
Personar med overvekt sine erfaringar i møte med fastlegen – ein kvalitativ studie

ORIGINALARTIKKEL

LILL ANETTE JUVIK

lajuvik@online.no

Helse Førde

Høgskulen på Vestlandet

Forfattarbidrag: idé, utforming og design, datasamling, litteratursøk, analyse og tolking samt utarbeiding og godkjenning av manuset.

Lill Anette Juvik er sjukepleiar og ph.d.-stipendiat.

Forfattaren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikhtar.

KARI ELDAL

Institutt for helse- og omsorgsvitskap

Høgskulen på Vestlandet

Forfattarbidrag: utforming, design og innspel til utviklinga av manuset.

Kari Eldal er ph.d., sjukepleiar og forskar.

Forfattaren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikhtar.

ANNE MARIE SANDVOLL

Institutt for helse- og omsorgsvitskap

Høgskulen på Vestlandet

Forfattarbidrag: utforming og design, analyse og tolking samt utarbeiding og godkjenning av manuset.

Anne Marie Sandvoll er sjukepleiar og professor.

Forfattaren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikhtar.

BAKGRUNN

Overvekt og fedme aukar i den norske befolkninga. Fastlegar kan spele ei viktig rolle for å førebygge vektauke og auka helserisiko hjå personar med overvekt. Føremålet med studien var å få meir innsikt og djupare forståing av erfaringane personar med overvekt har i møte med fastlegen.

MATERIALE OG METODE

Åtte individuelle intervju med personar med overvekt i alderen 20–48 år vart analysert med systematisk tekstkondensering.

RESULTAT

Eit sentralt funn var at informantane opplevde at fastlegen ikkje tok opp overvekt som tema. Informantane ynskte at fastlegen skulle ta initiativ til samtale om vekt, og såg fastlegen som ein viktig aktør i samband med utfordringar med overvekt. Fastlegen kunne fungere som ein «vekkjar» for å gjere ein merksam på helserisiko og uheldige livsval. Vidare vart fastlegen trekt fram som ein viktig støttespelar i ein endringsprosess.

FORTOLKING

Informantane ynskte at fastlegen skulle ta ei meir aktiv rolle og snakke om helseutfordringar ved overvekt.

Hovudfunn

Informantane opplevde at overvekt ikkje vart tematisert av fastlegen.

Fleire ynskte at fastlegen skulle invitere til samtale om overvekt, også ved konsultasjonar for andre årsaker.

Fastlegen vart beskrive som ein viktig aktør i individuelt førebyggjande helsearbeid knytt til overvektsproblematikk.

Fleire informantar meinte at fastlegar kan gjere pasientar merksame på uheldig åtferd og livsstil og gje støtte i ein endringsprosess.

Overvekt og fedme aukar sterkt i den norske befolkninga [\(1\)](#). Det er difor behov for ein samla og forsterka innsats for førebygging i samfunnet [\(1–3\)](#). I samhandlingsreforma er det eit mål at fastlegar skal bli meir aktive i førebygging av livsstilssjukdommar [\(2\)](#).

Større innsats for å førebygge vektauke og auka helserisiko hjå personar med overvekt kan ha stor tyding for den enkelte, i tillegg kan det gje store samfunnsvinstar [\(1, 4\)](#). For mange vil det vere avgjerande å få støtte og hjelp frå fastlegen på eit tidleg stadium for å unngå ei negativ vektutvikling [\(5, 6\)](#).

I tidlegare forskning har *overvekt* i hovudsak vore brukt som samleomgrep for overvekt og fedme. Tilstandane skil seg frå kvarandre med omsyn til prognose og behandling [\(1\)](#). Overvekt er ikkje forbunde med same grad av helserisiko, men kan for nokon vere eit forstadium til fedme med betydeleg auka helserisiko [\(1\)](#). Studiar frå Storbritannia og USA viser at eit fåtal legar snakkar med pasientane om overvekt og fedme [\(7, 8\)](#), sjølv om pasientar har eit ynskje og ei forventning om at dette skal bli snakka om [\(5, 9–11\)](#). Legane kan kvi seg for å diskutere overvekta i frykt for å støyte [\(12\)](#), og det kan gjere at temaet fyrst vert teke opp når det har oppstått medisinske komplikasjonar [\(12, 13\)](#).

