



Felles avsluttende skriftlig deleksamen i medisin høst 2023

Oppsummering av eksamenskommissjonens vurderinger og konklusjoner

1. Oppmøtet ved de ulike studiestedene

Totalt 200 kandidater fra UiB, UiO og UiT gjennomførte Felles avsluttende skriftlig deleksamen i medisin høst 2023. Oppmøtet fordelte seg slik (i prosent):

Stuedsted	Oppmøte
UiB	100 %
UiT	100 %
UiO	99 %
Totalt oppmøte	99,7 %

2. Kvalitetssikring og studentenes tilbakemeldinger

Etter prøven ble det gjennomført psykometriske analyser på resultatene. Analysene viser at prøven samlet sett hadde god reliabilitet (pålitelighet) og en god diskriminerende evne.¹ Prøvens reliabilitet ligger på 0,79, noe som tyder på at oppgavene som inngår jevnt over har høy kvalitet og at prøven inneholdt et høyt antall spørsmål. At prøven hadde god diskriminerende evne, betyr at spørsmålene som inngikk klarte å skille gruppen av de som svarte best fra de som svarte dårligst. Psykometrien viser også at svaralternativene i spørsmålene ble brukt i tilstrekkelig grad til å kunne konstatere at de var gode og realistiske. Samtidig ble det oppdaget utslag som ga grunnlag for vurdering av hvorvidt enkelte spørsmål oppfylte sin funksjon i prøven. Gjennomsnittlig score var 76,8%, og grense for bestått ble satt til 59,27%. Det var stor spredning i oppgavenes vanskelighetsgrad (ut fra hvor mange som svarte riktig). Prøven ble gjennomført som en skoleeksamen hvor ingen hjelpemidler var tillatt.

Fasit med begrunnelser ble lagt ut rett etter at prøven var gjennomført. Studentene fikk tilsendt en e-post med link til fasit samt link til et nettskjema hvor de kunne sende inn tilbakemeldinger på de ulike spørsmålene. Det var åpent for innsending av tilbakemeldinger fra 21. november til og med 29.

¹ Begrepet «diskriminerende evne» baserer seg på den psykometriske analysen. Hele gruppen som besvarer prøven deles i 3 grupper – etter totalscore; gruppe 1 – høyest score, gruppe 2 – middels score og 3- lavest total score. For hver enkelt oppgave beregnes det hvordan disse tre gruppene løser denne oppgaven. Ved høy diskriminerende evne, vil besvarelsene for den enkelte oppgave samsvare godt med totalscore – dvs. gruppe 1 løser denne oppgaven klart bedre enn gruppe 2 som igjen for denne enkeltoppgaven scorer høyere enn gruppe 3.

november. Det ble sendt inn tilbakemeldinger fra alle studiestedene og samtlige tilbakemeldinger ble gjennomgått i sensurmøtet.

3. Endringer i fasit

Grunnlaget for å ta spørsmål ut av oppgavesettet, eller akseptere mer enn ett svar som korrekt, er dels basert på faglig vurdering etter studentenes tilbakemelding og dels utslag i den psykometriske analysen.

Følgende 3 oppgaver ble tatt ut av eksamenssettet etter sensurmøtets gjennomgang av studentkommentarer og psykometriske analyser:

Oppgave 25, Gastroenterologi:

25

NB Fasit ble endret på dette spørsmålet! Opprinnelig fasit er markert med X, poengiving til eksamen er gitt i 2. kolonne

En 25 år gammel mann med kjent ulcerøs colitt gjennom de siste 5 år, får påvist lett økt bilirubin 45 µmol/L (ref <25), lett økt ALP 290 IU/L (ref 40-120) og GT 330 IU/L (ref 35-100). Han er i god form, intet vekttap og hans tarmsykdom gir ham beskjedne plager.

Hva bør være første undersøkelse?

- A Ultralyd av lever og galleveier
En lite ressurskrevende undersøkelse, men den er lite egnet til å gi oversikt over galleganger.
- B MR cholangiografi
Opgaven tas ut jf. sensurmøtet.
- C CT abdomen
Sykehistorie og biokjemi gir klar mistanke om gallegangssykdom (primær skleroserende cholangitt, PSC). MR er non-invasivt og gir god oversikt over galleganger.
- D ERCP (endoskopisk retrograd cholangiopancreatografi)
ERCP er en invasiv undersøkelse som medfører risiko for komplikasjoner.

