



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTET

Ordinær eksamen, MEDSEM10, grunnstudiet i medisin – høst 2014

Fredag 16. januar 2015, kl. 9.00-14.00

Oppgavesettet består av 12 sider.

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

Du er allmennmedisiner og arbeider ved byens legevakt. En 21-årig afrikansk kvinne innbringes i ambulanse etter å ha blitt funnet halvnaken og forslått i en park. Hun mumler noe om at hennes «sjef» har banket henne opp. Du undersøker henne og behandler noen småskader, men anser ikke at hun behøver innleggelse. Du innser at du muligens på et senere tidspunkt vil bli anmodet om å skrive en rettsmedisinsk erklæring i denne saken.

a) Hvilke konsekvenser får dette for din undersøkelse og journalføring?

Kort etter at hun er innbrakt, dukker det opp en mann som sier han er onkelen hennes og skal ta vare på henne. Hun virker redd, men sier at hun vil følge med ham. Hun hvisker til deg at politiet ikke må få vite noe, fordi hun og hennes lille datter har ikke oppholdstillatelse i landet.

b) Har du plikt/rett til å varsle politiet eller andre instanser? Begrunn ditt svar.

Etter en tid får du en henvendelse fra politiet. De har nå vært tilkalt til din pasients bopel på grunn av «husbråk». Kvinnen, som ifølge politiet åpenbart var mishandlet igjen, hadde nevnt at

hun tidligere hadde vært behandlet av deg. Nå ønsker politiet en kopi av hennes journal til bruk i sin etterforskning.

c) Hva er forutsetningen for at du kan utlevere journalen? Begrunn svaret ut fra gjeldende lovverk.

Oppgave 2

(Ta nytt ark)

Turgåere har den 16.07.2014 funnet et lik i terrenget i Eidsvoll og har varslet politiet. Liket er ikke umiddelbart gjenkjennelig. Du kjører legevakt i helgene, og politiet kaller deg ut for å konstatere dødsfallet, hvilket du gjør. Du observerer ingen ytre skader på den døde. Ved siden av liket ligger en tom brennevinsflaske.

- a) Har du plikt til å utfylle legeerklæring om dødsfall i dette tilfellet? Begrunn svaret ut fra gjeldende lovverk.**
- b) Hva sier lovverket om politiets rett/plikt til å rekvirere rettsmedisinsk obduksjon i dette tilfellet?**

Politiet kommer fram til en teori om hvem vedkommende er. Den aktuelle personen har vært pasient på det lokale sykehuset der du arbeider, og politiet anmoder om kopi av hans journal for å få underlag for identifiseringsarbeidet.

- c) Hvordan håndterer du denne forespørselen? Begrunn svaret ut fra gjeldende lovverk.**
- d) Hvilke metoder kan tas i bruk for å fastslå identiteten hos et ukjent lik?**
- e) Hvilken myndighet har ansvar for identifisering av ukjente lik i Norge?**

Oppgave 3

(Ta nytt ark)

Hvilke patofysiologiske mekanismer kan føre til døden ved elektrisk støt?

Oppgave 4

(Ta nytt ark)

I en blodprøve fra en omkommet bilfører måles en etanolkonsentrasjon på 0,3 ‰, i urinprøven 0,4 ‰. Ingen andre fremmedstoffer påvises.

Hvordan tolker du dette funnet?

Allmennedisin

(Ta nytt ark)

Forkortelser som er benyttet i oppgavene i allmennedisin:

BT = blodtrykk

KMI = kroppsmasseindeks (BMI – body mass index)

Bl.s. = blodsukker

u-stix = urin stix

Oppgave 5

Per Johnsen er 48 år, tidligere frisk og bruker ingen medisiner. Han er litt overvektig og røyker. Han er gift, har tre barn som begynner å bli voksne, og jobber som rørlegger i et lite firma. Per henvender seg til fastlegen fordi han det siste halvåret har følt seg slapp og tung i kroppen. Han sover stort sett greit om natten, men synes det er tungt å gå på jobb, og trenger en god middagshvil når han kommer hjem. I forbindelse med juleferien tok han noen ekstra fridager, men synes ikke egentlig at det hjalp noe særlig, snarere tvert i mot.

