



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTET

Ordinær eksamen, MEDSEM10, grunnstudiet i medisin – vår 2013

Fredag 21. juni 2013, kl. 9.00-14.00

Oppgavesettet består av 9 sider (samt skjema "Legeerklæring om dødsfall/ melding om unaturlig dødsfall" til oppgave 1, som deles ut i eksamenslokalet sammen med oppgavesettet)

Viktige opplysninger:

Hjelpemidler: kalkulator av typen Citizen SR-270X

Oppgavesettet består av tre fagområder:

Rettsmedisin (oppgave 1 og 2)

Allmenntilleggsmedisin (oppgave 3, 4 og 5)

Samfunnsmedisin (oppgave 6, 7 og 8)

Vi ber dere ta et nytt ark for hver oppgave fordi det er flere personer som skal rette de ulike oppgavene

Rettsmedisin

Oppgave 1

En 75 år gammel mannlig diabetiker får ved en thoraxkirurgisk avdeling innsatt en mekanisk aortaventil. Inngrepet og den første postoperative fase forløper helt ukomplisert. Etter å ha blitt observert i fin form fram til kl 23 tredje postoperative dag, finnes pasienten død på gulvet på toalettet tilknyttet hans enerom kl 07 neste morgen. Vakthavende lege finner at det er begynnende dødsflekker, men ingen dødsstivhet. Legen journalfører et «3 cm langt kutt» i bakhodet, før hun løper til avdelingens morgenmøte og rapporterer det inntruffne. På morgenmøtet oppstår en diskusjon om når døden kan ha inntruffet og om hvordan avdøde kan ha pådratt seg «kuttet» i bakhodet. En av overlegene mener det bør rekvireres sykehusobduksjon (medisinsk obduksjon) ved sykehusets avdeling for patologi. Man lurer også på hvem som skal fylle ut dødsattesten (legeerklæring om dødsfall).

Ta stilling til følgende spørsmål:

- a) **Gjør rede for hvordan de nevnte funnene på liket kan benyttes til å si noe om dødstidspunktet.**

- b) Hva er den korrekte norske betegnelse på en gjennomgående hudskade (åpent sår) forårsaket av fall mot en hard flate (f eks et gulv), og hvilke karakteristika har en slik skade?
- c) Gjør rede for det lovmessige grunnlaget for både sykehusobduksjon (medisinsk obduksjon) og rettsmedisinsk obduksjon (sakkyndig likundersøkelse).
- d) Gi legene på morgenmøtet en begrunnet veiledning om hvorvidt dødsfallet skal meldes til politiet.
- e) Gi legene på morgenmøtet en begrunnet veiledning vedrørende hvem som er ansvarlig for å fylle ut dødsattest (legeerklæring om dødsfall) i dette tilfellet.
- f) Ved den påfølgende obduksjon påvises uttalt coronar atherosclerose med en fersk trombe i LAD og helt ferske hjerteinfarktforandringer i myocard. De postoperative forhold ved aortaventilen er upåfallende, og det påvises ikke skallebrudd eller intrakraniell blødning.

Fyll ut vedlagte dødsattest fra feltet "Oppllysning om dødsårsaken" og nedover.
(Undertegn med navnet "Dr. Doktor", ikke med ditt eget navn!)

"Legeerklæring om dødsfall/melding om unaturlig dødsfall" skjema leveres ut sammen med eksamensoppgavesettet i eksamenslokalet.

Oppgave 2

Som legevaktslege blir du av bydelspolitiet bedt om å bistå ved funn av et hittil uidentifisert lik. Liket ligger på gulvet i en blokkeilighet. Det opplyses at den enslige beboeren sist ble sett i live ca 14 dager tidligere. Rikelig post finnes i leilighetens postkasse.

- a) **Likets hud er grønnlig misfarget med tallrike blæredannelser av varierende størrelse. Fra munn og nese har det åpenbart rent noe rødbrun væske. Gjør rede for mulige årsaker og mekanismer bak disse forandringene.**

- b) **Nevn hvilke metoder man har tilgjengelig for identifisering av liket ved en rettsmedisinsk obduksjon.**

Allmenntmedisin

Oppgave 3

Du jobber som fastlegevikar i en storbypraksis.

På morgenen har mor til Thea, 14 år, ringt for å få en akutttime til datteren. På telefonen har hun fortalt legesekretæren at Thea har fått så vondt i magen. "Akutte magesmerter" er skrevet som opplysning i kommentarfeltet til Theas time.

Thea kommer sammen med mor til timen hun har fått litt utpå dagen. Du registrerer at hun er en normalt slank 14 år gammel jente. Hun er litt blek, og går lett framoverbøyd.

Thea setter seg i stolen foran deg, og vil ha moren tett inntil seg.

Mor forteller at Thea hadde vært på karatetrening kvelden før, og magesmertene startet i 23-tiden.

a) Hvilke anamnesticke spørsmål vil du stille videre for å danne deg et best mulig bilde av Theas aktuelle tilstand?

b) Hvilke undersøkelser og eventuelle tilleggsprøver vil du utføre ved dagens akutttime?

