



UIT

**NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET**

Mia Holtet Aalmen

Allmennegers erfaringer med spiseforstyrrelser

MED-3950 Masteroppgave i Medisin/kull 2013

Profesjonsstudiet i medisin

Det helsevitenskaplige fakultet,

Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet, 2018



Forord

Hensikten med denne studien er å belyse temaet spiseforstyrrelser fra allmennlegens perspektiv, da dette er gjort lite i tidligere forskning.

Prosjektet begynte da Universitetet i Tromsø innførte masteroppgave som avsluttende del av femte året på medisinstudiet. Valg av tema for masteroppgaven var opp til oss selv. Høsten 2016 begynte jeg derfor å undersøke mulige temaer. Interessen for psykiatri og nysgjerrigheten for spiseforstyrrelser gjorde at jeg til slutt kom i kontakt med professor Gunn Pettersen, som er forsker på feltet. Hun ble min hovedveileder. Møtet mellom en medisinstudent med interesser for spiseforstyrrelser, og en forsker på fagfeltet som ønsket å se feltet fra legens perspektiv, viste seg å bli grunnlaget for et spennende prosjekt. Allmennlege Andreas Holund ble også tatt inn som biveileder. Han bidro med innspill fra perspektivet til en allmennlege med spesiell interesser og engasjement rundt spiseforstyrrelser.

En stor takk rettes til min dedikerte veileder, Gunn Pettersen, som har gitt meg uvurderlig god veiledning. Takk for at du hele tiden har holdt motivasjonen oppe ved å påpeke verdien i det vi har jobbet med, og gitt meg et brennende engasjement for et helt nytt fagfelt.

En stor takk rettes også til de fem allmennlegene som brukte av sin dyrebare tid til å snakke med meg, dette ville ikke vært mulig uten deres hjelp.

Dato 30.05.18 Underskrift *Mia Holtet Halmen*

Innholdsfortegnelse

Forord	I
Sammendrag.....	III
Innledning	1
Om spiseforstyrrelser	1
<i>Hva er en spiseforstyrrelse?</i>	1
<i>Forekomst av spiseforstyrrelser</i>	1
<i>Anorexia nervosa (anoreksi)</i>	1
<i>Bulimia nervosa (bulimi)</i>	2
Behandling av spiseforstyrrelser	2
<i>Organisering</i>	2
<i>Behandling av spiseforstyrrelser i allmennpraksis</i>	3
<i>Allmennleger med høyt arbeidspress og lite tid</i>	4
Formål med studien	5
Problemstilling	5
Avgrensninger	5
Materiale og metode.....	6
Valg av metode.....	6
Utvalg og rekruttering av informanter	6
Intervjuguide	7
Gjennomføring av intervju	8
Transkripsjon	9
Dataanalysen.....	9
Forsker i eget felt	11
Resultater.....	13
Pasientgruppe som er vanskelig å finne.....	13
<i>Lav hyppighet av spiseforstyrrelser i allmennpraksis</i>	13
<i>Identifisering av spiseforstyrrelser er vanskelig</i>	13
Håndtering av spiseforstyrrelser i allmennpraksis	14
<i>Hvordan møte denne pasientgruppen på en mest hensiktsmessig måte</i>	14
<i>På flere måter en god ressurs</i>	15
Utfordringer og tiltak	16
<i>Allmennpraksis har sine begrensninger</i>	17
<i>Lav kompetanse hos allmennleger</i>	17
<i>Endringer som kan bedre håndteringen av pasienter med spiseforstyrrelser i allmennpraksis</i>	18
Diskusjon.....	20
Drøfting av sentrale funn	20
Sterke sider	22
Begrensninger	22
Konklusjon.....	23
Referanser.....	24
Vedlegg 1 – Informasjonsskriv og samtykkeerklæring.....	26
Vedlegg 2 – Intervjuguide.....	29
Vedlegg 3 – NSD-godkjenning.....	30

Sammendrag

Innledning: Spiseforstyrrelser er en samlebetegnelse for flere psykiske lidelser, deriblant anorexia nervosa og bulimia nervosa. Studier viser at nær 50 000 kvinner mellom 15 og 45 år har en behandlingstrengende spiseforstyrrelse. I følge norske retningslinjer for behandling av spiseforstyrrelser ligger mye av ansvaret for identifisering, utredning og behandling hos allmennlegen.

Formål: Denne studien ble utarbeidet for å undersøke allmennlegers erfaringer med spiseforstyrrelser. Dette ble gjort på grunnlag av at det tidligere er gjort lite forskning på spiseforstyrrelser fra allmennlegens perspektiv. Formålet med studien var å inhente informasjon som kan bidra til å forbedre og utvikle behandling av spiseforstyrrelser.

Materiale og metode: I denne studien ble det valgt å bruke kvalitativ metode. Det ble gjort semistrukturerte intervjuer med 5 allmennleger. Intervjuene ble transkribert og analysert i tråd med systematisk tekstkondensering (Malterud 2017).

Resultater: Studien viste at allmennleger møter lite pasienter med spiseforstyrrelser i allmennpraksis. De få pasientene de møtte oppleves som vanskelig å oppdage.

Allmennlegene vurderte allmennpraksis som en god arena for pasienter med spiseforstyrrelser, på grunn av dens potensiale til tett relasjon til pasientene, og langvarig oppfølging. På den andre siden viser studien også at allmennleger har en del utfordringer tilknyttet det å jobbe med pasienter med spiseforstyrrelser. Det viser seg at den begrensede tidsbruken i allmennpraksis er en utfordringene. Allmennlegene ønsker kortere ventetider ved henvisning, og et bredere tilbud både kommunalt og i spesialisthelsetjenesten.

Konklusjon: Studien viser at allmennleger har lite erfaring med pasienter med spiseforstyrrelser. Det er behov for å styrke allmennlegers kompetanse i å identifisere pasienter med spiseforstyrrelser, da det kan tenkes at det vil øke andelen pasienter som kommer i behandling. Det er også behov for å revurdere rammene og arbeidsvilkårene for allmennpraksis, for å optimalisere håndteringen av pasienter med spiseforstyrrelser. Studien viser også at arbeidsfordelingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten bør gjennomgås når det kommer til håndtering av pasienter med spiseforstyrrelser.

Innledning

Om spiseforstyrrelser

Hva er en spiseforstyrrelse?

Spiseforstyrrelser er en samlebetegnelse på flere psykiske lidelser som preges av symptomer som handle om forholdet til mat, kropp og vekt . Det finnes flere diagnoser som ligger under betegnelsen spiseforstyrrelse, deriblant anorexia nervosa, bulimia nervosa, og overspisningslidelse (1). Det typiske er at ekstrem regulert kost, hvor en mager diett, oppkast eller overdrevet trening brukes for å kompensere for den maten man spiser for å holde vekten nede. Spiseforstyrrelser ses på som en måte å håndtere følelser på, oppnå kontroll, identitet og mestring (2). Om lag 60-70 % av pasienter med spiseforstyrrelser har komorbide lidelser, som personlighetsforstyrrelser, ruslidelser, angst og depresjonslidelser (2).

Forekomst av spiseforstyrrelser

Studier viser at det er nær 50 000 norske kvinner mellom 15 og 44 år har en behandlingstrengende spiseforstyrrelse (3). Prevalensen av anoreksi i befolkningen er 0,2-0,4 %, mens prevalensen av bulimi er 1-2 %. Insidens av anoreksi på 10-40 av per 100 000 kvinner per år. Insidensen av bulimi er mer varierende, fra 5 til 65 nye tilfeller per 100 000 kvinner per år (1). Studier viser at ca 30 % av de som har anoreksi, og bare 6% av de som har bulimi, noen gang kommer i behandling (4). Av de som kommer i behandling viser det seg at pasientene i snitt går i fem til seks år før de søker seg til behandling (5). En studie gjort i 2002 viste at en allmennlege i gjennomsnitt hadde ti behandlingstrengende pasienter med spiseforstyrrelser – hvor én med anoreksi og ni med bulimi (3).

Anorexia nervosa (anoreksi)

Anoreksi er en diagnose som kan stilles hos personer som har en sykkelig lav vekt, på grunn av bevisst vekttap eller manglende vektoppgang. Måten vekttapet er fremkalt og vedlikeholdt på er gjort på flere måter. Noen holder seg til en streng, mager diett, og unngå all form for "fetende mat". Andre bruker lavt matinntak sammen med selvframkalte brekninger, bruk av avføringsmidler, overdreven trening, eller bruk av apettittdempende

midler. Pasienter med anoreksi har en forstyrret kroppoppfatning, hvor frykten for å bli normalvektig, som oppleves som å være "overvektig" er så stor at de pålegger seg selv en alt for lav vektgrense (1).

Bulimia nervosa (bulimi)

Diagnosen bulimi er karakterisert med en sterkt opptatthet av mat, hvor pasienter har en trang til å overspise en stor mengde mat på kort tid. For denne diagnosen er det typisk at det store matinntaket kompenseres for ved å kaste opp, bruke avføringsmidler, eller appetittdeppe midler samt diuretika. Også denne diagnosen preges av forstyrret kroppoppfatning, men her er utgangspunktet at pasienter med bulimi som regel er normalvektige (1).

Somatiske komplikasjoner

Spiseforstyrrelser kan gi alvorlige somatiske komplikasjoner. Medisinsk oppfølging er derfor en viktig del av behandlingen. Eksempler på somatiske komplikasjoner ved spiseforstyrrelser er elektrolyttforstyrrelser, osteoporose, leukocyttopeni, kardiovaskulære komplikasjoner og hormonforstyrrelser (6, 7). Forskning vist at dødeligheten er høyere hos pasienter med spiseforstyrrelser, enn hos normalbefolkningen (8, 9). Kardiovaskulære komplikasjoner og selvmord er de vanligste dødeligheten (8-10).

