



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTET

Kontinuasjoneksamen, MEDSEM10, grunnstudiet i medisin – høst 2014

Onsdag 18. februar 2015, kl. 9.00-14.00

Oppgavesettet består av 10 sider (samt skjema «Legeerklæring om dødsfall/ melding om unaturlig dødsfall» til oppgave 2, 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, 2, 3 og 4)

Allmennmedisin (oppgave 5, 6 og 7)

Samfunnsmedisin (oppgave 8, 9 og 10)

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

Rettsmedisin

Oppgave 1

I en behandlingssituasjon kan det være åpenbart at visse akuttmedisinske tiltak er nødvendige for at pasienten skal overleve. I noen situasjoner må helsevesenet likevel avstå fra å gi den nødvendige helsehjelpen? Gjør rede for når man må avstå fra å gi helsehjelp i situasjonene a) og b).

a) Hvis pasienten er myndig og kognitivt/intellektuelt intakt

b) Hvis foresatte til en mindreårig motsetter seg den aktuelle behandlingen?

Oppgave 2

(Ta nytt ark)

En 38-årig, tidligere frisk, men storrøykende snekker som bor i Oslo, faller ned fra et stillas på arbeidsplassen den 24.10.2014 og brekker den venstre ankelen og et par ribben. Han opereres med osteosyntese den 26.10.2014 og sendes hjem fra sykehuset etter 5 dager. Den 4.11.2014 klager han over brystmerter, tørrhoste og pustebesvær, men oppsøker ikke lege. Neste morgen kl 07.30, da han skal stå opp, faller han om i nærvær av sin kone og blir totalt livløs. Hjerte-/lungeredning har ingen effekt, og dødsfallet konstateres på stedet. Ved rettsmedisinsk obduksjon den 7.11.2014 finner man blodpropper i både mindre og større lungepulsårer, samt blodproppsrester i dype vener på venstre legg. Høyre hjertekammer er utvidet, men hjertet er ellers normalstort. Det påvises ingen andre skader eller sykelige forandringer, og i en blodprøve finnes bare litt paracetamol.

Fyll ut vedlagt legeerklæring om dødsfall med alt du har informasjon om. Undertegn ikke med eget navn, men med «Gregory House».

Oppgave 3

(Ta nytt ark)

- a) Beskriv en typisk, fersk stikkskade påført med enegget kniv der knivryggen er 3 mm bred og bladet 2,8 cm høyt fra egg til rygg**
- b) Beskriv et typisk, ferskt skjæresår påført med skarp, glattegget kniv**
- c) Beskriv en typisk skade oppkommet for 6 timer siden ved at en persons panne har truffet hard overflate med kraft uten at huden har gått i stykker**

Oppgave 4

(Ta nytt ark)

Både hos levende og døde kan det forekomme utbredte punktblødninger i øynenes bindehinner.

- a) Hva er den patofysiologiske mekanismen bak slike blødninger?
- b) Nevn tre ulike situasjoner/tilstander som kan gi opphav til slike blødninger.

18

18

18

Allmenntmedisin

(Ta nytt ark)

Oppgave 5

Du er lege på hjemmevakt i en liten kommune. Den interkommunale legevakten med sentral befinner seg på lokalsykehuset ca 10 mil unna. Sykepleier på legevakten setter over en telefon med en nokså oppskjørtet kvinne som ringer idet mannen hennes har blitt lam i høyre sides arm og ben. Mannen er 68 år gammel, tidligere frisk og bruker ingen medisiner. Han har ikke feber, og hun vet ikke om at han har falt eller skadet seg.

- a) Sett opp aktuelle differensialdiagnoser i prioritert rekkefølge (mest sannsynlig først), basert på det du vet til nå

Du får vite at lammelsen har oppstått nokså akutt i løpet av den siste timen. Du har en ambulanse som er bemannet av to ambulansesjåførere, til rådighet i din kommune. For øvrig bruker legene egen bil til sykebesøk på vakt. Pasienten bor tre mil i motsatt retning av den interkommunale legevakten. Pasientens kone spør om du kan komme i sykebesøk og se til mannen hennes.