Vi har lite empirisk kunnskapsgrunnlag om korleis fastlegen tidleg kan ta opp tema for å førebygge vektauke og helserisiko hjå personar med overvekt (1). Det første steget for at fastlegen betre skal kunne drive individuelt førebyggjande helsearbeid for personar med overvekt, er å få meir kunnskap om korleis pasientane erfarer det. Vi gjennomførte difor ein studie der hensikta var å utforske og beskrive korleis personar med overvekt opplever å bli møtt hjå fastlegen.

Materiale og metode

Vi intervjuar åtte personar i aldersgruppa 20–48 år, fem kvinner og tre menn, i perioden februar–juni 2021. Rekrutteringa føregjekk gjennom oppslag (sjå appendiks) ved utdanningsinstitusjonar, treningssenter, private aktørar knytt til endring av livsstil, legekontor og vidare gjennom snøballteknikk der ein bruker nettverk til informantar som har sagt ja, noko som vart gjort for å sikre unge deltakarar til studien (14).

Ved intervjutidspunktet hadde alle ein kroppsmasseindeks (BMI) klassifisert som overvekt etter Verdhelseorganisasjonen sin skala (25–30 kg/m²), seks i øvre del og to i nedre del av skalaen. Informantane hadde utvikla overvekt i forholdsvis ung alder, frå midten av tenåra og som unge vaksne. Tre av informantane hadde utvikla fedme som unge vaksne og hadde hatt vektreduksjon dei siste 5–7 åra, med stabil vekt etterpå. Ulike landsdelar, by og land var representert. Årsakene til å kontakte fastlegen var ulike fysiske og psykiske plager, som rygg- og leddsmerter, søvnvanskar, energimangel og andre spesifikke utfordringar. Nokon hadde vektproblem som spesifikk kontaktårsak.

Intervjuguiden hadde overordna tema og forslag til oppfølgingsspørsmål. Alle intervjuar starta med introduksjonsspørsmålet «Kan du fortelje om dine erfaringar med overvekt i møte med fastlegen?» Dette gav informantane rom til å fortelje si historie og komme inn på tema som var med på å belyse problemstillinga. Dette vart følgt opp med spørsmål om eigen situasjon knytt til helse, livsstil og arbeid – i notid og framtid – og tankar kring samtale om overvekt med fastlegen.

Intervjuar varte 45–90 minuttar. Intervjuaren oppmuntra aktivt informantane til å uttrykke og få fram eigne fortellingar. For å få variasjon stilte intervjuaren oppfølgingsspørsmål om det var andre situasjonar der informantane fekk ei anna oppleving (14). Spørsmål og ord som «kan du fortelje meir?», «kva tenkte du?», «korleis?» og «på kva måte?» vart nytta for å få ei større forståing. Rundt tema som omhandla korleis informantane ynskte å bli møtt av fastlegen, nytta intervjuaren element frå rollespel («Dersom eg var deg og du legen, korleis ville du ha gått fram?»). Dette gav konkrete eksempel på situasjonar og resulterte i rikhaldige data om temaet og tilfredsstillande informasjonsstyrke for utvalet (14).

Intervjuar vart tekne opp digitalt og transkribert rett etter for å ha den sosiale og emosjonelle stemninga friskt i minne. Datamaterialet var på 162 A4-sider med enkel linjeavstand. Vi analyserte materialet med systematisk tekstkondensering (14). Alt vart grundig gjennomlese fyrst for å få eit heilskapleg inntrykk. Vidare vart meningsberande einingar identifisert og sortert i grupper som hadde liknande innhald. Til slutt samanfatta vi materialet i ein analytisk tekst, illustrert med gullsitat i kvar resultatkategori. Slik beskreiv vi dei mest relevante sidene, fellestrekk og variasjonar i materialet. Resultatkategoriene fekk nye overskrifter som samanfatta det dei omhandla.

