
Kostholdsveiledning hos fastlegen – hva rapporterer pasientene?

ORIGINALARTIKKEL

SYNNE SKJÆRSTEIN*

synne.skjerstein@student.uib.no

Universitetet i Bergen

Forfatterbidrag: utarbeiding av spørreskjema, analyse av data, litteratursøk, utforming av tabeller, hovedansvar for utforming av manuskriptet samt godkjenning av innsendte versjon.

Synne Skjærstein er medisinstudent.

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

KAJA MICHELSEN ÅSAUNE*

Universitetet i Bergen

Forfatterbidrag: utarbeiding av spørreskjema, analyse av data, litteratursøk, utforming av tabeller, hovedansvar for utforming av manuskriptet samt godkjenning av innsendte versjon.

Kaja Michelsen Åsaune er medisinstudent.

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

LARS THORE FADNES

Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Universitetet i Bergen

Forfatterbidrag: utarbeiding av spørreskjema, analyse av data, bidrag til diskusjon og utforming av manuskriptet, veiledning av studentene i skriveprosessen samt godkjenning av innsendte versjon.

Lars Thore Fadnes er spesialist i allmenntilleggsmedisin, fastlege, professor og forskningsgruppeleder i Helse-Bergen. Han er medlem av Nasjonalt råd for ernæring.

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

ESPERANZA DIAZ

Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Universitetet i Bergen

Forfatterbidrag: utarbeiding av spørreskjema, diskusjon rundt dataanalyser, bidrag til diskusjon og utforming av manuskriptet samt godkjenning av innsendte versjon.

Esperanza Diaz er spesialist i allmennmedisin og professor. Hun er leder av Pandemisenteret ved Universitetet i Bergen.

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

BJØRN BJORVATN

Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Universitetet i Bergen

og

Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer

Haukeland universitetssjukehus

Forfatterbidrag: utarbeiding av spørreskjema, diskusjon rundt dataanalyser, bidrag til diskusjon og utforming av manuskriptet samt godkjenning av innsendte versjon.

Bjørn Bjorvatn er spesialist i allmennmedisin, overlege, professor og leder av Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer.

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

ELISABETH MARIE STRØMME

Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Universitetet i Bergen

Forfatterbidrag: utarbeiding av spørreskjema, diskusjon rundt dataanalyser, bidrag til diskusjon og utforming av manuskriptet samt godkjenning av innsendte versjon.

Elisabeth Strømme er fastlege og førsteamanuensis.

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

THOMAS MILDESTVEDT

Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Universitetet i Bergen

Forfatterbidrag: utarbeiding av spørreskjema, analyse av data, bidrag til diskusjon og utforming av manuskriptet, veiledning av studentene i skriveprosessen samt godkjenning av innsendte versjon.

Thomas Mildestvedt er spesialist i allmennmedisin, fagområdeleder ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin og professor.

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

*Synne Skjærstein og Kaja Michelsen Åsaune har bidratt i like stor grad til denne artikkelen.

Bakgrunn

Kosthold kan ha stor betydning for helsen. I denne studien har vi kartlagt i hvilken grad kosthold ble tatt opp av pasienter i allmennpraksis og hvilke pasienter som hadde et ønske om at kosthold ble tatt opp.

Materiale og metode

Vi utførte en spørreskjemabasert tverrsnittsstudie blant pasienter ≥ 18 år på fastlegekontor på Vestlandet i 2022. Spørreskjemaet inneholdt ni spørsmål om kostholdskunnskap, ønske om kostholdsveiledning og vektnedgang og om medikamentbruk. Logistisk regresjon ble brukt for å identifisere grupper som oftere rapporterte at de ønsket veiledning om hvordan kosthold påvirker helse.

Resultater

2 105 av 2 531 (83 %) inviterte pasienter ≥ 18 år fylte ut spørreskjemaet, hvorav 2 075 ble inkludert i analysene. En av tre hadde tatt opp kosthold som tema hos fastlegen. 96 % oppga å ha kunnskapen de trenger om kosthold, 56 % ønsket råd eller veiledning om hvordan kosthold påvirker helsen, 62 % ønsket å gå ned i vekt og 40 % oppga at kosthold/kostholdsråd gjorde dem forvirret. Yngre pasienter, menn, pasienter med lavere utdanningsnivå, pasienter som ønsket vektnedgang samt pasienter som brukte medikamenter for kronisk sykdom, ønsket oftere råd/veiledning om hvordan kosthold påvirker helsen.

