

**2018 - IIC - MD4061 - eksamen 2**  
**Eksamensdato: 2019-02-06**

1

En kvinnelig barnehageansatt oppsøker deg som fastlege for første gang pga. lavgradige ryggsmertener uten utstråling. Du tar opp anamnese og gjør en status. Du konkluderer med at det mest sannsynlig foreligger en muskulær årsak til de lokaliserte smertene. Du anbefaler vanlig deltagelse i hverdagens aktiviteter. Hun får med seg en treningsplan og en fysioterapi rekvisisjon. Hun sier at hun ikke makter arbeidsoppgavene med av- og påkledning av barna. Dette har hun ikke drøftet med arbeidsgiver. Hun ber om sykmelding.

Som fastlege, hva ser du som den mest adekvate førstehåndteringen av kvinnens forespørsel?

- A Gradert sykmelding med beskjed til NAV om en behandlingsdag per uke mens hun går til fysioterapeut  
*Feil. Dette løser ikke problemet hun har de dagene hun er på jobb. Det er heller ikke avklart at behandlingen gjør pasienten arbeidsufør, eller at virkningen av behandlingen er avhengig av at pasienten ikke arbeider på behandlingsdagen*
- B 100% sykmelding frem til hun kan begynne i fysioterapi  
*Feil. Verken lege eller pasient har beskrevet at hun har 100% reduksjon i arbeidsevnen*
- C 100 % sykmelding i en uke, deretter ny legevurdering  
*Feil. Verken lege eller pasient har beskrevet at hun har 100% reduksjon i arbeidsevnen*
- D X Avventende sykmelding slik at arbeidsgiver og arbeidstaker kan prøve å tilrettelegge eller finne endrede arbeidsoppgaver  
*Riktig. Igangsetting av dialog mellom arbeidsgiver arbeidstaker bør prioriteres. Hun beskriver kun problemer i forhold til enkeltstående arbeidsoppgaver*

0000150a9a91b56604

2

En 32 år gammel kvinne er utdannet kokk. Hun var i en bilulykke 5 år tilbake. Hun pådro seg en alvorlig ryggmargsskade med delvis lammelse i begge bena. Hun går med krykker med bruk av skinner. Hun har vært gjennom en lengre periode med medisinsk rehabilitering samt flere forsøk på å komme tilbake i en tilpasset jobb. Nå har hun resignert og mener at hun ikke klarer å komme tilbake arbeidslivet. Hun ønsker å søke om varig uførepensjon. Rådgiver i NAV og du som fastlege støtter henne i dette. Hun ber deg om å skrive en legeerklæring som bekrefter at hun er berettiget til garantert minstepensjon som ung ufør.

Hva gjør du?

- A Du ber pasienten søke om varig uførepensjon. Som fastlegen hennes fyller du ut "legeerklæring ved arbeidsuførhet" og informerer pasienten om at hun har rett til garantert minstepensjon som ung ufør fordi hun ble ufør i ung alder.  
*Feil. Både fordi alderskriteriet ikke er oppfylt ettersom hun var over 26 år da uførheten inntrådte, samt fordi alder ikke er eneste kriterium som skal innfris. NB! alvorlighetskriteriet. Fastlege er ikke den som kan avgjøre om hun fyller de øvrige kriteriene og derved har rett til garantert minstepensjon*
- B Du informerer pasienten om at hun selv må sende inn krav om uførestønad. Det trengs ikke legeerklæring fra fastlege ettersom NAVs rådgivende lege vil ta stilling til søknaden.  
*Feil. Fastlege skriver legeerklæring ved søknad om varig uførepensjon. NAVs rådgivende lege bidrar ikke med nye medisinske opplysninger og bestemmer ikke utfallet av saken*
- C X Du informerer pasienten om at hun selv må søke om varig uførepensjon. Som fastlegen hennes fyller du ut "legeerklæring ved arbeidsuførhet". Du orienterer pasienten om at slik du kjenner regelverket, fyller hun ikke kravene til garantert minstepensjon. Du ber henne ta kontakt med NAV for nærmere opplysninger.  
*RIKTIG. Pasienten skal søke selv. Lege fyller ut "legeerklæring ved arbeidsuførhet, informerer pasienten om aktuelle kriterier og viser til at NAV kan gi henne oppdatert informasjon om gjeldende regelverk*
- D Du informerer pasienten om at du skal sende inn søknad om varig uførepensjon for henne. Du fyller i tillegg ut "legeerklæring ved arbeidsuførhet". Du regner med at pasienten fyller kriteriene til å bli vurdert som ung ufør, men ber om at NAV vurderer om hun har rett til garantert minstepensjon som ung ufør.  
*Feil. Det er pasienten selv som sender søknad om uførepensjon*

0000150a9a91b56604

3

En 45 år gammel mann oppsøker legen på grunn av tiltagende tungpustenhet i perioder. Plagene oppstår gjerne om kvelden etter endt arbeidsdag og kan være ledsaget av feber og generell sykdomsfølelse som ved influensa. Plagene oppstår dessuten oftest om høsten og om vinteren. På spørsmål fra deg får du vite at han er gårdbruker på heltid og driver med melkekyr og kjøttproduksjon. For moro skyld og fordi han mener at det er bra for kyrne driver han noe med høy som ikke alltid er like lett å få tørt i det trønderske klimaet. På gården har han også et flisefyringsanlegg. Ved klinisk undersøkelse er det normale lungefysikalia mens spirometri viser at både FVC og FEV1 er lett nedsatt. Hvilken sykdom er det mest sannsynlig at han har pådratt seg?

**A X** Allergisk alveolitt

*Ja, dette må man alltid tenke på hos bønder. Hos bønder er sykdommen oftest forårsaket av inhalasjon av muggsoppssporene som kan finnes i fuktig høy og som spres til lufta når dette håndteres. En annen kilde kan være håndtering av muggen flis. Sykdommen oppstår gjerne om kvelden etter eksponering med feber og tungpustenhet og generell sykdomsfølelse. Både eksponeringen og sykdommen har det blitt undervist om både i IIB og i IIIC*

**B** Astma bronchiale

*Nei, den er også anfallsvis, men uten feber og med obstruktivitet ved anfall*

**C** Kronisk obstruktiv lungesykdom

*Nei, ikke feber og da ville han ha hatt obstruktiv nedsatt lungefunksjon*

**D** Pneumoni

*Ja, men ikke anfallsvis og ikke typisk for bønder*

000015c0a91b566d4

4

En 32 år gammel mann kommer til legen og klager over tungpustenhet med piping i brystet om ettermiddagen og kvelden etter endt arbeidsdag. Legen konstaterer normal lungefunksjon og normale lungefysikalia. Pasienten opplyser at han har arbeidet som baker i 10 år. Hvilken sykdom er det mest sannsynlig at han har og hva er de mest sannsynlige årsakene?

**A** Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) forårsaket av eksponering for røyk fra bakerovnene.

*Nei, KOLS er ikke typisk for bakere og funnene hos legen taler heller ikke for denne diagnosen*

**B** Astma bronkiale forårsaket av eksponering for røyk fra bakerovnene.

*Nei, røyk fra bakerovnene er en mulig årsak, men ikke typisk*

**C X** Astma bronkiale forårsaket av eksponering for melstøv

*Ja, astma er typisk hos bakere (bakerastma) og i og med at astma er en anfallsvis sykdom med normale lungefunn mellom anfallene passer det også med at det var normale funn hos legen.*

*Både melstøv og tilsetningsstoffer med enzymer (såkalte bakeforsterkere) kan forårsake astma.*

**D** Hypersensitivitetspneumonitt (allergisk alveolitt) forårsaket av eksponering for melstøv.

*Nei, hypersensitivitetspneumonitt er ikke vanlig etter eksponering for melstøv*

000015c0a91b566d4

5

Nitrogendioksid (NO<sub>2</sub>) er en lungeirriterende gass. Hva er den viktigste kilden til NO<sub>2</sub>-forurensing i våre byer i dag?

**A** Vedfyring i hjemmene

*Forurenses ja, men ikke så mye NO<sub>2</sub>*

**B X** Eksos fra dieseldrevne kjøretøy

*Ja, det er en ganske betydelig kilde til NO<sub>2</sub> og partikulær forurensing*

**C** Avfallsforbrenningsanlegg

*Forurenses noe, men ikke så mye NO<sub>2</sub>*

**D** Eksos fra bensindrevne kjøretøy

*Nei, bensin- og gassdrevne kjøretøy avgir mindre NO<sub>2</sub> enn dieseldrevne.*

000015c0a91b566d4

6

En 50 år gammel pasient med ALS vurderer om han skal be om trakeostomi med tanke på invasiv respiratorbehandling i håp om å leve lengst mulig. Avgjørende for hans valg er om han fortsatt kan bo hjemme med sin familie rundt seg eller om han blir henvist til en omsorgsbolig med personalbase som er nabo til sykehjemmet. Hjemmealternativet ville innebære behov for kommunal økonomisk støtte til ombygging av huset og at kommunen sørger for personale tilgjengelig i hans bolig 24/7. Har han krav på dette?

- A** Han har rett på personale tilstede 24/7 da dette er nødvendig helsehjelp. Han har også rett til økonomisk støtte til nødvendig ombygging av familiens bolig da han er så ung.  
*Alder har ikke betydning for økonomisk støtte til tilpasning av huset, men pasienten har ikke nødvendigvis rett på slik støtte. Husbanken kan gi tilskudd til kommuner for videretildeling til enkeltpersoner. Kommunen kan da gi tilskudd til tilpasning av boliger til enkeltpersoner med nedsatt funksjonsevne. Tildeling fra kommunen gjøres etter en økonomisk behovsprøving og tilpasningen må være hensiktsmessig*
- B** Han har rett på personale tilstede i familiens bolig 24/7, men han har ikke rett til økonomisk støtte for ombygging
- C X** Han har rett til personale tilstede 24/7, men har ikke rett til å få dette i familiens bolig  
*Kommunen forplikter seg til å gi nødvendig helsehjelp, også for pasienter som trenger oppfølging hele døgnet. Kommunen står imidlertid fritt til hvor og hvordan denne helsehjelpen skal gis, men helsehjelpen må være forsvarlig. Dette innebærer at ordningen må være bærekraftig - kommunen må få rekruttert ansatte, ansatte må ha tilstrekkelig kompetanse, man må få til en stabilitet i personalgruppen og det må innenfor de økonomiske rammene som kommunen har mulighet til. Dette betyr ikke at ansatte nødvendigvis trenger være kommunalt ansatt. Ordningen kan også organiseres ved hjelp av brukerstyrte, personlige assistenter der pasienten selv eller pårørende er arbeidsgiver. Ordningen vil imidlertid bli finansiert av kommunen*
- D** Han kan ikke velge en behandling som krever at kommunen skal stille med personale 24/7  
*Om det blir trakeostomi eller ikke er en sak mellom sykehuset og pasienten der belastningen dette innebærer for pasient (og særlig pårørende) veies opp mot mulig nytte. Kommunen må forholde seg til resultatet og tilby nødvendig helsehjelp*
- 

000015ca9a91b568d4

7

Du er lege i akuttmottaket og tar i mot en kvinne på 58 år med brystmerter som har vart i 6 timer. EKG er uten sikre iskemitegn. Hun har fra før kjent redusert nyrefunksjon med GFR på ca 40 mL/min. Du rekvirerer analyse av troponin T i plasma og resultatet av første prøve er 50 ng/L. Som beslutningsgrense oppgir laboratoriet 14 ng/L som er 99-persentilen i en definert frisk populasjon. Hvordan vurderer du resultatet av troponin T?

- A** Resultatet kan forklares av pasientens reduserte nyrefunksjon og jeg må be om at prøven analyseres med en troponinmetode som ikke påvirkes av redusert nyrefunksjon.
- B** Resultat kan forklares med pasientens reduserte nyrefunksjon og ettersom EKG er normalt kan hun sendes hjem.  
*Det kan være forklaringen, men det vet man ikke uten at man gjentar prøven etter noen timer og se etter endringer som man forventer ved akutt hjerteinfarkt.*
- C** Troponin T påvirkes ikke av redusert nyrefunksjon og med så høy verdi kan diagnosen akutt hjerteinfarkt stilles.
- D X** Resultatet kan forklares med pasientens reduserte nyrefunksjon, men jeg må ta en prøve til om noen timer for å se om det er noen endring i troponinkonsentrasjonen.  
*Redusert GFR er kjent for å forårsake forhøyet plasmakonsentrasjon av troponin T, men verdien kan også være forårsaket av et akutt hjerteinfarkt selv om pasienten har redusert GFR og vurderingen vil derfor avhenge av om det er noen endring i resultatet i en prøve tatt noen timer etter den første slik man vil forvente ved akutt hjerteinfarkt.*
- 

000015ca9a91b568d4

8

Du er lege i en distriktkommune. Du får inn et barn på legekantoret som har vært utsatt for en ulykke og du mistenker lårbeinsbrudd. Du opplever at det haster å få barnet innlagt på sykehus. Barnet har mye smerter og du ber legesekretæren sette 2 mg morfin intramuskulært mens du selv melder pasienten, rekvirerer luftambulans og skriver innleggelsesskriv. Legesekretæren har ikke gjort dette før, hun blir usikker og ber om å få bekreftet at det er 2 mg. Du bekrefter dette. Legesekretæren tar likevel feil, og setter i stedet 2 ml, noe som tilsvarer 20mg. Hvem har handlet uforsvarlig? ( Velg det mest riktige alternativet)

- A Legen. Han delegerte en oppgave til en legesekretær uten kontrollere at hun hadde trukket opp riktig. Han er hennes sjef og hun må gjøre det hun får beskjed på. Hun kan ikke klandres.
- B Legesekretæren. Hun har et selvstendig ansvar for å sikre at hun har kompetanse til å utføre de oppgavene hun blir pålagt og dersom hun var usikker, skulle hun ha vist legen hvor mye hun hadde trukket opp, slik at han kunne kontrollere.
- C X Både legen og legesekretæren. Legen må sikre seg at hans medhjelper har tilstrekkelig kompetanse til å utføre de oppgaver som han pålegger henne. Legesekretæren har som helsepersonell selv et ansvar for at hun har kompetanse til å utføre arbeidet hun blir satt til å gjøre.