For 1a) og 1b) skal svarende gis i prioritert rekkefølge ut fra den gitte situasjonen.

I løpet av konsultasjonen gir Thea uttrykk for at smertene er sterke. Mor ber om at Thea får noe smertestillende.

c) Gjør rede for din vurdering av å gi analgetika til pasienter med akutte magesmerter.

d) Hva slags funn vil du karakterisere som "røde flagg" hos en pasient med akutt abdomen?

Oppgave 4

Du er fastlege i Engerdal og blir oppsøkt av en 65 år gammel mannlig gårdbruker som forteller at han de siste 3 månedene har hatt vondt i høyre hofte og høyre lyske. Smertene kommer særlig etter at han har gått og stått lenge, og når han reiser seg etter å ha sittet i ro.

- a) Hva tenker du er den mest sannsynlige diagnosen?
- b) Nevn noe alternative diagnoser som kan være aktuelle i dette tilfellet.
- c) Hva spør du pasienten om ved den første konsultasjonen?
- d) Hvilke undersøkelser gjør du på legekantoret?
- e) Hvilke henvisninger kan være aktuelle (begrunn svaret) ?

En måned senere kommer pasienten tilbake til deg. Han har vært i Elverum på røntgen av hoften som viste moderat hoftelddsartrose i høyre hofte. For øvrig normale funn på de undersøkelsene du bestilte for en måned siden. Han synes smertene er blitt litt bedre siden sist.

- f) Hvilke råd gir du og hvilke behandlingstiltak overveier du?
- g) Når kan det være aktuelt å sette inn en totalprotese i hoften ved hoftelddsartrose?

Oppgave 5

En mor kommer til fastlegen med sin ett år gamle gutt fordi han de siste ukene har fått et kløende utslett i huden i ansiktet og på armer og ben. Gutten virker ellers frisk.

a) Hva er den vanligste formen for eksem i denne aldersgruppen? Angi prevalensen i % for barn og unge (innenfor en feilmargin på +/- 50 % av fasit) for denne eksemformen.

b) Hva vil du spørre moren om for å komme nærmere diagnosen?

c) Hva er de typiske kliniske funnene ved eksemformen som her er mest sannsynlig? Vil du gjøre noen supplerende undersøkelser for å stille diagnosen? Begrunn svaret.

Du vurderer eksemet til å være av moderat grad.

d) Hvilke behandlingsråd vil du gi moren?

Moren har også en del spørsmål om matvareallergi, og hun lurer på om barnet bør ta en allergitest.

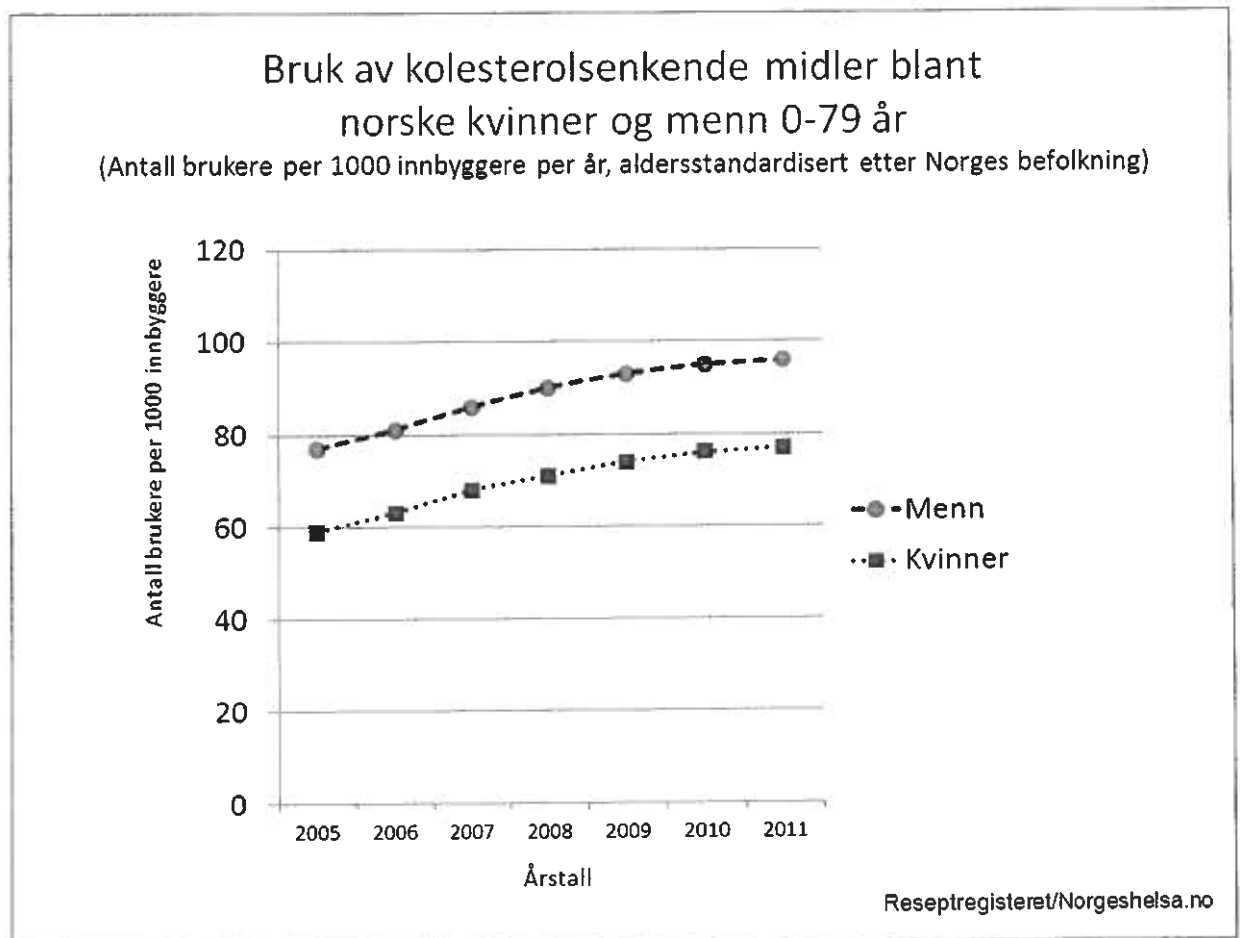
e) Når vil du anbefale allergiutredning hos barn med eksem? Hvilke undersøkelser kan være aktuelle? Forklar hvilke konsekvenser en slik test vil kunne få.