Fortolkning

Over halvparten av pasienter i allmennpraksis ønsket råd/veiledning om hvordan kosthold påvirker helsen. Kjennskap til hvem som oftere ønsker veiledning kan være nyttig for å prioritere i hvilke konsultasjoner det er hensiktsmessig å gi veiledning om kosthold og helsepåvirkning.

Hovedfunn

En tredel av pasientene hadde tatt opp kosthold som tema hos fastlegen, mens halvparten ønsket råd og veiledning rundt sammenhenger mellom kosthold og helse.

Ønske om veiledning om kosthold var størst blant yngre pasienter, menn, pasienter med lavere utdanningsnivå, de som ønsket å gå ned i vekt samt de som brukte medikamenter for kronisk sykdom.

Kosthold er en viktig faktor for helse (1–5), og sykdom som skyldes kostholdsrelaterte risikofaktorer er globalt anslått til å være årsak til om lag 11 millioner dødsfall og 255 millioner tapte leveår (6). Overvekt er et økende folkehelseproblem, og Verdens helseorganisasjon estimerte at prevalensen av fedme tredoblet seg i perioden 1975–2016 (7). Metaanalyser viser gjennomgående hvordan sammensetningen av kostholdet er sterkt forbundet med risiko for både fedme, diabetes type 2, hjerte- og karsykdom og en rekke andre sykdommer (1, 3, 5, 8). Hjelp til livsstilsendringer bør være første tiltak ved en del høyprevalente risikotilstander (9). Effekten av livsstilsintervensjoner som kostholdsendringer på utvikling av diabetes type 2 kan i mange tilfeller være stor, og i en del tilfeller overgå hva man kan forvente ved medikamentell behandling (10, 11).

I samhandlingsreformen var det et mål at fastleger skulle ha en mer aktiv rolle i forebygging av livsstilssykdommer (12). En kvalitativ studie viste at pasienter med overvekt ønsket at fastlegen skulle ta opp vekt som tema og invitere til samtale om overvekt også i konsultasjoner med andre problemstillinger (13). Det er beskrevet at fastleger ofte gruer seg for å ta opp vekt i frykt for å støte pasienter (14), og denne tendensen ser ut til å øke med økende vektproblemer (15).

Få studier sier noe om i hvilken grad kosthold tas opp med fastlegen i norsk allmennpraksis og hvilke pasienter som har et ønske om dette. Målet med studien var å kartlegge hvilke pasientgrupper som hadde tatt opp kosthold som tema hos fastlegen, hvem som ønsket veiledning om hvordan kosthold påvirker helsen, og om disse pasientgruppene samsvarte.

Materiale og metode

Tverrsnittundersøkelsen er basert på en anonym spørreundersøkelse på 69 fastlegekontor på Vestlandet i 2022. Datainnsamlingen ble gjennomført av sjetteårs medisinstudenter ved Universitetet i Bergen i utplassering i allmennpraksis (16). Hver student delte ut pasientinformasjon og spørreskjema på venterommet på fastlegekontoret til 20 påfølgende pasienter over 18 år. Spørreskjemaet var på norsk, men det ble også tilbudt engelsk oversettelse. Pasienten fylte selv ut skjemaet og returnerte det til studenten i medfølgende konvolutt uten identifikasjonsmarkører.

Ni spørsmål om kunnskap om kosthold og ønske om kostholdsveiledning og vektnedgang (spørsmål 11–18) samt spørsmål om medikamentbruk (spørsmål 19) inngikk i studien. For fullstendig spørreskjema se appendiks 1 på tidsskriftet.no (spørsmål 1–10 om mat og økonomi inngikk ikke i studien). Vi ba også om sosiodemografiske variabler som alder, kjønn, hvorvidt pasienten hadde egne barn, om det bodde barn i husstanden, fødeland og høyeste fullførte utdanningsnivå.