Studentene mener oppgaven fremstår som uklart da den spør etter «første undersøkelse» og ikke «beste undersøkelse». Sensurmøtet mener studentene bør plukke opp at en ultralyd ikke vil gi noe informasjon om galleganger siden endringene vignetten beskriver er så små, men erkjenner at spørsmålsstillingen til oppgaven er uklart formulert.

Opgaven tas ut pga. uklar formulering.

Oppgave 58, Kardiologi

58

NB Fasit ble endret på dette spørsmålet! Opprinnelig fasit er markert med X, poengiving til eksamen er gitt i 2. kolonne

Du er på legekantoret på vakt og tilser en 57 år gammel mann som ble operert med mitralplastikk for 6 uker siden. Han føler liten framgang etter kirurgi og du tar et EKG som viser atrieflutter med frekvens 140 min^{-1} .

Hvilke(t) tiltak er riktig?

- A Starte med amiodarone, henvise til kardiologisk poliklinikk
- B Starte med betablokker, kontroll om 1 uke på legekantoret
- C Starte med betablokker og DOAK (direktevirkende antikoagulantia), henvise til kardiologisk poliklinikk for elektrokonvertering om 3 uker
Oppgaven tas ut jf. sensurmøtet.

Riktig svar. Pasienten må ha frekvensregulerende behandling og antikoaguleres før elektrokonvertering.

- D Starte med betablokker, øyeblikkelig hjelp-innleggelse på sykehus

Studentene kommenterer at vignetten er mangelfull og at pasienten bør innlegges. Sensurmøtet mener at vignett beskriver en pasient som man må få antikoagulert, men erkjenner at vignett er noe vag og ikke viser hvor dårlig pasienten eventuelt er. Oppgaven tas ut grunnet uheldig formulering.

Oppgaven tas ut pga. uheldig formulering.

Oppgave 130, Thoraxkirurgi

130

NB Fasit ble endret på dette spørsmålet! Opprinnelig fasit er markert med X, poengiving til eksamen er gitt i 2. kolonne

En 22 år gammel pasient ble behandlet for spontan pneumothorax for andre gang på samme side. Du følger pasienten opp og han spør om det foreligger en operasjonsindikasjon i hans tilfelle.

Hvilken informasjon om operasjonsindikasjonen skal her gis?

- A Det foreligger en operasjonsindikasjon først hvis han får pneumothorax for tredje gang på samme side eller en gang på motsatt side
Som regel tilbyr man kirurgi etter første residiv.
- B Det foreligger en operasjonsindikasjon fordi han hadde en spontan pneumothorax to ganger på samme side
Oppgaven tas ut jf. sensurmøtet.

Det er riktig.

- C De fleste pasienter med spontan pneumothorax gjennomgår kirurgi
Oftest er det tilstrekkelig med dreneringsbehandling uten kirurgi.
- D Det foreligger som regel indikasjon for kirurgi ved spontan pneumothorax allerede etter første tilfelle
En god del pasienter med spontanpneumothorax blir operert, men mange behandles også konservativt.

Studentene argumenterer for at dette er en spesialistvurdering. Sensurmøtet er enig i at oppgaven er spesialisert, og at den heller ikke tester resonnerende kunnskap.

Oppgaven tas ut pga. uheldig konstruksjon.

For de følgende oppgavene aksepteres to svaralternativer som korrekt etter sensurmøtets gjennomgang av studentkommentarer og psykometriske analyser:

Oppgave 10, BUP

10

NB Fasit ble endret på dette spørsmålet! Opprinnelig fasit er markert med X, poengiving til eksamen er gitt i 2. kolonne

En 17 år gammel gutt kommer på legevakta med to venner. Han har sterke brystmerter og fremstår rusmiddelpåvirket. Han har vært på russefest der han drakk sprit og etter hvert sniffet masse av et hvitt pulver han ikke visste hva var.

Ved klinisk undersøkelse finner du en agitert ungdom som vandrer rundt, holder seg til brystet og snakker fort. Han har bilateral mydriasis, blodtrykk 140/92 mmHg, regelmessig puls 120 min⁻¹, temperatur 38,2°C. Normale funn ved klinisk undersøkelse av hjerte, lunger og abdomen.

I tillegg til alkohol, hvilket rusmiddel er det mest sannsynlig at gutten er påvirket av?

