
Allmennegers erfaringer med pasienter med spiseforstyrrelser

ORIGINALARTIKKEL

MIA HOLTET AALMEN

Nordlandssykehuset, Bodø

Hun har vært ansvarlig for idé, utforming, datainnsamling, analyse, tolkning, litteratursøk og utarbeiding av manus.

Mia Holtet Aalmen er LIS1-lege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

JAN H. ROSENVINGE

Institutt for psykologi

Det helsevitenskapelige fakultet

UiT – Norges arktiske universitet

Han har bidratt med revisjon og utarbeiding av manus og godkjenning av innsendte manus.

Jan H. Rosenvinge er psykologspesialist, professor i klinisk psykologi og helsepsykologi og prodekan for forskerutdanning.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANDREAS HOLUND

Torvet Legesenter, Narvik

og

Russeksjon Narvik (Nordlandsklinikken)

Universitetssykehuset Nord-Norge

Han har bidratt med utarbeiding av prosjektet, datainnsamling, veiledning underveis og godkjenning av innsendt manus.

Andreas Holund er spesialist i allmenntidrett, fastlege og overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

GUNN PETTERSEN

gunn.pettersen@uit.no

Institutt for helse- og omsorgsfag

UiT – Norges arktiske universitet

Hun har bidratt i utvikling av prosjektet, veiledning i dataanalysen, utarbeiding og revisjon av manus og godkjenning av innsendt manus.

Gunn Pettersen er professor i psykisk helsearbeid.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BAKGRUNN

Allmennlegen spiller en nøkkelrolle i å utrede, diagnostisere og behandle spiseforstyrrelser. Denne rollen utfordres av kliniske særtrekk ved pasientgruppen, legenes arbeidshverdag og samarbeidsforhold med spesialisthelsetjenesten. Hensikten med denne studien var å få mer kunnskap om hvordan allmennleger møter slike utfordringer.

MATERIALE OG METODE

Fem allmennleger fra Nordland fylke deltok. Alle hadde minst tre års erfaring som allmennlege og relevant klinisk erfaring med pasientgruppen. Deltagerne ble intervjuet om sine erfaringer med pasienter med spiseforstyrrelser, særlig knyttet til ansvar for identifisering og oppfølging. Gjennomføringen av intervjuene medførte ikke risiko for at legene brøt taushetsplikten. Intervjuene ble tatt opp på bånd, transkribert og analysert gjennom systematisk tekstkondensering.

RESULTATER

Allmennlegene hadde få pasienter med spiseforstyrrelser. Ingen angav spesifikke problemer med å identifisere pasienter, men etterlyste både kompetanseheving og screeningverktøy. Det var utfordrende å snakke med pasienter som hadde møtt opp på grunn av andres bekymringsmeldinger, samt generelt å rydde plass til lengre konsultasjoner. Erfaringene med spesialisthelsetjenesten var noe variert.

FORTOLKNING

Resultatene må sees i lys av begrensninger som følge av utvalgsstørrelse og kontekstavhengighet, men erfaringene gjenspeiler utfordringer som kan knyttes både til kliniske problemstillinger og til rammebetingelser for allmennpraksis. Deltagerne etterlyste tiltak for å øke allmennlegers kliniske kompetanse om spiseforstyrrelser.

Hovedfunn

Rammebetingelsene i allmennpraksis gjør behandling av pasienter med spiseforstyrrelser utfordrende.

Klinisk kompetanse utfordres ved at man ser få pasienter med spiseforstyrrelser.

Basalkompetansen bør økes gjennom grunn- og spesialistutdanning.

Spiseforstyrrelser omfatter tilstandene anoreksi, bulimi og overspising. I allmennpraksis varierer prevalensen fra under 1 % (anoreksi) til 16 % (overspising og subkliniske tilstander) (1). Sannsynligheten for god langtidsprognose (2, 3) og derved å motvirke høy mortalitet og stort somatisk skadepotensial (4–6) øker ved tidlig utredning, diagnostisering og behandling. Her har allmennlegen en nøkkelrolle, men det er minst fire utfordringer knyttet til å fylle en slik rolle.