*Dette er hjemlet i helsepersonelloven §4og5:*

#### *4.Forsvarlighet*

*Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.*

*Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.*

*Helsepersonell har plikt til å delta i arbeid med individuell plan når en pasient eller bruker har rett til slik plan etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5.*

*Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.*

#### *§ 5.Bruk av medhjelpere*

*Helsepersonell kan i sin virksomhet overlate bestemte oppgaver til annet personell hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellens kvalifikasjoner og den oppfølging som gis.*

*Medhjelpere er underlagt helsepersonells kontroll og tilsyn.*

000015ca9a91b566d4

9

En eldre kvinne har Alzheimers sykdom og har nylig kommet på sykehjem mot sin vilje. Det er gjort vedtak på tvang i form av tilbakeholdelse i institusjon da pasienten pleide å gå ut uten tilstrekkelig påkledding og rote seg bort. Datteren er sliten fordi hun opplevde et stort ansvar da moren bodde hjemme.

Pasienten blir nå innlagt på geriatrisk avdeling på grunn av rask sydomsutvikling. Hun er nå blitt helt sengeliggende og det er ikke utsikter til bedring. Hun gjentar stadig at hun ikke vil tilbake på sykehjemmet, men til eget hjem. Geriateren vurderer henne som ikke samtykkekompetent til å vurdere boform og omsorgssituasjon, men er usikker på om det er riktig å sende henne tilbake til sykehjemmet mot hennes vilje.

Hva blir mest riktig å gjøre?

- A Diskutere dette med datteren som kjenner pasienten best, og la henne bestemme hva som blir riktig.  
*I saker der man vurderer tvang etter Pasient- og brukerrettighetsloven kap 4A, skal pårørende spørres om hva de tenker pasienten selv ville ha ønsket dersom de hadde evnen til å vurdere. Man er ikke ute etter hva pårørende selv synes vil være mest hensiktsmessig for dem selv.*
- B Sende pasienten tilbake til sykehjemmet mot hennes vilje da hun er sengeliggende, pleietrengende, ikke samtykkekompetent til å vurdere sin omsorgssituasjon og dessuten har et gyldig vedtak på tilbakeholdelse i institusjon (sykehjemmet).  
*Mangelende samtykkekompetanse er en nødvendig, men ikke tilstrekkelig forutsetning for å bruke tvang. Se ellers kommentar til svar C.*
- C X Gjøre en ny vurdering om det er nødvendig å bruke tvang for å gi forsvarlig helsehjelp.  
*Ved bruk av tvang, må det alltid vurderes om tvangen er nødvendig for å gi et forsvarlig helsetilbud. Når situasjonen endrer seg, som for Hilde, vil også grunnlaget for bruk av tvang kunne endre seg og tvangsvedtaket må vurderes på nytt.*

000015ca9a91b566d4

10

En 38 år gammel kvinne er utdannet sykepleier. Hun har en velregulert hypotyreose og kommer i dag til en årlig kontrolltime. Hun har slitt med tilbakevendende depresjoner helt siden hun var i tenårene. Hun merker at det å gå nattevakter bidrar til søvnmvansker. Perioder med mye nattarbeid følges ofte av perioder med økt depressivt symptomtrykk. Hun har inntil nå hatt relativt lite sykefravær. Hun ønsker seg etter hvert en jobb uten vaktbelastning på natt. Du er enig i at nattarbeid neppe er gunstig for henne på sikt. Hun føler seg i brukbar form og går på jobb hver dag. MADRS (Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale) skår er nå på 12 (MADRS skår 10 - 19 poeng = Lett depresjon, ikke medikamentell behandling).

Hva bør du som fastlege gjøre nå, med tanke på arbeidssituasjonen hun står i?

**A** Det bør søkes om fritak fra arbeidsgiveransvaret i forbindelse med sykefravær hos pasienten

*Feil. Ikke aktuelt. Det er ikke dokumentert langvarig og kronisk sykdom som medfører risiko for særlig stort sykefravær*

**B** Du vil som fastlege skrive en sykmelding for å forebygge forverring

*Feil. Det foreligger ikke medisinske opplysninger som tilsier 100% nedsatt arbeidsevne over lengre tid*

**C X** Oppfordre pasienten til å kontakte sin arbeidsgiver for å komme i gang med en dialog rundt mulig tilrettelegging av arbeidsoppgaver og turnus

*Riktig. Det beskrives ikke medisinske forhold som tilsier at hun må sykmeldes nå. Problemet bør først søkes løst i en dialog mellom arbeidsgiver og arbeidstaker.*

**D** Du vil som fastlege skrive en legeerklæring til NAV og argumentere for at det foreligger medisinske grunner til at hun bør få videreutdanning i regi av NAV til et yrke uten vaktbelastning

*Feil. Fastlege kan beskrive medisinske forhold som tilsier at hun bør skånes for bestemte arbeidsoppgaver, for eksempel nattarbeid. Det er ikke fastlege som avgjør om utdanning er et nødvendig tiltak for å klare å stå i jobb*

000015c0a9f1b566d4

11

RADS - reactive airways dysfunction syndrome - er en lungesykdom som oppstår akutt etter én kraftig eksponering

Hvilken lungesykdom er den et eksempel på?

**A X** Irritantutløst astma

*Kan oppstå etter en gasslekkasje eller annen stor og akutt påvirkning*

**B** Akutt allergisk astma

*Allergisk astma opptrer etter en sensibilisering, og vil derfor ha en latensperiode, selv om første anfall kan komme akutt. Passer ikke med definisjonen av RADS*

**C** Akutt allergisk alveolitt

*Kan opptre akutt, men personen må være sensibilisert på forhånd, og benevnes ikke RADS*

**D** Akutt silikose

*Silikose utvikler seg gradvis. Akutt silikose kan sees etter svært høy eksponering over få år, men slik eksponering er sjelden idag, og silikose hører ikke inn under definisjonen av RADS.*

000015c0a9f1b566d4

12

En 42 år gammel mann er fast ansatt som snekker i et lite firma. Han skader armen i et fall fra et stillas. Dette skjer i arbeidstiden. Han oppsøker deg på legekantoret få dager etterpå. Hva er det svært viktig at du som lege husker å gjøre ved mottak av pasienter med skader etter arbeidsulykker?

- A** Fylle ut skjema "Melding om yrkesskade eller yrkessykdom"  
*Feil. Det er arbeidsgivers plikt å melde inn yrkesskader*
- B** Kontakte arbeidsgiver for å sjekke om arbeidsuhellet er meldt inn som yrkesskade, i henhold til gjeldende regelverk  
*Feil. Dette er ikke legens plikt*
- C X** Journalføre kontakttidspunkt med lege. Dokumentere anamnesticke opplysninger om skaden, de symptomer pasienten beskriver og de objektive funn du gjør  
*Riktig. Det er svært viktig at den legen som møter pasienten - dvs. den som faktisk har et OBSERVASJONGSRUNNLAG - dokumenterer disse forholdene*
- D** La det framgå tydelig av ditt journalnotat hvorvidt det foreligger en yrkesskade eller ikke  
*Feil. Det er NAVs oppgave å avgjøre om det dreier seg om en skade som kan godkjennes som en yrkesskade*

000015c5a91b568d4

13

En 80 år gammel mann har vært innlagt på sykehus fordi han besvimte uten forvarsel, falt og brakk lårhalsen. Under sykehusoppholdet fikk han urinretensjon. Det ble lagt inn kateter, pasienten ble operert for lårhalsbruddet og meldt utskrivningsklar til rehabiliteringsopphold i kommunen, fortsatt med permanentkateter. Legen ved rehabiliteringsinstitusjonen protesterte på at pasienten var utskrivningsklar da sykehuset ikke hadde utredet årsaken til synkopen og heller ikke hadde tatt stilling til urinretensjonen.

Hvem definerer når pasienten er utskrivningsklar og hvilke premisser må ligge til grunn?

- A** Behandlende lege i sykehus definerer når pasienten er utskrivningsklar og trenger bare ta stilling til den problemstillingen som direkte medførte sykehusinnleggelsen  
*Sykehuslegen må også ta stilling til / avklare / legge en plan for øvrige medisinske problemstillinger som har fremkommet under sykehusoppholdet ( dette tilfellet syncope og urinretensjon)*
- B X** Behandlende lege i sykehus definerer når pasienten er utskrivningsklar, men det forutsettes at legen har tatt stilling til /avklart / lagt en plan for øvrige medisinske problemstillinger som har fremkommet under sykehusoppholdet  
*Dette er hjemlet i Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter ( se punktene under svaralternativ B)*
- C** Behandlende lege i sykehus definerer når pasienten er utskrivningsklar. Dersom primærlegen protesterer, må de bli enige før pasienten kan skrives ut.  
*Behandlende lege i sykehus er suveren til å bestemme, men det forutsetter at*
- *problemstillingen(e) slik de var formulert av innleggende lege, skal være avklart*
  - *øvrige problemstillinger som har fremkommet skal være avklart*
  - *dersom enkelte spørsmål ikke avklares, skal dette redegjøres for*
  - *det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r) og videre plan for oppfølging av pasienten*
  - *pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen og forventet fremtidig utvikling skal være vurdert*
- D** Det må være en dialog mellom sykehuset og kommunens helse- og omsorgstjeneste før pasienten kan skrives ut og omsorgstjenesten må godkjenne at pasient er utskrivningsklar.  
*Det må være en dialog mellom sykehus og kommunens omsorgstjeneste før en pasient kan skrives ut med kommunal oppfølging, og kommunen må bekrefte at den er i stand til å ta imot pasienten før pasienten reiser. Behandlende lege i sykehus er likevel suveren til å definere om pasienten er utskrivningsklar*

000015c5a91b568d4

14

Familiær hyperkolesterolemi er en arvelig tilstand som medfører betydelig økt risiko for prematur kardiovaskulær sykdom. Hva er typiske analyseresultater ved lipidmålinger i serum ved denne tilstanden?

- A høy konsentrasjon av både HDL-kolesterol og triglyserid  
*nei, ikke typisk*
- B X** høy konsentrasjon av LDL-kolesterol  
*ja, typisk*
- C høy konsentrasjon av både LDL-kolesterol og triglyserid  
*nei, ikke typisk*
- D høy konsentrasjon av triglyserid  
*nei, ikke typisk*

000015c9a91b568d4

15

De fleste barn med akutt ørebetennelse trenger ikke å behandles med antibiotika. I henhold til nasjonale retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten, er det likevel anbefalt å gi antibiotikabehandling etter noen kriterier.

Hva er eksempler på kriterier som tilsier at antibiotika bør gis?

- A "Sekresjon fra øret over to døgn", "feber", "barn under 1 år"  
*Feber i seg selv ikke indikasjon (i tillegg til otitt)*
- B "Langtrukket forløp", "øreburn", "vondt i øret"  
*Vondt i øret er i seg selv ikke indikasjon (i tillegg til otitt)*
- C X** "Sekresjon fra øret over to døgn", "barn under 1 år", "mistanke om komplikasjoner"  
*Hver av disse tre er en selvstendig indikasjon for å gi antibiotika ved akutt otitis media*
- D "Barn under 7 år", "øreburn", "mistanke om komplikasjoner"  
*Barn under 7 år ikke noen indikasjon (barn under ett år er det)*

000015c9a91b568d4

16

En 36 år gammel kvinne oppsøker deg som fastlegevikar. Hun forteller at datteren på 16 år ble innlagt akutt etter selvskadning før helgen. I samtale med foreldrene mente psykologen på sykehuset at pasienten ville ha det best hjemme med poliklinisk oppfølging, men en av foreldrene burde være sammen med henne. Mor ønsker egen sykmelding for å følge opp datteren.