Behandling av spiseforstyrrelser

Organisering

Spiseforstyrrelser har ulik alvorlighetsgrader, noe som avgjør hvor intensiv behandling som kreves, og hvem som skal utføre den. Studier viser at i de fleste tilfeller kan utredning og behandling av spiseforstyrrelser foregå primærhelsetjenesten (7, 11). Spiseforstyrrelser har flere aspekter av behandlingskrevende symptomer og komplikasjoner. Det psykiske aspektet av sykdommen kan for eksempel behandles med samtaleterapi med eventuell støtte i antidepressiva. Dette er noe som kan foregå hos ulike typer instanser, for eksempel fastlege, kommunal psykolog, eller poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten. De somatiske komplikasjonene av sykdommen er også viktig å behandle. Her har allmennlegen en naturlig rolle i oppfølgingen (1). Ved alvorlige tilfeller av spiseforstyrrelser kan innleggelse på

spesialavdeling være nødvendig både på psykisk og fysisk indikasjon (7). En studie som omhandler organisering av behandling av spiseforstyrrelse viste at bedre organiseringen av behandling av spiseforstyrrelser er nødvendig. Resultatene viste at oppgaver mellom spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten, somatikk og psykiatri må fordeles i mye større grad. Studien viste også at de færreste av de som trenger høyspesialisert behandling eller utredning, får dette tilbudet i dag (3).

Behandling av spiseforstyrrelser i allmennpraksis

Pasienter som søker hjelp for ulike plager møter ofte allmennlege som det første leddet i helsevesenet. Allmennlegen vil i mange tilfeller også være de første som møter pasienter med spiseforstyrrelser. Studier viser at folk som har spiseforstyrrelser har vært oftere hos allmennlegen før de får en diagnose, sammenlignet med gjennomsnittet i befolkningen (12). Pasienter med spiseforstyrrelser som oppsøker allmennlegen før diagnosetidspunktet har symptomer som psykologiske, gastrointestinale, og gynekologiske plager (12). Fastlegeordningen ble innført i 2001. Formålet med fastlegeordningen er at alle personer bosatt i Norge har en fast allmennlege å forholde seg til, og at alle skal ha tilgang på allmennmedisinsk hjelp, som både er av god kvalitet og tilgjengelig innen kort tid (13). En norsk studie undersøkte hvorvidt pasienter med spiseforstyrrelser som er i behandling i spesialisthelsetjenesten, har en allmennlegerelasjon eller ikke. Studien viste at to av tre hadde en aktiv allmennlegerelasjon, og under halvparten av pasientene ga uttrykk for at de mente allmennlegen var en viktig støttespiller (14). Resultatene viste også at flere av de som var tettere oppfulgt var mer tilfredse med relasjonen til allmennlegen, og så i større grad på legen som en viktig støttespiller (14).

I 2017 kom det ut nye retningslinjer fra Helsedirektoratet for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser. I følge retningslinjene får allmennlegen en sentral rolle i tidlig oppdagelse og identifisering av pasienter med spiseforstyrrelser(1). Resultater fra en norsk studie viste at under halvparten av pasienter med spiseforstyrrelser identifiseres i allmennpraksis (15). Spiseforstyrrelser grenser tett opp i mot normalvariasjoner i forhold til mat, kropp og vekt, noe som gjør oppdagelsen og utredningen utfordrende (2). For eksempel viser befolkningsstudier at 30% av 18 år gamle jenter forsøker å slanke seg (16), noe som ikke trenger å bety at de har en spiseforstyrrelse, men kan gjøre at det er

utfordrende å skille mellom normalvarianter og sykdom. At allmennlegen stiller direkte spørsmål er nødvendig, men det er viktig hvordan man formulerer seg for å tilnærme seg pasienten på en respektfull måte, dette kan være en tidskrevende prosess (7). En norsk studie viser at allmennleger bør spørre mer direkte om hvert enkelt symptom på spiseforstyrrelsen. Da vil pasientene lettere klare å fortelle om symptomene og plagene som er viktig for å kartlegge hvor alvorlig sykdommen er (17). I følge retningslinjene skal allmennlegene videre sørge for at pasientene får en passende behandling ut i fra grad av alvorlighet, samt koordinere tjenester under hele behandlingsforløpet. Det er beskrevet i retningslinjene at hvis det ikke er behov for å henvise til spesialisthelsetjenesten kan behandling også foregå hos allmennlegen og kommunepsykolog, hvis disse har nok kompetanse på spiseforstyrrelser. Også somatisk oppfølging parallelt med behandling i spesialisthelsetjenesten kan i følge retningslinjene foregå i allmennpraksis (1).

Allmennleger med høyt arbeidspress og lite tid

I de senere årene har allmennlegenes arbeidsbelastning det vært omdiskutert og debattert. Undersøkelser viser at allmennlegene i snitt jobber 55,6 timer per uke, og at selv om listestørrelsen i gjennomsnitt har blitt mindre per allmennlege, så er den totale arbeidstiden blitt høyere (18). Grunnen til en økt arbeidsbelastning er at mange nye oppgaver blir overført fra andre instanser (19). Allmennlegeforeningen foreslår at det bli færre pasienter på listene, og at den ukontrollerte oppgaveoverføringen til allmennlegene avtar (20). En kvalitativ studie fra Storbritannia omhandler allmennlegers perspektiv på spiseforstyrrelser og tilgjengelige tjenester. Studien viste at allmennlegene hadde lite erfaring med spiseforstyrrelser, da det var lav hyppighet av sykdommen i allmennpraksis og at det var en vanskelig sykdom å oppdage. Resultatene viste at kompleksiteten i sykdommene gjorde det vanskelig å komme inn på temaet hos pasientene, at de sjelden ønsket hjelp eller hadde tilstrekkelig sykdomsinnsikt. Videre fant man at muligheten til å henvise videre var begrenset, slik at allmennlegene ofte måtte behandle pasienter uten å ha tilstrekkelig faglig kompetanse (21). Pasienter som har hatt en spiseforstyrrelse over lang tid angir tid og tillit som hovedutfordringer i deres relasjon til sin allmennlege (15). Oppsummert kan en si at det å måtte bruke tid og tålmodighet i diagnostisering, samt det å etablere en god og langsgående pasientrelasjon preget av tid og tillit utfordres ved at allmennlegene blir tildelt stadig flere "tidstyver" i form av administrative oppgaver.

Formål med studien

Formålet med denne studien er å undersøke allmennlegers erfaringer med pasienter med spiseforstyrrelser. Denne type studie er, så vidt vi vet, ikke gjort i Norge tidligere. Det viktig å undersøke problematikken omkring spiseforstyrrelser også fra allmennlegers perspektiv, da det i tidligere forskning i Norge er belyst fra pasientens side. Ved å få en bedre forståelse for hvilke erfaringer en allmennlege har ovenfor oppgaven med disse pasientene, vil det være lettere å finne ut hva som fungerer, og hvilke endringer man kan gjøre for å forbedre håndteringen av denne pasientgruppen. Dette kan gjøre at flere av de som har spiseforstyrrelser oppdages og kommer i passende behandling. Denne studien vil derfor være nyttig i videre utvikling og forbedring av behandling til pasienter med spiseforstyrrelser.

Problemstilling

Hvilke erfaringer har allmennleger med spiseforstyrrelser?

Avgrensninger

Denne oppgaven fokusere på anoreksi og bulimi, ikke overspisinglidelser eller atypiske varianter av anoreksi og bulimi.

Materiale og metode

Valg av metode

Ut i fra problemstillingen for denne studien som omhandler allmennlegens erfaringer med spiseforstyrrelser er det valgt å bruke kvalitativ metode. Kvalitative metoder er særlig egnet til beskrivelse, analyse og fortolkning av bestemte fenomener slik som subjektive erfaringer, opplevelser, og tanker (22). Datamaterialet som benyttes ved kvalitative metoder er tekst med utgangspunkt i observasjoner, samtaler eller intervjuer (23, 24).

I denne studien har det blitt gjennomført intervju av allmennleger. Intervjuene var semistrukturerte, det vil si at man på forhånd lager en som en huskeliste over viktige temaer og spørsmål man ønsker å komme inn på, men at det også åpnes for nye tema og spørsmål man ikke hadde forutsett før intervjuet (23).

Utvalg og rekruttering av informanter

Det ble benyttet et strategisk utvalg av deltagerne, og dette ble gjort fordi det er viktig at de allmennlegene som ble intervjuet hadde egenskaper, erfaringer eller kvalifikasjoner som var nødvendig for å kunne belyse problemstillingen. Allmennlegene som kunne delta i studien måtte derfor fylle følgende inklusjonskriterier:

1. At vedkommende jobber som allmennlege i Norge
2. Har minst tre års erfaring som allmennlege
3. Har som allmennlege møtt pasienter med spiseforstyrrelser av typene anorexia nervosa og/eller bulimia nervosa uansett alder og kjønn

Kriteriene innebærer at man faktisk må ha både gode generelle erfaringer om allmennlege, at man faktisk har møtt pasienter med spiseforstyrrelse, og at erfaringen er gyldig for norske forhold.

Rekruttering

Rekrutteringen av deltakere har foregått ved at jeg har henvendt meg direkte til de aktuelle legekantorene. Jeg møtte opp på legekantorene og gav helsesekretærene en muntlig orientering om studien. Det ble også delt ut skriftlig informasjon med samtykkeerklæring,

som helsesekretærene leverte videre til legene på de ulike legekantorene. Legene skulle så selv lese informasjonen om studien, og kontakte meg for å melde sin interesse for å delta. Initialt var det liten respons fra legene og det ble så foretatt noen purringer. Purringene bestod i at jeg ringte til legekantorene, og ba helsesekretærene minne legene på om å lese informasjonsskrivet. I denne perioden var det flere medisinstudenter fra mitt kull som var utplassert i praksis på de samme legekantorene. Jeg benyttet derfor også denne muligheten til å oppfordre mine medstudenter til å forsiktig minne legene på kantoret om å lese gjennom informasjonsskrivet, og vurdere om de ville stille til intervju. Tre av legene stilte etter å ha snakket med mine medstudenter. En av legene kontaktet meg direkte per telefon. Den siste ble rekruttert ved at en av legene jeg intervjuet tipset om en som kunne være en god kandidat. Legen jeg allerede hadde intervjuet satte meg i kontakt med vedkommende, slik at denne legen fikk mulighet til å stille til studien.