A X 1 Kokain

Rett svar.

Kokain vil gi en akutt sentralstimulerende ruspåvirkning som beskrevet i vignetten og er et rusmiddel som i all hovedsak inntas via sniffing. Kokainforgiftning gir ofte symptomer fra hjerte- og karsystemet. Kokain kan gi spasmer i koronarkar med ledsagende brystmerter i forbindelse med iskemi i hjertemuskulatur. Kokain blir mest riktig svar siden alle symptomer kan forklares med en slik påvirkning og administrasjonsmåten som oftest er intranasalt via sniffing.

B 1 MDMA/ Ecstasy

Oppgaven får 2 korrekte svaralternativ jf. sensurmøtet.

Feil svar.

Gutten har symptomer akutt sentralstimulerende ruspåvirkning (mydriasis, økt aktivitet, forhøyet kroppstemperatur, økt puls og blodtrykk). MDMA/ecstasy er et sentralstimulerende stoff som vil gi en sympatikusaktivering som beskrevet her. Imidlertid er MDMA/ecstasy et rusmiddel som i all hovedsak tas i pille- eller tablettform, og som sjeldent sniffes. Det gjør dette alternativet mindre sannsynlig.

C 0 Heroin

Feil svar.

Heroin er et opiod med kraftig sederende virkning. Opioidpåvirkning gir bilateral miose. En heroinpåvirket ungdom vil ha små pupiller og være slapp/sløv. Heroin utgjør en fare ved at overdosering kan lede til demping av respirasjonsrytmen/-drive og påfølgende hypoksi og ev. død.

D 0 Cannabis

Feil svar.

Cannabis er hovedsakelig et rusmiddel med sederende og hallusinogen virkning, selv om noen typer også kan gi stimulerende effekter. Pupillene ved cannabispåvirkning er ofte med normal størrelse og lysreaksjon, men flere typer cannabis gir konjunktival injeksjon. Det er sjeldent cannabis sniffes.

Studentene påpeker i sine kommentarer at både MDMA/ecstasy og kokain gjerne inntas i pulver- og krystallform. Sensurmøtet er enig med studentene i dette og godkjenner både alternativ A og alternativ B som korrekte svar på denne oppgaven. Oppgaven får to korrekte svar grunnet uheldig formulering.

Både alternativ A og B godtas som riktige svar.

Oppgave 59, Kardiologi

59

NB Fasit ble endret på dette spørsmålet! Opprinnelig fasit er markert med X, poengiving til eksamen er gitt i 2. kolonne

En 62 år gammel mann oppsøker deg som allmennlege på grunn av bekymring for å utvikle hjerte- og karsykdom. Han er ikke-røyker og normotensiv (130/70 mmHg). Han er bekymret fordi han på bedriftslegeundersøkelsen fikk påvist økt verdi av Lipoprotein(a) til 550 mg/L (ref <300). Det var tilfredsstillende verdier for:

Prøve	Aktuell verdi	Referanseverdi
S-kolesterol	4,8 mmol/L	3,9-7,8
S-HDL-kolesterol	1,0 mmol/L	0,8-2,1
S-LDL-kolesterol	2,5 mmol/L	2,0-5,4

Han har ett kjent tilfelle av hjertekarsykdom i familien; mormor døde av hjerteinfarkt 75 år gammel. **Hvilket tiltak er i tråd med Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av hjerte- og karsykdom?**

- A Henvise til lipidpoliklinikk
- B Gi råd om kosthold og fysisk aktivitet
Oppgaven får 2 korrekte svaralternativ jf. sensurmøtet.
- C Ingen spesifikke tiltak
Han har en lav NORRISK2 skår (6%) og Lipoprotein(a) er under 700 (og har derfor ikke klinisk betydning). NORRISK2-kalkulator finnes her: <http://hjerterisiko.helsedirektoratet.no/> - <http://hjerterisiko.helsedirektoratet.no/>
- D Starte behandling med statin

Studentene argumenterer for at det aldri er feil å gå råd om kosthold til pasienter. Sensurmøtet mener at denne pasienten har veldig lav risiko i utgangspunktet og at ingen spesifikke tiltak da er korrekt, men støtter studentenes argumentasjon og erkjenner at oppgaven burde ha vært formulert på en annen måte. Både alternativ B og C godkjennes som korrekte svar på denne oppgaven grunnet uheldig formulering.

