

God allmennmedisinsk forskning produserer verdifull kunnskap for allmennlegene. I denne spalten presenterer vi ferske allmennmedisinske doktoravhandlinger. Vi har bedt allmennleger som nettopp har disputert for graden PhD om å svare på følgende spørsmål: Hva er bakgrunnen for prosjektet ditt? • Hvordan ble du engasjert i dette prosjektet? • Hva fant du ut? • Hva betyr resultatene for norske allmennleger? • Hvordan kombinerte du forskning med praksis? • Hvilke råd vil du gi til andre allmennleger som vil forske? • Hvor går veien videre?

Brystsmerter på legevakten

– diagnostikk, behandling og legenes toleranse for risiko

■ ROBERT A. BURMAN

Fastlege og ALIS Vennesla legesenter, ph.d.

Brystsmerter er en hyppig problemstilling både på legevakt og i allmennpraksis, men det kan av og til være en utfordring å skille alvorlig sykdom som iskemisk hjertesykdom fra mindre alvorlig sykdom som brystkasemyalgi, da vi ofte har begrenset med diagnostiske verktøy utenfor sykehus.

Symptomet brystsmerter ser ut til å være et tilnærmet «magisk» begrep for både helsepersonell, pasienter og pårørende, da symptomet ofte vil utløse en form for ryggmargsrefleks, særlig hos helsepersonell, hvor det raskt settes likhetstegn mellom brystsmerter og livstruende (hjerte-) sykdom. Et av aspektene jeg ønsket å undersøke i doktorgradsarbeidet mitt var hvorfor brystsmerter ser ut til ha denne spesielle posisjonen, da vi som legevaktleger og allmennleger ofte ikke har samme ryggmargsrefleks når det står som eksempel magesmerter eller ryggsmarter i timeboken, selv om vi godt vet at dette også er tilstander som potensielt kan representere alvorlig sykdom. Med forskningen min ønsket jeg å skaffe ny viten om hvordan legevaktleger diagnostiserer og behandler pasienter med brystsmerter, og i hvilken grad behandlingen styres av den enkelte leges toleranse for risiko.

Symptomet brystsmerter

Min forskerkarriere startet under medisinstudiet i Bergen, hvor jeg skrev særoppgave om og publiserte en artikkel med to kardiologer i Stavanger. Artikkelen omhandlet i hvilken grad de nye kriteriene for myokardinfarkt fra 2007 påvirket insidensen og klassifikasjonen av hjerteinfarkt ved Stavanger Universitetssykehus. Etter hvert som jeg gradvis tilnærmet meg et klinisk og akademisk liv i allmennmedisin, ble det mer naturlig å utforske muligheten for å forske videre med et allmennmedisinsk

perspektiv. Etter turnustjenesten var jeg så heldig å bli gitt tid og frihet av forskningsleder og professor Steinar Hunskaar ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) til å utvikle et eget ph.d.-prosjekt i en forskerstilling ved senteret. Det ble raskt klart at jeg ønsket å forske på *symptomet* brystsmerter, uavhengig av årsaken til symptomet, da vi som allmennleger oftest forholder oss til symptomer og ikke ferdigdefinerte *diagnoser*.

Triagering

Avhandlingen har bakgrunn i to studier. I den første studien samlet tre AMK-sentraler informasjon om alle medisinske hendelser klassifisert som «rød respons» etter Norsk Indeks for medisinsk nødhjelp (Indeks) i en tremånedersperiode. I den andre studien samarbeidet vi med fire norske legevakter som deltok med innhenting av data, og i denne studien ble 100 unike legevaktleger telefonintervjuet kort tid etter en konsultasjon med en pasient med brystsmerter.

Den første artikkelen fra AMK-studien konkluderte med at akutt situasjoner utenfor sykehus hovedsakelig er medisinske, hvor få er livstruende syke. Fremtidig forskning burde fokusere på triagering ved AMK-sentralene og hvordan helsetjenestene best kan håndtere «hverdags-akuttmedisinen» utenfor sykehus. Den andre artikkelen konkluderte med at de fleste pasientene med akutte brystsmerter ble innlagt på sykehus, men kun en fjerdedel av pasientene ble vurdert utenfor sykehus til å være alvorlig syke. Funnene kastet lys på de utfordringene AMK-sentralene har når det kommer til å bestemme riktig hastegrad for pasienter med akutte brystsmerter. Overtriagering er til en viss grad både forventet og ønsket, i det man ønsker å fange opp alle pasienter som trenger akutt hjelp, men det er også velkjent at overtriagering kan øke belastningen på de knappe ressursene som er tilgjengelig.