**Hvordan bør du forholde deg til mors ønske om sykmelding i henhold til anbefalt sykmeldingspraksis?**

- A X** Du forklarer at hun bør be om å få legeerklæring fra institusjonen slik at foreldrene kan søke pleiepenger for å være tilstede med datteren.  
*Alternativ med pleiepenger vurderes mest riktig, fordi det er dekning for pleiepenger opp til 18 år når behovet er dokumentert fra behandlende institusjon. Sykmelding forutsetter arbeidsuførhet på grunn av egen sykdom hos mor, noe det ikke er opplysninger om. Alternativ om velferdspermisjon er feil ettersom aldersgrensa for pleiepenger er 18 år.*
- B Du gir mor en måneds sykmelding på grunnlag av anbefaling fra spesialisthelsetjenesten, selv om det er datter og ikke mor som er syk.  
*Sykmelding forutsetter arbeidsuførhet på grunn av egen sykdom hos mor, noe det ikke er opplysninger om. Se kommentar til riktig svar*
- C Du forklarer at hun må søke arbeidsgiver om velferdspermisjon eller ta ut ferie, da de ikke kan få pleiepenger når datteren har fylt 16 år.  
*Alternativet er feil da aldersgrensa for pleiepenger er 18 år. Se kommentar til riktig svar*
- D Du gir mor en avventende sykmelding slik at hun kan finne en løsning i dialog med arbeidsgiver  
*Sykmelding forutsetter arbeidsuførhet på grunn av egen sykdom hos mor, noe det ikke er opplysninger om. Se kommentar til riktig svar*

000015c9a91b568d4



17

En 63 år gammel kvinne oppsøker sin fastlege fordi hun har oppdaget en kul i venstre bryst. For 1 år og 6 måneder siden var hun til mammografiscreening med normale funn. Etter klinisk undersøkelse henviser fastlegen henne til videre utredning hvor det blir påvist brystkreft. En ny granskning av mammografibildene fra siste mammografiscreening konkluderer med at det var normale funn ved screeningen.

Hva kalles et slikt forløp innenfor et screeningprogram?

A Overdiagnostikk

*Feil. Sykdommen er oppdaget på grunn av symptomer og ikke som følge av screening. Den kan derfor ikke være overdiagnostisert fordi dette begrepet brukes om sykdom som ikke ville ha blitt symptomgivende.*

B X Intervallkreft

*Rett. Brukes om kreft som oppdages i tidsintervallet mellom screeningundersøkelser. Ekte intervallkreft er sanne negative. Begrepet intervallkreft brukes enkelte ganger også om kreft som oppdages før neste screeningundersøkelse, men hvor ny granskning viser at svulsten kunne vært oppdaget ved forrige screening (falsk negativ). Dette var imidlertid ikke tilfellet her.*

C Falsk positiv test

*Feil. Screeningresultatet var negativt.*

D Falsk negativ test

*Feil. Screeningresultatet ble gransket på nytt og funnet normalt (negativt). Screeningens var altså «sann negativ».*

000015c0a9f1b566d4

18

En 75 år gammel kvinne blir innlagt pga pneumoni. Hun har fra tidligere osteoporose og alvorlig KOLS. I forbindelse med rutinemessig ernæringscreening blir hun veid og målt. Hun veier 50 kg og er 160 cm høy (BMI 19,5). Etter noen dager blir hun kostregistrert. I løpet av et døgn får hun i seg 1620 kcal, 40 gram protein og 1,5 liter drikke.

Hvordan skal pasientens næringsinntak vurderes?

A Næringsinntaket er adekvat

*Feil svar.*

B For lite kalorier

*Feil svar.*

C For lite vann

*Feil svar.*

D X For lite protein

*Riktig svar. Begrunnelse: Grunnleggende behov er ca 30 kcal/kg/døgn, 1,5 g protein/kg/døgn og 30 ml/kg/døgn. Hun får altså i seg tilstrekkelig kalorier og væske, men mindre protein enn hun trenger.*

000015c0a9f1b566d4

19

En 84 år gammel kvinne har alvorlig hjertesvikt. Hun har hatt ti sykehusinnleggelses siste året, og helsetilstanden gjør henne engstelig. Som indremedisiner synes du nå at pasienten burde fått fast sykehjemsplass for å trygge henne og hindre sykehusinnleggelses. Du snakker med henne om det, og hun lar seg overbevise om at det nok er lurt.

Hvem bestemmer om pasienten skal få sykehjemsplass?

- A X** Helse- og omsorgstjenesten i kommunen bestemmer  
*Helse- og omsorgstjenesten bestemmer, men akkurat hvem denne myndigheten er lagt til, kan variere fra kommune til kommune. I større kommuner er dette lagt til et eget forvaltningskontor. Vurderingene bygger på pasientens totalsituasjon- helsetilstand, funksjonsnivå og sosiale forhold*
- B** Pasienten bestemmer selv  
*Pasienten kan bestemme om hun vil søke, ta imot eller avslå sykehjemsplass. Plassene blir imidlertid tildelt etter nærmere kriterier. Dersom pasienten ikke fyller kriteriene, har hun ikke rett på å få tildelt sykehjemsplass, selv om hun måtte ønske det.*
- C** Behandlende sykehusspesialist bestemmer  
*Sykehuslegen kan og bør beskrive hennes helsetilstand og behov for medisinsk oppfølging for å bidra til at den innstans som gjør vedtak om sykehjemsplass har et godt grunnlag å ta avgjørelsen på. Sykehuslegen kan imidlertid ikke forskuttere eller bestemme at en person får en bestemt type tjeneste i kommunen. Avgjørelsen tas i kommunen*
- D** Fastlegen bestemmer  
*Fastlegen har heller ingen myndighet her, men i likhet med sykehuslegen, kan fastlegen bidrar til at helse- og omsorgstjenesten har et godt beslutningsgrunnlag.*

000015c4a8a91b566d4

20

Alle kommuner skal kunne tilby sine innbyggere akutt døgnopphold i kommunal institusjon (KAD) dersom de trenger tettere observasjon og behandling enn de kan få i hjemmet, men ikke trenger sykehusinnleggelse. KAD er organisert forskjellig rundt om i landet, men alle har som regel tilgang til lege på dagtid / hverdager. Noen har også leger i døgnskift, men ellers begrensede muligheter for diagnostikk utover enkle undersøkelser som på et legekantor. For å ivareta pasientsikkerheten er det viktig å skille ut de pasientene som må innlegges sykehus.

Hvilke av følgende problemstillinger må innlegges sykehus?

- A** Palliativ og terminal omsorg  
*Dette lar seg som regel løse i en KAD avdeling, men en KAD løsning bør være i forståelse og samarbeid med både pasient og pårørende*
- B** KOLS forverring  
*Dette kan ivaretas i en KAD enhet forutsatt at pasienten ikke har betydelig komorbiditet og at behandlingsopplegget er avklart*
- C X** Akutt funksjonssvikt uten kjent årsak hos pasient med multimorbiditet  
*Pasienter med slike problemstillinger kan raskt utvikle en livstruende tilstand og har behov for raskere og bredere utredning enn det som er mulig å få til på KAD*
- D** Behov for transfusjon av blod, væske og elektrolytter der diagnosen er sikker  
*Dette fortsetter at det ikke foreligger betydelig mutlimorbiditet og akutt funksjonsvikt*

000015c4a8a91b566d4

21

Du er i distriktsturnus. Mandag formiddag dukker en 55 år gammel mann opp som ø.hj. Han jobber i teknisk etat i nabokommunen. Du har sett i journalen at han har hatt noen sykmeldinger av et par ukers varighet siste par år, med diagnoser som ryggsmertor og diare. Idet han kommer kjenner du ham igjen fra den lokale pub-en der du flere ganger har sett ham beruset, også på hverdager. Du mistenker at han kan ha et alkoholproblem. Han står oppført i timeboka med "sykemelding - slapphet". Hvordan bør du nærme deg denne situasjonen?

- A X** Du nærmer deg problemet med å ta opp en alkoholanamnese og formidler din bekymring for hans alkoholforbruk.  
*Du tar en vanlig anamnese. Du nevner for ham at han har hatt flere sykmeldinger for grunner som for deg ikke er helt åpenbare. Du tar alkoholanamnese og sier at i en slik situasjon mener du det er berettiget å tenke på et mulig alkoholproblem. Det viktigste er å ta tak i situasjonen og ikke bare lar saken passere. Hvis det er begrunnet tvil, kan du sykmelde ham, samtidig som du uttrykker din bekymring og dokumenterer det i journalen.*
- B** Du diskuterer ikke alkohol med ham i dag. Du gir ham derimot en kort sykmelding og tar blodprøver slik at du evt kan få bekreftet mistanke om alkoholmisbruk. Du kontakter bedriftshelsetjenesten der han jobber.  
*Her går du bak ryggen på pasienten og gjør situasjonen vanskelig for bedriftshelsetjenesten/ AKAN.*
- C** Du lar ham presentere sine symptomer og ønske om sykmelding og konfronterer ham deretter straks med at du har observert ham beruset og at du tror han har et alkoholproblem. Du sier han kan ta egenmelding, og anbefaler ham å slutte og drikke.  
*Dette kan gi en veldig dårlig start på lege-pasientrelasjonen, med tillitsbrudd fra dag 1. (Det det finnes nok eksempler på at en svært oppriktig og direkte tone fra en leges side kan virke terapeutisk - men det kan i hvert fall ikke anbefales i starten av et lege-pasientforhold)*
- D** Du følger samme praksis som tidligere og gir han en sykmelding ut i fra symptomene han presenterer  
*Han fortjener at du tar både ham og din egen bekymring alvorlig. Dette er for lettvindt.*
- 

000015c4a91b566d4

22

Innenfor helseøkonomi og politiske prioriteringer benyttes begrep som er viktige å kjenne til for leger. Hva kjennetegner en cost-effectiveness analyse?

- A** Den fokuserer på samfunnets samlede kostnader  
**B X** Det benyttes sykdomsspesifikke mål på effekt av tiltaket/behandlingen  
**C** Både kostnader og nytte uttrykkes i penger  
**D** Nytten måles i kvalitetsjusterte leveår og ikke bare i vunne leveår
- 

000015c4a91b566d4

23

Hvilke tiltak er best dokumenterte for å redusere alkoholrelatert sykdom og død i befolkningen?

- A** Undervisning om alkohol og relaterte problemer i skolene  
**B** Screening for alkoholproblemer i allmennmedisin, og oppfølging av risikopersoner i ruspoliklinikker  
**C X** Lovregulering av pris (skattlegging) og begrensning av tilgjengelighet  
*Det er godt dokumentert at regulering av pris og tilgjengelighet er mest effektive. Se for eksempel vurderingen av tiltak i WHO-rapport Global status report on alcohol and health (2014) avsnitt 1.7.1.*  
**D** Kampanjer for å opplyse befolkningen om skadelige effekter av alkohol kombinert med reklameforbud
- 

000015c4a91b566d4

24

En 80 år gammel mann blir innlagt med pneumoni. Han har bodd alene etter at kona døde for et år siden. En niese kommer på besøk og forteller at han har blitt svært tynn etter at han ble enkemann. Måling viser at han har BMI på 17. Under oppholdet blir han behandlet med Penicillin intravenøst. Han er kraftig redusert med høy feber første par dager, men kvikner så til og begynner etter hvert å spise med stor appetitt. Du husker vagt en forelesning om reernæringssyndrom og velger for sikkerhets skyld å sette han på tiamin.

Hvilke blodprøver bør du kontrollere hvis du vurderer at pasienten er i risiko for reernæringssyndrom?

- A Vitamin B12, folat, albumin  
*Se kommentar på riktig svaralternativ.*
- B Natrium, kalium, kreatinin  
*Se kommentar på riktig svaralternativ.*
- C Albumin, ferritin, folat  
*Se kommentar på riktig svaralternativ.*
- D X Kalium, magnesium, fosfat  
*Riktig svar. Kommentar: Fosfat er viktigste biokjemiske markør med tanke på reernæringssyndrom. Hypokalemi er vanlig og kan i verst fall bidra til arytmier som disse pasientene er utsatt for. Hypomagnesemi ledager ofte hypokalemi. Vitamin B12, folat, albumin, D-vitamin, ferritin, kreatinin og natrium sier ingenting om risiko for reernæringssyndrom, men kan alle gi nyttig info om ernæringsstatus. I dette tilfellet er nok albumin uansett lav (hvis ikke dehydrert) og ferritin høy pga alvorlig infeksjon.*

000015c9a9f1b568d4

25

Tuberkulose var tidligere en av de viktigste dødsårsaker i Norge og den rammet også unge mennesker.

Hva har vært den viktigste årsaken til nedgang i forekomsten av dødsfall som skyldes tuberkulose?

- A Innføringen av BCG vaksine
- B Utvikling av effektive antibiotika
- C X Høyere levestandard for folk flest  
*bedret levestandard med romsligere og bedre boforhold, bedre kosthold, bedre klær, bedre utdanning; i sum større motstandskraft og redusert smitterisiko.*
- D Bedre offentlig hygiene og renovasjon

000015c9a9f1b568d4

26

Hva er en helsedeterminant?

