hate noen med mindre du på en eller annen måte tror at de er årsaken til noe som er hatverdigg. Uten fri vilje forsvinner dette grunnlaget. Det samme gjelder ikke kjærlighet.

Andreas Wahl Blomkvist
andreas.wahl@gmail.com

Andreas Wahl Blomkvist (f. 1989) er medisinstudent ved Aalborg Universitet.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Haggard P. Human volition: towards a neuroscience of will. *Nat Rev Neurosci* 2008; 9: 934–46.
2. Soon CS, Brass M, Heinze HJ et al. Unconscious determinants of free decisions in the human brain. *Nat Neurosci* 2008; 11: 543–5.

F. Magnussen svarer:

Jeg ser det slik at menneskene har utviklet et mentalt operasjonsnivå, som har gitt oss et mer avansert handlingsrom via en bevissthet, som nå synes å høre til i ett eller flere cerebrale nettverk. Dette mentale nivået gir også rom for en opplevelse av ansvar for mer enn egen overlevelse, det vil si et sosialt liv. Dette ansvaret kan oppleves som valgfrihet eller som en mer eller mindre fri vilje. Nevrofysiologene burde tenke mer på hva det vil kunne føre til om vi skulle bli enda flinkere til å manipulere våre mentale liv på nevronalt nivå. At klinikere vil kunne lindre, endre eller fjerne symptomer er en viktig, men likevel bare liten del av denne mulige fremtid. Jeg håper jo at menneskets videre utvikling av seg selv, sine barn og alles mentale helse, i retning av mindre sårbarhet og mer robust tilpassningsevne, vil skje på det mentale plan, der man kan ha et eiendoms- og ansvarsforhold til det, og ikke bare et pasient-klientforhold.

Finn Magnussen
fi-mag@online.no

Finn Magnussen (f. 1925) er pensjonert lege og spesialist i psykiatri
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Re: Mål for gode lærere

Det var med interesse vi leste Petter Gjersviks «Fra redaktøren» (1) der han kommenterer gjeninnføring av karakterer ved medisinerstudiet i Oslo. I konklusjonen skriver han at det kunne innføres karakterer til lærerne med samme begrunnelse som for innføring av karakterer til studentene. Vi kunne ikke være mer enige.

Vi vil lede oppmerksomheten til vårt studiested Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitet (UiT), der foreleserne har vært evaluert siden oppstarten i 1973. I 1993 publiserte en av de undertegnede en studie som oppsummerte de første 11 medisinerkulls syn på viktigheten av å ha mulighet til å evaluere lærerne med tanke på tema, omfang og pedagogiske kvalifikasjoner (2). I disse første årene ble denne evalueringen sett på som viktig, da studieplanen var ny og det var ønske om dynamiske forbedringer. Fortsatt blir undervisningen og lærerne evaluert, selv om formen har forandret seg noe (3). Det har alltid vært satt av tid på timeplanen til denne evalueringen.

Fra vår egen erfaring som studenter var muligheten til å evaluere undervisningen meget viktig, og i hovedsak ble det gitt konstruktiv kritikk. Vår erfaring som forelesere er også positiv. Tilbakemelding virker alltid stimulerende og gir muligheter for ytterlig forbedring. Pedagogiske kurs for lærere vil ikke nødvendigvis gi gode lærere, det trengs også klare tilbakemeldinger for at vi skal bli bedre. Evaluering er derfor helt essensielt.

Ved Det helsevitenskapelige fakultet, UiT har det vært utdelt en undervisningspris siden 1980-tallet nettopp for å sette søkelyset på undervisningskvalitet. For dem som er genuint interessert

i å gi god undervisning, er prisen klart noe som man kan strekke seg mot. Det er vår erfaring som leger og forskere vi skal formidle videre til nye generasjoner. Omfang av undervisning, samt arbeid med å forbedre undervisningskvalitet, bør meriteres høyere enn det som ofte er tilfellet når man søker stillinger. Som Dali Lama sier: «Del av din kunnskap, da kan du oppnå å leve evig». (Share your knowledge. It is a way to achieve immortality) (4).