Den første utfordringen er kommunikativ «støy» i lege–pasient-relasjonen. Mange pasienter snakker kun indirekte om spiseforstyrrelsen gjennom diffuse psykologiske, gastrointestinale eller gynekologiske plager (7, 8). Antallet legebesøk er gjerne over gjennomsnittet, men frykt for stigmatisering og for ikke å bli forstått av legen samt begrenset innsikt i eget behandlingsbehov (9, 10) er med på å forklare hvorfor det kan ta opptil fire–fem år før pasienten selv bringer temaet spiseforstyrrelser frem i konsultasjonen (11). Den andre utfordringen er at psykiatrisk komorbiditet (12) kan «maskere» spiseforstyrrelsen og forsinke diagnostisering og behandling. I særlig grad dreier dette seg om angstproblematikk, depressive lidelser og personlighetslidelser (13, 14). Den tredje utfordringen er en glidende overgang mellom subkliniske spiseforstyrrelser og de statistisk sett vanlige variasjonene i menneskers forhold til mat, kropp og vekt (2, 3). Eksempelvis vil slanking ikke være et entydig tegn på en spiseforstyrrelse. Alle disse tre typene utfordringer kan forklare hvorfor bare om lag annenhver pasient med spiseforstyrrelser oppdages av allmennlegen (15). Dermed kan allmennlegers pasientvolum innen denne sykdomsgruppen bli lavt. Det er ingen entydig sammenheng mellom volum og kvalitet i det kliniske arbeidet (16), men nasjonale kartlegginger (17, 18) indikerer at allmennleger opplever det som utfordrende at de ser så få pasienter med spiseforstyrrelser.

En fjerde utfordring er knyttet til behandlingsorganisering. Trass i anbefalinger i nasjonale retningslinjer (19) viser nasjonale kartlegginger (17, 18) og internasjonale studier (20) at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten kan oppleves problematisk. En konsekvens kan være at allmennlegen kan måtte håndtere alle grader av spiseforstyrrelser. Uansett vil allmennlegen være et fast holdepunkt for pasienten gjennom hele sykdomsforløpet (15, 21, 22). Pasienter med den vanligste diagnosen (bulimi) oppsøker allmennlegen for somatiske plager (23), og innenfor en stram tidsramme per konsultasjon kan det være utfordrende for lege–pasient-relasjonen å skulle møte både pasientens opplevde behov og samtidig fokusere på å redusere symptomer som overspising og oppkast. En norsk kartlegging indikerer høy pasienttilfredshet med allmennlegers oppfølgingspraksis (22). Man vet derimot mindre om allmennlegers erfaringer med pasienter med spiseforstyrrelser. Slik kunnskap er viktig i lys av allmennlegers nøkkelrolle i behandling (23), men også i lys av deres totale arbeidsbelastning, delvis som følge av tjenesteoverføringer fra andre instanser (24, 25).

Materiale og metode

Deltagelse i studien forutsatte minst tre års erfaring som allmennlege og at man i sin allmennpraksis hadde møtt pasienter med anoreksi eller bulimi. Deltagere ble forsøkt rekruttert ved at førsteforfatter orienterte 50 allmennleger ved 12 legekontorer i Nordland fylke om studien, både muntlig og skriftlig. Initialt takket ingen ja til å delta,

men etter purringer deltok fem leger, derav en kvinne og fire menn med henholdsvis 4, 16, 24, 30 og 40 års allmennlegeerfaring. Deltagerne signerte en samtykkeerklæring for bruk av datamaterialet både i en masteroppgave i medisin og til en senere forskningsartikkel.

En semistrukturert intervjuguide ble utarbeidet av forfattergruppen. Den ble også diskutert i et fokusgruppemøte på Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet for å få tilbakemelding fra andre som arbeidet med forskning innen samme fagfelt. Intervjuguiden bestod av spørsmål innen tre hovedtemaer: 1) erfaringer med pasienter som har spiseforstyrrelser, 2) hvordan oppdage spiseforstyrrelser og 3) allmennlegers ansvar for identifisering av spiseforstyrrelser. Oppfølgingsspørsmål ble stilt ved behov. Prosjektet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD), og godkjenningen forutsatte at intervjuene ikke medførte risiko for at legene brøt taushetsplikten. Intervjuene foregikk i tidsrommet fra august 2017 til januar 2018, og hvert av dem varte i 40–60 minutter. Intervjuene ble gjort på legenes arbeidsplass. De ble tatt opp på bånd, og materialet ble transkribert kort tid etter at intervjuene var gjennomført.

Transkriberte intervjuer ble kondensert og sammenfattet ved bruk av systematisk tekstkondensering (26) for å identifisere helhetsinntrykk og meningsbærende tekstenheter samt illustrerende sitater.