Toleranse for risiko

Den første artikkelen fra legevaktstudien konkluderte med at hos under halvparten av brystsmerterpasientene som ble innlagt

fra legevakten var det mistanke om akutt iskemisk hjertesykdom, og kun et fåtall ble gitt akuttbehandling for mistenkt akutt koronarsyndrom. Legene oppga flere andre diagnoser som mulig årsak til pasientenes brystsmerter. Å bestemme riktig hastegradnivå for pasienter med brystsmerter var utfordrende også i legevaktsammenheng, og det er sannsynlig at både over- og undertriage forekommer. Den andre artikkelen konkluderte med at legevaktlegene viste betydelige forskjeller i deres diagnostiske tilnærming, og ikke alle leger diagnostiserte pasienter i tråd med gjeldende retningslinjer og ny kunnskap. Studien fant ingen signifikante forskjeller ved legenes erfaring eller alder da de «risikomotvillige» ble testet mot resten. Analyser av toleranse for risiko viste at alle legene følte at deres risikovurdering var rimelig god og følte seg rimelig trygg på legevakt, men kun 50 prosent var enig i uttalelsen «jeg bekymrer meg ikke for avgjørelser etter jeg har tatt dem». Ved spørsmål som kun omhandlet brystsmerterpasienter, svarte 51 prosent av legene at de bekymret seg for å få klager på seg, 75 prosent var enige i at innleggelse i sykehus kunne medføre at pasienter ble «over-testet», og 51 prosent mente det var mer sannsynlig at de ville legge inn pasienten hvis pasient selv ønsket det. Fremtidig forskning og utdanning bør fokusere på å styrke legenes beslutningskompetanse gjennom undervisning og fokus på risikovurdering og toleranse for risiko.

Støtte fra legesenteret

Med unntak av det første halve året, har jeg under hele doktorgradsarbeidet kombinert 50 prosent forskning med 50 prosent klinisk allmennpraksis, de siste tre årene ved Vennesla legesenter. Jeg har vært privilegert som har opplevd kontinuerlig støtte og tilrettelegging fra mine kolleger ved legesenteret, samtidig som jeg har jobbet tett med et robust faglig miljø ved Nklm i Bergen og forskningsgruppen for allmennmedisin ved UiB. Selv om jeg har vært ansatt i en forskerstilling ved Nklm har jeg også nytt godt av økonomisk støtte fra legeföreningens Allmennmedisinske forskningsfond (AMFF).

Forskning og klinikk

Med min positive erfaring og glede over å være tett tilknyttet et strålende allmennmedisinsk akademisk miljø i Bergen, er det liten tvil om at jeg vil anbefale andre allmennleger å begi seg ut i allmennmedisinsk forskning. Det finnes flere gode inngangsporter til forskning i allmennpraksis i Norge, men jeg vil sterkt anbefale å kontakte et av de fire akademiske allmennmedisinske miljøene tilknyttet universitetene, hvis du har en forskerspire i magen. Norsk forening for allmennmedisin har også egne allmennpraktiker-stipend gjennom Allmennmedisinsk forskningsutvalg. Dette er godt egnet for delfinansiering av mindre forskningsprosjekt, og for dem som har en ph.d. som siktemål, vil Allmennmedisinsk forskningsfond være et aktuelt sted å søke om midler etterhvert. Det er også verdt å nevne at dagens spesialiseringsregler i allmennmedisin muliggjør en kombinasjon av forskning og klinisk praksis uten forsinkelse i spesialiteten. Kombinasjonen 50 prosent forskning og 50 prosent kurativ klinisk praksis har vært fullt ut tellende i min spesialisering, noe som har bidratt positivt til mine ambisjoner om å fullføre doktorgradsarbeidet parallelt med klinisk praksis.