Anne Tollan
annetollan@gmail.com
Maja-Lisa Løchen

Anne Tollan (f. 1954) er gynekolog.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Maja-Lisa Løchen (f. 1954) er professor i forebyggende medisin, Institutt for samfunnsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.

Litteratur

1. Gjersvik P. Mål for gode lærere. *Tidsskr Nor Legeforen* 2014; 134: 1447.
2. Tollan A, Magnus JH. Evalueringer og eksamener i medisinerstudiet i Tromsø. *Tidsskr Nor Legeforen* 1993; 113: 33–5.
3. Håndbok for ledere ved legeutdanningen i Tromsø. Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet 2014.
4. <http://www.dalailamaquotes.org>.

Re: Er det overvekt eller vektfokus som er helseskadelig?

Samdal & Meland tar for seg et viktig tema når de diskuterer om det er overvekt eller vektfokus som er helseskadelig (1). Det er lett å være enig i påstanden om at stigmatisering av overvektige personer og vektfokus, spesielt hos barn og ungdom, er en uheldig utvikling. Det er god grunn til å påstå at helsemessige effekter av vektreduksjon og endret kosthold er overkommunisert i samfunnet, mens den anerkjent positive effekten av økt fysisk aktivitet ikke formidles tydelig nok.

Etter undertegnede oppfatning er kroppsfixeringen vi opplever i dagens samfunn ikke et resultat av den vitenskapelige diskusjonen om en eventuell helseskadelig effekt av overvekt, men et uavhengig fenomen. Jeg er overasket over hvor lite nyansert Samdal & Meland fremstiller dette i debattinnlegget. Forfatterne oppgir hele 28 referanser, men underslår at noen av studiene som siteres har blitt sterkt kritisert i fagmiljøet. Samdal & Meland siterer i stor grad fra Campos og medarbeidere (2). Hele syv kommentarer, delvis i sterke ordelag, om denne artikkelen har blitt publisert i samme tidsskrift. Det har blant annet blitt satt spørsmålsteget ved Campos og noen av medarbeidernes faglige kvalifikasjoner (3). Det ble skrevet at Campos og medarbeidere har lest litteraturen selektivt og trukket feilaktige konklusjoner (4) og at det ikke hersker tvil om at overvekt medfører alvorlige helsemessige konsekvenser (5). I den store metaanalysen fra Flegal og medarbeidere (6) som siteres, konkluderes det med at personer med moderat overvekt (BMI 25–30) har en lavere mortalitet enn «normalvektige». Dessverre har studien så omfattende og alvorlige metodiske feil at konklusjonen med all sannsynlighet er feil (7).

Undertegnende vil ikke utmatte leserne med en detaljert gjennomgang av alle påstander som er fremsatt i Samdal & Melands debattinnlegg. Jeg vil derimot oppfordre til vitenskapelig redelighet og kritisk diskusjon også i kommentarer og debattinnlegg i Tidsskriftet. Forfattere i vitenskapelige stillinger har et betydelig ansvar når de uttaler seg om temaer som ligger i grenseland mellom vitenskap og samfunnsdebatt.

Alexander Wahba
alexander.wahba@ntnu.no

Alexander Wahba (f. 1962) er overlege og professor ved NTNU.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

>>>

Litteratur

1. Samdal GB, Meland E. Er det overvekt eller vektfokus som er helseskadelig? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 2247–8.
2. Campos P, Saguy A, Ernsberger P et al. The epidemiology of overweight and obesity: public health crisis or moral panic? Int J Epidemiol 2006; 35: 55–60.
3. Rigby N. The epidemiology of overweight and obesity: Commentary: counterpoint to Campos et al. Int J Epidemiol 2006; 35: 79–80, discussion 81–2.
4. Kim S, Popkin BM. Commentary: understanding the epidemiology of overweight and obesity—a real global public health concern. Int J Epidemiol 2006; 35: 60–7, discussion 81–2.
5. Stevens J, McClain JE, Truesdale KP. Commentary: obesity claims and controversies. Int J Epidemiol 2006; 35: 77–8, discussion 81–2.
6. Flegal KM, Kit BK, Orpana H et al. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. JAMA 2013; 309: 71–82.
7. Tobias DK, Hu FB. Does being overweight really reduce mortality? Obesity (Silver Spring) 2013; 21: 1746–9.

