
Type 2-diabetes i fastlegepraksis – en fokusgruppestudie

ORIGINALARTIKKEL

LISA HARE

lisahare.1986@gmail.com

Det medisinske fakultet

Universitetet i Bergen

og

Norsk kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser (Noklus)

Haraldsplass Diakonale Sykehus

Hun har bidratt med idé, design, datainnsamling og -analyse, litteratursøk, tolkning av data samt revisjon og godkjenning av innsendte manusversjon.

Lisa Hare er lege i spesialisering del 1.

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

ANETTE HETLEVIK

Det medisinske fakultet

Universitetet i Bergen

Hun har bidratt til datainnsamling og -analyse, tolkning av data samt revisjon og godkjenning av innsendte manusversjon.

Anette Hetlevik er lege i spesialisering del 1.

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

ROCHINI YOGARAJAN

Det medisinske fakultet

Universitetet i Bergen

Hun har bidratt til datainnsamling og -analyse, tolkning av data samt revisjon og godkjenning av innsendte manusversjon.

Rochini Yogarajan er lege i spesialisering del 1.

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

REIDUN LISBET SKEIDE KJOME

Institutt for global helse og samfunnsmedisin/Senter for farmasi

Universitetet i Bergen

Hun har bidratt med idé, design, datainnsamling, litteratursøk, tolkning av data samt revisjon og godkjenning av innsendte manusversjon.

Reidun Lisbet Skeide Kjome er cand.pharm., ph.d., førsteamanuensis i samfunnsfarmasi og leder ved Senter for farmasi.

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

UNA ØRVIM SØLVIK

Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Universitetet i Bergen

Hun har bidratt med idé, design, datainnsamling og -analyse, litteratursøk, tolkning av data samt revisjon og godkjenning av innsendte manusversjon.

Una Ørvim Sølvik er førsteamanuensis.

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

BAKGRUNN

Nasjonal diabetesplan 2017–21 har iverksatt tiltak for å bedre diagnostisering og oppfølging av personer med type 2-diabetes i primærhelsetjenesten. Formålet med denne studien var å undersøke norske fastlegers erfaringer og tanker rundt diagnostisering og oppfølging av pasientgruppen.

MATERIALE OG METODE

I denne kvalitative studien ble det gjennomført tre fokusgruppeintervjuer med totalt 17 fastleger. Intervjuene ble tatt opp på bånd, transkribert og analysert med systematisk tekstkondensering.

RESULTATER

Fastlegene fortalte om en travel arbeidshverdag der målrettet identifikasjon av pasienter i risikozonen for sykdommen sjelden ble prioritert. De beskrev en pasientsentrert diabetesomsorg, hvor motivering til livsstilsendring ble ansett som en nødvendig, men krevende arbeidsoppgave. Legene problematiserte balansegangen mellom å følge generelle kliniske retningslinjer og det å individtilpasse oppfølging til den enkelte pasient. Samtidig uttrykte deltakerne at de var mindre faglig oppdatert enn de ønsket, grunnet tidspress.

FORTOLKNING

Fastlegene i studien beskrev en pasientsentrert diabetesomsorg som drives av klinisk erfaring. Retningslinjer har en veiledende, men ikke førende funksjon. En slik tilpasning muliggjør individualisert og tilpasset behandling, men kan også være en medvirkende årsak til mangelfull oppfølging i henhold til nasjonale retningslinjer.

Hovedfunn

Retningslinjer ble vurdert som veiledende, men ikke førende for diagnostisering, oppfølging og behandling av pasienter med type 2-diabetes.

Å motivere til livsstilsendring ble opplevd som en nødvendig, men krevende del av arbeidsoppgavene til fastlegene.

Fastlegene hadde fokus på at pasientene er enkeltindivider og ville tilpasse diabetesomsorgen til den enkelte for å gi optimal behandling.