Noen uker senere kommer mor og sønn tilbake. Eksemet hadde først blitt mye bedre med behandlingen du anbefalte, men nå er det blitt mer hissig, det væsker en del, og det er gule blemmer.

f) Hva er den mest sannsynlige årsaken til forverrelsen? Hvilke tiltak vil du gjøre?

Samfunnsmedisin

Oppgave 6



- Hvilket type mål er 'Antall brukere per 1000 innbyggere'?
- Kommenter hva figuren viser
- Nevnt mulige forklaringer for økningen fra år 2005 til 2011?
- I 2011 var det 339 brukere per 1000 innbyggere i aldersgruppen 65-69 år. Gi argumenter for og imot om disse tallene tyder på overbehandling
- Hva er medikalisering?

Oppgave 7

Du er turnuslege i allmennpraksis, og din pasient er en 55 år gammel mann som har forhøyet kolesterol. Han spør om han skal få medikamentell behandling med statin for det. Han har ingen kjent hjerte-kar sykdom, røyker ikke, har en BMI på 26 og har ingen familieopphopning av hjerte-kar sykdom. Du er usikker på effekten av slik medisin hos denne pasientgruppen og ønsker å finne ut av kunnskapsgrunnlaget.

a) Definer et PICO spørsmål for problemstillingen:

P:
I:
C:
O:

b) Hvilket studiedesign er best egnet til å gi svar på problemstillingen (kryss av)?

A: Randomisert kontroll studie (RCT)	<input type="checkbox"/>
B: Registerstudie	<input type="checkbox"/>
C: Tverrsnittstudie	<input type="checkbox"/>
D: Case-kontroll studie	<input type="checkbox"/>

c) Hvilke databaser bør du søke først når du nå vil finne svar på spørsmålet ovenfor? (angi 3 ulike databaser)

Oppgave 8

- a) Hva er "en oppfølgingsplan" i sykmeldingsarbeidet til NAV?
- b) Når i sykmeldingsforløpet skal den første oppfølgingsplanen lages?
- c) Etter hvor mange ukers sammenhengende sykmelding kreves det arbeidsrettet aktivitet, dvs. selv om man er sykmeldt?

Det medisinske fakultet, Oslo,

Signatur leder av eksamenskommissjon

Sensorveiledning ordinær eksamen 10. semester – vår 2013

Rettsmedisin

Oppgave 1.

- a) Dødsflekkene kommer vanligvis til syne ½-2 timer etter døden og er da lett synlige i øreflippene og på sidene av halsen. I begynnelsen er flekkene spredt og svakt farget, men etter noen timer flyter de sammen til større flater og blir mørkere. Gradvis blir flekkene fiksert, og etter 12-24 timer vil de bare flytte seg langsomt og i liten grad hvis likets leie forandres. Dødsflekkene skyldes at blodet etter døden renner ned i de mest deklive kapillærer og små vener.

Dødsstivheten inntreffer vanligvis etter 2-5 timer, avhengig av temperaturen i omgivelsene. Dødsstivheten kommer tidligere hos et lik som ligger i et varmt rom eller dekket av sengetøy e.a. Dødsstivheten kjennes vanligvis først i halsens muskler og brer seg til tyggemusklene og andre ansiktsmuskler, videre til kroppen, deretter armer og ben. Dødsstivheten skyldes en biokjemisk prosess i musklene: Musklenes innhold av ATP (adenosintrifosfat) faller under et visst nivå, og dette påvirker actomyosinet.