E. Meland & G.B. Samdal svarer:

Vi takker Alexander Wahba for nyttig kommentar og påminnelse om vitenskapelig redelighet og balansert siteringspraksis. De som interesserer seg for hvordan «krigen mot fedme» ble en akseptert folkehelsestrategi gjennom selektiv forskningsformidling, «viral spredning» av motemeninger og allianser mellom akademi og slanke- og medisinalindustri, finner nyttig stoff i boken *The end of the obesity epidemic* (1). Wahba forsøker å gi inntrykk av at de sju kommentarartiklene til Campos (2) var samstemmige i sin kritikk. Det var de ikke. I kommentarene finner man støtte for Campos' tvil på den epidemiologiske evidensen om helsefarene ved overvekt, en enda sterkere kritikk av vektfokus som folkehelsestrategi, og også bekreftelser på samrøre mellom akademi og industrielle interesser.

Wahba forsøker også å diskreditere våre kilder som feilaktige ved at de ikke gjør rede for konfundering og bias. Den litteraturen han selv siterer, gjør rede for og justerer for noen av disse faktorene, men ikke for andre. Denne diskusjonen tror vi er nytteløs fordi observasjonsevidens alltid vil være en kilde til feilslutninger i medisinen. Det vi vet fra eksperimentell evidens, er følgende: Slanking fører til mindre insidens av type2 diabetes, men dette oppnås også ved økt fysisk aktivitet (3). Slanking fører til reduksjon av risikofaktorer knyttet til metabolsk syndrom, men påvirker ikke sykkelighet og dødelighet (4). Sykkelighet og dødelighet reduseres ved økt fysisk aktivitet, men dette er først og fremst dokumentert i postinfarktstudier (5). Et sunt og allsidig Middelhavskosthold reduserer sykkelighet og dødelighet både i primær- og sekundærprofylakse (6, 7). Intervensjoner basert på kroppsaksept og intuitiv spising fører til et sunnere kroppsbylde og et mer naturlig forhold til mat (8).

Wahba mener også at akademiet er uten ansvar for samfunnets kroppsfokus og diskriminering av overvektige medmennnesker. Leserne kan selv bedømme hvordan årets «Obesity summit» i London spiller på kroppsforakt ved å ta en titt på deres nettsider (9). Det er også dokumentert eksperimentelt at måten forskningsresultater formidles i media stimulerer til diskriminering og fordommer (10). Forskere er medansvarlige for hvordan forskningsresultater formidles i samfunnet (11). Vi mener vi har solid vitenskapelig dokumentasjon for å anbefale helsemyndighetene, akademiet og den kliniske medisinen å fremme selvaksept, matglede, bevegelsesglede og mellommenneskelig aksept for kropp i alle fasonger som grunnlag for folkehelsearbeidet.

