fra HDir har i hovedsak gått til avlønning av personer med førstestillingskompetanse som igjen har rekruttert egne stipendiater.

3. Oversikt over publikasjoner, foredrag og mediebidrag 2015

PUBLIKASJONER

Austad, Bjarne; Hetlevik, Irene; Mjølstad, Bente Prytz; Helvik, Anne-Sofie.
General practitioners' experiences with multiple clinical guidelines: A qualitative study from Norway. *Quality in Primary Care* 2015; Volum 23.(2) s. 70-77 NTNU

Eid, John-Tore.

Foreldres innrømmelse av skyld frigjør. *Vårt land* 2015 ;Volum 17.(89) Suppl. 71. årgang s. 18-19 NTNU

Fors, Egil Andreas.

Forord til den norske utgaven. I: *Det diagnostiserte livet*. Fagbokforlaget 2015 ISBN 978-82-321-0432-1. s. 7-8 NTNU

Fors, Egil Andreas; Lunde, Linn-Heidi.

Langvarige smerter. I: *Håndbok i kognitiv terapi 2. utgave*. Gyldendal Akademisk 2015 ISBN 9788205458437. s. 333-348 NTNU UiB

Følling, Ingrid Sørdal; Solbjør, Marit; Helvik, Anne-Sofie.

Previous experiences and emotional baggage as barriers to lifestyle change - A qualitative study of Norwegian Healthy Life Centre participants. *BMC Family Practice* 2015; Volum 16.(73). -HINT NTNU SIV STO

Getz, Linn Okkenhaug; Sigurdsson, Johann Agust.

Hönnun manns - taka II. I: *Hugsað með Vilhjálmi*. Reykjavík: Háskólaútgáfan 2015 ISBN 978-9935-23-062-1. s. 115-132 NTNU

Getz, Linn; Voigt, Henrik; Hvas, Lotte; Sigurdsson, Johann Agust.

Personalized medicine meets general practice – a SWOT analysis. *Gothenburg 16th-18th of June 2015, 19th Nordic Congress og General Practice. Program and Abstracts* 2015 s. 1-288 NTNU

Hvas, Lotte; Getz, Linn Okkenhaug; Hultberg, Josabeth.

Beträffelsarnas betydelse för sjukdom och hälsa. Narrativ medicin i den allmänmedicinske praktiken - Del 1. *Allmänmedicin* 2015 (1) s. 15- NTNU

Hvas, Lotte; Getz, Linn Okkenhaug; Hultberg, Josabeth.

Narrativ Medicin i den allmänmedicinske praktiken - del 2.. *Allmänmedicin* 2015 (2) s. 42-NTNU

Roksund, Gisle; Getz, Linn Okkenhaug; Brodersen, John.

En epidemi av diagnoser. *Dagbladet* 2015 NTNU

Slørdal, Lars; Getz, Linn.

Re: Et korstog mot legemiddelindustrien. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2015. Volum 135.(1) s. 12-NTNU STO

Björklöf, Guro Hanevold; Engedal, Knut; Selbæk, Geir; Maia, Deborah Bezerra; Coutinho, Evandro Silvia Freire; Helvik, Anne-Sofie.

Locus of control and coping strategies in older persons with and without depression. *Aging & Mental Health* 2015 s. -AHUS NTNU SI SIV STO UiO VV

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

Being stuck in a vice: The process of coping with severe depression in late life. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 2015. Volum 10. NTNU SI SIV STO UiO VV

Gustafsson, Miriam; Stafne, Signe Nilssen; Romundstad, Pål Richard; Mørkved, Siv; Salvesen, Kjell Å; Helvik, Anne-Sofie.

The effects of an exercise programme during pregnancy on health-related quality of life in pregnant women: a Norwegian randomised controlled trial. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2015 NTNU SIV STO

Hansen, Aleksander Grande; Helvik, Anne-Sofie; Thorstensen, Wenche Moe; Nordgård, Ståle; Langhammer, Arnulf; Bugten, Vegard; Stovner, Lars Jacob; Eggesbø, Heidi Beate.

Paranasal sinus opacification at MRI in lower airway disease (the HUNT study-MRI) *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology* 2015 s. 3790-3797 NTNU OUS STO

Helvik, Anne-Sofie; Engedal, Knut; Saltyte Benth, Jurate; Selbæk, Geir.

Prevalence and severity of dementia in nursing home residents. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 2015: Volum 40.(3-4) s. 166-177 AHUS NTNU SI SIV STO UiO

Helvik, Anne-Sofie; Høgset, Lisbeth Dyrendal; Bergh, Sverre; Saltyte Benth, Jurate; Kirkevold, Øyvind; Selbæk, Geir.

A 36-month follow-up of decline in activities of daily living in individuals receiving domiciliary care. *BMC Geriatrics* 2015 ;Volum 15. AHUS HIG NTNU SI SIV STO UiO

Johannessen, Aud; Engedal, Knut; Helvik, Anne-Sofie.

Use and misuse of alcohol and psychotropic drugs among older people: Is that an issue when services are planned for and implemented? *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2015; Volum 29.(2) s. 325-332 NTNU SIV STO

Johannessen, Aud; Helvik, Anne-Sofie; Engedal, Knut; Sørli, Venke.

Older peoples' narratives of use and misuse of alcohol and psychotropic drugs. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2015 LDH NTNU SIV STO

Johannessen, Aud; Helvik, Anne-Sofie; Engedal, Knut; Ulstein, Ingun; Sørli, Venke.

Prescribers' of psychotropic drugs experiences and reflections on use and misuse of alcohol and psychotropic drugs among older people: A qualitative study. *Quality in Primary Care* 2015; Volum 23.(3) s. 134-140 LDH NTNU OUS SIV STO

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

Depression and quality of life in older persons: A review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 2015; Volum 40.(5-6) s. 311-339 NTNU SI SIV STO UiO

Kirkengen, Anna Luise; Næss, Ane Brandtzæg.

Hvordan krenkete barn blir syke voksne. Universitetsforlaget 2015 (ISBN 978-82-15-02506-3) 248 s. NTNU UiO

Brandstorp, Helen; Kirkengen, Anna Luise; Sterud, Birgitte; Haugland, Bjørgun; Halvorsen, Peder Andreas.

Leadership practice as interaction in primary care emergency team training. *Action Research* 2015; Volum 13.(1) s. 84-101 NTNU UiT UNN

Ekeland, Tor-Johan; Kirkengen, Anna Luise.

En Pisa-debatt for helsefeltet? *Morgenbladet* 2015 (40) HVO UiT

Eriksen, Thor Eirik; Kirkengen, Anna Luise.

Patients' 'thingification', unexplained symptoms and response-ability in the clinical context: in response to 'Patients' substantialization of disease, the hybrid symptom and the metaphysical care', by Alexandra Parvan. *Journal of Evaluation In Clinical Practice* 2015 NTNU UiT UNN

Kirkengen, Anna Luise.

Den fraværende personen. Martin J, Bickhard MH (eds). The psychology of personhood. Cambridge University Press, 2013.. *Tidsskrift Norsk Psykologforening* 2015 ;Volum 52. s. 164-165 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Skaket. Kärki FU, Weiseth L (red). Fra sjokk til mestring. Norges respons på et nasjonalt traume. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2015 ;Volum 135. s. 1385-1385 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Å lide av barndomsforgiftning. *Tidsskrift for sjelesorg* 2015; Volum 35.(3) s. 234-247 NTNU UiT

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

Medicine`s perception of reality - a split picture: critical reflections on apparent anomalies within the biomedical theory of science. *Journal of Evaluation In Clinical Practice* 2015 s. 1-6 HAUKELAND HVO NTNU UiB UiO UiT

Kirkengen, Anna Luise; Lygre, Henning.

Exploring the relationship between childhood adversity and oral health: An anecdotal approach and integrative view. *Medical Hypotheses* 2015; Volum 85.(2) s. 134-140 NTNU UiB UiT

Næss, Ane Brandtzæg; Kirkengen, Anna Luise.

Er en belastet barndom knyttet til kortere telomerer? *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2015; Volum 135.(15) s. 1356-1360 NTNU UiO UiT

Thornquist, Eline; Kirkengen, Anna Luise.

The quantified self: closing the gap between general knowledge and particular case? *Journal of Evaluation In Clinical Practice* 2015; Volum 21.(3) s. 398-403 HIB NTNU UiT

Mjølstad, Bente Prytz.

Hvordan snakke med barn -om det vi ikke snakker om? *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2015; Volum 17.(35) s. 1576-1576 NTNU

Mjølstad, Bente Prytz.

Knowing patients as persons A theory-driven, qualitative study of the relevance of person-related knowledge in primary health care. Trondheim: NTNU Grafisk senter 2015 (ISBN 978-82-326-1100-3) 161 s. Doktoravhandling ved NTNU

Nerbøvik, Lars Tore; Kirkengen, Anna Luise; Hetlevik, Irene.

Might a systematic reading of the thickest GP patient medical records improve our understanding of functional disorders? *La Prensa Medica Argentina* 2015; Volum 101.(5) NTNU

Sverrir, Jónsson; Petursson, Halfdan.

Ger NORRISK korrekt riskbedömning för hjärt-kärlsjukdomar i en allmän norsk population? Tio års prospective data från den norska HUNT 2 studien. Göteborg: FoU primärvård, Västra Götalandsregionen 2015 11 s. NTNU

Wallach-Kildemoes, Helle; Stovring, Henrik; Holme Hansen, Ebba; Howse, Kenneth; Petursson, Halfdan.

Statin prescribing according to gender, age and indication: what about the benefit–risk balance? *Journal of Evaluation In Clinical Practice* 2015 NTNU

Axelsdottir, Thury Osk; Sigurdsson, Emil Larus; Kristjansdottir, Hildur; Sigurdsson, Johann Agust.

