Høgskolen i Innlandet

Fakultet for helse og sosialvitenskap

Avdeling Elverum

Eline Furuhovde Hoelli

Masteroppgave

i . En kvalitativ studie av fastlegers erfaringer med behandling av metabolsk syndrom

Master i folkehelsevitenskap med vekt på livsstilsendringer

Vår 2023

ii. Forord

Etter to år med master i folkehelsevitenskap markerer denne masteroppgaven avslutningen. Det har vært lærerikt og det har gitt meg innsikt i prosessene omkring folkehelsearbeid. Studiet har også bidratt til personlig vekst og utvikling.

Jeg er stolt og lettet over at jeg nå er ferdig, fordi det har vært krevende! Men det hadde ikke gått uten mine støttespillere som jeg må få rette en stor takk til.

Aller først vil jeg takke min veileder Hege Eikeland Tjomsland for at du har hjulpet meg så godt du kunne gjennom hele prosessen. Jeg verdsetter skikkelig den grundige veiledningen jeg har fått.

Videre vil jeg takke alle mine deltakere, uten dere ville ikke avhandlingen vært mulig. Jeg vil også takke familie og venner som har hatt troen på meg hele tiden. Jeg er heldig som har dere!

Sist, men ikke minst en stor takk til min kjæreste og samboer. Takk for at du har lyttet, kommet med gode innspill og hjulpet meg med å tenke når jeg har stått fast. Takk for at du er den du er og at du er der for meg hver eneste dag. Alle de fine skiturene, fjellturene og opplevelsene vi har hatt mens jeg har holdt på med dette prosjektet, har gitt meg motivasjon til å holde ut.

iii. Innhold

ii. Forord **1**

vi. Sammendrag **4**

vi. Abstract **6**

Kapittel 1 - Introduksjon **8**

1.1 Hensikten med masteroppgaven 8
1.2 Bakgrunn 8
1.2.2 Metabolsk syndrom 10
1.2.3 Årsaker til utvikling av metabolsk syndrom 10
1.2.4 Diagnostisering av metabolsk syndrom 11
1.2.5 Ulike tilnærminger for behandling av metabolsk syndrom 11
1.2.6 Fastlege 12
1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål 14
1.4 Masteroppgavens struktur 14

Kapittel 2 - Litteraturoversikt **15**

2.1 Internasjonal forskning 15
2.2 Nasjonal forskning 17
2.3 Kunnskapshull 19

Kapittel 3 - Teoretisk orientering **20**

3.1 Medikalisering 20
3.2 Den biopsykososiale modellen 21
3.3 Forebyggende- og helsefremmende arbeid 23
3.3.1 Empowerment 24

Kapittel 4 - Metode og metodologi **26**

4.1 Kvalitativ metode 26
4.3 Utvalgsstrategi 27
4.4 Semi-strukturerte dybdeintervju som datainnsamlingsmetode 29
4.5 Intervjuguide og pilotintervju 30
4.6 Dataanalyse 31
4.6.1 Transkribering 31
4.6.2 Koding og etablering av temaer 32
4.7 Reliabilitet, validitet og overførbarhet 33
4.7.1 Reliabilitet 33
4.7.2 Validitet 34
4.7.3 Overførbarhet 35

4.8 Forskningsetikk 35
4.8.1 Institusjonelle klareringer 35
4.8.2 Etiske hensyn 35
Kapittel 5 - Resultater 37
5.1 Ulik forståelse av «begrepet» metabolsk syndrom 38
5.2 Ulik oppfatning om egen rolle og ulike fremgangsmåter 38
5.3 Kommunikasjon med pasientene 42
5.5 Positive til nye medikamenter i kombinasjon med livsstilsendringer 44
5.6 Ønsker å jobbe tverrfaglig 45
Kapittel 6 - Diskusjon 47
6.1 Introduksjon 47
6.2 Diskusjon av funn 48
6.3 Funnene i lys av et folkehelseperspektiv 52
6.4 Studiens begrensninger og videre forskning 54
6.5 Konklusjon 56
viii. Litteraturliste 58
ix. Vedlegg 65
Tabell 1. Karakteristikk av deltakerne 28
Tabell 2. Eksempel på koding 32
Tabell 3. Presentasjon av hovedtema i dataanalysen 37

vi. Sammendrag

Bakgrunn Metabolsk syndrom er blitt en av de største utfordringene til vestlige land og det er i økende grad kjent at metabolsk syndrom er en risikofaktor for utvikling for ikke-smittsomme sykdommer. Videre fører ikke-smittsomme sykdommer med seg komplikasjoner som fører til som økt arbeidsbelastning for helsevesenet, og store økonomiske kostnader for samfunnet. Helsefremmende og forebyggende tiltak er derfor avgjørende for hjerte- og karsykdommer og dødsfall. Fastleger spiller en nøkkelrolle i identifikasjon, forebygging og behandling av pasienter som er i risikosonen for ikke-smittsomme sykdommer.

Mål: Formålet med denne studien var å få en bedre forståelse av hvilke erfaringer fastleger har med behandling av metabolsk syndrom.

Metode: Denne studien har en kvalitativ forskningstilnærming, hvor semistrukturerte dybdeintervju intervju ble valgt som instrument for datainnsamlingsmetode. Åtte fastleger deltok i studien. To var kvinner og seks var menn.

Resultat og konklusjon: Det ble utviklet fem temaer ut fra datamateriale; ulik forståelse av «begrepet» metabolsk syndrom, ulik oppfatning om egen rolle og ulike fremgangsmåter, kommunikasjon med pasientene, positive til nye medikamenter i kombinasjon med livsstilsendring og ønsker å jobbe tverrfaglig.

Resultatene viste at eldre fastleger har en mer pragmatisk tilnærming og bruker skjønn i behandlingen av pasienter, mens yngre fastleger har en mer systematisk tilnærming og bruker mer tid på livsstilsendringer. Videre var det flere aspekter ved behandlingen som fastlegene anså som utfordrende, men viktig del av deres jobb. Viktigheten av kostholdsendringer og økt fysisk aktivitet for vektreduksjon understrekes i resultatene. Tidligere forskning har også vist at livsstilsendringer kan være like effektive som medikamentell behandling for å forbedre helsen til pasienter med metabolsk syndrom. Likevel avslører resultatene at fastlegers rådgivning ofte er generell og mangler individuell tilpasning. En helhetlig tilnærming som inkluderer både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer vil bidra til å bedre behandlingsresultatene og pasienttilfredsheten. Utfordringer som påvirker behandlingstilbudet inkluderte mangel på tid, ressurser og kunnskap. Fastlegene ønsket samarbeid med andre fagfolk og helsepersonell for å løse utfordringene de sto ovenfor. Fastlegene pekte på at god kommunikasjon med pasientene var utfordrende, men avgjørende for behandlingssituasjonen. Det understrekes også viktigheten av å investere tid og ressurser i utvikling av gode kommunikasjonsferdigheter hos helsepersonell. Implementeringen av en helhetlig tilnærming

til pasientbehandling krever imidlertid endringer i tenkemåte og praksis blant helsepersonell, samt et samarbeid med andre faggrupper.

Videre indikerte resultatene at medikamentell behandling av handlet om forsvarlighet knyttet til utvikling og risiko for død. De pekte på at de nye vektreduserende medikamentene var gode hjelpemidler, men at de aldri skulle foregå alene uten livsstilsendring. I en tid der medikalisering og kommersielle interesser kan påvirke behandlingsvalg, må fastleger være kritiske og reflekterte i sin praksis. Det er viktig å finne en balanse mellom medikamentell behandling og ikke-medisinske tilnærminger, og å sikre at pasientenes kontroll over egen helse og behandling respekteres.

vi. Abstract

Background: Metabolic syndrome has become one of the biggest challenges facing Western countries and it is increasingly known that metabolic syndrome is a risk factor for the development of non-communicable diseases. Furthermore, non-communicable diseases bring with them complications that lead to increased workload for the health care system, and large economic costs to society. Health promotion and preventive measures are therefore crucial for cardiovascular disease and death. GPs play a key role in the identification, prevention and treatment of patients who are at risk for non-communicable diseases.

Aim: The master's thesis aimed to investigate Norwegian GPs' experience of treating metabolic syndrome.

Method: This study has a qualitative research approach, where semi-structured in-depth interview interviews were chosen as instruments for data collection methods. Eight GPs participated in the study. Two were women and six were men.

Results and conclusion: Five themes were developed based on data material; different understandings of the «term» metabolic syndrome, different perceptions of one's own role and different procedures, communication with patients, positive to new drugs in combination with lifestyle changes and wishing to work interdisciplinary.

The results showed that older GPs have a more pragmatic approach and use discretion in the treatment of patients, while younger GPs take a more systematic approach and spend more time on lifestyle changes. Furthermore, there were several aspects of the treatment that the GPs regarded as a challenging, but important part of their job. The importance of dietary changes and increased physical activity for weight reduction is emphasized in the results. Previous research has also shown that lifestyle changes can be as effective as drug therapy in improving the health of patients with metabolic syndrome. Nevertheless, the results reveal that GPs' advice is often general and lacks individual adaptation. A holistic approach that includes biological, psychological and social factors will help improve treatment outcomes and patient satisfaction. Challenges affecting treatment provision included a lack of time, resources and knowledge. The GPs wanted to collaborate with other professionals and health personnel to solve the challenges they were facing. The GPs pointed out that good communication with the patients was challenging, but crucial for the treatment situation. It is also emphasized the importance of investing time and resources in developing effective communication skills among health personnel. However, the implementation of a holistic approach to patient care requires changes

in mindset and practice among healthcare professionals, as well as collaboration with other professional groups.

Furthermore, the results indicated that pharmacological treatment of entailed prudence in relation to the development and risk of death. They pointed out that the new weight-reducing drugs were good aids, but that they should never take place alone without lifestyle changes. At a time when medicalization and commercial interests can influence treatment choices, GPs must be critical and reflective in their practice. It is important to strike a balance between drug therapy and non-medical approaches, and to ensure that patients' control over their own health and treatment is respected.

Kapittel 1 - Introduksjon

Dette kapittelet starter med å forklare hensikten med prosjektet. Deretter bakgrunn for tema og relevans for folkehelse. Videre presenteres problemstillingen og forskningsspørsmålene.

1.1 Hensikten med masteroppgaven

Denne masteroppgaven har som hensikt å undersøke hvilke erfaringer fastleger har med behandling av metabolsk syndrom.

1.2 Bakgrunn

Dette kapittelet starter med å gjøre rede metabolsk syndrom og hva det har å si for utvikling av livsstilssykdommer eller såkalte ikke-smittsomme sykdommer, og i tillegg vil kapittelet ta for seg hvilken risiko sykdommene fører med seg av komplikasjoner for folkehelsen og samfunnet som helhet. Videre belyses hvilke områder som det bør settes søkelys på for å forhindre forverring og utvikling av ikke-smittsomme sykdommer.

World Health Organization (WHO) definerer metabolsk syndrom som et samlebegrep av forstyrrelser i kroppens omsetning av næringsstoffer (metabolismen) som øker risiko for sykdom, men det er ingen sykdom (Saklayen, 2018). Begrepet metabolsk syndrom omfatter økt mageomkrets, overvekt, fedme, høye insulinverdier, høyt blodtrykk og ugunstige kolesterolverdier (Liberopoulos et al., 2005; Saklayen, 2018). Metabolsk syndrom er blitt en av de største utfordringene til vestlige land, og forebyggende arbeid blant helsepersonell bør økes for å bekjempe metabolsk syndrom (Sousa et al., 2019). Det er i økende grad kjent at metabolsk syndrom er en risikofaktor for utvikling for ikke-smittsomme sykdommer som hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2, hjerneslag, hjerteinfarkt, muskel og skjelettlidelser, noen kreftformer som endometrie-, bryst-, eggstokk, prostata-, lever-, galleblære-, nyre- og tykktarmskreft (World Health Organization, 2022).

I tillegg fører ikke-smittsomme sykdommer med seg komplikasjoner som fører til økt arbeidsbelastning for helsevesenet (Lin & Chu, 2014). Per dags dato er hjerte- og karsykdommer den største årsaken til dødelighet i verden, til tross for forbedringer i høyinnteksland (Leong et al., 2017). I Europa står hjerte- og karsykdommer for fire millioner dødsfall per år (47 prosent av alle dødeligheter), og det koster omkring 196 milliarder euro årlig (Townsend et al., 2016). Forskning viser at det er en positiv utvikling når det gjelder dødelighet av hjerte- og karsykdommer, og antall nye tilfeller av hjerteinfarkt går ned (per 100000

innbyggere per år) (Ariansen et al., 2021). I de siste tiårene har røykeloven redusert hjerte- og karsykdommer, mens diabetes mellitus type 2 og fedme har steget markant. Overvekt og fedme har økt over tid i den norske befolkningen (Meyer & Bergh, 2017). Basert på data fra Helseundersøkelser i Trøndelag og Tromsø har omtrent en av fire menn og kvinner i aldersgruppa 40–49 år fedme (Midthjell et al., 2013). Det betyr at kun omtrent 23 prosent av mennene og 42 prosent av kvinnene i alderen 40–49 år har KMI (kroppsmasseindeks) under 25. De fleste voksne har dermed enten overvekt eller fedme, og mindretallet har normal vekt (Midthjell et al., 2013).

Statistikk fra Folkehelseinstituttet viser at en femtedel av den norske befolkningen får forebyggende behandling og lever med kroniske hjerte- og karsykdommer (Ariansen et al., 2021). Antall brukere av legemidler for hjerte- og karsykdom øker stadig, og de vanligste legemidlene i bruk er mot høyt blodtrykk og høyt kolesterol (Ariansen et al., 2021). I 2020 var det omtrent 1,2 millioner s mot hjerte- og karsykdom, og andelen av befolkningen som bruker minst ett legemiddel for å behandle hjerte- og karsykdom har økt fra 18 prosent i 2005 til 22 prosent i 2020.

Til tross for dette er hjerte- og karsykdommer fortsatt et stort folkehelseproblem (Ariansen et al., 2021). Helsefremmende og forebyggende tiltak er derfor avgjørende for å forhindre hjerte- og karsykdommer og dødsfall (Mancia et al., 2018). Det er i tillegg mange som lever med sykdom eller symptomer, og helsetjenesten bruker mye ressurser på behandling, diagnostisering og kontroll. Omtrent 97 av 100 norske helsekroner går til å reparere skader og sykdommer som allerede er inntruffet, og de totale helseutgiftene i Norge har bikket over 400 milliarder kroner i året (Statistisk sentralbyrå, 2022).

Forventet levealder og sykdom i Norge viser at vi også har en aldrende befolkning som vil prege helsetjenesten og samfunnet de neste tiårene (Bævre, 2021). Forventet levealder ventes å øke videre fram mot 2050 og helseutfordringene vil stort sett være likt som i dag. Det vil derfor være økt behov for helsepersonell, helsetjenester, inkludert er det en kostnadsutvikling ved bruk av helsetjenester som vil øke med en aldrende befolkning.

Fastleger spiller en nøkkelrolle i identifikasjon, forebygging og behandling av pasienter som er i risikosonen for ikke-smittsomme sykdommer, og det er derfor interessant å undersøke hvilken erfaring de har med behandling av metabolsk syndrom, hvilke utfordringer de står ovenfor og hva de anser som viktig i behandlingssituasjonen (Helsedirektoratet, 2021).

1.2.2 Metabolsk syndrom

World Health Organization (WHO) definerer metabolsk syndrom som et samlebegrep av forstyrrelser i kroppens omsetning av næringsstoffer (metabolismen) som øker risiko for sykdom, men det er ingen sykdom (Saklayen, 2018). Begrepet metabolsk syndrom omfatter økt mageomkrets, overvekt, høye insulinverdier, høyt blodtrykk og ugunstige kolesterolverdier (Liberopoulos et al., 2005; Saklayen, 2018). Det finnes mye forskning omkring metabolsk syndrom, og det er i økende grad kjent at metabolsk syndrom er en risikofaktor for utvikling av hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2, hjerneslag, hjerteinfarkt, og tilhørende komplikasjoner som fører til økt arbeidsbelastning for helsevesenet (Lin & Chu, 2014). Metabolsk syndrom vil også påvirke de økonomiske ressursene til helsevesenet (Said et al., 2016).

1.2.3 Årsaker til utvikling av metabolsk syndrom

I dagens samfunn har vi tilgang på mat og drikke i ulike varianter og til alle døgnets tider, samtidig behøver vi nesten ikke bruke noe energi for å komme oss gjennom dagen (Espnes & Smedslund, 2018). Dersom man har en stillesittende jobb, er det vanskelig å holde vekten hvis man ikke bruker fritiden sin på å være i fysisk aktivitet.

Saklayen (2018) peker på flere risikofaktorer og årsaker som kan føre til utviklingen av metabolsk syndrom. De største årsakene kan knyttes til arv, og enkelte gener kan påvirke kroppens evne til å regulere blodsukkeret, blodtrykket og kolesterolet. Dersom man har familiehistorie med metabolsk syndrom, kan man ha økt risiko for å utvikling av tilstanden (Saklayen, 2018). En annen årsak Saklayen (2018) peker på er overskudd av fett rundt magen. Visceralt fett (fettet i bukhulen) produserer inflammatoriske stoffer og hormoner som kan forstyrre kroppens insulinrespons og lipidmetabolisme. Insulin er hormonet som har ansvaret for å blodsukkerreguleringen, og dersom kroppen blir insulinresistens reagerer ikke kroppens celler like effektivt på insulin, og kroppen får problemer med å regulere blodsukkeret selv. Dette kan føre til utvikling av diabetes type 2 eller metabolsk syndrom (Saklayen, 2018).

I tillegg er ugunstige livsstilsfaktorer sterkt assosiert med utviklingen av metabolsk syndrom. Ugunstige livsstilsfaktorer er fysisk inaktivitet, usunt kosthold og røyking. Dersom man har et kosthold som inneholder mye mettet fett, bearbeidede matvarer og sukkerholdig drikke kan det føre til insulinresistens og vektøkning (Saklayen, 2018).

Metabolsk syndrom kan også ses i sammenheng med livskår, oppvekstforhold, reaksjoner, opplevelser og psykologiske forhold (Helsedirektoratet, 2023). Det kan i tillegg være knyttet

traumer, overgrep, mobbing, og vonde følelser som kan gi psykiske belastinger som igjen kan føre til endret spisemønster. De psykiske belastningene kan føre til overvekts-problematikk (Helsedirektoratet, 2023).

1.2.4 Diagnostisering av metabolsk syndrom

I en årrekke har flere organisasjoner forsøkt å forene kriteriene for diagnostisering av metabolsk syndrom (Alberti et al., 2009). Ulike kriterier ble foreslått av WHO, International Diabetes Federation (IDF), National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III (NCEP-ATP III) og The American Association of Clinical Endocrinologist (AACE). Disse kriteriene har blitt brukt i flere publikasjoner og internasjonale arbeider.