Omkring 216 000 personer i Norge er diagnostisert med type 2-diabetes (1, 2). I 2016 anslo Folkehelseinstituttet at type 2-diabetes var på niende plass som årsak til ikke-dødelig helsetap i Norge (2), og i 2019 ble det utført 556 amputasjoner som følge av diabeteskomplikasjoner (3). Nasjonale faglige retningslinjer for diabetes fra 2016 vektlegger forebygging av type 2-diabetes hos grupper med høy risiko for å utvikle sykdommen eller få senkomplikasjoner (4).

I ROSA 4-studien fra 2014 undersøkte man kvaliteten på allmennlegers oppfølging av pasienter med type 2-diabetes og avdekket store avvik mellom anbefalingene fra Helsedirektoratet og fastlegenes utførelse av screeningprosedyrer (5). Nasjonal diabetesplan 2017–21 har iverksatt flere tiltak for å bedre oppfølging og behandling av diabetespasienter i primærhelsetjenesten (6). Ett av målene er å øke kvaliteten på fastlegenes diagnostisering og oppfølging av personer med diabetes (6).

God diabetesomsorg krever, i tillegg til oppfølging av kliniske og biokjemiske verdier, kartlegging og oppfølging av pasientens utfordringer og mestringsområder. Med økt satsing på forebygging og behandling av diabetes i primærhelsetjenesten er det aktuelt å undersøke nærmere hvilke erfaringer og opplevelser fastleger har med pasientgruppen.

Tidligere studier viser at det blant leger i primærhelsetjenesten er store variasjoner i holdningen til forebygging av diabetes (7). Aktiv forebygging og risikovurdering er både en innarbeidet del av rutinen, men blir også begrenset av manglende tro på egen rådgivningsevne, manglende kunnskap og høy arbeidsbelastning (7). Videre virker det å være en skepsis rundt diabetesretningslinjer som er basert på forskning på gruppenivå, og som dermed ikke ivaretar den enkeltes kompleksitet med tanke på komorbiditet, bivirkninger og velbefinnende (8, 9). Dette står i motsetning til funn i en studie fra Oman, der legene ikke tilpasser diabetesbehandlingen ut ifra informasjon fra pasienten og mener at dårlig behandlingsrespons skyldes manglende pasientetterlevelse (10).

Ettersom vi ikke har avdekket tilsvarende forskning i Norge, var målet å utforske norske fastlegers erfaringer og tanker rundt diagnostisering og oppfølging av pasienter med type 2-diabetes og hvilke aspekter av diabetesomsorgen de fokuserer på.

Materiale og metode

Denne kvalitative studien består av tre fokusgruppeintervjuer med praktiserende fastleger i Norge, ett utført i april 2017 og to i november 2018, og er del av to obligatoriske hovedoppgaver på medisinstudiet ved Universitetet i Bergen. Fokusgruppeintervju er en velegnet metode for å få frem synspunkter og erfaringer blant helsepersonell (11). Rapportering ble gjort i henhold til CASP (Critical Appraisal Skills Programme)-sjekklisten for rapportering av kvalitative studier (12).

Deltakerne ble rekruttert ved at to av forfatterne (UØS og RLK) sendte invitasjon til ulike allmennpraktiserende leger i sine nettverk. Utvalget kan dermed anses som et bekvemmelighetsutvalg. Deltakerne bestod av en etterutdanningsgruppe innen allmennmedisin og en veiledningsgruppe for fastleger i allmennspesialisering. Kontaktpersonene forespurte de andre deltakerne i gruppene om de ønsket å delta. Etterutdanningsgruppen bestod av fire deltakere, og intervjuet ble holdt på et allmennlegekontor i april 2017. Veiledningsgruppen bestod av 13 deltakere, hvorav to fungerte som veiledere. Denne gruppen ble delt i to fokusgrupper med sikte på noenlunde jevn kjønnsfordeling, med én veileder i hver gruppe. Fokusintervjuene ble avholdt i to rom hjemme hos en av veilederne i november 2018, og bestod av henholdsvis fem og åtte deltakere. Deltakerne holdt til i to fylker i Norge, hvorav seks deltakere var tilknyttet fastlegepraksiser i en større by og de resterende representerte distriktsområder. Tre (18 %) var under 30 år, syv (41 %) var 30–45 år, seks (35 %) var 46–60 år og én (6 %) var over 60 år. Av deltakerne var åtte menn og ni kvinner. Median antall år som praktiserende lege var seks år (spredning 1–31 år). Fem av deltakerne var allmennspesialister, 11 under spesialistutdanning innen allmennmedisin og én var turnuslege.