Før analyse ble flere av variablene dikotomisert. På spørsmål om hvor ofte pasienten hadde tatt opp kosthold som tema og hvor ofte pasienten skulle ønske at dette ble tatt opp, ble svaralternativene «av og til» og «ofte» slått sammen til «ja», og «aldri» ble registrert som «nei» (spørsmål 11–12). De som

svarte «ikke relevant» ble ekskludert i beregningene. Svaralternativene «i noen grad» og «i stor grad» ble sammenslått til «ja», mens «i liten grad» ble registrert som «nei» (spørsmål 13–18). For medikamentbruk (spørsmål 19) ble svaret registrert som «nei» ved manglende svar, mens de som svarte «vet ikke» ble ekskludert i analysene. Medikamentbruk for kronisk sykdom ble klassifisert som «ja» dersom deltakeren brukte medikamenter i minimum én av kategoriene kolesterolsenkende, blodtrykkssenkende, andre medisiner for hjertesykdom, eller medisiner for diabetes/blodsukker/overvekt. Dersom spørsmål om barn i husstanden var ubesvart, ble svaret registrert som «nei» dersom spørsmål om egne barn var besvart med «nei». For beregning av andel (%) i deskriptive analyser inngikk ikke besvarelser med manglende svar på den aktuelle variabelen. I regresjonsanalysene inngikk kun de som hadde svart på alle de aktuelle variablene for analysen.

Vi brukte logistisk regresjon til å undersøke sannsynligheten for å ønske råd/veiledning om kostholdets påvirkning av helsen (spørsmål 16) og hvorvidt pasienten hadde tatt opp kosthold som tema (spørsmål 11). Ujusterte og justerte resultater ble presentert som oddsratio med 95 % konfidensintervall. Forklaringsvariabler inkluderte sosiodemografiske variabler, ønske om vektnedgang og medikamentbruk for kronisk sykdom. Til analysene benyttet vi Stata SE 17.0.

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Vest har vurdert prosjektet til å ikke være fremleggelsespliktig (søknadsnummer 386617). Datainnsamlingen ble vurdert å være anonym, og pasientene ble ikke kompensert for deltakelse eller spurt om kontaktårsak.

Resultater

129 av 166 medisinstudenter i fastlegepraksis på Vestlandet i 2022 bidro i datainnsamlingen. 2 571 pasienter ble invitert til å delta. 40 av disse var under 18 år og ble ekskludert. 2 105 av 2 531 \geq 18 år fylte ut spørreskjemaet (83 % responsrate). Blant disse var det 30 som ikke besvarte spørsmål 11–18, og disse ble ekskludert. Følgelig ble 2 075 pasienter inkludert i analysene. 1 080 (52 %) av disse var \geq 50 år og 1 263 (63 %) var kvinner (tabell 1).

Tabell 1

Selvrapporterte demografiske data for pasienter på venteværelse hos fastlege på Vestlandet som besvarte spørreskjema om medikamentbruk for kroniske sykdommer, kunnskap om kosthold samt ønske om kostholdsveiledning og vektnedgang ($N = 2 075$).

Alder ($n = 2 063$)	Antall (%)
18–29 år	291 (14)
30–39 år	378 (18)
40–49 år	314 (15)
50–59 år	307 (15)

Alder (<i>n</i> = 2 063)	Antall (%)
60–69 år	328 (16)
70+ år	445 (22)
Kjønn (<i>n</i> = 2015)	
Kvinne	1 263 (63)
Mann	752 (37)
Har egne barn (<i>n</i> = 2 000)	1 516 (76)
Har barn boende i husstanden (<i>n</i> = 1 671)	590 (35)
Fødeland (<i>n</i> = 2 031)	
Norge	1 790 (88)
Asia, Afrika, Latin-Amerika	94 (4,6)
Nord-Amerika, Oseania	11 (0,5)
Norden	26 (1,3)
Vest-Europa	35 (1,7)
Øst-Europa	75 (3,7)
Høyeste fullførte utdanning (<i>n</i> = 2 019)	
Grunnskole	177 (9)
Videregående eller yrkesskole	963 (48)
Universitet/høyskole	879 (44)
Medikamentbruk	
Kolesterolsenkende (<i>n</i> = 2 038)	478 (23)
Blodtrykkssenkende (<i>n</i> = 2 054)	588 (29)
Andre medisiner for hjertesykdom (<i>n</i> = 2 043)	273 (13)
For diabetes/blodsukker/overvekt (<i>n</i> = 2 046)	224 (11)
Andre medisiner (<i>n</i> = 2 033)	1 002 (49)

626 (33 %) av pasientene hadde tatt opp kosthold som tema hos fastlegen, 1 023 (57 %) ønsket at kosthold ble tatt opp som tema, 1 125 (56 %) ønsket råd eller veiledning om hvordan kosthold påvirker helsen, og 1 243 (62 %) ønsket å gå ned i vekt (tabell 2). De aller fleste (96 %) rapporterte at de i stor eller noen grad hadde kunnskapen de trenger om kosthold. Likevel rapporterte 799 (40 %) forvirring relatert til kosthold og kostholdsråd (tabell 2).