Konsensus for diagnostiseringskriterier av metabolsk syndrom ble utarbeidet av 21 deltakere, med eksperter innen diabetes, folkehelse, epidemiologi, lipidologi, genetikk, metabolisme, ernæring og kardiologi (Alberti et al., 2006). I følge Alberti og kolleger (2006) må tre av disse følgende fem kriterier være til stede for å kunne diagnostisere metabolsk syndrom;

- Abdominal omrkets ≥ 102 cm (menn) og ≥ 88 cm (kvinner)
- Systolisk blodtrykk (SBP) ≥ 130 mmHg eller diastolisk blodtrykk (DBP) ≥ 85
- Økt fastende blodsukker (>100 mg/dL) eller behandling med insulin eller oral antidiabetika
- Kolesterolverdier (HDL) <40 mg/dL (menn) og <50 mg/dL (kvinner)
- Triglyserider ≥ 150 mg/dL eller under behandling med spesifikke lipidsenkende midler

1.2.5 Ulike tilnærminger for behandling av metabolsk syndrom

Livsstilsendringer viser seg å være viktig for å behandle metabolsk syndrom (Wing et al., 2011). Studier har vist at moderat vekttap (5 til 10 prosent av kroppsvekten) som følge av livsstilsendringer kan føre til betydelige forbedringer av risikofaktorer for metabolske forstyrrelser (Wing et al., 2011). Fastleger bør veilede pasienter i å implementere kostholdsendringer, øke fysisk aktivitet og redusere inntak av mettet fett, sukker og salt (Alberti et al., 2009). Fysisk aktivitet, som moderat til intens aerob trening, anbefales det minst 150 minutter per uke (Donnelly et al., 2009).

Medikamentell behandling kan også være nødvendig for pasienter med metabolsk syndrom Grundy et al., 2005). Fastleger bør vurdere å foreskrive medikamenter for å behandle høyt blodtrykk, høyt kolesterol og høyt blodsukker. For eksempel kan statiner brukes for å senke

LDL-kolesterolnivåer, og ACE-hemmere eller angiotensin II-reseptorblokkere kan brukes for å behandle høyt blodtrykk (Grundy et al., 2005).

Regelmessig oppfølging og overvåking av pasienter med metabolsk syndrom viser seg å være viktig for å sikre at behandlingsmål nås og opprettholdes. Fastleger bør vurdere å gjennomføre regelmessige kontroller av blodtrykk, kolesterolnivåer, blodsukkernivåer og vekt (Grundy et al., 2005)

1.2.6 Fastlege

En fastlege er en lege som har inngått en avtale med en kommune og som enten kan være selvstendig næringsdrivende eller ansatt i en kommune. Fastlegene får tildelt en liste med pasienter, og pasientene har lovfestet rett til å velge sin egen lege (Helfo, 2023).

Fastlegeordningen ble introdusert i Norge i 2001 og har som formål å gi bedre tilgjengelighet, valgfrihet og kvalitet i allmennlegetjenesten (Helfo, 2023). Ved innføring av fastlegeordningen ønsket de å styrke det individuelle forebyggende arbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023). Kommunen har ansvaret for å organisere og tilby fastlegeordningen til innbyggerne som ønsker det, og dette er regulert av «forskrift om fastlegeordningen i kommunene» (Lov-2011-06-24-30-§3-2, Lov-1999-07-02-64-|§14).

Fastlegereformen hadde som mål å forbedre tilbudet og kvaliteten på tilbudet til kronisk- og alvorlige syke pasienter, samt pasienter med psykiske lidelser (Grytten et al., 2005). Reformen ga alle rett til å stå på en liste hos en fastlege, og det var en økt satsning på kontinuitet i lege- og -pasient-forholdet, bedre tilgjengelighet og mer rasjonell bruk av ressurser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2004). Fastlegen har et ansvar for pasientene på sin liste, også kalt listepasienter.

En evaluering av fastlegeordningen gjort av Norges forskningsråd i 2006 konkluderte med at ordningen hadde ført til bedre og mer stabil legedekning, forbedret tilgjengelighet til allmennlegetjenester og kortere ventetider (Norges forskningsråd, 2006). Imidlertid har fastlegeordningen siden da hatt utfordringer og det er snakk om en fastlegekrise i dag. Fastlegene i dag opplever økt arbeidsbelastning, og da samhandlingsreformen kom i 2011 førte det til mange flere oppgaveoverføringer fra sykehusene til fastlegene. Samtidig har kommunene slitt med å rekruttere og etablere fastlegepraksiser, og fastlegeordningen er organisert med franchiseløsning, der legene eier og driver sin egen praksis og tar all risikoen for banklån, drift og underskudd selv (Norges forskningsråd, 2006).

Fastlegetjenesten har endret seg, og tjenesten oppleves i økende grad som mindre helhetlig, tilgjengelig og koordinert for pasientene (Helsedirektoratet, 2021). Ifølge en rapport fra Helsedirektoratet som omhandler oppfølgingen av handlingsplanen for allmennlegetjenesten for perioden 2020–2024, er det flere tiltak som skal bidra til å løse utfordringene i dagens fastlegeordning (Helsedirektoratet, 2021) Hovedmålet med handlingsplanen er å skape en bærekraftig og fremtidsrettet allmennlegetjeneste av høy kvalitet. Rapporten viser at kontinuitet i forholdet mellom pasient og fastlege kan føre til større tilfredshet og bedre samarbeid, og påvirke forebygging, behandling og oppfølging positivt (Helsedirektoratet, 2021).

Det har vært en nedgang i forebyggende arbeid hos fastlegene, presiseres det i folkehelsemeldingen (*Meld. St. 15 (2022–2023)*, 2023). I tillegg kommer det frem at det er stadig er tidspress og at pasienters forventninger gjør at fastlegene skriver ut resepter på legemidler istedenfor å sette i gang ikke-medikamentelle tiltak og livsstils-intervensjoner. Dette har ført til at fastlegene bruker mer av tiden sin på legemiddelbehandling enn helsefremming og annet forebyggende helsearbeid. Det poengteres at forebyggende aktiviteter ikke blir prioritert på grunn av finansieringsordninger, økende arbeidsbelastning hos fastlegen, mangel på interesse, kunnskap og kjennskap til tilbud kommunen har som fastlegen kan samarbeide med *(Meld. St. 15 (2022–2023)*, 2023).

Videre i en nylig publisert rapport fra Helse- og omsorgsdepartementet anbefaler ekspertutvalget å øke tverrfagligheten og bredden i allmennlegetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023). Utvalget mener at en bredere faglig tilnærming kan føre til mer effektiv utnyttelse av ressursene, og bedre kvaliteten i tjenesten. Ved å jobbe i team omkring pasienten sammen med flere helsepersonellgrupper, kan det bidra til å øke kapasiteten hos fastlegen. Tverrfaglighet på fastlegekontoret blir vurdert av Helse- og omsorgsdepartementet som et virkemiddel for å møte framtidens utfordringer.

1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål

«Hvilke erfaringer har fastleger med behandling av metabolsk syndrom?»

Forskningsspørsmål:

1) Hvilke utfordringer møter fastleger med denne pasientgruppen?
2) Hvilke aspekter anser fastleger som viktig i behandlingssituasjonen?
3) Hvilket perspektiv har fastleger til medisinering versus livsstilsendringer knyttet til behandling av metabolsk syndrom?

1.4 Masteroppgavens struktur

Masteroppgaven er inndelt i 6 kapitler hvor innledning og bakgrunn utgjør kapittel 1. Kapittel 2 tar for seg internasjonal og nasjonal forskning knyttet til temaet. Kapittel 3 beskriver den teoretiske orienteringen for denne studien, i kapittel 4 vil det gjøres rede for studiens metodologi, metode og forskningsprosess, før funn og analyse blir presentert i kapittel 5. Kapittel 6 vil inneholde diskusjon og veien videre, samt konklusjon.

Kapittel 2 - Litteraturoversikt

Hensikten med dette kapittelet er å belyse relevant internasjonal og nasjonal forskning som omhandler dette temaet. Det vil også være med på å gi en bedre forståelse av studiens teoretiske orientering, og med oversikt over litteraturen kunne bidra til å identifisere kunnskapshull som bakgrunn for valg av studien.

2.1 Internasjonal forskning

I en studie fra USA undersøkte Leverence, Sussman og Crabtree (2007) primærhelsetjenestens retningslinjer og praksis for veiledning av fedme. De gjennomførte en kvalitativ studie ved hjelp av semistrukturerte intervjuer med 23 primærhelsetjeneste ansatte, inkludert leger, sykepleiere og ernæringsfysiologer. Intervjuene satte søkelys på deltakernes erfaringer med å gi veiledning om fedme, og på eventuelle retningslinjer eller verktøy som ble brukt. Resultatene viste at fastleger ser det som sitt ansvar å jobbe forebyggende, behandle og følge opp pasienter med overvekt og fedme (Leverence et al., 2007). Et annet funn viste derimot at primærhelsetjenestens ansatte hadde begrenset opplæring og ressurser for å gi effektiv veiledning om fedme. De manglet også klarhet i retningslinjer for å veilede pasienter om fedme, og opplevde enkelte utfordringer med å initiere samtaler om fedme med pasienter. Forskerne konkluderte med at det var behov for bedre opplæring, retningslinjer og ressurser for primærhelsetjenestens ansatte for å bedre håndtere fedme blant pasienter (Leverence et al., 2007). Det kan tenkes at siden forskningen til Leverence og kolleger er fra USA at svarene fra denne studie ikke stemmer helt overens med hvordan helsevesenet er i Norge, fordi USA og Norge har forskjellige helsesystemer (Schneider et al., 2021). På en annen side var studien relevant å ta med fordi Leverence og kollegers studie var kvalitativ og forskerne brukte semi-strukturerte dybdeintervju som metode og inkluderte fastleger (Leverence et al., 2007).

Wändell og kolleger (2018) fant liknende funn i sin studie fra England om utfordringer og tilretteleggelse blant helsepersonell i primærhelsetjenesten når det gjelder forebygging av hjerte- og karsykdommer. Studien til Wändell og kolleger var likevel litt annerledes, i og med at deres studie var en systematisk gjennomgang av forskningsartikler publisert mellom 2006 og 2016 (Wändell et al., 2018). Den systematiske gjennomgangen inkluderte 46 studier som satte søkelys på utfordringer og tilretteleggelse for forebygging av hjerte- og karsykdommer i primærhelsetjenesten, disse resultatene var interessante og relevante å inkludere også i denne studien. Resultatene viste at utfordringene også inkluderte mangel på tid og ressurser, lite kunnskap om forebygging, manglende motivasjon blant pasienter, og vanskeligheter med å

initiere samtaler om livsstilsendringer. Tilretteleggelse inkluderte økt bevissthet og kunnskap blant helsepersonell, samarbeid og samhandling mellom helsepersonell og pasienter, og bruk av retningslinjer og verktøy for forebygging av hjerte- og karsykdommer. Forskerne konkluderte med at det var behov for økt opplæring, ressurser og verktøy for helsepersonell i primærhelsetjenesten for å bedre håndtere forebygging av hjerte- og karsykdommer, samt økt søkelys på samarbeid og samhandling med pasienter.

I en studie fra 2022 i New Zealand undersøkte en gruppe forskere utfordringer som oppstår i behandling av fedme (Norman et al., 2022). Det var interessant å inkludere denne studien siden forfatterne utførte en meta-etnografisk gjennomgang av eksisterende litteratur for å identifisere sentrale temaer og innsikter fra både fastlegers og pasienters perspektiver. Forskerne identifiserte flere utfordringer som påvirker fastlegers evne til å gi effektiv behandling for fedme, inkludert mangel på tid og ressurser, utilstrekkelig opplæring og kunnskap, og manglende tillit til eksisterende behandlingsstrategier (Norman et al., 2022). Pasientene opplevde også utfordringer, som mangel på tilgang til spesialiserte tjenester, økonomiske begrensninger og språkbarrierer, samt følelsen av stigma og misforståelse fra helsepersonell.

Forskerne i studien fra New Zealand foreslo muligheter for å gjøre noe med disse utfordringene, for eksempel ved å tilby bedre opplæring og ressurser til fastleger, fremme åpen dialog om fedme mellom fastleger og pasienter, og øke tilgjengeligheten av spesialiserte tjenester og støtte for pasienter med lav inntekt og språkbarrierer (Norman et al., 2022). Forskerne understrekte også viktigheten av å anerkjenne og adressere både fastlegers og pasienters perspektiver for å utvikle mer effektive og inkluderende fedmebehandlingsstrategier. Det at artikkelforfatterne inkluderte både fastlegers og pasienters perspektiver styrker tidligere funn om utfordringer som primærhelsetjenesten opplevde. En fordel med denne studien var at New Zealand har ganske likt helsesystem som Norge, som gjorde denne studien relevant (Schneider et al., 2021).

En nylig publisert kvalitativ studie fra England undersøkte hva fastleger faktisk sier når de gir vekttap-råd til pasienter med fedme (Tremblett et al., 2022). Denne studien hadde en litt annen vinkling enn de andre studiene, men veldig relevant siden det var en kvalitativ studie hvor forskerne analyserte 159 lydopptak av samtaler mellom fastleger og pasienter i en randomisert kontrollert studie. Resultatene viste at fastleger ga hovedsakelig generiske råd om kosthold og trening, for eksempel «reduser karbohydrater» og «beveg deg mer». Videre var vekttaprådene ofte ikke tilpasset pasientenes eksisterende kunnskap og atferd. Forskerne konkluderte med at vekttapråd fra fastleger kan være mer effektive hvis det blir gitt tydeligere veiledning om hvilke metoder som faktisk fungerer for vekttap-, og hvis rådene blir tilpasset den enkelte pasient.

(Tremblett et al., 2022). England har også liknende helsevesen som i Norge som gjorde at denne studien var relevant å inkludere (Schneider et al., 2021).

2.2 Nasjonal forskning

Studien til Abildsnes og kollegaer (2011) undersøkte fastlegers erfaringer og tilnærming til livsstilsrådgivning i allmennpraksis. Denne studien var relevant fordi den var kvalitativ, og forskerne gjennomførte fem fokusgruppeintervjuer med til sammen 29 allmennleger i Norge. Deltakerne diskuterte utfordringer og muligheter knyttet til livsstilsrådgivning. De fant at fastleger anser livsstilsrådgivning som en viktig, vanskelig og obligatorisk del av fastlegens plikt. Sakshistoriene deres omfattet rådgivning om røykeslutt, fedme, kostholdsråd, fysisk aktivitet, alkoholmisbruk, doping og spiseforstyrrelser. Mange vurderte behandlingsmål definert i kliniske retningslinjer som umulige å oppnå (Abildsnes et al., 2011). De erfarne fastlegene uttrykte generelt lavere ambisjoner om å endre pasientenes livsstil og viste en mer pragmatisk tilnærming enn de med mindre erfaring. De mindre erfarne fastlegene var entusiastiske og ivrige etter å legge til rette for endring, men reflekterte sjelden over vanskelighetene med å øke pasientenes motivasjon (Abildsnes et al., 2011). Fastlegene rapporterte også at de ofte ble skuffet når de opplevde at deres innsats mislyktes. Forskerne konkluderte med at det var behov for mer systematisk opplæring og støtte for fastleger i livsstilsrådgivning, og at det var viktig å tilpasse den enkelte pasient.

Studien til Rønnevik og kollegaer (2020) undersøkte fastlegens rolle i forebyggende og helsefremmende arbeid. Denne studien var også relevant fordi den var kvalitativ. Forskerne gjennomførte fokusgruppeintervju med fastleger fordelt på tre grupper bestående av henholdsvis tre, åtte og syv fastleger. I tillegg ble det gjennomført en feltstudie i 25 kommuner. Feltstudien ble gjennomført av 67 siste års medisinstudenter som var utplassert høsten 2017 i seks ukers tjeneste i til sammen 25 kommuner, i hovedsak i Midt Norge (Rønnevik et al., 2020). Noen av studentene samarbeidet, og det ble til sammen levert 41 rapporter. Deltakerne i feltstudien var folkehelsekoordinatorer, fastleger, kommuneoverleger og administrative helseledere. Datamaterialet som ble innhentet i feltstudien var intervju, dokumentanalyse og observasjon og skulle danne basis for et tenkt saksframlegg til kommunestyret. (Rønnevik et al., 2020)

Rønnevik og kolleger (2020) fant at det er et gap mellom myndighetenes forventninger, og det fastlegene selv forteller om den faktiske virksomheten. Videre konkluderes artikkelforfatterne

med at det er nødvendig med et vesentlig kompetanseløft blant fastleger. En nasjonal strategi for reorientering av allmennpraksis som peker mer mot helsefremming og forebygging bør utarbeides ifølge forskerne (Rønnevik et al., 2020).

I en studie fra 2021 undersøkte en gruppe forskere fra Norge pasienters oppfatning av viktigheten av god kommunikasjon og tilgjengelighet i primærhelsetjeneste (Eide et al., 2021). Denne studien var også interessant og relevant å ta med siden artikkelforfatterne samlet data fra 707 pasienter fra Danmark, Norge, Finland og Sverige og Island. Denne studien var litt annerledes siden den var kvantitativ, og artikkelforfatterne brukte spørreskjema for å vurdere pasientenes erfaringer og synspunkter. Funnene var interessante og inkluderte skandinaviske land som har liknende helsevesen som i Norge. Resultatene viste at pasientene vurderte god kommunikasjon som viktigere enn tilgjengelighet i primærhelsetjeneste. Pasientene mente at en god relasjon mellom pasient og helsepersonell, inkludert lytting og forståelse, var avgjørende for å oppnå tilfredshet og trygghet i behandlingen.

Eide og kolleger (2021) antydet at pasienter verdsetter en helhetlig og personorientert tilnærming, der deres behov og preferanser blir tatt hensyn til. Pasientene ønsket også en kontinuitet i omsorgen, der de kunne etablere et tillitsforhold til sin fastlege. Funnen indikerte at betydningen av å investere i tid og ressurser til å utvikle gode kommunikasjonsferdigheter hos helsepersonell. I tillegg kan resultatene fra studien bidra til å informere om utvikling av helsetjenesten for å møte pasientenes behov og forbedre kvaliteten på primærhelsetjenesten i Norden (Eide et al., 2021).