- a) Generell tretthet er et hyppig fenomen i allmennpraksis. Gitt opplysningene ovenfor, gi 3 – 5 diagnostiske muligheter som du vil utrede nærmere hos denne pasienten.**

Den kliniske undersøkelsen viste normale funn ved auskultasjon av hjertet, BT 148/93, puls 55 rgm., ingen palpable lymfeknuter på halsen, i axiller eller lyskene. Per veier 96 kilo og med en høyde på 184 cm, så gir dette en KMI 28. Han benekter å ha spesielle problemer hjemme, i familien eller på jobb, og føler seg ikke spesielt nedstemt. Blodprøvene viser et ikke fastende blodsukker på 10,3 mmol/L og HbA1c på 8,2%.

- b) Hva er grensene for fastende og ikke-fastende blodsukker, samt HbA1c for diabetes mellitus og for nedsatt glukosetoleranse? (Målt kapillært)**

- c) Hvordan gjennomføres glukosebelastning på kontoret?**

- d) Hvordan stilles diagnosen diabetes mellitus?**

Du avtaler en glukosebelastning noen dager senere, hvor det viser seg at pasienten har en sikker diabetes mellitus.

- e) Hvilken type diabetes dreier dette seg om, og hva er de mest typiske karakteristika for denne typen diabetes?**

- f) Hvordan vil du utrede Per videre med tanke på hans diabetes (klinisk undersøkelse, laboratorieprøver, andre undersøkelser) – begrunn svaret**

- g) Hvilke råd og anbefalinger og eventuelle terapeutiske tiltak vil du iverksette nå?**

Pasienten møter til avtalt kontroll halvannen måned senere. Fastende bl.s. er nå 6,3 mmol/L, HbA1c 7,8%, vekten er 93 kilo og BT 152/91. Han forteller at han har lagt om kosten en del, men det blir fortsatt ikke så mye regelmessig mosjon. Han sliter også med å stumpe røyken helt, men sier han har redusert til omtrent halvparten av utgangspunktet.

h) Hvilke terapeutiske tiltak vil du iverksette nå?

i) Hvilke behandlingsmål vil du sette opp hos denne pasienten?

Oppgave 6

(Ta nytt ark)

Pasienten, en gutt på 6 år, følges av begge foreldrene til fastlegen fordi de er bekymret for at han fortsatt ikke er tørr om natten. Nå har han begynt på skolen og det kan være snakk om å overnatte hos venner, og gutten synes selv det er flaut og ekkelt at han tisser på seg om natten.

a) Sett opp en kortfattet inndeling av sengevæting hos barn med mulige årsaker

b) Hvordan vil du gå frem for å utrede sengevætingen hos gutten?

Utredningen viser at pasienten aldri har vært tørr om natten, og at han derfor bruker nattbleie. Han trenger ikke dette om dagen, for med få unntak klarer han da å holde seg.

c) Hvilke tiltak er aktuelle for å hjelpe pasienten? (Sett opp en detaljert tiltakspakke, hva vil du foreslå først og når og hvordan skal tiltaket evalueres, og hva foreslår du deretter etc.)

Oppgave 7

(Ta nytt ark)

Pasienten er en mann på 64 år som oppsøker fastlegen fordi han den siste uken har hatt ganske kraftig, produktiv hoste og følt seg slappere enn vanlig. Han har ikke målt sikker feber, men føler noen ganger at han er litt varm. Hosten er særlig plagsom på natten. På ditt spørsmål bekrefter han at han røyker og at kondisjonen ikke er den beste. Særlig nå den siste uken, synes han at han er ganske tungpustet. Ved klinisk undersøkelse hører du antydningvis pipelyder både i inspiriet og expiriet på begge sider. CRP er 24 og temperaturen måles til 37,8.

a) Hva er sannsynlig diagnose, og hvordan vil du behandle dette?

To uker senere kommer pasienten tilbake og klager fortsatt over de samme symptomene. Hosten er nokså uendret, han føler seg mer sliten og tung i kroppen, mer tungpustet og hver kveld får han som regel temperatur over 38 grader. Ved auscultasjon er det fortsatt noe pipelyder, men i tillegg synes du å høre basale knatrelyder bilateralt. CRP er nå 52.

b) Hvilke diagnostiske overveielser gjør du nå, og hvordan behandler du dette?