Funn av begynnende dødsflekker innebærer således at døden inntraff minst ca 1/2 time før liket ble funnet, men ikke tidligere enn ca 2 timer tidligere, siden dødsstivheten ikke har inntrådt.

- b) *Knusningsrift*. Denne er karakterisert ved:

- at den er sårskade med vevsdefekt gjennom huden, eventuelt også underhuden og dypere vev
- at kantene ofte er takkete og ujevne
- at riften kan være rett, men er ofte bue-, bølge-, vinkel- eller stjerneformet
- at det kan være hudavskrapning inntil sårkanten og blødning i vevet inntil skaden i dybden
- at det ofte er ujevn dybde og tversgående broer av bindevev og blodkar mellom sårveggene

- c) En sykehusobduksjon («medisinsk obduksjon») foretas med hjemmel i Lov om transplantasjon, sykehusobduksjon og avgivelse av lik m.m. §7 («Av medisinske grunner kan foretas obduksjon av den som er død i sykehus, sykestuer, fødestuer og sykehjem eller av den som er brakt død til slik institusjon. Obduksjon kan dog ikke foretas når avdøde eller hans nærmeste har uttalt seg mot det, eller det er grunn til å anta at et slikt inngrep vil være i strid med avdødes eller hans nærmestes livssyn eller andre særlige grunner taler mot det. Obduksjon kan ikke foretas før avdødes nærmeste er blitt

underrettet om dødsfallet, og det er gått 8 timer etter dødens inntreden. Foreligger samtykke fra avdøde eller hans nærmeste, kan obduksjon utføres tidligere. Når det av særlige grunner er nødvendig å få brakt dødsårsaken på det rene uten opphold, kan obduksjon foretas uten hensyn til disse vilkår.»). Samme lovs § 8 sier at obduksjon etter § 7 ikke må foretas når det er grunn til å anta at rettsmedisinsk obduksjon vil bli begjært.

En rettsmedisinsk obduksjon (sakkyndig likundersøkelse) foretas med hjemmel i Straffeprosesslovens § 228 («*Sakkyndig likundersøkelse skal foretas når det er grunn til mistanke om at noens død er voldt ved en straffbar handling. Påtalemyndigheten kan også ellers beslutte at det skal foretas sakkyndig likundersøkelse når dødsårsaken er uviss og særlige forhold krever slik undersøkelse. Kongen gir nærmere forskrifter om sakkyndig likundersøkelse, herunder i hvilke tilfeller slik undersøkelse bør foretas.»*). Forskriften finnes i påtaleinstruksens kapittel 13 (se evt <http://www.lovdato.no/for/sf/jd/td-19850628-1679-023.html>), som omhandler de tilfeller der politiet skal, hhv bør anmode om slik undersøkelse.

d) Dødsårsaken er uviss, døden må antas å ha inntrådt plutselig og uventet, og pasienten må antas å ha vært alene i dødsøyeblikket. Dødsfallet kan skyldes en ulykke (fall med påfølgende hodeskade). Dødsfallet har skjedd under pågående medisinsk behandling. Det er således flere momenter som hver for seg gjør at dette er å betrakte som et unaturlig dødsfall.

Plikten til å melde dødsfall som det er grunn til å anta er unaturlige er hjemlet i Helsepersonellovens §36. Meldepliktige dødsfall er nærmere spesifisert i Forskrift om legers melding til politiet om unaturlige dødsfall o.l. av 21.12.2000, som harmonerer med Straffeprosesslovens §228 og med den såkalte påtaleinstruksen (Forskrift om ordningen av påtalemyndigheten) som instruerer politiet om når et unaturlig dødsfall skal føre, hhv bør føre til at rettsmedisinsk obduksjon utføres.

e) Den lege som har med dødsfallet å gjøre, i dette tilfelle vakthavende lege, har plikt til å fylle ut dødsattest (Legeerklæring om dødsfall/melding om unaturlig dødsfall), også om dødsårsaken er ukjent. Dette er hjemlet i Helsepersonellovens §36 ("Leger skal gi erklæring om dødsfall som de blir kjent med i sin virksomhet."). Eventuell muntlig melding til politiet skal følges av en skriftlig melding på samme skjema hvor det anmerkes dersom muntlig melding er gitt til politiet.

f) Eksempel på diagnoseoppsett som vil være riktig her:

- Ia Akutt hjerteinfarkt
- Ib Fersk trombe i LAD
- Ic Coronar atherosclerose

- II Diabetes mellitus

Alternative ordlyder for de samme diagnoser vil kunne være riktig.
Kandidaten bør også krysse av i relevante rubrikker og må undertegne kun på venstre side samt krysse av for at det er gitt melding om unaturlig dødsfall til politiet på høyre side nedad på skjemaet.

Legeerklæring om dødsfall/melding om unaturlig dødsfall

Jfr. lov om leger av 13.6 1980 §§ 40 og 41.

