

ALLMENNEMEDISINSK FORSKNINGSENHET (AFE)

Norges teknisk naturvitenskapelige

universitet

NTNU

Årsmelding

2014

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 2015

Irene Hetlevik

Professor dr.med, spesialist i allmenntmedisin

Forskningsleder, AFE-Trondheim.

INNHOOLD

Forord	2
Innhold	3
1. Forskningsmidler – en oppsummering	4
Allmennmedisinsk forskning – midler via statsbudsjettet.....	4
Allmennmedisinsk forskningsfond.....	4
2. Allmennmedisinsk forskningsenhet (AFE - Trondheim): 2014	4
Strategi for AFE-Trondheim.....	4
Lokalisering og organisering.....	4
Fra tidsavgrenset prosjekt til fast virksomhet.....	5
Medlemmer av AFE Trondheim forskergruppe 2014	5
Vitenskapelig arbeid 2014.....	8
Akse 1 – Teoribygging.....	9
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.....	30
Kongresser, seminarer og sentrale foredrag	32
Internasjonalt samarbeid.....	32
Verv og lignende.....	33
Priser.....	35
Rekruttering.....	35
3. Oversikt over publikasjoner, foredrag og mediabidrag 2014	36
Publikasjoner.....	36
Foredrag.....	43
Mediabidrag.....	51
4. Vedlegg 1	
Strategidokument for AFE Trondheim	53
Vedlegg 2	
”Tenketanken” ved AFE Trondheim	55
TenkeTankens medlemmer.....	55
Aktivitet 2008 – 2014.....	57
Publikasjoner og foredrag utover fellesarbeider.....	79

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 2014 har AFE Trondheim mottatt kr 21 697 500. Ansatte på basismidler har generert tilleggsmidler fra andre kilder til ph.d. stipendiater og mindre forskningsprosjekter. Dette omtales under 'Prosjekter'.

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

Allmennmedisinsk forskningsfond

I forbindelse med normaltariifoverenskomsten etablerte Legeforeningen juni 2006 et Allmennmedisinsk Forskningsfond (AMFF) med startkapital på 2.2 millioner. Legeforeningen signaliserte på denne måten vilje til å støtte allmennmedisinsk forskning. Fondet har blitt styrket gjennom årlige tildelinger. Fondet lyser ut midler to ganger årlig og tildelte i 2008 i alt kr 14,3 mill kr til 29 større og mindre prosjekter etter prosjektsøknad, i 2009 kr 12,5 mill til 26 prosjekter, i 2010 kr 16,2 mill til 33 prosjekter, i 2011 kr 15,05 mill til 28 prosjekter, i 2012 vel 12 mill kr til 26 prosjekter, i 2013 11 mill til i alt 27 prosjekter og i 2014 12,6 mill til i alt 26 prosjekter..

2. AFE-Trondheim 2014

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 2014 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 2009 vært inndelt i fire instituttgrupper basert på forskningsområde; en for helsetjenesteforskning og epidemiologi, en for primærhelsetjeneste, en for Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag og en for sosial- og arbeidsmedisin. I 2012 ble en omorganisering gjennomført i form av oppdeling i alt 13 forskergrupper. AFE Trondheim er *en* forskergruppe ved ISM. I 2014 har to med førstestillingskompetanse vært inkludert i AFE forskergruppe uten å ha lønnsmidler fra AFE. Alle ved instituttet må tilhøre en forskergruppe og stipendiater inngår i samme som hovedveileder.

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

Fra tidsavgrenset prosjekt til fast virksomhet

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

Også i 2014 har personene knyttet opp til basisdriften i hovedsak vært ansatt i tidsavgrensede engasjement.

Aktiviteten ved AFE Trondheim har vært økende, vist ved utgifter på kr 347 123 i 2006, kr 1 343 121 i 2007, kr 1 754 566 i 2008, kr 2 136 282 i 2009, 2 769 368 i 2010, kr 3 0324 188 i 2011, kr 3 224 717 i 2012, kr 3 275 129 i 2013 og kr 3 143 188 i 2014. Ubenyttede midler har kunnet bli overført fra år til år etter søknad.

Medlemmer av AFE Trondheim forskergruppe 2014

Personer med førstestillingskompetanse (avlagt ph.d. grad)

Irene Hetlevik 1.1. – 31.12. 14

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

Anna Luise Kirkengen 1.1. – 31.12. 14

Professor dr.med. 40 % stilling lønnet av AFEs basismidler
Professor ved Universitetet i Tromsø, 20 % stilling.

Spesialist i allmenntmedisin

Linn Getz 1.1. – 31.12.14

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

Egil Fors 1.1. – 31.12.14

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

1.1 – 31.12.14 Førsteamanuensis ph.d. 50 % ved ISM

1.1.14 – 31.7.14 50 % stilling ved Psykisk Helsevern, St. Olavs Hospital

1.8.14 – 31.12.14 Overlege ved Coperiosenteret; Trondheim (bedriftslege, psykiatri, funksjonelle lidelser)

Spesialist i allmenntmedisin (til 14.5.14), spesialist i psykiatri.

Halfdan Petursson 1.1 – 31.12.14

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

I allmenntmedisinsk spesialisering, Göteborg, Sverige

Anne-Sofie Helvik

Post.doc 50 % 1.1 – 31.12.14

St Olavs hospital 20 % forskningsveileder

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

Niels Bentzen 1.1 – 30.6.14

Professor II 20 % stilling ved allmenntmedisin, ISM

Spesialist i almenntmedisin, praktiserende læge Uggerslev, Fyn 30 %

Tilordnet i almenntmedisin, Sundhedsstyrelsen, Danmark

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

Johann Aa Sigurdsson 1.1 – 31.12.14

Professor dr. med 50 % stilling lønnet av AFEs basismidler

50 % stilling som professor i allmenntmedisin ved ISM

1.1 – 31.12.14 professor i 24 % stilling i allmenntmedisin, Islands universitet

Spesialist i allmenntmedisin

Ph.d. stipendiater

Bente Prytz Mjølstad 1.1. – 30.12.14

01.01.- 28.02. og 01.09 -30.09.14. 100 % ph.d. stipendiat med midler fra AMFF, Allmenntmedisinsk forskningsutvalg (AFU) og Nidarosfondet

01.03.- 30.08.14. 20 % forskerstilling AFE og 100 % LIS lege Avd klinisk farmakologi, St Olavs hospital.

01.10.14 – 31.12.14. 50 % universitetslektor ved ISM, 20 % forskerstilling AFE og 50 % stilling som fastlegevikar Saksvik Legekontor, Malvik kommune.

Bjarne Austad 1.1. – 31.12.14

50 % ph.d. stipendiat med midler fra AMFF

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

Ingunn Mundal 1.1 – 19.12.14

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

Henrik Vogt 1.1 – 31.12.14

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

Arve Strandheim 1.1 – 31.12.14

Lege ved Levanger sykehus

Spesialist i barne- og ungdomspsykiatri

John-Tore Eid 1.1 – 31.12.14

100 % ph.d stipendiat med midler fra Extrastiftelsen

Toppfinansiering fra Samarbeidsorganet i Helse-Midt Norge

Ingrid Følling 1.1 – 31.12.14

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

Rune Aakvik Pedersen 1.1. – 31.12.14

50% ph.d stipendiat med midler fra AMFF

50 % stilling som Rådgivende lege for NAV, Kristiansund

AFU stipend

Lars Tore Nerbøvik

AFU stipend tildelt 2011, fortsatt veiledningsavtale med AFE

Spesialist i allmenntillegisin, fastlege, Ørskog

Anne Fasting

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

Sykehjemslege, Kristiansund

Veiledningsavtale med AFE

Marianne Rønneberg

4 mnd AFU stipend tildelt 2013

Fastlege, Tingvoll

Veiledningsavtale med AFE

Annet

Margret Olafia Tomasdottir

Lege på Island, spesialist i allmennmedisin. Forsket på fritid i 2012. I 2013 tildelt 2 mnd lønnsmidler fra AFEs basismidler og 4 mnd fra den islandske allmennlegeforening.

I 2014 tildelt 4 mnd 50 % lønnsmidler fra AFEs basismidler.

Er oppmeldt i phd programmet på Island og skal avlegge en phd grad i et samarbeid mellom Universitetet på Island og NTNU.

Imrana Kreso 1.8 – 31.12.14

Sekretær, 50 %, lønnet av AFEs basismidler

Vitenskapelig arbeid 2014

Se liste over publikasjoner, foredrag og mediebidrag for 2014. Den omfatter i alt 54 publikasjoner, 77 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. Tredje ph.d. ved AFE Trondheim ble forsvart 19.12.14 av Ingunn Pernille Mundal. Tittel: '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.' Veiledere hadde vært Egil Andreas Fors, Rolf Wilhelm Gråwe og Olav Morten Linaker.

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

AFE Trondheim ved Hetlevik, Kirkengen, Fors og Getz utformet i 2014 et dokument om fibromyalgi på bestilling fra Hdir til bruk i et større dokument ment for Nasjonalt Råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten i forbindelse med Rådets drøfting av fibromyalgi som tilstand.

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, Getz L, Sigurdsson JA, Petursson H, Kirkengen AL, Krokstad S, McEwen B, Hetlevik I. Co- and multi-morbidity patterns in an unselected Norwegian population: cross-sectional analysis based on the HUNT study and theoretical reflections concerning basic medical models. Europ J for Person Centered Healthcar 2014;2(3):335-45.*
- *Vogt H, Ulvestad E, Eriksen TE, Getz L. Getting personal: can systems medicine integrate scientific and humanistic conceptions of the patient? Journal of Evaluation in Clinical Practice 2014;20:942-52*

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 allmennpraksis 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.)

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 korrigerende og supplere informasjonen fra fastlegen, og evaluere nytteeffekten av en slik tilnærming. Det utarbeides et biografisk journalnotat som beskriver pasienten som person, hans/hennes livsløp og livsomstendigheter. Notatet inneholder også fastlegens og pasientens anbefalinger i forhold til hva som er viktig å vektlegge i en rehabiliteringsprosess. Helsepersonell på sykehjemmet oppfordres til å ta hensyn til denne informasjonen når individuell behandlingsplan skal utarbeides. Det gjøres i tillegg feltarbeid (observasjoner) på sykehjemmet og gjennomgang av journaler for å undersøke i hvilken grad personrelatert kunnskap om pasienten er tilstede – og hvordan helsepersonell forholder seg til denne type kunnskap når den blir brakt systematisk inn i sykehjemmet via det biografiske journalnotatet.