Drug use six months prior, during early pregnancy and 1-2 years post partum. Cohort study from the Childbirth and Health study in primary care.. *Gothenburg 16th-18th of June 2015, 19th Nordic Congress og General Practice. Programme and Abstracts* 2015 s. 1-288 NTNU

Eliasson, Gösta; Maagaard, Roar; Sigurdsson, Johann Agust; Tunesveit, Robert; Kosunen, Elise; Lisechiene, Ida.

Nordic medels for securing GP's learning – what can we learn from each other? *Gothenburg 16th-18th of June 2015, 19th Nordic Congress og General Practice. Programme and Abstracts* 2015 s. 1-288 NTNU

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

Infectious morbidity in 18-month-old children. A prospective study in Iceland.. *Gothenburg 16th-18th of June 2015, 19th Nordic Congress og General Practice. Programme and Abstracts* 2015 s. 1-288 NTNU

Hange, Dominique; Sigurdsson, Johann Agust; Björkelund, Cecilia; Sundh, Valter; Bengtsson, Calle.

A 32-year longitudinal study of alcohol consumption in Swedish women: Reduced risk of myocardial infarction but increased risk of cancer.. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2015 ;Volum 33.(3) s. 153-162 NTNU

Tevik, Kjerstin; Thurmer, Hanne; Husby, Marit Inderhaug; De Soysa, Ann Kristin Hjelle; Helvik, Anne-Sofie.

Nutritional risk screening in hospitalized patients with heart failure. *Clinical Nutrition* 2015 ;Volum 34.(2) s. 257-264 NTNU STHF STO

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

Self Reported Childhood Difficulties, Adult Multimorbidity and Allostatic Load. A Cross-Sectional Analysis of the Norwegian HUNT Study. *PLoS ONE* 2015 ;Volum 10.(6) NTNU UiT

Green, Sarah; Vogt, Henrik; Getz, Linn Okkenhaug.

Fremtidens medicinske selfies. *Politiken, København* 2015 NTNU

Vogt, Henrik; Pahle, Andreas.

Likeverd på samleband. *Morgenbladet* 2015 (36) NTNU

FOREDRAG / PRESENTASJONER

Austad, Bjarne.

Allmennegers erfaringer med kliniske retningslinjer. Nidaroskongressen; 2015-10-22 - 2015-10-22 NTNU

Austad, Bjarne.

Implementering av kliniske retningslinjer i allmennpraksis. Fagseminar; 2015-12-10 - 2015-12-10 NTNU

Austad, Bjarne.

Multimorbiditet og nasjonale retningslinjer. Rådsmøte; 2015-03-02 - 2015-03-02 NTNU

Austad, Bjarne.

Retningslinjer kontra individuelle vurderinger. RELIS Jubileumsseminar; 2015-10-19 - 2015-10-19 NTNU

Eid, John-Tore.

Å forholde seg til smerte: Om Freuds avgjørende vendepunkt, om fortelsen og dens konsekvenser. Fagmøte for ISM/HUNT; 2015-04-23 - 2015-04-23 NTNU

Fors, Egil Andreas.

Kognitiv atferdsterapi ved smerte i allmennpraksis. Seminar CBT i allmennpraksis; 2015-05-07 - 2015-05-07 NTNU

Fors, Egil Andreas.

Masterutdanning i Smerte: Historikk, taxonomi og teorier/modeller. Masterutdanning i smerte; 2015-02-02 - 2015-02-02 NTNU

Fors, Egil Andreas.

Nye diagnostiske kriterier for fibromyalgi. Nasjonal fagkonferanse om fibromyalgi; 2015-03-21 - 2015-03-21 NTNU

Fors, Egil Andreas.

Samfunnsmessige aspekter ved langvarig smerte. Masterutdanningen i smerte NTNU/HiST/St Olavs hospital; 2015-03-02 - 2015-03-02 NTNU

Fors, Egil Andreas.

Smerte i Kunnskapsbyen. Kunnskapsbyen, Trondheim; 2015-10-21 NTNU

Fors, Egil Andreas.

Uspesifiserte smertelidelser. Smertekurs for leger, Skien; 2015-01-22 - 2015-01-22 NTNU

Følling, Ingrid Sørdal.

Emosjonell bagasje og tidligere erfaringer som barrierer for livsstilsendring. Nasjonal konferanse, Friskliv, læring og mestring; 2015-11-18 - 2015-11-20 HINT

Følling, Ingrid Sørdal.

Gamle vaner er vonde å vende når emosjonelle belastninger er barrierer for livsstilsendring. Fagdag ISM; 2015-12-11 - 2015-12-11 HINT

Følling, Ingrid Sørdal.

Gammel vane-vond å vende: hvordan er tilstanden i Frisklivssentraler. Regional Nettverkssamling overvektsbehandling; 2015-01-29 - 2015-01-29 HINT

Getz, Linn Okkenhaug.

Allmenntilleggsmedisin i skjæringspunktet mellom den kunnskapsbaserte medisinske tradisjon og den sosialmedisinske virkeligheten. Hvor står vi? Grunnkurs A i allmenntilleggsmedisin; 2015-06-19 - 2015-06-19 NTNU

Getz, Linn Okkenhaug.

But I come with stories. A perspective on narrative medicine. Seminar i forbindelse med gjesteforelesning; 2015-05-08 - 2015-05-08 NTNU

Getz, Linn Okkenhaug.

Det som nærer og det som tærer. Om allostasebegrepet i klinisk hverdag.. Nettverksmøte; 2015-10-11 - 2015-10-11 NTNU

Getz, Linn Okkenhaug.

Det som nærer og det som tærer. Om allostasebegrepet i klinisk hverdag.. Nettverksmøte; 2015-01-29 NTNU

Getz, Linn Okkenhaug.

How to care for the whole person in general practice: a million dollar question with a billion pixel answer? The 19th Nordic Congress in General Practice; 2015-06-15 - 2015-06-18 NTNU

Getz, Linn Okkenhaug.

How to care for the whole person in medicine: A million dollar question with a billion pixel answer? The 6th Congress of Integrative Psychiatry; 2015-03-05 - 2015-03-06 NTNU

Getz, Linn Okkenhaug.

Multimorbidity as a clinical, scientific and organizational challenge. Seminar i forbindelse med gjesteforelesning; 2015-05-07 - 2015-05-08 NTNU

Getz, Linn Okkenhaug.

Personalized systems medicine. Læknadagar (The Conference week of the Icelandic Medical Association); 2015-01-23 - 2015-01-23 NTNU

Getz, Linn Okkenhaug.

Personalized Systems Medicine: Ultimate breakthrough or mission impossible?
Seminar ved de islandske legedager (Læknadagar); 2015-01-23 NTNU

Getz, Linn Okkenhaug.

The biomedical model. Causation Complexity and Evidence; 2015-10-12 -
2015-10-13 NTNU

Getz, Linn Okkenhaug.

The 2015 Carl Moore lecture: On Crisis, Hubris and the future of Medicalization.
Or: You ain't seen nothin' yet. The Carl Moore Lecture. Mc Master University;
2015-05-07 - 2015-05-07 NTNU

Getz, Linn Okkenhaug.

Veier til multimorbiditet: fra erfaringsinntrykk til biologiske uttrykk. Om
psykonevroimmunologi, allostatisk overbelastning og epigenetikk.. PhD kurs i
regi av Nasjonal Forskerskole i Allmenntmedisin; 2015-03-24 - 2015-03-24 NTNU

Hvas, Lotte; Getz, Linn Okkenhaug.

Når og hvorfor er en narrativ tilgang relevant i allmenntmedisin? Nordic Network
for Studies in Narrativity and Medicine; 2015-11-02 NTNU

Westin, Steinar; Getz, Linn Okkenhaug.

"Demokratisk doktor"? - Blir pasienter friskere av å lese egne journalnotater på
nett? Grunnkurs A for allmenntleger; 2015-02-24 - 2015-02-24 NTNU UiO

Westin, Steinar; Getz, Linn Okkenhaug.

Hva er så spesielt med faget allmenntmedisin, og hvorfor bli spesialist på "det
allmenne"? Grunnkurs A for allmenntleger; 2015-02-23 - 2015-02-23 NTNU UiO

Engedal, Knut; Helvik, Anne-Sofie.

Bruk av alkohol og psykofarmaka - er dette i fokus ved behandlingen og
tilrettelegging av tjenester til alderspsykiatriske pasienter. Landskonferansen i
alderspsykiatri; 2015-04-20 - 2015-04-22 NTNU UiO

Helvik, Anne-Sofie.

Eldre og rus - Hva vet vi? Landskonferansen i alderspsykiatri; 2015-04-20 -
2015-04-22 NTNU SIV STO

Helvik, Anne-Sofie.

Eldre og rusmiddelbruk i Norge. Demensdagene; 2015-12-01 - 2015-12-02
NTNU SIV STO

Johannessen, Aud; Engedal, Knut; Helvik, Anne-Sofie.

Bruk av alkohol og psykofarmaka - er dette i fokus ved behandlingen og

tilrettelegging av tjenester til alderspsykiatriske pasienter. Landskonferansen i alderspsykiatri; 2015-04-20 - 2015-04-22 NTNU SIV UiO

Johannessen, Aud; Engedal, Knut; Helvik, Anne-Sofie.

Bruk av alkohol og psykofarmaka - er dette i fokus ved behandlingen og tilrettelegging av tjenester til eldre. Mørketidskonferansen; 2015-11-18 - 2015-11-19

Johannessen, Aud; Engedal, Knut; Helvik, Anne-Sofie.

Bruk av alkohol og psykofarmaka - er dette i fokus ved behandlingen og tilrettelegging av tjenester til eldre. Demensdagene; 2015-12-01 - 2015-12-02 NTNU SIV UiO

Johannessen, Aud; Engedal, Knut; Helvik, Anne-Sofie.

Bruk og misbruk av alkohol og psykofarmaka blant eldre: Har kommunehelsetjenesten fokus på dette temaet. Seminar for forskere på rusfeltet; 2015-10-21 - 2015-10-22 NTNU SIV UiO

Johannessen, Aud; Engedal, Knut; Helvik, Anne-Sofie.