Utvalg

Utvalget bestod av fem allmennleger. Jeg intervjuet en kvinne, og fire menn. Det var stor variasjon i arbeidserfaring og aldre. En var nylig utdannet spesialist, altså jobbet som allmennlege i fire år. De andre hadde jobbet i allmennpraksis i henholdsvis seksten, tjuefire, tretti, og nærmere førti år. Tre av allmennlegene hadde jobbet i allmennpraksis i hele sin karriere. De to andre hadde jobbet i perioder andre steder, da i vikariater. For alle deltakerne hadde allmennmedisin vært deres primære yrke i løpet av karrieren.

Intervjuguide

Intervjuguiden ble utarbeidet i samarbeid med veileder med utgangspunkt i problemstillingen. Den ble også tatt opp til vurdering på et fokusgruppemøte ved Universitetet for å få tilbakemeldinger fra andre som jobber med forskning i samme fagfelt. Intervjuguiden består av tre overordnede tema, med undergrupper i form av stikkord. Det er også lagt til eksempler på oppfølgingsspørsmål og tilleggsspørsmål, for å ha en påminnelse under intervjuene. De tre overordnede temaene er 1) erfaringer med pasienter som har spiseforstyrrelser, 2) hvordan oppdage spiseforstyrrelse hos en "vanlig" pasient?, 3) allmennlegers ansvar for identifisering av spiseforstyrrelser.

Intervjuguiden ble sendt inn som vedlegg i søknaden om NSD-godkjenning. I tilbakemeldingen ble det presisert at intervjuguiden måtte lages slik at den ikke la opp til at legene brøt taushetsplikten. Mer konkret ble det presisert fra NSD at jeg ikke kunne spørre om å beskrive konkrete eksempler på pasienter de hadde møtt, men at vi var nødt å snakke på et generelt nivå. Dette ble tatt til etterretning i utarbeidelsen av spørsmål i intervjuguiden. Det ble også presisert skriftlig i informasjonsskriv, og muntlig i forkant av intervjuene, at både jeg som intervjuer og allmennlegene måtte være påpasselig med å ikke komme med så utleverende eksempler fra egen praksis at det kunne komme til å bryte taushetsplikten.

Intervjuguiden ble prøvd ut på medstudenter uten spesiell bakgrunn i temaet spiseforstyrrelser. De har lite erfaring i møte med pasienter, også pasienter med spiseforstyrrelser, men likevel et visst innblikk i rollen som lege, og medisin som fag. Noen spørsmål ble deretter justert for å øke presisjonsnivået.

Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjort i tidsrommet august 2017 til januar 2018 og hver av dem varte mellom 40 minutter og 1 time. Tid og sted for intervjuene ble avtalt med hver enkelt av allmennlege. Tre intervjuer ble gjennomført på legekantoret til legene, ett på et kontor på sykehus, og det siste ved en kommunal institusjon tilknyttet et legekantor. Intervjuene ble tatt opp på bånd. Etter hvert intervju ble intervjuguide og spørsmål vurdert av meg. Gode spørsmål og temaer vi hadde kommet inn på ble tatt med videre til neste runde. Intervjuguiden ble brukt som mal for intervjuene, uten at den ble fulgt slavisk. Da første versjon av intervjuguiden ble utarbeidet var det tenkt at oppgaven skulle vinkles mot identifisering av spiseforstyrrelser i allmennpraksis. Dette var ment for å begrense problemstillingen og oppgaven. Dette perspektivet endret seg når jeg kom i gang med intervjuene. Etter de første intervjuene ble det veldig klart at erfaringer hos allmennlegene rundt identifisering av pasientene ville gi et for liten grunnlag til datamateriale. Det var derimot naturlig å snakke om hele aspektet av erfaringer rundt pasientgruppen, hvor identifisering er et aktuelt undertema. En intervjuguide bør revideres etter hvert som man får et bedre bilde av hvordan intervjuene skal fokuseres for å få den mest relevante datainnsamlingen (23). Etter hvert som intervjuene ble utført og transkribert, ble egne erfaringer, gode spørsmål og temaer tatt med videre til neste intervju, og intervjuguiden revidert fortløpende.

Transkripsjon

Transkribering fra lydfil til tekst av intervjumateriale ble utført kort tid etter at intervjuene var gjennomført. Transkriberingen foregikk ved at lydfilene ble skrevet ned til tekst, hvor alle ord og uttrykk ble tatt med. Ord på dialekt ble gjengitt hvis det var relevant for meningen i setningen. Transkriberingen ble gjort manuelt av meg alene rett etter hvert intervju for å på den men måten å kunne la den kontekstuelle rammen få spille med slik at transkriberingen ble mest mulig dekkende for samtalen, og for å senere kunne tas med i analysen og fortolkningen. En annen grunn til at jeg selv transkriberte var å kunne lære av og eventuelt forbedre måten spørsmålene ble stilt på til neste intervju.

Etter transkriberingen var utført ble lydopptakene hørt på en gang til med den ferdige teksten foran, for å sikre at alle detaljene ble med.

Dataanalysen

I analysearbeidet av denne studien ble systematisk tekstkondensering (Malterud 2017) brukt. Systematisk tekstkondensering går som Malterud (2017) beskriver ut på å gjøre tematisk tverrgående analyse av kvalitativ data. Denne metoden er en tekst-nær analyse. Som innebærer at man tar utgangspunkt i utsagnene til intervjupersonene, setter utsagnene i system ved å kategorisere dem, for å på denne måten få frem meningsinnholdet i datamaterialet (23).

Systematisk tekstkondensering (Malterud 2017) består av fire trinn.

Trinn 1 – Helhetsinntrykk

Første trinn går ut på at man skal lese seg igjennom alt datamaterialet for å på nytt få en oversikt og inntrykk av innholdet. I dette tilfellet var det de 46 tettekrevne transkriberte sider. Man skal på dette trinnet prøve å lese datamaterialet fra et fugleperspektiv, og se på det med nye øyne, men fortsatt ha problemstillingen i mente (23). Etter gjennomlesning av materialet ble det satt opp syv foreløpige temaer som intuitivt vekket min oppmerksomhet. Disse temaene ble som følger; *Omfang av spiseforstyrrelser i allmennpraksis, identifisering av sykdommene, tanker rundt pasientgruppen, allmennlegens rolle, allmennpraksis som ressurs, andre ressurser, og forslag til forbedring.*

Trinn 2 – Meningsbærende enhet

I det neste trinnet ble først de foreløpige temaene revurdert. Dette ble gjort i samarbeid med veileder. Noen tema ble tatt bort, noen ble slått sammen, og andre fikk nye navn. Temaene vi stod igjen med etter revideringen ble disse tre; *Pasientgruppe som er vanskelig å finne, håndtering av spiseforstyrrelser i allmennpraksis, og utfordringer og tiltak*. De nye temaene danner det man i STC kaller kodegrupper. Dernest ble datamaterialet på nytt gjennomgått systematisk for å fjerne irrelevant tekst fra tekst som var meningsbærende i forhold til problemstillingen. Teksten som var relevant til problemstillingen ble puttet inn under tilhørende kodegruppe i meningsbærende enheter. Prosessen med å plassere de meningsbærende enhetene under riktig kodegruppe kalles koding.

Trinn 3 – Kondensering

Hver kodegruppe ble deretter inndelt i subgrupper. Eksempelvis ble kodegruppen *Pasientgruppe som er vanskelig å finne* delt inn i to subgrupper; *Lav hyppighet, og Å oppdage spiseforstyrrelser*. Teksten i hver kodegruppe ble sortert under hver subgruppe. Videre ble det formulert en kortere tekst som representerte innholdet i hver subgruppe. Dette er kunstige sitater, formulert i jeg-form for å holde det til en sum av det deltakerne fortalte. Det ble også plukket ut ett til to gullsitater, ekte sitater, for hver subgruppe som best mulig illustrerer det som er abstrahert.

Trinn 4 – Sammenfatning

I det siste trinnet ble bitene satt sammen igjen. Da ble kondenseringen og gullsitatene i hver subgruppe utformet til en analytisk tekst. Teksten beskriver innholdet i subgruppene med bakgrunn i kondensatet. Samtidig ble navnene på hver subgruppe vurdert og revidert. De tidligere kodegruppene blir igjen samlet, og kalt for kategori, som nå utgjør en overskrift i presentasjonen av funnene. Subgruppene blir nå gjort til underoverskrifter under hver kategori. Den analytiske teksten er skrevet i tredjeperson, for å understreke at det er en gjenfortelling av det intervjupersonene har uttrykt. Siste steget i analyseprosessen er å igjen se på resultatet man har fått ut i lys av det opprinnelige materialet, for å sikre at den faktiske meningen i intervjuene har blitt tatt med hele veien i analysen.

Systematisk tekstanalyse av de fem intervjuene resulterte i tre kategorier med to eller tre subgrupper. Under følger en oversikt.