Kvalitativ forskning stiller høge krav til refleksivitet kring forforståing og vårt eige engasjement. Alle forfattarane er sjukepleiarar og forskarar, to med erfaring frå fagfeltet.

Studien vart godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefagleg forskningsetikk (referansenummer 203664) og Norsk senter for forskingsdata. Alle informantane gav skriftleg informert samtykke. Materialet vart anonymisert før publisering.

Resultat

Gjennom analysen kom vi fram til fire kategoriar: «Fastlegen min tematiserer ikkje overvekt», Fastlegen sitt ansvar for førebygging, Fastlegen kan invitere til vektprat og Fastlegen som «vekkjar» og støtte i endringsprosess.

«Fastlegen min tematiserer ikkje overvekt»

Alle informantane erfarte at fastlegen ikkje tok opp overvekt som tema. Fastlegane kunne fastslå eller nemne overvekt, nokre gongar vart årsakssamanhengar nemnt, utan invitasjon til vidare samtale eller informasjonsutveksling. Ein informant i 20-åra var til lege med nyoppdaga forhøgd blodtrykk. I fyrste konsultasjonen vart det føreskrive blodtrykksmedisin og informert om at vekt kunne påverke blodtrykket. Utfordringa vart ikkje vidare tematisert då eller i årlege oppfølgingskonsultasjonar. For ein annan vart overvekt nemnt saman med ryggmerter på sjukemeldinga, utan at det hadde vore snakka om dette i konsultasjonen.

«Eg fekk panikk. Trudde at arbeidsgjevar fekk dei same opplysningane som eg kunne sjå ... at dei kunne sjå at det sto overvekt på sjukemeldinga. Eg veit jo at eg er for ... ja, for tjukk. Det var no litt sjokk å sjå det på sjukemeldinga likevel. Vi har ikkje snakka om det ... det kunne vi ha gjort.» (informant 1)

Fleire av informantane ynskte å snakke om overvekt med fastlegen, men erfarte at legen lukka temaet eller forenkla problematikken. Dette medførte at informantane sjølv lukka samtalen. Informantane opplevde å ikkje komme i posisjon til å ta opp overvekt. Kort tidsbruk i legkonsultasjonane var ein av barrierane. Ein informant hadde som 18-åring spurt etter «slankepiller» og fått det føreskrive utan at temaet vart vidare følgt opp. Fleire av informantane meinte dei sjølve hadde hinta om vektutfordringa, utan at legen tok tak i det.

Uavhengig av kroppsmasseindeks var overvekt eit sensitivt tema. Informantane beskreiv ein sårbar posisjon i samhandling med legen, og dei kunne fortolke fastlegane sine utsegn og handlingar negativt. Nokre erfarte at fastlegen ikkje var merksam på det ubehaget dei kjende på i møtet. Fleire beskreiv ei kjensle av skam og nederlag over å ikkje klare å gjere noko med utfordringa si.

Fastlegen sitt ansvar for førebygging

Fleire informantar hadde ei forventning om at fastlegen tok ansvar for å snakke om vekt, i den hensikta å kartlegge samt gje informasjon, støtte og vidare oppfølging. Fleire deltakarar delte ei oppfatning om at fastlegen har plikt til å hjelpe dei å førebygge negativ vektutvikling.