Eivind Meland

eivind.meland@igs.uib.no

Gro Beate Samdal

Eivind Meland (f. 1950) er spesialist i allmennmedisin, fastlege og professor ved Universitetet i Bergen.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Gro Beate Samdal (f. 1958) er sykepleier og ph.d.-stipendiat ved Universitetet i Bergen.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Gard M. The end of the obesity epidemic. New York: Routledge; 2011.
2. Campos P, Saguy A, Ernsberger P et al. The epidemiology of overweight and obesity: public health crisis or moral panic? Int J Epidemiol 2006; 35: 55–60.
3. Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG et al; Finnish Diabetes Prevention Study Group. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med 2001; 344: 1343–50.
4. Wing RR, Bolin P, Brancati FL et al; Look AHEAD Research Group. Cardiovascular effects of intensive lifestyle intervention in type 2 diabetes. N Engl J Med 2013; 369: 145–54.
5. Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS et al. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. Cochrane Libr 2003.
6. de Lorgeril M, Salen P, Martin J-L et al. Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: final report of the Lyon Diet Heart Study. Circulation 1999; 99: 779–85.
7. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J et al; PREDIMED Study Investigators. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. N Engl J Med 2013; 368: 1279–90.
8. Bacon L, Aphramor L. Weight science: evaluating the evidence for a paradigm shift. Nutr J 2011; 10: 9.
9. The 2015 Obesity Summit: www.regonline.co.uk/builder/site/Default.aspx?EventID=1538135 (10.01. 2015).
10. Saguy AC, Frederick D, Gruys K. Reporting risk, producing prejudice: how news reporting on obesity shapes attitudes about health risk, policy, and prejudice. Soc Sci Med 2014; 111: 125–33.
11. Forssén A, Meland E, Hetlevik I et al. Rethinking scientific responsibility. J Med Ethics 2011; 37: 299–302.

Re: En integrert forståelse av subjektive lidelser i klinisk praksis

Debatten etter Tveråmos og medarbeideres kronikk har så langt avvist en dikotomiserende språkbruk om subjektivitet og objektivitet i omtale av helseplager (1). Jeg går videre med en konstruktiv kritikk av kronikkens helse- og sykdomsbegreper.

Det er bra at artikkelen definerer sykdom med utgangspunkt i et helsebegrep: «Helse kan betraktes som et overskudd, og sykdom kan forstås som et underskudd av ressurser i forhold til hverdagens krav». Men definisjonene her er meget vage. Hvilke ressurser er det mer spesifisert tale om? Jeg synes filosofen Lennart Nordenfelts helseteori har mye for seg (2). Den utnevner evner, mål/verdier (kronikken skriver også om mål og verdier mot slutten) og anstendige omgivelsesmessige forhold (relasjonelt, sosialt strukturelt, naturmessig og kulturelt) som sentrale helsefaktorer. De synes vel anvendelige i praksis (3).

Jeg er enig med Nordenfelt om at vi trenger begrepet uhelse som et mellomledd mellom helse og sykdom. Med ordet uhelse kan vi omtale underskudd av helseressurser som et selvstendig fenomen (4). Tveråmo og medarbeidere anvender ikke et slikt begrep. Dermed defineres underskudd av ressurser i seg selv som sykdom. Dette fører til et alt for omfattende sykdomsbegrep. Nordenfelt definerer sykdom i stedet som en kroppslig og/eller mental prosess som er slik at den tenderer til å redusere individets helse. Det er redusert helse eller helseplager som pasienten vanligvis oppsøker legen for. Det medisinske spørsmålet er om det kan påvises årsaker til redusert helse, årsaker som er funnet også hos andre med tilsvarende redusert helse (2, 4). Spørsmålet kan utvides til om det finnes begrunnede hypoteser om hva som kan være årsaker til en sykdomsprosess. Det må her anvendes et årsaksbegrep som tar høyde for at en kompleks organisme består av enkeltelementer av anatomisk, biokjemisk og fysiologisk slag. Elementenes egenskaper bestemmes dessuten i stor grad av interaksjon med andre elementer, ikke minst i omgivelsene. Interaksjonene kan også ha kausal kraft. Dessuten må det anerkjennes at komplekse biologiske helheter har kapasitet til å skape subjektiv opplevelse, kanskje med nye kausale egenskaper.

Det er vanskelig å formulere biopsykososial tenkning på en konsistent måte. Det viktigste er at vi forsøker overfor pasientene. Det er dessuten viktig å beskrive gode kliniske metoder som Tveråmo og medarbeidere også gjør.

Hans Magnus Solli

hmsolli@online.no

>>>