Fire av forfatterne (LH, UØS og RLSK) samt bidragsyter (ATF) utformet en semistrukturert intervjuguide. En tidligere fastlege leste gjennom og vurderte spørsmålenes overflatevaliditet (face validity), med noen påfølgende endringer. Intervjuguiden bestod av åpne spørsmål rundt to hovedtemaer: a) identifisering og oppfølging av pasienter i risikozonen og b) diagnoseprosessen og oppfølging av pasienter med etablert type 2-diabetes (se appendiks). Moderator stilte oppfølgingsspørsmål rundt temaer som skapte engasjement blant deltakerne, eller dersom det var behov for å styre intervjuet tilbake til temaet. Temaene som særlig engasjerte deltakerne, er omtalt i resultatdelen.

Oppmøte ble ansett som samtykke til deltakelse. Hensikten ble presentert muntlig, og deltakerne fikk beskjed om at intervjuet ble tatt opp på bånd som ville bli slettet etter transkribering. I første intervju delte LH og ATF på å være moderator, mens RLSK fungerte som sekretær. I andre og tredje intervju var RY og AH moderatorer, med henholdsvis RLSK og UØS som sekretær. Hvert fokusgruppeintervju hadde en varighet på ca. 90 minutter. Transkripsjon av lydopptakene fra første intervju ble gjort av LH og ATH. For andre og tredje intervju brukte RY og AH HyperTranscribe (ResearchWare, Massachusetts, USA) til transkriberingen.

Malteruds metode for systematisk tekstkondensering ble brukt som analysemetode (11). Først leste LH, RY, AH og UØS transkriptene hver for seg og identifiserte foreløpige temaer før de møttes og kom fram til en konsensus. Deretter ble meningsbærende enheter identifisert og kodet. I neste steg skrev RY og AH et kondensat fra innholdet fra hver kodegruppe og subgruppe, og hver subgruppe ble illustrert med et sitat. LH og UØS leste disse og kom med tilbakemeldinger. Til slutt omskrev RY og AH kondensatet til en analytisk tekst som representerte hovedinnholdet

i kondensatet. LH, UØS og RLSK leste denne og kom med tilbakemeldinger. Kontaktpersonen for hver av gruppene fikk tilsendt et utkast av resultatet fra de ulike fokusgruppeintervjuene med mulighet for tilbakemelding.

Prosjektet ble ikke ansett som meldepliktig til Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Norsk senter for forskningsdata har godkjent prosjektet, da det var omfattet av personopplysningsloven § 31 (58924 og 59357).

Resultater

Særlig engasjerende temaer var bruk av retningslinjer og utfordringer knyttet til motivasjon til livsstilsendring. Analysen identifiserte tre hovedtemaer: *Fra mistanke til etablert diagnose*, *Retningslinjer er veiledende* og *Voksenopplæring er fryktelig vanskelig*. Disse temaene er utdypet under.

Fra mistanke til etablert diagnose

Type 2-diabetes ble beskrevet av flere av fastlegene som en av mange sykdommer med subklinisk presentasjon som må vurderes. Mange av legene var mer fokusert på helsebringende opplysninger om kosthold og fysisk aktivitet fremfor en systematisk identifisering av risikopasienter.

«Men vi har jo masse andre sykdommer vi også skal ha i bakhodet som er vanskelig å diagnostisere, som stoffskiftesykdommer og ofte hjertesykdommer, som vi også er på jakt etter, ikke sant. Så det er ikke bare diabetes vi leter etter i hverdagen, det er bare én av flere.» (allmennspesialist, by)

Blant de erfarne fastlegene var det konsensus om at pasientene hadde økt bevissthet rundt sykdommen og at flere enn tidligere ønsket en generell vurdering av egen helsetilstand, med måling av HbA1c som en naturlig del av pakken.