Blanketten fylles ut i samsvar med rettleidingen på baksiden og leveres rekvisitert (den som har plikt til å melde dødsfallet) i forseglet konvolutt som i byene adresseres til skifteretten og på landet til lensmannen på dødsstedet. Kopi av legeerklæringen sendes den lokale politimyndighet, hvis dødsfallet kan være unaturlig. (Se rettleiding på baksiden.)

Avdodes slektsnavn, for og mellomnavn		Kjønn <input type="checkbox"/> 1 M <input type="checkbox"/> 2 K	Født dag, mnd., år	Personnr.	Fylles ut av Statistisk Sentralbyrå
Bosted, kommune	gate og husnr.	postadresse			
Dødssted, kommune	Dod utenfor institusjon 1 <input type="checkbox"/> Hjemme 2 <input type="checkbox"/> Annet sted 3 <input type="checkbox"/>		Under transport til sykehus 4 <input type="checkbox"/>	Dod i sykehus eller annen institusjon	
For døde i sykehus eller annen institusjon: Institusjonens navn				Dod dag, mnd., år	
Hvis sykehus: Avdeling. For annen institusjon. Type institusjon					
Yrke (legel, eventuelt forsorgerens)					
Ekteskapelig status <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> 3 Ekte-mann <input type="checkbox"/> 4 Skilt <input type="checkbox"/> 5 Separert			For barn døde innen 24 timer etter fødselen hvor lange varte livet?	Timer	Minutter
Navn og adresse på den lege som har behandlet avdøde under siste sykdom					

Opplysning om dødsårsaken

Alle rubrikker må fylles ut. (Se rettleiding på baksiden.)

I. Sykdom eller tilstand som direkte (umiddelbart) har ført til døden. (Her skal ikke føres dødsårsaken f.eks. hjertesvikt, hjertelammelse, asteni, men den sykdom, skade eller komplikasjon som umiddelbart fremkalt døden.)		Omtrentlig tid mellom sykdommens begynnelse og døden	
a) Akutte hjerteinfarkt som skyldtes (var en følge av)			
b) Fersk trombe i LAD som skyldtes (var en følge av)			
Oppgi den eller de sykelige tilstander, skader eller misdannelser som har ført til (å bak) den dødsårsak som er nevnt ovenfor. Den tilstand som innledet sykdomsforløpet, føres sist.		c) Coronararterosklerose	
II. Andre vesentlige tilstander som kan ha bidratt til dødens inntreden, men som ikke står i direkte årsaksforhold til den sykdom eller tilstand som har fremkalt døden.		Diabetes mellitus	
Dersom døden skyldtes skade (ulykke) eller, følger av denne:	Dato skaden (ulykken) skjedde	Sted (ved hjemmet <input type="checkbox"/> Annet sted <input type="checkbox"/>	Yrkesulykke? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Hvordan skjedde ulykken?			
Spesielle omstendigheter ved dødsfallet foretatte undersøkelser typer på (sett kryss)			
<input type="checkbox"/> Drap <input type="checkbox"/> Selvmord <input type="checkbox"/> Misbruk av narkotika <input type="checkbox"/> Mecsinsk feil <input type="checkbox"/> Ukjent årsak <input type="checkbox"/> Plutselig dødsfall <input type="checkbox"/> Ukjent årsak <input type="checkbox"/> Dødsfall i fengsel <input type="checkbox"/> Ukjent årsak <input type="checkbox"/> Yrkes-sykdom			
Ble det foretatt operasjon?	Dato operert	Viktigste funn	
<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Aorta klaffefeil	
Opplysningene under I bygger på <input checked="" type="checkbox"/> Obduksjon <input type="checkbox"/> Unders. for døden <input type="checkbox"/> Syning av liket		Vil den oppgitte dødsårsak senere bli revurdert? <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke	
Undertegnede lege som har synet liket og som har behandlet den døde under siste sykdom (sett event. kryss), erklærer herved at dødsårsaken er den ovenfor nevnte.		Melding om unaturlig dødsfall er sendt/gitt muntlig til politiet lensmannen <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
30/5-13 Dato		Dr. Doktor Lege	
Adresse: -		Adresse:	
I. Forevist skifteretten lensmannen og sendes den offentlige lege politiet på dødsstedet		II. Forevist politiet og sendes den offentlige lege på dødsstedet	
Dato	For skifteretten lensmannen	Dato	For politimesteren
Adresse:		Adresse:	
III. Off. lege, heiserad (stempel)			

Oppgave 2.