«Å førebygge overvekt må vere eit like sjølvsaugt tema hjå legen som å førebygge andre helseutfordringar.» (informant 6)

Ein informant nytta ein bilmetafor for å få fram budskapet:

«Tenker legen at eg kan stå i fare for å få helseutfordringar, forventar no eg at han tek det opp med meg. Har eg bilen min på verkstad og dei ser at eg har litt slitte bremsar, men framleis køyrbar, ja, då forventar eg at dei seier det til meg, og samtidig seier noko om kva som kan vere konsekvensane om eg ikkje gjer noko med det.» (informant 2)

Samtidig teikna det seg eit bilete av at informantane også sjølve hadde ansvar for eiga helse, og at storsamfunnet måtte bidra i førebygging av overvekt og fedme. For fleire var det viktig å ikkje bli oppfatta som personar med manglande sjølvkontroll. Informantane beskreiv ei forventning om at legane hadde god kunnskap om overvekt og tiltak for vektregulering og vektreduksjon, og dei ynskte informasjon om helserisiko. Vidare sa fleire at legen ikkje skulle vere redd for korleis pasientane ville reagere.

Unge informantar opplevde det som vanskeleg å ha forventningar til fastlegen når dei sjølve ikkje hadde kjennskap til korleis ein fastlege kan og skal arbeide. Å ta opp tematikken vart beskrive som utfordrande når ein berre kunne ta opp éin problematikk per konsultasjon. Fleire opplevde at det var vanskeleg å bestille legekonsultasjon med overvekt som grunngeving.

Fastlegen kan invitere til vektprat

Informantane var positive til og ynskte at fastlegen skulle ta initiativ til å snakke om overvekt, også når ein var der for andre helseutfordringar. Det vart peika på fleire viktige moment for at samtalen skulle bli verksam. Fastlegen måtte grunngje kvifor han nemnde eller tok opp vekt som tema i konsultasjonar. Det var lett å fortolke og til dømes oppfatte at legen la utsjånaden til grunn for å snakke om vekt. Ein informant gav eit eksempel på korleis fastlegar kunne forklare:

«Om dei (fastlegar) hadde for eksempel berre forklart at for nokon kan overvekt vere eit forstadium til fedme, at nokon kan ha risiko for det ... utan å nemne utsjånad, berre ha fokus på risiko som kan følge med å bli for stor ... og kvifor det kan vere lurt å jobbe med å halde vekta stabil.» (informant 5)

Informantane erfarte at det ville ha vore lettare å opne seg dersom fastlegen tok initiativ til slik samtale. Det ville ikkje vere vanskeleg å avslutte samtalen på grunn av lite tid så lenge fastlegen opna for å ta opp att samtalen. Kor viktig det er å bli møtt med positivitet og få formidla realistiske målsettingar, vart understreka. Samtalen kunne låse seg når legen kom med forenkla løysingar.

«Forenklingar er det verste: 'Berre ete mindre og bevege deg meir'. Det hjelper ikkje akkurat på sjølvtiliten at alt er så enkelt. Kvifor har ikkje eg tenkt ut det sjølv liksom? Sjekk ut kva eg kan, kva eg tenker sjølv. Kva slags mønster har eg som gjer at eg ikkje kjem ut av det?» (informant 6)

Å bli møtt med empati var ein føresetnad for tillit og avgjerande for vidare samarbeid. Ein annan føresetnad var at legen sjekka ut kva kunnskap dei hadde. Her vart god kommunikasjon trekt fram som spesielt viktig. Ein god relasjon under konsultasjonen var viktigare enn å kjenne fastlegen frå før. Ein informant skildra det slik når han snakka om korleis han ynskte vektprat med legen:

«Det handlar om å vere hyggeleg og litt smidig i korleis ein formulerer seg. Vise respekt! Ikkje dei store tinga, vere hyggeleg.» (informant 6)

Uavhengig av om dei kjende legen fra før, var god timing essensielt for å vere mottakelege for informasjon.

Fastlegen som «vekkjar» og støtte i endringsprosess

Forventning om å samtale om vekt botnar i ynskje om hjelp til endring. Det råda ei oppfatning om at fastlegen kan og bør rette merksemd mot uheldig åtferd som hindrar vektregulering, spesielt om ein sjølv ikkje er merksam på eiga åtferd. Informantane ynskte at fastlegen skulle kartlegge vanar saman med dei, slik at dei sjølve kunne få mogelegheit til å oppdage negative sider ved åtferda. At fastlegen kan spele ei rolle som «vekkjar», vart foreslått av fleire.