Denne studien var også interessant å inkludere fordi det var en kvalitativ studie hvor en gruppe forskeren undersøkte overvektige pasienters erfaringer i møte med fastlegen (Juvik et al., 2023). Forskerne intervjuet åtte personer i alderen 20–48 år, fem kvinner og tre menn. Alle deltakerne hadde kroppsmasseindeks som klassifiserte dem som overvektige, og de hadde utviklet overvekt i ung alder. Det kom frem i studien at deltakerne opplevde at overvekt ikke ble tatt opp som tema av fastlegen: Selv om fastlegene noen ganger nevnte overvekt, var det sjeldent at de inviterte til videre samtaler eller informasjonsutveksling (Juvik et al., 2023). Deltakerne opplevde at mangel på tid brukt i konsultasjonene var en av utfordringene for å snakke om overvekt. De pekte videre på at god kommunikasjon, empati og realistiske målsettinger ble vektlagt som viktig for en vellykket samtale om vekt. Deltakerne uttrykte også ønske om hjelp fra fastlegen til å endre atferd og livsstil knyttet til vekt, og de så på fastlegen som en mulig «vekker» som kunne hjelpe dem med å identifisere negative vaner og støtte dem i en

endringsprosess. Noen ønsket at fastlegen skulle henvise dem til spesialister for videre hjelp. (Juvik et al., 2023).

2.3 Kunnskapshull

Som vi har sett i litteraturoversikten har det blitt forsket på fastlegers erfaringer knyttet til behandling av overvekt, fedme og hjerte- og karsykdommer både internasjonalt og nasjonalt. Forskningen viste at disse temaene glir litt inn i hverandre, og det var flere utfordringer som påvirket fastlegers evne til å gi effektiv behandling.

Utfordringene inkluderte mangel på tid, ressurser, utilstrekkelig opplæring for helsepersonell i primærhelsetjenesten, kunnskap, og manglende tillit til eksisterende behandlingsstrategier. Forskning viste også at pasienter opplevde at fastlegene ikke hadde tid og ressurser til å snakke om overvekt.

Videre viste forskning at det var behov for økt opplæring, ressurser og verktøy for helsepersonell i primærhelsetjenesten for å bedre kunne håndtere forebygging av hjerte- og karsykdommer, samt økt søkelys på samarbeid og samhandling med pasienter. En nasjonal strategi for reorientering av allmennpraksis som peker mer mot helsefremming og forebygging bør utarbeides ifølge forskere.

Ved å undersøke hvilke erfaringer fastleger har med behandling av metabolsk syndrom, kan denne masteroppgaven bidra med å gi en dypere forståelse av temaet.

Kapittel 3 - Teoretisk orientering

Teori er viktig for å forstå og belyse sosiale fenomen, og den kan danne et viktig bakteppe for forskningen som utføres. Teori er i tillegg sentralt når forskeren skal tolke data som samles inn (Bryman, 2016). Dette kapittelet forklares den biopsykososiale modellen, og begreper som medikalisering, forebyggende- og helsefremmende arbeid og empowerment. De er alle komplekse begreper, og her forklares de i korte trekk. Modellen og begrepene kan være med på å prøve å forstå hvilke utfordringer fastleger står ovenfor, hva som kan være med på å påvirke fastlegene, og hva som er viktig å ta hensyn til i behandlingssituasjonen. Denne studien har en induktiv tilnærming, som betyr at dybdedata er innhentet før det teorien bestemmes (Bryman, 2016).

3.1 Medikalisering

I følge Thurston (2014) oppsto *medikalisering* som begrep på 70-tallet, og var en kritikk av medisin opprinnelig av psykiatrien som senere ble utviklet av sosiologer. Det finnes flere perspektiver på medikalisering, og perspektivene varierer ut ifra hvilken disiplin eller teoretisk orientering man ser det fra (Hofmann, 2017).

Fra et sosiologisk perspektiv definerer for eksempel Clark (2014) medikalisering som en prosess der menneskelige problemer blir definert og behandlet som medisinske problemer. Hofmann (2017) viser til flere livsområder som blir medikalisert, og disse er for eksempel: sorg, tristhet, kjærlighet, sjenerthet, avhengighet, fattigdom, død, fødsel, graviditet, amming, skallethet, stemning, oppførsel, shopping, rase, aldring, seksuell funksjon og menopause.

I følge Hofmann (2017) finnes det flere drivere for medikalisering som blant annet legemiddelindustrien og markedsføring av medikamenter, økende utvikling av teknologi og medisinske prosedyrer, i tillegg pasienters forventinger og krav til medisinsk behandling, endringer i definisjoner av sykdom og hva som regnes som normalt eller avvikende. Thurston (2014) peker også på at det er økende fokus på screening og forebygging av sykdom, og at for eksempel å senke grenseverdier for kardiovaskulære risikofaktorer (serumkolesterol og blodtrykk) kan føre til at mange personer får behov for medisinsk behandling. I tillegg er legers ønske om å behandle og kurere sykdommer, og samt økende ansvar og krav fra helsemyndigheter med på å drive medikalisering.

Medikalisering har stort sett blitt konstruert som et negativt fenomen, fordi det kan føre til overbehandling og bivirkninger (Thurston, 2014). Det kan påvirke menneskers liv og gi svekket

kontroll over egen helse og behandling. Selv om medikalisering kritiseres for å være negativt, har det også positive sider som å redusere lidelser hos pasienter med alvorlige sykdommer og lindre symptomer.

Hofmann (2017) mener det er viktig å være kritisk til medikalisering og å vurdere nøye om medisiner er den beste løsningen på ulike helseproblemer. Hofmann (2017) understreker betydningen av å sikre at pasientene får en helhetlig og individuelt tilpasset behandling, som inkluderer livsstilsendringer og alternative behandlingsmetoder der det er relevant.

3.2 Den biopsykososiale modellen

Den biomedisinske modellen har vært den dominerende modellen innenfor medisin i mange år, og legger vekt på det fysiske og biologiske aspektet ved sykdom og helbredelse (Engel, 1977). Ifølge denne modellen er sykdom et resultat av en feil i kroppen som må repareres eller kureres. Behandlingen er ofte basert på medikamenter og kirurgiske inngrep som tar sikte på å eliminere sykdommen.

Den biopsykososiale modellen ble introdusert av George L. Engel i 1977 som en utfordring til den biomedisinske modellen (Engel, 1977). Den biopsykososiale modellen har et helhetlig perspektiv, som tar hensyn til de biologiske, psykologiske og sosiale forholdene som kan påvirke helse og sykdom (Engel, 1977). Engel pekte på at sykdom ikke kan forstås alene uten å ta hensyn til individets historie, familieforhold og sosiale nettverk. Han mente at sykdom var et resultat av samspillet mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer, og de ulike faktorene i modellen påvirker hverandre og kan opprettholde, skape eller utløse symptomer på sykdom.

De biologiske faktorene inkluderer genetisk predisposisjon, fysiologisk reaktivitet, immunrespons og patogener (Espnes & Smedslund, 2018). Psykologiske faktorer er helseforventning, kognitive ressurser, stress, reaktivitet til patologi, personlighetstrekk og psykiske helseressurser. Sosiale elementer er tilgang til helseressurser, helseundervisning, sosiale relasjoner, støtte og hygiene.

Den biopsykososiale modellen kan bidra til å forstå komplekse sykdommer, som for eksempel metabolsk syndrom, hvor både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer spiller en rolle (Borrell-Carrió et al., 2004). En helhetlig tilnærming til pasientbehandling som tar hensyn til disse faktorene, kan muligens bidra til en mer effektiv behandling.

For å bruke den biopsykososiale modellen i praksis er det ifølge Borrell-Carrió og kolleger (2004) en fordel at man blant annet skaper en empatisk og tillitsfull relasjon mellom pasient og fastlege. I tillegg ønsker man en grundig og omfattende anamnese (sykehistorie) som inkluderer informasjon om pasientens psykologiske og sosiale liv. Bruk av tverrfaglig tilnærming i behandling, hvor man samarbeider med andre helsepersonell og fagområder for å gi pasienten best mulig behandling er også en fordel. I tillegg vurderer og behandler man pasientens psykologiske og sosiale behov på lik linje med deres medisinske behov (Borrell-Carrió et al., 2004).

Videre peker Borrell-Carrió og kolleger (2004) på at man også burde ta hensyn til pasientens livsstil og livssituasjon når man utvikler behandlingsplanen, og inkludert vurdere hvilke faktorer som kan påvirke pasientens helse, og i tillegg burde man inkludere pasienten i beslutningsprosessen. Implementering av modellen i praksis krever også at fastleger og helsepersonell får opplæring i hvordan de kan bruke en helhetlig tilnærming til pasientbehandling og i hvordan de kan samarbeide med andre faggrupper (Borrell-Carrió et al., 2004).

Engel (1977) påpeker dog at modellen kan være vanskelig å operasjonalisere, og for å ha en bred tilnærming som kan være krevende å innlemme klinisk. Modellen kritiseres også for å ha en overvekt av biologisk orientert forskning, noe som kan underkommunisere de psykososiale aspektene ved sykdom og helse (Borrell-Carrió et al., 2004).

En annen utfordring som Borrell-Carrió kolleger (2004) peker på er at den kan kreve betydelige endringer i tenkemåte og praksis hos helsepersonell, noe som kan være krevende å gjennomføre i en klinisk praksis som ofte setter søkelys på spesifikke sykdommer og behandlinger. Videre peker Borrell-Carrió kolleger (2004) på at det kan være utfordrende å finne en balanse mellom de ulike faktorene i modellen og identifisere hvilke faktorer som har størst innvirkning på en pasients helse og velvære.

Til tross for disse utfordringene mener de at den biopsykososiale modellen kan bidra til å gi en mer helhetlig tilnærming til pasientbehandling, og bedre pasientens helse og velvære. Det krever imidlertid økt innsats og bevissthet rundt de psykososiale faktorene ved sykdom, og en bredere tilnærming til forskning og dette området (Borrell-Carrió et al., 2004).

3.3 Forebyggende- og helsefremmende arbeid

Det er ikke alltid lett å skille mellom *forebyggende og helsefremmende arbeid* fordi de glir ofte over i hverandre (Espnes & Smedslund, 2018). I følge Espnes og Smedslund (2018) betyr forebyggende at man vil forhindre at noe oppstår, og begrepet kan ses i sammenheng med sykdom, men det kan også være for eksempel rus eller ulykker. Et annet, men tilsvarende begrep man kan bruke er sykdomsforebyggende arbeid. Med forebyggende tiltak ønsker man å redusere forekomsten av sykdommer som dødelighet, utvikling av risikofaktorer, skader og sosiale problemer.

Tradisjonelt sett har forebyggende helsearbeid vært delt i tre; *primærforebyggende, sekundærforebyggende og tertiærforebyggende helsearbeid.*

Primærforebyggende arbeid betyr at man ønsker å fjerne, eller redusere risikofaktorer eller årsaker, og styrke en gruppe eller individets motstandskraft. Videre er sekundærforebyggende arbeid å oppdage sykdommer, problemer eller tidlig oppdagelse av risikofaktorer i forbindelse med dette. Tertiærforebyggende helsearbeid går ut på å sette i gang tiltak dersom det har oppstått sykdom, for å unngå forverring og eller at det oppstår nye sykdommer (Espnes & Smedslund, 2018).

Videre kan helsefremming defineres som en prosess som gir folk økt kontroll over, og muligheter for å forbedre helsen sin (World Health Organization, 2021). I 1986 ble den første internasjonale kongressen om helsefremming arrangert av Verdens helseorganisasjon (WHO) i Ottawa (World Health Organization, 1986). Det ble utarbeidet en avtale som kalles Ottawa-charteret. Ottawa-charteret viser til at det er flere behov som avgjør om man har en god helse og livskvalitet, og behovene inkluderer fred, et sted å bo, tilgang på undervisning, nok mat, inntekt, et stabilt økonomisk system, nok materielle ressurser, likestilling og sosial rettferdighet (World Health Organization, 1986).

Ottawacharteret inneholder fem strategiske innsatsområder for helsefremmende arbeid som på samfunns- og organisasjonsnivå betyr å bygge en helsefremmende politikk og skape støttende miljøer for helse og utvikling, og reorientere helsetjenesten mot helsefremmende arbeid, i tillegg styrke lokalsamfunns muligheter for kontroll over egen fremtid (World Health Organization, 1986). På individnivå handler dette om å utvikle personlige ferdigheter, kunnskap og ressurser som setter folk i stand til å gjøre gode valg som fremmer helsen.

Ottawa charteret viser også til at helsefremming i helsetjenesten skal være delt mellom helsepersonell, helseinstitusjoner, myndigheter samfunnsgrupper og enkeltpersoner (World Health Organization, 1986). Helsesektoren må bevege seg i retning helsefremmende og ta ansvar for å yte kliniske og kurative tjenester.

Helsefremmende arbeid er i endring og påvirkes av raske og store samfunnsendringer, og nyskaffet kunnskap (Freudenberg et al., 1995). Freudenberg og kolleger (1995) peker på spesielt fire store utfordringer i helsefremmende arbeid: helsegapet mellom fattige og rike øker, velferdssamfunnet endres, grensen mellom forskjellige former for sykdom (kroniske, infeksiøse og sosiale) blendes ut, det blir mindre like og stadig mer komplekse samfunn. I tillegg mener de at det er utfordrende å forholde seg til direkte hva som er årsaken til en del av nåtidens sykdommer på grunn av at flere faktorer spiller inn. Dette mener de ofte resulterer i sammensatte tiltak som for eksempel uførhet og tap av funksjon på grunn av mentale helseproblemer (Murray et al., 1996).

I Helsepersonellkommisjonen sin utredning NOU 2023: 4 –Tid for handling, poengteres det at riktig oppgavedeling starter med folkehelsearbeid hvor forebygging, tidlig innsats, helsefremmende arbeid og styrking av befolkningens helsekompetanse kan bidra til at pasienter blir bedre i stand til å ta vare på sin egen helse, og kan delta i egen behandling (*Meld. St. 15 (2022–2023)*, 2023). Dette kan også bidra til at man reduserer behovet for helsepersonell.

Dette kan tyde på at man må ta denne graden av helse som handler om utfoldelse og mestring av utfordringer knyttet til eget liv mer på alvor. Man må få folk til å finne egne løsninger på problemene sine, istedenfor å løse problemer for dem. En strategi som kan være med på å få til dette er betegnet som *empowerment* (Sørensen & Graff-Iversen, 2001).

3.3.1 Empowerment

Under utarbeidelsen av Ottawa-charteret i 1986 introduserte WHO begrepet som en prosess der individer får større kontroll over beslutninger og handlinger som påvirker helsen deres (World Health Organization, 1986). I begrepet empowerment kan «power» oversettes til styrke, kraft og makt (Askheim, 2012).

For individer handler empowerment om muligheten til å ha kontroll over eget liv og ta beslutninger, mens på samfunnsnivå handler det om individets mulighet til å ta kontroll over helsedeterminantene i samfunnet (World Health Organization, 1986). Begrepet empowerment brukes ofte i folkehelsearbeid, og det kan oversettes på norsk til brukermedvirkning eller myndiggjøring (NOU 1988: 18, 1998).

Empowerment som strategi i et forebyggende og helsefremmende folkehelsearbeid innebærer å løse helseutfordringer som individet selv identifiserer som viktige, i samhandling med faglig ekspertise (Houston & Cowley, 2002). For å ivareta og fremme empowerment i samhandling med pasienter, er det viktig å hjelpe pasientene til å føle seg verdsatt, slik at de kan mestre å ta gode beslutninger i beslutningsprosessene. Ved å gi individet makt og kontroll over egne beslutninger kan det bidra til å gi de helsehjelpen de har behov for, og ikke et profesjonelt ideal som helsepersonell tror pasientene trenger. Dermed har helsepersonell et selvstendig ansvar for å gi pasientene et forebyggende og helsefremmende tjenestetilbud i henhold til Helse- og omsorgstjenesteloven (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, 2011).

Eksempel på en metode innenfor empowerment som helsepersonell kan bruke for å hjelpe folk til å endre vaner er *motiverende intervju* (Askheim, 2012). Motiverende intervju er en terapeutisk tilnærming som tar sikte på å utforske og forsterke en persons motivasjon til endring. Det setter søkelys på å hjelpe personen til å identifisere hva som er viktig for dem og hva som hindrer dem fra å nå sine mål. Ved å gi personen verktøyene de trenger for å håndtere disse hindringene, kan de øke sin følelse av kontroll og styrke sin selvtillit (Askheim, 2012). Det er viktig å merke seg at empowerment ikke kan påtvinges, og at det må komme fra individet selv og deres behov og ønsker. Det er derfor viktig å involvere og lytte til de som skal bli myndiggjort, og å tilpasse tiltakene og strategiene etter deres behov og ønsker (Askheim, 2012).

Empowerment som tilnærming har fått økt oppmerksomhet de siste årene, både innenfor helsefaget og sosiale spørsmål. Det er imidlertid også kritikere som mener at empowerment kan bli for individualisert og at det ikke tar hensyn til de strukturelle faktorene som påvirker individets handlingsrom (Houston & Cowley, 2002).

Kapittel 4 - Metode og metodologi

Metode og metodologi kan knyttes tett til hverandre i forskningsprosessen. Mens metode er knyttet til forskningsspørsmålet og kildene av innsamlet data, handler metodologi om teknikkene og prosedyrene som tas i bruk for å samle inn, og analysere data (Grix, 2002). Dette kapitlet presenterer metoden og metodologien benyttet i denne masteroppgaven.

4.1 Kvalitativ metode

Formålet med denne studien var å få en bedre forståelse av hvilke erfaringer fastleger har med behandling av metabolsk syndrom.

Ettersom erfaringer er subjektive opplevelser, er de derfor kompliserte å kvantifisere (Bryman, 2016). *Kvalitativ metode* har som hensikt å få tak i meninger og opplevelser om ikke lar seg tallfeste eller måle. Kvalitativ forskning har en fortolkende og subjektiv tilnærming som kan bidra til å forstå og utforske komplekse fenomener. Denne tilnærmingen søker å få tak i deltakernes opplevelser, perspektiver og meninger (Bryman, 2016). I kvalitativ forskning bruker man som regel intervjuer eller observasjoner for å samle inne data. Analyse av kvalitative data inkluderer ofte tolkning og koding av data for å identifisere temaer, mønstre og meninger som gir sammenheng. Denne tilnærmingen er med på å få dypere forståelse av sosiale fenomener og gir rom for nye innsikter og teori (Bryman, 2016).

Epistemologi og ontologi spiller en viktig rolle innenfor kvalitativ forskning. Epistemologi betyr læren om kunnskap (Bryman, 2016). Bryman beskriver tre ulike epistemologiske posisjoner: *positivisme, relativisme og konstruktivisme*. I positivisme er det vitenskapelige målet å finne objektive og allmenngyldige sannheter. I relativisme blir kunnskapen betraktet som subjektiv og relativ, og konstruktivismen tar utgangspunkt i at kunnskap er konstruert i interaksjon med virkeligheten (Bryman, 2016).