- b) Vil du etterkomme pasientens ønske om sykebesøk, og i så fall hvilke overveielser ligger til grunn for vurderingen, og hvilken hastegrad vil du gi dette besøket?

Når du ankommer til pasienten, finner du ham sittende i stolen, med tydelig asymmetri i ansiktet. Han virker litt sløvet, og det er mest ektefellen som forklarer og snakker.

- c) Med mistanke om hjerneslag, hvilke symptomer og tegn vil du benytte for å avklare dette? (Beskriv testen, hvordan den utføres og hvilke funn som styrker eller svekker mistanken om hjerneslag)

- d) Hvordan skiller du en sentral og en perifer facialispause?

Du finner kliniske holdepunkt for å mistenke et hjerneslag, som ved din ankomst har debutert ca halvannen time tidligere. Ambulansetransport vil kreve ca halvannen time til sykehus. Luftambulansen vil kunne være på plass etter ca 30 minutter og bruke 20 minutter til sykehuset.

- e) Hvilken transportmåte vil du benytte for pasienten inn til sykehuset? Begrunn svaret.

- f) Denne pasienten ble beskrevet som tidligere frisk og uten aktuell medikamentell behandling. Du finner BT 103/62 og puls 98/min. Vil du starte noen behandling før eller under transporten til sykehuset?

Oppgave 6

(Ta nytt ark)

Pasienten er en 52 år gammel kvinne som jobber 50% som førskolelærer, er gift, voksne barn. Hun har tidligere hatt en del uspesifikke muskelplager i nakke, skuldre og korsrygg. En periode var hun plaget av søvnløshet, og i perioder har hun følt seg nedstemt. Hun bruker ingen medisiner. Pasienten oppsøker deg nå på fastlegekontoret og forteller at hun føler seg generelt uopplagt, hun sover mye, men blir aldri ordentlig uthvilt. Hun har droppet den ukentlige treningen og merker at hun har lagt på seg litt. Hun føler seg tung og treg i hele kroppen.

a) Hvilke diagnostiske overveielser gjør du deg så langt i sykehistorien?

b) Hvordan vil du gå frem i utredningen videre?

Svar på blodprøvene gir mistanke om en primær hypothyreose (lav FT4 og høy TSH).

c) Hvilke tilleggsundersøkelser vil du rekvirere? Hvordan vil du behandle pasienten?

Det viser seg etter hvert at denne pasienten også har en ugunstig lipidprofil med total kolesterol på 8,2 mmol/l, HDL 0,8 mmol/L, LDL 6,8 mmol/L og triglycider på 3,45 mmol/L. Hennes far døde i coronarsykdom da han var 74 år gammel, ellers vet hun ikke om hjerte-kar sykdom i familien. Pasienten røyker ikke.

d) Hvordan vurderer du disse tilleggsopplysningene? Vil dette endre oppfølgingen og/eller behandlingen?

Seks måneder senere møter pasienten til rutinekontroll, og hun er i hovedsak godt fornøyd med situasjonen. Hennes blodverdier er nå: FT4 18,5 pmol/L, TSH 2,2 mIE/L, tot.kol. 7,8 mmol/L, HDL 0,9 mmol/L, LDL 6,2 mmol/L og triglycider 2,0 mmol/L. Hun bruker 100 ug levotyroxin daglig og rapporterer ingen bivirkninger av dette.

e) Hvordan vil du følge opp og behandle denne pasienten videre?

Oppgave 7

(Ta nytt ark)

Malin er seks år gammel og har stort sett vært frisk bestandig. Foreldrene forteller at hun ofte har vært mye luftveissyk om høsten og vinteren, og at forkjølelser gjerne varer lenge (flere uker). De har tenkt at dette skyldes smitte i barnehaven. Nå har hun i flere uker hatt et utslett i begge albuebøyer og på halsen, og blir lett tørr i huden på hendene. Utslettet klør, og du finner det forenlig med atopisk eksem.