- a) Det første ytre tegn til forråtnelse av menneskekroppen er ofte grønnlig hudmisfarging på nedre del av buken. Dette skyldes aktivitet av bakterier fra tykktarmen, som her er beliggende relativt nært hudoverflaten. Etterhvert vil misfargingen spres til stadig større deler av kroppen. Tidspunkt for når tegn til forråtnelse blir synlig varierer betydelig med omgivelsenes temperatur og fuktighet. Forråtnelse blir ofte synlig etter 2-3 døgn ved innendørs opphold i stuetemperatur. Noen dager etter dødens inntreden kan det på bakgrunn av bakterieaktivitet oppstå væskefylte blærer i huden, og selv en lett berøring gjør at hudens øverste lag løsner. Bakterieaktiviteten vil også medføre gassdannelse i hulrom og bløtvev. Kombinasjon av gasstrykket og nedbryting av indre organer fører ofte til at rødbrun væske presses ut av naturlige kroppsåpninger som nese og munn. Dette kan lett mistolkes som blødning fra luftveiene eller GI-tractus.
- b) - Hvilket kjønn er liket? (Baseres på anatomi, evt DNA-undersøkelse).
- Hva var legemshøyden? (Baseres på måling av hele kroppen, evt enkelte knokler).
- Hva var levealder? (Baseres på anatomi).
- Finnes spesielle kjennetegn? (Anomalier, arr, sykkelige forandringer, proteser, tatoveringer, yrkesstigmata).

Dersom det foreligger konkrete, pålitelige opplysninger om tennene hos en kjent saknet person kan en rettstannlege bidra til identifiseringen ved å sammenholde de framlagte opplysninger (tannkort/tannlegejournal) med likets tenner. Endelig kan sammenliknende analyse av genetisk materiale fra avdøde og nære slektninger, evt eiendeler den saknede antas å ha vært i kontakt med (som barbermaskin og tannbørste), være identifiserende (DNA-analyser).

Allmenntidisin

Oppgave 3

- a) Studentene skal vise at de ved anamnesticke spørsmål har som primært fokus å kunne ta stilling til tilstandens alvorlighetsgrad og hvor raskt det må handles. *De bør ha prioritert spørsmål om alarmsymptomer* (avføring og luftavgang, tiltagende distensjon av buken, (økende) tendens til brekninger, melena, hematemese, smertens start og utvikling, smertens intensitet og karakter, smertelokalisasjon og evt smertevandring samt spørsmål om feber, andre tilleggsymptomer og om allmentilstanden. Har hun hatt slike smerter tidligere? Har pasienten kjent gastrointestinale sykdom eller tidligere operasjon i magen? Videre spørsmål om andre kjente sykdommer. Avføringen, endring? Vannlatingen, endring? Menstruasjonsforhold, menarche? Utfloed? Psykiske belastninger, sosiale utfordringer? (som skole, venner, familie kjæreste mv)? Spørsmål om mulig graviditet bør nevnes, tross pasientens unge alder. Et pluss om det også er registrert at hun var på karatetrening i forkant-

viktig å spørre om evt traume mot buken ved spark eller annet. Spist noe spesielt? Andre i nær omgangskrets hatt tilsvarende plager? Medisinbruk- fast eller nylig tatt en kur, annet? Nylig utenlandsreise?

b) Svaret bør tydelig vise at det ikke er en ren oppramsing av mulige undersøkelser ved magesmerter, men at de har i tankene pasientens alder, og at settingen er en akutt time for akutte magesmerter.

Skal være med: Systematisk , klinisk undersøkelse med generell *observasjon* av pasienten , *inspeksjon av magen i ryggleie, auskultasjon, palpasjon* (et pluss om de har med at man starter lengst bort fra smertelokalisasjonen, at man palperer varsomt og rolig samtidig som man ser på pasientens ansikt, at man tester for slippømheter og indirekte slipp- og palpasjonsømheter), *perkusjon*.

Bør med: Nødvendigheten av evt rektaleksplorasjon og gynekologisk undersøkelse vurderes. Tilleggsundersøkelser- Skal med: CRP, Urinstix, evt LPK hvis tilgjengelig som hurtigtest. Nødvendigheten av Temperatur, Hb, Hemofec, HCG vurderes. (pasientens alder tilsier at EKG er lite aktuelt).

c) Det vesentlige er at studentene som hovedregel velger å ikke gi analgetika ved uavklarede, akutte abdominalsmerter, (eller ikke gir smertelindring før man har gjort grundig undersøkelse og fått dannet seg et tilstrekkelig godt bilde av situasjonen).

Svaret bør også inneholde noe mer refleksjon omkring dette, som at man ved mistanke om stensmerter derimot, gir smertestillende. Et pluss hvis de er kjent med nyere undersøkelser som viser at utfallet operasjon/ikke operasjon ikke endres om pasienten har fått analgetika.

d) Her er det helt greit med oppramsing av alarmsymptomer.

Skal med: Tegn på sjokk, tegn på peritonitt, ileus-tegn, hematemese eller melena, Sterkt smertepreget og tydelig påvirket allmenntilstand.