3 måneder senere oppsøker pasienten deg på nytt, med nye luftveissymptomer. Han forteller at han ble helt bra etter siste runde, men de siste par ukene har han igjen begynt å hoste mer enn vanlig og føler seg igjen tungpustet. Du hører ingen sikre fremmedlyder over lungene denne gangen og CRP er 8. Du bestemmer deg derfor for å gjøre en spirometri som viser FVC 105%, FEV1 78%, PEF 68% (alle verdier i prosent av forventet).

c) Hvilke diagnostiske overveielser gjør du nå, og hvordan utreder / behandler du videre?

En måned senere møter pasienten til kontroll. Han føler seg betydelig bedre, hoster nesten ikke og er i bedre allmenntilstand. Kontroll spirometri viser imidlertid nokså uendrede resultater.

d) Hvordan vil du følge pasienten videre (behandling, tiltak, kontroll)?

Samfunnsmedisin

(Ta nytt ark)

Oppgave 8

Drøft mulige tiltak, utover bistand, som kan bidra til å minske de systematiske helseforskjellene globalt (mellom høy-og lavinntektsland)

Oppgave 9

(Ta nytt ark)

Du er fastlege for en 56 år gammel rørlegger som i flere år vært plaget med smerter i korsryggen i forbindelse med tungt arbeid. Han har likevel jobbet mye og bare nevnt det for deg i forbifarten når han en sjelden gang har vært innom legekontoret ditt. Kona jobber fulltid som førskolelærer.

For et snaut år siden fikk han utstrålende smerter ned i høyre bein, og har siden gått sykmeldt. MR viste opprinnelig et prolaps og noe trange forhold for høyre L5-rot. Dette stemte godt med klinikken, men etter hvert er smertene blitt mer uspesifikke. Etter vurdering på ryggpoliklinikk ble det nylig konkludert med at operasjon ikke var indisert, og at attføringen til et lettere arbeid ville være hensiktsmessig. Han syntes et fire ukers opphold på et rehabiliteringssenter hjalp en stund, men klager over plagsomme smerter utover dagen når han forsøker seg i aktiviteter som belaster ryggen. Nå synes han ikke det har vært fremgang på flere måneder. Så lenge han «rusler hjemme, går korte turer og gjør enkle ryggøvelser,» angir han å være noenlunde smertefri.

- a) Hvilken trygdeytelse kan være aktuell, og hvilke krav må i så fall være oppfylt? Bør han friskmeldes?

- b) Hva kunne du ha gjort for denne pasienten på et tidligere tidspunkt?

Oppgave 10

(Ta nytt ark)

På tross av at det moderne menneskets liv er sikrere og tryggere enn noen gang, blir vi stadig mer opptatt av alle typer av risiko, farer og ulykker. Så også i medisinen, der begrepet risiko har hatt en eksplosiv vekst de siste 30 år.

a) Drøft hvorvidt, og eventuelt på hvilken måte, forskjeller mellom et allmenkulturelt og et medisinsk risikobegrep kan skape en utfordring i klinisk praksis. Trekk gjerne inn erfaringer du har gjort deg i praksisperioden.

b) Diskuter noen mulige strategier som kan være til hjelp i samtaler om risiko

Det medisinske fakultet, Oslo,

Signatur leder av eksamenskommissjon

Sensorveiledning ordinær eksamen 10. semester – høst 2014

Rettsmedisin

Oppgave 1

a) Du må forsikre deg om hennes identitet, notere dato og klokkeslett for undersøkelsen, helst også varighet.

Du må dokumentere alle skader, også slike som ikke er behandlingstrengende, helst med foto. Du må føre så nøyaktige notater som mulig vedrørende alle skader og andre funn, f eks arr.

b) I utgangspunkt skal du ikke varsle politiet mot en voksen pasients vilje (Hpl §21). Hun er myndig og har rett til å utsette seg for fare. Bare hvis du tror hun løper umiddelbar risiko for å bli alvorlig skadet/drept, har du plikt til å kontakte politiet (Strl §139). At du har fått grunn til å tro at hun er offer for trafficking, gir deg ikke rett til å bryte taushetsplikten. Siden du har fått kjennskap til at hun har omsorg for et barn, kan varsling av Barnevernet overveies (Hpl §33).

c) Du trenger et dokument der pasienten skriftlig bekrefter at hun løser deg fra taushetsplikten (Hpl § 22).