Personer som deltar i prosjektet:

Stipendiat: Bente Prytz Mjølstad (AFE),

Hovedveileder: Irene Hetlevik (AFE)

Biveileder: Anna Luise Kirkengen (AFE)

Biveileder: Linn Getz (AFE)

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)

Systematisk hjärt-kärlriskbedömning på vårdcentral. En jämförelse av riskbedömning med SCORE eller QRISK som riskalgoritm.

(Systematisk kardiovaskulær risikovurdering i klinikken. En sammenligning av risikovurdering med SCORE eller QRISK som risiko algoritme.)

Prosjektperiode: 2010 - 5.2.2014 (avsluttet med en prosjektrapport og presentasjon 5.2.2014)

Økonomi: Lønsmidler fra Västra Götalandsregion, Sverige

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

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

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

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

Personer som deltok i prosjektet:

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

Veileder: Halfdan Petursson (AFE)

Cardiovascular Risk Factors in the Young - A study of Icelandic College Students

Prosjektperiode: 2008 - 9.5.2014 (avsluttet med en prosjektrapport og presentasjon 9.5.2014)

Økonomi: Lønsmidler fra Västra Götalandsregion, Sverige

Prosjektbeskrivelse: In recent years there has been a growing concern about the increased prevalence of cardiovascular risk factors such as obesity and physical inactivity amongst adolescents and young adults, and how this will affect future diseaseburden and mortality.

The aim of the project was to investigate the prevalence of cardiovascular risk factors in young people in Iceland, with special focus on obesity.

Participants were 270 college students aged 18-22. Prevalence of obesity (defined by BMI and waist circumference, respectively) was reported and differences in various CVD risk factors analysed between obese versus non-obese individuals.

Prosjektet var en obligatorisk forskningsoppgave for en lege i spesialisering (ST-läkare) i allmennmedisin i Gøteborg og avsluttades med en prosjektrapport og presentasjon 9.5.2014.

Personer som deltok i prosjektet:

ST-läkare: Sólveig Pétursdóttir (Närhälsan Askim vårdcentral, Gøteborg)

Veiledere: Halfdan Petursson (AFE) og Gunnar Thor Gunnarsson (University of Iceland / Akureyri Hospital)

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

Prosjektperiode: 01.01.12 – 31.12.15 100 % stilling (litteratursøk og planlegging i 2011)

Økonomi: Midler fra AMFF og AFEs basismidler

Prosjektbeskrivelse: Dette prosjektet springer ut av møtet mellom to store bevegelser i moderne medisin: 1) Medisinens, og spesielt allmennmedisinens, utfordringer og 2) systemmedisin. Allmennmedisinens utfordringer kan ses som en konsekvens av at primærhelsetjenesten må tilby integrert og helhetlig behandling og konfronteres med menneskelig funksjon og dysfunksjon i sin fulle kompleksitet. En fundamental utfordring for allmennmedisinen er en fyllestgjørende teoretisk forståelse av, samt tilnærming til, pasienten som en entitet, og helseproblemers bakenforliggende årsaker. Dette inkluderer hvordan det “biologiske”, “psykologiske” og “sosiale” skal forstås å faktisk relatere seg til hverandre. En annen utfordring er at medisinen med tanke på den første utfordringen er delt i “vitenskapelig” (biomedisinsk) og “humanistisk” (biopsykososial, pasient-sentrert, person-sentrert) medisin. En tredje utfordring er de kliniske problemene som ser ut til å synliggjøre den kompleksiteten allmennlegen står overfor. Viktige eksempler er såkalte funksjonelle lidelser eller medisinsk uforklarte 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 medisinens, og spesielt allmennmedisinens, grunnlagsteori.

Disse utfordringene har allmennmedisinen søkt å løse gjennom bruk av lege-pasientforholdet 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 sammensmelting av molekylærbiologi og såkalt “persontilpasset” medisin og systemteori. Metodologisk er

utvikling av matematiske og prediktive modeller et viktig element.

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

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

The first paper in this project was published in 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

Personer som deltar i prosjektet:

Stipendiat: Henrik Vogt (AFE)

Hovedveileder: Linn Getz (AFE)

Biveileder: Irene Hetlevik (AFE)

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 (planlagt medforfatterskap på andre 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 – 30.11.16 (50 %)

Økonomi: Midler fra Samarbeidsorganet i Midt-Norge.

Prosjektbeskrivelse: Bakgrunn: Hørselstap blant voksne er en av de mest vanlige kroniske helseproblemene vi har i den vestlige verden i dag. Det er estimert at Norge og andre nordiske land har en gjennomsnittlig forekomst av hørselssvekkelse på 15 % blant voksne. Prosentandelen med hørselstap øker med økende alder. Videre er mange mennesker i risikozonen for hørselstap på grunn av støy, enten på jobb eller i fritiden.

Mål og hensikt: Målet med studien er å undersøke 1) arbeidsdeltakelse, tidligpensjonering og uføretrygd blant mennesker med hørselstap 2) hvilke faktorer som er relatert til høreapparat tilpassing/eierskap og bruk blant voksne og eldre med hørselstap og 3) sammenhengen mellom høreapparat-utstyr og arbeidssituasjon hos voksne med hørselstap. I et internasjonalt perspektiv vil en slik studie generere verdifull ny kunnskap om mekanismene som influerer hverdagslivet hos mennesker med hørselstap. Dette er viktig for den kliniske audiologiske rehabiliteringen og er etterspurt

blant samfunnsmedisinere. Denne studien vil utvikle ny kunnskap som har betydning for folkehelsen. Deltakerne i denne studien har deltatt i HUNT undersøkelsene (en eller flere) og vi har objektivt registrerte hørselsmålinger på deltakeren fra NTHLS. Data stammer fra perioden 1984 –1997. Tilsammen skal 5 artikler publiseres i en seksårsperiode. To artikler er publisert, den siste i 2013. Link til prosjektet i REK https://helseforskning.etikk.no/ikbViewer/page/prosjekterirek/prosjektregister/prosjekt?p_document_id=230572&p_parent_id=240108&_ikbLanguageCode=us

Samarbeidspartnere:

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

Steinar Krokstad (ISM, HUNT-forskningssenter, 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. To artikler er planlagt. Den ene fokuserer på erfaringer med retningslinjer og eventuelle årsaker til manglende anvendelse av disse og den andre på konsekvenser av å følge mange retningslinjer samtidig, som for eksempel overbehandling og polyfarmasi. Den første artikkelen er innsendt tidsskrift, den andre er i startfasen av skrivingen.

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 (Spatiotemporal aspects of pain in the general population; factors associated with the presence, development and distribution)

Prosjektperiode: 01.07.11 – 30.06.14 (100 %). Prosjektet avsluttet desember 2014.

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

Prosjektbeskrivelse: Kroniske muskel- og skjelettsmerter er vanlige plager i normalbefolkningen over hele verden. I ulike studier varierer forekomsten av slike

smertesmerter hos voksne fra 20 % til 55%, og forekomst av kronisk smertelidelse er høyere i Norge enn i mange andre europeiske land. Det er lite forskningsbasert kunnskap om forekomst av psykiske plager, rusmiddelbruk og livsstilsfaktorer hos personer med kroniske smertelidelser i en normalbefolkning. Flere tverrsnittsstudier viser hvordan ulike smerteaspekter er relaterte mens få studier viser hvordan disse endrer seg over lengre tid. For å få kunnskap om naturlig forløp av kroniske muskel- og skjelettsmerter over tid i normalbefolkningen, samt å få en oversikt over viktige prognostiske psykososiale, demografiske og livsstilsfaktorer, har vi i 3 prospektive delstudier undersøkt: 1) forløpet av vedvarende kroniske generaliserte muskel- og skjelettsmerter og betydningen av angst/depresjon og livsstilsvariabler som prediktorer for vedvarende smerter, 2) helse- og livsstilsvariabler som risikofaktorer for utvikling av kroniske generaliserte muskel- og skjelettsmerter, og 3) hvordan smertene utvikler seg over tid og hvilke faktorer som predikerer denne utviklingen.

Design: Alle studiene er longitudinelle studier basert på data fra HUNT2/baseline (1995-1997) og HUNT3 (2006-2008).

Artikler: (1) [Mundal Ingunn, Gråwe Rolf W, Bjørngaard Johan H, Linaker Olav M, Fors Egil A](#). Prevalence and long-term predictors of persistent chronic widespread pain in the general population in an 11-year prospective study: the HUNT study. BMC Musculoskelet Disord 2014;15:213. Epub 2014 June 20

(2) [Mundal Ingunn, Gråwe Rolf W, Bjørngaard Johan H, Linaker Olav M, Fors Egil A](#). Psychosocial factors and risk of chronic widespread pain: an 11-year follow-up study – the HUNT study. Pain 2014 Aug; 155(8):1555-61. Epub 2014 May 9.

3) Mundal, Ingunn; Bjørngaard, Johan Håkon; Nilsen, Tom Ivar Lund; Nicholl, Barbara; Gråwe, Rolf W.; Fors, Egil A. Long-term changes in musculoskeletal pain sites and locations in the general population: The HUNT study (In submission process)

Personer som deltar i prosjektet:

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

Hovedveileder: Egil A Fors (ISM/AFE).

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

Er kognitiv atferdsterapi god behandling av kronisk utmattelsessyndrom?

Prosjektperiode: 2011 planlegging. Utførelse 15.09.2012–15.09.2015 (100 %), men prosjektet har blitt forsinket pga. sykdom. Antatt disputas august 2016.

Prosjektbeskrivelse: Helsedirektoratet etterlyser dokumentasjon på behandling av kronisk utmattelsessyndrom CFS/ME. Nasjonal kompetansetjeneste for sammensatte symptomtildelser (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 symptomidelser (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 (Avdeling for smerte og sammensatte symptomidelser, St. Olavs Hospital HF).

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

Nils Inge Landrø nevropsykolog (UiO), Pål Romundstad (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

Physical activity and Quality of Life in the Energy Balance and Breast Cancer Aspects 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.

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 2015 for cand psychol Hanne

Solskinnsbakk, foreløpige støtte fra EBBA-II-prosjektet til planlegging og inklusjon.