Både alternativ B og C godtas som riktige svar.

Oppgave 71, Karkirurgi

71

NB Fasit ble endret på dette spørsmålet! Opprinnelig fasit er markert med X, poengiving til eksamen er gitt i 2. kolonne

En 45 år gammel mann som nylig er operert for cancer coli, innkommer akuttmottaket med akutte smerter i høyre underekstremitet. Smertene har vart i 2 timer. Han er under onkologisk behandling. Han har blodtrykk på 150/85 mmHg og puls på 95 min⁻¹ (regelmessig). Underekstremiteten er kjølig fra midt på leggen og distalt, avbleket, med forsinket kapillærfyllning og opphevet venefyllning. Motorikken i ankelen er normal, likeledes sensibiliteten i legg og fot, men han har redusert sensibilitet og motorikk i stortåen. Han har puls i lysken, men ikke distalt for det. EKG er normal og det tas blodprøver. Du forordner smertestillende og væske intravenøst, og lavmolekylært heparin (Fragmin®) 5000 E subkutant.

Hva er viktigste tiltak for pasienten nå?

- A 0** Forordne smerteregime, væske intravenøst, lavmolekylært heparin intravenøst, og bestille CT angiografi til neste morgen
Det bør gjøres snarlig CT angiografi og deretter oppstart av endovaskulær trombolyse eller åpen operasjon med trombektomi/embolektomi.
- B 1** Kontakte karkirurgisk vakthavende for hasteoperasjon og melde ham til operasjonsstua
Oppgaven får 2 korrekte svaralternativ jf. sensurmøtet.
Det er tid til å gjøre billeddiagnostikk. Dette bør gjøres før intervensjon/operasjon for best mulig planlegging av inngrepet.
- C X 1** Be om akutt CT angiografi og kontakte karkirurg med tanke på snarlig intervensjon eller operasjon
Det bør gjøres snarlig CT angiografi og deretter oppstart av endovaskulær trombolyse eller åpen operasjon med trombektomi/embolektomi.
- D 0** Forordne smerteregime, væske intravenøst, lavmolekylært heparin intravenøst, og bestille MR angiografi til neste morgen
Det haster med å få revaskularisert benet. Det er for lang tid å vente til neste morgen med MR angiografi. Sannsynligvis vil det ta lengre tid å få MR angiografi enn CT angiografi.

Studentene argumenterer for at bildediagnostikk ikke skal forsinke forløp og vil melde pasienten til snarlig operasjon. Sensurmøtet mener at man her må ha en kartlegging av kar før man kan gjøre et inngrep, men erkjenner at det ikke er stor forskjell mellom alternativ B og C rent praktisk. Både alternativ B og C godkjennes som korrekte svar på denne oppgaven grunnet uheldig formulering av svaralternativer.

Både alternativ B og C godtas som riktige svar.

Sensurmøtet har gjort følgende vurdering av oppgavene som har fått studentkommentarer:

Oppgave #2

Oppgaven har ett tydelig riktig svar. Oppgaven blir stående uendret.

Oppgave #3

Vignett legger opp til ett tydelig riktig svar. Oppgaven blir stående uendret.

Oppgave #5

Oppgaven anses som en god oppgave og blir stående uendret.

Oppgave #6

Ut fra vignett er det tydelig at pasienten skal henvises hudlege. Oppgaven blir stående uendret.

Oppgave #11

Oppgaven blir stående uendret. Sensurmøtet mener det er klart at denne pasienten skal henvises.

Oppgave #12

Studentene kommenterer at svaralternativene ikke passer med gjeldende anbefaling for bisfosfonater og viser til at Legemiddelhåndboken anbefaler 5 års behandlingsvarighet. I den norske behandlingsveilederen publisert på Helsebiblioteket, i tråd med europeiske retningslinjer, er behandlingsvarighet 10 år ved fortsatt lav T-skår etter 5 års anbefalt behandling. Sensurmøtet mener det er en god oppgave i tråd med gjeldende behandlingsanbefalinger, men erkjenner usikkerheten oppgaven kan ha medført da rådet om behandlingspause etter 5 år vil gjelde mange pasienter. Oppgaven beholdes uendret, men kommentar til korrekt svar i fasit revideres til det følgende:

Bisfosfonater er meget hyppig brukt i behandlingen av osteoporose. Bisfosfonattabletter er ikke anbefalt å bruke mer enn 10 år pga. økt risiko for kjevenekrose og atypiske lårskaffbrudd. Risiko for slike komplikasjoner er knyttet til behandlingens lengde, dose og behandlingens intensitet. De forekommer svært sjelden ved peroral behandling med varighet under 10 år. Selv om 5 års behandlingsvarighet ofte anbefales, tilsier retningslinjer at de med lav T-skår etter 5 år, anbefales ytterligere 5 års behandling, dvs. totalt 10 år.