Oppgave 2

a) Du har plikt til å fylle ut legeerklæring om dødsfall når du i din legevirksomhet har fått kjennskap til et dødsfall (Hpl § 36). Dokumentet stadfester at den aktuelle personen, uansett hvem han er, er konstatert død, ikke har behandlingsbehov og ikke lenger er juridisk/økonomisk ansvarlig. I dette tilfellet kan du ikke fylle ut med navn, men skriver f eks «ukjent mann» eller «NN mann», fyller ut dato da du konstaterte dødsfallet og annet du har informasjon om, fyller ut dødsårsak hvis du mener å kjenne den (det gjør du ikke her – skriv «død av ukjent årsak», «mors causae ignotae» eller noe annet med samme meningsinnhold og krysser for at politiet er informert om saken. Attesten gir du til nærværende polititjenestemann.

b) Ved funn av ukjent lik, og der avdødes identitet ikke straks kan bringes på det rene, skal politimyndigheten se til at sakkyndig likundersøkelse blir utført (Straffeprosessloven §228 og Påtaleinstruksen § 13-1)

c) Identifisering av ukjent avdød er en sak av tungtveiende privat og offentlig interesse, og Helsepersonelloven § 23 tilsier at taushetsbelagt informasjon kan utleveres til slikt bruk. Du ser gjennom de journalnotater som er tilgjengelige vedr den antatt døde og utleverer de deler som kan antas å være til nytte ved identifiseringen (kroppskaraktetika, arr, implantater/proteser, kirurgisk fjernede organer etc), ikke nødvendigvis alt som er dokumentert i journalen.

d) - Visuell gjenkjenning, ev via foto (meget upålitelig)

- Sammenligning med kjente kroppskaraktetika, proteser, arr, tatoveringer, piercinger etc
- Sammenligning med tidligere tatte røntgenbilder

- Sammenlignende tannundersøkelse (journaler og rtg-bilder tatt før døden)
- Rettsgenetisk undersøkelse (sammenligning med nære biologiske slektninger, tidligere sikrede vevs- eller blodprøver, personlige eiendeler)
- Fingeravtryksundersøkelse

e) Kripes v/Nasjonal identifiseringsgruppe (ID-gruppen)

Oppgave 3

Hjerterytmeforstyrrelse/stans

Krampeanfoll med pustestans

Brannskader

Fall fra stedet personen sto da strømsløtet rammet ham

Oppgave 4

I fravær av vitalt oppkomne etanolnedbrytningsprodukter (etylsulfat og etylglukuronid) kan påvist etanol representere dannelse i kroppen etter døden. Det er således ikke bevist at avdøde hadde inntatt etanol/var etanolpåvirket ved dødstidspunktet eller at han var påvirket av noe annet rusmiddel/legemiddel som inngår i analyserepertoaret.

Allmenmedisin

Oppgave 5

- a) Generell tretthet er et hyppig fenomen i allmennpraksis. Gitt opplysningene ovenfor, gi 3 – 5 diagnostiske muligheter som du vil utrede nærmere hos denne pasienten.

SVAR: diabetes, hypothyreose, anemi, depresjon, kronisk utmattelsessyndrom (minst tre er godkjent)

- b) Hva er grensene for fastende og ikke-fastende blodsukker, samt HbA1c for diabetes mellitus og for nedsatt glukosetoleranse? (Målt kapillært)

SVAR: DM: bl.s. fastende $\geq 6,1$ mmol/L, ikke fastende $\geq 11,1$, HbA1c 6,5%. Nedsatt glukosetoleranse: bl.s. fastende $\leq 6,1$ mmol/L, ikke fastende $\geq 7,8$ og $< 11,0$ (alle må være riktige, +/- 0,5 mmol/L, evt oppgitt som venøse målinger)

- c) Hvordan gjennomføres glukosebelastning på kontoret?

SVAR: Pasienten møter fastende, måler bl.s., drikker 75 g rørt ut i 2-300 ml vann, venter to timer på kontoret, og måler bl.s. på nytt (alt må med for godkjent)

- d) Hvordan stilles diagnosen diabetes mellitus?

SVAR: HbA1c > 6,5, eller bl.s. $\geq 11,1$ målt 2 timer etter glucosebelastning eller tilfeldig to timer etter matinntak, eller fastende bl.s. $\geq 7,0$ mmol/l (plasma eller serum) målt på to uavhengige målinger (en av måtene må være beskrevet for godkjent)

- e) Hvilken type diabetes dreier dette seg om, og hva er de mest typiske karakteristika for denne typen diabetes?