Ontologi handler om hva som eksisterer og hvordan virkeligheten er (Bryman, 2016). Bryman beskriver tre ontologisk posisjoner: *objektivisme, konstruktivisme og realisme.* Objektivisme er en ontologisk posisjon som antar at det eksisterer en objektiv og absolutt virkelighet som kan observeres og måles. Konstruktivisme, som også er en epistemologisk posisjon, antar at virkeligheten er konstruert i samhandling med omgivelsene, og at det ikke finnes en objektiv virkelighet som kan observeres og måles. Realisme antar at det finnes en objektiv virkelighet som eksisterer uavhengig av menneskers oppfatninger og erfaringer, men som ikke nødvendigvis kan observeres eller måles direkte (Bryman, 2016).

I denne studien har jeg valgt en konstruktivistisk tilnærming, som både kan knyttes til epistemologien og ontologien, da jeg ønsket å undersøke fastlegers subjektive erfaringer av behandling av metabolsk syndrom, og forstå hvordan disse erfaringene er formet av deres kontekst og interaksjon med pasientene.

Videre kan dette knyttes til *fenomenologien*, som er en tilnærming innen kvalitativ forskning hvor det sentrale er å få tak i essensen av en gitt opplevelse eller et fenomen. Forskeren er ute etter å gå i dybden og dykke ned i den enkeltes livsverden for å forstå deres perspektiv, tanker og følelser. Med et fenomenologisk design, kan man bruke *dybdeintervjuer* for få en dypere forståelse av fastlegers erfaringer.

Med det forskningsfilosofiske ståstedet som bakgrunn, kan tilnærmingen til forskningstemaet baseres på en induktiv metode. En induktiv tilnærming kan knyttes til kvalitative forskningsmetoder som innebærer å innhente dybdedata fra deltakere, før man bestemmer hvilke teorier, modeller eller begreper som brukes til å forklare fenomenet (Bryman, 2016). En kvalitativ datainnsamling var dermed hensiktsmessig i henhold til formålet med studien og problemstillingen.

4.3 Utvalgsstrategi

Deltakere ble rekruttert basert på et formålsorientert grunnlag (Tjora, 2021). Dette innebærer at deltakerne ikke ble tilfeldig valgt, men gjennom en strategisk utvelgelse fordi de hadde kjennskap og erfaring som var relevant for forskningsområdet. Et annet inklusjonskriterium var å inkludere fastleger med både kort og lang arbeidserfaring. I tillegg ble forskjellige aldre inkludert for å gi en bredere forståelse for hvordan fastlegene praktiserer. I følge Bryman (2016) er det ikke nødvendig å ha et spesifikt antall deltakere i kvalitativ forskning. Antall deltakere som trengs i en kvalitativ studie er ofte mindre enn i kvantitative studier, som skyldes at kvalitative studier er opptatt av å få en dyp forståelse av deltakernes meninger og krever detaljerte datainnsamlinger (Bryman, 2016). Det er dermed viktigere å oppnå menig i stedet for å ha et spesifikt antall deltakere. Menig oppnås dersom nye deltakere ikke lenger gir ny eller betydningsfull informasjon til studien. Man fortsetter å rekruttere deltakere og samle inn data til man når et metningspunkt. Antall deltakere kan også variere ut ifra forskningsspørsmålet, tilgjengelige ressurser og tid (Bryman, 2016).

Rekrutteringsprosessen startet i januar 2023, og da forsøkte jeg først å få tak i fastleger på egen hånd. Jeg startet med å lete etter fastleger på legelisten.no, men på nettsiden var det imidlertid ikke oppført mailadresser til fastlegene, noe som gjorde det vanskelig å nå dem. Deretter skrev jeg en tekst som jeg la ut på sosiale medier hvor jeg spurte nettverket mitt om det var noen som kjente noen som jobbet som fastlege som kunne vært interessert i å dele erfaringer med meg. Dette hjalp meg et stykke videre. En venninne ba meg for eksempel om å ta kontakt med foreldrene hennes som jobber som fastleger. Begge foreldrene ønsket å delta.

Jeg fikk også råd om å ta kontakt med kommuneoverleger, og sendte ut e-post med forespørsel til tilfeldige kommuneoverleger i 21 kommuner. Jeg forhørte meg om de hadde mulighet til å videreformidle, og hjelpe meg å nå ut til fastlegene i deres kommuner. De fleste kommuneoverlegene svarte kjapt, og ga meg kontaktpersoner eller videreformidlet forespørselen. Flere av kommuneoverlegene oppfordret fastlegene til å delta. Det var lite respons fra fastlegene, men jeg fikk kontakt med to fastleger gjennom den ene kommuneoverlegen. En annen kommuneoverlege ønsket selv å delta. Jeg fikk også kontakt med tre fastleger gjennom denne kommuneoverlegen. I tillegg meldte enda en fastlege seg til å delta. Til sammen deltok åtte fastleger i alderen 33 til 72 år. Det ble ikke inkludert flere fastleger på grunn av studiens tidsramme. Intervjuene ble gjennomført mellom januar og februar.

Tabell 1. Karakteristikk av deltakerne

Pseudonym	**Kjønn**	**Alder**	**Yrke**
Are	Mann	33 år	Fastlege
Mats	Mann	37 år	Fastlege
Jens	Mann	40 år	Fastlege
Harald	Mann	44 år	Fastlege og Kommuneoverlege
Heidi	Kvinne	53 år	Fastlege
Marit	Kvinne	65 år	Fastlege
Ola	Mann	66 år	Fastlege
Hans	Mann	72 år	Fastlege

4.4 Semi-strukturerte dybdeintervju som datainnsamlingsmetode

I lys av studiens formål og problemstilling var det hensiktsmessig å benytte semi-strukturerte dybdeintervju for å innhente dybdeinformasjon om fastlegers erfaringer knyttet til å behandle pasienter med metabolsk syndrom. Gjennom slike intervjuer kan deltakerne gi mer dybde og detaljerte forklaringer av deres erfaringer (Tjora, 2021).

Deltakerne ga muntlig samtykke til å være med i prosjektet, i tillegg skriftlig til samtykke som ble hentet inn i forkant. For at deltakerne skulle føle seg komfortable ville jeg at intervjuene skulle foregå et sted der de følte seg avslappet. Siden de fleste av deltakerne bodde langt unna ble det valgt å gjennomføre intervjuene på Zoom eller på telefon, slik at de hadde mulighet til enten være hjemme eller på kontoret sitt. Jeg forhørte meg med deltakerne om det var greit at jeg tok opptak av intervjuet, i tillegg informerte jeg om hvor opptakene lagres, brukes og når de slettes i tråd med Tjora (2021) sine anbefalinger (Tjora, 2021). Jeg brukte lydopptaker for å kunne konsentrere meg om hva deltakeren sa. Det var nødvendig for å kunne passe på at det var god kommunikasjon, og flyt i samtalen. I tillegg var det viktig å skape en avslappet stemning slik at informanten fikk god nok tid til å tenke over egne meninger og erfaringer omkring temaet. Jeg stilte åpne spørsmål slik at deltakeren hadde mulighet til å gå i dybden (Tjora, 2021). I de første intervjuene ble noen av spørsmålene litt ledende. Det ble jeg oppmerksom på etter å ha transkribert, og i de neste intervjuene forsøkte jeg å ikke stille ledende spørsmål for å forhindre at jeg påvirket svarene til deltakerne.

Første intervjuet fungerte ikke så bra siden jeg hadde problemer med nettverket som førte til at lyden ble hakkete. I følge Bryman (2016) er tekniske problemer en klassisk feil som kan oppstå underveis. Jeg løste problemet med at jeg spurte om jeg kunne ringe deltakeren istedenfor. Det førte til at jeg ikke fikk tilgang til diktafon-appen og måtte notere alt deltakeren sa. Jeg fikk notert det meste, men ikke alt. Jeg anser intervjuet som et pilotintervju, men intervjuet ble likevel inkludert i analysen fordi også dette intervjuet gav informasjon om temaet.

Videre ble fire intervjuer tatt via Zoom og fire intervjuer ble tatt over telefon. Årsaken til at intervjuene ble tatt over telefon var på grunn av nettverksproblemer, enten hos deltaker eller intervjuer.

Jeg opplevde at samtalene mellom deltakerne og meg gikk relativt bra, men jeg opplevde noen ganger at det kunne være vanskelig å tolke om deltakerne hadde tenkepauser, eller om de var ferdig med å snakke og ikke hadde noe mer å si (Bryman, 2016). Visuelle og kroppslige signaler ble borte, som gjorde at det var vanskeligere å tolke nonverbale utrykk digitalt. Jeg var dermed

oppmerksom på å være ekstra til stede og prøvde å lytte så godt jeg kunne for å kompensere for eventuell tap av nonverbal kommunikasjon (Bryman, 2016). Men til tross for noen av disse utfordringene så var det også flere fordeler, som å kunne nå ut til deltakerne som bodde langt unna og fleksibilitet for tidspunkt for intervjuene. Det var også mer tidsbesparende både for meg og deltakerne fordi det var ikke nødvendig å bruke tid på å reise eller vente på at deltakerne skulle være tilgjengelige på samme sted, dette førte til at jeg kunne ha flere intervjuer på en dag (Tjora, 2021). Intervjuene fungerte likevel godt. Intervjuene varte mellom 30 til 45 minutter. Siden alle intervjuene ble gjennomført digitalt, på zoom eller over telefon, kan det hende at det hadde blitt andre svar dersom intervjuene hadde foregått fysisk. Det er usikkert om dette kan ha påvirket resultatene negativt eller positivt.

4.5 Intervjuguide og pilotintervju

Intervjuspørsmålene ble strukturert i en *intervjuguide* (Bryman, 2016). Jeg hadde fullstendig formulerte spørsmål, i tillegg stikkordspregede hjelpespørsmål eller tilleggstema (Tjora, 2021). Intervjuguiden omhandlet disse temaene; Beskrivelse av en pasient med metabolsk syndrom, typisk konsultasjon, hvilke råd anbefales, utfordringer, hvilken rolle har fastlegen, kan noe gjøres annerledes, og hvilket perspektiv har fastlegen på medisiner versus livsstilsendringer. Intervjuguiden finnes i vedlegg 2.

Det semistrukturerte dybdeintervjuet var delt inn i tre faser; *oppvarming, refleksjon og avrunding*. Oppvarmingsspørsmålene var enkle og konkrete spørsmål om alder, hverdagsliv, arbeidsoppgaver og ansvar, og temaer som ikke krevde så mye tenking og, virket «ufarlige og uformelle». Disse spørsmålene tok noen få minutter og gav deltakeren mulighet til å føle seg trygg (Tjora, 2021). Refleksjonsspørsmål dannet senter i intervjuet, og her ønsket jeg at deltakeren skulle fortelle sine historier. Jeg stilte spørsmål som for eksempel: «Kan du beskrive …?», «Kan du fortelle litt mer om …?», «Kan du gi eksempel …?», «Er det andre ting som …?». Jeg hadde tre til seks slike spørsmål, og mulige oppfølgingsspørsmål om det var relevant. Noen ganger trengte deltakeren bare ett slikt spørsmål, og samtalen bar videre uten hjelp. Mens andre deltakere behøvde flere slike oppfølgingsspørsmål. Derav var det viktig å ha tenkt ut en rekke slike stikkord og oppfølgingsspørsmål i intervjuguiden.

Avrundingsspørsmål ble brukt for å lede oppmerksomheten vekk fra refleksjonsnivået fra spørsmålene (Tjora, 2021). Jeg fortalte om hvordan jeg skulle jobbe videre med

forskningsprosjektet, hva som kom til å skje med dataene fra intervjuet, og hvordan deltakeren vil få tilbakemelding. I tillegg takket jeg deltakeren for deltakelse, uansett hvor lite eller mye informasjon som kom fram i intervjuet.

I tråd med Tjoras (2021) anbefalinger, gjennomførte jeg et pilotintervju med en fastlege for å finne ut om intervjuguiden fungerte, og om spørsmålene eventuelt burde formuleres annerledes (Tjora, 2021). Pilotintervjuet ble gjennomført for å gi meg øving på å ikke stille ledende spørsmål, slik at deltakerne i studien skal kunne si sin mening uten å bli påvirket. Det var også med på å gjøre meg tryggere i intervjuerrollen.

4.6 Dataanalyse

I dette avsnittet vil jeg gjøre rede for hvordan dataene fra intervjuene ble behandlet. Jeg har benyttet meg av en *tematisk analyse* (Braun & Clarke, 2021). Tematisk analyse har seks faser og disse fasene forklares i kapitlene under.

4.6.1 Transkribering

Den første fasen handlet om å bli kjent med datamaterialet ved å transkribere lydopptakene (Kvale & Brinkmann, 2015). Transkripsjon er en viktig del av datainnsamlingen og analyseprosessen i kvalitativ forskning. Jeg transkriberte lydopptakene kort tid etter at intervjuene ble gjennomført. Transkripsjon innebærer å skrive ned det som er blitt sagt i et lydopptak. Dermed blir datamaterialet bedre strukturert, og egner seg for analyse (Kvale & Brinkmann, 2015). Transkripsjon handler ikke bare om å gjengi det som blir sagt, men også prøve å fange opp ulike aspekter ved kommunikasjonen, som tonefall, pauser og kroppsspråk. Det var nødvendig å være detaljert når jeg transkriberte for å bevare og gjenskape deltakernes perspektiver og meninger (Tjora, 2021). Jeg valgte å utelate dialekter og tok bort alle gjentakelser og fyllord som «eh» eller liknende dersom de ikke hadde noen betydning for å forstå meningen. Dette var med på å skape en mer lesbar tekst. Transkriberingen var en tidkrevende prosess fordi intervjuene var relativt lange. Jeg passet derfor på å bevare deltakernes opplevelser og meningsinnhold for å sikre at analysen bygget på pålitelige og representative data (Tjora, 2021).

4.6.2 Koding og etablering av temaer

Etter at transkriberingen var gjennomført ble datamaterialet lest igjennom flere ganger, og det ble utarbeidet koder inspirert av Braun og Clarkes (2021) fase to i en tematisk analyse. Koding er en prosess som innebærer at forskeren finner interessante sider ved dataene som analyseres. Kodene må organiseres og legges inn i betydningsfulle grupper. Jeg så etter gjentakelser og sammenhenger mellom de forskjellige kodene, fordi formålet var å få datamaterialet til å gi mening gjennom koding og tolkning i tråd med Braun og Clarke (2021) sine retningslinjer (Braun & Clarke, 2021). Datamaterialet i denne studien ble kodet systematisk linje for linje, og det ble i tillegg notert interessante tema underveis. Det ble en lang liste med koder, og disse kodene kalles for *initiale* koder. Ifølge Bryman (2016) er de første kodene som forskeren finner i datasettet. Det var viktig å være åpen og fleksibel i identifiseringen av kodene slik at kodene kunne utvikle seg organisk basert på dataene, slik at jeg kunne være åpen for nye innsikter under analyseprosessen. Etter at de initiale kodene var identifisert, kunne jeg bruke de til å systematisk organisere og analysere dataene. Jeg så etter sammenlikninger av liknende koder og prøvde å indentifisere mønstre og temaer (Bryman, 2016). Underveis i analyseprosessen etter hvert som jeg ble kjent med dataene oppdaget jeg nye innsikter som gjorde at jeg dannet nye temaer. Ved å bruke initiale koder som et utgangspunkt for dataanalyse gir det en strukturert tilnærming, som legger grunnlaget for videre analyse og tolkning av funnene. De transkriberte intervjuene og kodene ble samlet i to dokumenter, hvor det ble markert med forskjellige farger slik at det skulle bli lettere å se sammenhenger (Bryman, 2016).

Tabell 2. Eksempel på koding.

Utdrag fra transkripsjon	**Koder**
«… men det blir jo det med forsvarlighet da. Hvis man opplever at det er brukbart eller forsvarlig å prøve ut medisiner, og det viktigste er å aktivt jobbe med å redusere risikofaktor gjennom kosthold og trening, og røykeslutt og sånn så prøver jeg å gjøre det. Også er det noen sånne beslutningsverktøy som går særlig på hjertekar, som heter Norrisk 2».	1. Forsvarlighet knyttet til medisiner 2. Redusere risikofaktorer gjennom kosthold og trening 3. Norrisk 2. Beslutningsverktøy

Fase tre gikk ut på å gruppere de forskjellige kodene i temaer, og samle utdrag under de identifiserte temaene (Braun & Clarke, 2021). Man begynner i denne fasen å analysere kodene, og finne ut om kodene kan kombineres og danne hoved- og undertema. Eksempel på hovedtema var «ønsker å jobbe tverrfaglig» og det temaet frembrakte to undertema: «Opplevelse av tidspress» og «Fastlegenes kompetanse i forhold til livsstilsendringer».

Det er viktig at utdrag fra dataene blir lagt ved slik at man forstår konteksten (Braun & Clarke, 2021). I fase fire og fem delte jeg de forskjellig hoved- og undertemaene på nytt hvor jeg vurderte om de skulle fjernes, flyttes på eller formuleres på nytt. Det skulle til slutt danne en helhet og et sammenhengende mønster, så det var lurt å lese igjennom de ulike datautdragene for hvert tema på nytt. I denne fasen fikk jeg oversikt over de forskjellige temaene som gav meg en god beskrivelse av dataene. Undertemaene, ble ikke inkludert likevel fordi flere av undertemaene gled inn i hverandre, og det virket bedre å bare beholde hovedtemaene (Braun & Clarke, 2021).

Det var viktig å hele tiden ha i bakhodet at forskningsspørsmålet skulle besvares, og at temaene måtte være relevante for det. Fase seks av Braun og Clarkes (2021) tematisk analyse presenteres resultatene i en tekst med et utvalg sitater fra datamateriale og eksempler på temaene. En tematisk analyse kan være både induktiv og deduktiv, eller en kombinasjon av begge. Induktiv tilnærming har ikke et forhåndsbestemt perspektiv, mens deduktiv er mer forhåndsbestemt. Denne studien har en induktiv tilnærming (Braun & Clarke, 2021).