Tabell 1: Kategorier med tilhørende subgrupper

Kategori	Subgrupper
Pasientgruppe som er vanskelig å finne	<ul style="list-style-type: none">- Lav hyppighet av spiseforstyrrelser i allmennpraksis- Identifisering av spiseforstyrrelser er vanskelig
Håndtering av spiseforstyrrelser i allmennpraksis	<ul style="list-style-type: none">- Hvordan møte denne pasientgruppen på en hensiktsmessig måte- På flere måter en god ressurs
Utfordringer og tiltak	<ul style="list-style-type: none">- Allmennpraksis har sine begrensninger- Lav kompetanse hos allmennleger- Endringer som kan bedre håndtering av pasienter med spiseforstyrrelser i allmennpraksis

Forsker i eget felt

Det å være forsker i eget fagfelt kan gi både fordeler og ulemper. Min situasjon er at jeg er medisinstudent på femte studieår, og de jeg intervjuet er leger som jobber i allmennpraksis. Dette betyr at jeg har en viss innsikt i hvordan arbeidssituasjon disse legene har, hvordan de tenker når de møter pasienter. Dette gir meg en mulighet til å på forhånd forstå en del av hvordan utfordringer de har i møte med en pasientgruppe som pasienter med spiseforstyrrelser. Fordelen er da at jeg ikke trenger å bruke mye tid i intervjuene for å forstå de praktiske forutsetninger. På den andre siden kunne mer nøytrale personer kanskje sett situasjonen og møtet med pasienter med andre øyne, og sett problemer eller muligheter som jeg ikke gjør. På grunn av at min arbeidserfaring er begrenset i korte perioder i praksis, vil jeg si at min nøytralitet ikke er helt utvasket. Jeg har aldri stått i situasjonen selv, og vet dermed lite om hvordan man som lege opplever denne pasientgruppen. Jeg har nok mer

innsikt i det praktiske rundt arbeidssituasjonen enn en helt utenforstående person, noe som jeg tror er en fordel til denne studien.

Resultater

Pasientgruppe som er vanskelig å finne

Lav hyppighet av spiseforstyrrelser i allmennpraksis

Et generelt inntrykk fra deltakerne var at de som allmennleger sjelden ser spiseforstyrrelser blant sine pasienter. Det ble presentert som noe som har et svært lite omfang i deres praksis. En av legene estimerte at han hadde sett åtte til ti alvorlige syke pasienter i sine tjuefire år som allmennlege. En annen fortalte at han kanskje så ett til to tilfeller med spiseforstyrrelser i året.

”Det er dessverre en forsvinnende liten del av vår hverdag.”

Det ble også presisert at de sitter med inntrykket av at det trolig er flere som har sykdommen, enn de man klarer å fange opp i allmennpraksis.

”Jeg vet det finnes mer enn vi ser, siden vi ser så lite”

Noen forklarte det med at de har en høy gjennomsnittsalder på pasientlisten sin, noe som gjør at det naturligvis er få tilfeller med sykdommer som spiseforstyrrelser, som oftere rammer yngre. De rapporterte også at av pasientene de hadde møtt, var det flest med anoreksi, mens de hadde møtt enda færre eller ingen pasienter med bulimi.

Identifisering av spiseforstyrrelser er vanskelig

Generelt beskrev allmennlegene at identifisering av spiseforstyrrelser beskrevet som noe som var vanskelig. En av legene fortalte at de driver lite oppsøkende virksomhet i allmennpraksis, og at de i tidsbegrensede konsultasjoner vanligvis tar seg av de helt konkrete problemstillingen pasientene kommer med. De framholdt at det kan være vanskelig å finne pasienter med spiseforstyrrelser da de sjelden kommer inn på en vanlig konsultasjon og presenterer for legen at de har en spiseforstyrrelse. Flere av legene beskrev det som en vanskelig tilstand å oppdage da spiseforstyrrelser er et svært sensitivt tema, noe som gjerne krever en nær relasjon. Det ble også sagt flere ganger at det er en sykdom hvor det ofte

foreligger en benektelse, eller en bevissthet om at pasientene ikke ønsker hjelp, og at det da blir vanskelig å oppdage for legen.

”Pasientene kommer ikke inn til en fastlege og sier ”god dag, jeg har en spiseforstyrrelse”. Du skal bygge opp et tillitsforhold. Det skal være en eller annen motivasjon, en eller annen grunn for pasienten for å ta dette videre. Mange er jo virkelig spesialister på å nettopp dekke dette til.”

Inntrykket hos deltakerne var at spiseforstyrrelser er sykdommer som stort sett ikke blir oppdaget i allmennpraksis. Allmennlegene fortalte at de gangene de hadde møtt pasienter med spiseforstyrrelser var det ofte oppdaget av noen andre, da ble det oftest nevnt spesialisthelsetjenesten som eksempel. Et annet scenario som gikk igjen var at andre kom til legen for å rette en bekymring rundt en pasient med mulig spiseforstyrrelse, ofte foreldre eller venner.

”Ofte så skjer det ved at andre som rette en bekymring mot at det foreligger noe her.”

To av legene presenterte at det var problematisk å ta tak i problemet da man må oppsøke en pasient med et problem som er uttrykt av andre. De sa at det i så fall var viktig å være ærlig, og spille med åpne kort om hvorfor man kalte pasienten inn til time for å kunne nå fram.

Håndtering av spiseforstyrrelser i allmennpraksis

Allmennlegene har mange oppgaver i forhold til pasientene de møter med spiseforstyrrelser. I intervjuene ble erfaringer og strategier som allmennlegene opplevde som virksomme presentert. Det ble også argumentert for hvorvidt allmennpraksis kunne være en ressurs i behandling av spiseforstyrrelser.

Hvordan møte denne pasientgruppen på en mest hensiktsmessig måte

Ut fra at det var enighet om at det å oppdage spiseforstyrrelser er utfordrende, hadde legene også gjort seg tanker og erfaringer om hvordan de derfor skulle gripe problematikken an når de kommer borti den. Alle legene fortalte at det første de ville gjøre var å sette av en ny time hvis de mistenkte at det kunne foreligge en spiseforstyrrelse. Helst ville de sette opp

en dobbelttime på slutten av dagen for å komme unna tidspresset de har over seg. En lege presiserte at de som allmennleger også har ansvaret for å utelukke at det foreligger somatisk sykdom som kan forklare tilstanden. Etter identifisering var neste steg og eventuelt henvise pasientene videre til spesialisthelsetjenesten eller spesialavdeling for spiseforstyrrelser ved behov.

”Jeg setter av ekstra tid først, så avtaler jeg en ny time. Pasienter med spiseforstyrrelser krever mye tid, langt utover den tiden man har til rådighet. Jeg setter derfor opp en dobbelttime, helst på slutten av dagen. Da unngår man det høye presset fra venterommet. Man må se hvor alvorlig dette er, man må få en oppfatning på hva man kan håndtere selv, og hva som må henvises.”

De fleste legene fortalte at de ville latt noen andre håndtere disse pasientene hvis det skulle vise seg å være en spiseforstyrrelse. To av legene sa de ved mindre alvorlige tilfeller selv kunne prøve å tilby en tettere oppfølging framfor å henvise videre. De fleste ønsket å ha en kontakt med pasientene parallelt med behandling andre steder for å kunne vite hva som foregikk, og fordi de ofte fikk et ansvar for den somatiske delen av behandlingen.

”Jeg tror spiseforstyrrelser fort er assosiert med en problemstilling hvor man får en oppgave å følge opp bestemte ting mens pasienten er i behandling i psykiatrien. Det er kanskje den vanligste situasjonene, at det er en innlagt, eller poliklinisk behandling, og så har fastlegen fått en definert oppgave i forhold til det. Vi skal sjekke definerte ting, og så rapportere videre til behandlere. Jeg tror det er det forholdet de fleste vil ha.”

En av legene fortalte at han noen ganger hadde blitt innkalt til samarbeidsmøter rundt en pasient i behandling, noe de hadde svært god erfaring med. De fortalte også at ansvaret for oppfølging i ettertid av behandling ofte faller på allmennlegene.

[På flere måter en god ressurs](#)

Allmennlegene hadde delte meninger om hvorvidt allmennpraksis egner seg for pasienter med spiseforstyrrelser. Spesielt to av legene presenterte en del perspektiver på hvorfor akkurat allmennpraksis var spesielt bra for denne pasientgruppen. Det ble fremholdt at

allmennpraksis var en bra plass å jobbe hvis man ønsket å fordype seg i spiseforstyrrelser. Argumentasjonen var at allmennlegene er tilgjengelig i folks liv over lang tid, noe som er spesielt viktig for pasienter med spiseforstyrrelser som ofte er plaget lenge. En av legene beskrev det som at de på mange måter blir som en livsledsager for pasientene sine.

”Behandling i allmennpraksis kan være veldig bra for pasienter med spiseforstyrrelser, fordi de trenger lang oppfølging, og oppfølgingen handler mye om å prate med folk, ta litt prøver, undersøke, gjentatte ganger. Det med å ha lange relasjoner til pasientene kan vi veldig godt i allmennpraksis.”

En annen av legene poengterte at det stort sett er trygt for pasienter å komme for å snakke med allmennlegen sin. Han opplevde at terskelen er lavere for pasientene hans å komme til han med problematikk som spiseforstyrrelser enn å ta steget videre til å få en fremmed behandler i spesialisthelsetjenesten.

”Det er mye tryggere å gå til fastlegen sin. Det å gå og sette seg på venterommet hos fastlegen er helt ufarlig for der sitter jo folk med mange plager. Det å gå og sette seg på venterommet til en psykolog eller psykiater da er det jo klart hvorfor man er der. ”

En av disse legene presiserte at den beste måten å være en ressurs på for disse pasientene er å være stabil over lang tid, at man dermed bygger opp et tillitsforhold som gjør at det er lettere for pasienter å henvende seg med sensitive problemer som spiseforstyrrelser kan være.

Utfordringer og tiltak

Alle legene hadde også møtt på utfordringer når det kom til pasientgruppen med spiseforstyrrelser. Strukturen til allmennpraksis gjorde det problematisk å jobbe med denne type pasienter, og kompetansenivået var nødvendigvis ikke så høyt. Legene hadde også gjort seg tanker og forslag på hva som kunne vært annerledes for at de lettere skulle kunne håndtere pasientene med spiseforstyrrelser på en bedre måte.