Oppgave #13

Oppgaven anses som god, men vanskelig. Sensurmøtet mener dette er en vanlig problemstilling som ikke skal henvises. Oppgaven blir stående uendret.

Oppgave #14

Vurderes som en vanskelig, men fin oppgave. Oppgaven blir stående uendret.

Oppgave #15

Oppgaven anses som grei og blir stående uendret. Pasienten som vignetten beskriver er ikke videre plaget av sine symptomer.

Oppgave #18

Studentene mener det er en spesialisert oppgave. Sensurmøtet mener det er en vanlig problemstilling man møter i allmennpraksis. Oppgaven blir stående uendret.

Oppgave #19

Flere studenter argumenterer for at det er vanskelig å skille mellom rumpert cyste og torkvert adneks og at det slik bør godkjennes to svaralternativer som korrekt. Sensurmøtet mener at oppgaven har ett tydelig beste svar. Oppgaven blir stående uendret.

Oppgave #20

Studentene argumenterer for at ulipristalacetat kan tilbys inntil 5 døgn som nødprevensjon. Sensurmøtet mener at det er ett tydelig beste svar som også er godt beskrevet i kommentar til fasit. Oppgaven blir stående uendret.

Oppgave #21

Oppgaven anses som vanskelig, men korrekt. Det er for tidlig å teste på antigen allerede i uke 3, her må man vente med å ta avføringsprøve. Oppgaven beholdes uendret.

Oppgave #23

Studentene påpeker korrekt at vignett ikke sier noe om hvor stort vekttapet har vært eller over hvor lang tid det har pågått. Sensurmøtet mener allikevel at oppgaven har ett tydelig beste svar. Oppgaven beholdes uendret.

Oppgave #24

Studentene mener det er en uklar oppgave som ikke har et fullgodt riktig svaralternativ. Sensurmøtet mener at her bør man utgreie for cøliaki, og da er det ett tydelig beste svar. Oppgaven beholdes uendret.

Oppgave #35

Vurderes som en vanskelig, men fin oppgave. Oppgaven blir stående uendret.

Oppgave #39

Flere studenter har kommentert at det er en ufullstendig oppgave med ufullstendige svar. Sensurmøtet mener det er en god oppgave med ett tydelig beste svar. Her er det en eldre pasient hvor man må tenke på alvorlige komplikasjoner relatert til opphopning av medikament, der langsom nedtrapping er essensielt. Oppgaven beholdes uendret.

Oppgave #41

Studentene argumenterer for at det også er viktig å få avklart en eventuell tyreotoksisk krise. Sensurmøtet mener at oppgaven har ett tydelig beste svar og beholdes uendret.

Oppgave #43

Studentene argumenterer for at når benmargsbiopsien viser plasmaceller så er det forenlig med myelomatose og at det da bør godkjennes to svaralternativer som korrekt. Sensurmøtet anerkjenner at det er en vanskelig oppgave, men mener det er ett tydelig beste svar og oppgaven er korrekt som den står. Kommentartil korrekt svaralternativ i fasit er dog noe vag, da histologi for en eventuell IgM myelomatose kjennetegnes av at den overveiende viser tumoraktig vekst av plasmaceller. Oppgaven beholdes uendret, men kommentar til korrekt svar i fasit revideres til det følgende:

Hos en eldre person som utvikler slapphet, vekttap, anemi og trombocytopeni bør man vurdere om kreftsykdom kan være årsak. Serum elektroforese viste en monoklonal komponent av typen IgM-kappa. IgM M-komponenter ser man primært ved Waldenströms makroglobuliemi (også kalt lymfoplasmacyttisk lymfom LPL). IgM MGUS ville vært det beste alternativet dersom pasienten ikke hadde hatt cytopenier og ellers hadde vært frisk. IgM myelomatose er svært sjelden, men forekommer –

men histologien ville da **overveiende** vist plasmaceller. Marginalsonelymfomer kan også gi IgM type M-komponent, men tumorcellene her vil være lymfocytter uten plasmacelledifferensiering.