- a) Hva er årsakene og mekanismen ved atopisk eksem?
- b) Vil du utrede tilstanden videre, og i så fall hvordan?

Ved inspeksjon får du mistanke om at eksemet er superinfisert med gule kruster og pustler.

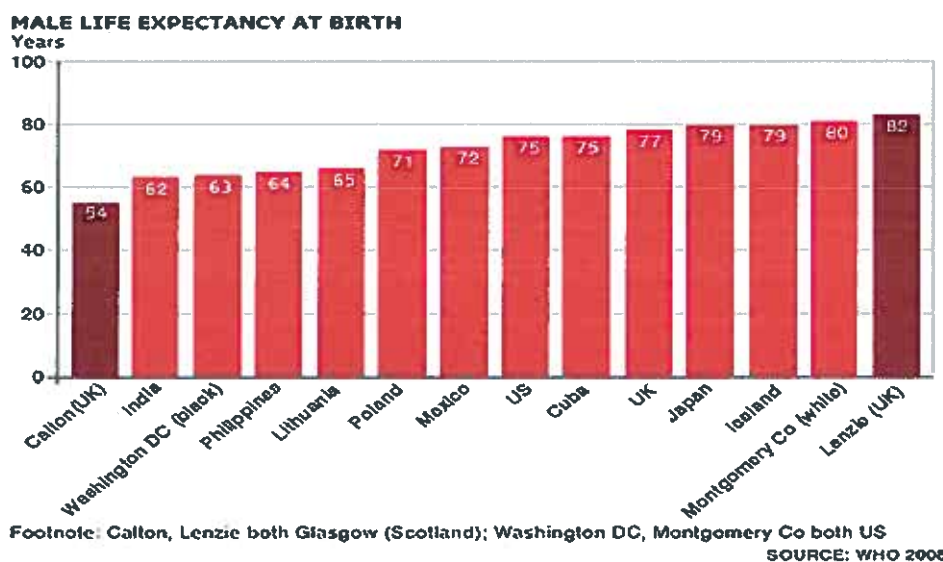
- c) Hvordan vil du gå frem i behandlingen av denne pasienten av tørt og av væskende eksem, og for å forhindre stadig oppblussing av eksemet?

Samfunnsmedisin

(Ta nytt ark)

Oppgave 8

a) Beskriv kort med dine egne ord hva tabellen under viser.



b) Hvordan ville du definere sosiale ulikheter i helse?

c) Hvordan måles sosiale ulikheter i helse?

d) Hvilke hovedgrupper av forklaringer finnes på sosiale ulikheter i helse?

e) Du er lege på Morodalen legesenter og ønsker å bidra til å redusere sosiale ulikheter i helse i din kommune. Hva ville du gjøre?

Oppgave 9

Forklar begrepene medikalisering og overbehandling. Hvilke samfunnsmessige og kliniske utfordringer kan dette føre til? Bruk eksempler i drøftingen!

Oppgave 10

Drøft sider av globaliseringen som gir utfordringer for folkehelsen globalt (0,5 – 1 side)

Det medisinske fakultet, Oslo,

Signatur leder av eksamenskommissjon

Sensorveiledning kontinuasjonseksamen 10. semester – høst 2014

Rettsmedisin

Oppgave 1

a) Helsehjelp skal gis i samråd med pasienten, og det er ingen plikt å la seg behandle. Imidlertid har helsepersonell plikt til å gi livsnødvendig øyeblikkelig hjelp også når pasienten motsetter seg dette eller ikke er i stand til å samtykke (Hpl § 7) Unntatt er situasjoner der (Pasientrettighetsloven § 4-9)

- pasienten av overbevisningsgrunner nekter å motta blod/blodprodukter
- pasienten er i selvpålagt sultestreik
- pasienten er døende og ikke ønske livsforlengende behandling

b) Pasientrettighetsloven kap 4, ssk § 4-3 og 4-4: En mindreårig (under 18 år) er fra 12 års alder meningsberettiget vedr egen helsehjelp, og med økende alder skal den unges mening tillegges gradvis større vekt. Fra 16 års alder har den unge selvstendig samtykkekompetanse. Samtykker den unge (over 16 år) ikke til behandling, men foreldrene samtykker, kan behandling ikke gis. Er den unge ikke i stand til å uttrykke noen vilje og foreldrene motsetter seg behandling, kan Barnevernet varsles og omsorgen midlertidig overføres fra foreldrene til Barnevernet, som kan samtykke til helsehjelp.