Mange av fastlegene uttrykte at de kunne bli overrasket over hvilke pasienter som hadde en forhøyet verdi, da dette inkluderte en del pasienter som ikke «så ut som» typiske type 2-diabetespasienter. De fleste legene tok vanligvis selv initiativ til å måle HbA1c hos overvektige pasienter.

«Hvorfor [målte] du langtidsblodsukker på han da egentlig, som var frisk?» (allmennspesialist, by)

«Han er litt lubben.» (allmennspesialist, by)

Mange av legene kjente til FINDRISC (Finnish Diabetes Risk Score), men skjemaet ble ikke brukt som et diagnostisk verktøy under konsultasjonstimen, da det inneholdt spørsmål som en naturlig spurte om i en konsultasjon. Den kliniske helhetsvurderingen var viktigere enn strategisk identifisering av risikopasienter. En av legene mente at skjemaet burde integreres i journal- og takstsystemene for å få legene til å benytte det. Ved diagnosetidspunkt, og for pasienter med HbA1c i prediabetesområdet, beskrev en del av fastlegene at deres oppgave var å gi tilstrekkelig informasjon om sykdommen og veilede til livsstilsendring. Fokuset lå da på å gi generelle livsstilsråd og å kartlegge pasientens mestringsområder. Flere av legene påpekte viktigheten av å fordele informasjonen over flere konsultasjoner, da de hadde erfart at pasienter ofte ikke får med seg mer enn tre ting etter en konsultasjon.

«Okay, nå har du fått diagnosen, vi skal ikke gjøre noe akutt. Vi har tid på oss. Da skal vi bruke den tiden. Og de får informasjon, og de får den mange ganger.»

(allmennspesialist, by)

I tillegg fungerte intensivering av konsultasjoner som et verktøy for å holde motivasjon og livsstilsendring ved like. En av fastlegene dro en parallell til tannlegebesøk:

«Bare gå på deg selv, når hadde du sist time hos tannlegen, sant? Da er du hakket flinkere med tanntråd, sant. [...] Så egentlig, den hyppigheten som vi ser på, er veldig mye viktigere enn et stort kurs.» (allmennspesialist, by)

I tilfeller der det ble vurdert at det ville kreve mer enn enkle grep for å oppnå livsstilsendring, ble pasientene henvist til diabeteskurs. Lang reisevei og kurstilgjengelighet ble av flere av fastlegene i distriktet påpekt som mulig hinder for henvisning til og deltakelse på kurs.

Retningslinjer er veiledende

Deltakerne var enige om hvor viktig det er å finne balansen mellom å følge retningslinjer og å bruke egen klinisk erfaring i diabetesomsorgen. Eksempelvis brukte en fastlege insulin og C-peptid fremfor HbA1c for å fange opp pasienter med prediabetes. Dette fikk ikke støtte blant de andre deltakerne. De mest engasjerte legene uttrykte at det å følge retningslinjer blindt kunne true autonomien deres og føre til at de ble «robotdoktorer». Flere deltakere presiserte at det er fastlegen som har best oversikt over pasientens helse- og livssituasjon, og at det kreves erfaring og klinisk skjønn for å gi optimal behandling av den enkelte.

«Og jeg må jo si det at allmennpraksis er det muliges kunst, (...). Det er uten at det skal være hvileputen vår, sant. Vi skal jo styre oss etter måloppnåelse etc., etc., men litt sånn som ble sagt her at retningslinjene er veiledende, de er ikke pliktløp.»

(allmennspesialist, by)

Mange av deltakerne presiserte viktigheten av å holde seg faglig oppdatert, men flere beskrev det som utfordrende at det er mange og stadig nye retningslinjer og medikamenter å forholde seg til i en travel arbeidshverdag.

«Det er jobben vår å holde oss oppdatert, det er det. Men det å klare det, sånn i hvert fall hvis det er veldig travelt på kontoret, det er ikke helt enkelt, nei.»