4.7 Reliabilitet, validitet og overførbarhet

Reliabilitet, validitet og overførbarhet er viktige begreper i kvalitativ forskning, som brukes for å vurdere kvaliteten av forskningen (Bryman, 2016)

4.7.1 Reliabilitet

Reliabilitet handler om hvor pålitelige resultatene fra forskningen er (Bryman, 2016). Det handler om hvorvidt forskningsprosessen og resultatene kan reproduseres og er konsistente over tid. I kvalitativ forskning kan reliabilitet oppnås ved å bruke systematisk og konsistent metode for datainnsamling og analyse, samt ved å sikre at forskningsprosessen er dokumentert og etterprøvbar (Bryman, 2016). Kvalitative studier som denne kan være vanskelig å reprodusere, siden resultatene avhenger av hver enkelt deltaker. Derfor er det ikke sannsynlig at jeg hadde fått akkurat de samme resultatene hvis jeg gjennomførte studien på nytt. For å passe på så god reliabilitet som mulig har valg i forhold til utvalg, datainnsamling, transkribering og analyse og

forskerrollen blitt gjort rede for allerede i tidligere avsnitt (Bryman, 2016). Kvalitative intervju vil alltid være ulike fra gang til gang, fordi møtet mellom menneskene og forskeren som er med i studien er alle ulike, og man bringer alltid med seg sin egen forståelse inn i en forskningsstudiet. Jeg hadde ingen personlig relasjon knyttet til noen av deltakerne og dette kan ha bidratt til at deltakerne følte at de kunne snakke helt fritt (Bryman, 2016).

For å styrke studiens reliabilitet har valg knyttet til de forskjellige temaene blitt snakket om sammen med veileder. Veilederen har lest gjennom alt og vi har diskutert temaer i fellesskap.

4.7.2 Validitet

Validitet handler om hvorvidt forskningen faktisk måler det den skal måle (Bryman, 2016). Det var viktig å sørge for at forskningsdesignet, utvalget og datainnsamlingsprosessen var passende for å undersøke det fenomenet som skulle undersøkes. Kvalitativ forskning har en styrke i å kunne undersøke komplekse og subjektive fenomener, og det var viktig å sørge for at datainnsamlingsprosessen gir et riktig bilde av deltakernes oppfatninger og erfaringer (Bryman, 2016). Dette kan oppnås gjennom å bruke relevante og passende intervju eller observasjonsmetoder, og ved at jeg var bevisst på mine egne forforståelser og holdninger.

Denne studiens mål var å finne ut hvilke erfaringer fastleger har med behandling av metabolsk syndrom. Dybdeintervju ble sett på som den mest hensiktsmessige metoden i lys av studiens problemstilling, fordi det ga deltakerne mulighet til å fortelle om sine erfaringer og opplevelse (Bryman, 2016). Kilder som hadde kunnskap eller erfaring med problemstillingen som skulle undersøkes var avgjørende, men like viktig var det at dataene som ble hentet inn fra kildene var relevante. I et dybdeintervju skal spørsmålene som stilles være med på å belyse problemstillingen (Bryman, 2016). Det var hensiktsmessig å intervjue fastleger fordi det var det som var relevant for problemstillingen. Intervjuguiden som ble utarbeidet i forkant av intervjuene favnet bredt for å få et bilde av fastlegers erfaringer knyttet til behandling av metabolsk syndrom. Som nevnt i tidligere avsnitt hadde analysen en induktiv tilnærming, som ikke hadde et forhåndsbestemt teoretisk rammeverk. Fastlegene kan ha begrensede kunnskaper om metabolsk syndrom eller kan gi ufullstendige eller unøyaktige opplysninger om sine erfaringer. Dette kan påvirke validiteten og påliteligheten av dataene som samles inn (Bryman, 2016).

4.7.3 Overførbarhet

Overførbarhet handler om hvorvidt funnene fra forskningen kan generaliseres til andre kontekster eller til en større populasjon (Bryman, 2016). Dette kan være vanskelig å oppnå i kvalitativ forskning på grunn av fokus på subjektive oppfatninger og erfaringer. Overførbarhet kan likevel oppnås gjennom å beskrive konteksten for forskningen og gi en detaljert beskrivelse av utvalget og datainnsamlingsprosessen (Bryman, 2016). På denne måten kan andre forskere vurdere om funnene kan overføres til deres egen kontekst eller populasjon.

Studien er basert på fastlegers subjektive erfaringer kan de være påvirket av individuelle forskjeller og perspektiver. Dette kan påvirke påliteligheten av funnene og overførbarheten.

Studien har i tillegg et begrenset utvalg av fastleger fra bare noen steder i Norge kan begrense overførbarheten av funnene til andre populasjoner eller områder. Det kan tenkes at andre fastleger hadde hatt andre meninger og erfaringer enn hva fastlegene i denne studien hadde (Bryman, 2016).

Fastlegene som valgte å delta i studien kan også ha spesielle egne interesser eller kunnskap om metabolsk syndrom, noe som kan påvirke funnene. Dette kan føre til en skjev representasjon av erfaringene til fastleger generelt. I tillegg kan fastlegenes erfaringer ha vært påvirket av lokale helsetjenestesystemer, tilgjengeligheten av ressurser og pasientpopulasjonens sammensetning. Dette kan også begrense overførbarheten av funnene til andre settinger eller helsetjenestekontekster (Bryman, 2016).

4.8 Forskningsetikk

4.8.1 Institusjonelle klareringer

I forkant av datainnsamlingen ble det sendt inn søknad til Norsk senter for forskningsdata (NSD) for godkjenning av studien. En kopi av denne finnes i vedlegg 1. Videre beskrives etiske hensyn som ble tatt i betraktning i tråd med denne studien.

4.8.2 Etiske hensyn

I forbindelse med gjennomføring av kvalitative studier er det særlig fire hovedområder som bør diskuteres : *Informert samtykke, konfidensialitet, konsekvenser av deltakelse og forskerens rolle* (Kvale & Brinkmann, 2015). Informert samtykke går ut på at informantene skal være klar over hva de skriver under på, og hva de begir seg ut på før datainnsamlingen. I tillegg må informantene også få informasjon om hensikten med studien som skal gjennomføres, og hva

som skjer med dataene. De fikk også informasjon om at de når som helst kan trekke seg fra studien (Bryman, 2016).

Fastlegene som deltok, fikk i forkant av intervjuet tilsendt et skriv med informasjon om forskningsprosjektet. I dette skrivet sto informasjon om hvordan opplysninger om deltakeren skal behandles, at deltakelsen er frivillig, og at de når som helst kan trekke seg fra studien (Kvale & Brinkmann, 2015). Informasjonsskriv og samtykkeskjema finnes i vedlegg 3. Før intervjuet fikk deltakerne stille spørsmål omkring innholdet, før de skrev under det informerte samtykket (Bryman, 2016). I tillegg ble informasjonen gitt muntlig til informantene før intervjuet begynte. Videre i tråd med Bryman (2016) sine anbefalinger ble ikke bekjente personer inkludert i studien for å unngå etiske problemer knyttet til dette.

Konfidensialitetsprinsippet handler om hvordan informasjonen om deltakerne behandles, og om at deltakerne skal få vite at anonymitet opprettholdes i forhold til de etiske retningslinjene (Kvale & Brinkmann, 2015). I denne studien ble ikke data samlet inn som kunne identifisere deltakerne, bortsett fra deltakerens stemmer fra lydopptaket. Data ble lagret på en side hvor kun undertegnede fikk tilgang til personopplysninger, og disse ble lagret ved hjelp av en tjeneste for sensitiv data (University of Oslo, 2022). I transkripsjonen og i presentasjonen av studiens resultater ble deltakerne fullstendig anonymisert (Kvale & Brinkmann, 2015). I tillegg ble det informert om at transkripsjonene av intervjuene kun ville være tilgjengelig for meg og veilederen min. Det ble også informert om at intervjumaterialet skulle slettes kort tid etter innlevering av masteroppgaven.

Konsekvenser av deltakelse i en studie må alltid være gjennomtenkt før datainnsamling (Kvale & Brinkmann, 2015). Det er viktig at innsikt og ny kunnskap ikke går på bekostning av deltakers integritet og velferd, og det skal alltid avveies hva deltakelsen vil si for deltakeren. Denne studien belyser et relevant tema som kan bidra til å generere kunnskap om fastlegers erfaring med behandling av metabolsk syndrom som kan være nyttig i fremtiden. Temaene som ble undersøkt i denne studien er ikke sensitive, og alle deltakerne ble anonymisert. Sannsynligheten for at deltakelsen vil ha negative konsekvenser for deltakeren er liten (Kvale & Brinkmann, 2015)

Underveis i forskningsprosessen reflekterte jeg over hvilken rolle jeg hadde. Jeg må ta etiske overveielser både før, under og etter datainnsamlingen. Jeg har forsøkt å gi en detaljert beskrivelse av datainnsamlingsmetoden og min rolle slik at leseren forstår utgangspunktet til studien.

Kapittel 5 - Resultater

I denne delen av oppgaven vil funnene bli presentert i lys av problemstillingen og forskningsspørsmålene;

«Hvilke erfaringer har fastleger med behandling av metabolsk syndrom?»

Forskningsspørsmål:

- Hvilke utfordringer møter fastleger med denne pasientgruppen?
- Hvilke aspekt anser fastleger som viktig i behandlingssituasjonen?
- Hvilket perspektiv har fastleger til medisinering versus livsstilsendringer knyttet til behandling av metabolsk syndrom?

Analysen identifiserte fem hovedtema knyttet til fastlegers erfaringer med behandling av metabolsk syndrom. Disse temaene presenteres i tabellen under.

Tabell 3. Presentasjon av hovedtema i dataanalysen.

Hovedtema
Ulik forståelse av begrepet
Ulik oppfattelse om egen rolle og ulike fremgangsmåter
Kommunikasjon
Positive til nye medikamenter i kombinasjon med livsstilsendring
Ønsker å jobbe tverrfaglig

Kapittelet vil gi en ufyllende forklaring av de forskjellige temaene, og anonymiserte utsagn fra deltakerne er inkludert.

5.1 Ulik forståelse av «begrepet» metabolsk syndrom

Fastlegene var godt kjent med begrepet metabolsk syndrom, og fortalte at de møtte denne pasientgruppen daglig. Men det var ulike oppfatninger blant fastlegene om hvordan de forstod begrepet. Noen mente at metabolsk syndrom ble brukt som et samlebegrep bestående av sammensatte helseproblemer, som overvektig BMI over 35, høyt blodtrykk, høyt kolesterol, redusert glukosetoleranse/prediabetiskverdi eller diabetes type 2. Mens andre mente at metabolsk syndrom ikke var et begrep eller diagnose de nødvendigvis brukte i praksis, men fokuserte heller på de enkelte komponentene i metabolsk syndrom enn å behandle det som en samlet diagnose.

Ola for eksempel sa følgende:
«… jeg er godt kjent med det, men det er lite brukt. Det er et ord som vi leger ikke bruker, vi ser stort sett elementer av det hver eneste dag. Men ikke fullt utviklede metabolske syndromet, men det er en stor del av arbeidshverdagen vår, alt ifra fedme, kolesterol, sukker og blodtrykk».

Det varierte hvorvidt fastlegene brukte metabolsk syndrom som et begrep eller diagnose, og eller om de bare forholdt seg til de forskjellige komponentene som høyt blodtrykk, høyt kolesterol, diabetes type 2 eller overvekt, og behandlet de hver for seg.

5.2 Ulik oppfatning om egen rolle og ulike fremgangsmåter

Fastlegene hadde ulike oppfatninger av hva de anså som sin rolle i behandling av metabolsk syndrom. Fastlegene fortalte at en vesentlig del av oppgavene deres handlet om å kartlegge hvordan pasienten kan minske risiko for å utvikle en rekke sykdommer. Dette innebar for eksempel å informere om risiko, foreslå tiltak, oppfølging av medisiner, og ansvar for behandling som gjaldt for hver av tilstandene som for eksempel: diabetes type 2, høyt blodtrykk, høye kolesterolverdier og overvekt. De pekte også på at rollen også var viktig med tanke på å støtte pasientene ved livsstilsendringer.

Fastlegene mente at deres rolle var spesielt viktig når det gjaldt å gjøre risikoanalyse i forhold til utvikling av sykdom og død. De snakket om at de ofte brukte Norrisk 2, en risikokalkulator som kunne vurdere om det var nødvendig å bruke medikamentell behandling for blodtrykk, kolesterol og blodsukker. I Norrisk 2 plotter fastlegen inn alder, blodtrykk, kolesterol, om de røyker eller ikke, familiehistorie med hjerte-karsykdommer, og deretter beregnes risiko for om pasienten får en kardiovaskulær hendelse (hjerteinfarkt eller hjerneslag) i løpet av en 10 års

periode. Pasientene klassifiseres i enten grønn sone, gul sone eller rød sone, og deretter vurderes tiltak etter hvilken sone de havner i, fortalte fastlegene. Fastlegene fortalte også at dersom det var nødvendig med medikamentell behandling var det viktig med oppfølging, og vurdere underveis om medikamentene måtte tilpasses ytterligere. Fastlegene opplevde at rollen deres ble formet av hvordan forløpet i behandlingen gikk.

Marit sa for eksempel følgende:

«… jeg tenker at fastlegens oppgave blir å si hvor du er hen i forhold til, er det blodtrykk som bør behandles for å minske din risiko for å få hjertesykdom eller hvordan er det med blodsukker og hva betyr det for deg med den vekten du har i forhold til begynnende slitasjegikt i knærne og alt annet som det er».

Fastlegene hadde også ulike måter å gå frem i konsultasjonene. De yngre fastlegene virket å være mer systematisk, og beskrev en mer teknisk tilnærming til behandlingen. De fortalte at pasientene kom til generell kontroll hvor de tok blodprøver, sjekket lungene, målte hjerterytme, og kontaktet pasienten dersom det var mistanke om metabolsk syndrom. Videre satt de pasienten opp for eventuell oppfølging. Å strukturere konsultasjonene var ansett som nødvendig, ellers kunne man fort glippe eller glemme å snakke om viktige ting, fortalte fastlegene. Det var ofte flere temaer man måtte ta tak i på denne type pasienter. Fastlegene fortalte at de brukte å sette opp pasienten til kontroller forslagsvis hver tredje måned, og da hadde de mulighet til å vurdere tiltak underveis. Noen undersøkelser var under en seanse, også videre i planleggingen vurderes andre ting senere ut ifra hvordan blodtrykket, kolesterolet eller blodsukkeret utvikles.

Fastlegene fortalte at de kunne ønske at de hadde hatt enda tettere oppfølging med pasientene sine. Det virket som at det varierte hvor mye tid fastlegene hadde til å følge opp pasientene med metabolsk syndrom. I tillegg kunne det variere i forhold til hvor stor risikoen var for hvor mye oppfølging som trengtes. De fortalte at hvis pasienten hadde ukontrollert høyt blodtrykk eller høyt blodsukker måtte de følges opp ofte, og dersom man fikk kontroll på blodtrykket eller blodsukkeret så behøvde ikke pasienten følges opp like ofte. Noen ganger kunne de begynne på diabetesmedisiner eller stå på det, også hvis pasientene gikk ned 10 kg i tidlig stadiet av type 2 diabetes så kunne det være mulig å slutte med medisiner, da behøvde de heller ikke like mye oppfølging.

Harald fortalte:
«… Jeg følger dem opp, det kommer litt an på. Når man starter en intervensjon så følger jeg dem ganske tett, og gjentar målinger, og ser på hvor mye de går ned i vekt og kikker på lipider og blodtrykk».

Mens de eldre fastlegene opplevdes mer pragmatisk. De brukte ikke en spesifikk mal eller rutine for konsultasjonen, men mer skjønn når de behandlet/veiledet pasientene. De var mer ute etter å få tak i hva det handlet om, og da ønsket fastlegene å få tak i tankene, følelsene, og problemene pasientene hadde, og hvordan man kan løse det.

Marit fortalte:

«… På en måte tror jeg kanskje at du spør om en spesiell mal skulle hatt eller rutine for å gjøre sånn og sånn, men så er det vel sånn at jeg ikke har en sånn fast plan. Og da må jeg jo si, hva er det det handler om, og da må vi snakke sammen om hva den det gjelder tenker, mener, og har av frykt, forventninger knyttet til situasjonen».

De eldre fastlegene fortalte også at det var enklere å hjelpe pasienter de hadde kjent i flere år enn å hjelpe nye pasienter som de ikke kjente historikken til. Pasientene de har fulgt i mange år kjente de historikken til, og de hadde stort sett ingen uoppdagede sykdommer som for eksempel diabetes type 2, fordi de har hatt årlige kontroller og historikk som kan si noe om blodsukkermåling over tid. Med blodsukkerhistorikk så hadde de mulighet til å anslå om det kom til å utvikle seg til diabetes type 2.

Hans fortalte:

«… Jeg synes på en måte jeg kommer bedre ut av det her på kontoret med mennesker jeg har kjent i mer eller mindre mange år».

Fastlegene fortalte om hvilke råd de gav pasientene sine, dersom pasientene ønsket å gjøre livsstilsendringer. Fastlegene understreket viktigheten av å bruke tid på å fokusere på kosthold og regelmessig fysisk aktivitet, og legekonsultasjon skulle ikke kun handle om medikamenter.

Fastlegene anbefalte generelle kostråd og gav konkrete råd om å kutte ned på fett, spise mer fisk enn kjøtt, spise mer grønnsaker og fordele maten på flere måltider, og unngå store middagsmåltider. De gav også råd om å kutte ned på karbohydratinntaket eller å unngå lett resorberbare karbohydrater, hvis det var et problem. Fastlegene rådet de også til å erstatte noen matvarer eller redusere inntaket hvis det var nødvendig.

Marit fortalte for eksempel:

… «Jeg må jo si at den viktigste anbefalingen min går jo å se på kostholdet, næringsinntaket og hvordan mat og måltider er fordelt. Kosthold i sin helhet».

Fastlegene oppfordret også pasientene til å lese seg opp på Folkehelseinstituttet sine anbefalinger. I tillegg brukte fastlegene Norsk elektronisk legehåndbok til å plukke ut relevant informasjon for den enkelte konsultasjon. Det hendte innimellom at de delte ut pasientinformasjon om diabetes type 2 og kosthold som var utarbeidet av Diabetesforbundet.

Fastlegene fortalte at de spurte pasientene om hva de gjorde når det gjaldt fysisk aktivitet og trening. De oppfordret til regelmessig mosjon og trening, og at det kunne være lurt å være i fysisk aktivitet mist fem dager i uken og at pasientene ble litt tungpustet og svett.

Jens sa:

… «Jeg tenker jo at hvis vedkommende får til mosjon om dem går liksom litt, en tur eller en rask gange, og blir litt andpusten 20 til 30 minutter per dag så er det kjempebra! Flest mulige dager i uka hvis man får til det».

Men fastlegene gav balanserte råd om å leve livet samtidig, som de oppfordret til å innse en stor helserisiko hvis det var betydelig fare for helsa. Fastlegene fortalte at de ba pasientene ta blodtrykket eller blodsukkeret på alvor, og hadde fokus på å forebygge overvekt og behandle metabolsk syndrom.