«Det er ikkje alltid ein ser det sjølv. Det hadde ikkje gjort noko om fastlegen hadde snakka med meg om vekt ... om so at eg måtte opp på vekta og vist meg kor eg var på KMI-skalaen. Hadde han (legen) spurt meg om vanane mine, hadde eg no svart. Eg ser no at eg kunne ha oppdaga ting ... kos på laurdagar kanskje, ikkje måndag, tysdag, onsdag ... (latter). Eg trur kanskje eg hadde forstått alvoret om legen hadde teke det opp. Han måtte jo forklart meg ting ... skikkeleg.» (informant 4)

Fleire av informantane hadde refleksjonar og tankar om at det var ein eventualitet knytt til førebygging av vektauke dersom fastlegen gjorde dei merksam på problematikken på eit tidleg stadium. Dei såg fastlegen som ein fagperson dei ville ha lytta til, men samtidig ville dei ha synt motstand i starten.

«Eg hadde no kanskje gått heim og vore litt snurt, men kva så! Det hadde no kanskje ringt nokre bjøller hjå meg. Kanskje eg ikkje hadde latt det gå så langt ...» (informant 2)

Generelt hadde informantane utan erfaring med vektreduksjon tru på at fastlegen kunne støtte dei med endring av åtferd og livsstil. Informantane med erfaring teikna eit litt anna bilete. Dei ynskte at fastlegen skulle vise veg til kompetente aktørar for å få hjelp vidare i prosessen. Dei hadde ikkje den same tilliten til fastlegar sin kompetanse som støtte i langvarig endring av åtferd og livsstil. Samtidig ynskte dei ikkje at fastlegen skulle gje slepp på temaet ved framtidige legekonsultasjonar, men halde fast ved å samtale om vekt og fremje motivasjon. Fastlegen kunne gje «næring» til eigenmotivasjon i alle stadium av endring.

Diskusjon

Eit sentralt funn var at informantane opplevde at overvekt ikkje vart tematisert hjå fastlegen. Oppfatninga var at fastlegen kan initiere og invitere til samtalar om vekt, også når ein er der av anna årsak. Informantane meinte at fastlegar er ein viktig aktør i det førebyggjande helsearbeidet knytt til overvektsproblematikk. Fastlegar kan fungere som ein «vekkjar» ved å gjere ein person merksam på eiga åtferd og konsekvensar, og dei kan gje støtte i ein endringsprosess.

Vekt – eit ikkje-tema

At eit fåtal legar snakkar med pasientar med høg kroppsmasseindeks om overvekt og fedme, ser ein i tidlegare forskning frå utlandet (7, 8). Fyrst ved komorbiditet vert dette tematisert (12, 13). Det er grunn til å tru at fastlegar i endå lågare grad tek opp temaet

med personar som har overvekt, ettersom det inneber mindre grad av helserisiko og komplikasjonar.

Noko kan forklarast med at fastlegar ikkje klarer å identifisere vektstatus hjå pasientar. Profesjonelle helsearbeidarar og folk generelt underestimerer kroppsvekt (15, 16). Kroppsstørrelsen har auka i samfunnet og vi har rekalkibrert oss slik at større kroppar vert opplevd som den «nye normalen», forklart med *visual normalization theory* (16). Samtidig var nokre av informantane si erfaring at fastlegar identifiserer vektstatus ved at overvekt vart nemnt. Om ikkje temaet har vore gjenstand for grundig utforsking, kan det likevel tyde på at det har vore tematisert i nokon grad, med varsemd og tilbakehaldenheit. Fastlegar nyttar «gylne augeblinkar» for å snakke om livsstilsendring (17). Kommunikasjon kring sensitive tema er ein vanskeleg kunst. I pasientsentrert metode vert legar råda til å be om tillating når ein ynskjer å ta opp sensitive tema (18). Fastlegar kvir seg for å snakke om overvekt i frykt for å støyte, viser ein studie frå Storbritannia (12). Det er naturleg å tru at fastlegar er redd for å utløyse negative tankar og åtferd hjå pasientar ved å ta opp temaet med elles sunne og friske personar. Det kan rokke ved sjølvfølelsen, der vekt og kroppsoppfatning er viktige komponentar (19). Misnøye med utsjånaden i samanheng med eteforstyrning er også eit element. Fastlegen står overfor faglege og etiske vurderingar innanfor ei kort tidsramme i konsultasjonane. Ein barriere for å samtale om vekt kan også vere at legen misforstår og oppfattar ein pasient som lite motivert for endring av livsstil, eller det kan vere manglande kunnskap om genetiske forhold (10, 11).