Hovedveileder (hvis midler): Egil 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 co-and multi-morbidity patterns in the HUNT study, with reference to the theory of allostatic load

Margret Olafia Tomasdottir is an Icelandic GP who works on HUNT data in collaboration with senior researchers at AFE Trondheim In 2014 she received 4 months 50% salary from AFE Trondheim. 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 multi-morbidity in general, based on an integrated theory of mental and physical stress and the theory of allostatic load. For this purpose, we use data from Helse-Undersøkelsen i Nord Trøndelag (The HUNT study) and potentially also linked national registries.

Persons involved in project:

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

Main supervisor: Linn Getz (AFE)

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

Project leader in Trondheim: Irene Hetlevik (AFE)

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

Publication status:

Paper I published: I Cristin

Paper II under revision: Difficult childhood as a predictor of multimorbidity – mediated by allostatic load? A cross-sectional analysis based on the Norwegian HUNT Study

Substance use, health and suicidal behavior among adolescents in Nord-Trøndelag

Prosjektet Tidlig rusdebut – livslang risiko?

Epidemiologisk studie av rusbruk, mental og fysisk helse rapportert i Ung-HUNT 1 og 2 ble avsluttet med disputas mai 2013. Arve Strandheim har i etterkant skrevet protokoll og søkt midler til et postdoc prosjekt som skal baseres på samme datasett med følgende problem formulering:

‘ The main research question is whether and how early adolescence health-, behavioural- and substance problems influences work activity and mortality in early adulthood.

- Adolescents' health/behavioural precursors of early death/suicide
- Adolescents' health/behavioural precursors for expulsion from work life
- Adolescent alcohol/drug use and expulsion from work life and early death'

Økonomi: Midler er foreløpig ikke innvilget i prosjektet

Personer som deltar i prosjektet: Arve Strandheim vil fortsette samarbeidet med sine veiledere i phd prosjektet; Niels Bentzen og Turid Lingaas Holmen og vil i det daglige være ved HUNT senteret, Levanger, tilknyttet forskningsgruppen 'Populasjonsbaserte studier, biobanking og adferdsepidemiologi', men han ønsker også å være med i AFE ut fra tidligere lang erfaring som allmennlege.

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

Prosjektperiode: 01.01.2013 – 31.12.2015 (100 % stipendiat)

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

Prosjektbeskrivelse: Mye av dagens behandlingsforskning retter seg mot å studere effekten av 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 har 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 nyttig hjelp og lever vanlige og helt 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 behandlingstilstander, 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. Det forutsetter at en forstår årsaken til avhengigheten (misbrukets «mening») og vet om tidlige erfaringers betydning i den andres historie. Når en anerkjenner den andres perspektiv som deres sannhet, vil en også kunne imøtekomme den 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 2015 vil funn bli publisert i vitenskapelige artikler og sammenskrevet i en Ph.D. avhandling.

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

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

Hovedveileder: Irene Hetlevik (AFE)

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

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

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

Prosjektperiode: 01.08.2012 – 01.08.2016 (25 % undervisningsplikt)

Økonomi: Midler fra Høgskolen i Nord-Trøndelag

Prosjektbeskrivelse: En av dagens store helseutfordringer er kroniske sykdommer relatert til levevaner. Prevalensen av overvekt og type 2 diabetes har økt betraktelig i Norge de siste tretti årene. Innherred Samkommune (Levanger og Verdal) har etablert frisklivssentraler som har tilbud til personer med behov for å endre levevaner innen helseatferds områdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. I Værnesregionen har kommunene Stjørdal, Meråker, Tydal og Selbu utviklet et behandlingstilbud i primærhelsetjenesten for overvektige med risiko for type 2 diabetes (VEND-RISK). I HUNT 3 ble ca. 5000 personer i Nord Trøndelag identifisert med over 30 % risiko for å utvikle type 2 diabetes de neste ti årene. Disse ble inkludert i en internasjonal

multisenterstudie; DE-PLAN (Diabetes in Europe-Prevention through Lifestyle, Physical Activity and Nutrition) hvor de ble fulgt opp i to år med tilbud om kurs om kosthold og fysisk aktivitet via kommunehelsetjenesten. Ved å bruke et avsluttet (HUNT DE-PLAN), et pågående (VEND-RISK) og et nytt tilbud (Frisklivssentralene Innherred) innen tematikken er det mulig å få svar på flere aspekt omkring endring av levevaner. Formålet med studien er å se på hvordan kommunale tilbud kan bidra til endring av levevaner og reduksjon av risikoprofil hos personer med overvekt og/eller med risiko for å utvikle type 2 diabetes. Data samles inn som 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 kvantitativ studie av deltakere i HUNT DE-PLAN som blir invitert til å delta på VEND-RISK prosjektet. *Problemstilling:* Hva kjennetegner personer som takker ja til et livsstils tilbud, i motsetning til de som takker nei? III: En kvalitativ studie med dybdeintervju av HUNT DE-PLAN deltakere. *Problemstilling:* Hva gjorde at noen som deltok på HUNT DE-PLAN gjennomførte livsstilsendringer mens andre ikke gjorde det? 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- 31.08.2019 (50 %)

Økonomi: Lønns- og driftsmidler fra Allmenntilleggsfond (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 (Allmennmedisinsk forskningsenhet (AFE), Institutt for samfunnsmedisin (ISM), NTNU)

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

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

Maternity care and baby wellbeing

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

Principal investigator: Johann Agust Sigurdsson (AFE).

Smoking during pregnancy

Project period: 1.1.2012-

Midwives and general practitioners in primary care are responsible for antenatal care in uncomplicated pregnancies in Iceland and many other countries. It is therefore their task to identify women at risk of smoking during pregnancy in an effort to support them to stop smoking, for the benefit of themselves and their baby. Recent studies on the aforementioned risk factors are lacking in the Nordic countries. The aim of this project is investigate the prevalence and possible predictors for smoking before and during pregnancy as well as after 24 months of follow up. The first paper in this project was published 2014. 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 1.1.12-

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

The general aim of this project is to analyse the frequency of drug use before pregnancy, in early pregnancy as well as 2 years after delivery and association with socio-demographic variables. Special focus is on analgesic and psychotropic drug use (collectively as: antidepressant, relaxant and sleep medication). Comparison group will be non-pregnant women at same age. 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: 1.1.13 -

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

Use of sedatives and hypnotics and possible association to multimorbidity in the primary care setting

Project period 1.1.13 -

Use of sedatives and hypnotics usually starts with sporadic prescriptions, but by many patients it often ends up as a continuous consumption. The main diagnosis registered as the reason for use of these drugs is “insomnia” or anxiety disorder. Little is known on the incidence of the use of these drugs. Furthermore information regarding the whole disease pattern among these patients is lacking. Is it possible that patients using these drugs are more or less with cluster of diseases or so called multimorbidity

We use Reykjavik and suburbs as a catchment area, covering around 200.000 inhabitants, served by around 80 general practitioners and other physicians. The database includes 87 000 patients. We have collected data on all diagnoses (ICD-10) and prescriptions on sedatives (N05B) and hypnotics (N05C) prescribed in the primary care setting in this area during the years 2007-2013. Furthermore data from the national prescription database are used for comparison and to cover the whole picture of prescriptions on these drugs. At present we are designing different research projects starting to analyse the data

Persons involved:

Kristjan Linnet Cand Pharm (principal investigator)
Magnus Johannsson,
Emil L. Sigurdsson
Larus Gudmundsson
Johann A. Sigurdsson (AFE)

Mindre prosjekter ved AFE Trondheim

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

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

Prosjektperiode: 2009 – 2014 (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 til vurdering for publikasjon.

Personar som deltok i prosjektet:

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

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

Palliativ behandling i primærhelsetjenesten

Prosjektperiode: 2014 - 2015

Økonomi: AFU stipend, 2 måneder, deltid

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

Et spørreskjema er utformet og sendt til alle fastleger i Møre og Romsdal og arbeidet er i gang med å legge inn datamaterialet for videre analyse

Personer som deltar i prosjektet:

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

Hovedveileder: Irene Hetlevik (AFE)

Praksislærerskolen – veiledning for studentveilederne

Prosjektperiode: Innvilget AFU stipend høst 2013.

Økonomi: 4 mnd. stipend, tas ut deltid

Prosjektbeskrivelse: Dette er et fagutviklingsprosjekt med potensiale for mulig videreføring til et phd prosjekt. Målet er å utvikle NTNU-praksislærernes kompetanse som veiledere for lege-studenter utplassert i allmennmedisin/primærhelsetjenesten studiets i år 6. Prosjektet har relevans for veilederrollen generelt men skal fokusere spesielt på veiledning i klinisk kommunikasjon. Marianne Rønneberg planlegger sammen med kolleger fra ISM (NTNU) deltakelse på relevante aktiviteter innad på NTNU og i tillegg deltatt på to kurs i klinisk kommunikasjon med vekt på Calgary Cambridgemetoden. Videre har hun deltatt på et ESMEkurs (essential skills in medical education) i regi av AMEE. I mars 2014 gjennomførte av en pilotstudie blant leger og medarbeidere som deltar på praksislærerkurs om sine erfaringer med studentveiledning, og i desember 2014 ble det utført en spørreundersøkelse for studenter om erfaringer under utplasseringen. Prosjektet skal munne ut i en tilpasset kursrekke myntet på praksislærerne. Det lages til sist en sluttevaluering av fagutviklingsprosjektet og kursrekken.

Personer som deltar i prosjektet:

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

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 %)

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 symptombilde 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 bevegelseslab.

Personer som deltar i prosjektet:

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

Hovedveileder: 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 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 helserelevante variabler
- Identifisere prognostiske faktorer for tilbakeføring til arbeid og bedring av helserelevante mål
- Undersøke effekt av intervensjonene innad i gruppene og helserelevante 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

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 februar 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 komité har godkjent prosjektet. Det er laget en utlysning for PhD stilling i prosjektet.

Personer som deltar: Siv Mørkved (prosjektleder). I prosjektgruppe: Ottar Vasseljen (prof/fysioterapeut), Egil 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 forsinkelser pga. sykmelding)

PhD-stipendiat Nina Grove NTNU, Inst for nevromedisin

Prosjektleder Solveig Klæbo Reitan, overlege/førsteamanuensis

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

Kroniske lidelser som kronisk utmattelsessyndrom (CFS/ME), fibromyalgi (FM) og andre kroniske smertelidelser 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 blir oversett 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 tverrsnittstudie.