(allmennspesialist, by)

De fleste fastlegene kjente til Noklus' diabetesskjema, men det var delte meninger om bruken. Enkelte var kritiske til skjemaet, da det ble vurdert som merarbeid etter allerede innarbeidede rutiner. Hos legene som benyttet det aktivt, ble påminnelsen om årskontroll trukket frem som spesielt nyttig. Denne bidro til en mer strukturert oppfølging av pasienter.

«Det har jeg fått innført på kontoret som jeg jobber nå, ja, det gjør det kjempemye lettere. For jeg gjorde de samme kontrollene da uten skjema, men med skjema så er det så masse som på en måte blir fylt ut for deg.» (under spesialistutdanning, distrikt)

Voksenopplæring er fryktelig vanskelig

En av fastlegene uttalte at «voksenopplæring er fryktelig vanskelig» og at motivasjon er det eneste som kan føre til endring av livsstil. Å motivere til livsstilsendring ble ansett som «en ferskvare» og at det var en nødvendig, men vanskelig oppgave å finne

ut hva som motiverte den enkelte. Det ble påpekt at dette måtte utforskes sammen med pasienten, og at det kunne være tidkrevende. Noen pasienter anså sykdommen som såpass vanlig og ufarlig at de ikke så noe behov for å gjøre store livsstilsendringer.

«[...] 'Å ja, du har bare fått diabetes', hører du folk si. Og jeg tenker, nei, det er ikke bare, bare.» (under spesialistutdanning, distrikt)

Legene fortalte om ulike strategier for å øke pasientenes motivasjon. Eksempelvis skrev en av legene ut gradert sykmelding et par måneder hvert år til en diabetespasient med en stillesittende jobb. Pasienten brukte denne tiden på å være fysisk aktiv og klarte med dette å holde tilfredsstillende HbA1c-verdi. Mange ble motivert nettopp av tall:

«HbA1c er det noen av mine pasienter som blir tydelig motiverte av, når de ser at det går ned og nærmer seg å bli normalt.» (allmennspesialist, by)

For pasienter som tidligere hadde vært lite motiverte, beskrev flere av legene situasjoner som kunne virke som katalysator for endring, eksempelvis fare for å ikke få godkjent helseattest. Selv blant de pasientene der fastlegene anså at det forelå et godt tillitsforhold og samarbeid, var det ikke alle som klarte å endre livsstil.

«Det er klart at jo bedre jobb legen gjør, så øker kanskje sjansen for at det skal gå bra med pasienten, men det er nok mye vi ikke klarer å påvirke uansett hvor god jobb vi gjør.» (allmennspesialist, by)

I situasjoner der fastlegene opplevde at pasienten ikke tok sykdommen på alvor, beskrev noen fastleger at de benyttet seg av skremselstaktikk.

«Jeg hadde en pasient [...] og han sa liksom diabetes er jo så vanlig og det er ikke så viktig liksom, så jeg tok han inn til flere samtaler og det gikk ikke gjennom da, og til slutt viste jeg han et bilde av en sånn diabetesfot, da ... Da gikk det bedre.» (under utdanning, by)

De mest erfarne fastlegene fortalte at de gjerne la grunnlaget for egen mestring, men hva pasientene faktisk valgte å gjøre, var opp til den enkelte:

«Folk har ansvar for eget liv, punktum.» (allmennspesialist, by)

Diskusjon

Fastlegene i denne studien poengterer at diabetes er en av mange sykdommer de skal være bevisst på, og at de derfor ikke nødvendigvis leter aktivt etter sykdommen. I møte med pasienter med type 2-diabetes beskriver fastlegene at de tar en aktiv rolle som støttespiller for livsstilsendring. Egen kompetanse og klinisk erfaring tillegges stor verdi, samtidig som tiden oppleves som for knapp til å holde seg så faglig oppdatert som ønsket.