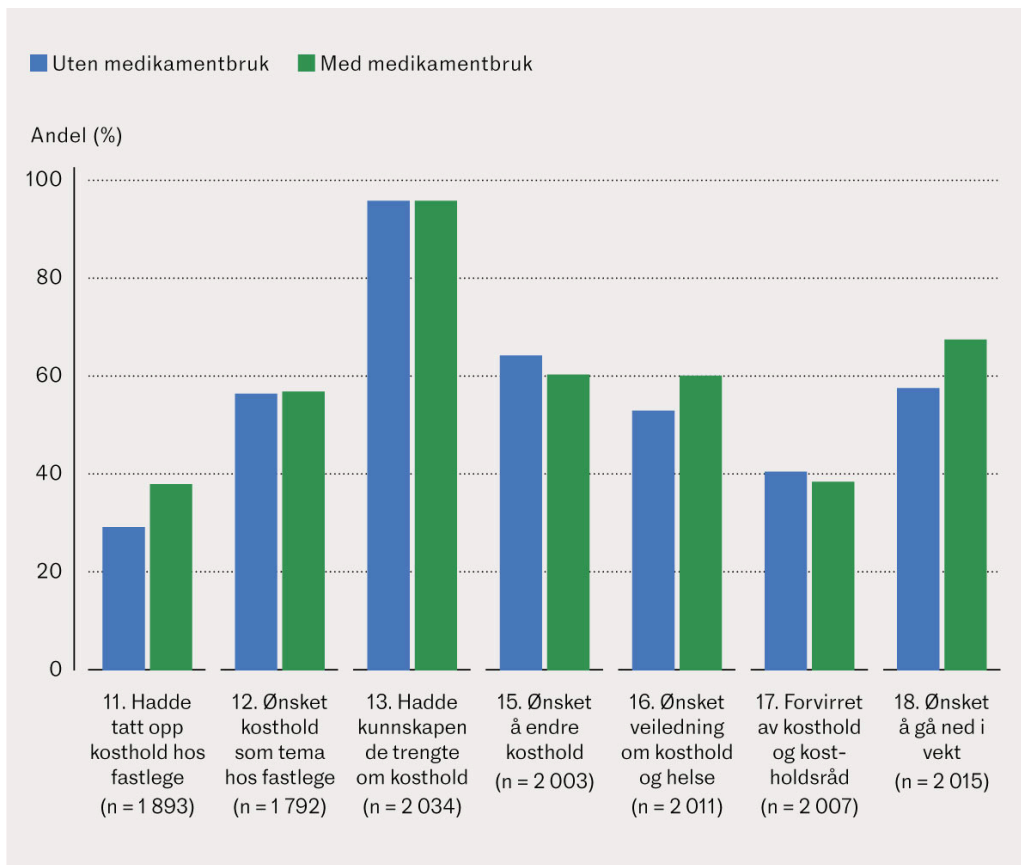
Tabell 2

Selvrapportert kunnskap om kosthold og ønske om kostholdsveiledning og vektnedgang hos pasienter på venteværelse hos fastlege på Vestlandet (*N* = 2075).

Spørsmål (nummer)	Spørsmålene og svaralternativene (antall besvart = <i>n</i>)	Antall (%)
11	Når du er hos fastlege, hvor ofte har du tatt opp kosthold som tema? (<i>n</i> = 1 905)	
	Aldri	1 279 (67)
	Av og til	599 (31)
	Ofte	27 (1)
12	Når du er hos fastlege, hvor ofte skulle du ønske at kosthold ble tatt opp som et tema? (<i>n</i> = 1 805)	
	Aldri	782 (43)
	Av og til	912 (51)
	Ofte	111 (6)
13	Jeg har den kunnskapen jeg trenger om kosthold (<i>n</i> = 2 040)	
	I stor grad	1 195 (59)
	I noen grad	761 (37)
	I liten grad	84 (4)
14	Jeg ønsker at fastlegen skal snakke med meg om kosthold (<i>n</i> = 2 015)	
	I stor grad	144 (7)
	I noen grad	781 (39)
	I liten grad	1 090 (54)
15	Jeg ønsker å endre mitt kosthold (<i>n</i> = 2 005)	
	I stor grad	259 (13)
	I noen grad	998 (50)
	I liten grad	748 (37)
16	Jeg ønsker råd/veiledning om hvordan kosthold påvirker min helse (<i>n</i> = 2 013)	
	I stor grad	301 (15)
	I noen grad	824 (41)
	I liten grad	888 (44)
17	Kosthold og kostholdsråd gjør meg forvirret (<i>n</i> = 2 008)	
	I stor grad	168 (8)
	I noen grad	631 (31)
	I liten grad	1 209 (60)
18	Jeg ønsker å gå ned i vekt (<i>n</i> = 2 016)	
	I stor grad	510 (25)
	I noen grad	733 (36)