Resultater

Tekstanalysen resulterte i tre temaer. Disse er presentert nedenfor.

Tema 1: En pasientgruppe som er vanskelig å oppdage

En viktig grunn til at legene syntes det var vanskelig å oppdage spiseforstyrrelser, var at de hadde møtt relativt få pasienter med problemstillingen. En av legene sa det slik: «Det er dessverre en forsvinnende liten del av vår hverdag.» En annen anslo at han etter 24 år som allmennlege kanskje hadde sett åtte–ti alvorlige syke pasienter med spiseforstyrrelser, mens en tredje fortalte at han kanskje så ett til to tilfeller årlig. Noen forklarte det med en høy gjennomsnittsalder på sine pasientlister. Til tross for høyere populasjonsforekomst av bulimi enn anoreksi (5) var det likevel pasienter med anoreksi de hadde sett.

Vanskeligheter med å identifisere aktuelle pasienter kunne skyldes at legene ikke drev særlig eksplorerende virksomhet og mest håndterte det pasientene selv presenterte, eller at de oppfattet det som for sensitivt å antyde en underliggende spiseforstyrrelse. Som en av legene uttrykte det:

«Jeg vet det finnes flere enn vi ser, siden vi ser så lite. Pasientene kommer ikke inn til en fastlege og sier 'god dag, jeg har en spiseforstyrrelse'. Du skal bygge opp et tillitsforhold. Det skal være en eller annen motivasjon, en eller annen grunn for pasienten for å ta dette videre. Mange er jo virkelig spesialister på å nettopp dekke dette til.»

En annen sa det slik: «Ofte skjer det at andre retter en bekymring mot at det foreligger noe her.» Som sitatet illustrerer, kunne det komme bekymringsmeldinger fra venner og familie som ifølge legene kunne være utfordrende å håndtere. I slike tilfeller var det

vanskelig å oppsøke en pasient med et problem som var uttrykt av andre, og at man for å nå frem til pasienten da måtte spille med åpne kort om hvorfor man kalte pasienten inn til time.

Tema 2: Å arbeide med spiseforstyrrelser i allmennpraksis

Selv i en presset klinisk hverdag tok man seg tid til lengre samtaler:

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

I mindre alvorlige tilfeller kunne legen tilby tettere oppfølging selv fremfor å henvise, men selv da ønsket man å fortsette pasientkontakten for å beholde oversikt over behandlingsforløpet, også fordi man gjerne fikk ansvar for somatisk oppfølging:

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

Enkelte av legene hadde gode erfaringer med å bli innkalt til samarbeidsmøter med spesialisthelsetjenesten, og fremholdt nytteverdien av dette fordi ansvaret for videre oppfølging ofte faller på allmennlegene. Dette ansvaret var det flere som hadde et aktivt forhold til:

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

Legene snakket også om trygge rammer og konfidensialitet som kan åpne opp:

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

Tema 3: utfordringer og tiltak

Tidspress ble nevnt som en stor utfordring i etableringen av lange og trygge pasientrelasjoner. Eksempelvis hadde en av legene i gjennomsnitt 20 daglige konsultasjoner og en begrensning på 10–20 minutter per konsultasjon, inkludert papirarbeid.

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

En av legene presiserte at tidspress kunne løses med flere fastlønnede allmennleger med større kapasitet og færre pasienter på listen. Andre nevnte behov for bedre grunnkompetanse om spiseforstyrrelser.

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

Det ble fremholdt at mangel på grunnkompetanse kunne kompenseres med etterutdanning, men at spiseforstyrrelser kanskje ikke var det man prioriterte i et kost-nytte-perspektiv. Derimot var det flere som ønsket et enkelt screeningverktøy:

«Kanskje noen verktøy som ikke nødvendigvis trenger å brukes helt standardisert, men som i hvert fall kan øke bevisstheten rundt pasientgruppen hos oss leger.»

Legene anførte også begrensede muligheter for å henvise til spesialisthelsetjenesten på grunn av lange ventetider og et trangt nåløyne der kun de aller sykeste pasientene blir tatt inn. Én ønsket at spesialisthelsetjenesten kunne utøve sin veiledningsplikt mer aktivt:

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

Flere ønsket bedre kommunale tilbud, der legen kunne samarbeide med ernæringsfysiolog og psykolog samt gruppebaserte tilbud arrangert av frisklivscentralen.