- A En faktor som forklarer sammenhengen mellom psykisk og fysisk helse
- B En faktor som sammen med helse bestemmer livsløpet for en person
- C En faktor som virker inn på psykisk helse
- D X En faktor som virker inn på helsen, enten ved å øke eller redusere forekomsten av sykdom  
*Determinanter er påvirkningsfaktorer for helse og sykdom, årsaker og årsaker til årsaker, materielle og psykososiale, direkte og indirekte.*

000015c9a9f1b568d4

27

Du skal skrive ut resept på doxycyclin for behandling av genital klamydiainfeksjon hos en 25 år gammel mann.

Hvilken paragraf fører du på resepten for at pasienten får legemiddelet dekket?

- A §3  
*Denne paragrafen gjelder stønad etter individuell søknad*
- B X §4  
*Ja, behandling av allmennfarlig smittsom sykdom dekkes etter blåreseptforskriftens §4. Genital klamydiainfeksjon er en allmennfarlig smittsom sykdom etter forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer §1*
- C §5  
*Denne paragrafen gjelder medisinsk forbruksmaterieil*
- D §2  
*Denne paragrafen gjelder forhåndsgodkjent refusjon.*

000015c9a9f1b568d4

28

En av dine pasienter har vært sykmeldt i over ett år og har nylig gått over til å motta arbeidsavklaringspenger. Han har fått beskjed fra NAV om at det nå må gjennomføres en arbeidsevnevurdering. Han spør om du som hans fastlege kan gjøre dette. Du må tenke deg godt om fordi arbeidsevne og arbeidsevnenedsettelse er komplekse begrep som vurderes og måles på flere måter, og av forskjellige instanser. Hvilket utsagn er riktig om arbeidsevne?

- A** Legens vurdering av pasientens reduserte arbeidsevne kan ikke overprøves verken av NAV eller av arbeidsgiver.  
*I prinsippet har NAV den endelige beslutningsmyndighet i hele forløpet av en yrkes/ arbeidsuførhet. Legen kan med andre ord i en uføresak godt ha en medisinsk begrunnet mening om uføregrad, men den endelige beslutningen fattes av NAV. Se kommentar til riktig svar.*
- B X** Når det gjelder sykmelding, er det behandlende lege som vurderer og gir råd til NAV om pasienten er yrkesufør/arbeidsufør.  
*Kommentar: Tidlig i sykmeldingsperioden vurderer legen og gir råd til NAV om yrkes/ arbeidsuførhet, som oftest blir tatt til følge av NAV. Senere skal legen først og fremst vurdere og beskrive sykdom og dens sammenheng med funksjonsevnen, samt si om den sykdomsbetingede funksjonsnedsettelsen innvirker på arbeidsevnen. Slik blir det forståelig og mulig for NAV å danne seg et bilde av arbeidsevnen i ethvert yrke, samt hvilke muligheter som eventuelt foreligger for å kompensere en redusert funksjonsevne med tiltak for å komme over i annet arbeid. Men NAV skal både under sykmeldingsperioden og særlig etter denne gjøre en rekke vurderinger som følger av NAV loven før vedtak om stønad kan fattes. I prinsippet har NAV den endelige beslutningsmyndighet i hele forløpet av en yrkes/arbeidsuførhet. Legen kan med andre ord i en uføresak godt ha en medisinsk begrunnet mening om uføregrad, men den endelige beslutningen fattes av NAV. Arbeidsgiver kan bestride en sykemelding i arbeidsgiverperioden, NAV vil i slike tilfeller vurdere arbeidsgivers bestridelse.*
- C** I AAP- og uføresaker er det legen som vurderer og innstiller på om pasienten er arbeidsufør.  
*Tidlig i sykmeldingsperioden vurderer legen og gir råd til NAV om yrkes/arbeidsuførhet, som oftest blir tatt til følge av NAV. Senere skal legen først og fremst vurdere og beskrive sykdom og dens sammenheng med funksjonsevnen, samt si om den sykdomsbetingede funksjonsnedsettelsen innvirker på arbeidsevnen. Legen kan med andre ord i en uføresak godt ha en medisinsk begrunnet mening om uføregrad, men den endelige beslutningen fattes av NAV. Se kommentar til riktig svar.*
- D** Legen bør alltid angi en bestemt grad av arbeidsevne i sin vurdering i AAP- og uføresaker.  
*Legen bør alltid vurdere om redusert funksjon grunnet sykdom kan ha innvirkning på arbeidsevnene (årsakssammenheng). Det er ikke legens ansvar å angi en bestemt grad av restarbeidsevne, og ofte har ikke legen forutsetninger for å kunne gjøre denne type vurderinger. Dette er en vurdering som gjøres i NAV. Se kommentar til riktig svar*

000015c4a91b568d4

29

Du er turnuslege på medisinsk avdeling. En 90 år gammel kvinne er innlagt med radiologisk sikker pneumoni. CRP var initialt 250 og leukocytter 16, de øvrige blodprøvene var normale. Vanlig organstatus var normal, men hun er svært tynn. Det tas høyde og vekt og BMI beregnes til 17. Pasientens datter forteller at hun har spist dårlig i lang tid. Hun har fått penicillin i tre dager, har kommet seg betydelig og spiser nå svært godt. Hvordan vil du utrede hennes undervekt?

- A X** Medikamentgjennomgang og pårørendeanamnese  
*Lang sykehistorie med dårlig matlyst og svært god matlyst i avdelingen reduserer risikoen for at det er alvorlig tilgrunnliggende somatisk årsak, selv om dette ikke helt kan utelukkes. Det er viktig å skaffe mer informasjon fra pasient og pårørende for å kunne målrette utredningen av vekttap. Medikamentbivirkninger er vanlig hos eldre, og medikamentlister bør gjennomgås ved alle uklare sykdomstilstander.*
- B** CT thorax, abdomen og bekken
- C** Gastroskopi og colonoskopi
- D** Psykiatrisk tilsyn med tanke på depresjon

000015c4a91b568d4

### 30

Du er ny sykehjemslege og overtar det medisinske oppfølgingsansvaret for en 95 år gammel kvinne. Kvinnen er dement og ute av stand til å gi uttrykk for hva hun ønsker av behandling og oppfølging. Siste året har hun spist og drukket mindre og sovet mer. Hun har hatt gjentatte lungebetennelser som har vært antibiotikabehandlet, og hun har siste uker fått iv væskebehandling fordi hun drikker for lite. Hun bruker 7 ulike medikamenter som hun tar ved at tablettene knuses og has i syltetøy. Hun har økende nyresvikt og økende ødemer. Avdelingen tar CRP jevnlig. Behandlingen skjer som følge av at kvinnens tre døtre som er på sykehjemmet flere dager i uken, insisterer på at hun skal ha full behandling. Alternativet er etter deres oppfatning "aktiv dødshjelp" og det er uaktuelt. Du vurderer at kvinnen nå har kommet i en fase der aktiv behandling er en belastning som ikke er etisk forsvarlig. Hva er mest riktig å gjøre i denne situasjonen?

- A Skjære gjennom og avslutte all aktiv livsforlengende behandling og i stedet satse på aktiv lindrende behandling uten å blande døtrene inn i avgjørelsen  
*Dette er ikke galt, men ikke det beste og klokeste å gjøre. Det kommer til å bli mye bråk i etterkant.*
- B Legge pasienten inn på sykehus for en second opinion  
*Dette er heller ikke galt, men ikke en god løsning da pasienten ikke har behov for sykehusbehandling*
- C X Snakke med døtrene, høre hva de tror moren selv ville ha ønsket og være tydelig på at det er sykehjemslegen som til slutt bestemmer behandlingen hos en pasient som ikke lenger er samtykkekompetent.  
*Nærmeste pårørende har rett til informasjon om helsetilstanden og medvirke til / uttale seg om hva slags oppfølging som velges. For personer uten samtykkekompetanse på egen helse er det imidlertid helsepersonellet som tar avgjørelsen om helsehjelp og legen som tar avgjørelsen om medisinsk oppfølging selv om pårørende er uenig. Det er pasientens beste som veier tyngst.*
- D Snakke med døtrene og be dem om å tillate at moren ikke lenger får livsforlengende behandling  
*Døtrene er nærmeste pårørende og har rett på informasjon om og gi innspill i den medisinske oppfølgingen av moren. Legen bestemmer imidlertid den medisinske behandlingen og trenger ikke døtrenes vesignelse. Det er imidlertid lurt å prøve å komme til en felles forståelse for å unngå mye bråk i etterkant*

000015c9a91b566d4

### 31

Det finnes ulike forklaringsmodeller for hvorfor vi med befolkningsdata systematisk påviser sosiale ulikheter i helse.

Hvordan forklares sosiale ulikheter i helse ved hjelp av kausalitetsmodellen?

- A Personer med lav sosioøkonomisk status har et høyere forbruk av helsetjenester  
*Sett i forhold til sykkelighet er forbruket av helsetjenester høyere hos personer med høy sosioøkonomisk status.*
- B X Lav sosioøkonomisk status er en årsak til dårlig helse  
*Kausalitetsmodellen bygger på at sammenhengen mellom sosioøkonomi og dårlig helse er kausal, altså årsak- virkning, og man tenker da på sosioøkonomi som årsaken og helse som virkningen.*
- C Folk med dårlig helse oppnår ikke like høy utdanning, yrkesstatus eller inntekt som folk med god helse.  
*Dette er i tråd med seleksjonmodellen.*
- D Feilmålinger eller feilklassifisering er årsaker til at man i studier finner sosiale ulikheter i helse  
*Denne forklaringen er i tråd med artefaktmodellen.*

000015c9a91b566d4

32

Dersom en person er blitt syk eller skadet som følge av påvirkninger i arbeid, kan vedkommende ha rett på spesielle ytelser, ut over det som gjelder ved annen sykdom. Dette reguleres i dag gjennom to ulike lover.

Hvilke to lover regulerer dette?

- A Lov om yrkesskadeforsikring og Lov om ménerstatning  
*Lov om ménerstatning finnes ikke*
- B Arbeidsmiljøloven og Folketrygdloven  
*Ikke AML*
- C X** Folketrygdloven og Lov om yrkesskadeforsikring  
*Ja riktig*
- D Lov om yrkesskadeforsikring og Arbeidsmiljøloven  
*Ikke AML*

0000150a9a91b56604

33

Du er utplassert som medisinstudent på sykehus og tar i mot en 56 år gammel dame med nedsatt allmenntilstand og feber. Hun forteller at hun i 3 dager har hatt et ubehag i høyre side av magen, men også smerter bak mot rygg og ned mot bekkenet. Når du undersøker, er hun diffust øm på høyre side. Mens du venter på svar på blodprøver og urinstix velger du å gjøre en undersøkelse med det håndholdt ultralyd-apparatet du har i lommen.

Ved hvilke sykdomstilstander kan håndholdt ultralyd være nyttig hos denne pasienten?

- A Pankreatitt, cholecystitt og salpingitt
- B X** Cholecystitt og hydronefrose  
*Pasienten har feber og høyresidige magesmerter. Cholecystitt kan vurderes med ultralyd, galleblæreveggen kan ses fortykket og pasienten vil være trykkømt over galleblæren. Pyelonefritt med eller uten hydronefrose er differensialdiagnoser. Divertikulitt, appendicitt, pankreatitt, salpingitt, tarmobstruksjon og urinveisinfeksjon er vanskelig vurderbart.*
- C Appendicitt, høyresidig divertikulitt og cholecystitt
- D Tarmobstruksjon og urinveisinfeksjon

0000150a9a91b56604

34

Kullos (CO) er en helseskadelig gass som kan dannes ved brann, sprenging, og den kan også forekomme i eksos fra forbrenningsmaskiner, gasskomfyrer, og andre gassapparater. Store mengder CO-gass er farlig, gjennom hvilken mekanisme virker denne gassen?

- A CO fortrenger oksygen i innåndingsluften  
*Feil, CO hemmer oksygentransport i kroppen ved å binde seg til hemoglobin*
- B X** CO hemmer oksygentransport i kroppen.  
*CO binder seg 200 ganger lettere til hemoglobin enn oksygen og fører dermed til for lav O<sub>2</sub>-tilførsel til kroppen.*
- C CO er en slimhinneirriterende gass  
*CO virker ikke irriterende på slimhinnene.*
- D CO påvirker livsviktige enzymer  
*Feil, CO hemmer oksygentransport i kroppen ved å binde seg til hemoglobin*

0000150a9a91b56604

35

En 27 år gammel kvinne har vært utsatt for en trafikkulykke. Hun innlegges sykehus bevisstløs med uavklarte hodeskader, og det er uavklart hvem som er kvinnens nærmeste. Du er lege i spesialisering og har vakt. Du får telefon fra en mann som oppgir at han er samboer til en kvinne han oppgir navnet på (den innlagte). Han spør om hun er på sykehuset, og hvordan det går med henne? Hva svarer du mannen?