Allmennpraksis har sine begrensninger

Allmennlegene beskrev flere utfordringer de har møtt på i forhold til håndtering av disse pasientene. Rammene de har å forholde seg til i allmennpraksis utgjør en del av disse utfordringene. Tidsbruk ble ofte tatt opp som tema når det var snakk om vanskelige rammer. En av legen fortalte som et eksempel at han i snitt hadde tjue konsultasjoner per dag, og en begrensning på ti til tjue minutter per konsultasjon, inkludert papirarbeid. De beskrev tid som en stor begrensning når det kom til en pasientgruppe som de med spiseforstyrrelser. Disse pasientene trenger mer tid enn legene har per pasient. De trenger tid for å bygge en trygg relasjon for å i det hele tatt få komme inn på problematikken. De fortalte også at de uklare problemstillingene disse pasientene ofte kommer inn med gjør også at det går langt utover den tiden allmennlegene har per pasient. En av legene forteller at det høye arbeidspresset gjør det sjelden mulig å gå inn i helheten til en pasient.

”Igjen så tror jeg det at hvis et menneske skal meddele seg noe som er så sensitivt som det der, så kreve det en helt annen setting enn den vi til daglig har, - velavgrensede konsultasjoner i allmennpraksis. Jeg tror ikke vi kommer utenom det å se det at noen ganger må vi faktisk være tilstede i litt lengre tid med den pasienten.”

En annen begrensning som ble beskrevet i rammene rundt allmennpraksis var at de følte mulighetene til å henvise til andre er noe begrenset. De fortalte om lange ventetider ved henvisning til spesialisthelsetjenesten, og beskrev det som et nåløye å komme igjennom, hvor bare de aller sykeste blir tatt inn.

Lav kompetanse hos allmennleger

Legene rapporterte at de hadde lært lite eller ingen ting om spiseforstyrrelser i studietiden, avhengig av når de var studenter. Flere beskrev det som at de kan mye om mange ting, men at spiseforstyrrelser ikke var noe de har noe spesiell kunnskap om. En lege beskrev det som at det var et felt som de ikke var skikkelig dårlig på, men noe som heller aldri har blitt løftet frem. De fortalte at på grunn av at de møter disse pasientene svært sjelden, naturligvis ikke har spesielle kunnskaper om dem. Legene fortalte at de trodde det var mulig å melde seg på kurs om spiseforstyrrelser, men at det var svært få som prioriterte å gå på den type kurs. Grunnen til at få velger å gå på kurs om spiseforstyrrelser fortalte de var på grunn av at leger

generelt må prioritere det de føler de har mest nytte av i hverdagen, da det er dyrt å ha fri fra praksisen en dag for å gå på kurs.

”Jeg studerte på 70-tallet, og jeg kan ikke huske at vi hørte noen ting om spiseforstyrrelser i studietiden. Når man ikke har hørt noe om temaet i studiet, ikke møter på det i turnus, og kanskje heller ikke da man begynner å praktisere – da blir det ikke noe man brenner spesielt sterkt for. Kanskje man tenker at her har man ikke noe særlig talent, og derfor ikke har noe særlig å bidra med, da er det greit at noen andre tar seg av det. I allmennpraksis så må man jo kunne noe om det meste. Man kan ikke kunne alt om alt, derfor må man velge noe bort.”

Et argument som ble nevnt flere ganger var at psykiatri fortsatt ses på som et felt med lav status, noe som gjør at få leger velger å gå på kurs innen for eksempel spiseforstyrrelser.

Endringer som kan bedre håndteringen av pasienter med spiseforstyrrelser i allmennpraksis
Legene fortalte om tiltak de hadde tenkt at kunne bedre muligheten for å håndtere pasientene med spiseforstyrrelser på en bedre måte. Et av forslagene som gikk igjen var å utarbeide et enkelt verktøy som legene kunne bruke i allmennpraksis for å avdekke sykdom.

”Kanskje noen verktøy som ikke nødvendigvis trengs å brukes helt standardisert, men som i hvert fall kan øke bevisstheten rundt pasientgruppen hos oss leger. Kanskje også en bevisstgjøring hos befolkningen, informere folk om at litt hjelp er det lett å få hos fastlegen. Begge deler hadde vært veldig bra.”

Et annet tiltak som legene ønsket seg var bedre mulighet til å henvise videre, altså kortere ventetider, og et tilbud til de som per i dag ikke er syke nok til å få behandling. Det var også mange forslag om et bedre kommunalt tilbud til pasienter med spiseforstyrrelser. Her ble det uttrykt forslag om kommunal ernæringsfysiolog, flere kommunepsykologer, og et tilsvarende tilbud som frisklivssentralen med gruppeterapi. En av legene presiserte at han ønsket at spesialisthelsetjenesten gjerne måtte utøve sin veiledningsplikt i større grad, samt invitere til tverrfaglig drøfting rundt pasientene, noe han opplevde som svært lærerikt.

”Jeg ønsker at spesialisthelsetjenesten i større grad utøver veiledningsplikten de har. Hvis de kunne lært oss mer om en gruppe de har mye med å gjøre, og vi kanskje lite, så hadde det vært til stor hjelp for oss.”

Andre tiltak som ble nevnt var at man som allmennpraktiker får kurspoeng for å gå på kurs om spiseforstyrrelser, noe som vil hjelpe til for å gjøre det mer attraktivt. En av allmennlegene presiserte at det å ha flere fastlønnet allmennpraktiker, med mer kapasitet, og færre pasienter på listen, kunne vært en god løsning.

Diskusjon

Drøfting av sentrale funn

I denne studien ble fem allmennleger intervjuet om hvilke erfaringer de har med pasienter med spiseforstyrrelser. Det er lite kunnskap om temaet fra tidligere forskning.

Oppsummert viste resultatene at allmennlegene hadde møtt få pasienter med spiseforstyrrelser, og at de få de hadde møtt var vanskelig å oppdage. Legene anførte også at det er både gode argumenter for hvorfor allmennpraksis fungerer godt for pasienter med spiseforstyrrelser, men også argumenter for hvorfor arbeidsforholdene for en allmennlege skaper utfordringer i å behandle disse pasientene på en god måte.

Studien viser at pasienter med spiseforstyrrelser utgjør en svært liten del av pasientene på listen til en allmennlege. Samtidig viser studien at allmennlegene antar at flere pasienter med spiseforstyrrelser er der, men at de ikke ser dem. Det samme funnet er gjort i en studie i Storbritannia som konkluderer med at allmennleger identifiserer få pasienter med spiseforstyrrelser og opplever at det er utfordrende (21). Resultatene er også i overensstemmelse med en studie som viste at under halvparten av pasienter med spiseforstyrrelser blir oppdaget i allmennpraksis (15). En annen studie viste at kun 30 % av pasienter med anoreksi og under 6 % av pasienter med bulimi noen gang kommer i behandling (4). Dette gir samlet et bilde av spiseforstyrrelser i allmennpraksis som – om ikke usynlig – så i alle fall en gruppe som utgjør en svært liten del av helheten. På den andre siden finnes det studier som viser at pasienter med spiseforstyrrelser hyppigere oppsøker allmennlegen før de har fått diagnosen, enn det gjennomsnittet i befolkningen gjør (12). Dette kan tyde på at pasientene også har et ønske om å bli sett og få hjelp, men at allmennlegen allikevel ikke oppdager at det kan ligge en spiseforstyrrelse bak henvendelser om eksempelvis gastrointestinale, gynekologiske eller psykiske plager (12). Det kan tenkes at økt kunnskap om hvilke plager pasienter med spiseforstyrrelser ofte presenterer da de først søker hjelp hos legen, vil øke muligheten de har til å oppdage disse pasientene.

Et viktig funn var at allmennpraksis er en bra arena å jobbe med pasienter med spiseforstyrrelser. Dette fordi pasientene ofte trenger lang oppfølging og en nær relasjon,

noe man kan få til ved å individuell tilpasse konsultasjonene i allmennpraksis. Allmennlegene satte alltid opp nye avtaler når de møter denne pasientgruppen, og sørget for å da ha så god tid som mulig fordi de mente pasientgruppen trenger ekstra god tid for å bygge en nær relasjon. Oppfølging har også i andre studier vist seg å være effektivt for å få en god relasjon til pasienter med spiseforstyrrelser. En studie viste at de pasientene som definerte allmennlegen som en viktig person, var de som hadde møtte allmennlegen hyppigst og opplevd størst engasjement rundt sykdommen (14). Et annet viktig funn i denne studien var at man i allmennpraksis har muligheten til å bli kjent med pasientene sine over lang tid og være en stabil part igjennom ulike stadier i sykdommen. Vår studien gir altså gode argumenter for hvorfor allmennlegen er en god ressurs for pasienter med spiseforstyrrelser. Dette samsvarer med fastlegeordningens visjon som er at alle pasientene skal kunne følges opp av samme lege, og at verdien av å kjenne pasientene sine vil gi legene muligheten til å gjøre en bedre jobb (13).

Til tross for at allmennlegene mente at allmennpraksis var en god arena for pasienter med spiseforstyrrelser, fant vi også ut at det var utfordrende å jobbe med pasientgruppen her. Grunne til det var at tiden i allmennpraksis ikke strakk til for å gjøre tilstrekkelig utredning og behandling. En annen studie fant at pasienter med spiseforstyrrelser angir tid og tillitt som hovedproblem i deres relasjonen til allmennlegen sin (15). Tidspress i allmennpraksis kan også ses i lys av debatten rundt fastlegeordningen som foregår for tiden der mange har tatt til orde for at de administrative oppgavene nå er blitt så mange og store at det bryter med ordningen visjon og hensikt (18-20). Arbeidsbelastningen kan dermed føre til at pasienter med spiseforstyrrelser, men også andre pasientgrupper som trenger langsgående konsultasjoner, ikke får den hjelpen og oppfølgingen som er nødvendig. Man kan dermed anslå at den store arbeidsbelastningen til allmennleger kan ha en negativ effekt på behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser.