Is use and misuse of alcohol and psychotropic an issue when community health services are planned and implemented? International Psychogeriatric conference; 2015-10-13 - 2015-10-17 NTNU SIV STO UiO

Johannessen, Aud; Engedal, Knut; Helvik, Anne-Sofie; Sørli, Venke.

Bruk av alkohol og vane-dannende psykofarmaka blant eldre. Seminar for forskere på rusfeltet; 2015-10-21 - 2015-10-22 LDH NTNU SIV STO UiO

Johannessen, Aud; Engedal, Knut; Helvik, Anne-Sofie; Sørli, Venke.

Older peoples narratives of use and misuse of alcohol and psychotropic drugs. IPA Congress; 2015-10-13 - 2015-10-16 LDH NTNU SIV UiO

Hetlevik, Irene.

AFE Trondheim - Status, utfordringer og økonomi.. Dialogmøte; 2015-11-09 NTNU

Hetlevik, Irene.

Subjektiv og objektiv sykdom. Kan en organtilnærming hindre innsikt? Nidelvkurset; 2015-02-06 NTNU

Hetlevik, Irene.

Tykke journaler i allmennpraksis. Internt seminar; 2015-12-10 NTNU

Hetlevik, Irene; Sigurdsson, Johann Agust.

Studierevisjonen ved NTNU. Felles allmennmedisinsk universitetsmøte; 2015-10-14 - 2015-10-15 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Allmennegers største utfordring er traumatiserte pasienter. Psykiatrisk veiledning; 2015-01-13 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Allmenmedisinske samtaler om traumer og sykdom. Grunnkurs C; 2015-04-27 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Avmakt og helse -- en sammenheng? Masterutdanning; 2015-11-11 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Barndomsforgiftning. Helsefølger av tidlig krenkelseserfaring. Forelesning; 2015-03-17 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Barndomsforhold preger helsen. Etterutdanning i psykososial helse; 2015-03-26 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Creating chronicity. The unsustainable medical making of multi-morbidity. Nordic Congress; 2015-06-16 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Det krenkede barnet -- vår voksne pasient. Etterutdanning i psykomotorisk fysioterapi; 2015-04-21 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Er "kroppslig" og "mentalt" misvisende kategorier? Etterutdanning i psykiatri; 2015-01-14 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Forskning om følger av integritetskrenkelser. Etterutdanning i helse- og sosialfag; 2015-10-15 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Følger av seksuelle krenkelser i et livsløp.. Etterutdanning i helse- og sosialfag; 2015-09-11 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Health effects of war and violence. HEL-3011; 2015-10-07 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Helsefremmende møter - respektfulle dialoger. Masterprogram Helse; 2015-04-22 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Hvordan påvirkes livet av vond og vanskelig barndomserfaring?
Brukerkonferanse; 2015-04-09 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Hvordan påvirkes livet av vond og vanskelig barndomserfaring? Forelesning;
2015-10-28 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Kroppslige innskrifter av traume- og tapserfaringer. Temadag; 2015-10-30 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Multimorbiditet -- diagnostisk realitet eller teoretisk artefakt? PhD-kurs; 2015-03-24 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Når krenka barn blir sjuke vaksne. Etterutdanning i psykososial helse; 2015-04-28 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Sammenhengen mellom krenkelse og sykdom. Masterutdanning; 2015-11-17 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Structural violence, human rights, and health. HEL-3011; 2015-10-08 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

What are the dangers of prohibiting storytelling in health care? Nordic Network; 2015-11-03 NTNU

Kirkengen, Anna Luise; Thornquist, Eline.

The biological and the phenomenological body -- any difference? Interdisciplinary Conference; 2015-03-27 NTNU UiT

Daidsen, A S; Hultberg, Josabeth; Dyhr, Lise; Hvas, Lotte; Mjølstad, Bente Prytz; Getz, Linn Okkenhaug.

Person Centered Medicine - a humanistic approach to the clinical foundation of Family medicine (406-SY). 19th Nordic Congress of General Practice; 2015-06-16 - 2015-06-18 NTNU

Mjølstad, Bente Prytz.

"Det som nærer og det som tærer". Betydningen av å kjenne pasienters livshistorie.. Kurs i multimorbiditet som vitenskapelig, klinisk og organisatorisk utfordring; 2015-03-23 - 2015-03-25 NTNU

Mjølstad, Bente Prytz.

Knowing patients as persons. A theory-driven, qualitative study of the relevance of person-related knowledge in primary health care. Nidaroskongressen 2015; 2015-10-19 - 2015-10-23 NTNU

Mjølstad, Bente Prytz; Sundby, Harald.

Kommunikasjon i allmennpraksis. Grunnkurs A. Grunnkurs A; 2015-06-15 - 2015-06-16 NTNU

Blomberg, Hans; Rudebeck, Carl Edvard; Petursson, Halfdan; Sjönell, Göran.

Unnecessary treatment and procedures in primary health care in the Nordic countries. 19th Nordic Congress of General Practice; 2015-06-16 - 2015-06-18 NTNU UiT

Eriksson, Ulf; Petursson, Halfdan; Bergström, Olle.

Kardiovaskulär prevention; hur gör vi i praktiken? Kostadagarna - regional fortbildning för allmänläkare; 2015-04-15 - 2015-04-16 NTNU

Håkansson, Jan; Petursson, Halfdan; Blomberg, Hans; Nilsson, Peter.

Statins for many. How many? 19th Nordic Congress of General Practice; 2015-06-16 - 2015-06-18 NTNU

Petursson, Halfdan.

Blóðþrýstingsmeðferð – því meira því betra? [Blodtrykksbehandling - jo mer jo bedre?]. FÍH árlege utdanningsdag; 2015-03-07 NTNU

Petursson, Halfdan.

Funderingar om etik i medicinsk forskning. Vetenskapligt förhållningssätt (forskningskurs for leger); 2015-02-13 NTNU

Petursson, Halfdan.

Kardiovaskulær overdiagnostik. Nidaroskongressen 2015; 2015-10-20 - 2015-10-21 NTNU

Petursson, Halfdan.

Livet är en risk. Medicinskt Forum - NU-sjukvården; 2015-02-27 NTNU

Petursson, Halfdan.

Overdiagnosis. Årsmöte Lokal-SFAM Stor-Göteborg; 2015-02-25 NTNU

Petursson, Halfdan.

Riktlinjer för kardiovaskulär prevention - frälsare eller förtryckare? Kostadagarna - regional fortbildning för allmänläkare; 2015-04-15 - 2015-04-16 NTNU

Petursson, Halfdan.

Útreiknuð vanheilsa - stutt umfjöllun um áhættureiknivélar (Beregnet uhelse - litt om risiko kalkulatorer). Læknadagar (årlig kongress for islandske leger); 2015-01-19 - 2015-01-23 NTNU

Sigurdsson, Johann Agust.

Allmenntmedisin i internasjonalt perspektiv. Oppdalsuka - Grunnkurs A. Allmenntmedisin; 2015-02-23 - 2015-02-27 NTNU

Sigurdsson, Johann Agust.

En økende risiko for sykdom? Noen har endret reglene. Nidaroskongressen; 2015-10-19 - 2015-10-23 NTNU

Sigurdsson, Johann Agust.

Nordic models for securing GP's learning - what can we learn from each other: Supplying Continuous Professional Development by Health Care Centers. 19th Nordic Congress of General Practice; 2015-06-16 - 2015-06-18 NTNU

Sigurdsson, Johann Agust.

On Apps and gaps. Er læknisfræðin undirbúin fyrir hinn upplýsta stafræna sjúkling? - Dæmi úr klíniskri vinnu. Læknadagar /Legedagene; 2015-01-19 - 2015-01-23 NTNU

Sigurdsson, Johann Agust.

Osteoporosis - Hvordan man endrer reglene. Nidaroskongressen; 2015-10-19 - 2015-10-23 NTNU

Sigurdsson, Johann Agust.

Stafræni sjúklingurinn - að lifa fyrir tölugildin. Læknadagar /Legedagene; 2015-01-19 - 2015-01-23 NTNU

Sigurdsson, Johann Agust; Hetlevik, Irene.

Allmenntmedisinsens identitet innad universitetsinstituttene. Felles allmenntmedisinsk universitetsmøte; 2015-10-14 - 2015-10-15 NTNU

Sigurdsson, Johann Agust; Westin, Steinar.

Fra pasientmøte til diagnose og journal. Om den allmenntmedisinska klassifikasjonen ICPC. Oppdalsuka - Grunnkurs A. Allmenntmedisin; 2015-02-23 - 2015-02-27 NTNU

Sigurdsson, Johann Agust; Westin, Steinar.

Trenger vi en allmenntmedisinsk felles leseliste - en "allmenntmedisinsk kanon"? Grunnkurs A for allmennleger; 2015-02-23 - 2015-02-23 NTNU

Vogt, Henrik.

Systemmedisin - morgendagens svar på multimorbiditetens utfordringer?

Multimorbiditet som vitenskapelig, klinisk og organisatorisk utfordring; 2015-03-25 - 2015-03-25 NTNU

Vogt, Henrik.

Systemmedisin: Helhetstenkende medisinsk frigjøring eller den ultimate medikalisering. Medisinsk filosofisk forum; 2015-02-10 - 2015-02-10 NTNU

Vogt, Henrik; Hofmann, Bjørn; Getz, Linn Okkenhaug.

Holistic medicalization: P4 systems medicine and the technoscientific definition of health. 29 th EUROPEAN CONFERENCE ON PHILOSOPHY OF MEDICINE AND HEALTH CARE; 2015-08-19 - 2015-08-22 HIG NTNU UiO

MEDIEBIDRAG

Austad, Bjarne.

Hvorfor følges ikke retningslinjer i allmennpraksis? NTNU blogg [Internett] 2015-05-06 NTNU

Meland, Svein Inge; Austad, Bjarne.