- A Du bekrefter at kvinnen er innlagt, men sier du ikke kan si noe mer
- B X** Du bekrefter at kvinnen er innlagt og at tilstanden kan være alvorlig  
*Dette er en akutt situasjon, og du må som lege veie det ene mot det andre. Er det rimelig grunn til å tro på at det er korrekt det mannen sier - at han er kvinnens samboer? Hva ville kvinnen ha ønsket dersom hun kunne svare? På begge ? er det rimelig å svare ja på - med mindre andre bakgrunnsopplysninger skulle tilsi noe annet*
- C Du setter telefonen over til din bakvakt
- D Du sier at dette kan du ikke svare på

000015ca9a91b566d4

36

Hvilket premiss er mest betegnende for (organ)-spesialistens arbeid – sammenlignet med allmennlegens?

- A Tiden som diagnostisk hjelpemiddel  
*Feil: Kjennetegner allmennmedisinsk arbeidsteknikk*
- B Trinnvis diagnostisk prosess  
*Feil: Et kjennetegn ved allmennlegens arbeidsteknikker*
- C Symptomrettet, avgrenset klinisk undersøkelse  
*Feil; særtrekk for allmennpraksis*
- D X** Forholder seg til en populasjon med høy prevalens av sykdom  
*Riktig; Allmennlegen jobber i en «lav prevalent» populasjon med uselektert, direkte pasientkontakt. Organ-spesialister i spesialisthelsetjenesten forholder seg til en populasjon med høy(ere) prevalens av sykdom – ettersom allerede selektert ved kriterier for innleggelse og/eller henvisning. Tabell i Allmennpraksisboka 2013 s 102 – vist også på forelesning. Allmennmedisinske arbeidsteknikker er også forelest - holdt opp mot arbeidsteknikker som er mere typiske for spesialisthelsetjenesten*

000015ca9a91b566d4

37

På dødsmeldingen fyller lege ut opplysninger om dødsårsaken. Det er følgende rubrikker hvor dødsårsaker kan føres: Ia, Ib, Ic og II. Hva kaller vi Ia?

- A Underliggende dødsårsak
- B X** Umiddelbar dødsårsak
- C Medvirkende dødsårsak
- D Mellomliggende dødsårsak

000015ca9a91b566d4

38

En 50 år gammel sprøytelakkerer utvikler kognitive funksjonsforstyrrelser med glemsomhet og konsentrasjonsvansker etter 30 år i yrket. En nevropsykologisk undersøkelse påviser en diffus encefalopati. En arbeidsmedisinsk utredning konkluderer med at plagene mest sannsynlig er forårsaket av eksponering i arbeid.

Hvilken påvirkning er mest sannsynlig årsak til sykdommen hans?

- A Tungmetaller i mye av den lakken han har brukt.  
*Lakk inneholder svært sjelden tungmetaller.*
- B Soppdrepende midler som er tilsatt lakken  
*Nei, ikke kjent for å kunne forårsake kognitiv svikt*
- C Brannhemmende midler som tilsettes mye i lakk i dag  
*Nei, ikke kjent for å kunne forårsake kognitiv svikt*
- D X** Organiske løsningsmidler i mye av den lakken han har brukt  
*Ja, det er den vanligste yrkesårsaken hos sprøytelakkerere*

000015ca9a91b566d4



39

Det har i enkelte perioder vært noe bekymring i deler av befolkningen for at eksponering for elektromagnetiske felt kan øke risikoen for å få kreft, deriblant brystkreft. En norsk studie undersøkte forekomsten av brystkreft hos kvinner som bodde i nærheten av kraftlinjer. Kvinnene ble delt i tre ulike grupper ut fra hvor nært kraftlinjene de bodde. Avstanden til kraftlinjene ble bestemt med hjelp av adresser og data fra Statens kartverk. Andelen kvinner som var oppført i krefregisteret med diagnosen brystkreft ble sammenlignet mellom de tre gruppene.

Dersom graden av bekymring for å utvikle brystkreft var forskjellig i de ulike gruppene, hvilken betydning vil dette mest sannsynlig kunne hatt for forekomsten av diagnostisert brystkreft i disse gruppene og hvorfor?

- A** Økt grad av bekymring for brystkreft vil uansett ikke påvirke risikoen for å utvikle brystkreft, og ulik grad av bekymring for brystkreft i disse gruppene vil derfor mest sannsynlig ikke ha noen betydning for forekomsten av diagnostisert brystkreft i de ulike gruppene.  
*Forandringer i brystvev er til en viss grad en dynamisk tilstand, og en viss andel forandringer går over av seg selv dersom de får anledning til det. Selv om bekymring for brystkreft i seg selv mest sannsynlig ikke vil påvirke risikoen for å utvikle kreftforandringer i brystvev, så er bekymring for brystkreft ansett som en viktig bidragene faktor for å la seg utrede for brystkreft. I en populasjon med sterk bekymring for brystkreft, vil mest sannsynlig en større andel av forandringene i brystvev oppdages før de rekker å gå over av seg selv. Derfor vil økt bekymring for brystkreft mest sannsynlig bidra til gi økt forekomst av diagnostisert brystkreft.*
- B X** Økt grad av bekymring for brystkreft vil mest sannsynlig medføre en økt tendens til å la seg utrede for brystkreft, og ulik grad av bekymring for brystkreft i disse gruppene vil derfor mest sannsynlig kunne bidra til forskjeller i forekomsten av diagnostisert brystkreft mellom de ulike gruppene.  
*Riktig svar*
- C** Ulik grad av bekymring for brystkreft vil mest sannsynlig medføre en underestimert av eksponeringen, og ulik grad av bekymring for brystkreft i disse gruppene vil derfor mest sannsynlig kunne bidra til forskjeller i forekomsten av diagnostisert brystkreft mellom de ulike gruppene.  
*Stemmer ikke i dette eksempelet.*
- D** Ulik grad av bekymring for brystkreft vil mest sannsynlig medføre en misklassifisering av eksponeringen, noe som gjør at forskjellen i forekomst mellom gruppene fremstår større enn hva den egentlig er.  
*Dette stemmer ikke i dette eksempelet.*

000015c4a91b55604

40

En pasient som er innlagt på geriatrisk avdeling ber om kvelden 12/1 sykepleieren på vakt om sovemedisin. Han bruker fra tidligere Remeron på indikasjon søvn. Heminevrin og "søvnlister geriatri" er forordnet etter innleggelsen. Se nedenstående medikamentkurve.

Oper.dag:			7/1	8/1	9/1	10/1	11/1	12/1	13/1
År: 2011	Dato:								
+ Puls	150	41°							
x Temp.	130	40°							
	110	39°							
	90	38°							
	70	37°							
	50	36°							
Puls morgen/kveld									
Blodtrykk morgen									
Blodtrykk kveld									
Tidspunkt medisinering									
Signatur ansvarlig sykepleier									
MEDIKAMENTER	Adm. måte	Legg. tid							
T. Digitarin 0,1mg	po	kk	AO						
1x1 = før/som									
Inj. Zinacef 750mg	iv	kk							
kl. 06, 14 og 22									
T. Naproxen 250mg	po	kk	AOAO	AOAO	SEP.				
1x3 til måltid									
T. Furix 40mg	po	kk	AOAO	AOAO					
1+1+0+0									
T. Marevan 2,5mg	po	kk							
etter liste									
Smelttbl. Remeron 16mg	po	kk							
1 vesp									
T. Metoprolol depot 100mg	po	kk							
1x1 (zelo-zot/AO)									
K. Heminevrin 300mg	po	kk							
2 vesp (Hf. 08/10)									
Obstipasjonsliste	liste	kk							
Geriatri									
Søvnliste	liste	kk							
Geriatri									
T. Paracet 500mg	po	kk	AO						
2tbl inntil x 4									

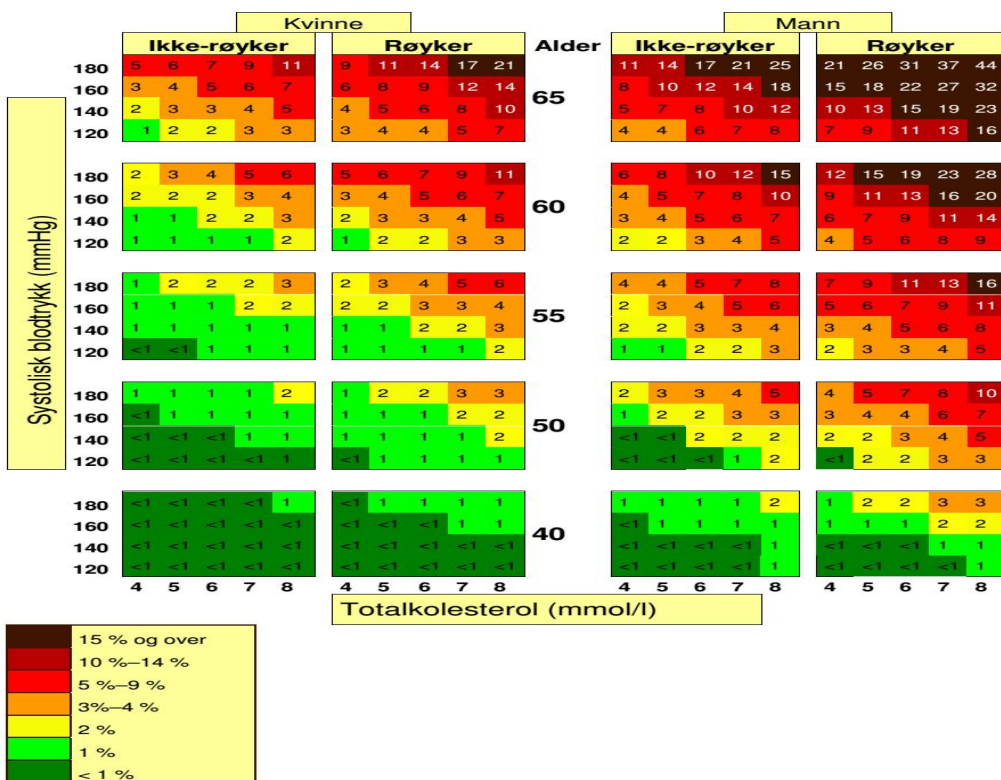
**Hva kan sykepleieren gi i dette tilfellet?**

- A Pasienten kan få Remeron, Heminevrin og/eller legemidler som er forordnet iht. "søvnliste". Sykepleieren bør ikke gi behovsmedikasjon mot søvn uten at fast medikasjon med samme indikasjon er gitt - dette må i så fall være begrunnet, og er en legevkjørelse. Heminevrin er ordinert som engangsforordning og kan ikke gis.
- B Pasienten kan få Remeron og Heminevrin. Dersom dette ikke er tilstrekkelig kan sykepleieren også gi legemidler som er forordnet iht. "søvnliste". Heminevrin er bare gitt som en engangsforordning, noe som er markert med klamme. Dette kan derfor ikke gis.
- C X Pasienten kan få Remeron. Dersom dette ikke er tilstrekkelig kan sykepleieren også gi legemidler som er forordnet iht. "søvnliste". Riktig svar.
- D Pasienten kan få Remeron. Dersom dette ikke er tilstrekkelig, må sykepleieren kontakte vakthavende lege for å kunne gi legemidler som er forordnet iht. "søvnliste". "Søvnlisten" er en forhåndsgodkjent liste som er forordnet og som derfor kan gis av sykepleieren uten å konferere.

**41**

NORRISK risikotabell (se figur) inngår i de norske retningslinjene for forebygging av hjerte-og karsykdom? Vi ser på en gruppe av personer der ingen har påvist hjertekarsykdom fra før, ingen har hjertesykdom i nærmeste familie, ingen av dem tar faste medisiner. Hvilke personer har i følge risikotabellen statistisk størst risiko for å dø av kardiovaskulær sykdom innen 10 år?

**Tabell 2.1** Risikotabell (10-års-risiko for kardiovaskulær død i %). NORRISK, basert på norske data. (Kilde: (45))



- A X** 55 årig mann, BT 146/85, kolesterol 6,2 mmol/l, røyker ikke.  
*Rett svar framgår av tabellen, ikke noe som bør forklares ytterligere. Oppgaven går ut på å kunne tolkte tabellen. Et sentralt poeng for all kardiovaskulær risikoestimering er at alder er en tungtveiende faktor i seg selv. Derrest er røyking og mannlig kjønn generelt tungtveiende men denne pasienten røyker ikke. OBS i et livsløpsperspektiv skal man selvsagt gi folk råd ut fra det sted de er i livet, og ikke bare basert på sammenlikning med andre. Det at en kvinne som røyker faktisk kan ha lavere risiko enn ikke-røykende mann i samme alder betyr ikke at man ikke skal gi henne råd om røykeslutt. Men det er viktig at leger har innsikt i hvordan risikofaktorer spiller sammen.*
- B** 44 årig mann, BT 146/85, kolesterol 7,6 mmol/l, røyker ikke.
- C** 55 årig kvinne, BT 146/85, kolesterol 5,8 mmol/l, røyker.  
*Røyking er en svært viktig modifierbar risikofaktor og alle røykere skal ha råd om røykeslutt - men om man ser nøkternt på tabellen slår ikke røykingen så tungt ut at kvinnen går forbi mannen.*
- D** 55 årig kvinne, BT 146/85, kolesterol 7,2 mmol/l, røyker ikke.