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 -31.12.2014

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

Pregnancy and psychological general well-being

Prosjektperiode: 01.01.2014 - 31.12.2014

Økonomi: stipendmidler fra Samarbeidsorganet Helse-Midt

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

Stipendiat: Miriam Gustafsson ISM, NTNU

Hovedveileder: Anne Helvik ISM, NTNU

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

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

Prosjektperiode: 01.01.2014 -31.12.2014

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

Biveiledere: Anne Helvik ISM, NTNU, Vegard Bugten INM, NTNU og ØNH St. Olavs og Heidi B. Eggesbø, Radiologisk avdeling, Rikshospitalet, Oslo

Linn Getz har fra 2012 inngått i en samarbeidsgruppe rundt STORK Groruddalen prosjektet, et stort folkehelseprosjekt ledet av professor Anne Karen Jenum, ansatt ved AFE Oslo, med fokus på bedre helse for mor og barn i en multietnisk befolkning – et samarbeid mellom primærhelsetjenesten i Oslo kommune, spesialisthelsetjenesten og Universitetet i Oslo. Getz' bidrag er innsikt i internasjonal forskning på allostatisk belastning og sykdomsutvikling, inkludert kontakt til professor Bruce McEwen, Rockefeller University, NY. Prosjektgruppen har samarbeidet om flere søknader. Mer informasjon om STORK-prosjektet

<http://www.med.uio.no/helsam/forskning/prosjekter/stork-groruddalen/>

Felles prosjekter ved de fire AFENE:

QUALICOPC

Quality and Costs of Primary Care in Europe (QUALICOPC) er et EU-finansiert prosjekt som har som mål å kartlegge hvilke tjenester allmennlegene utfører i de ulike europeiske landene og pasienters forventning til og tilfredshet med allmennlegenes tjenestetilbud. Det

er det nederlandske 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, dataanalyse og artikkelskriving pågår.

Forskerskole

En søknad om forskerskole i allmennmedisin ble utviklet i 2012 i samarbeid mellom de fire AFE'ne. Forskerskolen vil være et samarbeidsprosjekt mellom de allmennmedisinske forskningsmiljøene i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø med AFE Oslo som hovedansvarlig. Det er dessuten planlagt samarbeid med allmennmedisinske 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 allmennmedisin. De skriver om tildelingen at de i søknadsbehandlingen har lagt stor vekt på søknadenes kvalitet, strategiske betydning for fagområdet og merverdi i forhold til den eksisterende doktorgradsutdanningen. Forskerskolen ble etablert i oktober 2013 to kull er tatt opp..

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-ne, de øvrige allmennmedisinske miljøene og tannhelsetjenestens forskningsmiljøer (AllmennTann-nettverket) har også vist seg fruktbart. Dette samarbeidet er bakgrunnen for at Helsedirektoratet ved utgangen av 2012 bevilget 1 million kroner til utredning av forskningsnettverk i allmennpraksis knyttet til AFE-ne 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, men status for framtidige forskernettverk var fortsatt uklar ved utgangen av 2014.

Kongresser, seminarer og sentrale foredrag

Anna Luise Kirkengen holdt plenumsforelesning på Landsmøde for Rehabiliteringscenterne for torturofre, Haderslev, 240414, Plenumsforelesning på Novemberkonferansen, Kirkelig Ressurssenter, Lovisenberg Diakonale Høyskole, 271114, fritt foredrag under Conference Preventing Overdiagnosis, University of Oxford, UK, 16091og var invitert foreleser til Medisinsk Filosofisk Forum Nordland, Bodø, 301014. Hun var gjesteforeleser ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress i masterprogrammet Psykososialt arbeid med selvmord, rus, vold og traumer. Oslo, 310314.

Halfdan Petursson var plenumsforeleser ved Allmänläkardagarna, nasjonal svensk kongress for allmennleger (januar 2014) med tittel: «Livet är en risk».

Egil Fors var deltaker og styremedlem (norsk leder) for verdenskongressen i atferdsmedisin ICBM i Groningen, august 2014: 'Innovation in Behavioral Medicine'.

Linn Getz holdt følgende key note lectures i 2014: 'On crisis, Hubris and the future of Medicalization. Or: You ain't seen nothin' yet.' Ved Second world conference 'Preventing overdiagnosis.' Oxford University: Centre for Evidence-Based Medicine, Sept 15-17. Dernest 'On Crisis, hubris and the future of Medicalization. Walking in Peter Skrabanek's path. Irish College og General Practitioners' Winter meeting. Athlone Sheraton, Ireland. Nov 22. 250 delegates.

John-Tore Eide holdt foredrag på Nordisk seminar for kvalitative forskere innen allmennmedisin. UiT, Tromsø, september 2014 «En kvalitativ studie av hjelpepotensialet i mellommenneskelige relasjoner. Betydningen av teori, perspektiver og prosesser for utviklingen av ny kunnskap gjennom tematisk analyse.»

Se s 43 for fullstendig oversikt over foredrag.

Internasjonalt samarbeid

Getz, Kirkengen, Petursson og Hetlevik er deltakere i NRG som i 2014 avholdt sitt 10. årlige møte i Magleås, Danmark. To bøker i regi av NRG ble utgitt i 2009 ('Skapar vården ohälsa? Allmänmedicinska reflectioner' og 'Kan sundhedsvæsenet skabe usundhed? Refleksjoner fra almen praksis'). Planene om en engelskspråklig bok med arbeidstittel: 'Less, more, why and how' er foreløpig lagt på is.

Kirkengen har følgende internasjonale tilknytninger og samarbeidspartnere i tillegg til NRG: Vincent Felitti, UCSD; Bruce McEwen, Rockefeller University New York; Program on Violence Prevention, WHO, Genève; Workshop in Philosophy and Health, King's College, London; Network Oxford Phenomenology, Oxford, UK.

Egil Fors har nå internasjonalt samarbeid med følgende: 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 – Stensdottir et al.). Fred Wolfe, University of Kansas i prosjektet: 'Fibromyalgi-kriterie valideringsprosjekt.' Prof Christoffer Johansen, København, Danmark i prosjektet 'Breastcancer, physical activity and QoL'. Prof Ann Mctiernan, Fred Hutchinson Cancer Research Center in Seattle, USA i prosjektet 'Breastcancer,

physical activity and QoL'. Prof A.M van Dulmen at Netherlands institute for health services research (NIVEL), Utrecht, Nederland

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

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

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

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

AFE Trondheim v/Linn Getz har påtatt seg å lede en av mange ESPCH's Special Interest Groups; den aktuelle gruppen har navnet Epistemology and Ontology of Person Centred Healthcare. Linn Getz deltok ved ESPCH's første årlige møte i Madrid juli 2014.

Både Getz, Kirkengen og Tomasdottir har samarbeid med Bruce McEwen. Samarbeidet gav i 2014 en felles publikasjon av Tomasdottir et. al.

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

Verv og lignende

Irene Hetlevik

- Medlem i Forskningsutvalget for Fonden vedrørende finansiering af forskning i almen praksis og sundhetskvesenet i øvrig, Danmark. 2003-2014
- Leder for Forskningsutvalget for Fonden vedrørende finansiering af forskning i almen praksis og sundhetskvesenet i øvrig, Danmark april 2014-nov 2014.

Anna Luise Kirkengen

- Faglig medarbeider i Tidsskrift for Den norske legeförening 2005 -
- Referee i The Permanente Journal 2010 -
- Referee i Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology 2013 -
- Referee i Tidsskrift for Den norske psykologforening 2014 -
- Medlem i komiteen for Marie Spångbergprisen 2006 -
- Varamedlem i Styret for Allmenntmedisinsk Forskningsfond (AMFF) (2. periode)
- Leder av Allmenntmedisinsk Forskningsutvalg (AFU) (2. periode)
- Leder av TenkeTanken ved AFE/ISM/NTNU
- Medlem av bedømmelseskomiteen av frie foredrag under Primærmedisinsk Uke 2014

Linn Getz

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

Egil Fors

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

Johann Agust Sigurdsson

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

Niels Bentzen

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

Bente Prytz Mjølstad

- Medlem i styret for Norsk forening for allmenmedisin (NFA) 2011 –
- Medlem i utvalg for allmennleger i spesialisering (ALIS) 2014 –
- Medlem i arbeidsgruppe vedrørende forebyggende psykiatri 2014 -
- 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 -

John-Tore Eid

- Tatt opp ved Den nasjonale forskerskolen i allmenmedisin (NAFALM) fra 2013
- Vararepresentant i Utvidet ledergruppe ved Institutt for samfunnsmedisin, NTNU
- Vararepresentant i Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultetet ved NTNU.

Bjarne Austad

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

Ingrid S. Følling

- Arbeidsgruppemedlem i Helsedirektoratet ved revidering av Nasjonale Retningslinjer for Diabetes (2014-2016) Tema: Livsstil, fysisk aktivitet, kosthold og overvekt.

- Medlem i Nasjonalt Nettverk for Helsefremming i regi av Helsedirektoratet og Senter for Helsefremmende forskning NTNU/HiST
- Styringsgruppedlem for *VEND- RISK* - Et utviklingsprosjekt for å forebygge diabetes type 2 til personer med overvekt i Værnesregionen
- Medlem i FoU fagråd for Frisklivssentraler i Nord-Trøndelag

Priser

- Ingen tildelte priser i 2014

Rekruttering

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

3. Oversikt over publikasjoner, foredrag og mediebidrag 2013

PUBLIKASJONER

Austad, Bjarne.

Nasjonale retningslinjer i allmennpraksis - for mye av det gode?. *Utposten* 2014 (2) s. 20-21 NTNU

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

Can general practitioners do the follow-ups after surgery with ventilation tubes in the tympanic membrane? Two years audiological data. *BMC Ear, Nose and Throat Disorders* 2014; Volum 14.(2) s. - NTNU STO

Austad, Bjarne; Hetlevik, Irene; Mjølstad, Bente Prytz; Helvik, Anne-Sofie.

Guideline overload as a hindrance to optimal care. A critical view from Norwegian general practice. Poster. Preventing Overdiagnosis; 2014-09-15 - 2014-09-17 NTNU

Austad, Bjarne; Hetlevik, Irene; Mjølstad, Bente Prytz; Helvik, Anne-Sofie.

Guideline overload as a hindrance to optimal care. A critical view from Norwegian general practice. Poster. Primærmedisinsk uke; 2014-10-20 - 2014-10-24 NTNU

Strandheim, Arve; Bjerkeset, Ottar; Gunnell, David; Bjørnelv, Sigrid; Holmen, Turid Lingaas; Bentzen, Niels.