Allmennlegene drukner i papirer. Adresseavisen [Avis] 2015-05-05 NTNU

Fors, Egil Andreas.

Tåler vi mindre smerte enn før? NRK, P2Tyholt, Trondheim [Radio] 2015-03-05 NTNU

Getz, Linn Okkenhaug.

Intervju om NTNUs engasjement for å integrere flyktninger. Her og Nå, Radio P1. NRK [Radio] 2015-10-23 NTNU

Getz, Linn Okkenhaug; Mikkelsen, Solveig.

Samfunnsmedisinere tar grep for å hjelpe flyktninger. Universitetsavisa [Avis] 2015-10-23 NTNU

Getz, Linn Okkenhaug; Plassen, Pål.

Konsultasjonens kunst. NRK Norgesglasset P1 [Radio] 2015-02-13 NTNU

Getz, Linn Okkenhaug; Sundberg, Charlotte.

212.000 flere nordmenn får medisin mot høyt kolesterol. Adresseavisa [Avis] 2015-11-05 NTNU

Flaate, Elisabeth; Kirkengen, Anna Luise.

Intervju for avisen Groruddalen om ISM Brukerkonferansen 2015. Avisen Groruddalen [Avis] 2015-04-30 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Barn, rus og lidelse i et generasjonsperspektiv. NTNU-blogg med lenke til <http://barnsbesteblogg.com/2015/01/> [Internett] 2015-01-06 NTNU

Moland, Annemarte; Kirkengen, Anna Luise.

Intervju for NRK Kveldsnytt om Barnehus. NRK1 [TV] 2015-12-20 NTNU

Bergland, Camilla Svennæs; Mjølstad, Bente Prytz.

Bli kvitt hverdagsplagene! VG søndag [Avis] 2015-03-22 NTNU

Hanger, Mari Rian; Mjølstad, Bente Prytz.

Barna glemmes lett av fastlegen. Dagens medisin [Fagblad] 2015-03-31 NTNU

Mjølstad, Bente Prytz; Hanger, Mari Rian.

Fastlegene bør vite mer om pasientene sine. Dagens medisin [Avis] 2015-11-30
NTNU

Vogt, Henrik; Pahle, Andreas.

Mer å gjøre med Toyota enn humanistisk psykiatri. Adresseavisen [Avis]
2015-09-15 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 trygdemessige 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 med ulike tema.

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, Høgskulen i Volda.



Anna Luise Kirkengen

professor i allmennmedisin, 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



Jan Inge Sørbø
forfatter og professor i litteraturvitenskap, Høgskulen i Volda



TenkeTanken AFE Trondheim: fra februar 2008 til desember 2015

TenkeTankens tekstbank – hva har vi skrevet, inspirert av møtene våre?

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. Getz L, Kirkengen AL, Ulvestad E. 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.
22. 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 Healthcare*, 2014; 2: 32—36.
23. Eriksen TE, Kirkengen AL. Interpretation through hypostatization? Confronting the challenge termed “Medically Unexplained Symptoms” (MUS). Conference Preventing Overdiagnosis, University of Oxford, UK, 150914—170914. Abstract Book pg 67.
24. Vogt H, Ulvestad E, Eriksen TE, Getz L. Getting personal: can systems medicine integrate scientific and humanistic conceptions of the patient? *JECP* 2014, doi:10.1111/jep.12251
25. Kirkengen AL, Thornquist E. The quantified self – closing the gap between general knowledge and particular case? *JECP* 2014, Published online 29 September. Doi: 10.1111/jecp.12239
26. Thornquist E, Kirkengen AL. The biomedical and the phenomenological body – any difference? Oxford Conference on Phenomenology, March 2015.
27. Kirkengen AL, Ekeland T-J, Getz L, Hetlevik I, Schei E, Ulvestad E, Vetlesen AJ. Medicine’s perception of reality – a split picture. Critical reflections on apparent anomalies within the biomedical theory of science. *J Eval Clin Pract*, 2015.
28. Kirkengen AL. Den fraværende personen. Martin J, Bickhard MH (eds.) *The Psychology of Personhood. Philosophical, Historical, Social-Developmental, and Narrative Perspectives*” (Cambridge: Cambridge University Press, 2013). *Tidsskr Nor Psykologforen* 2015; 52: 164-165.
29. Kirkengen AL. Creating chronicity – the unsustainable medical making of multi-morbidity. Oral presentation. 19. Nordic Congress of General Practice, Gothenburg, Sweden, 170615. Abstract Book, s 252-253, IBSN 978-91-637-8646-4.
30. Eriksen TE, Kirkengen AL. Patients’ “thingification”, unexplained symptoms, and *response-ability* in the clinical context. In response to “Patients’ substantialization of disease, the hybrid-symptom, and the metaphysical care”, by Alexandra Parvan. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, online 21. August, 2015

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 selvilde 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 selvopprettholdelse. 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 utryddelig 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 medisinsens 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 mettet 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 leves 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 medisinere og filosofer ved King's College i London i september 2010 (omtalt av Kingsma, Chisnall & McCabe i JECF, 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 selvtableringen 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 medisinsens 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 samspeillet 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 Johnsens 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 Kommisjon 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 talemåter 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 kalkulerede sannsynlighet, evidensen, og det medisinske **møte mellom to personer**, pasientens og terapeutens. 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 oppjonerer 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 væren-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

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 begeistring 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 kjennetegner 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 ”forurenses” dataene og studiematerialet – hvordan skal slik kunnskap kunne avstedkomme ”persontilpasset” medisinsk behandling når alt som kjennetegner 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.

Presentasjonen av TenkeTanken på Instituttmøtet 2012 på Malangen Brygger

“TenkeTanken” (eller klubben av nerder) har tre til fire møter i året som stort sett finner sted i Legenes Hus i Oslo. Tematisk legger vi møtene tett opp mot hverandre i en stadig streben etter å gjøre vårt mål mer konkret, nemlig det som handler om å finne et mer adekvat språk for menneskekroppen som en udelbar enhet av mentale, emosjonelle og kroppslige aspekter, integrert i tid og rom, altså med historie og sosiokulturelt særpreg. Vår faglige, samlede bakgrunn som supplerer den solide allmenn- og primærmedisinske forankring representert ved fire av oss (Getz, Hetlevik, Kirkengen, Schei), tillater oss å trekke veksler på cellebiologi og immunologi (Ulvestad), altså kunnskap på mikronivå, via sosialpsykologi (Ekeland), det vil si kunnskap på mesonivå, til filosofi og etikk (Vetlesen), hvilket vil si makronivå. Sammen skriver vi tekster som spenner fra et teorikapittel i den kommende 3.utgaven av Læreboken i allmennmedisin til teoretisk-filosofisk-medisinske tidsskrifter og et tidsskrift som er viet til en ny retning i medisinen, nemlig “person-centered medicine”. Det handler ikke om “patient-centered medicine” slik den ble fremmet av den kanadiske professor i allmennmedisin Ian McWhinney som det mest prominente navn. Det handler heller ikke om “person-focused medicine” som ble lansert og fremmet av den amerikanske professor i familiemedisin, Barbara Starfield. Det handler bestemt ikke om “personalized medicine” eller såkalt skreddersydd medisin som nå er på alles lepper og fremmes av basalfagene inkludert genetikk og epigenetikk. Person-centered medicine handler om erkjennelsen at hvert medisinske møte alltid er et **møte** – ikke først og fremst mellom et menneske i rollen som pasient og et menneske i rollen som lege – men mellom to **personer**, begge med sitt erfarte liv kroppsliggjort, slik de fremstår for hverandre, og med sin sosiale, kulturelle og historiske situert, hvilket utgjør deres **viktigste kompetanse** for å kunne kommunisere og **forstå hverandre**.

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, språketeori, 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 consciencing, 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 væren-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 skiller 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 ”**in**vironment”, altså internalisert og integrert i betydnings- og meningssystemer, med andre ord: de innehar økologisk relevans. Øyet persiperer ikke i isolasjon men som veid 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 medisinsens 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 medisinsens 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 kostnadskrevede 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 objektivering. Slik objektivering (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 Hjörleifsson 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.

19. møte (120314 – 130314)

Siden det 18. møte dreide seg helt og holdent om et manuskript, knyttet dette møte an til tanketrådene fra det 17. møte. I et tilbakeblikk kunne vi konstatere at vår gruppe til nå har bidratt til å gjøre belastende erfaring og Early life adversity, mao. en vond og vanskelig barndom, til det antropolog Jörg Niewöhner fra Berlins Humboldt Universität oppfatter

som *et fremvoksende epistemisk objekt*. Vi har sammen fanget opp kunnskap som tilsier at man kan lære noe mer og noe annet om mennesket i medisinen hvis man utforsker barns utvikling polarisert mellom omsorg og misbruk. Vi har i årevis ikke bare samlet evidensen for sammenhenger mellom vond erfaring og dårlig helse men også kondensert denne dokumentasjonen i en ikke-medisinsk tolkningsramme, som muligens danner en reformatorisk ansats med tanke på medisinen kroppssyn og menneskeforståelse. Vi har formulert en konklusjon av dette arbeidet som er både kort og rimelig heftig:

**Menneskelig erfaring former menneskekroppens materialitet. Mind matters!
Descartes tok virkelig og grundig feil!**

Biomedisinsk evidens tilsier nå at 17. hundretallets kunstgrep, nemlig å skille mellom kropp og sinn, var nettopp det, nemlig et *kunstgrep*. Grepet ble til et dogme som nå bryter sammen under vekten av vitenskapelig dokumentasjon. Det er dags å formulere en ny og bedre ramme for å forstå hva som gjør mennesker syk. Spørsmålet er følgelig ikke: *trenger vi mer av det samme?* Budskapet er allerede klart: *vi trenger noe annet*. Nå kan vi snakke om ”embodied life”, manifest i den levde kroppen, og om ”embedded bodies”, kropper som er eingebettet, innvevd, i historisk-biografiske kontekster. Dette er klangbunnen for dagens tekster som alle ble valgt for å hjelpe oss videre, og fordi noen av dem refererer til artikler forfattet av TenkeTankens medlemmer.