Det foreligger klare føringer for hvordan og hvem som bør testes og risikovurderes for type 2-diabetes (4). Likevel rapporterte fastlegene i vår studie og i tidligere studier (7, 13, 14) at en aktiv tilnærming til risikovurdering ofte blir nedprioritert grunnet tidspress. At flere pasienter nå enn tidligere ønsker en generell helsesjekk som inkluderer HbA1c, kan bidra til å skape et inntrykk av at flere enn tidligere blir utredet for sykdommen. Det er likevel verdt å merke seg at bruken av generell helsesjekk har en sosial gradient (15) som er omvendt proporsjonal med forekomsten av type 2-diabetes (16), noe som kan føre til at noen grupper underdiagnostiseres.

I en metastudie der diabetesforekomsten i enkelte innvandrergupper ble sammenliknet med forekomsten blant etniske nordmenn, fant man at pakistanske innvandrerkvinner i Norge hadde en diabetesprevalens på 26 %, mot 3 % hos etnisk norske kvinner (17). Det kan derfor være viktig at fastleger sørger for en mer aktiv rolle i identifisering av type 2-diabetes i særlig utsatte grupper. Bruk av diabetesrisikotest kunne lettet dette arbeidet, spesielt dersom det var integrert i journalsystemet, slik det ble foreslått av deltakerne i denne studien. Det er verdt å merke seg at for personer med etnisk afrikansk eller asiatisk bakgrunn anbefales ikke bruk av FINDRISC, men direkte måling av HbA1c (4).

Ved nyoppdaget type 2-diabetes sier retningslinjene at fastlegen skal tilby henvisning til startkurs (4). I vår studie mente fastlegene at de fleste pasientene kunne få dekket det samme tilbudet på fastlegekontoret som ved et kurs. Dette er i tråd med funn fra en tidligere studie, der kun 4 % av fastlegene svarte at de foretrakk diabeteskurs som informasjonskanal for pasientene (18). Samme studie viste imidlertid at 24,5 % av pasientene ønsket deltakelse på kurs (18). Manglende informasjon om diabetes fra fastlegen ved diagnosestart (18–20) er en av grunnene til pasienters ønske om deltakelse på kurs (20). At legene i vår studie hovedsakelig henviste pasienter som de mente trengte mer oppfølging enn de kunne gi selv, støtter fastlegens funksjon som portvokter for samfunnets ressurser. Imidlertid kan dette være problematisk når leger samtidig forteller at de ikke har nok tid til faglig oppdatering.

Studien vår avdekket en skepsis mot retningslinjer blant fastlegene, noe man også finner i tilsvarende studier (8, 21, 22). Til dels skyldes denne skepsisen at retningslinjer retter seg mot grupper, mens fastleger behandler enkeltindivider (21, 22). Fastleger i en fokusgruppestudie i Nederland beskrev utfordringer knyttet til bruk av retningslinjer i behandlingen av multimorbide pasienter (23), noe personer med type 2-diabetes ofte kan være. I likhet med vår studie beskrev de nederlandske legene behovet for klinisk erfaring for å gi optimal pasientsentrert behandling.

Fastlegene i studien beskrev at de hadde en viktig rolle som motivator. Selv om utfordringer i denne rollen ble trukket frem, ble det ikke i like stor grad som i studier fra andre land beskrevet en opplevelse av hjelpeløshet ved behandlingssvikt som gjør at man gir opp pasienten (9, 24). Et interessant funn som illustrerer både dette og fastlegens autonomi, er eksempelet med legen som brukte gradert sykmelding en gang i året for å øke en pasients fysiske aktivitet og normalisere HbA1c-verdien. En slik bruk vil være kontroversiell, da pasienten ikke hadde funksjonsnedsettelse, men fastlegen vurderte dette til å ha en preventiv verdi for videre helse og arbeidsevne hos denne ene pasienten. Også bruk av insulin og C-peptid for å fange opp prediabetes er kontroversielt, og kan være et eksempel på at fastlegenes autonomi er trukket for langt.

ROSA 4-studien viser at norske fastleger har et forbedringspotensial innen diabetesomsorgen, spesielt innen screening av mikrovaskulære komplikasjoner, hvor blant annet monofilamenttest har en dekningsgrad på kun 26 % (5). Ved å benytte seg av Noklus' diabeteskjema får fastlegen en tilbakemelding på sine resultater sammenliknet med landsbasis. Det ser ut til at bruk av dette diabeteskjemaet fører til at mikrovaskulære screeningprosedyrer blir gjennomført i større grad, med blant annet en oddsratio på 4,51 for utført monofilamenttest (25). Dette viser kanskje at selv om voksenopplæring er vanskelig, kan tall og tilbakemelding motivere både legene og pasientene til en bedre diabetesomsorg.