Risk factors for suicidal thoughts in adolescence-a prospective cohort study: the Young-HUNT study. *BMJ Open* 2014; Volum 4.(8) s. HINT HNT NTNU

Eid, John-Tore.

Re: Det er så mye vi ikke vet. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2014; Volum 134.(16) s. 1543- NTNU

Eid, John-Tore.

Traumeenheten ved Betania Malvik. Avviklingsvedtak uten forskningsgrunnlag. *Dagens medisin* 2014 (11) s. 26-26 NTNU

Fors, Egil Andreas.

Er smerter væravhengige? [«Is pain related to the weather?»]. *Best Practice Smerte* 2014; Volum 3.(11) s. 18-20 NTNU

Fors, Egil Andreas.

Spennende, men noe fragmentarisk om psykosomatikk. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2014; Volum 8.(134) s. 856-856 NTNU

Fors, Egil Andreas; Jacobsen, Henrik Børsting; Borchgrevink, Petter Chr.; Stiles, Tore C.

Somatiske symptomer uten vesentlig medisinsk forklaring: Bakgrunn, nosologi og kliniske betraktninger med relevans for psykologer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2014; Volum 51.(5) s. 365-377 NTNU OUS STO

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

Response to letter to the editor. *Pain* 2014; Volum 155.(3) s. 646-647 NTNU STO UiO

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

Do weather changes influence pain levels in women with fibromyalgia, and can psychosocial variables moderate these influences?. *International journal of biometeorology* 2014 ;Volum 58.(7) s. 1451-1457, DIAKON HIOA HBV MODUM NTNU STO UiO

Getz, Linn.

Bidrag til engueten "Fem om legemiddelindustrien". *Rus & samfunn* 2014; Volum 5.(5) s. 45-46 NTNU

Getz, Linn.

Er det plass til menneskets ånd i dagens medisin? *A-magasinet: uketillegg til Aftenposten* 2014 s. 14- NTNU

Getz, Linn.

Klokt om makt og hjelp. Anmeldelse av boka "Mellom makt og hjelp" av Greta Marie Schau. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2014; Volum 134. s. 542- NTNU

Getz, Linn.

On Crisis Hybris and the Future of Medicalisation. *Abstraktbok Preventing Overdiagnosis Conference 2014* 2014 s. 22- NTNU

Følling, Ingrid Sørdal; Kulseng, Bård; Helvik, Anne-Sofie.

Overweight, obesity and related conditions: a cross-sectional study of adult inpatients at a Norwegian Hospital. *BMC Research Notes* 2014; Volum 7.(115) HINT NTNU STO

Hansen, Aleksander Grande; Helvik, Anne-Sofie; Nordgård, Ståle; Bugten, Vegard; Stovner, Lars Jacob; Håberg, Asta; Gårseth, Mari; Eggesbø, Heidi Beate.

Incidental findings in MRI of the paranasal sinuses in adults: a population-based study (HUNT MRI). *BMC Ear, Nose and Throat Disorders* 2014; Volum 14. s. - HNT NTNU OUS STO

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

A 52 month follow-up of functional decline in nursing home residents - Degree of dementia contributes. *BMC Geriatrics* 2014 ;Volum 14.(45) s. - AHUS NTNU SI SIV STO UiO

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

Sense of coherence and quality of life in older in-hospital patients without cognitive impairment- a 12 month follow-up study. *BMC Psychiatry* 2014; Volum 14.(82) s. 1-9 AHUS NTNU SI SIV STO

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

Nursing home admission during the first year after hospitalization - The contribution of cognitive impairment. *PLoS ONE* 2014; Volum 9:e86116.(1) s. - AHUS NTNU OUS SI STO UiO

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

Psychological distress and perceived health in inmates in Norwegian prisons. *Scandinavian Journal of Public Health* 2014; Volum 42.(2) s. 171-176 NTNU STO UiB

Iversen, Valentina Cabral; Mangerud, Wenche Langfjord; Søndena, Erik; Kjelsberg, Ellen; Helvik, Anne-Sofie.

Exploring the role of communication skills among natives and immigrants on their misconduct behaviour in prison. *International Journal of Culture and Mental Health* 2014;Volum 7.(1) s. 109-121 NTNU OUS STO

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* 2014 NTNU SIV STO

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* 2014 NTNU STHF STO

Kirkengen, Anna Luise.

Dyrebar erfaringskunnskap. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2014; Volum 134. s. 1682- NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Ghosts from the Nursery. *The Permanente Journal* 2014; Volum 18. s. – NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Om å møte krenkede kvinner. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2014; Volum 134. s. 2078-2078 NTNU

Kirkengen, Anna Luise; Mjølstad, Bente Prytz; Getz, Linn; Ulvestad, Elling; Hetlevik, Irene.

Can person-free medical knowledge inform person-centered medical practice?. *European Journal for Person Centered Healthcare* 2014 ;Volum 2.(1) s. 32-36
HAUKELAND NTNU UiB UiT

Næss, Ane Brandtzæg; Kirkengen, Anna Luise.

Raskere cellealdring etter vond barndom. *Utposten* 2014 ;Volum 43. s. 27-29
NTNU UiO

Thornquist, Eline; Kirkengen, Anna Luise.

The quantified self: closing the gap between general knowledge and particular case?. *Journal of Evaluation In Clinical Practice* 2014 s. - HIB NTNU UiT

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

Prevalence and long-term predictors of persistent chronic widespread pain in the general population in an 11-year prospective study: the HUNT study. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2014; Volum 15.(1) s. - HMR NTNU STO

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

Psychosocial factors and risk of chronic widespread pain: An 11-year follow-up study - The HUNT study. *Pain* 2014; Volum 155.(8) s. 1555-1561 HMR NTNU STO

Pedersen, Rune Aakvik; Aarseth, Turid.

Et skjult problem: manglende forståelse av betingelsene for samarbeid og læring i komplekse systemer kan føre oss bort fra målene om en mer helhetlig helsetjeneste. *Adresseavisen* 2014; Volum 248.(135) s. 41- HIM NTNU

Pétursdóttir, Solveig; Petursson, Halfdan.

Cardiovascular Risk Factors in the Young. A study of Icelandic College Students. Göteborg: Fou primärvård. Västra Götalandsregionen 2014. Rapport 15 sider.

Petursson, Halfdan; Sigurdsson, Johann Agust; Hetlevik, Irene; Getz, Linn.

Predictive risk algorithms as a driver of overdiagnosis - current status and what next? *Preventing Overdiagnosis - Conference abstracts* 2014 s. 55- NTNU

Gavin, Thomas; Petursson, Halfdan.

Systematisk hjärt-kärlriskbedömning på vårdsentral. En jämförelse av riskbedömning med SCORE eller QRISK som riskalgoritm. Göteborg: Fou primärvård. Västra Götalandsregionen 2014. Rapport 11 sider.

Petursson, Halfdan; Sigurdsson, Johann Agust; Hetlevik, Irene

Cardiovascular Risk Factors in the Young. A study of Icelandic College Students. Göteborg: Fou primärvård. Västra Götalandsregionen 2014. Rapport 15 sider.

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

Drug use during early pregnancy: Cross-sectional analysis from the childbirth and health study in primary care in Iceland. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2014; Volum 32.(3) s. 139-145 NTNU

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

Smoking during pregnancy. Childbirth and Health Study in Primary Care in Iceland. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2014; Volum 32.(1) s. 11-16 NTNU

Jacobsen, Geir Wenberg; Hem, Erlend; Sigurdsson, Johann Agust.

Baráttan við ginklofa í Vestmannaeyjum. *Læknablaðið : Icelandic medical journal* 2014; Volum 100.(1) s. 90-96 NTNU

Jensdottir, Johanna Ósk; Sigurdsson, Johann Agust; Kristjansdottir, Hildur; Olafsdottir, Olof Asta.

Barneign og heilsa, líkamleg einkenni á meðgöngu og eftir fæðingu (Pregnancy and health. Somatic symptoms during pregnancy and after delivery). *Abstrajtbok-Vetenskaplig konferens-Icelandi College of Family Physicians* 2014 s. 11-11 NTNU

Kristjansdottir, Hildur; Gottfredsdottir, Helga, Islands universitet; Björnsdottir, Amalia, Islands universitet; Sigurdsson, Johann Agust.

Fjöldi skoðana í meðgöngu, samfella í þjónustu og reynsla kvenna. Ferilrannsókn meðal íslenskra kvenna á meðgöngu og eftir fæðingu barns (Enskur titill: Number of visits, continuity of care an women's experience of antenatal care. A cohort study among Icelandic women during pregnancy and after birth).

Ljósmeðrabladid (Journal of the Icelandic Midwives Association) 2014; Volum 92. s. 7-14 NTNU

Linnet, Kristjan, Islands universitet; Guðmunsson, Lárus S. Landlæknisembættið; Sigurdsson, Emil Larus; Jóhannsson, Magnús, Lyfjastofnun; Sigurdsson, Johann Agust.

Notkun svefn-og kvíðastillandi lyfja - tengsl við sjúkdómaklasa (Use of sedatives and tranquillizers- associated with multimorbidity?). *Abstrajtbok-Vetenskaplig konferens-Icelandi College of Family Physicians* 2014 s. 13-13 NTNU

Rúnarsson, Ragnar Freyr; Thors, Hildur; Steingrímsdóttir, Þóra; Kristjansdottir, Hildur; Olafsdottir, Olof Asta; Sigurdsson, Johann Agust.

Þvaggleki meðal kvenna á meðgöngu og 2 árum eftir barnsburð og áhrif þvaggleka

á andlega líðan þeirra (Urinary incontinence among pregnant women, and 2 years after delivery). *Abstrajtbok-Vetenskaplig konferens-Icelandi College of Family Physicians* 2014 s. 24-24NTNU

Tomasdottir, Margret Olafia; Getz, Linn; Sigurdsson, Johann Agust; Petursson, Halfdan.

Too many diagnoses - multimorbidity as a medical artefact?. *Preventing Overdiagnosis. Winding back the harms of too much medicine. University of Oxford, UK, september 15-17, 2014 Programme and Abstracts* 2014 s. Board 22-NTNU

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

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 for Person Centered Healthcare* 2014; Volum 2.(3) s. 335-345 NTNU

Vogt, Henrik.