Spørsmål (nummer)	Spørsmålene og svaralternativene (antall besvart = n)	Antall (%)
	I liten grad	773 (38)

Medikamenter for kronisk sykdom ble brukt av 845 (41 %). Av dem som brukte slike medikamenter oppga 295 (38 %) å ha tatt opp kosthold som tema, mot 328 (29 %) av dem som ikke brukte dette. Blant dem som brukte medikamenter for kronisk sykdom svarte 486 (60 %) at de ønsket råd/veiledning om hvordan kosthold påvirker egen helse, mot 637 (53 %) blant dem som ikke brukte slike medikamenter (figur 1).



Figur 1 Selvrapportert kunnskap om kosthold og ønske om kostholdsveiledning og vektnedgang (spørsmål 11–13 og 15–18) blant pasienter på venteværelse hos fastlege på Vestlandet, fordelt på de med og uten medikamentbruk for kronisk sykdom. I medikamenter inngikk kolesterolsenkende, blodtrykkssenkende, andre medisiner for hjertesykdom samt medisiner for diabetes/blodsukker eller overvekt.

Logistisk regresjonsanalyse for ønske om råd/veiledning om hvordan kosthold påvirker helse viste at yngre, menn og personer med lavere utdanningsnivå oftere ønsket råd/veiledning (tabell 3). Det var ingen forskjell i ønske om kostholdsveiledning mellom norskfødte og personer med annet fødeland, heller ikke mellom dem med og dem uten egne barn. De som ønsket å gå ned i vekt og de som brukte medikamenter for kronisk sykdom, hadde oftere ønske om kostholdsveiledning. Den høyeste sannsynligheten for ønske om kostholdsveiledning var blant pasienter som ønsket å gå ned i vekt (oddsratio 2,62; 95 % konfidensintervall 2,14 til 3,20).

Tabell 3

Sannsynlighet (oddsratio og 95 % konfidensintervall (KI)) for å ønske råd/veiledning om hvordan kosthold påvirker helse, og andel (%) som svarte at de ønsket dette, basert på besvarelser fra pasienter på venteværelse hos fastlege på Vestlandet. Signifikante funn er uthevet.

	Ønsket veiledning (95 % KI) (%)	Ujustert oddsratio (95 % KI)	Justert ¹ oddsratio (95 % KI) (n = 1 850)
Alder (n = 1999)			
18–29	60	1	1
30–39	58	0,90 (0,66 til 1,24)	1,01 (0,69 til 1,47)
40–49	57	0,87 (0,63 til 1,21)	0,87 (0,58 til 1,30)
50–59	54	0,78 (0,56 til 1,08)	0,64 (0,43 til 0,98)
60–69	57	0,87 (0,63 til 1,20)	0,74 (0,48 til 1,12)
70+	51	0,70 (0,51 til 0,94)	0,56 (0,36 til 0,86)
Kjønn (n = 1 953)			
Kvinne	53	1	1
Mann	60	1,34 (1,11 til 1,62)	1,41 (1,15 til 1,73)
Har du egne barn? (n = 1 940)			
Nei	60	1	1
Ja	54	0,80 (0,65 til 0,98)	0,80 (0,60 til 1,05)
Fødeland (n = 1 975)			
Norge	56	1	1
Annet	56	1,00 (0,76 til 1,31)	0,98 (0,72 til 1,32)
Høyeste fullførte utdanning (n = 1 961)			
Grunnskole	67	1	1
Videregående eller yrkesskole	59	0,70 (0,49 til 0,99)	0,68 (0,46 til 0,99)
Universitet/høyskole	50	0,49 (0,34 til 0,70)	0,51 (0,34 til 0,74)
Jeg ønsker å gå ned i vekt (n = 1 980)			
Nei	41	1	1
Ja	65	2,67 (2,22 til 3,22)	2,62 (2,14 til 3,20)
Medikamentbruk (n = 2 006)			
Nei	53	1	1
Ja	60	1,33 (1,11 til 1,59)	1,42 (1,11 til 1,81)

¹Justert for de øvrige variablene i tabellen.