Vår studie viser også at allmennleger har for få ressurser å støtte seg på. Allmennlegene ønsker å ha bedre muligheter til å henvise videre når det er nødvendig, da de erfarer at det er kun de aller sykeste som passerer nåløyet i spesialisthelsetjenesten. Allmennlegen ser det også som nødvendig å styrke de lokale kommunale tilbudene for denne pasientgruppen. Et annet funn er også at det er behov for at spesialisthelsetjenesten i større grad utøver sin

veiledningsplikten overfor primærhelsetjenesten. En annen studie bekrefter dette funnet da den viser at de færreste av de som trenger høyspesialisert behandling eller utredning, får dette tilbudet i dag (3). Samme studien peker også på at det er behov for bedre oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten, og mellom somatikk og psykiatri (3). Opplevelsen med å ikke ha gode nok muligheter til å henvise til spesialisthelsetjeneste ses også igjen i annen forskning. En studie fra Storbritannia viser at allmennleger opplever å ha for dårlig tilgang på spesialiserte ressurser når de har pasienter med spiseforstyrrelser som er mer alvorlig enn det de er komfortable med å håndtere selv (21).

Sterke sider

Styrken ved studien er at den tar for seg en problemstilling som tidligere ikke er godt belyst i Norge. Temaet berører allmennlegers tid i sin praksis med eksempel på hvordan de forholder seg til spiseforstyrrelser. Dette er et sentralt tema i en pågående debatten angående oppgaver og tidsbruk i allmennpraksis. Dette gjør at oppgaven også kan belyse eller være relevant for med allmenne og prinsipielle sider ved fastlegeordningen.

Begrensninger

Rekrutteringen av allmennleger var vanskeligere enn forventet. Det kan innebære en selvseleksjon ut over det faktum at utvalget var strategisk i henhold til inklusjonskriteriene, og at resultatene dermed ikke er fullt ut overførbare.

Konklusjon

Studien viser at allmennleger har lite erfaring med pasienter med spiseforstyrrelser, og at det er et behov for fremover å styrke allmennlegers kompetanse i å oppdage og utrede pasienter med mistanke om spiseforstyrrelser. Dette kan tenkes at vil øker andelen pasienter med spiseforstyrrelser som kommer i behandling. Studien viser at allmennpraksis har styrker som er nyttig for pasienter med spiseforstyrrelser. Samtidig er behov for å revurdere rammene og arbeidsvilkårene for fastlegeordningen slik at allmennlegene får mer tid og rammer til å etablere en langsgående relasjon slik at utredningen og behandlingen av denne og andre mer krevende pasientgrupper blir mulig. Studien viser også behov for å gjennomgå arbeidsfordelingen mellom primærhelsetjenesten og nivåene i spesialisthelsetjenesten når det kommer til håndtering av pasienter med spiseforstyrrelser.

Referanser

1. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser. Oslo: Helsedirektoratet; 2017
2. Pettersen G. Spiseforstyrrelser Tromsø: Universitetet i Tromsø 2013 [updated 30.05.18; cited 2014 01.04.18]. Available from: <http://site.uit.no/impuls/2014/01/22/spiseforstyrrelser/>.
3. Rosenvinge JH, Gotestam KG. Eating disorders - How Should Treatment be Organized?. Tidsskrift for den Norske Legeforening. 2002;122(3):285-8.
4. Skarderud F, Rosenvinge JH, Gotestam KG. Eating disorders - an overview. Tidsskrift for den Norske Legeforening. 2004;124(15):1938-42.
5. Rosenvinge JH, Klusmeier AK. Treatment for eating disorders from a patient satisfaction perspective: a Norwegian replication of a British study. European Eating Disorders Review. 2000;8(4):293-300.
6. Miller KK, Grinspoon SK, Ciampa J, Hier J, Herzog D, Klibanski A. Medical findings in outpatients with anorexia nervosa. Archives of Internal Medicine. 2005;165(5):561-6.
7. Frostad S. Somatic investigation and treatment of eating disorders. Tidsskrift for den Norske Legeforening. 2004;124(16):2121-5.
8. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. Archives of General Psychiatry. 2011;68(7):724-31.
9. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. Current Psychiatry Reports. 2012;14(4):406-14.
10. Garcia-Rubira JC, Hidalgo R, Gomez-Barrado JJ, Romero D, Cruz Fernandez JM. Anorexia nervosa and myocardial infarction. International Journal of Cardiology. 1994;45(2):138-40.
11. Sayag S, Latzer Y. The role of the family physician in eating disorders. International Journal of Adolescent Medicine and Health. 2002;14(4):261-7.
12. Ogg EC, Millar HR, Puzstai EE, Thom AS. General practice consultation patterns preceding diagnosis of eating disorders. The International Journal of Eating Disorders. 1997;22(1):89-93.

13. Helse og Omsorgsdepartementet. Forskrift om fastlegeordningen i kommunene 2012.
14. Halvorsen TF, Haavet OR, Rydsa BJ, Skarbo T, Rosvold EO. Patients' experience of their general practitioner's follow-up of serious eating disorders. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*. 2014;134(21):2047-51.
15. Bjørnelv S. Eating disorders in primary care. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*. 2004;124(18):2372-5.
16. Bjørnelv S, Mykletun A, Dahl AA. The influence of definitions on the prevalence of eating problems in an adolescent population. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2002;7(4):284-92.
17. Halvorsen TF, Rosvold EO, Rydsa BJ, Skarbo T, Haavet OR. Communication about symptoms of eating disorders in the general practitioner surgery. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*. 2014;134(21):2052-6.
18. Helsedirektoratet. Fastlegers tidsburk, Rapport til Helse og omsorgsdepartementet. 2018.
19. Johannesen LB. Tar tak i fastlegeordningens utfordringer. *Tidsskriftet for den Norske Legeforening*. 2018.
20. Mjelva SU. Kapasiteten i fastlegeordningen er sprengt. 2018.
21. Reid M, Williams S, Hammersley R. Managing eating disorder patients in primary care in the UK: a qualitative study. *Eating disorders*. 2010;18(1):1-9.
22. Thagaard T. Systematikk og innlevelse - En Innføring i Kvalitativ Metode 4. Utgave: Fagbokforlaget 2013.
23. Malterud K. Kvalitative Forskningsmetoder for Medisin og Helsefag. 4. utgave: Universitetsforlaget; 2017.
24. Steinar Kvale SB. Det Kvalitative Forskningsintervjuet. 3. utgave: Gyldendal; 2015.

Forespørsel om å delta i studien:

”Identifisering av spiseforstyrrelser i allmennpraksis”

Bakgrunn og formål

Dette er en forespørsel til deg som allmennlege om å delta i en kvalitativ studie hvor du vil bli intervjuet om dine erfaringer med identifisering av spiseforstyrrelser.

Formålet med denne studien er å få mer kunnskap om hvilke erfaringer allmennleger har i møte med pasienter med anorexia nervosa og bulimia nervosa. Hovedfokuset er hvilke erfaringer allmennlegen har når det kommer til å identifisere spiseforstyrrelser hos pasienter som ikke har diagnosen fra før. Mer kunnskap om allmennlegers erfaringer vil kunne bidra til å bedre metoder for identifiseringen av spiseforstyrrelser, og kartlegge eventuelle kunnskapsbehov hos allmennleger. Allmennlegens erfaringer rundt denne problematikken er lite belyst i tidligere forskning. Denne studien vil derfor være nyttig i videre utvikling og forbedring av behandlingen til pasienter med spiseforstyrrelser.

Kravet til deltakelse i denne studien er at man må ha 3 års yrkeserfaring som allmennlege, og at man har møtt pasienter med spiseforstyrrelser (anoreksi/bulimi).

Hva innebærer undersøkelsen?

For å kunne delta må du samtykke til å møte til et avtalt møtested, der du vil bli intervjuet av medisinstudent Mia Holtet Aalmen. Sted for intervju avtales mellom deg og intervjuer.

Temaet under intervjuene vil være hvordan du har erfart det å oppdage at det foreligger en spiseforstyrrelse hos dine pasienter. Det kan være både gode og mindre gode erfaringer. Det vil bli spurt om du kan fortelle om i hvilke situasjoner du tenker på spiseforstyrrelser i møte med pasienter. Opplyser om at både intervjuer og informanten har et ansvar for at taushetsplikten blir ivaretatt, både direkte og indirekte opplysninger (f.eks. alder, kjønn, tid, sted og eventuelle spesielle hendelser/saksopplysninger).

Intervjuet varer ca. 60 min, og et samtykke innebærer at vi tar opp samtalen med deg på bånd. Lydopptaket vil senere bli skrevet ut som tekst og systematisert.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Det er kun intervjueren som har tilgang til lydbåndversjonen av intervjuet med deg, og båndene oppbevares i låssikkert skap ved Universitetet i Tromsø. Når tekstversjonen av

intervjuet foreligger vil det ikke foreligge/være personopplysninger som direkte eller indirekte kan føres tilbake til deg som person, men både lydopptak og tekstversjon får et unikt identifikasjonsnummer. For alle deltagere i studien vil det da foreligge en «kodeliste» som kobler lydbånd- og tekstversjon. Kodelisten oppbevares på samme måte og med samme adgangsbegrensninger som selve lydbåndene. Når alle tekstversjonene er systematisert, destrueres kodelisten. Dette vil si at de intervjuetekster som skal systematiseres er anonymisert.

Tekstversjonen av alle intervjuer vi gjør i studien vil så ytterligere systematiseres, og utgjør datagrunnlaget til studiet som vil inngå som en del av en masteroppgave i medisin ved Universitetet i Tromsø. Deretter vil dataene danne grunnlag for artikkel i vitenskapelige tidsskrifter som er offentlig tilgjengelige. Det er en mulighet for at du selv kan gjenkjenne sitater fra deg i slike publikasjoner, men slik datahåndteringen er beskrevet ovenfor og ut fra generelle krav til anonymisering i vitenskapelige artikler, vil ikke *andre* kunne vite hva nettopp du har sagt i intervjuet.