Hevn, og vår naturs bedre engler. *Minerva (nettutgaven)* 2014 NTNU

Vogt, Henrik.

Kampen om årsaken. *Aftenposten (morgenutg. : trykt utg.)* 2014 NTNU

Vogt, Henrik.

Lidelsens blindpassasjerer. *Aftenposten (morgenutg. : trykt utg.)* 2014 NTNU

Vogt, Henrik; Getz, Linn; Hetlevik, Irene.

Legen har fortsatt rett. *Morgenbladet* 2014 NTNU

Vogt, Henrik; Getz, Linn; Hetlevik, Irene.

Naivt om den digitale pasienten. *Aftenposten (morgenutg.: trykt utg.)* 2014 NTNU

Vogt, Henrik; Getz, Linn; Hetlevik, Irene.

Total health - the holistic overdiagnosis of Systems (P4) medicine. *Abstraktbok Preventing Overdiagnosis Conference 2014* 2014 s. 67- NTNU

Vogt, Henrik; Ulvestad, Elling; Eriksen, Thor Eirik; Getz, Linn.

Getting personal: Can systems medicine integrate scientific and humanistic conceptions of the patient?. *Journal of Evaluation In Clinical Practice* 2014; Volum 20. s. 942-952 HAUKELAND NTNU UiB UiT UNN

Vogt, Henrik; Ulvestad, Elling; Eriksen, Thor Eirik; Getz, Linn.

Systems Medicine - holistic and personalized in a humanistic sense?. *Abstract*

*book: The First International Conference on Systems and Complexity Sciences
for Healthcare An Imperative for the 21st Century 2014 NTNU UiB UiT*

FOREDRAG/PRESENTASJONER

Austad, Bjarne.

Dilemmaer med nasjonale faglige retningslinjer. Rådsmøte, miniseminar om multisyke; 2014-06-02 - 2014-06-02 NTNU

Austad, Bjarne.

Dilemmaer med nasjonale faglige retningslinjer - fra allmennlegens perspektiv. HelseDirektoratet, implementeringsseminar; 2014-06-19 - 2014-06-19 NTNU

Austad, Bjarne.

Nasjonale retningslinjer. AFE seminar; 2014-02-27 - 2014-02-28 NTNU

Eid, John-Tore.

En kvalitativ studie av hjelpe-potensialet i mellommenneskelige relasjoner. Betydningen av teori, perspektiver og prosesser for utviklingen av ny kunnskap gjennom tematisk analyse. Nordisk seminar for kvalitative forskere innen allmenmedisin; 2014-09-29 - 2014-09-30 NTNU

Fors, Egil Andreas.

Allmennpraksis og CBT ved smerte. CBT i allmennpraksis; 2014-04-04 - 2014-04-04 NTNU

Fors, Egil Andreas. Fibromyalgia: New perspectives. Norwegian Fibromyalgia Association annual meeting; 2014-03-15 - 2014-03-15 NTNU

Fors, Egil Andreas.

Hva er smerte? Et TED foredrag. Oslo Bokfestival; 2014-09-13 - 2014-09-13 NTNU

Fors, Egil Andreas.

Kognitiv behandling av smerte. CBT workshop for leger og psykologer; 2014-09-25 - 2014-09-25 NTNU

Getz, Linn.

A brief history of cardiovascular risk estimations. Nordic Risk Group. årlig møte; 2014-05-11 NTNU

Getz, Linn.

Allmenmedisin i skjæringspunktet mellom den kunnskapsbaserte medisinske tradisjon og den sosialmedisinske virkeligheten. Hvor står vi?. Grunnkurs A i allmenmedisin; 2014-06-20 NTNU

Getz, Linn.

Allostatisk overbelastning og smerte. Emnekurs i Smertemedisin; 2014-10-21 NTNU

Getz, Linn.

An integrative approach to risk and multimorbidity in the elderly. The 18th Berzelius Symposium; 2014-08-20 - 2014-08-22 NTNU

Getz, Linn.

Det som nærer og det som tærer. Et helhetlig perspektiv på helse og sykdomsutvikling med utgangspunkt i allostasebegrepet. Den offentlige tannhelsetjenestens årsmøte; 2014-11-05 NTNU

Getz, Linn.

Endrede roller på grunn av ny teknologi, E-helse. EHIN konferansen; 2014-11-03 NTNU

Getz, Linn.

Keynote: On Crisis, Hubris and the Future of Medicalisation. Preventing Overdiagnosis (2. verdenskonferanse); 2014-09-15 - 2014-09-17 NTNU

Getz, Linn.

Keynote: Walking along Peter Skrabanek's path: On Crisis, hubris and the future of medicalisation. Årsmøte/konferanse i The Irish College of General Practitioners; 2014-11-22 NTNU

Getz, Linn.

Om molekyler og mening. Et integrativt perspektiv på helse og sykdomsutvikling. Medisinsk Filosofisk Forum Nord, månedlig møte; 2014-03-27 NTNU

Getz, Linn.

On Crisis, Hybris and the Future of Medicalisation. ISMs fagmøteserie; 2014-12-18 NTNU

Getz, Linn.

Person Centered Healthcare. Current epistemological and ontological considerations. First Annual Conference of The European Society for Person Centered Healthcare; 2014-07-03 - 2014-07-04 NTNU

Getz, Linn; Kirkengen, Anna Luise.

Betydning av livserfaringer for helse og sykdom. Halvdags seminar; 2014-04-10 NTNU UiT

Getz, Linn; Sundby, Harald.

Klinisk kommunikasjon. En fellesnevner for allmennleger som studentveiledere. Praksislærerkurs, ISM, NTNU; 2014-03-07 NTNU

Getz, Linn; Vogt, Henrik.

Risk, Frisk Hurr-App! Foredrag ved professor Bjørn Hofmanns 50-års jubileumsseminar. Seminar for Bjørn Hofmann 50 år; 2014-05-23 NTNU

Björklöf, Guro Hanevold; Halse, Ingeborg; Engedal, Knut; Helvik, Anne-Sofie.

Aspects of coping in persons with dementia. III Norway-Brazil symposium 2014; 2014-04-04 - 2014-04-12 NTNU SIV

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

Bruk og misbruk av alkohol og psykofarmaka blandt eldre: Har kommunehelsetjeneste fokus på dette tema? Landskonferansen i Alderspsykiatri; 2014-04-28 - 2014-04-30 NTNU SIV UiO

Johannessen, Aud; Engedal, Knut; Larsen, Marianne; Lillehovde, Elin Johnsen; Grønli, Ole Kristian; Helvik, Anne-Sofie.

Alkohol og psykofarmaka- er dette i fokus ved behandling og tilrettelegging av tjenester til alderspsykiatriske pasienter. Landskonferansen i Alderspsykiatri; 2014-04-28 - 2014-04-30 DIAKON NTNU SI SIV UiO UiT

Hetlevik, Irene.

AFE Trondheim - bakgrunn og status. Dialogmøte mellom AFE ledere og HDir; 2014-11-04 NTNU

Hetlevik, Irene.

AFE Trondheim - bakgrunn og status. Internmøte ved ISM, NTNU; 2014-12-08 NTNU

Hetlevik, Irene.

Forskning i primærhelsetjenesten - hva må til. Erfaring fra allmenntilleggsmedisinen. Prosjektmøte i FYSIOPRIM; 2014-10-25 NTNU

Hetlevik, Irene.

Kunnskap på allmenntilleggsmedisinens egne premisser. Prosjektmøte; 2014-05-15 NTNU

Hetlevik, Irene.

Medisinsk kunnskap - på godt og vondt. Kurs om overdiagnostikk og overbehandling ved PMU; 2014-10-23 - 2014-10-25 NTNU

Hetlevik, Irene.

Synspunkter på et kommunalt helse- og omsorgsregister (KHOR). Workshop i regi av HDir; 2014-11-04 NTNU

Hetlevik, Irene.

Too much medicine? Hva er myndighetenes rolle og ansvar? Debattinnlegg på kurs om Overdiagnostikk og overbehandling; 2014-10-23 - 2014-10-24 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Avmakt og helse -- en sammenheng. Masterprogrammet; 2014-11-11 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Barndomsforgiftning -- et allmenmedisinsk innsteg. Nettverksmøte; 2014-05-27 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Betydningen av livserfaring for sykdom og helse. Aksept Seminar; 2014-04-08 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Biomedisinske artefakter vi ikke har råd til. Medisinskfilosofisk forum Nordland; 2014-10-30 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Erfaring påvirker vår kropp og derved vår helse. Landsmøte; 2014-04-24 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Fortidens virkning i nåtidens plager. Videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi; 2014-05-05 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Hva handler barndomsforgiftning egentlig om? Flerfaglig seminar Helse- og Omsorgssektor; 2014-09-18 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Hvis ikke systemmedisin -- hva er da saken? Primærmedisinsk Uke 2014; 2014-10-24 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Hvordan blir krenkelseserfaring omsatt til sykdom? Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid; 2014-04-02 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Morens helse i barselomsorgen. Barnesenterets Fagseminar; 2014-02-27 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Hvordan går traumatisk erfaring under huden? Internt seminar; 2014-03-27 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Hvordan synes det at et barn er i fare? Flerfaglig seminar; 2014-05-07 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Krenkelseserfaring -- hva så? Masterutdanning i psykososialt arbeid; 2014-03-06 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Krenket gjør krank. Novemberkonferansen; 2014-11-27 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Når krenka barn blir sjuke vaksne. Videreutdanning i psykisk helsearbeid; 2014-03-25 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Når krenkede barn bli syke voksne. Høyres Kommunalkonferanse 2014; 2014-09-05 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Rus, avhengighet og lidelse i et generasjonsperspektiv. Internt seminar; 2014-09-04 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Rus, selvmord og sykdom -- kan de ha felles opphav?. Masterprogrammet; 2014-03-31 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Structural violence -- impact on health. Internasjonalt Kurs HEL-3011; 2014-11-18 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Traumatiserte barn og Barnevernet. Internt seminar; 2014-11-25 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Traumer og helse -- kunnskapsfeltet. Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid; 2014-10-06 NTNU

Kirkengen, Anna Luise; Eriksen, Thor Eirik.

Interpretation through hypostatization? Confronting the challenge termed "Medically Unexplained Symptoms". Preventing Overdiagnosis; 2014-09-15 - 2014-09-17 NTNU UiT

Kirkengen, Anna Luise; Sigurdsson, Johan Àgust.