SVAR: DM type 2, karakterisert av insulinresistens; pasienten som regel > 40 år, overvektig, normalt eller høyt C-peptid. (DM2 + insulinresistens er godkjent)

- f) Hvordan vil du utrede Per videre med tanke på hans diabetes (klinisk undersøkelse, laboratorieprøver, andre undersøkelser) – begrunn svaret

SVAR: liv/hofte ratio, hjerte- og lungeundersøkelse, distal puls, sår, monofilamenttest, lipidstatus (høyde/vekt og BT er allerede gjort) (minst tre er godkjent)

- g) Hvilke råd og anbefalinger og eventuelle terapeutiske tiltak vil du iverksette nå?

SVAR: kostråd: øke andel umettet fett, redusere raskt absorberbare karbohydrater, generell vektreduksjon, mosjon daglig, røykestopp (minst tre er godkjent)

- h) Hvilke terapeutiske tiltak vil du iverksette nå?

SVAR: Konkretisere behovene og målene for livsstilsendringer, evt henviser til kommunens Frisklivssentral (30 min fysisk aktivitet daglig minst fem dg/uke, røykeslutt, evt livsstilsendring 6 uker til før medik behandling), (livsstilsendringer og/eller medikamentell behandling (Metformin) er bestått)

- i) Hvilke behandlingsmål vil du sette opp hos denne pasienten?

SVAR: HbA1c < 7,0%, KMI ≤ 25 , liv/hofte ratio ≤ 1 (menn), $\leq 0,9$ (kvinner), ratio total kolesterol/HDL < 5, LDL $\leq 2,5$, BT $\leq 135/80$, røykeslutt, 30 min daglig mosjon (HbA1c, BT og røykeslutt er bestått)

Oppgave 6

- a) Sett opp en kortfattet inndeling av sengevæting hos barn med mulige årsaker

SVAR: a) primær enuresis (har aldri vært tørr); disponeres av arv, utviklingsforstyrrelse av søvnmønster eller hormonregulering; b) sekundær enuresis (har vært tørr, men begynt å tisse på seg igjen); kan fremkalles av psykososiale forhold, men ofte ingen sikker årsak; c) inkontinens (dag/natt); kan være funksjonell eller organisk (nevropati, strukturell, infravesikal obstruksjon, epispadi) (a og b må være riktig for godkjent)

- b) Hvordan vil du gå frem for å utrede sengevætingen hos pasienten?

SVAR: Ved enuresis nocturna: anamnese om han er tørr på dagen og om han tidligere har vært tørr om natten (sekundær enurese). Ved sekundær enurese, viktig å få frem om det har vært spesielle livshendelser, evt i familien ved symptomdebut. Utredning hos fastlegen går ut på å utelukke obstipasjon og urinveisinfeksjon. Barnet kan henvises til spesialisthelsetjenesten ved manglende bedring og mistanke om nevrologisk sykdom, evt generell utviklingsforstyrrelse og/eller større atferdsproblemer. (anamnese på primær/sekundær, samt å utelukke obstipasjon og UVI må med for godkjent)

- c) Hvilke tiltak er aktuelle for å hjelpe pasienten? (Sett opp en detaljert tiltakspakke, hva vil du foreslå først og når og hvordan skal tiltaket evalueres, og hva foreslår du deretter etc.)

SVAR: God informasjon, drikkerestriksjon, vekking, dagbok, alarmmatte, medikamentell behandling (desmopressin) (tre av seks må med for godkjent)

Oppgave 7

- a) Hva er sannsynlig diagnose og hvordan vil du behandle dette?

SVAR: Akutt bronkitt; behandles med ro og hvile, evt slimløsende / hostedempende; evt beta 2 agonist i inhalasjon. Røykekutt. (obstruktiv lungesykdom og røykekutt gir godkjent)

- b) Hvilke diagnostiske overveielser gjør du nå, og hvordan behandler du dette?

SVAR: Pneumoni (evt bronkopneumoni) og behandles med fenoksymetylpenicilin. Avtal kontroll med rtg thorax og spirometri etter 6 uker. (penicillinbehandling og kontroll gir godkjent)

- c) Hvilke diagnostiske overveielser gjør du nå, og hvordan utreder / behandler du videre?

SVAR: Spirometri viser obstruktivitet, KOLS er sannsynlig. GOLD klasse IIA. Det bør gjøres reversibilitetstest (og rtg thorax om dette ikke er gjort). Pasienten kan prøvebehandles med Prednisolon i 2-3 uker, eller et kombinasjonspreparat beta-2-agonist og steroider. Røykekutt. (obstruktiv lungesykdom, reversibilitetstest, medikamentell behandling og røykekutt må med for bestått)

- d) Hvordan vil du følge pasienten videre (behandling, tiltak, kontroll)?