Fastlegen som aktør i førebyggjande helsearbeid

Oppfatninga av legen si rolle er i tråd med det myndigheiter, gjennom regelverk og utgreingar, har uttrykt av forventningar til helsefremjande og førebyggjande arbeid i allmennpraksis. Samtidig er det eit gap mellom forventningane og den faktiske verksemda til fastlegane i dag (20). Med innføring av fastlegeordninga var hensikta at det individretta førebyggjande arbeidet vart styrka (18). Det kan vere riktig å nytte økonomiske omsyn som styrande for kva tenester fastlegar skal prioritere, slik at individuelt førebyggjande helsearbeid vert prioritert. Det kan gjerast gjennom å stimulere til auka bruk av førebyggjande prosedyrar (21). Gjennom individretta arbeid i konsultasjonar vil fastlegar ha ein viktig utøvarfunksjon i førebyggjande helsearbeid (20). Nær 70 % av befolkninga er til fastlegen ein eller fleire gongar årleg, noko som understrekar fastlegen si nøkkelrolle som aktør i individretta arbeid for å førebygge negativ vektauke (5).

Informantane ynskte at fastlegen skulle initiere og invitere til samtalar om vekt, også når det er andre årsaker til at dei er til konsultasjon. Denne forventninga finn ein att i fleire studiar (5, 9–11). Få informantar sa at dei ville bli fornærma av det, lik det ein ser i internasjonalt forskning knytt til fedme (10). Risiko for helseutfordringar og komorbiditet er forbunde med fedme (1). Om fastlegen ventar med å ta samtalen til utfordringa har oppstått, vil det vere for seint. Vektauke og fedme har då allereie blitt eit faktum som er vanskeleg å reversere (22). Med tanke på det disponerande miljøet ein lever i og at det er samansette årsaker til overvekt, vil ein kanskje ikkje kunne hindre personar å bli overvektige (1). Målet må vere å fremje helseåtferd som bidreg til stabilisering av vekt.

Funna om sensitivitet, forventningar, timing og kommunikasjon vitnar om at det er ein vanskeleg kunst for fastlegar å tematisere overvekt, og det kan vere ulike oppfatningar av om temaet i det heile har vore teke opp. Ein større diskusjon er om ein kan forvente at fastlegar skal ta opp temaet i konsultasjonar, og om dei skal ta det opp uavhengig av kva pasientane søker lege for.

Støttande samtalar gjev motivasjon

Studien syner at fastlegar kan fungere som ein «vekkjar» i form av å gjere merksam på åtferd og konsekvensar av eigen livsstil, og vidare at dei kan gje støtte i ein endringsprosess. Støttande samtalar om vekt aukar helsemotivasjon og etterleving hjå pasienten. Motsett har ein stigmatiserende samtale om vekt negativ innverknad (6). Informantane erfarte at det å samtale om overvekt var eit sensitivt tema. Studiar syner også at pasientar er sensitive for kva uttrykk fastlegen nyttar for å drøfte vekt (5). Uttrykksmåtar og kommunikasjon kan verke inn på samarbeidet og motivasjonen for endring av livsstil (23–25).