Tor-Johan analyserte budskapet i tre tekster som tar utgangspunktet i medisinsk uforklarlige sykdommer (MUS) med tanke på problemer knyttet til klassifisering, nomenklatur, distinksjon og performativitet (Doing-Harris et al 2013, Klaus et al 2013, Greco 2012). Artiklene kretser omkring problemene som oppstår når Metodens forrang skaper en type orden som tildekker at den oppnådde konstruksjonen ikke bare er en fortegnelse av virkeligheten, men at den fører til problematiske artefakter som ikke kan håndteres på samme nivå med samme metodologi. Da fristes forskere og klinikere å gripe til bioinformatikk som et ryddesystem for Big Data innenfor den samme metodologien. Her skapes selvforsterkende systemer uten mulighet til refleksjon eller revisjon.

Arne Johan analyserte to artikler som drøfter relevansen av fenomenologi for medisinsk forskning og klinisk arbeid (Gergel 2012, Paley 2013). Paleys utlegging handler om at forskere som refererer til Heidegger i sin distinksjon mellom *Erlebnis* og *Erfahrung*, bygger sine analyser på en feilaktig lesning av Heideggers verk *Sein und Zeit* fra 1927. Arne Johan argumenterte konsistent for at Paleys forutsetning svikter fordi den er forankret i en feilaktig slutning fra resultater av psykologiske eksperimenter. Gergels tekst, derimot, handler om å anerkjenne fenomenologiens betydning for en utvidet medisinsk forståelsesramme, spesielt i utforsking av lege-pasient-forholdet. Men Gergel kritiserer en overfladisk omgang med fenomenologisk tenkning og forskning; derfor krever hun en adekvat skolering av forskerne for å unngå ”phenomenology light”.

Elling analyserte to tekster som har kroppen som omdreiningspunkt (Zaner 2003, Niewöhner 2011). Zaners tekst er en gjennomgang av ”Embodiment in the phenomenological tradition” og rekapitulerer kroppens rolle, betydning og symbolikk i deler av den europeiske idéhistorien fra Descartes, Pascal og Spinoza til Scheler, Husserl, Sartre, Marcel og Merleau-Ponty, og derfra til Cassell. Denne fremstillingen er også et overblikk over utviklingen fra Opplysningstidens av-sjelede kropp (liket), den av-personifiserte kroppen, den levde kroppen (Merleau-Ponty) og til en re-personifisert kropp (Cassell) eller den ”personaliserte” kroppen i en biomedisinsk utvikling som, i følge antropolog

Niewöhner, prøver å molekularisere også en persons biografi for å kunne holde fast ved det tradisjonelle paradigme.

Edvin analyserte en artikkel (Tutton 2012) om ”Personalizing medicine” og et bokkapittel, ”The nature of healing” (Cassell 2012). Begge tekstene omhandlet emnene mening og erfaring med henblikk på helse – og derved av betydning for medisinsk forskning og klinisk praksis, og forholdet mellom det universelle og partikulære som også alle de foran nevnte tekstene hadde implisitt tatt stilling til. Tuttons idéhistoriske riss går fra legens nærvær ved sykesengen til pasientens innordning i hospitalmedisin og derfra til pasientens ”abstrahering” ved hjelp av laboratoriums-medisinen (”I disse hellige haller”) – en parafraze av Mozart med konnotasjoner til Mystikk. Den leder til konklusjonen at den mye omtalte ”person-orienterte medisin” (personalized medicine) ikke opphever, i seg selv, spenningen mellom det universelle og det partikulære.

De ni tekstene konvergente mot noe sentralt:

Forholdet mellom det universelle – mennesket er et sosialt og relasjonelt vesen – og det partikulære – mennesker blir syke av relasjonell og sosial ”gift” – men hver på sin egen måte. Så langt har muligens bare Eric Cassell grepet denne problemstillingen.

20. møte (100614)

Dette møtet skilte seg både i form og innhold fra de fleste tidligere møter ved å være et dagsseminar med bare én innleder, og ved å romme ti inviterte gjester fra ulike fag og medisinske spesialiteter i tillegg til TenkeTankens faste medlemmer.

Dagens innleder var **professor i filosofi Dagfinn Føllesdal**, en internasjonalt anerkjent Husserl-kjenner. Føllesdal har studert matematikk, fysikk og astronomi ved universitet i Oslo og universitetet i Göttingen i Tyskland. Han har skrevet og undervist om filosofen Edmund Husserl, som jo også var utdannet matematiker, fysiker og astronom – og om mye annet – i årtier ved de svært anerkjente lærestedene Harvard, Stanford, Berkeley og Collège de France. Han er fortsatt knyttet til UiO, og derfor fortsatt en av oss i den norske akademiske verden.

Føllesdal begynte med å beskrive Husserls utvikling, påvirket av kontinentale tenkere slik som Frans Clemens Brentano (<http://plato.stanford.edu/entries/brentano/>) og hans arbeid om bevissthet i et førstepersonsperspektiv, den tyske matematikeren Karl Weierstrass (<http://global.britannica.com/EBchecked/topic/638934/Karl-Weierstrass>) og den franske vitenskapsteoretiker og matematiker Jules Henri Poincaré, som vektla non-euklidisk matematikk (<http://www.iep.utm.edu/poincare/>). Av disse tenkere hadde Brentano den sterkeste innflytelse på Husserls utvikling i retning filosofi hvor han ble oppmerksom på munken, teologen, matematikeren og logikeren Bernhard Bolzano fra det tysktalende Böhmen (<http://plato.stanford.edu/entries/bolzano/>). På grunn av Brentanos anbefaling kunne Husserl skrive en avhandling som ble grunnlaget for hans dosentur i Halle. Etter stillingen i Halle fulgte et professorat i Göttingen, en følge av hans neste store skrift ”Logische Untersuchungen”. I tiden i Göttingen trådte fenomenologen Husserl frem. Det førte til et kall til Universität Freiburg hvor Martin Heidegger ble hans assistent og nonnen Edith Stein en av hans mest betydningsfulle studenter. Han foreleste i London og Paris og av slo et kall til Berlin og Los Angeles. Etter Hitlers maktovertakelse i 1933 ble

Husserls jødiske herkomst et økende problem. Han døde i 1938, og hans dels upubliserte verk ble smuglet av Franciskanermunken van Breda fra Tyskland til Leuven i Belgia hvor det dannet grunnlag for et arkiv og et forlag med hovedvekt på Husserls verk og senere på fenomenologisk litteratur. Fenomenologien ble ført videre og utviklet i ulike retninger av Edith Stein og Martin Heidegger, og derfra til Hans Georg Gadamer, Jean Paul Sartre, Maurice Merleau-Ponty, Hannah Arendt, Hans Jonas, og Karl Jaspers, de siste tre alle studenter av Heidegger i Freiburg.

I det videre introduserte Føllesdal noen av de sentrale begrepene i Husserls tankeverden slik som sanseerfaringer og intensjonalitet, knyttet til synssansen. Med referanse til Wittgensteins "etwas als etwas sehen" (å se noe som noe) henviste Føllesdal til Husserls tese om at vi strukturerer tvetydigheter (sanselige persepsjoner) til å identifisere en Gestalt. Men hva som er tvetydig, det kommer an på. Husserl brukte ordet "hyle" til å betegne noe (materie) som ikke passer inn, som forstyrrer forventninger som har vært, mens ordet "noema" indikerer selve denne struktureringen. Slik blir tydelig at samme ting kan fremstå som forskjellig sett fra forskjellige perspektiver. Intensjonalitet i betydning "rettethet", favner Intentio – en form som vårt intellekt antar for å ta opp noe, begripe noe, gjøre en handling preget av en hensikt, og anticipare – å foregripe eller forvente.

Denne akten, denne objekt-rettetheten kan angå konkrete og abstrakte "objekter" og handler om Anschauung eller intuisjon som er satt sammen av å persipere aktens objekt og å vinne innsikt i dets vesen (eidos). Vesensinnsikt handler om å kunne begrepsfeste generelle trekk ved tingen (slik som trekantethet, hullethet, rødhet), hvilket i Husserls språk handler om å foreta en eidetisk reduksjon. Denne eidetiske reduksjonen kan forbindes med en transcendental reduksjon som betyr at man ser bort fra objektet (setter det i parentes) ved å spørre hva som er dens antesiperte struktur (noema).

Føllesdal påpeker deretter at disse to reduksjoner muliggjør fire forskningsområder: objektene = naturvitenskap; noema = metafysikk; eidos = matematikk; og fenomenologi. Sistnevnte handler om direkte erfaring, hvilket vil si: ikke sanse-data, men **ting**; ikke bevegelser, men **handlinger**; ikke kropp, men **mennesker**. I det ligger en avvisning av både Cartesiansk dualisme og behaviorismen, fordi den andre erfares som et subjekt med sitt eget perspektiv på vår felles verden.

I fenomenologien er jeg-et forankret i intersubjektivitet, og dets handlinger (inkludert talehandlinger) og tilbøyeligheter (delt i 1. ordens = oppfatninger, ønsker og ferdigheter; og 2. ordens = egenskaper som snillhet, godtroenhet etc.) utgjør til sammen en person, altså et objekt med alle disse egenskapene og den tilhørende erfaring og læring.

Intersubjektivitet favner en annen som handlende person som vi kan føle oss inn i og kan tilpasse oss i en gjensidighet som ikke utelukker *individualitet*. Innlevelse leder oss fra subjektiv subjektivitet til intersubjektivitet, altså en opplevelse av den andre som et subjekt. Denne intersubjektiviteten som utgjør et menings- og symbolunivers som hvert menneske deler med andre mennesker, og hvor vi mennesker lever vårt kontinuerlige liv selv om vi lever nettopp NÅ, utgjør vår Lebenswelt (et sent begrep i Husserls verk), vår livsverden. Herfra strukturerer vi verden og gir den mening, slik også vårt eget liv gis mening.