Mersmak

For egen del har ph.d.-arbeidet gitt meg en unik akademisk skoleing, som jeg anser som svært nyttig både i klinisk allmennpraksis, men også i min bijobb som universitetslektor ved UiB og som legevaktoverlege ved Kristiansand legevakt. Per dags dato er det uavklart på hvilken måte og i hvilken type stilling jeg vil fortsette med forskning, men doktorgradsarbeidet har gitt mersmak, og jeg har god tro på at ph.d.-avhandlingen bare er starten på min forskerkarriere. Inntil videre er det sannsynlig at jeg vil få nok utfordringer i tiden som kommer med oppstart av ny null-hjemmel ved Vennesla legesenter i januar, 50 prosent stilling som legevaktoverlege ved Kristiansand legevakt, bistilling som universitetslektor ved UiB, og som leder av ALIS (allmennleger i spesialisering)-utvalget i Allmennlegeforeningen.

Tittel avhandling: «Chest pain out-of-hours. Prospective studies on diagnostics and management in out-of-hours emergency primary health care in Norway».

Disputasdato: 12.06.2015. Veiledere har vært Steinar Hunskaar og Erik Zakariassen. Doktorgradsarbeidet utgikk fra Forskningsgruppen for allmennmedisin ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen.

■ BOBBYBURMAN@GMAIL.COM

Avmakt og NAVmakt – en bekymringsmelding

■ HARALD SUNDBY • Fastlege, Kalveskinnet legesenter, Trondheim

Undertegnede er fastlege, og har vært det i ca. 25 år. Vanligvis praktiserer jeg i Trondheim, men de siste fire måneder har jeg vikariert som fastlege i Grorud-dalen. Denne reisen over Dovrefjell har gjort meg bekymret. Jeg befinner meg med ett i en svær avmaktssituasjon som rett og slett går litt på helsa løs.



ILLUSTRASJONSFOTO: BRAGE ANDRESEN/ANDRMAN/STOCK PHOTO

Vi snakker om økende stressymptomer. Jeg har forsøkt å analysere situasjonen litt. Jeg har kommet fram til at jeg er blitt en *symp-tombærer*. For dette dreier seg ikke om min helse. Dette er ikke mitt eget stress. Det er strengt tatt knapt min egen avmakt. Det er NAVmakt. Mine pasienters NAVmakt og stress.

Problemene tårner seg opp, og det er lite jeg kan få gjort med det. Jeg er fastlege og møter mange mennesker i min arbeidshverdag der slik avmakt gjør seg gjeldende. Mitt første råd til de avmektige er: Del dette med noen du kjenner og stoler på – hvis du har noen. Jeg kjenner ikke dere lesere, men deler likevel. Jeg velger å stole på at min bekymring blir tatt i beste mening:

Vi fastleger er viktige brikker i det som jeg føler meg ganske sikker på er et av verdens beste velferdssystemer. Når det gjelder velferdsordningene knyttet til helse og helsesvikt er fastlegens vurdering og beskrivelse av helseproblemene, behandlingen og konsekvensene av svikten ofte selve

'inngangsbilletten', det være seg sykmeldinger, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd. Det som skjer i fastlegens behandlingsrom legger føringene for saksbehandlingen i NAV. For pasientene, som er dem hele dette systemet er bygget opp for, sier det seg selv at det er overordentlig viktig at kommunikasjonen mellom deres behandler og saksbehandler fungerer smidig, og at misforståelser og konflikter ikke kommer i veien. Ellers kommer pasientene selv ofte ingen vei.

La det med en gang være sagt: Som fastlege har jeg dyp respekt for vår velferdstradisjon, en likeså dyp respekt for NAV og alle som jobber i det systemet. Jeg har opparbeidet mange positive erfaringer der vi samlet har funnet gode løsninger og hjulpet mine pasienter ut av vanskeligheter. Dialogpreget samarbeid har gitt meg mye yrkesglede. Og det finnes også en forventningskrise der ute, om hva velferdsstaten faktisk kan bidra med – og hva NAV kan stille opp med. Gitt slike urealistiske for-