Oppgave 2

se vedlagt blankett. Som fødselsår aksepteres også 1975 (han kan være født i desember). Som yrke aksepteres også «byggningsarbeider». Som diagnoser aksepteres også norske termer.

Legeerklæring om dødsårsak og om unaturlig dødsfall

Dokument leges nr. 170/2014 5345 og 43

i byene adresseres til skifteretten og på landet til lensmannen på dødsstedet. Kopi av legeerklæringen sendes den lokale politimyndighet, hv dødsfallet kan være unaturlig. (Se rettleidning på baksiden.)

Avdødes stektsnavn, for- og mellomnavn	Kjønn <input checked="" type="checkbox"/> 1 M <input type="checkbox"/> 2 K	Født dag, mnd., år 76	Personnr.	Fylles ut av Statistisk Sentralbyrå
Bosted, kommune <i>Oslo</i>	gate og husnr.	postadresse		
Dødssted, kommune <i>Oslo</i>	Død utenfor institusjon 1 <input checked="" type="checkbox"/> Hjemme 2 <input type="checkbox"/> Annet sted 3 <input type="checkbox"/> Under transport til sykehus 4 <input type="checkbox"/> Død i sykehus eller annen institusjon			
For døde i sykehus eller annen institusjon: Institusjonens navn			Død dag, mnd., år <i>05.11.2014</i>	
Hvis sykehus: Avdeling. For annen institusjon: Type institusjon				
Yrke (eget, eventuelt forsørgerens) <i>snegler</i>				
Ekteskapsstatus 1 <input type="checkbox"/> Ugift 2 <input checked="" type="checkbox"/> Gift 3 <input type="checkbox"/> Enke, -mann 4 <input type="checkbox"/> Skilt 5 <input type="checkbox"/> Separert			For barn døde innen 24 timer etter fødselen, hvor lenge 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 rettleidning på baksiden.)

<p>I. Sykdom eller tilstand som direkte (umiddelbart) har ført til døden. (Her skal ikke føres dødsmåten f.eks. hjertesvikt, hjertelammelse, asteni, men den sykdom, skade eller komplikasjon som umiddelbart fremkalt døden.)</p> <p>a) <i>lungeemboli</i> Som skyldtes (var en følge av)</p> <p>b) <i>dyp venetrombose i ve. legg noen dager</i> Som skyldtes (var en følge av)</p> <p>c) <i>brudd av venstre ankel</i> <i>1 1/2 dager</i></p>	<p>Omtrent tid mellom sykdommens begynnelse og døden</p> <p><i>< 1 dag</i></p>
<p>II. Andre vesentlige tilstander som kan ha bidratt til dødens inntrøden, men som ikke står i direkte årsaksforhold til den sykdom eller tilstand som har fremkalt døden.</p>	

Dersom døden skyldtes skade (ulykke) eller følger av denne:	Dato skaden (ulykken) skjedde <i>24.10.2014</i>	Sted <input type="checkbox"/> I/ved hjemmet <input checked="" type="checkbox"/> Annet sted	Yrkesulykke? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Hvordan skjedde ulykken? <i>Han falt ned fra et stillas</i>			

Spesielle omstendigheter ved dødsfallet/foretatte undersøkelser tyder på (sett kryss)

<input type="checkbox"/> Drap	<input type="checkbox"/> Selvmord	<input type="checkbox"/> Misbruk av narkotika	<input type="checkbox"/> Medisinsk feil	<input type="checkbox"/> Ukjent årsak	<input type="checkbox"/> Plutselig/uventet	<input type="checkbox"/> Dødsfall i fengsel/arrest	<input type="checkbox"/> Ukjent lik	<input type="checkbox"/> Yrkessykdom
-------------------------------	-----------------------------------	---	---	---------------------------------------	--	--	-------------------------------------	--------------------------------------