000015c4e91b5564

42

En tidligere verftsarbeider er innlagt lungeavdelingen med kreft. Han forteller at han på 1960- og 1970-tallet arbeidet mye med isolasjon av maskinrommene om bord i gamle og nye båter og at det var et støvete arbeid.

Hvilken yrkesmessig eksponering har mest sannsynlig forårsaket kreftsykdommen hans og hvilken kreftform er den hyppigste etter slik eksponering?

- A** Syntetiske mineralfibre og lungekreft (bronkialcancer)  
*Nei, de syntetiske mineralfibre som ble brukt til isolasjon i skipsindustrien var vesentlig steinull og glassvatt som i dag ikke regnes som kreftframkallende.*
- B** Syntetiske mineralfibre og malignt mesoteliom i pleura.  
*Nei, de syntetiske mineralfibre som ble brukt til isolasjon i skipsindustrien var vesentlig steinull og glassvatt som i dag ikke regnes som kreftframkallende.*
- C X** Asbest og lungekreft (bronkialcancer)  
*Ja, asbest er kreftframkallende, ble mye brukt til isolasjon i verftsindustrien og lungekreft er den hyppigste kreftformen etter slik eksponering.*

000015c4e91b5564

43

En 83-årig kvinne legges inn i sykehus med dehydrering og kraftig nedsatt allmentilstand etter noen dager med diare og dårlig næringstilførsel. Hun har hypertensjon og angina pectoris og bruker følgende legemidler:

Atorvastatin 40 mg/d (et kolesterolsenkende middel, statin),

losartan 50 mg/d (en angiotensin II-reseptorantagonist),

acetylsalisylsyre 75 mg/d (en platehemmer) og

amlodipin 5 mg/d (en kalsiumantagonist).

Du finner at hun har en nedsatt nyrefunksjon med en estimert glomerulær filtrasjonsrate på 40 ml/min.

Hvilket av pasientens legemidler kan (i tillegg til hennes alder) være årsak til den reduserte nyrefunksjonen?

A Amlodipin

B Acetylsalisylsyre

*Selv om NSAIDs kan utløse nyresvikt, gjelder dette ikke for lavdose acetylsalisylsyre. Da er dosen for lav til å hemme syntese av PG, det er kun TX som hemmes.*

C Atorvastatin

D X Losartan

*Angiotensin-II-antagonister kan typisk utløse nyresvikt hos dehydrerte pasienter.*

000015c9a91b568d4

44

De første dagene etter operasjoner fremprovoseres smerte ofte ved mobilisering.

Hvilke medikamenter/metoder gir best lindring av slik bevegelsesutløst smerte (dynamisk smerte)?

A Glucocorticoider og epidural smertelindring

B X Epidural smertelindring og perifere nerveblokader

*Epidural smertebehandling og perifere nerveblokader gir effektiv lindring av dynamisk smerte.*

*Selv med god multimodal smertebehandling med paracetamol, steroider, NSAIDs og systemiske opioider vil det ofte være en sterk dynamisk smerte etter større inngrep i buk eller thorax og ved større ortopediske inngrep. Heller ikke i.v. inj. morfin i forkant av mobilisering gir tilstrekkelig lindring ved sterke dynamiske smerter.*

C NSAIDs og i.v. morfin fra smertepumpe

D i.v. morfin og perifere nerveblokader

000015c9a91b568d4

45

Du er sykehjemslege for en 83-årig kvinne. Personalet forteller at hun plages med kraftig forstoppelse.

Hun bruker bl.a. følgende legemidler:

simvastatin (et kolesterolsenkende middel, statin) 20 mg/d for høyt kolesterol,

pantoprazol (en protonpumpehemmer) 20 mg/d for refluksøsofagitt,

oksazepam (et benzodiazepin) 15 mg om kvelden for søvnproblemer og

darifenacin (et urologisk spasmolytikum) 7,5 mg/d for urininkontinens.

Hvilket av disse legemidlene er det grunn til å mistenke kan være en årsak til pasientens forstoppelse?

A Oksazepam

B X Darifenacin

*Darifenacin er et antikolinergt legemiddel og kan derigjennom gi forstoppelse som bivirkning.*

C Pantoprazol

D Simvastatin

000015c9a91b568d4

46

Du blir tilkalt til en 57 år gammel kvinne innlagt på kirurgisk avdeling etter en laparotomi for 2 dager siden. Hun har siste 8 timer blitt tiltagende dårlig. Hun får 15 liter oksygen på reservoirmaske. Det er nettopp tatt en blodgass som viser PaO<sub>2</sub> 5.5, pH 7.18, BE -11, PaCO<sub>2</sub> 3.4 kPa. Hun puster fort med frekvens på 25. Hun er hypotensiv, motorisk urolig og du får ikke ordentlig kontakt med henne. Hva gjør du?

- A X** Du kontakter vakthavende lege på intensivavdelingen fordi du mener hun bør intuberes.  
*Hun trenger ventilasjonshjelp og intubering er riktig tiltak.*
- B** Du ser at hun trenger hjelp med pusten og starter behandling med BiPAP  
*Hun trenger ventilasjonshjelp, det er riktig. Forutsetningen for non-invasiv er at pasienten kan samarbeide/ikke er for sløv, derfor ikke riktig her. Hun har og et oksygeneringsproblem, og da er CPAP førstevalg.*
- C** Du mener hun har lav V/Q-ratio dorsalt og legger henne derfor på magen  
*Det er riktig at V/Q ratio sannsynligvis er lav dorsalt, og hun får tilført kanskje 80% oksygen, men mageleie er behandling bare for intuberte pasienter*
- D** Du mener at hun sannsynligvis har lungeemboli, og du bestiller derfor D-dimer og spiral-CT som øyeblikkelig hjelp, og ber sykepleierne varsle deg når svarene er klare.  
*Du kan ikke utelukke lungeemboli, det er sant. Men med så alvorlig klinikk må hun vurderes for intubasjon først, videre vil en lav pH tale for en annen årsak.*

000015c0a91b568d4

47

En del legemidler er plassert i reseptgruppe A.  
Hva kjennetegner medikamenter i denne reseptgruppen?

- A** Slike legemidler kan kun forskrives av sykehusspesialist.  
*Legemidler i reseptgruppe A kan bare rekvireres av:*
  - a) leger med norsk autorisasjon,*
  - b) leger med lisens i Norge for virksomhet i overordnet stilling ved sykehus,*
  - c) leger med lisens i Norge for virksomhet i stilling som kommunelege eller som vikar for praktiserende lege,*
  - d) turnuskandidater og andre med tilsvarende lisens, og*
  - e) andre leger som etter søknad har fått innvilget slik rekvisisjonsrett av Helsedirektoratet.**Jfr Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek*
- B** Slike legemidler kan ikke forskrives til personer med kjent rusmisbruk.  
*Selv om man skal tenke over misbrukspotensialet av legemidler i reseptgruppe A, kan det være indisert å skrive ut slike legemidler også til personer med kjent rusmisbruk.*
- C X** Slike legemidler har misbrukspotensial og er sterkt vanedannende.  
*Riktig*
- D** Slike legemidler kan ikke forskrives på blå resept.  
*Legemidler i reseptgruppe A kan foreskrives på blå resept, for eksempel kan opiatere skrives ut på blå resept ved palliativ behandling i livets slutfase*

000015c0a91b568d4

48

Du er fastlege. En av pasientene dine kommer til konsultasjon fordi hun har vært plaget med tretthet i 2 måneder. Etter å ha tatt opp sykehistorien og gjort en generell undersøkelse, bestemmer du deg for å ta noen blodprøver og sette henne opp til en ny time om 1 uke.

Hvilken allmenntilstandsmessig arbeidsteknikk er mest dekkende for denne fremgangsmåten?

- A Eksklusjonsmetoden (restricted rule out)  
*Det er ikke beskrevet en slik tankesett/arbeidsteknikk eksplisitt i oppgaven. Feil.*
- B X** Trinnvis utredning  
*Riktig. Arbeidsteknikken med trinnvis utredning er mest/ best dekkende. Dvs at man starter utredningen på en time - og så tar pasienten tilbake til en ny time - og fortsetter utredning avhengig av hva prøvene viser.*
- C Behandling som diagnostikum  
*Det er ikke beskrevet noe om behandling i oppgaven - slik at dette er feil*
- D Tiden som diagnostikum  
*Det kan være element av denne arbeidsteknikken når man velger å ta pasienten tilbake til kontroll - f eks for å se på om symptomene avtar. F eks ved p gi pasienten beskjed om å "se an" et symptom. Men her vil arbeidsteknikken med trinnvis utredning være mer dekkende. Dvs at man starter utredningen på en time - og så tar pasienten tilbake til en ny time - og fortsetter utredning avhengig av hva prøvene viser.*

000015ca9a91b568d4

49

En forøvrig frisk kvinne på 28 år søker legevakt på grunn av svie/smerter og hyppig vannlatning i 2 døgn. Hun er gravid i uke 10. Hun er afebril, har god allmenntilstand og er ikke bankeøm over nyreløser. Du stiller diagnosen akutt cystitt og vil foreskrive antibiotika.

Hvilken behandling er best egnet i denne situasjonen?

- A Tabletter Nitrofuradantin (Furadantin) 50 mg x 3 i 3 dager  
*Nitrofuradantin er ihht nasjonale retningslinjer ikke førstevalg men 2.valg i hele svangerskapetg, dessuten anbefales det 7 dagers behandling i svangerskap, altså er det to momenter som taler mot dette alternativet*
- B X** Tabletter Pivmecillinam (Selexid) 200 mg x 3 i 7 dager  
*Den best egnede behandling, både fordi preparatet er trygt i første trimester og fordi lengden er tilstrekkelig. Dvs to argumenter for at dette er beste alternativ.*
- C Tabletter trimetoprim 160 mg x2 i 7 dager  
*Trimetoprim er kontraindisert i første trimester av graviditet*
- D Tabletter Pivmecillinam (Selexid) 200 mg x3 i 3 dager  
*Trygt preparat valg ,men for kort terapi ettersom kvinnen er gravid. UVI under svangerskap regnes som en "komplisert cystitt" og skal derfor ha lengre behandling, selv om kvinnen er ung. Dette er ikke den best egnede behandlingen*

000015ca9a91b568d4

50

Hva er den største fordelene med å legge til høy epiduralbedøvelse til generell anestesi ved store operasjoner i buk og thorax?

- A Kombinasjonen av generell anestesi med en høy epidural reduserer behovet for væsketilførsel under operasjonen, noe som gir raskere tilfriskning.  
*Feil, kombinasjonen generell anestesi og høy epidural øker behovet for intravenøs væsketilførsel under operasjonen.*
- B X** Kombinasjonen av generell anestesi med en høy epidural gir bedre postoperativ sympaticusblokade og smertelindring.  
*Kombinasjonen generell anestesi og høy epidural gir bedre postoperativ sympaticusblokade og smertelindring.*
- C En høy epidural gir et mer stabilt blodtrykk under stor kirurgi og reduserer dermed faren for slag og nevrologiske komplikasjoner.  
*Feil, kombinasjonen generell anestesi og høy epidural gir ikke et mer stabilt blodtrykk under stor kirurgi*
- D Kombinasjonen av generell anestesi med en høy epidural reduserer behovet for anestesimidler, noe som gir mindre blodtrykksfall under inngrepet.  
*Utsagnet er delvis feil, kombinasjon med en høy epidural reduserer behovet for anestesimidler, men dette gir ikke mindre blodtrykksfall under inngrepet.*

000015ca9a91b568d4

51

Du skal starte med et nytt legemiddel til en av pasientene dine, og må ta stilling til om legemidlet kan forskrives direkte på blå resept.

Hvilke formelle krav må i så fall være oppfylt?

- A** 1) Bruk av legemidlet står oppført under refusjonsberettiget bruksområde,  
2) pasientens sykdom omfattes av en refusjonskode og  
3) eventuelle refusjonsvilkår er oppfylt
- B** 1) Bruk av legemidlet står oppført under refusjonsberettiget bruksområde,  
2) pasientens sykdom omfattes av en refusjonskode,  
3) eventuelle refusjonsvilkår er oppfylt, og  
4) det gjelder bruk utenfor institusjon
- C** 1) Bruk av legemidlet står oppført under refusjonsberettiget bruksområde,  
2) pasientens sykdom omfattes av en refusjonskode,  
3) eventuelle refusjonsvilkår er oppfylt, og  
4) det gjelder sykdom i langvarig fase og behov for langvarig legemiddelbehandling
- D X** 1) Bruk av legemidlet står oppført under refusjonsberettiget bruksområde,  
2) pasientens sykdom omfattes av en refusjonskode,  
3) eventuelle refusjonsvilkår er oppfylt, og  
4) det gjelder bruk utenfor institusjon,  
5) sykdom i langvarig fase og behov for langvarig legemiddelbehandling  
*Alle formelle krav i dette svaralternativet må være oppfylt. Alle andre svaralternativer mangler noe.*

000015c4e5a91b566d4

52

Hva er de første tegnene på intoksikasjon med lokalanestesimidler?