21. møte (281014 – 291014)

Møtets basis var boken ”The Psychology of Personhood. Philosophical, Historical, Social-Developmental, and Narrative Perspectives” (Cambridge University Press 2013). Antologien, redigert av den kanadiske psykologen Jack Martin og den amerikanske filosofen Mark H. Bickhard omfatter 12 kapitler som belyser filosofiske, historiske, sosiale, utviklingsmessige og fortellingspregede aspekter av Personen eller personstatus. Kapitlene er skrevet av til sammen 15 fagpersoner fra filosofi, psykologi og pedagogikk. *Bokens forståelsesramme er, som tittelen vitner om, i utgangspunktet klassisk dualistisk i og med at den bygger på en forutsetning om ”Psyche” som et kunnskapsobjekt som ikke har kroppen som forutsetning eller uttrykksfelt – når det skal drøftes hva en person er.*

Redaktørene opplyser i bokens forord om at Personen ikke har hatt en sentral plass – slik at den ikke er blitt viet stor oppmerksomhet – i de siste 100 til 150 år i psykologifagets historie. Boken er derfor en samling av bidrag fra fagpersoner som vil fremheve dagens økende interesse for personen ved å belyse dens aspekter – ikke i reduserende forstand som ”mentalt liv”, ”adferd” eller ”nevrofysiologiske prosesser”, men som levende mennesker med sine hverdagslige opplevelser.

Utgangspunktet for drøftingene er at ordet Person betegner mennesker forstått som sosiale vesener som er medlemmer av et moralsk felleskap. Som sådant har konseptet Personhood eller Personstatus en sentral betydning i religiøse, politiske, juridiske og pedagogiske kontekster, praksiser og institusjoner. Personer kjennetegnes altså ikke bare av sine kroppslige og adaptive evner, men også av selvfortolkning og sosiokulturelle bidrag til sitt samfunns normer og strukturer. Derfor angår personbegrepet både natur- og samfunnsvitenskapene og humaniora. Med andre ord: personer er biologisk-kulturelle hybridvesener som er bindeledd mellom den bio-fysiske og den sosio-kulturelle verden. I streben etter å vitenskapeliggjøre seg, gled psykologien stadig mer fra sin opprinnelige interesse for personen i sin sosiale kontekst til objektiveringen av ”psykens” aspekter ved å adoptere naturvitenskapelige metodologier som krevde kunnskapsbygging i kontrollerte eksperimenter i psykologiske laboratorier – atskilt fra enhver sosial kontekst. Forskning i psykologi handlet derfor også mest om forskning på deler av mentale prosesser isolert fra sosialt liv. Derved gled personen ut av psykologiens synsfelt og faglige horisont.

Vitenskapelig observasjon av atferd – mest av dyr – ble behaviorismens bidrag til å slutte fra dyreatferd til menneskelig atferd, og til å introdusere atferds-korrigerende metoder i behandlingsinstitusjoner. Parallelt med behaviorismen utviklet det seg en metodologi og et kunnskapsregime kjent som psyometri. Den skal gjøre selve personligheten – forstått som trekk slik som ekstroverterthet eller nevrotisisme – målbar basert på såkalte batterier av standardiserte spørsmål. Typologien av trekk målt på gruppenivå er likevel antatt å være et gyldig kunnskapsgrunnlag på individnivå.

Den nå dominerende bevegelsen i psykologien, kognitiv psykologi, overskrider teoretisk behaviorismens horisont ved å ta aspekter av selvet, slik som selvrespekt, selvforståelse og selvvurdering, i betraktning. Samtidig lener den seg sterkt til konsepter av mennesket som en prosessor av informasjon eller et nevralt nettverk. Her må personen igjen vike,

men nå for computer-tenkning slik som ”koding, gjenkalling, lagring” etc., og, anvendt på hjernen, for målbare aktiviteter i deler av hjernen, påvist med avansert nevroradiologi. Det fører til at forskere i nevrovitenskapene nå snakker som om en persons tanker, erfaringer og handlinger *egentlig* er prosesser i bestemte, *antatt autonome* hjernedeler.

Psykologiens historie – fra mentalisme via behaviorisme til kognitivismen – fremstår som en rad med forsøk å redusere personer til noe målbart og observerbart. Men måten å måle og å observere har vært preget av den til enhver tid rådende tidsånden og handler i vår tid om et språk og et begrepsapparat utviklet i computerteknologien og nevrofysiologien. Også psykometrien har – til tross for bruken av språk for innhenting av meninger – ved sin instrumentelle omgang med språket redusert personen til respondent, og derigjennom hindret personen å utsi sine egne erfaringer i samliv med sine medmennesker. Konsistent reduksjonisme i den psykologiske kunnskapsproduksjonen har bevirket at Personen er en nærmest uhandterlig størrelse i psykologisk teori, forskning og praksis. Det igjen har ført til at faget ikke har gitt dagens mennesker gode forutsetninger for å oppfatte seg selv som personer. Og selv om grupper av psykologer ville holde fast ved personen som relevant for psykologisk tilnærming – uttrykt i deres ”logo” eller term ”personology”, kunne de ikke hindre at behaviorismen og deretter kognitivismen helt dominerte psykologifaget.

Først nå ser det ut som om tiden er inne for å gjenopplive personen i psykologien ved at flere fagpersoner går inn for en ”psychology of personhood”, en personens psykologi. Denne utviklingen er denne bokens grunnlag og de bidragende fagpersonenes ståsted. De er unisone i sitt advokatur for ”the importance of the person as a concept that is necessarily central to the development and maintenance of any viable psychology.” Denne erkjennelsen, at en levedyktig psykologi trenger en forståelse av personen, er bokens nav.

Tekstene som ble drøftet i TenkeTanken (kapitlene 2, 3, 7, 9, 11 og 12) handler om:

- (2) En undersøkelse av begrepene person, personlighet og personstatus med referanse til Ludwig Wittgensteins filosofiske, grammatikalske analyse.
- (3) En drøfting av begrepet person hos Martin Heidegger og Charles Taylor som en ansvarlig og autentisk, sosialt og kulturelt situert moralsk handlende (moral agent).
- (7) Et argument for betydningen av å kunne skille mellom ”jeg” og ”andre”, samtidig som bevisstheten om forskjell gjør intensjonalt samarbeid og gjensidig forståelse mulig.
- (9) Et forsvar for en teori om den ontologiske og normative emergens av personen som aktør i samspill med de sosiale og kulturelle forhold innenfor hvilke personen blir til.
- (11) En omtale av konseptene ”fortelling” og ”identitet” slik disse tilhører beskrivelsen av dagens narrative psykologi, der en livsfortelling er sentral i forståelsen av personen.
- (12) En utforskning av sammenhenger og gjensidig påvirkning mellom fenomenene identitet og narrativ og mellom temporalitet og den andre/anderledeshet.

Drøftingen av Personen, som i den europeiske filosofiske tradisjonen er sterkt knyttet til ansvarlighet, selvbevissthet, fornuft, respekt, identitet og autentisitet – og først og fremst ansvarlighet – hadde i dette møtet en ”sidetekst”: Tilregnelighetsutvalget leverte samme dag sin redegjørelse for forutsetningene for strafferettslig tilregnelighet. Den handler om forholdet mellom ansvarlighet, respekt, ansvarsfrihet ved psykose og utilregnelighet. Gitt

at ansvarlighet er personens sine qua non, er å bli frakjent evnen til ansvar, altså å bli sett som utilregnelig, identisk med å bli fratatt forutsetningen for andres respekt. Filosofen Hegel anså det å straffe en person som en ”kompliment” fordi det uttrykker at ”vi straffer deg fordi vi anser deg som i stand til å vite”. Følgelig er, i følge Hegel, det å ikke straffe en person for noe vedkommende er ansvarlig for som en ”fornærmelse/krenkelse” fordi det fratrar personen ipso acto sin personstatus. Det var det terroristen kjempet imot: han ville bli erklært tilregnelig. Han ville bli regnet med.

22. møte (260115 – 270115)

Møtets inviterte deltakere var denne gangen professor i litteraturvitenskap ved Høgskulen i Volda, Jan Inge Sørbo, som også er forfatter, poet og Skjervheim-biograf. Dessuten deltok doktorgradsstipendiatene Henrik Vogt (NTNU), lege og journalist, og Thor Eirik Eriksen (UiT/UNN), sosiolog og filosof.

Møtets første del handlet om en omtale av den norske filosofen Hans Skjervheims positivismekritikk, fremlagt av Dag Inge Sørbo, og den amerikanske antropologen og kybernetikeren Gregory Batesons kritiske blikk på de positivistiske naturvitenskapene, drøftet av Tor-Johan Ekeland. Drøftelsene konvergente mot begrepet ”epistemologiske mistak” eller ”epistemological errors”. Dette begrepet ble utgangspunktet for spesifikke eksempler for slike mistak eller feilgrep i noen av de fagene som var representert ved deltakerne, knyttet til skjønnlitteratur, immunologi, epidemiologi, systemmedisin og vitenskapsfilosofi – eksemplifisert ved kausalitetsforståelsen i naturvitenskapene.