Ble det foretatt operasjon? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Dato operert	Viktigste funn
--	--------------	----------------

Opplysningene under I bygger på <input checked="" type="checkbox"/> Obduksjon <input checked="" type="checkbox"/> Unders. før 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 type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
---	---

Undertegnede lege erklærer herved at det ikke er grunn til å anta at døden er voldt ved en straffbar handling. (Erklæringen gis bare når kremasjon ønskes eller liket føres ut av riket.)

Dato <i>18.02.2015</i>	Dato
Lege <i>Gregory House</i>	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	III. Off. lege/helseråd (stempel)
--	---	-----------------------------------

Date	Date	Date
For skifteretten/lensmannen	For politimesteren	

Adresse:	Adresse:	
----------	----------	--

Oppgave 3

- a) En smalt trekantet, skarpkantet sårskade med blodig, fuktig overflate. Urørt er skaden 2,5 cm lang (hva som helst fra 2,0 til 2,8 cm godtas) og 2 – 3 mm bred (1 – 2 mm må også godtas) ved basis.
- b) En spalteformet, skarpkantet sårskade/huddefekt med blodig, fuktig overflate. Skaden er spiss i begge ender og dypest på midten.
- c) En blårød, rundaktig hudmisfarging uten skarp avgrensning, men med underliggende bløtvevshevelse, fast konsistens og lett øket hudtemperatur.

Oppgave 4

- a) lekkasje av blod fra overfladiske kapillærer, oftest ved øket trykk pga avløpshinder for blodet fra hodet. Karskjørhet og nedsatt blodleveringsevne kan medvirke.
- b) - tilstramming rundt halsen med vene-, men ikke arteriekompresjon
- trykk mot brystkassen/buken med øket trykk i høyre hjertehalvdel
- kraftig hoste, brekninger, Valsalvamanøver, nedpusting av fremmedmateriale, tunge løft, bruk av bukpressen ved fødsel eller ved defekasjon ved forstoppelse
- sirkulasjonssvikt med «backward failure» i høyre hjertehalvdel, f eks ved arytmi, stans eller tamponade
- karkompresjon i hals

Allmennedisin

Oppgave 5

- a) Sett opp aktuelle differensialdiagnoser i prioritert rekkefølge (mest sannsynlig først), basert på det du vet til nå

SVAR: hjerneslag (trombose, emboli, blødning), subarachnoidalblødning, subduralt hematom; hjernesvulst, migrene (hjerneslag, hjerneblødning er godkjent)

- b) Vil du etterkomme pasientens ønske om sykebesøk, og i så fall hvilke overveielser ligger til grunn for vurderingen og hvilken hastegrad vil du gi dette besøket?

SVAR: Her er hjerneslag, evt subarachnoidalblødning, de mest aktuelle diagnoser og begge krever umiddelbar intervensjon. Avveiningen er om legen skal sende ambulansen alene (blålys/rød respons), eller bli med i denne og la legevakten være ubetjent i denne tiden. Det mest riktige vil nok være å bli med i ambulansen ut til pasienten. (høy hastegrad er godkjent)

- c) Med mistanke om hjerneslag, hvilke symptomer og tegn vil du benytte for å avklare dette? (Beskriv testen, hvordan den utføres og hvilke funn som styrker eller svekker mistanken om hjerneslag)

SVAR: FAST (facialisparese, armparese, språkvansker, talevansker) (FAST må nevnes eller beskrives for godkjent)

d) Hvordan skiller du en sentral og en perifer facialisparese?

SVAR: Bevart rynkemuskulatur i pannen ved sentral facialisparese, øyet kan ikke lukkes ved perifer facialisparese (alt må med for godkjent)

e) Hvilken transportmåte vil du benytte for pasienten inn til sykehuset? Begrunn svaret.