- A X** Søvnighet, stikking i tunga, tinnitus  
*Akutte toksiske reaksjoner bør hindres ved å unngå intravaskulær injeksjon. Ved symptomer på toksisitet skal injeksjonen stanses umiddelbart. Systemiske toksiske reaksjoner omfatter primært CNS og hjerte-/kar. Ved utilsiktede intravaskulære injeksjoner kan toksisk effekt inntreffe innen 1-3 minutter. Som regel vises CNS-toksisitet før kardiovaskulær toksisitet. CNS-toksisitet er en gradvis respons med symptomer av økende alvorlighetsgrad. De første symptomene er vanligvis cirkumoral parestesi, nummenhet i tungen, ørhet, hyperakusi, tinnitus og synsforstyrrelser. (kilde: Felleskatalogen)*
- B** Pustevansker, «tranghet i halsen», hoste
- C** Blodtrykksfall, svimmelhet, kramper
- D** Lokal sviende smerte, rødhet og varme som brer seg utover fra injeksjonsstedet

000015c4e5a91b566d4

53

En 47 år gammel mann som bruker 80 mg metadon per dag som ledd i legemiddelassistert rehabilitering etter tidligere opioidmisbruk skal opereres med åpen operasjon for akutt blindtarmsbetennelse. Selv om han er i LAR, bruker han hasj og benzodiazepiner. I forbindelse med operasjonen får han god multimodal smertebehandling som består av perifer nerveblokkade (transversus abdominal plane block, TAP-block), paracetamol, NSAID og glucocorticoid, men det er ikke sikkert at dette vil gi tilstrekkelig lindring. Hva bør man tenke om å gi opioider ved behov postoperativt til en pasient som bruker metadon i legemiddelassistert rehabilitering?

- A** Fordi det er viktig å unngå å gi pasienten «gratis rus», er det viktig å ikke forordne opioider til denne pasienten.  
*Tidligere eller nåværende rusmisbrukere skal ikke måtte tåle mer smerte enn andre etter kirurgiske inngrep. Det er å underbehandle smerte er en større feil enn om man skulle gi en rusmisbruker en «gratis rus» etter et kirurgisk inngrep der det er forventet at pasienten kan ha moderate til sterke smerter.*
- B** Fordi metadon blokkerer for effekt av andre opioider, hjelper det ikke å gi opioider ved behov.  
*Metadon blokkerer ikke for effekt av andre opioider.*
- C** En høy dose metadon virker også smertelindrende og pasienten vil derfor ikke trenge andre opioider mot smerte.  
*Metadon titrert til riktig dose i LAR gir tilstrekkelig reseptorstimulering til å unngå abstinens, men gir ingen smertelindring.*
- D X** På grunn av toleranse toleranse mot opioider vil det være nødvendig å gi en høyere dose opioider enn til andre pasienter.  
*På grunn av toleranse trenger pasienten høyere dose av opioider mot smerte enn andre pasienter, ofte omtrent dobbelt så høy dose. Det er viktig å gi en god multimodal basisanalgesi for å unngå at pasienten behøver mye opioider postoperativt*

000015c0a91b566d4

54

Når opioider skal gis ved behov, kan de blant annet gis oralt, subcutant, intravenøst eller intramuskulært. Hvilken administrasjonsvei er mest hensiktsmessig når man skal titrere opioider til effekt ved akutt eller postoperativ smerte?

- A** Intramuskulært
- B** Subcutant
- C** Oralt
- D X** Intravenøst  
*Ved intravenøs administrasjon er t-max kortest. Det innebærer at pasienten får raskere effekt, at det er kortere tid til man trygt kan gi en ny dose dersom første dose ikke var tilstrekkelig effektiv, og det er større sjanse for at en eventuell overdosering inntreffer mens sykepleier er i nærheten av pasienten. Altså er intravenøs både mer effektiv og trolig også tryggere.*

000015c0a91b566d4

55

Du har nettopp begynt som fastlege for en 90 år gammel mann som det siste året har gått ned i vekt, falt ofte og husker dårligere. Han har mye smerter, har ellers hjertesvikt med EVF på 30%, nyresvikt, atrieflimmer og diabetes II. Han bruker Marevan, Triatec, Selo-zok, Simvastatin, Metformin, Amaryl, Burinex og Paralgin Forte, ved behov Furix og Imovane. Blodtrykket er 110/50, puls 80. Relevante blodprøvesvar fremkommer av tabellen.

	Aktuell verdi	Normalverdi
Kreatinin	170	45-90
HbA1c	6,5	4,3-5,6
Total-kolesterol	3,3	3,9-7,8
INR	2,8	0,9-1,2
Hemoglobin	11,5	13,4-17,0



Hvilke legemiddelendringer vil du gjøre?

- A** Intensivere hjertesviktbehandlingen med aldosteronantagonist da blodtrykket er akseptabelt og erstatte Marevan med Eliquis da dette ikke krever kontroller.  
*Å legge til aldosteronantagonist hos en pasient med nyresvikt gir stor risiko for hyperkalemi, som kan være fatalt. Med nyresvikt vil behandling med Eliquis fremstå mer risikabelt enn behandling med Marevan.*
- B** Seponere Triatec på grunn av lavt blodtrykk og høy kreatinin og seponere Marevan på grunn av lav hb og falltendens.  
*Å seponere ACE-hemmer hos pasienter med alvorlig hjertesvikt medfører risiko for dekomensert hjertesvikt med store plager til følge. Å seponere Marevan er også risikabelt da denne pasienten har stor risiko for å få hjerneslag i nær fremtid.*
- C X** Seponere Furix som behovsmedisin da han allerede bruker et annet slyngediuretikum, redusere metformin, amaryl og simvastatin da både HbA1c og total-kolesterol er lave.  
*Bruk av to legemidler i samme legemiddelgruppe har ingen hensikt. Da han er tynn, har falltendens og utfra lab-verdier er overbehandlet for både diabetes og hyperkolesterolemi virker det fornuftig å redusere (og kanskje etter hvert seponere), antidiabetika og statin.*
- D** Starte Digoxin da han har både atrieflimmer og hjertesvikt, seponere både Paralgin Forte og Imovane da disse kan bidra til både falltendens og kognitiv svikt.  
*Grunnet nyresvikt vil det være stor risiko for overdosering med Digoxin, noe som kan gi dramatisk intoksikasjon. Å på sikt redusere eller seponere opioider og z-hypnotika er en god tanke, men å bråseponere begge vil lett gi utrygghet, smerter og abstinensreaksjoner.*
- 

0000150a98f7b56604

**56**

Du har nettopp begynt som allmennlege. En dag kommer en fortvilt eldre kvinne til deg. Hun har tatt med seg ektemannen (82 år) til kontoret. I følge journalen fikk mannen diagnosen «Mild Alzheimers sykdom» av din forgjenger for fem år siden. Kona forteller at ektemannen gradvis det siste året har endret adferd. Han beskylder henne for utroskap og barna for å stjele fra ham. Han hører fremmede i leiligheten, går ut midt på natten og har tent opp ild midt på gulvet. Hva er mest sannsynlige diagnose?

- A** Delirium  
*Galt. Gradvis forverring over ett år gjør delirium mindre sannsynlig*
- B** Demens med Lewy-legemer  
*Galt. Hallusinasjoner er vanlig, men disse er gjerne visuelle. Det er ikke opplysninger om parkinsonisme eller fluktuasjoner. De nevropsykiatriske symptomene har kommet sent i sykdomsforløpet*
- C** Sent debuterende schizofreni  
*Galt. Dette er en sjelden tilstand som gjerne gir isolerte bisarre vrangforestillinger, mens vrangforestillinger ved demens er enklere og kretser typisk rundt utroskap og tyveri, slik som her*
- D X** Neuropsykiatriske symptomer ved Alzheimers sykdom.  
*Rett. Din kollega satt en demensdiagnose for fem år siden, og hvis diagnosen Alzheimers sykdom er korrekt er atferdsforstyrrelser svært vanlig ved langtkommen sykdom. Dementes vrangforestillinger bærer dessuten preg av utroskap og tyveri. Døgnrytmeforstyrrelser og irrasjonelle handlinger er også typisk.*
- 

0000150a98f7b56604

57

Du har vakt på medisinsk avdeling. Kl 21 blir du tilkalt fordi en 90 år gammel mann har blitt forvirret. Du leser i journal at han har pneumoni og får behandling med penicillin. Leukocytter og CRP er fallende. Ved undersøkelse er vitale parametre normale, han puster fint og det er ingen sikre funn ved klinisk undersøkelse. Han virker desorientert, men er rolig, vennlig og samarbeidsvillig. Sykepleier ønsker at han får noe beroligende slik at han ikke blir urolig til natten. Hva gir du?

- A** Heminevrin  
*B. Galt. Behandling er ikke indisert. Det er forøvrig ingen vitenskapelig dokumentasjon for at Heminevrin har gunstig effekt på eldre med delirium. Legemiddelet er tungt sederende og antidot er ikke tilgjengelig. Nesetetthet og forkjølelssymptomer opptrer hyppig, dette gjør ofte pasienten mer agitert.*
- B** Haldol  
*A. Galt. Haldol er nok beste alternativ dersom medikasjon for delirium er indisert, men all den tid pasienten er rolig, vennlig og samarbeider om undersøkelse og behandling bør en avvente medisinerer.*
- C X** Ingenting  
*D. Riktig. Så lenge pasienten er rolig, vennlig og samarbeider om undersøkelse og behandling bør en avvente medisinerer. Ingen legemidler har vist entydige positive effekter på behandling av delirium, alle har derimot potensielt alvorlige bivirkninger. I fravær av uttalte og plagsomme symptomer bør en avvente behandling. Delirium i seg selv er ikke indikasjon for behandling med noen av legemidlene nevnt i oppgaven.*
- D** Sobril  
*Galt. Behandling er ikke indisert. Alle benzodiazepiner er sederende og medfører fare for fall og fallskader. Negative kognitive effekter av benzodiazepiner er veldokumentert.*

000015ca9a91b566d4

58

Hva er den hyppigste demenssykdommen hos personer under 65 år ?

- A X** Alzheimers sykdom  
**B** Frontotemporallappsdemens  
**C** Alkoholisk demens  
**D** Vaskulær demens

000015ca9a91b566d4

59

De senere år har det blitt stadig sterkere faglig interesse for det faktum at flere sykdommer ofte finnes hos en og samme person. I litteraturen har dette vært beskrevet med noe forvirrende begrepsbruk. Sentralt står uttrykkene ko- og multimorbiditet (co-morbidity and multimorbidity). Hvordan anbefales det i dag at disse begrepene brukes?

- A** Komorbiditet brukes når en pasient har to (og ikke fler) klinisk betydningsfulle lidelser samtidig. Multimorbiditet anvendes når en pasient har tre eller flere betydelige lidelser samtidig.  
*Ikke riktig*
- B** Begrepet komorbiditet knyttes spesielt til inflammatoriske lidelser, idet det ofte er slik at inflammasjonsprosesser med opphav i et sykt indeksorgan vil spres til flere organer og skape sekundære helseplager. Multimorbiditet brukes når det foreligger flere samtidige lidelser uten en slik kjent, innbyrdes årsakssammenheng.  
*Dette er ikke riktig.*
- C X** Komorbiditet tar utgangspunkt i en indeks-sykdom, og ut fra denne betrakter man hvilke andre lidelser som samtidig foreligger hos pasienten (et sykdomssentrert begrep). Multimorbiditet beskriver det faktum at en pasient har flere samtidige sykdommer og lidelser (et pasientsentrert begrep).  
*Riktig. Forelest i IIIC (dette må godtas som fasit, ppts ligger på timeplanen) Samme forståelse gjenfinnes i stadig mer av den nyere litteratur, men man kan fortsatt forvente at enkelte forfattere i verden bruker begrepene feil.*
- D** Komorbiditet betyr "de ulike sykdommer en og samme pasient har samtidig." Multimorbiditet defineres som "en pasient som har komorbiditet og i tillegg anvender multiple legemidler"  
*Ikke riktig*

000015ca9a91b566d4

60

For en måned siden begynte du som turnuslege i en kystkommune med ca. 3000 innbyggere, og du har vakt i dag, mandag. På formiddagen ringer hjemmesykepleieren som er hjemme hos en 88 år gammel mann. Han er enkemann og bor alene i egen lettstelt bolig ca en mil unna. Han har diabetes mellitus type II og behandles med tablett og kostregulering. For ca. fem år siden fikk han konstatert cancer prostatae som behandles hormonelt. Han har ikke hatt noen plager av dette. Hjemmesykepleieren forteller at pasienten har vært forvirret og konfus i helgen. Han virker litt ustø og slapp og har falt noen ganger, men uten skader. Blodsukker målt en gang i helgen var 10 mmol/l og i dag før frokost var det 3 mmol/l. Du ber om å få snakke med pasienten i telefonen. Han forklarer seg greit, men bekrefter at han har følt seg litt slapp. Pasientens fastlege dro før helgen på kurs og er tilbake om en uke. **Hva vil være mest korrekt å gjøre i denne situasjonen?**

- A X** Du ber om at han kommer til undersøkelse på legekantoret samme dag  
*Pasienten bør undersøkes og han er ikke verre stilt enn at han kan komme evt. med drosje til legekantoret. På legekantoret er det mulighet for flere undersøkelser enn hjemme hos pasienten. På bakgrunn av undersøkelsene kan det vurderes om pasienten kan være hjemme eller trenger mer tilsyn. En slik vurdering bør skje i samråd med hjemmesykepleier og pårørende om han har.*
- B** Du ber hjemmesykepleieren ordne med en avlastningsplass på sykehjemmet slik at han kan tilsees under sykehjemsvisitten i morgen og observeres av personalet  
*Det kan være aktuelt med et opphold på sykehjemmet, men han må uansett undersøkes først.*
- C** Du ber hjemmesykepleieren måle temperaturen og ordner med at pasienten får snarlig time hos egen lege, noe du ber hjemmesykepleieren informere ham om.  
*Pasienten bør tilsees før dette.*
- D** Du avbryter kontordagen og drar i sykebesøk til pasienten for å vurdere situasjonen helse- og pleiemessig.  
*Pasienten kan komme på kantoret, bedre arbeids- og undersøkelsesforhold enn hjemme. Hjemmesykepleier er best egnet til å vurdere pleiesituasjonen.*

000015c9a91b566d4

61

På dødsmeldingen er det mulig å føre opp flere dødsårsaker i et logisk system. Disse dødsårsakene kalles forskjellig avhengig av posisjon i dette logiske systemet. En av dødsårsakene vil bli registrert i Dødsårsaksregisteret som hoveddødsårsaken og dermed danne grunnlaget for standardtabellen om årsaker til død.