Når man justerte for ønske om vektendring og medikamentbruk, hadde yngre pasienter oftere enn eldre tatt opp kosthold og hvordan dette påvirker helsen (tabell 4). Det var ingen forskjell mellom menn og kvinner, mens pasienter uten barn rapporterte oftere enn dem med barn å ha tatt opp kosthold som tema hos fastlegen.

Tabell 4

Sannsynlighet (oddsratio og 95 % konfidensintervall (KI)) for tidligere å ha tatt opp kosthold med fastlege, og andel (%) som svarte at de hadde tatt det opp, basert på besvarelser fra pasienter på venteværelse hos fastlege på Vestlandet. Signifikante funn er uthevet.

	Hadde tatt opp kosthold med fastlegen (%)	Ujustert oddsratio (95 % KI)	Justert ¹ oddsratio (95 % KI) (n = 1 732)
Alder (n = 1 890)			
18–29	35	1	1
30–39	33	0,94 (0,67 til 1,32)	1,03 (0,69 til 1,54)
40–49	38	1,13 (0,80 til 1,60)	1,10 (0,72 til 1,67)
50–59	37	1,10 (0,78 til 1,56)	0,97 (0,63 til 1,51)
60–69	30	0,81 (0,57 til 1,15)	0,67 (0,42 til 1,06)
70+	27	0,68 (0,49 til 0,96)	0,49 (0,30 til 0,78)
Kjønn (n = 1 847)			
Kvinne	32	1	1
Mann	34	1,12 (0,92 til 1,37)	1,04 (0,84 til 1,29)
Har du egne barn? (n = 1 837)			
Nei	38	1	1
Ja	31	0,73 (0,59 til 0,92)	0,70 (0,52 til 0,93)
Fødeland (n = 1 869)			
Norge	32	1	1
Annet	39	1,34 (1,00 til 1,78)	1,18 (0,86 til 1,61)
Høyeste fullførte utdanning (n = 1 855)			
Grunnskole	30	1	1
Videregående eller yrkesskole	33	1,15 (0,80 til 1,67)	1,15 (0,76 til 1,72)
Universitet/høyskole	33	1,11 (0,77 til 1,62)	1,21 (0,80 til 1,82)

	Hadde tatt opp kosthold med fastlegen (%)	Ujustert oddsratio (95 % KI)	Justert ¹ oddsratio (95 % KI) (n = 1 732)
Jeg ønsker å gå ned i vekt (n = 1 852)			
Nei	26	1	1
Ja	37	1,67 (1,36 til 2,05)	1,44 (1,16 til 1,80)
Medikamentbruk (n = 1889)			
Nei	29	1	1
Ja	38	1,49 (1,22 til 1,80)	2,13 (1,63 til 2,77)

¹Justert for de øvrige variablene i tabellen.

Pasienter som ønsket å gå ned i vekt eller som brukte medikamenter for kronisk sykdom, hadde oftere tatt opp kosthold som tema hos fastlegen. Den høyeste sannsynligheten var blant pasienter som brukte medikamenter for kronisk sykdom (oddsratio 2,13; 95 % KI 1,63 til 2,77).

Diskusjon

I denne spørreundersøkelsen fant vi at selv om over halvparten av pasientene ønsket at kosthold ble tatt opp som tema, var det kun en tredel som anga at de hadde tatt opp kosthold i en konsultasjon med fastlege. Blant pasientene som brukte medikamenter for kronisk sykdom, rapporterte 60 % at de ønsket råd om hvordan kosthold påvirker egen helse. Det er god dokumentasjon på at kostholdstiltak har potensial i slike sammenhenger (1–11). Likevel hadde kosthold blitt tatt opp som tema av kun 38 % av disse pasientene. Vi fant et signifikant hyppigere ønske om veiledning blant yngre pasienter, menn, de med lavere utdanningsnivå, pasienter som ønsket å gå ned i vekt og pasienter som brukte medikamenter for kronisk sykdom.

To av fem rapporterte at kosthold og kostholdsrad gjorde dem forvirret. Samtidig rapporterte kun 4 % at de ikke hadde den kunnskapen de trengte. En befolkningsundersøkelse utført av Norstat viste at kun 59 % hadde kjennskap til Helsedirektoratets kostholdsrad (17, s. 44). Dette kan tyde på at det er et behov i befolkningen for mer kunnskapsbasert informasjon om kosthold.