SVAR: Med luftambulans har pasienten mulighet for å rekke sykehuset og CT-scanning innen tre timer, som er grensen for fibrinolytisk behandling, og helikopter bør derfor rekvireres (luftambulans er godkjent)

f) Denne pasienten ble beskrevet som tidligere frisk og uten aktuell medikamentell behandling. Du finner BT 103/62 og puls 98/min. Vil du starte noen behandling før eller under transporten til sykehuset?

SVAR: Pasienten skal ha surstofftilskudd, og i dette tilfellet også i.v. væske under transporten. Han skal ikke ha noen antikoagulasjon (alt må med for godkjent).

Oppgave 6

a) Hvilke diagnostiske overveielser gjør du deg så langt i sykehistorien?

SVAR: hypothyreose, diabetes, depresjon, anemi (to av fire gir godkjent)

b) Hvordan vil du gå frem i utredningen videre?

SVAR: Anamnese: Symptomdebut, vektøkning, symptomer på depresjon. Blodprøver: blodsukker, HbA1c, TSH, FT4, Hb, ferritin (både anamnesticke opplysninger og blodprøver må omtales for godkjent)

c) Hvilke tilleggsundersøkelser vil du rekvirere? Hvordan vil du behandle pasienten?

SVAR: Anti-TPO og lipidstatus; start substitusjonsbehandling med levotyroxin forutsatt at kontrollprøvene gir samme resultat (anti-TPO og substitusjonsbehandling gir godkjent)

d) Hvordan vurderer du disse tilleggsopplysningene? Vil dette endre oppfølgingen og/eller behandlingen?

SVAR: En hyperlipidemi kan være sekundær til hypothyreose, og i første omgang avventes effekt på lipidene av substitusjonsbehandlingen. Dersom lipidstatus fortsatt er patologisk, vil tre måneder diettintervensjon være aktuelt. Det er ikke mistanke om familiær hyperkolesterolemi. Pasienten bør oppmuntres til å øke den fysiske aktiviteten (å avvente effekt av substitusjonsbehandling og deretter kostintervensjon, gir godkjent)

e) Hvordan vil du følge opp og behandle denne pasienten videre?

SVAR: Gradvis økende kontrollintervall for hypothyreose, fortsatt substitusjonsbehandling, ikke statinbehandling, (fortsatt substitusjonsbehandling er godkjent)

Oppgave 7

a) Hva er årsakene og mekanismen ved atopisk eksem?

SVAR: Multifaktoriell årsak, (ikke allergi), svekket hudbarriere pga defekter i det epidermale proteinet filaggrin og redusert lipider. Irritanter og bakterier kan dermed gi kløe og inflammasjon (svekket hudbarriere som åpner for irritanter, gir godkjent)

b) Vil du utrede tilstanden videre, og i så fall hvordan?

SVAR: Atopisk eksem er en klinisk diagnose, og det kreves ikke utredning for å stille denne. Derimot kan allergiutredning være aktuelt ved samtidig anamnesticke opplysninger om asthma eller høysnue (pricktest eller IgE). Ved anamnesticke opplysninger, bør det gjøres dietteliminering og provokasjonstester (svaret er godkjent noe av det ovenstående er med)

- c) Hvordan vil du gå frem i behandlingen av denne pasienten av tørt og av væskende eksem, og for å forhindre stadig oppblussing av eksemet?

SVAR: Superinfeksjon skyldes som regel gule stafylokokker, og graden av infeksjon avgjør hvorvidt det skal behandles lokalt eller systemisk, med desinfiserende midler eller antibiotika. Generelt skal eksemet behandles med å fjerne eventuelle utløsende årsaker, med rikelig bruk av fuktighetskremer og med lokal antiinflammatorisk behandling i intervaller. (både superinfeksjon og behandlingsprinsippet med fuktighetskrem og eventuelt antiinflammatoriske midler må omtales for godkjent)