**Hva kalles denne dødsårsaken?**

- A** Direkte dødsårsak  
**B** Mellomliggende dødsårsak  
**C** Umiddelbar dødsårsak  
**D X** Underliggende dødsårsak

000015c9a91b566d4

62

I retten opptre både vitner og sakkyndige. Hva er den mest korrekte beskrivelsen av rollen som sakkyndig?

- A X** Den sakkyndige gir vurderinger av et saksforhold  
**B** Den sakkyndige gir vurderinger på oppdrag fra dommeren  
**C** Den sakkyndige uttaler seg om hva han/hun har sett og hørt  
**D** Den sakkyndige uttaler seg på oppdrag fra forsvarer

000015c9a91b566d4

63

Du blir tilkalt til en bolig hvor det er funnet en livløs mann. Du konstaterer at mannen er død. Mannen kjennes varm, og det er stivhet i leddene. Fordi dødsfallet oppfattes som plutselig og uventet med ukjent dødsårsak melder du dødsfallet til politiet. Politiet vil gjerne ha din mening om hvor lenge vedkommende kan ha vært død.

**Hvor lenge kan mannen ha vært død?**

- A X** 3 til 8 timer  
*Grovt sett vil kroppen være varm og stiv*
- B** Mindre enn 3 timer  
*Grovt sett vil kroppen være varm og myk*
- C** Over 36 timer  
*Grovt sett vil kroppen være kald og myk*
- D** 8 til 36 timer  
*Grovt sett vil kroppen være kald og stiv*

000015c4e91b566d4

64

Du har vakt på legevakta. Politiet kommer inn med en antatt alkoholpåvirket mann mistenkt for promillekjøring. De ønsker at du tar blodprøve av mannen for analyse på innhold av alkohol. Helsepersonellovens §12 regulerer hvordan du skal opptre i en situasjon som dette. Hva er det mest korrekte handlingsalternativet?

- A** Du ber de henvende seg til mannens fastlege
- B** Du ber de komme tilbake senere når det er mindre å gjøre
- C** Du informerer politiet om at mannen trenger en forsvarer
- D X** Du er pliktig til å ta slik prøve

000015c4e91b566d4

65

*Stortinget behandlet høsten 2016 «prioriteringsmeldingen» (Meld St 34 2015-2016). Her fastslås at ved prioritering innen spesialisthelsetjenesten skal det legges vekt forventet nytte av behandling og ressursbruken knyttet til behandlingen. I tillegg skal et tredje forhold tillegges vekt. Hvilket forhold skal tillegges vekt ved prioritering i spesialisthelsetjenesten?*

- A** Gevinster for samfunnet ved at pasienten(e) kommer tilbake i jobb  
*Galt. Det presiseres i Meld St 34 (2015-2016) - "prioriteringsmeldingen" - at dette ikke skal tillegges vekt ved prioritering mellom pasienter eller pasientgrupper.*
- B X** Hvor alvorlig sykdommen vurderes å være  
*Riktig. Alvorlighet skal tillegges vekt ved prioritering. Med alvorlighet forstås tap av framtidige gode leveår.*
- C** Om pasienten har forsørgeransvar for barn  
*Galt. Familære forhold inngår ikke som eget kriterium.*
- D** Hvor sjelden tilstanden er  
*Galt. Sjeldenhet har vært diskutert som et mulig kriterie, men er ikke inkludert.*

000015c4e91b566d4

66

Flere steder i landet planlegges bygging av nye sykehus. Kostnadene vil avhenge både av størrelsen på sykehuset og av hvilke funksjoner det skal dekke. Det er de regionale helseforetakene som står for utbyggingen.

Hvordan finansieres nye sykehusbygg?

- A Stortinget finansierer byggingen gjennom en bevilgning på statsbudsjettet.  
*Galt. Stortinget gir tilsagn om lån til de regionale helseforetakene, men kun innen 70 % av kostnaden.*
- B Det regionale helseforetaket dekker halvparten av kostnadene. Den andre halvparten dekkes at kommunene som sogner i helseforetaket.  
*Galt. Kommunene har ikke noe ansvar for utbygging av sykehus.*
- C Det regionale helseforetaket dekker deler av kostnaden fra egne midler, og låner det overskytende der man mener å få best betingelser.  
*Galt. De regionale helseforetakene kan ikke ta opp lån i private finansinstitusjoner.*
- D X Det regionale helseforetaket dekker deler av kostnaden fra egne midler, og må i tillegg be om lån fra staten for det overskytende.  
*Riktig. Det regionale helseforetaket må minimum finansiere 30 % av kostnaden. Det øvrige kan man be om lån ra staten for å dekke.*

000015c3a5a91b566d4

67

Det finnes i dag legemidler med dokumentert klinisk effekt som allikevel ikke tas i bruk i helsetjenesten i Norge. Begrunnelsen for dette er ofte at behandling med legemiddelet ikke er kostnadseffektiv.

Hva vil det si at en behandling ikke er kostnadseffektiv?

- A Behandlingen retter seg ikke mot en pasientgruppe som kan komme tilbake i arbeidslivet.  
*Galt. Hvorvist pasientene kan komme tilbake i arbeid tillegges ikke vekt.*
- B Behandlingen koster mer enn en fast definert øvre grense.  
*Galt. Det er ikke kostnaden på behandlingen, men forholdet mellom kostnad og behandlingens effekt som er av betydning.*
- C X Merkostnadene ved behandlingen står ikke i et rimelig forhold til den ekstra nytten behandlingen gir.  
*Riktig. Dersom (mer)kostnadene ved å ta i bruk et nytt legemiddel vurderes å være for store i forhold til den nytten behandlingen gir i form av bedre og/eller lengre liv, vil ikke behandlingen vurderes å være kostnadseffektiv. Det er ikke noen offisiell grense får når en behandling ikke er kostnadseffektiv, dette vurderes for hvert enkelt legemiddel.*
- D Legemidlet har signifikant klinisk effekt, men den er lavere enn en definert nedre grense for gjeldende pasientgruppe.  
*Galt. Det er ikke størrelsen på effekten som er avgjørende, men forholdet mellom effekt og kostnad.*

000015c3a5a91b566d4

68

Mange pasienter med kroniske sykdommer, inkludert mange eldre pasienter i sykehjem, står på mange ulike legemidler.

Hvem skal utføre legemiddelgjennomgangen i sykehjem?

- A En lege alene
- B X En lege alene eller i samarbeid med annet helsepersonell  
*RETT: Legemiddelhåndteringsforskriften §5a. Legemiddelgjennomgang i sykehjem*
- C Beboerens egen fastlege
- D Virksomheten gjennom en systematisk legemiddelgjennomgang

000015c3a5a91b566d4

69

Studier har vist at fastleger kan synes det er vanskelig å endre foreskrivne medisiner hos eldre med flere plager, bl.a. fordi man er usikker på konsekvenser som forverring av pasientens tilstand og respekt for andre legers behandling.

Hva er som regel konsekvensene av skånsom nedtrapping?

- A X** I under 10% av tilfellene må man ha en ny oppstart  
*RETT: Slides med henvisning til: Page AT, Clifford RM, Potter K, Schwartz D, Etherton-Beer CD. The feasibility and effect of deprescribing in older adults on mortality and health: a systematic review and meta-analysis. British J Clinl Pharm. 2016;82(3):583-623.*
- B** I over 50% av tilfellene må man ha en ny oppstart
- C** I 20-40% av tilfellene må man ha en ny oppstart
- 

000015c4a91b566d4

70

I en kommune har helsesøster frem til nå drevet skolehelsetjenesten på barneskolen uten støtte fra andre yrkesgrupper. Det arbeides nå med å analysere den nye nasjonale faglige retningslinjen for helsestasjon og skolehelsetjenesten for å finne ut om dette er tilfredstillende og forsvarlig fremover. Hvordan kan kommunen best oppfylle intensjonen for bemanning i skolehelsetjenesten?

- A** Ved at kommunen inngår avtale med lege om rådgivning av helsesøster
- B** Ved at kommunen tilsetter lege
- C** Ved at kommunen tilsetter lege og psykolog
- D X** Ved at kommunen tilsetter lege og fysioterapeut  
*Nasjonalt faglig retningslinje for helsestasjon og skolehelsetjeneste: Bemanningen i tjenestene skal bestå av Helsesøster og lege, og i tillegg bør tjenestene ha Fysioterapeut, med referanse til forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj. § 2-1 og Helse- og omsorgstjenesteloven §3-2 1 ledd nr 1, bokstav a og b.*
- 

000015c4a91b566d4

71

Folkehelseloven gir pålegg om å ha oversikt over helsetilstanden. Det er derfor utviklet og gjort tilgjengelig datakilder med oversikt og presentasjon av statistikk over helsetilstanden i befolkningen. Hvilke av følgende instanser har i følge loven plikt til til å ha nødvendig oversikt over helsetilstanden og positive og negative faktorer som kan virke inn på denne?

- A** Fylkesmannen (tidligere fylkeslegen)
- B** Kommuneoverlegen
- C X** Kommunestyret  
*Med hjemmel i Folkehelseloven gir Forskrift om oversikt over folkehelsen kommuner og fylkeskommuner følgende oppgaver:  
§ 4.Løpende oversiktsarbeid  
Kommuner og fylkeskommuner skal løpende ha oversikt over folkehelsen. Den løpende oversikten skal dokumenteres på hensiktsmessig måte som en del av ordinær virksomhet.  
§ 5.Krav om oversiktsdokument hvert fjerde år  
Kommuner og fylkeskommuner skal utarbeide et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år som skal ligge til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet.  
Når det som her står kommune betyr dette kommunestyret. KØmmunestyret kan evt delegere ansvaret til underliggende organer.*
- D** Statens helsetilsyn
- 

000015c4a91b566d4

72

En eldre kvinne bor i omsorgsbolig med hjemmesykepleie to ganger daglig. Hun er inkontinent for urin og bruker bleier. Kvinnen har klaget over lite matlyst denne dagen, men er ellers i upåfallende form. Hjemmesykepleien legger merke til at det lukter stramt av urinen, men kvinnen benekter symptomer på urinveisinfeksjon. Det er tatt en urinstix som viser utslag på leukocytter (2+). Hjemmesykepleien ønsker å konferere med deg som fastlege.

Hvordan er det mest hensiktsmessig at hjemmesykepleien tar kontakt for å konferere med fastlegen om denne situasjonen?

**A** E-post

*Aldri aktuelt å konferere per e-post.*

**B** Telefonisk kontakt

**C** Basismelding

*Basismeldinger er rekvisisjoner, henvisninger, epikriser etc*

**D X** Dialogmelding

*Det er ikke en akutt situasjon (da må man ringe). En dialogmelding forstyrrer ikke den kliniske arbeidsflyten til legen fordi legen kan utsette besvarelsen (for eksempel til etter en pågående konsultasjon). Kravet er vanligvis svar innen tre dager. Dialogmeldinger bør brukes til relativt enkle problemstillinger, som dette er. En fordel med dialogmelding over muntlig kontakt er at informasjonen lagres i journal.*

000015ca9a9f1b566d4

Testen har 72 oppgaver. På utskriftstidspunktet var 0 oppgaver blitt trukket og det var gjort fasitendringer på 0 oppgaver.