Informantane sitt ynskje om å samtale med lege om vekt botnar i ynskje om endring. Motiverande intervju er ein tilrådd samtalem metode for å oppmuntre til åtferdsendring (26). Det ligg eit potensial i bruk av motiverande intervju for å hjelpe pasientar i primærhelsetenesta til å gå ned i vekt (27). Samtidig kan legar vere pragmatiske og nytte egne erfaringar i tilnærminga i staden for evidensbaserte tilnærmingar (28). Fastlegar kan også på bakgrunn av erfaring få lågare forventningar til kva pasientar faktisk kan få til av livsstilsendringar (29). Kunnskapsbasert tilnærming og at kunnskap ikkje vart halde attende for dei, var noko av det informantane trekte fram. At fastlegane har gode pedagogiske evner og viser ei anerkjennande haldning overfor pasientane og utfordringane deira, trer fram som viktig (30).

Styrkje og avgrensingar ved studien

Ein styrkje ved studien er at datamaterialet var rikt og variert og belyste fleire sider ved problemstillinga (14). Vidare nytta vi ein godt utprøvd analysemetode som forfattarane har erfaring med. For å styrkje troverdet har vi vore tydlege på korleis vi har trekt slutningar om temaa for det konkrete materialet, slik at lesaren kan fylgje den analytiske vegen som er grunnlag for fortolking og konklusjon.

Funna frå intervjuet kan ikkje generaliserast til å gjelde for alle personar med overvekt, men gjev innsikt i desse informantane sine erfaringar med fastlegen. Andre personar med overvekt, andre forskarar og andre kvalitative metodar vil kunne gje andre funn (14), men det gjer ikkje funna våre mindre viktige.

Konklusjon

Eit sentralt funn var at overvekt ikkje vart opplevd som tematisert hjå fastlegen. Fastlegen vert sett på som ein viktig aktør i førebyggjande helsearbeid knytt til overvektsproblematikk. Informantane ynskte at fastlegen skulle invitere til samtale om vekt, gjere dei merksame på uheldig livsstilsåtfærd og gje støtte i ein endringsprosess.

Artikkelen er fagfellevurdert.

REFERENCES

1. Helsedirektoratet. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne: nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten.
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/overvekt-og-fedme> Lest 5.1.2023.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 47 (2008-2009)
Samhandlingsreformen - Rett behandling - på rett sted - til rett tid.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> Lest 5.1.2023
3. Regjeringa.no. Meld. St 19 (2018-2019). Folkehelsemeldinga.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/?ch=3>
Lest 5.1.2023.
4. Aamo AW, Lind LH, Myklebust A et al. Overvekt og fedme i Norge: Omfang, utvikling og samfunnskostnader. Menon-publikasjon nr 9/2019.
<https://www.menon.no/wp-content/uploads/2019-09-Overvekt-og-fedme-i-Norge.pdf>
Lest 5.1.2023.
5. Strømmen M, Bakken IJ, Andenæs E et al. Fet, feit eller bare overvektig? Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1732–6. [PubMed][CrossRef]
6. Hayward L, Neang S, Ma S et al. Discussing Weight With Patients With Overweight: Supportive (Not Stigmatizing) Conversations Increase Compliance Intentions and Health Motivation. Stigma Health 2020; 5: 53–68. [CrossRef]
7. Laidlaw A, McHale C, Locke H et al. Talk weight: an observational study of communication about patient weight in primary care consultations. Prim Health Care Res Dev 2015; 16: 309–15. [PubMed][CrossRef]
8. Scott JG, Cohen D, DiCicco-Bloom B et al. Speaking of weight: how patients and primary care clinicians initiate weight loss counseling. Prev Med 2004; 38: 819–27. [PubMed][CrossRef]
9. Hart J, Yelland S, Mallinson A et al. When is it ok to tell patients they are overweight? General public's views of the role of doctors in supporting patients' dieting and weight management. J Health Psychol 2016; 21: 2098–107. [PubMed][CrossRef]
10. Caterson ID, Alfadda AA, Auerbach P et al. Gaps to bridge: Misalignment between perception, reality and actions in obesity. Diabetes Obes Metab 2019; 21: 1914–24. [PubMed][CrossRef]
11. Torti J, Luig T, Borowitz M et al. The 5As team patient study: patient perspectives on the role of primary care in obesity management. BMC Fam Pract 2017; 18: 19. [PubMed][CrossRef]
12. Michie S. Talking to primary care patients about weight: a study of GPs and practice nurses in the UK. Psychol Health Med 2007; 12: 521–5. [PubMed][CrossRef]