Oppgave 4

a) Artrose i hofteledd, coxartrose

b) Bør være innom andre leddsykdommer, først og fremst leddgikt (RA). Bør også nevne at smertene kan komme fra bløtdeler (muskler, sener, slimposer). Bør nevne at man også alltid bør ha utelukkning av alvorlig sykdom (kreft) i "bakhodet".

c) Smerteanamnese i forhold smertens lokalisasjon, intensitet, variasjon, og utstråling. Stivhet (om, når, hvor lenge). Funksjonsevne, hva klarer du og hva klarer du ikke? Arbeidskrav, sykmelding? Allmenntilstand (spesielt i forhold til evt. underliggende alvorlig sykdom).

d) Inspeksjon, spesielt av gange. Palpasjon av smertefullt område. Enkel testing av passiv og aktiv bevegelighet. Eventuelt spesifikk e tester for hofteartrose (for eksempel sammenligne bevegelighet for innadrotasjon i de to hoftene i mageleie). Blodprøver gir ikke artrosediagnosen, men en enkel generell blodprøvestatus i forhold til eventuell underliggende sykdom kan være aktuelt. Blodprøve i forhold til leddgikt kan også være aktuelt.

e) Artrose er primært en klinisk diagnose og kan stilles på typisk sykehistorie og typiske undersøkelsesfunn (reduert innadrotasjon, fleksjon og abduksjon) uten bildediagnostikk. Røntgen av hofter kan bestilles (gjerne begge hofter, slik at sidene kan sammenlignes). Vanlig rtg. bedre enn MR som grunnlag for eventuell operasjonsindikasjon, men MR er mer sensitiv for tidlig artrose ved usikker diagnose. Hvis mistanke om bløtdelsskade kan ultralyd være et alternativ. Bonus om studenten kjenner til at sammenhengen mellom bildediagnostikk og alvorlighet av symptomer og funksjonssvikt er relativt svak. Henvisning til spesialist (for eksempel ortopedisk kirurg) kan være aktuelt etter hvert, men ikke optimalt som eneste tiltak initialt. Henvisning til fysioterapeut også aktuelt.

f) Unngå for mye smerteprovoserende fysisk aktivitet, men oppmuntre til annen fysisk aktivitet (svømming, skigåing og sykling kan være eksempler på gode aktivitetsformer). Vektreduksjon hvis sterkt overvektig. Avlastning med stokk eller krykke på frisk side kan vurderes. Medikamentell smertelindring (paracetamol, NSAIDS) vurderes. Henvisning til fysioterapi kan være aktuelt.

g) Sterke og økende smerter med funksjonshemming tross adekvat konservativ behandling. Nattsmerter. Protese sjelden indisert i ung alder, ønsker å vente til omtrent 60 års alder om mulig.

Oppgave 5

a) Atopisk eksem er den hyppigst stilte hud diagnosen både i allmennpraksis og i spesialistpraksis. Prevalensen er 15-20 % hos barn og unge (godttar svar 7 – 30%), og 3 % av spedbarn får atopisk eksem (ikke spesifisert i oppgaven).

b) Kløe/plager, arvelig disposisjon, utløsende faktorer (årstid, bading, matvarer).

c) Generelt tørr hud med rødt, inflammet utslett. Hos spedbarn er eksemet ofte vesikulært og væskende, og sees gjerne i ansiktet/hodet, men også på kroppen. Etter hvert blir eksemet tørrere, mer oppklort og ofte superinfisert, og sees typisk på halsen og på ekstremitetenes bøyesider. Atopisk eksem er en klinisk diagnose, og supplerende undersøkelser er ikke nødvendig for å stille diagnosen. (Allergitredning kan være aktuelt i noen tilfeller (se under), og bakteriologisk dyrkningsprøve kan være aktuelt ved superinfisert eksem. Dersom studentene nevner disse supplerende undersøkelsene bør indikasjonen tydelig fremgå.)

d) Jevnlig bruk av fuktighetskrem, oljebad, unngå hyppig uttørrende hudvask, fjerne evt. utløsende og forverrende faktorer (f.eks. unngå ull direkte mot kroppen). Antiinflammatorisk lokalbehandling anbefales. Steroider er førstevalg ved inflammet hud, hydrokortison (gruppe 1 steroid) brukes i ansiktet, evt. gruppe 2 steroid på kroppen. Påsmøres tynt 1-2 ganger daglig i 1-2 uker, nedtrapping til vedlikeholdsbehandling kan være aktuelt. Immunmodulerende behandling med kalsinevrinhemmere er ikke indisert hos barn under 2 år. (Det forventes at studentene nevner både ikke-medikamentell og medikamentell behandling.)

e) Allergitredning kan være aktuelt hvis det er mistanke om at et bestemt fødemiddel forverrer eksemet, ved uttalt eksem som responderer dårlig på standard behandling, og ved samtidig astma/høysnue. Det bør ikke gjøres allergitest hos alle barn med atopisk eksem. Det er stor andel falsk positive resultater ved prikktest eller spesifikke IgE på matvareallgener hos småbarn. Barnet kan da bli satt på eliminasjonsdiett unødig fordi det er påvist sensibilisering men uten klinisk betydningsfull allergi, og feilernæring kan bli resultatet. (I tillegg kan matvarereaksjoner noen ganger være ikke-allergiske.) Dietteliminasjon og provokasjon er aktuelt ved begrunnet mistanke om spesifikk matvareallergi.

f) Den mest sannsynlige årsaken er at eksemet er blitt superinfisert, og vanligste agens er *S. aureus*. Dersom eksemet er infisert i mindre/avgrensede områder, behandles med lokalt antiseptisk middel, evt. bacitracin, i tillegg til vanlig steroidbehandling. Kun utbredt infisert eksem skal behandles med peroralt antibiotikum, da anbefales dyrkningsprøve fra eksemet. Dikloksacillin er førstevalg før dyrknings svar foreligger. Kaliumpermanganatbad kan nevnes. (Studenten bør skille mellom behandling ved lokalisert og utbredt eksem.)