Oppgave #45

Studentene argumenterer for at kreftpasienter ifølge NEL skal behandles med heparin fremfor DOAK. Sensurmøtet anser at oppgaven er i tråd med retningslinjene som er DOAK foran warfarin og heparin. Oppgaven blir stående uendret.

Oppgave #46

Oppgaven vurderes som grei blir stående uendret.

Oppgave #49

Sensurmøtet er enig i at det er en noe vanskelig oppgave grunnet pasientens IgA-mangel, men mener oppgaven er fin som den er med ett tydelig beste svar. Oppgaven beholdes uendret.

Oppgave #50

Oppgaven anses som en god oppgave og blir stående uendret.

Oppgave #53

Oppgaven anses som god, men vanskelig. Oppgaven blir stående uendret.

Oppgave #54

Studentene gir tilbakemelding om utydelig bilde. Sensurmøtet er enig i at bildet kunne ha hatt større oppløsning, men mener det likevel kommer klart frem at det er splintblødninger. Oppgaven beholdes uendret.

Oppgave #60

Studentene mener at pasienten bør transporteres slik at PCI kan gjennomføres. Sensurmøtet vurderer oppgaven som en fin oppgave og at, forholdene tatt i betraktning, så er trombolyse beste behandling for denne pasienten. Beholdes uendret.

Oppgave #61

Studenter kommenterer at man bør forsøke oppstart av en eller to medisiner for å unngå polyfarmasi hos eldre. Sensurmøtet mener at denne typen pasienter skal behandles med «full pakke» (som i dette tilfellet er SGLT2-hemmer, aldosteronantagonist og betablokker) så lenge EF ikke overskrider 50%, og at retningslinjer understøtter dette. Oppgaven beholdes uendret, men kommentar til korrekt svar i fasit revideres til det følgende:

Da det ikke er opplysninger om stuvning, ødem og natrium er normal, er det ingen tegn på overvæsking. Diuretika gir ingen livsforlengende gevinst og er ikke indisert her. Pasienten vil ha både prognostisk og symptomatisk gevinst av betablokker, SGLT2-hemmer og mineralkortikoid reseptorantagonist/aldosteronantagonist (om den tolereres nyremessig) i tillegg til ACE-hemmeren hun allerede står på. Det finnes god evidens for at SGLT2-hemmere reduserer forekomsten av kardiovaskulære og renale endepunkter i denne situasjonen, men per 21.11.2023 vil en pasient med hjertesvikt og EF >40% ikke ha rett til å få slikt medikament foreskrevet på blåresept.

Oppgave #66

Studentene argumenterer for at det er feil i fasit, og at det kliniske bildet kan peke mot flere svaralternativer, da særlig atrieflimmer. Sensurmøtet vurderer det som en fin oppgave som tydelig viser atrieflutter. Atrieflimmer er kjennetegnet av uregelmessig – uregelmessig rytme, atrieflutter kjennetegnes av uregelmessig – regelmessig rytme (t.d. 2-1, 3-1, 4-1 osv.). I tillegg er det negative p-bølger på EKG som utelukker atypiske atrieflutter. Oppgaven beholdes uendret.

Oppgave #67

Studentene mener oppgaven er for detaljer. Sensurmøtet mener oppgaven er korrekt i henhold til guidelines og tester kunnskap en nyutdannet lege er forventet å kunne. Beholdes uendret.

Oppgave #68

Sensurmøtet er til dels enig i tilbakemelding fra student om at korrekt svaralternativ i utgangspunktet ikke er en behandling og at spørsmålsformulering kunne ha vært formulert annerledes, men behandling kan også være konservativ. Oppgaven blir stående uendret, men sensurmøtet noterer at det ikke var en optimal formulering.

Oppgave #69

Oppgaven anses som en fin oppgave, men med noe lange svaralternativer. Beholdes uendret.

Oppgave #70

Studentene argumenterer for at pasienten ikke kan ha RAAA i og med at pasienten ikke er sirkulatorisk påvirket. Sensurmøtet mener at man ofte ser fluktuering i hvor påvirket pasientene er. Ved et RAAA så haster det veldig, og det at pasienten har besvimt gjør at dette må mistenkes og avklares før man gjør noe annet. Oppgaven beholdes uendret.