Jan Inge Sørbo redegjorde for Skjervheims kritikk av positivismen som ramme for forskning i samfunnsvitenskapene. Skjervheim argumenterer ikke mot objektivitet som en mulighet men mot objektivisme som gyldig forståelsesramme for menneskelig samliv fordi den innebærer tapet av subjektet. Samtidig påpeker han farene som er knyttet til å innta den motsatte posisjon, subjektivisme, altså føleri. Skjervheim påpeker at et menneske som blir objektivert (f. eks. for forskningsformål) kan internalisere det tingliggjørende blikket og bli til en ting. Slik tingliggjøring er følgelig uetisk. Med den følger også at mennesket kan manipuleres. Skjervheim uthever at en forsker påvirker det vedkommende utforsker, følgelig er denne utforskningen ikke en kartlegging men en påvirkning. Det betyr: tilskuerposisjonen – i betydning av å være observatør – er en illusorisk posisjon. *Skjervheims sentrale anliggende er et oppgjør med postulatet om at forskere i samfunnsvitenskapene kan studere samfunnet uten å studere seg selv. Han understreker at forskeren aldri kan stå utenfor sitt sosiale fellekap.*

Thor-Johan Ekeland ledet sin omtale av Gregory Bateson til en nærmest parallelle konklusjon: *Batesons sentrale anliggende er et oppgjør med postulatet om at forskeren som studerer naturen kan foreta denne utforskningen fra utsiden. Han understreker at forskeren aldri kan stå utenfor naturen fordi vedkommende er en del av den.* Bateson knytter an til det som forbinder alt levende med hverandre, ”the pattern that connects”, og som handler om MIND i betydning ”Ånd” eller snarere ”Geist”. I Batesons forståelse handler Mind om relasjoner mellom forhold fordi disse innebærer informasjon. På dette grunnlaget postulerer han følgende: når vi har med det levende å gjøre, så har vi med Mind å gjøre; så sant vi har med Mind å gjøre, inkluderer dette fenomener som relasjon, kommunikasjon, informasjon, historisitet, tolkning, valg og mening. Utforskning av det levende fører altså til kunnskap som er konstituert av *erkjennelser*, systematisert ved

hjelp av et regelverk. Derfor kan vitenskapelige erkjennelser ikke bevises. Derfor er den som predikerer alltid inkludert i prediksjonen. Derfor lar positivismens ideal seg ikke innfri. Derfor er objektet med på å forme kunnskapen om det. Derfor er kartet ikke identisk med terrenget. Bateson uthever, på bakgrunn av det forutgående, at det er en stor feil at vi mennesker prøver å beherske og kontrollere det vi er en del av. Vi kan ikke stå utenfor naturen. Men vi bruker en forståelsesramme som ”lover” at vi kan nettopp det. **Denne rammen skaper en ond, selvforsterkende sirkel som slår tilbake på oss selv. Den opprettholder troen på at alle problemers ”løsning” er ”rett rundt hjørnet”.**

23. møte (010615)

Det 23. møte var en logisk forlengelse av de sentrale konklusjonene i det forutgående:

- a) *Forskere i samfunnsvitenskapene kan aldri studere samfunnet uten å studere seg selv, siden forskeren aldri kan stå utenfor sitt sosiale felleskap;*
- b) *Forskeren i naturvitenskapene kan aldri studere naturen utenfra og stå utenfor naturen fordi vedkommende alltid er en del av den.*
- c) *Så lenge forskerne bruker en forståelsesramme som lover – eller opprettholder illusjonen om – at mennesker kan utforske naturen gjennom et blikk ”utenfra”, så lenge bidrar de til den onde, selvforsterkende sirkelen som opprettholder troen på at alle problemers ”løsning” er ”rett rundt hjørnet”.*

Dette møte handlet i sin helhet om Arne Johan Vetlesens nyeste bok som utkom i februar 2015 på det svært ansette forlaget Routledge under tittelen **”The denial of nature. Environmental philosophy in the era of global capitalism.”** Siden alt tenkearbeid i TenkeTanken er rettet mot å få en dypere innsikt i, og en mer grunnleggende forståelse av, *menneskets natur*, var denne boken en svært velkommen tekst. Dens omdreiningsakse er et etisk oppgjør med den naturvitenskapelige illusjonen om mennesket utenfor eller over naturen, om den observerende og objektiviserende metodologien som garantist for å erkjenne allmenngyldige sannheter og om det *stå utenfor naturen fordi vedkommende er en del av den*. Bateson knytter an til det som forbinder alt levende med hverandre, ”the pattern that connects”, og som handler om MIND i betydning ”Ånd” eller snarere ”Geist”. I Batesons forståelse handler Mind om relasjoner mellom forhold fordi disse innebærer informasjon. På dette grunnlaget postulerer han følgende: når vi har med det levende å gjøre, så har vi med Mind å gjøre; så sant vi har med Mind å gjøre, inkluderer dette fenomener som relasjon, kommunikasjon, informasjon, historisitet, tolkning, valg og mening. Utforskning av det levende fører altså til kunnskap som er konstituert av *erkjennelser*, systematisert ved hjelp av et regelverk. Derfor kan vitenskapelige erkjennelser ikke bevises. Derfor er den som predikerer alltid inkludert i prediksjonen. Derfor lar positivismens ideal seg ikke innfri. Derfor er objektet med på å forme kunnskapen om det. Derfor er kartet ikke identisk med terrenget. Bateson uthever, på bakgrunn av det forutgående, at det er en stor feil at vi mennesker prøver å beherske og kontrollere det vi er en del av. Vi kan ikke stå utenfor naturen. Men vi bruker en forståelsesramme som ”lover” at vi kan nettopp det. **Denne rammen skaper en ond, selvforsterkende sirkel som slår tilbake på oss selv. Den opprettholder troen på at alle problemers ”løsning” er ”rett rundt hjørnet”.**

Dette møte handlet i sin helhet om Arne Johan Vetlesens nyeste bok som utkom i februar 2015 på det svært ansette forlaget Routledge under tittelen ”**The denial of nature. Environmental philosophy in the era of global capitalism.**” Siden alt tenkearbeid i TenkeTanken er rettet mot å få en dypere innsikt i, og en mer grunnleggende forståelse av, *menneskets natur*, var denne boken en svært velkommen tekst. Dens omdreiningsakse er et etisk oppgjør med den naturvitenskapelige illusjonen om mennesket utenfor eller over naturen, om den observerende og objektiverende metodologien som garantist for å erkjenne allmenngyldige sannheter og om det handle”. I denne bokens kontekst betyr det: hvis bare dokumentasjonen av den pågående menneskelagde trusselen mot naturen og livet på jorden ble allmenn kjent, så ville menneskene ta rev i seilene og endre kurs. Vetlesen påpeker de mange lag med til dels dype sosiokulturelle konstellasjoner som gjør denne antakelsens vekt tvilsom eller til skamme. Vi vet nå, men vi tror ikke – eller: vi vil ha bevis før vi snur, selv om det DA kan være for sent.

I konklusjonen av boken lener Vetlesen seg til filosofen Freya Mathews refleksjoner om det helt påtrengende behovet for å gjenforene det mentale og det materielle ved å erkjenne og anerkjenne naturens iboende besjelethet, altså verdi, og menneskets dype og ufrakommelige tilhørighet til naturen. For først da blir det overtydelig både at vi ikke kan degradere og utbytte naturen uten å degradere og utbytte oss selv, og – hvilket nesten høres ut som et pragmatisk og ikke filosofisk argument – at menneskenes ødeleggelse av naturen ikke representerer et mord men et selvmord.

24. møte (061115)

Dette møtet var i en viss forstand en forberedelse eller ”generalprøve” for TenkeTankens bidrag til seminaret til Hardangerakademiet for fred, utvikling og miljø den 12. til 14. februar i Jondal. Bidraget handler om 8 innlegg som bygger på kondensatet fra våre forutgående møter som ble formulert slik:

- a) *Forskere i samfunnsvitenskapene kan aldri studere samfunnet uten å studere seg selv, siden forskeren aldri kan stå utenfor sitt sosiale felleskap;*
- b) *Forskeren i naturvitenskapene kan aldri studere naturen utenfra og stå utenfor naturen fordi vedkommende alltid er en del av den.*
- c) *Så lenge forskerne bruker en forståelsesramme som lover – eller opprettholder illusjonen om – at mennesker kan utforske naturen gjennom et blikk ”utenfra”, så lenge bidrar de til den onde, selvforsterkende sirkelen som opprettholder troen på at alle problemers ”løsning” er ”rett rundt hjørnet”.*

Seminarets tittel er: **Ikke ennå, men snart. Medisinens jakt på fremskrittet.**

Jan Inge Sørbø, professor dr. philos. i litteraturvitenskap

Institutt for Sosiafag, Høgskulen i Volda

Eit medisinsk paradís på jord

Ambisjonane i somme medisinske forskingsprogram er store, så store at en tenkjer seg at menneskelivet kan levast utan trugsmål frå sjukdom og (tidleg) død. Ein ting er realismen i slike ambisjonar. Ein annan ting er kva slag handlar dei leier til. For kva skjer dersom ein tek mål av seg til å ta bort det tilfeldige og usikre i tilværet? Nokre av dei store overgrepa i historia har vore knytt til slike ambisjonar. I lys av eit medisinsk paradís som

vi snart skal få realisert, har ein kravd store offer. Individet må vika for kollektivet sine ambisjonar. Det er også noko *totalitært* i slike ambisjonar, fordi dei krev ei samordning og styring av menneska som utryddar dei frie handlinga og erstattar den med ein lov og regelbunden produksjon.

Tor-Johan Ekeland, professor dr. philos. i sosialpsykologi

Avdeling for samfunnsfag og historie, Høgskulen i Volda/Høgskolen i Molde (prof II)

Når løysinga blir problemet

At ting ikkje blir slik vi hadde tenkt, at store idear til og med kan ende i perversjonar, er nedfelt i vår kollektive erfaring gjennom ordtalet ”vegen til helvete er brulagt med dei beste intensjonar”. Likeeins er mål-middel forveksling ei gamal og velkjend villfaring, og det som verkar bra på kort sikt, kan blir eit problem i seg sjølv på lang sikt. Eit velutvikla historisk medvit ville kanskje ha korrigert for stendig gjentakning av desse fenomena. Dagens situasjon med ein nesten aggressiv innovasjonsdiskurs (tenk nytt, sjå framover) gjer oss ofte blinde for at det vi no skal endre (problem) i si tid var verdesette løysingar. I innlegget vil eg med relevans til helseproblematikk ta opp døme på slike samanhengar både på individnivå og som kollektive/institusjonelle handlingar, og analysere kor vidt her er sams epistemologiske mønstre. Til det vil eg nytte ein systemteoretisk optikk inspirert av Gregory Bateson og omgrepet hans om «*epistemologiske feil*».