Det har vært en nedgang i forebyggende arbeid blant fastleger i Norge (18), til tross for samhandlingsreformens mål om at fastleger skal ta en større rolle i helseforebyggende arbeid (12). Det er også en økende andel av befolkningen som får forebyggende medikamentell behandling mot hjerte- og karsykdommer (19). Disse er kandidater for målrettet informasjon om helsegevinstene ved

sunt kosthold som alternativ eller tillegg til legemidler (9). Blant en rekke anbefalte retningslinjer må fastlegene prioritere hvilke tiltak og retningslinjer som er mest relevante for ulike pasienter (20).

Rundt 60 % av deltakerne i studien oppga at de ønsket å gå ned i vekt. Andelen menn og kvinner med overvekt eller fedme (KMI > 25) i Norge i 2020 var henholdsvis 59 % og 47 % (21). Man fant i en kvalitativ studie basert på intervju av åtte voksne med overvekt at disse ønsket at fastlegen skulle ta opp overvekt som tema, men opplevde at fastlegen ikke gjorde dette, at fastlegen raskt lukket temaet eller forenklet problematikken (13). Intervjuobjektene hadde videre en forventning om at fastleger skulle ha god kunnskap om overvekt og tiltak for vektregulering samt et medansvar for å hjelpe til å forebygge negativ vektutvikling.

Våre funn pekte mot pasientgrupper som oftere opplevde kosthold som et viktig tema og som kan være mer mottakelige for veiledning (22). De med lavere utdanningsnivå ønsket mer informasjon om kosthold. Å rette fokus mot denne gruppen kan bidra til å utjevne sosiale ulikheter, da de med høyere utdanningsnivå har et sunnere kosthold (17). Menn ønsket oftere kostholdsveiledning sammenliknet med kvinner. Dette bør ses i lys av at menn som gruppe har høyere sykkelighet og dødelighet.

En styrke ved vår studie var responsraten på 83 %, og vi kan anse studiepopulasjonen som representativ for voksne som oppsøker fastlege. Anonym datainnsamling reduserte risikoen for ulike responskjevheter (23). Sensitivitetsanalyser indikerte robuste funn (resultater ikke vist).

En svakhet med studien var bruk av ikke-validerte spørsmål/spørreskjema, der blant annet rekkefølgen på spørsmålene kan ha hatt betydning for svarene (24). Videre var begrepet kosthold ikke definert i pasientinformasjonen eller i spørreskjemaet og åpent for individuell tolkning. En annen begrensning ved studien var at vi ikke kan vite om det var samsvar mellom de som ønsket kostholdsveiledning og de som hadde behov for det. Språkproblemer kan ha gitt begrenset mulighet for deltakelse. Forskjeller mellom ulike migrantgrupper kom ikke fram i studien.

I studien fant vi at mange pasienter var opptatt av kosthold, og halvparten ønsket veiledning om hvordan kosthold påvirker helsen. Samtidig oppga kun en tredel at de hadde tatt opp kosthold i konsultasjon hos fastlege. I tillegg rapporterte flertallet ønske om vektnedgang. Ønske om kostholdsveiledning var hyppigere blant yngre personer, menn, de med lavere utdanningsnivå, de som ønsket vektnedgang og de som brukte medikamenter for kronisk sykdom. Slik kunnskap kan være nyttig for å vite når det i primærhelsetjenesten er særlig hensiktsmessig å fokusere på kosthold.

Artikkelen bygger på en studentoppgave ved Universitetet i Bergen.

Takk til Kine Marie Fleime Møll, Kasper Olsen og Erlend Nåmdal for praktisk tilrettelegging og Khadra Yasien Ahmed for engelsk oversettelse av spørreskjema.

Artikkelen er fagfellevurdert.