Samfunnsmedisin

Oppgave 8

- a) Helsen i høyinntektsland er god, men gjennomsnittstallene skjuler store, systematiske forskjeller. Helse er ulikt fordelt mellom sosiale grupper, og disse helseforskjellene er økende. Denne tabellen viser at det er sosial ulikhet både mellom land og innad i land (her er det UK som er eksempelet).
- b) Sosial ulikhet i helse defineres som en systematisk sammenheng mellom helserelevante mål og mål for sosial status. Sosial ulikhet i helse er altså systematiske forskjeller i helsetilstand som følger sosiale og økonomiske kategorier – særlig yrke, utdanning og inntekt.
- c) Helse måles gjerne som morbiditet/mortalitet (som forventet levealder, aldersjustert dødelighet, forekomst av sykdom; spebarnsdødelighet;), selvopplevd helse eller mer indirekte mål, som trygdeytelser, livsstil osv. Sosial status måles i sosioøkonomiske faktorer, som utdanning, yrke, inntekt – eventuelt en kombinasjon av disse
- d) Forklaringer: I undervisningen har vi lagt vekt på følgende forklaringer: Materielle forklaringer (fattigdom, fordeling av inntekt, arbeidsløshet, boligforhold, forurensing, arbeidsforhold), psykososiale forklaringer (mangel på sosialt «lim», mangel på kontroll, angst og stress), seleksjon (direkte og indirekte), helsetjeneste, livsløp (biologi formes gjennom sosiale prosesser fra tidlig av) og kulturelle eller atferdsmessige forklaringer (antar at sosiale klasseforskjeller forårsaker ulikhet i helserelevante utførelse). I litteraturen finnes det jo mange versjoner, så andre forklaringer kan også godtas, helst da med referanse til posisjon.
- e) Spille inn til kommunelege og politikere bekymringer angående sosial ulikhet som har konsekvenser for praksis, og eventuelt gi råd (øke minsteutbetaling til sosialmottagere for eksempel). På organisatorisk nivå legekantoret: utvidet konsultasjonstid for pasienter med psykososiale problemer, tilpasset tilgjengelighet for de som ikke «kan klokken», prioritere deltaking i ansvarsgruppemøter etc, la være å ta egenandel for pasienter med svært dårlig

økonomi. Klinisk nivå: påvirke uheldige livsstilskomplekser uten å stigmatisere, legge sten til byrden. Støtte opp om mestringsfaktorer, kartlegge pasientens nettverk og stimulere til bruk av det.

Oppgave 9

Medikalisering innebærer at stadig mer av kroppen og livet i det moderne samfunn blir gjenstand for medisinske diagnoser og behandling, for eksempel at tilstander som tidligere ikke ble sett på som sykdom, nå blir sett på som det (eksempler: fødsler, impotens, overvekt, vanskelige barn, sorg). Medikalisering drives frem ved hjelp av mange krefter: Farmasøytisk innovasjon (fremmer en pille-for-alt-som-er-ille-kultur), stadig ny medisinsk teknologi og behandlingsmetoder, juridiske rettigheter, og en helsefokuset kultur (venteværelset befolkes av stadig flere mennesker som er redde for at de er eller skal bli syke). Medikalisering er en nøytral term, beskriver en prosess (som kan være enten god eller dårlig).

Overbehandling: Når mennesker uten symptomer behandles for en sykdom som sannsynligvis ikke vil gi dem symptomer eller tidlig død. Eksempler: tyroideakreft, prostatakreft, hypertensjon.

Utfordringer:

- a) Flere mennesker ser på seg selv som syke, noe som i sin tur kan være en påkjenning og bidra til sykdom
- b) Prioritering i helsevesenet og i samfunnet: Sammenheng mellom overbehandling av noen tilstander og underbehandling av andre, når fokus og oppmerksomhet skifter. Økt andel friske i helsevesenet som skal ta prøver «for sikkerhets skyld», gjør at kronikerne som virkelig trenger det, ikke får så mye som de bør.
- c) Økte kostnader for helsevesenet, noe som kan true et bærekraftig offentlig helsevesen
- d) Overbehandling gir unødvendig lidelse både i form av unødig engstelse både før, under og etter behandling, og i form av risiko for fysiske senskader av behandling (erekttil dysfunksjon ved behandling av prostatakreft for eksempel).
- d) Overfokusering på bioteknologiske parametre som ulike biokjemiske markører, som kan skygge for sosioøkonomiske årsaker til sykdom og dårlig helse i befolkningen.