Fortolkning

Fastlegenes erfaringer med pasienter med spiseforstyrrelser viste at den tiden pasientgruppentrenger for å etablere en god relasjon, ikke passer med allmennlegenes pressede arbeidshverdag. De oppsummerte erfaringene peker også på utfordringer med å kunne utvikle en volumkompetanse. Noen studier kan peke i retning av at helsepersonell både nedprioriterer og har negative holdninger til pasientgruppen (27–29), men konsekvensene for klinisk praksis er diskutabile (30). Med forbehold om mulig selveleksjon av leger med positive holdninger til pasientgruppen kan resultatene snarere gi et inntrykk av ønsker om å yte bedre proaktive og forebyggende tjenester, mer samarbeid med og konsultativ virksomhet fra spesialisthelsetjenesten, å kunne sette av ekstra tid til hver konsultasjon og å ivareta pasienten over lang tid. Sistnevnte er vist å ha stor betydning for at pasienter i denne gruppen skal oppfatte allmennlegen som en støttespiller (22, 31, 32). Også andre kvalitative studier har vist at allmennleger trass i utfordringer har og blir oppfattet av pasientene som å ha fokus på «den gode lege» som ideal for et helhetlig pasientperspektiv (22, 33).

Det er fastlegeordningens visjon at pasienter skal følges opp av samme lege, og at en lege som kjenner pasientene sine, kan gjøre en bedre jobb. Det tidspresset som kommer frem i resultatene, kan sees i sammenheng med at mange i debatten rundt fastlegeordningen har tatt til orde for at de administrative oppgavene nå er blitt så mange og store at det bryter med ordningens visjon og hensikt (23–25).

Resultatene støtter opp under behovet for klarere ansvars- og oppgavefordeling mellom tjenestenivåene. Slik fordeling er beskrevet i nasjonale retningslinjer (19), men gjenspeiles dårlig i hvordan allmennleger og annet helsepersonell opplever samarbeidet med spesialisthelsetjenesten (17, 18).

Resultatene kan også støtte opp under en argumentasjon for at medisinstudenter og leger under spesialistutdanning må få mer kompetanse om klinisk utredning og behandling av spiseforstyrrelser utover sporadisk informasjon om somatiske aspekter ved lidelsene.

Studien må fortolkes på bakgrunn av det lave antallet studiedeltagere, der også selvseleksjon kan prege resultatene. Det må også tas forbehold om at erfaringene blant allmennleger i Nord-Norge kan være forskjellige fra erfaringer hos allmennleger i andre faglige, administrative og geografiske kontekster.

Artikkelen er fagfellevurdert.

LITTERATUR

1. Yeo M, Hughes E. Eating disorders - early identification in general practice. *Aust Fam Physician* 2011; 40: 108–11. [PubMed]
2. Rosenvinge JH, Pettersen G. Epidemiology of eating disorders part II: An update with a special reference to the DSM-5. *Adv Eat Disord* 2015; 3: 1–23. [CrossRef]
3. Rosenvinge JH, Pettersen G. Epidemiology of eating disorders part III: Social epidemiology and case definitions revisited. *Adv Eat Disord* 2015; 3: 320–36. [CrossRef]
4. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J et al. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68: 724–31. [PubMed][CrossRef]
5. Miller KK, Grinspoon SK, Ciampa J et al. Medical findings in outpatients with anorexia nervosa. *Arch Intern Med* 2005; 165: 561–6. [PubMed][CrossRef]
6. García-Rubira JC, Hidalgo R, Gómez-Barrado JJ et al. Anorexia nervosa and myocardial infarction. *Int J Cardiol* 1994; 45: 138–40. [PubMed][CrossRef]
7. Rowe E. Early detection of eating disorders in general practice. *Aust Fam Physician* 2017; 46: 833–8. [PubMed]
8. Cadwallader JS, Godart N, Chastang J et al. Detecting eating disorder patients in a general practice setting: a systematic review of heterogeneous data on clinical outcomes and care trajectories. *Eat Weight Disord* 2016; 21: 365–81. [PubMed][CrossRef]
9. Hepworth N, Paxton SJ. Pathways to help-seeking in bulimia nervosa and binge eating problems: a concept mapping approach. *Int J Eat Disord* 2007; 40: 493–504. [PubMed][CrossRef]
10. Mond JM, Hay PJ, Rodgers B et al. Health service utilization for eating disorders: findings from a community-based study. *Int J Eat Disord* 2007; 40: 399–408. [PubMed][CrossRef]
11. Rosenvinge JH, Klusmeier AK. Treatment for eating disorders from a patient satisfaction perspective: A Norwegian replication of a British study. *Eur Eat Disord Rev* 2000; 8: 293–300. [CrossRef]

12. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry* 2016; 29: 340–5. [PubMed][CrossRef]
13. Martinussen M, Friborg O, Schmierer P et al. The comorbidity of personality disorders in eating disorders: a meta-analysis. *Eat Weight Disord* 2017; 22: 201–9. [PubMed][CrossRef]
14. Friborg O, Martinussen M, Kaiser S et al. Personality disorders in eating disorder not otherwise specified and binge eating disorder: a meta-analysis of comorbidity studies. *J Nerv Ment Dis* 2014; 202: 119–25. [PubMed][CrossRef]
15. Bjørnelv S. Spiseforstyrrelser i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2372–5. [PubMed]
16. Ping NK, Wei Ling NC. The effects of practice size on quality of care in primary care settings: A systematic review. *JBI Library Syst Rev* 2012; 10: 1549–633. [PubMed][CrossRef]
17. Rosenvinge JH, Pettersen G. Tjenestetilbudet ved spiseforstyrrelser: En nasjonal kartlegging i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. *Tidsskr Nor Psykol foren* 2006; 43: 1159–68.
18. Rosenvinge JH, Borgen JS. Spiseforstyrrelser–hvordan er behandlingen organisert? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 21–3. [PubMed]
19. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser, 2017. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/> Lest 15.4.2020.
20. Reid M, Williams S, Hammersley R. Managing eating disorder patients in primary care in the UK: a qualitative study. *Eat Disord* 2010; 18: 1–9. [PubMed][CrossRef]
21. Sayag S, Latzer Y. The role of the family physician in eating disorders. *Int J Adolesc Med Health* 2002; 14: 261–7. [PubMed][CrossRef]
22. Halvorsen TF, Haavet OR, Rydså BJ et al. Pasienterfaringer med allmennlegers oppfølging ved alvorlige spiseforstyrrelser. *Tidsskr Nor Legeforen* 2014; 134: 2047–51. [PubMed][CrossRef]
23. FOR-2012-08-29-842. Forskrift om fastlegeordningen i kommunene. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842> Lest 15.4.2020.
24. Rebnord IK, Eikeland OJ, Hunskår S et al. Fastlegers tidsbruk. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2018. https://www.regjeringen.no/contentassets/e65a3259728c4d7a966ae53664c74da6/fastlegers_tidsbruk_180306.pdf Lest 15.4.2020.
25. Nilsen TM. Fastlegeordningen evaluert: Nå haster det med tiltak. *Tidsskr Nor Legeforen* 2019; 139: 1424.

26. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget, 2017.
27. Fleming J, Szmukler GI. Attitudes of medical professionals towards patients with eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 1992; 26: 436–43. [PubMed][CrossRef]
28. Pettersen G, Olstad R, Rosenvinge JH. The prestige of somatic and mental disorders: a survey among health professionals and a representative general population sample. *Open Sociol J* 2009; 2: 23–9. [CrossRef]
29. Seah XY, Tham XC, Kamaruzaman NR et al. Knowledge, attitudes and challenges of healthcare professionals managing people with eating disorders: A literature review. *Arch Psychiatr Nurs* 2017; 31: 125–36. [PubMed][CrossRef]
30. Currin L, Waller G, Schmidt U. Primary care physicians' knowledge of and attitudes toward the eating disorders: do they affect clinical actions? *Int J Eat Disord* 2009; 42: 453–8. [PubMed][CrossRef]
31. Ogg EC, Millar HR, Pusztai EE et al. General practice consultation patterns preceding diagnosis of eating disorders. *Int J Eat Disord* 1997; 22: 89–93. [PubMed][CrossRef]
32. Reid M, Williams S, Burr J. Perspectives on eating disorders and service provision: A qualitative study of healthcare professionals. *Eur Eat Disord Rev* 2010; 18: 390–8. [PubMed][CrossRef]
33. Davidson AR, Braham S, Dasey L et al. Physicians' perspectives on the treatment of patients with eating disorders in the acute setting. *J Eat Disord* 2019; 7: 1. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 15. juni 2020. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0676

Mottatt 5.11.2019, første revisjon innsendt 3.4.2020, godkjent 15.4.2020.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.