Samfunnsmedisin

Oppgave 6

a) Hvilket type mål er 'Antall brukere per 1000 innbyggere'?

SVAR: Aldersjustert prevalens (av behandling med kolesterolsenkende legemidler for hvert av årene 2005-2011)

b) Kommenter hva figuren viser

SVAR: Prevalensen av behandling med kolesterolsenkende legemidler er høyere hos menn enn hos kvinner. Hos begge kjønn økte prevalensen fra 2005 til 2011. (På absolutt skala var økningen lik hos menn og kvinner, men den prosentuelle økningen var størst hos kvinner.)

Prevalensen er gitt som antall brukere per 1000 innbyggere, dvs. at 100 tilsvarer 10%. Forskjeller i alder mellom kjønnene og over tid er justert for.

c) Nevnt mulige forklaringer for økningen fra år 2005 til 2011?

SVAR: Mulige forklaringer:

- i. Økt insidens av hjerte- og karsykdom som har ført til økt foreskrivning
- ii. Økt oppmerksomhet/diagnostisering/endrede diagnostiske kriterier
- iii. Bedre overlevelse
- iv. Endret befolkningssammensetning (men tallene over er altså aldersjustert)

d) I 2011 var det 339 brukere per 1000 innbyggere i aldersgruppen 65-69 år. Gi argumenter for og imot om disse tallene tyder på overbehandling.

SVAR: Om lag 1/3 av alle 65-69 åringer bruker kolesterolsenkende midler, altså et veldig høyt tall.

Argumenter mot:

Ugunstige blodlipider er vanlig, og det er god evidens (systematiske kunnskapsoppsummeringer) for at behandling med kolesterolsenkende medikamenter reduserer risikoen for hjerte- og karsykdom og total dødelighet. Standardmedikamentene har også en akseptabel kostnad per pasient.

Argumenter for:

Sykkeliggjøring av en stor gruppe i befolkningen.

Det er ikke alle av de som får behandlingen som vil ha nytte av denne

Noen kan få bivirkninger.

Medikamentbruk kan ta fokus bort fra livsstilforebygging

e) Hva er medikalisering?

SVAR: Medikalisering: Den prosess som består i at stadig flere av menneskers problemer søkes forklart gjennom (bio)medisinske årsaksforhold og dermed også behandlet av helsevesenet. For å få bestått på denne deloppgaven må studentene kunne si noe om dette som et bredere samfunnsproblem, dvs det holder IKKE å svare at medikalisering=medikamentell behandling.

Oppgave 7

Du er turnuslege i allmennpraksis, og din pasient er en 55 år gammel mann som har forhøyet kolesterol. Han spør om han skal få medikamentell behandling med statin for det. Han har ingen kjent hjerte-kar sykdom, røyker ikke, har en BMI på 26 og har ingen familieopphopning av hjerte-kar sykdom. Du er usikker på effekten av slik medisin hos denne pasientgruppen og ønsker å finne ut av kunnskapsgrunlaget

a)

Definer et PICO spørsmål for problemstillingen (alle alternativer nedenfor teller som riktige):

SVAR:

P: Pasient/Problem/Populasjon

I: Intervensjon

C: Comparison/Sammenlikning/Kontroll

O: Outcome/Utfall

Eksempel:

P: Pasient med høy kolesterol, ellers frisk

I: Statiner

C: ikke noe medikamentell behandling

O: hjerte-kar sykdom (hjerteinfarkt, angina, slag, død av hjerte-kar sykdom)

b)

Hvilket studiedesign er best egnet til å gi svar på problemstillingen (kryss av)?

SVAR: A Randomisert kontrollert studie (RCT)

c)

Hvilke databaser søker du i når du nå vil finne svar på spørsmålet ovenfor? (angi 3 ulike databaser)

SVAR:

McMaster Pluss

Uptodate

BMJ Best Practice

Cochrane Library

Oppgave 8

a) Hva er "en oppfølgingsplan" i sykmeldingsarbeidet til NAV?

SVAR: En oppfølgingsplan er den planen som arbeidsgiver og sykmeldt arbeidstaker skal lage i følge reglene for oppfølging av sykmeldte. Planen skal bidra til at den sykmeldte raskest mulig kommer tilbake i arbeid.

b) Når i sykmeldingsforløpet skal den første oppfølgingsplanen lages?

SVAR: Fire uker.

c) Etter hvor mange ukers sammenhengende sykmelding kreves det arbeidsrettet aktivitet, dvs. selv om man er sykmeldt?

SVAR: Åtte uker, med mindre sykdommen eller behandlingen gjør arbeidsrettet aktivitet umulig eller urimelig krevende, slik lege har dokumentert det.