SVAR: Med GOLD klasse IIA skal pasienten ha korttidsvirkende beta 2 agonist eller muscarin reseptor antagonist. Det viktigste tiltaket er røykeslutt. (en av de to medikamentene må med for godkjent)

Samfunnsmedisin

Oppgave 8

Drøft mulige tiltak, utover bistand, som kan bidra til å minske de systematiske helseforskjellene globalt (mellom høy-og lavinntektsland)

SVAR: Det finnes flere ulike tiltak som kan være med å endre de systematiske helseforskjellene globalt. I kap. 5 i boken Sosialmedisin (Mæland m.fl) nevnes

- Omfordeling av ressurser mellom land (lite enighet i det internasjonale samfunnet). Forkjempere for omfordeling argumenterer for at vi som enkeltpersoner og stater er forpliktet til å sikre andre menneskers grunnleggende menneskerettigheter selv om disse altså ikke befinner seg i ens eget land. Ofte brukes også argumentet om at vi rike land har et stort ansvar for den uretten vi har påført lavinntektsland gjennom år med kolonialisering.
- Unngå rekruttering av helsepersonell fra lavinntektsland til høyinntektsland (her kan hende noen studenter nevner WHO's globale kode for etisk rekruttering av helsepersonell)
- Endre internasjonale handelsregler: disse argumenteres av mange å føre til helseskader og lidelse, f.eks. gjennom dagens patentavtale som Norge også har et medansvar for (TRIPS – Trade Related Aspects of Intellectual Property rights). TRIPS gir f.eks. inntjening til legemiddelindustrien, men sies av mange av hindre tilgangen til medisiner i den fattige del av verden. TRIPS avtalen gir produsentene monopol på produksjon og salg av medisinen i opp til 20 år og prisene er ofte for høye i denne perioden for å sikre tilgang i lav- og mellominntektsland. Å fjerne hele patensystemet vil kunne stoppe innovasjon, men det har blitt foreslått å lage et alternativt patentfond eller at viktige aktører innen global helse forhåndsgaranterer kjøp av livsviktige medisiner, evt tillate kopimedisiner oftere.
- En global helsekonvensjon: Lage et globalt rettslig rammeverk som kan påvirke nasjonale prosesser for helseprioritering. Forskning på menneskerettighetskonvensjoner har vist at de kan mobilisere grasrotorganisasjoner og påvirke den nasjonale politiske dagsorden.

Av andre tiltak kan være gjeldsslette, tiltak mot klimaendringer o.l.

Oppgave 9

Du er fastlege for en 56 år gammel rørlegger som i flere år vært plaget med smerter i korsryggen i forbindelse med tungt arbeid. Han har likevel jobbet mye og bare nevnt det for

deg i forbifarten når han en sjelden gang har vært innom legekantoret ditt. Kona jobber fulltid som førskolelærer.

For et snaut år siden fikk han utstrålende smerter ned i høyre bein, og har siden gått sykmeldt. MR viste opprinnelig et prolaps og noe trange forhold for høyre L5-rot. Dette stemte godt med klinikken, men etter hvert er smertene blitt mer uspesifikke. Etter vurdering på ryggpoliklinikk ble det nylig konkludert med at operasjon ikke var indisert, og at attføringen til et lettere arbeid ville være hensiktsmessig. Han syntes et fire ukers opphold på et rehabiliteringssenter hjalp en stund, men klager over plagsomme smerter utover dagen når han forsøker seg i aktiviteter som belaster ryggen. Nå synes han ikke det har vært fremgang på flere måneder. Så lenge han «rusler hjemme, går korte turer og gjør enkle ryggøvelser,» angir han å være noenlunde smertefri.

a) Hvilken trygdeytelse kan være aktuell, og hvilke krav må i så fall være oppfylt? Bør han friskmeldes?

b) Hva kunne du ha gjort for denne pasienten på et tidligere tidspunkt?