13. Potter MB, Vu JD, Croughan-Minihane M. Weight management: what patients want from their primary care physicians. *J Fam Pract* 2001; 50: 513–8. [PubMed]
14. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2017.
15. Yoong SL, Carey ML, Sanson-Fisher RW et al. A cross-sectional study examining Australian general practitioners' identification of overweight and obese patients. *J Gen Intern Med* 2014; 29: 328–34. [PubMed][CrossRef]
16. Robinson E. Overweight but unseen: a review of the underestimation of weight status and a visual normalization theory. *Obes Rev* 2017; 18: 1200–9. [PubMed][CrossRef]
17. Abildsnes E, Walseth LT, Flottorp SA et al. Lifestyle consultation in general practice – the doctor's toolbox: a qualitative focus group study. *Fam Pract* 2011; 28: 220–5. [PubMed][CrossRef]
18. Schei E, Mildestvedt T. Den kliniske samtalen. I: Hunskaar SB, red. *Allmennmedisin* Oslo: Gyldendal akademisk, 2013: 69–87.
19. Laberg JC, Laberg S, Stølen IJ. Spiseforstyrrelser: Sosiale, kognitive og emosjonelle aspekter. I: Klepp KI, Aarø LE, red. *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2019: 129–51.
20. Rønnevik DH, Pettersen B, Grimsmo A. Fastlegens rolle i forebyggende og helsefremmende arbeid – som utøver og lyttepost. https://www.researchgate.net/publication/347426315_Fastlegers_rolle_i_forebyggen_de_og_helsefremmende_arbeid Lest 5.1.2023.
21. Mæland JG. Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis. 5. utg. ed. Oslo: Universitetsforlaget, 2021.
22. Nordmo M, Danielsen YS, Nordmo M. The challenge of keeping it off, a descriptive systematic review of high-quality, follow-up studies of obesity treatments. *Obes Rev* 2020; 21: e12949. [PubMed][CrossRef]
23. Gray CM, Hunt K, Lorimer K et al. Words matter: a qualitative investigation of which weight status terms are acceptable and motivate weight loss when used by health professionals. *BMC Public Health* 2011; 11: 513. [PubMed][CrossRef]
24. Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. *Obesity (Silver Spring)* 2009; 17: 941–64. [PubMed][CrossRef]
25. Dibb B, Hardiman A, Rose J. Understanding weight loss in obese adults: a Qualitative study. *Journal of Obesity and Medical Complications* 2019; 9. doi: 10.31021/jomc.20191101. [CrossRef]
26. Helsedirektoratet. Motiverende intervju som metode. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode> Lest 5.1.2023.

27. Barnes RD, Ivezaj V. A systematic review of motivational interviewing for weight loss among adults in primary care. *Obes Rev* 2015; 16: 304–18. [PubMed][CrossRef]
28. Bruset S, Høye S, Haavet OR. «Vi må være litt strenge» Fastlegers holdning til forebyggende helsearbeid. *Utposten* 2014. <https://www.utposten.no/asset/2014/2014-07-20-24.pdf> Lest 5.1.2023.
29. Abildsnes E, Walseth LT, Flottorp SA et al. Lifestyle consultation in general practice—the doctor's toolbox: a qualitative focus group study. *Fam Pract* 2011; 28: 220–5. [PubMed][CrossRef]
30. Møller L, Grøtan S. *Anerkjennelse i praksis: om utviklingsstøttende relasjoner*. Oslo: Kommuneforlaget, 2012.

Publisert: 7. februar 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0528

Mottatt 17.8.2022, første revisjon innsendt 1.12.2022, godkjent 6.1.2023.

Publisert under åpen tilgang CC BY-ND. Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. september 2026.