Informasjonen du gir under intervjuene skal bare brukes i denne studien, ikke til andre studier med lignende eller andre formål. Det skal heller ikke gjøres koplinger til offentlige registre.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Det betyr også at du står fritt til å trekke deg når som helst uten at det får konsekvenser. Gjør du det har du rett til å kreve at opplysningene om deg vil bli slettet. De som deltar vil ikke motta lønn eller annen godtgjørelse for å delta i studien.

Hvis du samtykker til å delta i studien ber vi deg bekrefte dette ved å undertegne vedlagte samtykkeerklæring. Ta så kontakt med student/intervjuer for å avtale intervjutidspunkt og sted.

Har du spørsmål som ikke er omtalt i dette informasjonsskrivet kan du kontakte enten prosjektleder eller en av prosjektmedarbeiderne:

Dato for prosjektslutt er juni 2018.

Mia Holtet Aalmen, student/intervjuer, mia.aalmen@gmail.com 94812149

Gunn Pettersen, Førsteamanuensis/veileder, gunn.pettersen@uit.no 776 66069/ 99271842

Samtykkeerklæring – deltakelse i mastergradsprosjektet

Jeg (skriv navnet ditt)har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

Underskrift, sted/dato:

.....

Intervjuguide: Spiseforstyrrelser i allmennpraksis

Hvilke erfaringer har allmennleger med spiseforstyrrelser?

Bakgrunn:

- Hvor mange års erfaring som allmennpraktiker?
- Spesialistutdanning? Evt. annen relevant utdanning eller arbeidserfaring?
- Forekomst av spiseforstyrrelser?

<p>Erfaringer fra pasienter med spiseforstyrrelser</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kan du på et generelt grunnlag fortelle om hvordan de pasienten du har møtt med spiseforstyrrelser, har presentert sin sykdom? • Kan du fortelle generelt om erfaringer du har gjort deg med det å identifisere spiseforstyrrelser? • Hva tenker du på når det kommer til å oppdage spiseforstyrrelser hos pasienter?
<p>Hvordan oppdage spiseforstyrrelse hos en "vanlig" pasient</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hva gjør at du tenker på spiseforstyrrelser når du møter en pasient? • Er det spesielle pasientgrupper, kjønn, alder hvor du tenke at det kan foreligge en spiseforstyrrelse? • Kan du fortelle om det er noen spesielle tegn eller symptomer hvor du mistenker at pasienten kan ha en spiseforstyrrelse? • Hvilke spørsmål stille du pasienter hvor du mistenker at det kan foreligge en spiseforstyrrelse? • Hva gjør du videre da? Hvordan opplever du å bli møtt av pasientene da?
<p>Allmennlegens ansvar for pasienter med spiseforstyrrelser</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kan du fortelle om hvordan du som allmennlege opplever at ansvaret for noe av identifisering/behandling av spiseforstyrrelser ligger hos deg? • Finnes det behov for tiltak for forbedring av arbeidet med denne pasientgruppen, - i så fall hvilke? <p><i>Tema man kan komme inn på: kompetanse, kurs, utdanning, veiledning, retningslinjer, andre tiltak</i></p>

Oppfølgingsspørsmål:

- Kan du fortelle litt mer om det?
- Kan du utdype det litt mer?
- Hva betyr det?
- Hva mener du med det?
- Har du flere eksempler?

Oppsummering:

- Har jeg forstått deg rett...?
- Er det noe du vil legge til?



Gunn Pettersen
Institutt for klinisk medisin UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 02.06.2017

Vår ref: 53951 / 3 / IJJ

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 02.04.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>53951</i>	<i>Identifisering av spiseforstyrrelser i allmennpraksis</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Gunn Pettersen</i>
<i>Student</i>	<i>Mia Holtet Aalmen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 12.06.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Ida Jansen Jondahl

Kontaktperson: Ida Jansen Jondahl tlf: 55 58 30 19

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.



INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Det reviderte informasjonsskrivet, mottatt 28.05.2017, er godt utformet, men du bør tilføye dato for prosjektslutt, og at datamaterialet skal anonymiseres innen prosjektslutt.

TAUSHETSPLIKT

Den opprinnelige intervjuguiden inneholdt spørsmål som legene vanskelig kunne svare på uten å bryte taushetsplikten. Den reviderte intervjuguiden er utformet slik at taushetsplikten kan overholdes, og i informasjonsskrivet er det understreket at informant og intervjuer har et felles ansvar for dette.

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at student og veileder følger UiT Norges arktiske universitet sine rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

PROSJEKTSLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektslutt er 12.06.2018. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak

Referanse: Reid M, Williams S, Hammersley R. Managing eating disorder patients in primary care in the UK: a qualitative study. Eating disorders. 2010			Design: Kvalitativ studie	
			Dokumentasjonsnivå	C
			Grade:	III
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer	
Formålet med denne studien var å undersøke tjue allmennpraktiker fra Englands perspektiv på behandling og håndtering av pasienter med spiseforstyrrelser	Det ble intervjuet 20 allmennleger, 10 kvinner og 10 menn, fra ulike klinikker og institusjoner. Rekrutteringen var gjort ved å gi ut skriftlig informasjon til aktuelle kandidater. Det ble gjort semistrukturerte intervjuer, med hjelp av en intervjuguide. Legene ble spurt om hvor stor innvirkning spiseforstyrrelser hadde i deres praksis, hvor godt utrustet de følte seg i forhold til denne pasientgruppen, viktige og vanskelige aspekter av å håndtere pasientgruppen, og deres mening om tilgang på spesialisthelsetjenesten i deres område. Analysen av materialet ble gjort ved hjelp av en semantisk analysemetode, en seks stegs analysemetode av Braun og Clarke (2006). Transkripsjon og analyse ble fordelt mellom forfatterne, slik at kvaliteten på analysen ble ivarettatt.	Resultatene av denne studien er presentert i to hovedtemaer: Sjelden kjente tilfeller i allmennpraksis Resultatene av denne studien viste at det var lav prevalens av spiseforstyrrelser i allmennpraksis Det ble også kjent at allmennlegene opplevde det som vanskelig å oppdage spiseforstyrrelser hos sine pasienter. Høye krav ved tilfeller av spiseforstyrrelse i allmennpraksis Allmennlegene fortalte at i de tilfellene de møtte på pasienter med spiseforstyrrelser var det utfordrende fordi det er en sykdom som preges av kompleksitet. Pasientene er nødvendigvis ikke klar over at de har en oppførsel som er problematisk eller sykkelig, eller de ønsker ikke å bli friks. Allmennlegene opplevde også at de hadde lite erfaring og faglig kunnskap om spiseforstyrrelser. Det kom fram i studien at holdningene ovenfor pasientgruppen var... Det ble også beskrevet som problematisk at det var for få og dårlige muligheter til å henvise videre til spesialister. Allmennlegene uttrykte at det for denne pasientgruppen var nødvendig med en spesialistbehandling for å kunne gi adekvat behandling. Det kom også fram at ventetidene er for lange, og at det er for vanskelig å få pasienter gjennom nåløyet til spesialisthelsetjenesten.	Sjekkliste: <ul style="list-style-type: none"> • Er formålet med studien klart formulert? JA • Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? JA • Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen? JA • Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? UKLART • Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? JA • Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data? NEI • Er etiske forhold vurdert? JA • Går det fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig? JA • Basert på foregående svar, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på? JA • Er funnene klart presentert? JA • Hvor nyttig er funnene fra denne studien? Svært nyttig 	
Konklusjon	Spiseforstyrrelser har lite kvantitativ innvirkning i deres praksis, men høy belastning de gangene de forekommer grunnet sykdommens kompleksitet			
Land	United Kingdom			
År data innsamling	2009			

Referanse:			Design: Tverrsnittstudie	
Bjørnelv S, Mykletun A, Dahl AA. The influence of definitions on the prevalence of eating problems in an adolescent population. Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. 2002			Dokumentasjonsnivå	C
			Grade:	IIII
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer	
Undersøke om definisjonen på spisevansker utgjør en forskjell i prevalens i spisevansker i en tenåringspopulasjon.	Dataen er hentet fra en spørreundersøkelse gjennomført i Nord-Trøndelag på slutten av 90-tallet. Denne studien bygger på svarene fra ungdomskole og videregående skole-elever. Alderen på deltakerne var 13 til 19 år. Fordelingen mellom kjønn var: 4072 kvinner, 4023 menn.	Hovedfunn: 91% svarte tilfredsstillende på studien. De ulike definisjonene som vektlegger kognitive, adferdsmessige og fysiologiske komponenter ulikt, gav ulike svar på prevalens av spiseproblemer. Prevalensen av spiseproblemer strakte seg fra 0,3 til 47,0% avhengig av hvilken definisjon som ble brukt. De ulike definisjonene gav også ulik kjønnsratio. Studien presiserer at det på bakgrunn av dette er anbefalt at epidemiologiske studier bruker både mål for den kognitive, adferdsmessige og fysiologiske komponenten for å definere spisevansker.	Sjekkliste: <ul style="list-style-type: none"> • Er problemstillingen klart formulert? JA • Er befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? JA • Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? JA • Ble det redegjort for om respondentene skiller seg fra de som ikke har respondert? JA • Er svarprosenten høy nok? JA • Bruker studien målemetoder som er pålitelige for det som skal måles? JA • Er datainnsamlingen standardisert? JA • Er dataanalysen standardisert? JA • Hva forteller resultatene? At definisjonen av er spiseproblem har betydning for prevalensen • Kan det overføres til praksis? JA 	
Konklusjon	De ulike definisjonene på spisevansker har liten grad av samsvar, og valg av definisjon utgjør en relativt stor forskjell i prevalens.			
Land	Norge			
År data innsamling	1995-1997			
	Statistiske metoder brukt var t-test, sammenligning av grupper gjort enveis variansanalyse, Cronbach's alpha test. Signifikansnivået ble satt til 0,05 Deltakerne oppgav skriftlig samtykke til deltakelse. Studien ble godkjent i REK og NSD.			