LITTERATUR

1. Schwingshackl L, Hoffmann G, Iqbal K et al. Food groups and intermediate disease markers: a systematic review and network meta-analysis of randomized trials. *Am J Clin Nutr* 2018; 108: 576–86. [PubMed][CrossRef]
2. Fadnes LT, Økland JM, Haaland OA et al. Estimating impact of food choices on life expectancy: A modeling study. *PLoS Med* 2022; 19: e1003889. [PubMed][CrossRef]
3. Schwingshackl L, Hoffmann G, Lampousi AM et al. Food groups and risk of type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Eur J Epidemiol* 2017; 32: 363–75. [PubMed][CrossRef]
4. Schwingshackl L, Schwedhelm C, Hoffmann G et al. Food groups and risk of all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Am J Clin Nutr* 2017; 105: 1462–73. [PubMed][CrossRef]
5. Bechthold A, Boeing H, Schwedhelm C et al. Food groups and risk of coronary heart disease, stroke and heart failure: A systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Crit Rev Food Sci Nutr* 2019; 59: 1071–90. [PubMed][CrossRef]
6. GBD 2017 Diet Collaborators. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2019; 393: 1958–72. [PubMed][CrossRef]
7. WHO. Obesity and overweight. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> Lest 1.5.2023.
8. Schlesinger S, Neuenschwander M, Schwedhelm C et al. Food Groups and Risk of Overweight, Obesity, and Weight Gain: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis of Prospective Studies. *Adv Nutr* 2019; 10: 205–18. [PubMed][CrossRef]
9. Helsedirektoratet. Legemidler ved primærforebygging av hjerte- og karsykdom. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-hjerte-og-karsykdom/legemidler-ved-primarforebygging-av-hjerte-og-karsykdom#legemiddelbehandling-av-hoyt-blodtrykk-praktisk-informasjon> Lest 8.11.2023.
10. Lindström J, Louheranta A, Mannelin M et al. The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS): Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity. *Diabetes Care* 2003; 26: 3230–6. [PubMed][CrossRef]
11. Lean ME, Leslie WS, Barnes AC et al. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial. *Lancet* 2018; 391: 541–51. [PubMed][CrossRef]
12. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=1> Lest 1.2.2024.

13. Juvik LA, Eldal K, Sandvoll AM. Personar med overvekt sine erfaringar i møte med fastlegen – ein kvalitativ studie. *Tidsskr Nor Legeforen* 2023; 143. doi: 10.4045/tidsskr.22.0528. [PubMed][CrossRef]

14. 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]

15. Gimenez L, Kelly-Irving M, Delpierre C et al. Interaction between patient and general practitioner according to the patient body weight: a cross-sectional survey. *Fam Pract* 2023; 40: 218–25. [PubMed][CrossRef]

16. Nilsen L. Medisinstudenter i allmennpraksis innhenter forskningsdata. <https://www.legeforeningen.no/om-oss/fond-og-legater/allmennmedisinsk-forskningsfond/forskningsnytt/medisinstudenter-i-allmennpraksis-innhenter-forskningsdata/> Lest 2.11.2023.

17. Helsedirektoratet. Utviklingen i norsk kosthold 2022. Rapport IS-3054. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utviklingen-i-norsk-kosthold/Utviklingen%20i%20norsk%20kosthold%202022%20-%20Kortversjon.pdf/_/attachment/inline/b8079b0a-fefe-4627-8e96-bd979c061555:e22da8590506739c4d215cfdd628cfaaa3b2dbc8/Utviklingen%20i%20norsk%20kosthold%202022%20-%20Kortversjon.pdf Lest 29.11.2023.

18. Schäfer WL, Boerma WG, Spreeuwenberg P et al. Two decades of change in European general practice service profiles: conditions associated with the developments in 28 countries between 1993 and 2012. *Scand J Prim Health Care* 2016; 34: 97–110. [PubMed][CrossRef]

19. Danise LS, Bakken GV, Henjum K et al. Legemiddelforbruket i Norge 2018-2022. Data fra Grossistbasert legemiddelstatistikk. <https://www.fhi.no/contentassets/856ff0c333114637a14978f135803d60/legemiddelforbruket-i-norge-2018-til-2022.pdf> Lest 5.11.2023.

20. Johansson M, Guyatt G, Montori V. Guidelines should consider clinicians' time needed to treat. *BMJ* 2023; 380: e072953. [PubMed][CrossRef]

21. Abel MH, Totland TH. Kartlegging av kostholdsvaner og kroppsvekt hos voksne i Norge basert på selvrapporing – Resultater fra Den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2020. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/rapport-nhus-2020.pdf> Lest 8.11.2023.

22. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51: 390–5. [PubMed][CrossRef]

23. Fadnes LT, Taube A, Tylleskar T. How to identify information bias due to self-reporting in epidemiological research. *Internet Journal of Epidemiology* 2009; 7: 1–9.

24. Schwarz N. Self-reports: How the questions shape the answers. *Am Psychol* 1999; 54: 93–105. [CrossRef]

Publisert: 18. mars 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0447

Mottatt 27.6.2023, første revisjon innsendt 10.11.2023, godkjent 1.2.2024.

Publisert under åpen tilgang CC BY-ND. Lastet ned fra tidsskriftet.no 2. juli 2026.