Styrker og svakheter

Styrken ved fokusgruppeintervju er at det skapes en gruppedynamikk hvor utveksling av erfaring og tanker kan åpne for nye innspill og refleksjoner (11). Samtidig er det alltid fare for at gruppedynamikken vil skape en situasjon hvor deltakere tilpasser seg gruppen eller til det de tror forventes av dem. Intervjuene ble foretatt i etablerte grupper som har til formål å utveksle erfaringer. Vi opplevde derfor at det forelå en tillit mellom deltakerne som åpnet for ærlige utvekslinger, men det er også fare for gruppetenkning/konformitet. De mer erfarne fastlegene var de mest fremtredende under intervjuene.

Ingen av forfatterne hadde jobbet som fastlege ved analysetidspunktet, noe som gir oss et «utenfra og inn»-blikk på fastlegenes arbeidshverdag. Dette kan være både en fordel og en ulempe.

Hensikten med denne kvalitative studien var å få ett innblikk i fastlegers erfaring med og tanker rundt denne pasientgruppen. At vi gjenfinner liknende funn i internasjonale studier, understøtter en grad av overførbarhet.

Da det foreligger lite nasjonal kunnskap på dette temaet, var målet å få et innblikk heller enn en dybdeanalyse av temaene. Det er en svakhet at studien ikke går dypere inn på noen temaer som belyses. Moderatorenes manglende erfaring med metoden kan gjøre at det i intervjuene i mindre grad ble fanget opp motsetninger i gruppen og temaer som burde vært nærmere utdypet, enn det erfarne intervjuere hadde klart. Samtidig viser det til styrken ved studien: Den har satt i gang betraktninger rundt diabetesomsorgen i norsk fastlegepraksis, og vist at dette er et område som fordrer til nærmere studier og analyse.

Konklusjon

Fastlegene i denne studien beskriver en pasientsentrert diabetesomsorg som drives av klinisk erfaring. Retningslinjer har en veiledende, men ikke førende funksjon. En slik tilpasning muliggjør individualisert behandling, men kan også være en medvirkende årsak til mangelfull oppfølging i henhold til nasjonale retningslinjer.

Takk til fastlegene som deltok i fokusgruppeintervjuene og Alexander Torkildsen Fosshaug (ATF) for bidrag i design og datainnsamling.

Artikkelen er fagfellevurdert.

LITTERATUR

1. Diabetes i Norge. Folkehelse rapporten. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2014. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/diabetes/> Lest 30.4.2020.
2. Øverland SKA, Vollset SE, Kinge JM et al. Sykdomsbyrde i Norge 2016. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors Study 2016. Bergen/Oslo: Folkehelseinstituttet, 2018. <https://www.fhi.no/publ/2018/sykdomsbyrden-i-norge-i-2016/> Lest 30.4.2020.
3. Helsedirektoratet. Diabetes-amputasjoner blant pasienter med diabetes. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/diabetes/amputasjoner>

-blant-pasienter-med-diabetes Lest 4.10.2020.

4. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for diabetes.
<https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Diabetes.pdf> Lest 5.2.2020.
5. Bakke Å, Cooper JG, Thue G et al. Type 2 diabetes in general practice in Norway 2005-2014: moderate improvements in risk factor control but still major gaps in complication screening. *BMJ Open Diabetes Res Care* 2017; 5: e000459. [PubMed][CrossRef]
6. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal diabetesplan 2017–2021.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-diabetesplan-2017-2021/id2582010/> Lest 30.4.2020.
7. Messina J, Campbell S, Morris R et al. A narrative systematic review of factors affecting diabetes prevention in primary care settings. *PLoS One* 2017; 12: e0177699. [PubMed][CrossRef]
8. Fhärm E, Rolandsson O, Johansson EE. 'Aiming for the stars'—GPs' dilemmas in the prevention of cardiovascular disease in type 2 diabetes patients: focus group interviews. *Fam Pract* 2009; 26: 109–14. [PubMed][CrossRef]
9. Wens J, Vermeire E, Royen PV et al. GPs' perspectives of type 2 diabetes patients' adherence to treatment: A qualitative analysis of barriers and solutions. *BMC Fam Pract* 2005; 6: 20. [PubMed][CrossRef]
10. Noor Abdulhadi NM, Al-Shafae MA, Wahlström R et al. Doctors' and nurses' views on patient care for type 2 diabetes: an interview study in primary health care in Oman. *Prim Health Care Res Dev* 2013; 14: 258–69. [PubMed][CrossRef]
11. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget, 2018.
12. Critical Appraisal Skills Programme. CASP Checklist Qualitative Research UK.
<https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/01/CASP-Qualitative-Checklist-2018.pdf> Lest 4.5.2020.
13. Wylie G, Hungin AP, Neely J. Impaired glucose tolerance: qualitative and quantitative study of general practitioners' knowledge and perceptions. *BMJ* 2002; 324: 1190. [PubMed][CrossRef]
14. Williams R, Rapport F, Elwyn G et al. The prevention of type 2 diabetes: general practitioner and practice nurse opinions. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 531–5. [PubMed]
15. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Grønhøj Larsen C et al. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012; 345 (nov20 3): e7191. [PubMed][CrossRef]
16. Agardh E, Allebeck P, Hallqvist J et al. Type 2 diabetes incidence and socio-economic position: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol* 2011; 40: 804–18. [PubMed][CrossRef]

17. Jenum AK, Diep LM, Holmboe-Ottesen G et al. Diabetes susceptibility in ethnic minority groups from Turkey, Vietnam, Sri Lanka and Pakistan compared with Norwegians - the association with adiposity is strongest for ethnic minority women. *BMC Public Health* 2012; 12: 150. [PubMed][CrossRef]
18. Beeney LJ, Bakry AA, Dunn SM. Patient psychological and information needs when the diagnosis is diabetes. *Patient Educ Couns* 1996; 29: 109–16. [PubMed][CrossRef]
19. Peel E, Parry O, Douglas M et al. Diagnosis of type 2 diabetes: a qualitative analysis of patients' emotional reactions and views about information provision. *Patient Educ Couns* 2004; 53: 269–75. [PubMed][CrossRef]
20. Rygg LØ, Rise MB, Lomundal B et al. Reasons for participation in group-based type 2 diabetes self-management education. A qualitative study. *Scand J Public Health* 2010; 38: 788–93. [PubMed][CrossRef]
21. Carlsen B, Glenton C, Pope C. Thou shalt versus thou shalt not: a meta-synthesis of GPs' attitudes to clinical practice guidelines. *Br J Gen Pract* 2007; 57: 971–8. [PubMed][CrossRef]
22. Brown JB, Harris SB, Webster-Bogaert S et al. The role of patient, physician and systemic factors in the management of type 2 diabetes mellitus. *Fam Pract* 2002; 19: 344–9. [PubMed][CrossRef]
23. Luijckx H, Lucassen P, van Weel C et al. How GPs value guidelines applied to patients with multimorbidity: a qualitative study. *BMJ Open* 2015; 5: e007905. [PubMed][CrossRef]
24. Wollny A, Pentzek M, Herber OR et al. General practitioners' attitudes towards patients with poorly controlled type 2 diabetes: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2018; 19: 49. [PubMed][CrossRef]
25. Bakke Å, Tran AT, Dalen I et al. Population, general practitioner and practice characteristics are associated with screening procedures for microvascular complications in Type 2 diabetes care in Norway. *Diabet Med* 2019; 36: 1431–43. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 7. april 2021. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0623

Mottatt 5.8.2020, første revisjon innsendt 29.11.2020, godkjent 9.2.2021.

Publisert under åpen tilgang CC BY-ND. Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. juli 2026.