Oppgave 10

Globalisering er et uttrykk som ofte brukes om økonomiske, politiske, materielle og kulturelle forflytninger, kontakter og påvirkninger som i moderne tid skjer i en verdensomspennende målestokk. Det har mange utfordringer, i undervisningen er det lagt vekt på noen av dem:

Migrasjon/Krig og konflikt: Migrasjon som en respons på demografiske endringer, klima og økonomiske forhold, har alltid vært en del av menneskelige samfunn. Med dannelsen av nasjonalstater, slaveriet og industrialiseringen de siste hundreår har migrasjon økt. Med globaliseringen; mer effektive transportmidler, økt kommunikasjon gjennom teknologi, kunnskap om hvordan verden ser ut gjennom tv og media, kan det ha blitt lettere å vite hvor man kan dra og hvordan man skal komme seg dit. En økende økonomisk ulikhet mellom land

som vi har sett under globaliseringen (til tross for at mange mennesker har fått det bedre totalt sett), vil også kunne bidra. Krig og konflikt gir humanitære kriser som vi nå ser blant annet i Syria og Palestina der mennesker ikke ser annen råd enn å flykte. Migrasjon bidrar til utfordringer for folkehelse på mange plan: forholdene i flyktningeleirer oftest langt fra optimal: vann og sanitær, boforholdene, sikkerhet bidrar alle til å forringe helsetilstanden både fysisk og psykisk. Å leve på flukt gir store utfordringer på samme vis, også asylsøkere og udokumenterte innvandrere har store helseutfordringer da retten på helsehjelp ikke alltid er til stedet (i Norge bare rett til akutt hvis udokumentert). En annen del av dette bildet er migrasjon av helsearbeidere som fører til mangel på helsepersonell i lavinntektsland.

Marked og handel: Det globale handelsmarkedet har bidratt til økte forskjeller og sosial ulikhet i helse gjennom å hindre lands mulighet til å beskytte egen produksjon og å måtte være nødt til å konkurrerer med andre land på like vilkår. Det er dog uenighet om dette bidrar til økte helseutfordringer. TRIPS avtalen (Trade related aspects of intellectual property rights) og patenreglementet i WTO har gjort det vanskelig for fattige land å få tilgang til medisiner til priser som de har mulighet til å betale for og også gjort det vanskeligere for andre land å produsere kopimedisiner. Transnasjonale selskaper har også økt makt som fører til at de kan reklamere og selge usunne produkter som tobakk, mat med høyt sukker og fettinnhold osv. – dette er en trend som nå øker i lav-og mellominntektsland fordi nasjonalstaten ikke alltid klarer å møte dette trykket med reguleringer av denne transnasjonale industrien.

Urbanisering: Flere flytter til byene da det er økende arbeidsmuligheter her sammenlignet med bygda. Det fører til at folk bor tettere, ofte i dårlige hus/slumbebyggelse, vann og sanitærforhold ofte dårlige – med på å øke disposisjon for sykdom, i tillegg til utrygghet, mer kriminalitet, transportutfordringer og trafikkulykker etc.

Klimaendringer: Menneskeskapte klimaendringer øker risikoen for ekstremvær hvor menneskers liv og helse er i fare, stigning av havnivået som fører til at flere blir klimaflyktninger (se migrasjon ovenfor), usikkerhet rundt jordbruk og matvareproduksjon noe som vil kunne bidra til dårligere ernæringsstatus og i verste fall sult og mangelsykdommer.

Pandemier: Med økende globalisering spres sykdommer lettere (moderne kommunikasjonsveier) og infeksjonssykdommer er ikke lenger begrenset til sitt geografiske nærrområde. Dette har vi sett flere eksempler på, nå med Ebola, tidligere med svineinfluensa f.eks. De gjør det viktigere med globalt smittvernssamarbeid og forebygging.