SVAR:

- a) Han har krav på arbeidsavklaringspenger (AAP) dersom NAV vurderer at den medisinske tilstanden er en viktig grunn til at han hindres i å komme tilbake i arbeid. Arbeidsevnen må da være nedsatt med minst 50 %. I tillegg til helsetilstanden skal det tas hensyn til alder, evner, utdanning, yrkesbakgrunn, interesser, ønsker, muligheter for å gå tilbake til tidligere arbeid, samt arbeidsmuligheter på hjemstedet og på andre steder der det er rimelig at han tar arbeid (§11-5). Det skal i prinsippet ikke tas hensyn til om det arbeidet han eventuelt kan få, har lavere status og gir dårligere inntjening enn arbeidet som snekker. I praksis er det grunn til å tro at han vil få AAP (men det er ikke sikkert, i hvert fall ikke i første omgang). Regelverket er i prinsippet strengt, og hvis legen mener at han er i stand til i å være i tilgjengelig arbeid som det er realistisk og rimelig at han vil kunne klare, kan han friskmeldes. I praksis vil dette imidlertid neppe være aktuelt uten at arbeidsevnen er bedre vurdert og eventuelt utprøvd.
- b) Dette burde sannsynligvis ha vært grepet fatt i tidligere, f.eks. tilbud om samtale vedrørende jobbsituasjonen, diskusjon av evt. nedtrapping på jobb, behandlingsalternativer som fysioterapi og smertelindring, innkobling av bedriftshelsetjenesten, ergometri o.l., omskolering på et tidligere tidspunkt.

Oppgave 10

På tross av at det moderne menneskets liv er sikrere og tryggere enn noen gang, blir vi stadig mer opptatt av alle typer av risiko, farer og ulykker. Så også i medisinen, der begrepet risiko har hatt en eksplosiv vekst de siste 30 år.

a) Drøft hvorvidt, og eventuelt på hvilken måte, forskjeller mellom et allmennkulturelt og et medisinsk risikobegrep kan skape en utfordring i klinisk praksis. Trekk gjerne inn erfaringer du har gjort deg i praksisperioden!

SVAR: Her er det forventet at studentene skal diskutere forskjellen mellom et medisinsk (statistisk sannsynlighet formulert som for eksempel relativ og absolutt risiko) og allmennkulturelt (der utsette seg for risiko =utsette seg for fare) risikobegrep. I vår kultur ligger det et iboende behov for planlegging og kontroll av fremtiden, men følelsen av usikkerhet og risiko vokser paradoksalt med antall tiltak vi setter i verk. Både pasientene og legene kan veksle mellom den allmennkulturelle og det statistiske risikobegrepet, og det kan skape mye vanskeligheter i kommunikasjonen. Mangel på en felles definisjon og faren for at begge vakler mellom de to forståelsene kan skape misforståelser, manglende etterlevelse av råd om behandling og unødig angst hos pasienten. Dette bør studentene ha med for å stå. Vi har en ytterligere utfordring i oversettelsen av epidemiologiske begreper til hverdagens kliniske praksis og legmannsforståelsen. Legen skal formidle prøveresultater og rådgi pasientene om fremtidig helserisiko basert på epidemiologiske funn. Mens epidemiologien omtaler risiko som en egenskap hos befolkningen, blir dette i den kliniske samtalen ofte til et spørsmål om risiko som en egenskap hos individet. Pasienten blir en som er frisk, men allikevel sykelig – en «ikke ennå syk» person.

b) Diskuter noen mulige strategier som kan være til hjelp i samtaler om risiko

Her finnes det flere muligheter. I undervisningen legger vi vekt på:

- a) Verbale verktøy (bruke språkbilder og fortellinger)
- b) Numeriske verktøy (at de bør bruke absolutt risiko og NNT fremfor relativ risiko (sistnevnte er god hvis man skal sammenligne behandlinger, men misforstås lett og kan gi inntrykk av større risiko/effekt enn hva som er tilfelle)),
- c) Visuelle verktøy (grafiske illustrasjoner).

Det viktige er at man vurderer pasientens totale risiko og ikke fokuserer på isolerte risikofaktorer, og at man tar i betraktning og kartlegger pasientens totale livssituasjon og motivasjon for endring. Ingen av strategiene for å formidle risiko er ideelle:

-Hverdagspråket er upresist, men praktisk;

-metaforer og fortellinger og visuelle verktøy kan manipulere pasientens forståelse, men også motivere og anskueliggjøre;

-NNT gir en god beskrivelse, samtidig som det gir inntrykk av at en hendelse kan forebygges fullt og helt, mens den ofte kun forsinkes i tid.