Allmennleger og voldsskadede pasienter. Allmenntmedisinsk klinikk; 2014-11-21 NTNU

Mjølstad, Bente Prytz.

Finansieringssystemer i fastlegeordningen. Hvordan stimulere til god faglig allmennpraksis? Fellesmøte Norsk forening for allmennmedisin og Allmennelegeforeningen; 2014-11-28 - 2014-11-28 NTNU

Mjølstad, Bente Prytz.

Pasienten, Fastlegen og Institusjonen. Alle viktige ved rehabilitering. Dagsseminar: Kunnskapsbasert helsetjeneste i kommunene. Forskningsmiljøene møter praksisfeltet.; 2014-01-24 - 2014-01-24 NTNU

Mjølstad, Bente Prytz.

Utvikling av "persontilpasset medisin" - i high-tech eller humanistisk retning? Internundervisning avd for klinisk farmakologi, St Olavs hospital; 2014-08-21 - 2014-08-21 NTNU

Mjølstad, Bente Prytz; Roksund, Gisle.

Kursleder for emnekurs om overdiagnostikk og overbehandling. Allmennelemisinsk våruke 2014; 2014-05-07 NTNU

Mjølstad, Bente Prytz; Sundby, Harald.

Kommunikasjon i allmennpraksis. Grunnkurs A. Grunnkurs A; 2014-06-17 - 2014-06-17 NTNU

Petursson, Halfdan.

Funderingar om etik i medicinsk forskning. Vetenskapligt förhållningssätt (forskningskurs for leger); 2014-04-03 NTNU

Petursson, Halfdan.

Livet är en risk! Allmänläkardagarna; 2014-01-29 - 2014-01-31 NTNU

Petursson, Halfdan.

Overdiagnosis. Seminariedag for ST-läkare i Göteborg; 2014-09-10 NTNU

Petursson, Halfdan.

Predictive risk algorithms as a driver of overdiagnosis - current status and what next? 2nd International Preventing Overdiagnosis Conference; 2014-09-15 - 2014-09-17 NTNU

Petursson, Halfdan.

Risikokalkulering - en risikosport?. Primærmedisinsk uke 2014; 2014-10-20 - 2014-10-24 NTNU

Petursson, Halfdan.

Risikokalkuleringsverktøy: Hjerter- og karsykdom. AFE seminar; 2014-02-27 - 2014-02-28 NTNU

Sigurdsson, Johann Agust.

Friske risikanter eller kroniskt syke? Multimorbiditet. Primærmedisinsk uke; 2014-10-20 - 2014-10-24 NTNU

Sigurdsson, Johann Agust.

Osteoporosis risk scoring according to WHO. Fagmöte; 2014-05-08 - 2014-05-10 NTNU

Sigurdsson, Johann Agust.

Skyn og skúrir. Vetenskaplig koferens; 2014-10-03 - 2014-10-04 NTNU

Tomasdottir, Margret Olafia; Getz, Linn; Sigurdsson, Johann Agust; Petursson, Halfdan.

Too many diagnoses- multimorbidity as a medical artifact?. Preventing Overdiagnosis - 2nd world conference; 2014-09-15 - 2014-09-17 NTNU

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

Erfið barnæska sem forspárgildi fyrir sjúkdómabyrpingar – möguleg áhrif af allostatísku ofálagi? (Difficult childhood as a predictor of allostatic overload and multimorbidity). Nasjonalt forskningsmøte for islandske allmennleger; 2014-10-03 - 2014-10-04 NTNU UiT

Tomasdottir, Margret Olafia; Steingrimsdottir, Thora; Getz, Linn; Kristjansdottir, Hildur; Björnsdottir, A; Olafsdottir, OA; Sigurdsson, Johann Agust.

Heilsa móður og barns í ljósi sögu um ofbeldi. (The light of mother and child in light of a history of violence experience). nasjonal forskerkonferanse for islandske allmennleger; 2014-10-03 - 2014-10-04 NTNU

Vogt, Henrik.

Overdiagnostikk og unødvendig behandling - Kan "personalized medicine" være tingen? (Vekt på systemmedisin). Primærmedisinsk Uke (PMU) "Kunsten og velge"; 2014-10-24 NTNU

Vogt, Henrik.

Plenumsdebatt: Endrede roller. E-Helse i Norge (EHIN); 2014-11-03 NTNU

Vogt, Henrik.

Systems medicine - personalised, holistic, integrative in a humanistic sense?. Systems and Complexity Sciences for Healthcare; 2014-11-13 - 2014-11-14 NTNU

Vogt, Henrik.

The Human Forecast: Systems P4 medicine as a Proposed Foundation for

General Practice. Nordic Risk Group - "Big data and personalised medicine";
2014-05-09 NTNU

Vogt, Henrik.

Total health - The holistic overdiagnosis of Systems (P4) medicine. Preventing
overdiagnosis - 2nd world conference; 2014-09-15 - 2014-09-17 NTNU

MEDIA

Austad, Bjarne.

Drukner i retningslinjer. Dagens Medisin [Avis] 2014-10-09 NTNU

Bordvik, Målfrid; Austad, Bjarne.

Øreopererte barn hører like godt med oppfølging hos fastlege. Dagens Medisin [Avis] 2014-05-22 NTNU

Fors, Egil Andreas.

"Hva ER smerte"? NRK1 (Tyholt, Trondheim) [Radio] 2014-11-24 NTNU

Helvik, Anne-Sofie; Guldberg, Hans Cato.

Forsket til eldres beste. Østlendingen [Avis] 2014-05-24 NTNU STO

Bordvik, Målfrid; Hetlevik, Irene.

Allmenntmedisiner trakk seg i protest. Dagens Medisin [Fagblad] 2014-01-08 NTNU

Storvik, AG; Hetlevik, Irene.

'Kampen og blodtrykket'. Dagens Medisin [Fagblad] 2014-10-09 NTNU

Storvik, AG; Hetlevik, Irene; Austad, Bjarne.

Styres av 5000 sider med retningslinjer. Dagens Medisin [Avis] 2014-10-09 NTNU

Kirkengen, Anna Luise.

Når barn lider overlast. NTNU-blogg med lenke til <http://barnsbesteblogg.com/2014/03/> [Internett] 2014-03-14 NTNU

Skafjeld, Anett; Kirkengen, Anna Luise.

Intervju om en utstilling. NRK Buskerud [Radio] 2014-06-17 NTNU

Vidunsdatter, Trine; Kirkengen, Anna Luise.

Intervju på NRK Nordland med Anna Luise Kirkengen 10.11.2014. NRK Nordland [Radio] 2014-11-10 NTNU

Vogt, Henrik.

Bruk hodet - tenk deg frisk. Bedre Helse [Tidsskrift] 2014-10-01 NTNU

Vogt, Henrik.

Du blir faktisk bedre om du tror du får hjelp. Aftenposten [Avis] 2014-02-26 NTNU

Vogt, Henrik.

Kaller ebola-dekning «hysteri» og «underholdning». Kampanje.no [Fagblad]
2014-10-07 NTNU

Vogt, Henrik.

Kropp og sjel er ett. Tara Frisk [Tidsskrift] 2014-03-01 NTNU

Vedlegg 1

STRATEGIDOKUMENT (kortversjon) for AFE-Trondheim

Akse I – Teoribygging

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

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

Individrettet forebyggende medisin

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

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

”Funksjonelle lidelser”

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

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

‘Multimorbiditet’

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

Akse II – Praksisnær empiri

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

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

Arbeidsform

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

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

AFE forskergruppe arrangerer felles samlinger flere ganger årlig 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, Høgskolen i Volda.



Anna Luise Kirkengen

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



Elling Ulvestad

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



Arne Johan Vetlesen

professor i filosofi, Universitetet i Oslo



Edvin Schei

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



Irene Hetlevik

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



TenkeTanken AFE Trondheim: fra februar 2008 til desember 2014

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.) Allmenmedisin. 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

Innsendt

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. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2014.

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 selvbilde og bli kompetente sosiale aktører.

En tredje tråd ledet oss

fra immunologisk ervervet og fortolket individuell erfaring på cellenivå
til sosiokulturelt ervervet og fortolket intersubjektiv erfaring på symbolnivå.

En fjerde tråd ledet oss

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

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

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

The world is strongly semiogenic.

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

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

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

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

justeres og forfines. Utforskningen og analysen rettes mot underliggende *mønstre eller dybdestrukturer*.

Abduksjon har altså en estetisk orientering eller intensjon.

Abduksjon går ut fra empiriske fakta men innreflekterer teoretisk forforståelse.

Abduksjon bidrar derfor med forståelse *og* forklaring.

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

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

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

6. Møte (210909 – 220909)

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

Vi reflekterte over hvilken betydning vi selv tilkjenner *vår egen faglige erfaring* i rollene som enten immunolog, psykolog, forsker eller primærlege. Immunologen sa at subjektet (i all hemmelighet) var på vei inn i immunologien på grunn av den voksende erkjennelsen av erfaringens betydning for immunitet. Psykologen påpekte det fraværende subjektet i den delen av psykologien som bygger på behaviorismen og som gjør subjektet til en tankemaskin fordi en erfaring defineres som (og forveksles med) en tanke. Følgelig prøver faget å "rette på feilaktige tanker" uten å anerkjenne tankens kilde: **erfaring!**

Det førte til drøftingen av følgende tankerekke i Vetlesens essay: "Overvintringen av kravene [i det positivistiske vitenskapssynet] til det beskrevnes 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 uttryddelig 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 medisinen 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 lever i den virkelige verden for å kunne bidra til valide utsagn om mennesket og menneskers væren-i-verden. Dette krever en metodologisk reorientering som kan omskrives slik: *pasient-subjektet med sin personlige erfaring må gjeninnføres i biomedisinen kunnskapsfundus og metodologiske repertoar.*

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

Dermed blir empati et medisinsk kjernetema, ikke bare på grunn av dets opplagte relevans for kliniske møter, men snarere enda mer for medisinsk kunnskapsutvikling og for biologisk forståelse. Empatien – fraværende fra psykologien som begrep men tilstede

som fokus for terapeutens interesse – er sterkt tilstede i evolusjonen og fenomenologien. Evolusjonen synes å ha støttet utviklingen av empati i form av altruisme, uttrykt av organismer som er sosiale og oppofrende, hvor alle støtter medlemmene av sin gruppe. Mest utpreget i eusosiale skapninger som bier, men også blant mennesker, synes denne altruismen å ha medført komparative fordeler. Den evolusjonære altruismen har sitt speilbilde i den psykologiske altruismen som utfolder seg blant mennesker som utfører uegennyttige handlinger for sine medmennesker.