Det ble påpekte at det var viktig å kartlegge motivasjonen til pasienten før fastlegene gav råd og veiledning.

5.3 Kommunikasjon med pasientene

Fastlege-pasient-forholdene preges av tillit og trygghet fordi de har kjent hverandre lenge, men kunne også være mer distansert og profesjonelt, og kommunikasjon sto sentralt i relasjonsbygging.

God kommunikasjon med pasientene var avgjørende for fastlegene. De pekte på at det var viktig å oppnå tillit hos pasienten. Dersom man oppnådde tillit hos pasienten kunne man ha større sjanse for å hjelpe pasientene med å endre livsstil, og man kan nå fram med budskapet sitt. Dersom pasientene ikke hadde tillit til behandleren så hadde det ikke så mye å si hva man sa, fordi det gikk ikke inn hos pasienten.

Jens fortalte:

«… har du opptrådt på en måte så du ikke har gjort deg fortjent til den tilliten så spiller det på en måte ikke så mye hva fornuftig du sier, da går ikke det inn hos pasienten».

Videre fortalte fastlegene at alle fastleger som jobber med denne pasientgruppen måtte være gode formidlere for å kunne nå fram med budskap om hvorfor det ikke var hensiktsmessig å gå for lenge med høyt blodtrykk, forhøyet langtidsblodsukker, og hvorfor de burde endre livsstilen sin. I tillegg understreket fastlegene at det var desto viktig å veilede pasientene til å ta riktige valg for seg selv, og motivere dem til å gjøre livsstilsendringer. Men fastlegene fortalte at det ikke funket å bare fortelle pasienten hva de skulle gjøre fordi de vet som regel selv hva som er riktig å gjøre og ikke. Fastlegene poengterte at det var allikevel ikke alle pasienter som var motiverte, og dermed kunne være utfordrende å få til.

Fastlegene som mestret godt å hjelpe pasientene hadde også mer kompetanse om hvordan få en pasient til å endre vaner, og fortalte at motiverende intervju var en teknikk de brukte hyppig for å finne ut av hvordan pasienten kunne få det til, og for å få pasienten til å finne ut av hva som måtte til for å endre vanene.

Jens fortalte:

… «Det jeg har lært om motiverende intervju kommer godt til nytte da. Det er veldig viktig at pasienter tar avgjørelser selv, og det er aldri jeg som har tatt avgjørelser på vegne av pasienten. Slik at jeg tror når pasientene tar avgjørelsen selv så føler de mye mer eierskap over avgjørelsen, og det er mye lettere å følge opp den endringen».

Fastlegene gav også uttrykk for at kommunikasjon med pasientene var utfordrende fordi man måtte finne ut av «hvor skoen trykker». Alle er forskjellige og har ulike utfordringer og bakgrunn som kan gjøre at kommunikasjonen kan være vanskelig. Dersom pasientene følte at de ble hørt og tatt på alvor, ble terskelen mindre å fortelle til fastlegen hva som bekymret dem og pasienten klarte å snakke åpent. Fastlegene poengterte videre at det var viktig å støtte pasientene og ikke være nedverdigende.

Heidi fortalte:

«… støtte dem der dem er. Det er ingen som klarer å gjøre livsstilsendring med bare å få pekefingeren mot seg. Og det er vel der jeg har hatt de største suksesshistoriene med pasienten som har klart å få til livsstilsendringer og».

Mens noen pasienter ble fornærmet dersom fastlegen tok opp temaet med overvekt, mens andre pasienter ønsket at fastlegen skulle ta opp temaet. Fastlegene opplevde det som utfordrerne å vite hvordan man skulle ta opp temaet med overvekt.

Harald sa for eksempel:

… «man må kommunisere med dem på en måte som dem er komfortable med. Så kommunikasjonen er vanskelig. Det er nøkkelen».

5.5 Positive til nye medikamenter i kombinasjon med livsstilsendringer

Medikamentell behandling for høyt blodtrykk, høyt kolesterol og diabetes type 2 var ifølge fastlegene nødvendig for veldig mange pasienter, fordi det handlet om hvor stor risiko pasientene hadde, og om det kunne være forsvarlig å gå uten. De kunne i mange tilfeller klare seg uten medisiner, men da måtte pasienten gjøre flere tiltak selv med å endre livsstil, og det var det ikke alle som klarte å få til.

Fastlegene snakket om noen nye vektreduserende medikamenter, Mysimba og Saxenda. De fortalte at pasientene som har BMI over 40, og som ikke mestret å gå ned i vekt kan ha god nytte av disse medikamentene, og de kan være et godt verktøy eller hjelpemiddel for å komme i gang slik at det blir en positiv opplevelse for pasienten. Når fastlegene snakket om medikamenter og overvekt, så var det ikke medikamenter og overvekt, men medikamenter i forhold til alvorlig sykdomsfremkallende fedme.

Heidi fortalte:

«… Jeg tror at man er helt nødt til å iverksette medikamentelle tiltak hos veldig mange for å nå behandlingsmålene som man vet er nødvendig eller vanskelig å gjøre. Også når det gjelder nye slankemedisiner så er det faktisk et utrolig godt hjelpemiddel for å sette i gang en positiv spiral. Så jeg er egentlig ganske positiv til de nye medikamentelle tiltakene. Men man skal aldri være ene og alene med de medikamentelle tiltakene».

Fastlegene uttrykket at medikamentene kun skulle brukes i kombinasjon sammen med livsstilsendringer som innebærer endring av kosthold og økt fysisk aktivitet. Fastlegene var positive til de nye medikamentene, men de utrykket at det var synd at man hadde kommet dit at pasienter må bruke medikamenter for å gå ned i vekt.

Ola fortalte:

«… jeg synes at de har vært greie hjelpemidler, men det er jo ille at en må bruke medisiner for å gå ned i vekt. Men det er nå sånn det er. Det er veldig mange som ikke får det skikkelig til, og såkalt slanke seg».

Fastlegene opplevde at pasientene klarte å bli mer aktive etter at de hadde gått ned i vekt med medikamentene. I tillegg var medikamentene ikke helt uten bivirkninger, man kan oppleve kvalme, magesmerter og ubehag.

5.6 Ønsker å jobbe tverrfaglig

En grunn til at fastlegene ville jobbe tverrfaglig var fordi fastlegene opplevde at de ikke alltid lyktes med å hjelpe pasientene sine til å endre livsstil, og andre med mer og bedre kunnskap om livsstilsendringer kunne heller jobbe med det. Fastlegene som lykkes dårlig med å hjelpe pasientene med livsstilsendringer, fortalte at de ofte endte opp med å skrive ut resepter på medikamenter. Fastlegene snakket om at de skulle ønske at de hadde bedre kunnskap om psykiske mekanismer, følelser og tanker som inngår i endringsfasene.

Marit fortalte:

«… Hva er det som skjer hvis man tenker at man skal forandre på noe, tenker at man skal prøve å spise mindre godteri, tenker at man skal spise mindre eller mer sånn også får man det ikke til. Og det her med å gå inn i de mer psykiske mekanismene og de følelsene og tankene som inngår i det. Og det kunne jeg helt sikkert hatt mer kunnskap og ferdigheter om».

Mye av grunnen til at de ikke lykkes handlet også om at pasienten ikke alltid var tilstrekkelig motivert, og at pasientene ikke alltid ønsket å gjøre noe med helsen sin. De fortalte at pasientene selv måtte ønske å få hjelp til behandling. Hvis de ikke ønsket det selv, opplevde fastlegene at det ikke var så mye for dem å bidra med. Man kan ikke tvinge noen til å endre livsstil.

Mats sa for eksempel:

«… man kan liksom ikke gå på gata og rakke ned på disse folkene. Det er de som må ville det da. Men dette her er en pasientgruppe som fastlegen har en stor rolle til, man kan gjøre mye for dem, og de fleste behandles av fastlegen og har kontakt med fastlegen sin».

En annen grunn til at fastlegene ønsket et tverrfaglig samarbeid handlet om at de ikke alltid hadde tiden de trengte til å kunne holde på med livsstilsendringer, og de må ofte skynde seg gjennom timene, fordi at de strekker ikke til med bare 20 minutter per pasient. Selv om de satte opp pasientene til kontroll hver tredje måned var det allikevel så mye de skulle igjennom hver tredje måned, sånn at denne pasientgruppen kunne de sett oftere. På grunn av at fastlegene hadde dårlig tid, ønsket de å samarbeide med andre helsepersonell som kunne mer om livsstilsendringer.

Jens opplevde:

«… man kan ikke ta seg god tid med pasienten, og da blir det til at man må ta de viktigste tingene hele tiden».

Men så var det ikke alle fastlegene som mente at de hadde dårlig tid, de eldre fastlegene uttrykket derimot at de kunne ta seg god tid med pasientene, fordi de ikke tok ikke inn så mange nye pasienter lenger, og de hadde kortere arbeidsuke.

Hans fortalte:

… «Mange ville sagt og hatt bedre tid, men jeg tar meg stort sett den tiden jeg synes jeg trenger. Nå er jeg i en situasjon hvor jeg har en relativt begrenset pasientmengde så jeg kan tillate meg det. Jeg er liksom på slutten av karrieren og har sagt stopp for nye pasienter og konsentrer meg om å avslutte det hele sånn at det blir lettvint for nestemann å overta».

Kapittel 6 - Diskusjon

6.1 Introduksjon

Formålet med denne studien var å få en bedre forståelse av hvilke erfaringer fastleger har med behandling av med metabolsk syndrom. I litteraturoversikten kan man se at dette er et tema som har blitt forsket på fra før. Dette kapittelet starter med en generell oppsummering av resultatene og deretter blir resultatene diskutert i kontekst av tidligere forskning og teorier. Videre diskuteres funnene i lys av et folkehelseperspektiv, og til slutt studiens begrensninger og konklusjon.

Oppsummert viste resultatene at det varierte hvorvidt fastlegene brukte metabolsk syndrom som et begrep eller diagnose, eller om de bare forholdt seg til de forskjellige komponentene som høyt blodtrykk, høyt kolesterol, diabetes type 2 eller overvekt, og behandlet de hver for seg.

Resultatene viste at en vesentlig del av oppgavene til fastlegene handlet om å kartlegge hvordan pasienten kan minske risiko for å utvikle en rekke sykdommer. Dette innebar for eksempel å informere om risiko, foreslå tiltak, oppfølging av medisiner, og ansvar for behandling som gjaldt for hver av tilstandene. De pekte på at rollen deres var viktig med tanke på å støtte pasientene ved livsstilsendringer.

Videre indikerte resultatene at fastlegene hadde ulike måter å gå frem i konsultasjonene på. Noen fastleger virket å være mer systematiske, og beskrev en mer teknisk tilnærming til behandlingen, andre fastleger opplevdes mer pragmatisk. Resultatene indikerte at de kunne ønske at de hadde hatt enda tettere oppfølging med pasientene sine, og det varierte hvor mye tid fastlegene hadde til å følge opp pasientene med metabolsk syndrom. God kommunikasjon med pasientene var avgjørende for fastlegene, og de pekte på at det var viktig å oppnå tillit hos pasienten. Resultatene viste også at de som mestret godt å hjelpe pasientene hadde mer kompetanse om hvordan få en pasient til å endre vaner. De eldre fastlegene fortalte også at det var enklere å hjelpe pasienter de hadde kjent i flere år enn å hjelpe nye pasienter som de ikke kjente historikken til. Funnene indikerte også at de nye vektreduserende medikamentene kunne være gode verktøy eller et hjelpemiddel for å komme i gang med livsstilsendring slik at det ble en positiv opplevelse for pasienten. Fastlegene uttrykte at medikamentene kun skulle brukes i kombinasjon sammen med livsstilsendringer som innebærer endring av kosthold og økt fysisk aktivitet.

6.2 Diskusjon av funn

Resultatene viste at de eldre fastlegene opplevdes mer pragmatisk, og brukte ikke en spesifikk mal eller rutine for konsultasjonene, men mer skjønn når de behandlet/veiledet pasientene. De var mer ute etter å få tak i problemene pasientene hadde og hvordan man kunne løse det. De yngre fastlegene hadde en annen tilnærming som virket til å være mer systematisk, og det virket som at de hadde mer kunnskap om livsstilsendringer og brukte mer tid på det.

Resultatet er i tråd med tidligere forskning som viste at de erfarne fastlegene uttrykte generelt lavere ambisjoner om å endre pasientenes livsstil og viste en mer pragmatisk tilnærming enn de med mindre erfaring (Abildsnes et al., 2011). De mindre erfarne fastlegene var entusiastiske og ivrige etter å legge til rette for endring, men reflekterte sjelden over vanskelighetene med å øke pasientenes motivasjon om fastlegers erfaringer og tilnærming til livsstilsrådgivning i allmennpraksis. Dette kan tyde på at fastlegers kompetanse om livsstilsendringer varierer i forhold til hvilke råd som blir gitt til pasientene (Abildsnes et al., 2011). Dette kan også tyde på at de yngre fastlegene var preget av en mer helhetlig tankegang, og at de arbeider mer ut ifra den biopsykososiale modellen, enn hva de eldre fastlegene gjorde.

Resultatene indikerte at fastlegene mente det var viktig å ha fokus på kostholdsendringer og økt fysisk aktivitet dersom pasientene skulle klare å gå ned i vekt. Forskning har også vist at livsstilsendringer kan være like effektive som medikamentell behandling for å forbedre helsen til pasienter med metabolsk syndrom. Flere studier fant at en kombinasjon av kostholdsendringer, økt fysisk aktivitet og vekttap var effektivt for å redusere risikofaktorene for hjerte- og karsykdommer hos pasienter med metabolsk syndrom (Champagne & Bray, 2013; Gianturco et al., 2020; Grundy et al., 2005; Liberopoulos et al., 2005; Lin & Chu, 2014).

Resultatene viste at rådene fastlegene gav var generelle kostholdsråd som å «kutte ned på mettet fett», «unngå lett resorberbare karbohydratinntaket» og «spis mer fisk enn kjøtt». Resultatene er i tråd med funnene i studien til Tremblett og kolleger (2022) som undersøkte hva fastleger faktisk sier når de gir vekttapråd til pasienter med fedme. Dette tyder på at vekttapråd fra fastleger burde vært mer effektive, og det burde bli gitt tydeligere veiledning om hvilke metoder som faktisk fungerer for vekttap og rådene burde bli mer tilpasset den enkelte pasient (Tremblett et al., 2022).

Resultatene indikerte derimot at fastlegene synes det var utfordrende å holde på med livsstilsendringer, fordi det ofte handlet om at de hadde mangel på tid og kompetanse om endringsprosesser. Samme resultater fant også Wändell og kolleger (2018) i sin studie om

utfordringer og tilretteleggelse blant helsepersonell i primærhelsetjenesten når det gjelder forebygging av hjerte- og karsykdommer.

Liknende funn fant Normann og kolleger (2022) også i sin studie om utfordringer som oppstår i behandling av fedme. I deres studie opplevde pasienter at fastlegene ikke hadde tid og ressurser til å snakke om overvekt (Norman et al., 2022). Pasientene opplevde også utfordringer som mangel på tilgang til spesialiserte tjenester, økonomiske begrensninger og språkbarrierer, samt følelsen av stigma og misforståelse fra helsepersonell. Funnene til Norman og kolleger (2022) er i tråd med Juvik og kollegers (2023) studie om overvektige pasienters erfaringer i møte med fastlegen. Det kom fram i studien at pasientene opplevde at overvekt ikke ble tatt opp som tema av fastlegen: Selv om fastlegene noen ganger nevnte overvekt, var det sjeldent at de inviterte til videre samtaler eller informasjonsutveksling (Juvik et al., 2023). Dette kan tyde på at pasienter ikke får den behandlingen de faktisk trenger.

Videre indikerte resultatene at fastlegene ønsket å jobbe tverrfaglig fordi fastlegene opplevde at de ikke alltid mestret å hjelpe pasientene sine til å endre livsstil og fordi de ikke hadde tid nok, og andre fagfolk med mer og bedre kunnskap om livsstilsendringer kunne heller jobbe med det. Fastlegene som mestret dårlig å hjelpe pasientene med livsstilsendringer, fortalte at de ofte endte opp med å skrive ut resepter på medikamenter. Fastlegene snakket om at de skulle ønske at de hadde bedre kunnskap om psykiske mekanismer, følelser og tanker som inngår i endringsfasene.

Resultatene indikerte videre at kommunikasjon med pasientene kunne være utfordrende fordi man måtte finne ut av «hvor skoen trykker». Fordi alle er forskjellige kan det tenkes at man har ulike utfordringer og ulik bakgrunn, som kan gjøre at kommunikasjonen kan være vanskelig, funnet er i tråd med studien til Wändell og kolleger (2018), og Abildsnes og kolleger (2011).

God kommunikasjon mellom fastlege og pasient ble dermed ansett som helt avgjørende for behandlingene ifølge resultatene i denne studien. Dette sammenfaller med funn fra studien til Juvik og kolleger (2013) som pekte på at god kommunikasjon, empati og realistiske målsettinger ble vektlagt som viktig for en vellykket samtale om vekt.

Resultatene indikerte også at tillit var en viktig faktor i behandlingssituasjon. Dersom fastlegen oppnådde tillitt hos pasienten kunne de ha større sjanse for å hjelpe pasientene med å endre livsstil, og de kunne nå fram med budskapene sine. Dersom pasientene ikke hadde tillit til behandleren så ble det mindre betydningsfullt hva fastlegen sa fordi det ikke gikk inn hos pasienten. I tillegg til at pasientene måtte ha tillitt til behandleren, måtte også fastlegen være en

god formidler for å kunne få fram sine budskap om hvorfor de burde endre livsstilen sin. Resultatene er i tråd med hva Eide og kolleger (2021) fant i sin studie om pasienters oppfatning av viktigheten av god kommunikasjon og tilgjengelighet i primærhelsetjenesten. Artikkelforfatterne antydet at pasienter verdsatte en helhetlig og personorientert tilnærming, der deres behov og preferanser blir tatt hensyn til. Pasientene ønsket også en kontinuitet i omsorgen, der de kunne etablere et tillitsforhold til sin fastlege (Eide et al., 2021). Funnene indikerte også at betydningen av å investere i tid og ressurser til å utvikle gode kommunikasjonsferdigheter hos helsepersonell. Utvikling av helsetjenesten burde prioriteres for å møte pasientenes behov og forbedre kvaliteten på primærhelsetjenesten i Norden (Eide et al., 2021).