Oppgave #73

Oppgaven har ett tydelig riktig svar. Oppgaven blir stående uendret.

Oppgave #77

Oppgaven fremstår med ett tydelig beste svar og med god diskriminerende evne. Blir stående uendret.

Oppgave #79

Oppgaven anses som en grei oppgave med et godt poeng om at pasienter ofte strever med inhalasjonsteknikk. Beholdes uendret.

Oppgave #80

Sensurmøtet mener det er en noe vanskelig, men god oppgave om normal spirometri som ikke trenger videre oppfølging. Beholdes uendret.

Oppgave #85

Sensurmøtet vurderer oppgaven som god, og mener det er viktig at hypokalemi er noe man skal være obs på ved bruk av diuretika. Oppgaven blir stående uendret.

Oppgave #86

Oppgaven anses som en fin oppgave med ett tydelig beste svar. Beholdes uendret.

Oppgave #89

Oppgaven vurderes som vanskelig, men god og blir stående uendret.

Oppgave #90

Oppgaven vurderes som vanskelig, men god og blir stående uendret.

Oppgave #91

Studentene mener oppgaven er spesialistisk. Sensurmøtet mener det er en vanskelig, men god oppgave. Beholdes uendret.

Oppgave #93

Studentene mener at pasienten burde henvises nefrolog. Sensurmøtet mener det er en noe vanskelig oppgave, men at her bør studentene se på helheten for pasienten. Pasienten har en stabil kronisk nyresykdom uten symptomer og prøver som trenger korreksjon. Det vil ikke være noen klinisk nytteverdi for pasienten med ytterligere tiltak, fastlegen kan følge pasienten til det eventuelt skjer endringer. Oppgaven blir stående uendret.

Oppgave #96

Studentene mener at karpaltunnelsyndrom også bør godkjennes som korrekt svar. Sensurmøtet mener at her bør man plukke opp at pasientens utfordringer sitter høyre oppe. Oppgaven blir stående uendret.

Oppgave #101

Oppgaven vurderes som noe vanskelig, men den diskriminerer godt og har ett tydelig korrekt svar. Beholdes uendret.

Oppgave #104

Sensurmøtet mener oppgaven dreier seg om målrettet undersøkelse som gjøres av fastlegen og at man må unngå overutredning. Laterale smerter som øker etter gange tilsier at det her er noe som henger sammen. Beholdes uendret.

Oppgave #109

Sensurmøtet mener dette er en riktig og relevant oppgave. Det er variasjon i søvnmønster som er forenlig med en depresjon. Beholdes uendret.

Oppgave #117

Flere studenter mener at pasienten her skal innlegges. Sensurmøtet ønsker å presisere at innleggelse for denne typen problemstilling er gammeldags, og at dette løses av ambulante akutteam i spesialisthelsetjenesten.

Oppgave #119

Sensurmøtet mener dette er en god oppgave som er velbegrunnet. Oppgaven blir stående uendret.

Oppgave #122

Vurderes som en god oppgave og beholdes uendret.

Oppgave #123

Sensurmøtet mener dette er en vanlig klinisk problemstilling med ett tydelig korrekt svar, men noterer seg at svaralternativene er lange og omfattende.

Oppgave #127

Studentene kommenterer at fraværet av feriepenger i vignett var forvirrende. Sensurmøtet mener oppgaven dreier seg om en klinisk veldig relevant problemstilling, med ett tydelig beste svar. Oppgaven beholdes uendret.

Oppgave #129

Vurderes som en god oppgave med et tydelig beste svar, og blir stående uendret. Sensurmøtet mener at for denne pasienten er det absolutt viktigste tiltaket å få ordnet med transport, og korrekt svaralternativ er det eneste som inneholder dette momentet.

Oppgave #133

Vurderes som en noe vanskelig, men grei oppgave med et tydelig beste svar, og blir stående uendret.

Oppgave #135

Vurderes som en fin oppgave med et tydelig beste svar. Vanlig problemstilling som man møter som allmennlege. Korrekt svar er også velbegrunnet i fasit, så oppgaven blir stående uendret.

Oppgave #138

Vurderes som en god oppgave med ett tydelig beste svar og beholdes uendret.