Referanse:			Design: Tverrsnittstudie	
Halvorsen TF, Rosvold EO, Rydsa BJ, Skarbo T, Haavet OR. Communication about symptoms of eating disorders in the general practitioner surgery. Tidsskrift for den Norske legeforening. 2014			Dokumentasjonsnivå	C
			Grade:	III
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer	
Undersøke om pasienter med alvorlig spiseforstyrrelser har snakket om sykdommen med en lokal allmennlege det siste året før behandlingsstart ved en spesialistenhet. Undersøker hvor tett oppfølgingen evt var, hvor tilfreds pasienten var, og om pasienten oppsøkte allmennlegen ved forverring.	Pasienter ved to ulike spesialiteter for spiseforstyrrelser fikk utdelt et spørreskjema ved behandlingsstart. Alle pasientene var over 18 år. Pasientene var både i poliklinisk behandling, og innlagte pasienter. Spørreskjema ble utviklet på bakgrunn av erfaring på allmennlegekontor, og testet i pilotundersøkelse. Spørreskjemaet omhandlet hvorvidt pasienten hadde snakket med allmennlegen om aktuelle spiseforstyrrelsessymptomer og plager som kan ha sammenheng med spiseforstyrrelser. Det ble også kartlagt kliniske undersøkelser.	114 pasienter deltok i studien. 80% hadde det siste året snakket med allmennlegen om spiseforstyrrelsen, Av disse hadde 67% av dem som hadde redusert matinntaket det siste året, snakket med allmennlegen om dette. 68 % av dem som hadde kastet opp og 33 % av dem som hadde overtrengt, hadde formidlet det. Ingen hadde fortalt allmenn- legen om bruk av vanddrivende eller vektreduserende midler. 85 % anga at allmennlegen må spørre konkret om hvert enkelt spiseforstyrrelsessymptom for at disse skal kunne bli avdekket. Minst halvparten hadde diskutert sammenhengen mellom aktuelle plager og spiseforstyrrelsen. 49 % var blitt veid.	Sjekkliste: <ul style="list-style-type: none"> • Er problemstillingen klart formulert? JA • Er befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? JA • Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? JA • Ble det redegjort for om respondentene skiller seg fra de som ikke har respondert? JA • Er svarprosenten høy nok? JA • Bruker studien målemetoder som er pålitelige for det som skal måles? JA • Er datainnsamlingen standardisert? JA • Er dataanalysen standardisert? JA • Hva forteller resultatene? • Kan det overføres til praksis? JA 	
Konklusjon	Allmennlegen bør spørre konkret om hvert enkelt spiseforstyrrelsessymptom for å kunne danne seg et best mulig grunnlag for en medisinsk vurdering.	Pasienten og allmennlegen snakker for lite sammen om spiseforstyrrelsessymptomene. Allmennlegen bør spørre direkte om hvert enkelt spiseforstyrrelsessymptom for å få pasienten til å fortelle om disse. Allmennlegen må i samtalen med pasienten øke fokus på hvor mye pasienten faktisk spiser, også hos pasienter uten alvorlig undervekt.		
Land	Norge	Det er nødvendig med mer oppmerksomhet rundt forebygging av alvorlige komplikasjoner av en spiseforstyrrelse.		
År data innsamling	2009-2011			
	Skriftlig samtykke ble innhentet fra deltakerne. Undersøkelsen er godkjent av regional etisk komité.			

Referanse: Miller KK, Grinspoon SK, Ciampa J, Hier J, Herzog D, Klibanski A. Medical findings in outpatients with anorexia nervosa. Archives of Internal Medicine. 2005			Design: Tverrsnittstudie	
			Dokumentasjonsnivå	C
			Grade:	III
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer	
Kartlegge prevalensen av medisinske funn/somatiske komplikasjoner hos kvinner med anorexia nervosa.	Tverrsnittstudie, samfunnsbasert studie gjort på 214 kvinner mellom 17 og 45 år med anorexia nervosa (definert av DSM-IV). Deltakerne ble rekruttert via annonsert i lokalsamfunnet som etterlyste deltakere til en studie om skjeletthelse hos polikliniske pasienter med anorexia nervosa. Deltakerne måtte gi skriftlig samtykke om deltakelse. Det ble gjort kartlegging av ernæringsstatus, høyde, vekt, og flere andre kliniske mål. Videre ble det utført intervjuer som omhandlet psykiatrisk og somatisk sykehistorie, bruk av stimulantia, medisiner, og annen behandling for spiseforstyrrelsen. Det ble gjort kartlegging av lab-status, og det ble gjort bentetthetsmåling. Dataen ble sortert og prevalens bestemt. Gjennomsnitt ble bestemt i ulike grupper. Forskjell på gjennomsnitt i ulike grupper ble evaluert av variansanalyser og ved hjelp av t test. Forholdet mellom de deskriptive analysene ble undersøkt med lineær regresjon hvor p-verdi < 0,5 indikerte statistisk signifikans.	Studien viste at det var flere somatiske komplikasjoner relatert til anorexia nervosa. Pasientene i denne studiene hadde følgende medisinske funn: anemi, 38,6%; leukocytopeni, 34,4%; hyponatremi 19,7%; hypokalemi 19,7%; bradykardi 41,3%; hypotensjon 16,1%; hypotermi, 22,4%; forhøyet konsentrasjon av ALT, 12,2%; osteoporose, 34,6%; primær anemoré, 14,8%. Ellers hadde 30% av deltakerne i studien forhistorie med benbrudd. Kliniske karakteristikk var også beskrevet. Halvparten av deltakerne hadde aldri vært innlagt. Kvinnene som rapporterte oppkast hadde et lengre sykdomsforløp enn de som ikke rapporterte oppkast. 75% trente regelmessig, opp til 23,5 timer per uke. Medisinbruk var av forskjellig karakter. 30% brukte østrogener på tidspunktet for undersøkelsen. 53% oppgav bruk av minste ett psykoparmaka.	Sjekkliste: <ul style="list-style-type: none"> • Er problemstillingen klart formulert? JA • Er befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? JA • Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? JA • Ble det redegjort for om respondentene skiller seg fra de som ikke har respondert? NEI • Er svarprosenten høy nok? JA • Bruker studien målemetoder som er pålitelige for det som skal måles? JA • Er datainnsamlingen standardisert? JA • Er dataanalysen standardisert? JA • Hva forteller resultatene? Resultatene forteller at pasienter med anorexia nervosa bør følges opp tett med tanke på mange og alvorlige somatiske komplikasjoner • Kan det overføres til praksis? JA 	
Konklusjon	Studien konkluderer med høy prevalens av medisinske funn hos kvinner med anorexia nervosa.			
Land	USA			
År data innsamling	2004			

Referanse: Halvorsen TF, Haavet OR, Rydsa BJ, Skarbo T, Rosvold EO. Patients' experience of their general practitioner's follow-up of serious eating disorders. Tidsskrift for den Norske. 2014			Design: Tverrsnittstudie	
			Dokumentasjonsnivå	C
			Grade:	III
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer	
<p>Undersøke om pasienter med alvorlig spiseforstyrrelser har snakket om sykdommen med en lokal allmennlege det siste året før behandlingsstart ved en spesialistenhet. Undersøker hvor tett oppfølgingen evt var, hvor tilfreds pasienten var, og om pasienten oppsøkte allmennlegen ved forverring.</p>	<p>Pasienter ved to ulike spesialenhet for spiseforstyrrelser fikk utdelt et spørreskjema ved behandlingsstart. Alle pasientene var over 18 år. Pasientene var både i poliklinisk behandling, og innlagte pasienter. Spørreskjemaet omhandlet konsultasjoner hos allmennlegen hvor temaet var spiseforstyrrelsen. En aktiv allmennlegerelasjon ble definert som minst tre besøk, om legekantoret var i nærheten av pasientens bosted, og om man hadde snakket om spiseforstyrrelsen det siste året.</p> <p>Analysen ble gjort ved hjelp av khikvadrattest, og enveis ANOVA-test med SPSS versjon 20.</p> <p>Skriftlig samtykke ble innhentet fra deltakerne. Undersøkelsen er godkjent av regional etisk komité.</p>	<p>126 pasienter mottok spørreskjemaet, 114 pasienter(90%) svarte. 66% av pasientene hadde en aktiv allmennlegerelasjon, og 65% av disse hadde snakket med allmennlegen om hvordan sykdommen påvirket hverdagen. 75% av pasientene var fornøyd med allmennlegens væremåte. 47% anså allmennlegen som en viktig støttespiller, og 44% oppsøkte allennlegen ved forverring av sykdommen. De med alvorlig undervekt oppsøkte allmennlegen i størst grad ved forverring. Alvorlige undervektige og pasienter med allmennleger som viste engasjement, skåret høyest på tilfredshet og støtte. Jo flere konsultasjoner som var gjennomført, desto flere pasienter var fornøyde og syntes de hadde fått støtte. 85% av pasientene med en aktiv allmennlegerelasjon ønsket samhandling mellom allmennlegen og behandler. 39% av dem med behandlingserfaring der nåværende allmennlege kunne ha vært involvert i samhandling med andrelinjetjenesten, hadde opplevd dette. 34% hadde ikke en aktiv allmennlegerelasjon.</p>	Sjekkliste: <ul style="list-style-type: none"> • Er problemstillingen klart formulert? JA • Er befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? JA • Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? JA • Ble det redegjort for om respondentene skiller seg fra de som ikke har respondert? NEI • Er svarprosenten høy nok? JA • Bruker studien målemetoder som er pålitelige for det som skal måles? JA • Er datainnsamlingen standardisert? JA • Er dataanalysen standardisert? JA • Hva forteller resultatene? At pasienters erfaring med allmennlegeoppfølgingen er varierende. De med hyppigst oppfølging og engasjert lege er mest tilfreds. • Kan det overføres til praksis? JA 	
Konklusjon				
Pasientens erfaring med allmennlegeoppfølgingen var varierende. Allmennlegens engasjement virket å kunne gi tettere oppfølging og mer fornøyde pasienter				
Land				
Norge				
År data innsamling				
2009-2011				