Eksempel på en kommunikasjonsmetode innen helsefremmende arbeid som helsepersonell kan bruke for å hjelpe folk til å endre vaner er motiverende intervju (Askheim, 2012). Motiverende intervju er en terapeutisk tilnærming som tar sikte på å utforske og forsterke en persons motivasjon til endring. Det setter søkelys på å hjelpe personen til å identifisere hva som er viktig for dem og hva som hindrer dem fra å nå sine mål. Ved å gi personen verktøyene de trenger for å håndtere disse hindringene, kan de øke sin følelse av kontroll og styrke sin selvtillit. Det er viktig å merke seg at empowerment ikke kan påtvinges, og at det må komme fra individet selv og deres behov og ønsker. Det er derfor viktig å involvere og lytte til de som skal bli myndiggjort, og å tilpasse tiltakene og strategiene etter deres behov og ønsker (Askheim, 2012).

Resultatene viste at fastlegene mente det var av stor betydning å veilede pasientene til å ta riktige valg for seg selv, og motiverende intervju ble nevnt flere ganger som et godt hjelpemiddel for å myndiggjøre pasientene. Resultatene kan dermed ses i relasjon til empowermentbegrepet som indikerer at det er viktig å ivareta og fremme empowerment i møtet med pasienter. Ved å gi pasienter makt og kontroll over egne beslutninger kan det bidra til å gi pasientene den helsehjelpen de har behov for (Houston & Cowley, 2002; World Health Organization, 1986).

Regelmessig oppfølging og overvåking av pasienter med metabolsk syndrom viser seg å være viktig for å sikre at behandlingsmål nås og opprettholdes. Fastleger bør vurdere å gjennomføre regelmessige kontroller av blodtrykk, kolesterolnivåer, blodsukkernivåer og vekt (Grundy et al., 2005). Resultatene viste at medikamentell behandling for høyt blodtrykk, kolesterol og diabetes type 2 var nødvendig for veldig mange pasienter fordi det handlet om hvor stor risiko pasientene hadde for alvorlig sykdom, og om det kunne være forsvarlig å gå uten. Pasientene

kunne i mange tilfeller klare seg uten medisiner, men da måtte pasienten gjøre flere tiltak selv med å endre livsstil, som kunne være tidkrevende og vanskelig for veldig mange.

Resultatene viste også at noen nye vektreduserende medikamenter (Mysimba og Saxenda) kunne være gode hjelpemidler for de som ikke mestret å gå ned i vekt, slik at det ble en positiv opplevelse for pasienten. Resultatene indikerte derimot at medikamentene kun skulle brukes i kombinasjon med livsstilsendringer, som innebærer endringer av kosthold og økt fysisk aktivitet.

Sett fra et biospykososialt perspektiv er det ifølge Engel (1997) nødvendig å gi en helhetlig, pasient-sentrert behandling, hvor både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer er nødvendig å ta hensyn til. Fastleger må ta hensyn til disse faktorene i deres tilnærming og behandling, som inkluderer å støtte pasienter i å gjøre livsstilsendringer og undersøke de underliggende faktorene som kan påvirke helsen. Resultatene indikerte at fastlegene var opptatt av å støtte pasientene sine i endringsprosesser, men mangel på tid og kunnskap om endringsprosesser gjorde det utfordrende å for fastlegene å få det til i praksis.

Implementering av modellen i praksis krever at fastleger og helsepersonell får opplæring i hvordan de kan bruke en helhetlig tilnærming til pasientbehandling, og i hvordan de kan samarbeide med andre faggrupper (Borrell-Carrió et al., 2004). Borrell-Carrió og kolleger (2004) peker på er at den kan kreve betydelige endringer i tenkemåter og praksis hos helsepersonell, noe som kan være krevende å gjennomføre i praksis, som ofte har fokus på spesifikke sykdommer og behandlinger. Det kan i tillegg være utfordrende å finne en balanse mellom de ulike faktorene i modellen og identifisere hvilke faktorer som har størst innvirkning på en pasients helse og velvære.

I og med at fastleger er de første som identifiserer pasienter med overvekt og fedme som medisinske tilstander som krever behandling, kan det være positivt ved at det fører til tidlig intervensjon og bedre helseutfall for pasienten. Imidlertid advarer Hofmann (2017) mot risikoen for «overmedikalisering», som betyr at fastleger kan være tilbøyelige til å forskrive medisinske eller kirurgiske behandlinger for overvekt og fedme, som kanskje ikke alltid er nødvendig eller passende, og spesielt med hensyn til at pasienter skal ha kontroll over egen helse og behandling.

Videre har Hofmann (2017) uttrykt bekymring for hvordan kommersielle aktører, inkludert legemiddelindustrien kan drive medikalisering. Fastleger kan bli påvirket av disse kommersielle interessene, enten direkte gjennom markedsføring fra legemiddelindustrien, eller

indirekte gjennom forskning og kliniske retningslinjer som er finansiert eller påvirket av legemiddelindustrien. Dette belyser hvorfor fastleger bør være kritiske til hvilke behandlinger de anbefaler, og bør være oppmerksomme for mulige interessekonflikter. Hofmann (2017) sin forskning peker på at det kan være avgjørende å balansere medisinsk behandling med forståelse for de bredere sosiale og miljømessige faktorene som bidrar til overvekt og fedme. Det kan tenkes at medikamenter kan være gode hjelpemidler, men Hofmann (2017) påpeker at man bør være kritisk til om medikamenter er den beste løsningen på ulike helseproblemer. Resultatene indikerte at fastlegene synes at det var synd at pasientene hadde kommet dit at de måtte bruke medikamenter for vektnedgang.

6.3 Funnene i lys av et folkehelseperspektiv

Funnene fra studien har gitt innsikt i hvilke erfaringer fastleger har med behandling av metabolsk syndrom. Selv om flere av funnene kan knyttes til tidligere forskning, har denne studien brakt med seg ny kunnskap som viser hvilke erfaringer fastleger har med metabolsk syndrom, det er flere utfordringer fastleger står ovenfor og det er flere aspekt de anser som viktige i behandlingssituasjonen

Siden metabolsk syndrom er blitt en av de største utfordringene til vestlige land og i forbindelse med at overvekt og fedme forsetter å øke i den norske befolkningen bør det rettes enda mer fokus på forebyggende- og helsefremmende arbeid blant helsepersonell (Meyer & Bergh, 2017; Sousa et al., 2019). Det er nødvendig med tanke på at vi stadig blir flere og flere mennesker i det norske samfunnet, som vil kreve enda flere helsepersonell i arbeid dersom det fortsetter i den retningen det gjør (Bævre, 2021). Det er allerede en fastlegekrise i dag som preger pasientbehandlingene ved at fastlegene ikke har god nok tid til å følge opp pasientene sine (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023). Helsepersonell har et selvstendig ansvar for å gi pasientene et forebyggende og helsefremmende tjenestetilbud i henhold til Helse- og omsorgstjenesteloven (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, 2011). Det innebærer at fastlegene bør tilrettelegge for å gi den beste behandlingen for pasientene i forbindelse med at fastlegene er de første som identifiserer denne pasientgruppen, og fordi det de som står i frontlinjen når det gjelder primær, sekundær- og tertiærforebygging (Espnes & Smedslund, 2018).

Folkehelsearbeid hvor forebygging, tidlig innsats, helsefremmende arbeid og styrking av befolkningens helsekompetanse kan bidra til at pasienter blir bedre i stand til å ta vare på sin egen helse, og kan delta i egen behandling (*Meld. St. 15 (2022–2023)*, 2023). Dette kan også

bidra til at man reduserer behovet for helsepersonell. Empowerment som strategi i et forebyggende og helsefremmende folkehelsearbeid innebærer å løse helseutfordringer som individet selv identifiserer som viktige, i samhandling med faglig ekspertise (Houston & Cowley, 2002). For å ivareta og fremme empowerment i samhandling med pasienter, er det viktig å hjelpe pasientene til å føle seg verdsatt, slik at de kan mestre å ta gode beslutninger i beslutningsprosessene. Ved å gi individet makt og kontroll over egne beslutninger kan det bidra til å gi de helsehjelpen de har behov for, og ikke et profesjonelt ideal som helsepersonell tror pasientene trenger (Houston & Cowley, 2002).

Rønnevik og kolleger (2020) peker på at det er et gap mellom myndighetenes forventninger, og det fastlegene faktisk forteller om den faktiske virksomheten, og artikkelforfatterne poengterte at det var nødvendig med et vesentlig kompetanseløft blant fastleger. En nasjonal strategi for reorientering av allmennpraksis som peker mer mot helsefremming og forebygging bør utarbeides ifølge forskerne (Rønnevik et al., 2020).

Sett fra et biospykososialt perspektiv bør fastleger samarbeide med andre helsepersonell og fagområder for å kunne gi best mulig behandling for pasientene som har metabolsk syndrom (Borrell-Carrió et al., 2004). Ottawa charteret viser også til at helsefremming i helsetjenesten skal være delt mellom helsepersonell, helseinstitusjoner, myndigheter, samfunnsgrupper og enkeltpersoner. Helsesektoren må bevege seg i retning helsefremmende og ta ansvar for å yte kliniske og kurative tjenester. Dette påpekes også i en nylig publisert rapport fra Helse- og omsorgsdepartementet hvor et ekspertutvalg anbefaler å øke tverrfagligheten og bredden i allmennlegetjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023). Utvalget mener at en bredere faglig tilnærming kan føre til mer effektiv utnyttelse av ressursene, og bedre kvaliteten i tjenesten. Ved å jobbe i team omkring pasienten sammen med flere helsepersonellgrupper, kan det bidra til å øke kapasiteten hos fastlegen. Tverrfaglighet på fastlegekontoret blir vurdert av Helse- og omsorgsdepartementet som et virkemiddel for å møte framtidens utfordringer.

6.4 Studiens begrensninger og videre forskning

I denne studien er det noen begrensinger som er viktig å få frem. Først og fremst siden dette er et stort tema, er det viktig å påpeke at jeg ikke nødvendigvis har fått med meg alt som omhandler dette tema, det er heller ikke lett å avgrense temaet og i tillegg vanskelig å vite hva man skal inkludere og ikke i en masteroppgave. Det er mye mer man kunne sagt om dette temaet.

Det er begrensninger knyttet til utvalget, fordi studien er basert på relativt få deltakere på grunn av studiens begrensede tidsramme (Bryman, 2016). Selv om det er vanlig med lite utvalg i kvalitativ forskning, burde videre forskning inkludere enda flere deltakere fra flere steder i landet som trolig kan tilføre forskningsområdet enda bedre kunnskap og forståelse.

Siden studien er basert på fastlegers subjektive erfaringer kan de være påvirket av individuelle forskjeller og perspektiver (Bryman, 2016). Dette kan påvirke påliteligheten av funnene og overførbarheten. Studien har i tillegg et begrenset utvalg av fastleger fra bare noen steder i Norge kan begrense overførbarheten av funnene til andre populasjoner eller områder. Det kan tenkes at andre fastleger hadde hatt andre meninger og erfaringer enn hva fastlegene i denne studien hadde (Bryman, 2016). Fastlegene som valgte å delta i studien kan også ha spesielle egne interesser eller kunnskap om metabolsk syndrom, noe som kan påvirke funnene. Dette kan føre til en skjev representasjon av erfaringene til fastleger generelt. I tillegg kan fastlegenes erfaringer ha vært påvirket av lokale helsetjenestesystemer, tilgjengeligheten av ressurser og pasientpopulasjonens sammensetning. Dette kan begrense overførbarheten av funnene til andre settinger eller helsetjenestekontekster.

Siden dette er en kvalitativ studie kan jeg som forsker ha hatt innflytelse på datamaterialet. I følge Bryman (2021) kritiseres kvalitativ forskning for å være subjektiv, fordi forskeren kan oppleve hva som er viktig ut ifra ens eget ståsted og forståelse, som kan speile tolkningen og funnene av dataen. Tolkningen av dataene ble derfor viktig å fremstille gjennom deltakerens respons og av deres forståelse. En annen begrensning i denne studien kan også skyldes at jeg ikke har erfaring som forsker.

Etter å ha hørt på lydopptakene og transkribert ble jeg oppmerksom på at jeg burde ha stilt deltakerne enda flere oppfølgingsspørsmål sånn at jeg kanskje kunne ha fått enda flere svar eller synspunkter (Tjora, 2021). Dette kan ha ført til at sentrale tema ikke ble tatt opp. Det kan hende at jeg kunne ha unngått det dersom jeg hadde hatt enda flere pilotintervju, sånn at jeg hadde fått mer erfaring med å intervjue. Jeg opplevde også noen ganger at det kunne være vanskelig å tolke om deltakerne hadde tenkepauser, eller om de var ferdig med å snakke og ikke hadde noe

mer å si (Bryman, 2016). Siden visuelle og kroppslige signaler ble borte var det var vanskeligere å tolke nonverbale utrykk digitalt. Siden alle intervjuene ble gjennomført digitalt, på zoom eller over telefon, kan det tenkes at det hadde blitt andre svar dersom intervjuene hadde foregått fysisk. Det er usikkert om dette kan ha påvirket resultatene negativt eller positivt.

I videre forskning hadde det vært interessant å inkludere pasienters subjektive erfaringer også, da det kunne ha gitt enda mer forståelse for hvordan behandling av metabolsk syndrom foregår.

6.5 Konklusjon

Målet med denne studien var å finne ut av hvilke erfaringer fastleger har med behandling av metabolsk syndrom. Forskningsspørsmålene som ble stilt var: 1) Hvilke utfordringer møter fastleger med denne pasientgruppen? 2) Hvilke aspekter anser fastleger som viktig i behandlingssituasjonen? 3) Hvilket perspektiv har fastleger til medisinering versus livsstilsendringer knyttet til behandling av metabolsk syndrom?

Resultatene i studien bygger på eksisterende litteratur for temaet, og har dermed bidratt til å tilføre forskningsfeltet bedre forståelse av hvilken erfaring har med behandling av metabolsk syndrom.

Som vi har sett viste resultatene at eldre fastleger har en mer pragmatisk tilnærming og bruker skjønn i behandlingen av pasienter, mens yngre fastleger har en mer systematisk tilnærming og bruker mer tid på livsstilsendringer. Dette antyder at det er variasjon i fastlegers kompetanse om livsstilsendringer og det er imidlertid økt behov for bedre tilpasning av råd til den enkelte pasient.

Videre var det flere aspekter ved behandlingen som fastlegene anså som utfordrende, men viktig del av deres jobb. Viktigheten av kostholdsendringer og økt fysisk aktivitet for vektreduksjon understrekes i resultatene. Tidligere forskning har også vist at livsstilsendringer kan være like effektive som medikamentell behandling for å forbedre helsen til pasienter med metabolsk syndrom. Likevel avslører resultatene at fastlegers rådgivning ofte er generell og mangler individuell tilpasning. Dette samsvarer med tidligere forskning som har påpekt behovet for tydeligere veiledning og mer skreddersydde råd for vekttap. En helhetlig tilnærming som inkluderer både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer vil bidra til å bedre behandlingsresultatene og pasienttilfredsheten.

Resultatene avdekket også utfordringer knyttet til tidsbegrensninger og manglende kompetanse blant fastleger når det gjelder livsstilsendringer. Flere studier har funnet lignende funn, og pasienter har også rapportert om utfordringer som begrenset tilgang til spesialiserte tjenester og følelsen av stigma og misforståelse fra helsepersonell. God kommunikasjon og tillit mellom fastlege og pasient identifiseres som avgjørende faktorer for vellykket behandling. Det understrekes også viktigheten av å investere tid og ressurser i utvikling av gode kommunikasjonsferdigheter hos helsepersonell.

I tillegg kunne vi se at fastlegene poengterte at kommunikasjon med pasientene var utfordrende, men viktig og avgjørende del for behandlingen. De poengterte at det var viktig at pasienten tok gode valg for seg selv, der empowermentbegrepet kunne være med på å forstå hvordan dette kunne gjøre i praksis. Motiverende intervju fremheves som en nyttig kommunikasjonsmetode for å hjelpe pasienter med å endre vaner. Fastlegene understrekte viktigheten av å veilede pasientene til å ta riktige valg for seg selv, og motiverende intervju fremstår som et effektivt verktøy for å styrke pasientenes motivasjon og selvtillit. Implementeringen av en helhetlig tilnærming til pasientbehandling krever imidlertid endringer i tenkemåte og praksis blant helsepersonell, samt et samarbeid med andre faggrupper. Den biopsykososiale modellen kunne være med på å forstå hvordan man kan gi pasientene et mer helhetlig behandlingstilbud.

Vi kunne også se at fastlegene poengterte at medikamentell behandling av handlet om forsvarlighet knyttet til alvorlig sykdomsutvikling og risiko for død. De pekte på at de nye vektreduserende medikamentene var gode hjelpemidler, men at de aldri skulle foregå alene uten livsstilsendring. Medikaliseringsbegrepet var med på å forstå komplekse faktorer som er med på å påvirke valgene fastlegene kan oppleve knyttet til behandlingsstrategier.

I en tid der medikalisering og kommersielle interesser kan påvirke behandlingsvalg, må fastleger være kritiske og reflekterte i sin praksis. Det er viktig å finne en balanse mellom medikamentell behandling og ikke-medisinske tilnærminger, og å sikre at pasientenes kontroll over egen helse og behandling respekteres.

Samlet sett understreker denne studien viktigheten av å styrke fastlegers kompetanse, forbedre kommunikasjonen og tilliten mellom lege og pasient, og implementere en helhetlig tilnærming til livsstilsrådgivning. Ved å adressere utfordringene og investere i ressurser som støtter fastlegene, kan helsevesenet bedre møte pasientenes behov og forbedre behandlingene innen primærhelsetjenesten.

Det kreves at målrettet folkehelsearbeid blir prioritert i tråd med tverrfaglig samarbeid. Men vi har fortsatt en lang vei å gå.

viii. Litteraturliste

Abildsnes, E., Walseth, L. T., Flottorp, S. A., & Stensland, P. S. (2011). Lifestyle consultation in general practice—the doctor's toolbox: A qualitative focus group study. *Family Practice*, *28*(2), 220–225. https://doi.org/10.1093/fampra/cmq093

Alberti, K. G. M. M., Eckel, R. H., Grundy, S. M., Zimmet, P. Z., Cleeman, J. I., Donato, K. A., Fruchart, J.-C., James, W. P. T., Loria, C. M., & Smith, S. C. (2009). Harmonizing the Metabolic Syndrome. *Circulation*, *120*(16), 1640–1645. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192644

Alberti, K. G. M. M., Zimmet, P., & Shaw, J. (2006). Metabolic syndrome—A new world-wide definition. A Consensus Statement from the International Diabetes Federation. *Diabetic Medicine*, *23*(5), 469–480. https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2006.01858.x

Ariansen, I. K. H., Kvåle, R., Olsen, K., & Selmer, R. M. (2021, november 26). *Hjerte- og karsykdommer*. Folkehelseinstituttet. https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/

Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid. Floskel, styringsverktøy eller firgjøringsstrategi?* (1.utgave). Gyldendal Akademisk.

Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine*, *2*(6), 576–582. https://doi.org/10.1370/afm.245

Braun, V., & Clarke, V. (2021). *Thematic Analysis: A Practical Guide*. SAGE.

Bryman, A. (2016). *Social Reasearch Metodes* (Fifth edition). Oxford University Press.

Bævre, P. O. S. av: K. (2021, november 22). *Forventet levealder i Norge*. Folkehelseinstituttet. https://www.fhi.no/nettpub/hin/befolkning/levealder/

Champagne, C. M., & Bray, G. A. (2013). Dietary management of the metabolic syndrome – one size fits all? *Proceedings of the Nutrition Society*, *72*(3), 310–316. https://doi.org/10.1017/S0029665113001316

Donnelly, J. E., Blair, S. N., Jakicic, J. M., Manore, M. M., Rankin, J. W., & Smith, B. K. (2009). Appropriate Physical Activity Intervention Strategies for Weight Loss and Prevention of Weight Regain for Adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, *41*(2), 459. https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181949333

Eide, B. T., Straand, J., & Braend, A. M. (2021). Good communication was valued as more important than accessibility according to 707 Nordic primary care patients: A report from the QUALICOPC study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, *39*. https://doi.org/10.1080/02813432.2021.1928837

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.)*, *196*(4286), 129–136. https://doi.org/10.1126/science.847460

Espnes, G. A., & Smedslund, G. A. (2018). *Helsepsykologi* (2.). Gyldendal Norsk Forlag AS 2009.

Freudenberg, N., Eng, E., Fly, B., Parcel, G., Rogers, T., & Wallerstein, N. (1995, august). *Strengthening Individual and Community Capacity to Prevent Disease and Promote Health: In Search of Relevant Theories and Principles*. https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/109019819402200304

Gianturco, V., Gianturco, L., Regnoli, R., Bodini, B. D., Turiel, M., Trapani, M., Bini, F., & De Angelis, G. (2020). Healthy Promotion for Fighting Metabolic Syndrome: Insights from Multi-Center HeRO-FiT Cohort. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(15), E5424. https://doi.org/10.3390/ijerph17155424

Grix, J. (2002). Introducing Students to the Generic Terminology of Social Research. *Politics*, *22*(3), 175–186. https://doi.org/10.1111/1467-9256.00173

Grundy, S. M., Cleeman, J. I., Daniels, S. R., Donato, K. A., Eckel, R. H., Franklin, B. A., Gordon, D. J., Krauss, R. M., Savage, P. J., Smith, S. C., Spertus, J. A., & Costa, F. (2005). Diagnosis and Management of the Metabolic Syndrome. *Circulation*, *112*(17), 2735–2752. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.105.169404

Grytten, J., Sørensen, R. J., & Skau, I. (2005). - *Marked, legedekning og tilgjengelighet*.

Helfo. (2023). *Fastlegeordninga*. Helfo - for helseaktører. https://www.helfo.no/fastlegeordninga/fastlegeordninga

Helse- og omsorgsdepartementet. (2004, oktober 11). *NOU 2004: 18* [NOU]. 048001-020002; regjeringen.no. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2004-18/id150699/

Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Gjennomgang av allmennlegetjenesten*.

Helse og omsorgstjenesteloven, nr. (LOV-2011-06-24-30), Lovdata (2011). https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30

Helsedirektoratet. (2021). *Oppfølging av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024* (Kvartalsrapport 3. kvartal 2021). https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/oppfolging-av-handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-2020-2024-kvartalsrapport-3.kvartal-2021

Helsedirektoratet. (2023). *Overvekt og fedme*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/tema/overvekt-og-fedme

Helsedrirektoratet. (2021, desember 13). Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/personell-og-kompetanse-i-den-kommunale-helse-og-omsorgstjenesten/personellutvikling-i-utvalgte-yrkesgrupper/leger

Meld. St. 15 (2022–2023), (2023) (testimony of Helse-og omsorgsdepartementet). https://www.regjeringen.no/nn/dokumenter/meld.-st.-15-20222023/id2969572/

Hofmann, B. (2017). Medikalisering og overdiagnostikk i et Nordisk perspektiv. *9788230401859*, 323–356.

Houston, A. M., & Cowley, S. (2002). An empowerment approach to needs assessment in health visiting practice. *Journal of Clinical Nursing*, *11*(5), 640–650. https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2002.00637.x

Juvik, L. A., Eldal, K., & Sandvoll, A. M. (2023). Personar med overvekt sine erfaringar i møte med fastlegen – ein kvalitativ studie. *3*. https://doi.org/10.4045/tidsskr.22.0528

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.Utg). Gyldendal akademisk.

Leong, D. P., Joseph, P. G., McKee, M., Anand, S. S., Teo, K. K., Schwalm, J.-D., & Yusuf, S. (2017). Reducing the Global Burden of Cardiovascular Disease, Part 2: Prevention and Treatment of Cardiovascular Disease. *Circulation Research*, *121*(6), 695–710. https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.117.311849

Leverence, R. R., Williams, R. L., Sussman, A., & Crabtree, B. F. (2007). Obesity Counseling and Guidelines in Primary Care: A Qualitative Study. *American Journal of Preventive Medicine*, *32*(4), 334-339.e1. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.12.008

Liberopoulos, E. N., Mikhailidis, D. P., & Elisaf, M. S. (2005). Diagnosis and management of the metabolic syndrome in obesity. *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, *6*(4), 283–296. https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2005.00221.x

Lin, Y.-H., & Chu, L.-L. (2014). The health promotion lifestyle of metabolic syndrome individuals with a diet and exercise programme. *International Journal of Nursing Practice*, *20*(2), 142–148. https://doi.org/10.1111/ijn.12149

Mancia, G., Rosei, E. A., Azizi, M., Burnier, M., Clement, D. L., Coca, A., de Simone, G., Dominiczak, A., Kahan, T., Mahfoud, F., Redon, J., Ruilope, L., Zanchetti, A., Kerins, M., Kjeldsen, S. E., Kreutz, R., Laurent, S., Lip, G. Y. H., McManus, R., … Desormais, I. (2018). *2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension*. 98.

Meyer, H. E., & Bergh, I. H. (2017, januar 3). *Overvekt og fedme*. Folkehelseinstituttet. https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/

Midthjell, K., Lee, C. M. Y., Langhammer, A., Krokstad, S., Holmen, T. L., Hveem, K., Colagiuri, S., & Holmen, J. (2013). Trends in overweight and obesity over 22 years in a large adult population: The HUNT Study, Norway. *Clinical Obesity*, *3*(1–2), 12–20. https://doi.org/10.1111/cob.12009

Murray, C. J. L., Lopez, A. D., Organization, W. H., Bank, W., & Health, H. S. of P. (1996). *The Global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases,*

injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020 : summary. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/41864

Norges forskningsråd. (2006). *En sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter*. Norges forskningsråd.

Norman, K., Chepulis, L., Burrows, L., & Lawrenson, R. (2022). Barriers to obesity health care from GP and client perspectives in New Zealand general practice: A meta-ethnography review. *Obesity Reviews*, *23*(10), e13495. https://doi.org/10.1111/obr.13495

NOU 1988: 18. (1998, november 2). *Det er bruk for alle—Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene.* [NOU]. Sosial og helsedepartementet; regjeringen.no. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1998-18/id141324/

Rønnevik, D.-H., Pettersen, B., & Grimsmo, A. (2020). *Fastlegenes rolle i forebyggende og helsefremmende arbeid*. 65.

Said, S., Mukherjee, D., & F. Whayne, T. (2016). Interrelationships with Metabolic Syndrome, Obesity and Cardiovascular Risk. *Current Vascular Pharmacology*, *14*(5), 415–425.

Saklayen, M. G. (2018). The Global Epidemic of the Metabolic Syndrome. *Current Hypertension Reports*, *20*(2), 12. https://doi.org/10.1007/s11906-018-0812-z

Schneider, E. C., Shah, A., Doty, M. M., Tikkanen, R., Fields, K., & Williams, R. D. (2021, august 4). *NEW INTERNATIONAL STUDY: U.S. Health System Ranks Last Among 11 Countries; Many Americans Struggle to Afford Care as Income Inequality Widens.* https://www.commonwealthfund.org/press-release/2021/new-international-study-us-health-system-ranks-last-among-11-countries-many

Sousa, R. A., Manuel, G. J., & Vicente, C. (2019). Equality or disparity? Cardiovascular risk factors and their correlation within the metabolic syndrome. The secret of gods. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, *13*(2), 1393–1398. https://doi.org/10.1016/j.dsx.2019.02.016

Statistisk sentralbyrå. (2022, november 7). *Helseregnskap*. SSB. https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/nasjonalregnskap/statistikk/helseregnskap

Sørensen, M., & Graff-Iversen, S. (2001). Hvordan stimulere til helsefremmende atferd? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. https://tidsskriftet.no/2001/02/kronikk/hvordan-stimulere-til-helsefremmende-atferd

Thurston, M. (2014). *Key Themes in Public Health*. Routledge.

Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4.Utg). Gyldendal Akademisk.

Townsend, N., Wilson, L., Bhatnagar, P., Wickramasinghe, K., Rayner, M., & Nichols, M. (2016). Cardiovascular disease in Europe: Epidemiological update 2016. *European Heart Journal*, *37*(42), 3232–3245. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw334

Tremblett, M., Poon, A., Aveyard, P., & Albury, C. (2022). What advice do general practitioners give to people living with obesity to lose weight? A qualitative content analysis of recorded interactions. *Family Practice*. https://doi.org/10.1093/fampra/cmac137

University of Oslo. (2022, november 4). *The TSD – Service for Sensitive Data, is a platform for collecting, storing, analyzing and sharing sensitive data in compliance with the norwegian privacy regulation*. UiO. https://www.uio.no/english/services/it/research/sensitive-data/about/index.html

Wing, R. R., Lang, W., Wadden, T. A., Safford, M., Knowler, W. C., Bertoni, A. G., Hill, J. O., Brancati, F. L., Peters, A., Wagenknecht, L., & the Look AHEAD Research Group. (2011). Benefits of Modest Weight Loss in Improving Cardiovascular Risk Factors in Overweight and Obese Individuals With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, *34*(7), 1481–1486. https://doi.org/10.2337/dc10-2415

World Health Organization. (1986, november 21). *Ottawa Charter for Health Promotion First International Conference on Health Promotion*. WHO | Regional Office for Africa.

https://www.afro.who.int/publications/ottawa-charter-health-promotion-first-international-conference-health-promotion

World Health Organization. (2021). *Health Promotion Glossary of Terms 2021*. https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240038349

World Health Organization. (2022). *World health statistics 2022: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240051157

Wändell, P. E., de Waard, A.-K. M., Holzmann, M. J., Gornitzki, C., Lionis, C., de Wit, N., Søndergaard, J., Sønderlund, A. L., Kral, N., Seifert, B., Korevaar, J. C., Schellevis, F. G., & Carlsson, A. C. (2018). Barriers and facilitators among health professionals in primary care to prevention of cardiometabolic diseases: A systematic review. *Family Practice*, *35*(4), 383–398. https://doi.org/10.1093/fampra/cmx137

ix. Vedlegg

Vedlegg I: Godkjent søknad NSD

Vedlegg II: Intervjuguide

Vedlegg III: Informasjon og samtykkeskjema

Vedlegg I: Godkjent søknad NSD

Sikt

Meldeskjema / Fastlegers erfaringer med behandling av metabolsk syndrom / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer	Vurderingstype	Dato
409607	Standard	22.12.2022

Prosjekttittel
Fastlegers erfaringer med behandling av metabolsk syndrom

Behandlingsansvarlig institusjon
Høgskolen i Innlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for folkehelse og idrettsvitenskap

Prosjektansvarlig
Hege Eikeland Tjomsland

Student
Eline Furuhovde Hoelli

Prosjektperiode
02.01.2023 - 31.07.2023

Kategorier personopplysninger
Alminnelige

Lovlig grunnlag
Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.07.2023.

Meldeskjema

Kommentar
OM VURDERINGEN
Sikt har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

TYPE PERSONOPPLYSNINGER
Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger.

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte

KOMMENTARER TIL INFORMASJONSSKRIVET

Informasjonsskrivet ditt mangler noen punkter loven krever er med. Du må derfor legge til disse punktene i informasjonsskrivet før du gir dette til forskningsdeltakerne dine. Du trenger ikke å laste opp den oppdaterte versjonen i meldeskjemaet: (fjern det som ikke er relevant)

- Hvilken institusjon som er behandlingsansvarlig
- Hvilke personopplysninger som innhentes og hvordan disse innhentes
- At du behandler opplysningene om dine forskningsdeltagere basert på deres samtykke
- At utvalget ditt har rett til innsyn, retting, sletting, begrensning og dataportabilitet (kopi)
- At utvalget ditt har rett til å klage til Datatilsynet
- Kontaktopplysninger til prosjektansvarlig, det vil si din veileder
- Kontaktopplysninger til din institusjon sitt personvernombud

Ta gjerne en titt på våre nettsider for hjelp til formuleringer: https://sikt.no/informasjon-til-deltakarane-i-forskingsprosjekt

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Vi har vurdert at du har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene, men husk at det er institusjonen du er ansatt/student ved som avgjør hvilke databehandlere du kan bruke og hvordan du må lagre og sikre data i ditt prosjekt. Husk å bruke leverandører som din institusjon har avtale med (f.eks. ved skylagring, nettspørreskjema, videosamtale el.)

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring, videosamtale o.l.) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Se våre nettsider om hvilke endringer du må melde: https://sikt.no/melde-endringar-i-meldeskjema

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg II: Intervjuguide

Åpningsspørsmål:

- Hvor gammel er du?
- Hva slags bakgrunn har du?
- Hvor lenge har du jobbet som fastlege?

Introduksjonsspørsmål:

- Kan du fortelle meg litt hvordan din arbeidsdag ser ut?

Overgangsspørsmål:

- I hvilken grad er du i stand til å utføre disse oppgavene?

<u>Hovedtema: Metabolsk syndrom</u>

- Er du kjent med begrepet metabolsk syndrom?
- Hvordan vil du beskrive en pasient som har metabolsk syndrom?
- Kan du fortelle hvordan en typisk konsultasjon er, hvor du behandler/veileder en pasient som har metabolsk syndrom?
- Hva vil du anbefale pasienter som har denne tilstanden?
- Har du utfordringer knyttet til denne pasientgruppen?
- *Hvis ja? Kan du fortelle meg mer om det?*
- Hva anser du som fastlegenes rolle i forhold til veiledning av pasienter som har metabolsk syndrom?
- Kan du fortelle meg hva slags råd du gir til pasienter som skal endre livsstilen sin?
- Kan du fortelle i hvilken grad du føler at du mestrer å hjelpe pasientene med livsstilsendringer?
- Er det noe du skulle ønske at du kunne gjøre annerledes med denne pasientgruppen?
- Hvilket perspektiv har du til medikamenter versus livsstilsendringer?

EKSTRA

- Er det noe du vil legge til?

Takk for at du deltar!

OPPFØLGINGS SPØRSMÅL:

- Kan du fortelle meg hva du mener med _____?
- Kan du fortelle meg mer om_____?
- Kan du gi et eksempel_____?
- Hva tenker du på når du sier_____?
- Er det andre ting som_____?

Vedlegg III: Informasjon og samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet

"Fastlegerollen i veiledning av pasienter med metabolsk syndrom og konteksten som omgir den"

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se nærmere på fastlegens rolle i veiledning av pasienter som har metabolsk syndrom og konteksten som omgir det. Her blir du gitt informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål
Formålet med prosjektet er å generere mer kunnskap om hvordan fastleger møter og behandler pasienter med denne tilstanden, og hvilke utfordringer fastleger opplever i møte med denne pasientgruppen. Prosjektet er tilknyttet en mastergradsavhandling ved master i folkehelsevitenskap ved Høgskolen Innlandet.

Formålet med prosjektet er å belyse pasienters holdninger til behandling av metabolsk syndrom, medisinens rolle og inkludert endringer i noen av disse.

Forskningsspørsmålet som jeg skal analysere er:

«Hvordan opplever fastlegen sin rolle som behandler av pasienter som har metabolsk syndrom, og hvilket perspektiv har fastlegen til medisinering versus livsstilsendringer knyttet til metabolsk syndrom?»

Opplysningene som innhentes skal tas i bruk i en masteroppgave, og vil om mulig publiseres i et vitenskapelig tidsskrift.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?
Høgskolen i Innlandet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?
Du er invitert til å delta i et intervju da du er fastlege. Studien er interessert i fastlegers erfaringer knyttet til pasientbehandling innenfor området metabolsk syndrom. Målet er at minst 6 fastleger vil delta i studien.

Hva innebærer det for deg å delta?
Dersom du velger å delta i prosjektet innebærer det at du deltar i et intervju, enten fysisk eller digitalt. Intervjuet har en varighet på litt under 1 time. Intervjuet inneholder spørsmål om dine erfaringer knyttet til pasientbehandling innenfor området metabolsk syndrom. Dataene vil bli samlet inn ved hjelp av lydopptak og notater.

Det er frivillig å delta
Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger
Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Intervjuet vil bli innspilt og lagret der kun en masterstudent Eline Furuhovde Hoelli og veileder Hege Eikeland Tjomsland vil ha tilgang til informasjonen du har oppgitt.
- Opptaket vil bli slettet så fort det er skrevet ned og anonymisert. Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon.
- Kun undertegnede får tilgang til personopplysninger og disse vil bli lagret ved hjelp av Educloud en tjeneste for sensitiv data, atskilt fra andre data. I tillegg vil de transkriberte intervjuene analyseres med Open Code.
- Deltakeren vil ikke kunne gjenkjennes i dersom studien publiseres, og opplysninger som eventuelt vil publiseres er i tilfelle eksempler på temaer som går igjen i samtalene.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?
Svarene fra oppgaven slettes når prosjektet er avsluttet.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?
Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen i innlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du ønsker å delta, har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Høgskolen i Innlandet ved student Eline Furuhovde Hoelli, e-post elinefuruhovdehoelli@gmail.com, eller veileder Hege Eikeland Tjomsland e-post Hege.Eikeland.Tjomsland@hvl.no
- Vårt personvernombud: Usman Asghar, e-post: studentombud@inn.no tlf: +47 992 57 964

Hvis du har spørsmål knyttet til Personvernstjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personvernstjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Hege Eikeland Tjomsland
(Veileder)

Eline Furuhovde Hoelli
(Student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet fastlegerollen i veiledning av pasienter med metabolsk syndrom og konteksten som omgir den, og samtykker til å delta i intervju.

Jeg samtykker til:

- ☐ å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)