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

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

9. Møte (081110 – 091110)

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

Shaun Gallagher er en betydelig stemme i dette voksende fagfeltet. I sin bok "How the body shapes the mind" og utgående fra spørsmålet om det immunologiske selv – og om organismen er/kjenner seg selv, og hvis ja – hvordan, drøfter Gallagher kroppen på to måter: som Body Image med begrepene selvbilde, selvforståelse og selvbevissthet – og som Body Scheme, det som handler om hva kroppen kan, hva som er nedlagt i den, det innate og autonome men også det lærte, inkorporerte.

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

Forelesninger og formidling i 2010

Anna Luise Kirkengen snakket om forskjellen mellom den menneskelige *biologien* og

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

10. Møte (070311 – 080311)

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

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

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

Er identitet den forebyggende medisins domene? Grunnprinsippene i epidemiologien – læren om det som kommer over folket – er å samle kunnskap basert på utsagn om en såkalt faktor, et lesbart og målbart fenomen egnet til numerisk kontroll. Et eksempel: blodtrykkets betydning for slag om 10 år, korrigert for alle andre faktorer. Det betyr at man identifiserer individer på grunnlag av en kalkyle som "utdefinerer" resten av livet. Ekstern validitet blir på den måten ofret for intern validitet. Kunnskap fra eksperimentet (=studien av mange) omformes til retningslinjer som blir lagt til grunn for handling (=behandling av den enkelte). Epidemiologisk identitet knyttes bare til én/få "faktor/er".

Er identitet psykologiens domene? Vår tid kjennetegnes av "nedsmelting av fellesskap", avtakende tydelighet hos såkalte signifikante andre og økende deflasjon av tradisjonelle *identitetsmarkører*. Følgen er: Når identitet ikke lenger er *gitt*, har *du* fått i oppgave å *gjøre* den selv. Denne selvetableringen av identitet er et skjørt prosjekt. "Forsiden" byr på økte frihetsgrader – til henimot ubegrenset selvbygging. "Baksiden" handler om økende avhengighet av andres blikk som bekreftelse for at man finnes. Derved konkurrerer alle om alles blikk. 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 ondskapen 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 medisins syn på mennesket, helse og sykdom fra vestlig medisin ble etablert i antikkens Hellas, via det humane genom-prosjektet (HUGO) rundt årtusenskiftet og inn i nær framtid.

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

Anna Luise Kirkengen: Gordon 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 selvavkleddning. Psykiatrien selv ble avkledd. Og det besørget, paradoksalt nok, noen av landets fremste og mest taleføre psykiatere. Det genererte vårt neste tema:

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

Så beskrev og drøftet vi det polariserte medisinske landskapet mellom

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

med andre ord mellom den epidemiologisk/statistisk **kalkulerte sannsynlighet**,

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

14. Møte (100612 – 130612)

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

The nature of humans and the goal of medicine

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

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

15. Møte (170912)

I vårt 15. møte prøvde vi å gå til kanten av hva medisinfaget i sitt nåværende fagspråk kan utsi om en pasient, om en sykdom, om en person, og om et mellommenneskelig møte mellom to personer, en i rollen som pasient og en i rollen og funksjonen som lege. Vi må nemlig finne ut hva ”person” betyr i et fag der de arenaene som nå danner den såkalte ”fagfronten” snakker euforisk om det nye målet: Personalized medicine, altså medisinsk behandling som er ”skreddersydd” til den angjeldende pasienten. Personalized Medicine, det nye mantra, det nye GODORDET, tilslører helt at det egentlig ikke finnes en **person** innenfor den biomedisinske horisonten. Avlest av 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 ”forurensar” 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 “omincs”) 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 særpreget. 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 situerteth, 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 lokalisierbar 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 følgerig 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 følgerig det normale – på den andre. I valget mellom å forstå organismen som noe som på passiv vis tilpasser seg omverden – og noe som aktivt former sin omverden så den passer for organismen, velger Noë Darwin. Derved inngår hans tenkning i en forståelseshorisont som spenner fra Immanuel Kant som hevdet at vi har fordommer om verdenen som vi blir født inn i (men han spurte aldri spurte hvor de kommer fra) via Jakob von Uexküll som begrunnet dyrets fordommer eller forkunnskaper som evolusjonens resultat til Konrad Lorentz som historiserte dem som dyrets evolusjonært betingede repertoar av muligheter til interaksjon. Von Uexküll preget termen ”**Umwelt**”, hvilket favnet alle dyr inkludert mennesket. Martin Heideggers introduserte ”**Lebenswelt**” som forbeholdt menneskene.

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

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

Men i det "mind" er definert, er ikke samtidig også "bevissthet" definert. Bevissthet er mer enn mind, snarere en slags meta-mind, et refleksivt nivå som også favner alt det som er "automatisert" i organismen og som ikke krever og forutsetter bevissthet. Men språk og bevissthet henger sammen, evolusjonshistorisk, i sam-utvikling. Noës refleksjoner om persepsjoner minner om James Gibsons økologiske psykologi i betydning "persepsjoner er mer enn sansedata". Teorier som dekontekstualiserer våre persepsjoner ignorerer at "environment" alltid og uunngåelig er "invironment", altså internalisert og integrert i betydnings- og meningssystemer, med andre ord: de innehar økologisk relevans. Øyet persiperer ikke i isolasjon men som 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 medisinenes ontologiske og epistemologiske basis. Dagens medisinske kunnskapsregime er biomedisinsk, ikke humanmedisinsk.

Tradisjonelle dikotomier og metodisk ortodoksi har forlenget inngått forlovelse – for ikke å si ”et hemmelig ekteskap” med en tallbasert, kvantitets- og kontrollstyrt administrasjon som er basert på mistillit til profesjonsutøvere som med nødvendighet må bruke sitt skjønn i en mangetydig daglig praksis. At denne reelle mangetydigheten blir tilslørt av en fiktiv fordi vitenskapelig sikret entydighet, kan ikke erkjennes så lenge vitenskapens referanseramme forblir udiskutert.

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

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

TenkeTankens medlemmer er ikke i tvil om etikkens sentrale betydning for medisinen 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 objektivisering. Slik objektivisering (ment som middel til å forklare) øker derimot avstanden mellom behandler og pasient.

Del 2 av dette møtet handlet om presentasjonen av tanker og planer for innføringen av en ”radikal etikk” i medisinstudiet ved Stéfan 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 klassifikasjon, 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 utforskning av lege-pasient-forholdet. Men Gergel kritiserer en overfladisk omgang med fenomenologisk tenkning og forskning; derfor krever hun en adekvat skoloring 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 omhandler 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. Tutttons 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 parafase 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 konvergerer 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 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 psykometri. Den skal gjøre selve personligheten – forstått som trekk slik som ekstroverterhet 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 nevrordiologi. 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 kognitivisme – 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 psykometri 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 uhåndterlig 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 fratår personen ipso acto sin personstatus. Det var det terroristen kjempet imot: han ville bli erklært tilregnelig. Han ville bli regnet med.

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 medisinfaget og alle fag for hvilke medisinsk kunnskap er premisset.

Oslo og Trondheim i desember 2014

Anna Luise Kirkengen

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

Publikasjoner

Ekeland, T.-J. (2014). Diagnosar - ein kunnskapskritikk. *Rus&samfunn* 2014 ;Volum 8.(5) s. 31-35

Ekeland, T.-J. (2014). Frå objekt til subjekt - og tilbake? : om tilhøvet mellom kunnskap, praksis og styring. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 2014 ;Volum 11.(3) s. 211-220

Ekeland, T.-J. (2014). Gregory Batesons Mind and Nature (1979). *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2014; 51.(10) s. 887-

Ekeland, T.-J. (2014). Placebodefekten. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2014;51.(5) s. 403-405

Ekeland, T.-J. (2014). Psykiatridiagnosar - ein kunnskapskritikk. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*; 51.(9) s. 715-722

Ekeland, T.-J. (2013). Psykiatriens hus. *Morgenbladet* 2014;Volum 51.(9) s. 715-722

Kogstad, R.E.; **Ekeland, T.-J.**; Hummelvoll, Jan Kåre. (2014). The knowledge concealed in users' narratives, Valuing clients' experiences as coherent knowledge in their own right. *Advances in psychiatry* 2014, <http://DX.DOI.ORG/10.1155/2014/786138>

Ekeland, T.-J. Aurdal, Å.; Skjelten, I. M. (2014). Når staten vil være terapeut : en diskursanalyse av prosjektet ""Brukerrettet kvalitetsutvikling"" i familievernnet. *Fokus på familien: Tidsskrift for familiebehandling*, 42.(2) s. 139-157

Ulvestad E. Influensavaksinasjonen av helsepersonell – et moralsk anliggende? *Tidsskr Nor Legeforen* 2014; 134: 278

Foredrag

Ekeland, T.-J. Barn og brudd - i spenninga mellom fellesskap og individualism. Barn og brudd; Kompetansenettverket i Vest-Telemark, Vrådal, 30 Mars, 2014.

Ekeland, T.-J. Evidensbasert mindfulness - so what? Mindfulness - nærver i liv og helse; Nordisk konferanse, Universitetet i Tromsø, Tromsø, 4-5 September, 2014

Ekeland, T.-J. Fra psykiatri til psykisk helsevern - brudd eller kontinuitet. Kunnskapsgrunnlaget i psykisk helsearbeid; Høgskolen i Nesna, 22-23 Mai, 2014

Ekeland, T.-J. Identitet og den terapeutiske kultur - et samfunnsperspektiv. Jubileumskonferanse - SIB rådgiving 40 år; Bergen, 6 Mai, 2014

Ekeland, T.-J. Kommunikasjon som helseressurs. Regional nettverkssamling for ambulante rehabiliteringsteam; Helse Nord, 24. September, 2014

Ekeland, T.-J. Neoliberal Culture and Governing - implication for Family Therapy. Nordic Family Therapy & The Future - 10th Nordic Family Therapy Congress; Åbo, 13 August, 2014

ⁱ Møtet avstedkom eposet "Cogito Ergo Tank. Nødrim fra Desintegret Trønder", diktet og framført av lege Harald Sundby, Kalvskinnnet Integrerte Legesenter, Trondheim.