Irene Hetlevik, prof. dr.med. i allmennmedisin

Allmennmedisinsk forskningsenhet (AFE), Institutt for samfunnsmedisin, NTNU

Fortellingen om de lovende medisiner

Høyt blodtrykk er assosiert med utvikling av hjerte- og karsykdommer og var den første risikofaktoren som ble gjenstand for medikamentell forebyggende behandling i store befolkningsgrupper. Intervensjonsgrensene, dvs. blodtrykksverdiene der behandling skulle starte, har blitt stadig lavere og risikopopulasjonens størrelse stadig større. Behandlingseffekt kan framstilles på flere måter og det diskuteres om den har vært stor eller liten. Nye og dyrere medikamenter har kommet på markedet uten vesentlig bedre effekt enn de gamle; kostnadene har skutt i været. Høyt blodtrykk er bare én risikofaktor, høyt kolesterol er en annen. Andre organer har sine; som lav beintetthet i skjelettet. Utviklingen går i samme retning, intervensjonsgrensene flyttes ‘inn i normalbefolkningen’, stadig flere friske blir satt på medikamentell behandling for et økende antall risikofaktorer. Allmennlegene er satt til å utøve aktiviteten. Kunnskapsgrunnlaget er komplekst, det lages derfor mange og omfattende kliniske retningslinjer som ikke lar seg implementere. *Det kan være behov for radikal nytenkning.*

Elling Ulvestad, avdelingsjef og professor dr. med. i immunologi

Mikrobiologisk avdeling Haukeland universitetssykehus og Universitetet i Bergen

Kan mennesket tre ut av livets paradoks?

For å overleve må alle skapninger nødvendigvis søke å opprettholde tette relasjoner til omgivelsene, samtidig som de – av vel så tvingende grunner – må verge seg mot impulser fra de samme omgivelsene. Dette livets paradoks viser seg ved organismenes søken etter mat og make, og ved deres samtidige vergeresponser mot rovdyr og smitte. Slik sett vil fremskritt være ensbetydende med endringer som bidrar til å trygge ferden gjennom livet.

For mennesket har vitenskap og kultur bidratt til en tryggere ferd. *Men mennesket er ikke alene på jorden.* Andre skapninger, for eksempel smittestoff, vil også søke å optimalisere og trygge sine livsbetingelser. Og denne endringen foregår gjennom evolusjon ved naturlig seleksjon. I hvor stor grad menneskets løsninger vil være bærekraftige over tid, er tema for forelesningen.

Anna Luise Kirkengen, professor dr. med. i allmennmedisin
Allmennmedisinsk Forskningsenhet (AFE), Institutt for Samfunnsmedisin, NTNU
og Institutt for samfunnsmedisin, UiT Det arktiske universitet, Tromsø

Har biomedisinen glemt noe vesentlig?

Innlegget handler om den økende dokumentasjonen som tilsier at den menneskelige kroppen påvirkes av erfaring. Dette gjelder trolig alle typer erfaring, men særlig for vond og vanskelig erfaring tidlig i livet. Kunnskapen samstemmer med en forståelse av menneskekroppen som anerkjenner at mennesker er hybridvesener, influert og formet av både natur og kultur, og at menneskers biografi preger deres biologi. Med en forståelse av *kropp som levd, inkorporert erfaring*, fremtrer en tydelig relasjon mellom krenkelse og sykdom, mellom påtvunget smerte og opplevd smerte. I et slik perspektiv åpnes innsikt i hvordan det å være stigmatisert, marginalisert, mobbet, diskriminert, mishandlet og undertrykket truer helsen. Siden slik erfaring kan skape sykdom, må medisinen vite hva som har skjedd den syke slik at faget ikke bidrar til å tildekke sosial urett ved å diagnostisere krenkede mennesker som om de var syke av "naturlige" årsaker.

Henrik Vogt, lege og stipendiat ved Allmennmedisinsk Forskningsenhet (AFE)
Institutt for samfunnsmedisin, NTNU

Vitenskapelig totalkontroll av liv og helse – ikke ennå, men snart.

Foredraget tar for seg systemmedisin, eller P4-medisin, som representerer biomedisinens mest avanserte utvikling i kjølvannet av kartleggingen av det menneskelige genomet. "P4" står for *persontilpasset, prediktiv, preventiv og deltagende (participatory)*. Dette kan ses som det kanskje sterkeste uttrykket i dagens vitenskap og medisin for det moderne prosjektet med å skape kontroll over menneskets natur, sykdom og helse. Vi fokuserer her på de sterke lovnadene systemmedisinen er forbundet med og forteller historien om denne visjonen gjennom disse. Vi viser hvordan det å skape forventninger om at helsen kan kontrolleres er en viktig del av det moderne biomedisinske prosjektet. Mantraet "ikke ennå, men snart" brukes aktivt. Disse løftene holdes også frem som grunnlag for videre diskusjon.

Thor Eirik Eriksen, samfunnsviter og stipendiat i filosofi,
Arbeids- og miljømedisinsk avdeling, Universitetssykehus Nord-Norge (UNN) og
Institutt for filosofi, UiT, Det arktiske universitet, Tromsø

Hva gjør vi mens vi venter?

Har vi satt vår lit til medisinsk-vitenskapelige "undre", i den grad at vi har mistet vår evne til *undring*? Søker vi vitenskapelige *forklaringer* på helseproblemer, i den grad at vi ender opp med å *bort-forklare* livet selv? Har vi blitt opptatte av å *ta grep* om alle tilværelsens fasetter, i den grad at vi ikke lenger kan tillate oss å bli "*grepet av*" den? Slike spørsmål er viktige i en situasjon hvor den medisinske suksessen står i fare for å overskride seg selv eller overoppfylle sitt kunnskapsmandat. De er viktige i en situasjon

hvor den medisinske vitenskapen støter mot noen grenser, som i tilfellet med ”medisinsk uforklarte symptomer” (MUS). Hva skal vi gjøre i denne situasjonen, mens vi venter?

Arne Johan Vetlesen, professor dr. philos. i filosofi

Institutt for filosofi, ide- og kunsthistorie og klassiske språk, Universitetet i Oslo,

Fra Descartes til panpsykisme

Siden Descartes har en rekke dualismer - splittelser - preget vestlig filosofi og vitenskap: ånd versus materie, sjel versus legeme, det organiske versus det inorganiske, kultur versus natur, fakta versus verdi, følelser versus fornuft, subjektivitet versus objektivitet. Foredraget vil peke på skadevirkningene av disse dualismene og av deres seiglivethet både i vitenskap, økonomi og politikk. Pågående menneskeskapte klimaendringer, artsutryddelse og ressurstømming illustrerer at vi som samfunnsform er utmerket i stand til å forvalde enorme og uopprettelige ødeleggelser av naturgrunnet, og (så langt) er ute av stand til å stanse dem ved å revidere premisset ødeleggelsene dels hviler på, dels legitimeres av. Det vil særlig bli stilt spørsmål om antroposentrismen – det menneskesentrerte synet der mennesket er "overlegent" alle andre former for liv, evnemessig og intellektuelt, moralsk og verdimesig – må forkastes og om antroposentrismen må – eller kan – erstattes av en form for panpsykisme der nevnte dualismer avvikes til fordel for en holistisk virkelighetsforståelse med vekt på mennesket som *a part of nature, ikke apart from nature*.

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 – men også for hele medisin-faget og alle fag for hvilke medisinsk kunnskap er premisset.

Oslo og Trondheim i desember 2015

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. Innovasjon og styring – logikker som knirker? I: A. Ødegaard og E. Willumsen (red): Sosial innovasjon: fra politikk til tjenesteutvikling. *Fagbokforlaget* 2015 ISBN 978-82-450-1587-4 s 1001-114

Lauveng, Arnhild; Tveiten, Sidsel; **Ekeland, Tor-Johan**; Ruud, Torleif. (2015). Same diagnosis, different lives: a qualitative study of adults With severe mental illness, in treatment and education. *Psychosis*, 7(4), 336-347

Ekeland, T.-J (2015). Profesjonskritikk. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*; 12 (2) s 174-178.

Ulvestad E. Mennesket og mikrobene. Oslo: Universitetsforlaget, 2015.

Foredrag

Ekeland, Tor-Johan:

- Familieterapi i nyliberal kontekst. Fagseminar i familieterapi; Svensk Forening for familieterapi, Stockholm, 2015-10-16
- Forståelsesformer i psykiatrien. Klinisk emnekurs; Norsk Trygdemedisinsk forening, Lillestrøm, 2015-03-11
- Ikkje alt som tel, vert talt. Ikkje alt som vert talt, tel. Kvalitetskonferansen 2015; Helse Førde, 2015-11-05
- Klinisk autonomi i prosedyrenes og diagnosenes tid. Dagsseminar; A-senteret, Oslo, 2015-03-05
- Kommunikasjon som helseressurs. Videreutdanning; Høgskolen i Ålesund, 2015-08-24
- Kunnskap og evidensbasert praksis. Master i helsefag; Universitetet i Tromsø, Tromsø, 2015-01-16
- Kunnskapsperspektiv på psykiatri og psykisk helsearbeid. Master i psykososialt arbeid; Høgskolen i Østfold, Fredrikstad, 2015-02-12
- Kunnskapsperspektiv på psykisk helsearbeid. Videreutdanning i psykisk helsearbeid; Høgskulen Stord/Haugesund, Stord, 2015-10-20
- Kunnskapssyn og praksis. Hva lærer vi av historiske feilgrep - og hva med oss når vi blir historie? God Psykosebehandling; ISPS-konferanse Norge, Hamar, 2015-01-23
- Mellom fellesskap og individualisme. Fagseminar for familievernnet; Grenland familiekontor, Skien, 2015-04-22 - 2015-04-23