

Mal for spørsmål og sensorveiledning av kortsvarsoppgaver

Utarbeidet av Cicilie Nordvik, Anne Vik og Tobias S. Slørdahl (2015) Oppdatert Tobias S. Slørdahl (2017)

Felter som er skravert grønne er oppgavetekst som skal klippes inn i det digitale eksamensverktøyet Inspira av studiekonsulent og er det studentene ser på eksamen. Alle felter skal fylles ut av oppgavestiller. Hele dette dokumentet sendes til sensor som sensorveiledning.

Oppgavenavn:	<i>Gi et beskrivende navn – Kun til internt bruk</i>		
Undervisningsenhet:	Epidemiologi og medisinsk statistikk		
Oppgaveansvarlig:	Navn:	Johan Håkon Bjørngaard	
	E-post:	Johan.h.bjorngaard@ntnu.no	
	Telefonnummer:		
Læringsmål (ett eller flere)	Læringsmålene finnes på: https://vev.medisin.ntnu.no/lmdb/qx/build/index.php IIIC: 1.1.8 diskutere hvordan klinisk praksis bestemmes av en kombinasjon av usystematisert erfaring, oppfatninger om årsaker og mekanismer og resultater av vitenskapelige undersøkelser ID: 10.1.4 kjenne til viktige studiedesign: randomiserte kontrollerte-, kohort-, case-control – og tverrsnitt-studier 10.1.19 definere konfundering og mediering og kunne identifisere disse i enkle situasjoner 10.1.27 forklare de viktigste styrker og svakheter ved kohortstudier IIAB: 1.1.6 Kunne definere og tolke et punkttestimat og dets konfidensintervall 1.1.16 Kunne benytte sentrale epidemiologiske begreper og prinsipper (fra stadium I) for å vurdere en vitenskapelig artikkel (med hovedvekt på kohortstudie og RCTstudie) og diskutere styrker og svakheter knyttet til studiedesign og gjennomføring		
Oppgave			
Vignett	Oppgaven baserer seg på utdelt artikkel: Zipursky JS, Gomes T, Everett K, Calzavara A, Paterson JM, Austin PC, Mamdani MM, Ray JG, Juurlink DN. Maternal opioid treatment after delivery and risk of adverse infant outcomes: population based cohort study. BMJ 2023;380:e074005		
Spørsmål 1 (1poeng)	Hva var hensikten med denne studien?		
Kognitivt nivå <small>(kryss av)</small>	K1 (gjengivende)	<input checked="" type="checkbox"/>	K2 (resonnerende)

Svar	<i>Studiens formål var å undersøke om mors opioidbehandling etter fødselen er assosiert med økt risiko for ugunstige utfall hos spedbarn.</i>
Hva gir poeng?	<i>1 p for oppgitt svar. Det kreves ikke at studentene oppgir utfallsmålene (reinnleggelse innen 30 dager, undersøkelse i akuttmottak (emergency department visit), innleggelse for skade, innleggelse på intensivavdeling, innleggelse med gjenoppliving og assistert ventilasjon og død).</i>

Evt. supplerende vignett til spørsmål 2	
Spørsmål 2 (1 poeng)	Hva var de viktigste funnene fra studien?
Kognitivt nivå (kryss av)	K1 (gjengivende) K2 (resonnerende) x
Svar	<i>Studien fant små forskjeller i risiko for sykehusinnleggelse blant spedbarn født av mødre som fikk opioidresepter etter fødselen. Det var heller ingen særlige forskjeller i en rekke ugunstige utfall hos spedbarn, inkludert dødsfall.</i>
Hva gir poeng?	1 poeng for oppgitt svar. Det er ikke nødvendig å gå gjennom funnene for hvert enkelt utfall.

Evt. supplerende vignett til spørsmål 3	
Spørsmål 3 (2,5 poeng)	a) Forklar hva konfundering er (1p). b) Gjør kort rede for hvordan forfatterne har forsøkt å redusere betydningen av konfundering (1,5)
Kognitivt nivå (kryss av)	K1 (gjengivende) x K2 (resonnerende) x
Svar	<i>a) Konfundering er felles årsaker til eksponering (opioidbehandling hos mor) og utfall (ugunstige utfall hos spedbarn). b) Forfatterne brukte propensity score matching for å redusere konfundering ved å sammenligne mødre som fikk opioidresepter med de som ikke gjorde det, og matche dem basert på en rekke faktorer. Dette er en metode som bruker informasjon om potensielle konfunderende faktorer for å predikere sannsynlighet for at mor får opioidbehandling. Deretter sammenlignes eksponerte og ueksponerte mødre ved tilnærmet lik sannsynlighet for at mor får opioidbehandling. Analysen forutsetter at man har informasjon om alle relevante (eller variablene samlet) variabler og at det ikke er målefeil.</i>
Hva gir poeng?	a) 0,5 poeng

	<p>b) Propensity score matching (0,5p) Predikerer sannsynlighet for eksponering, og matcher på denne sannsynligheten (0,5 p) Sammenligner personer med lik sannsynlighet for eksponering (0,5)</p>
--	--

Evt. supplerende vignett til spørsmål 4					
Spørsmål 4 (3poeng)	Diskuter kort i hvilken grad konfundering og andre systematiske feil kan være en utfordring for studiens interne validitet.				
Kognitivt nivå <small>(kryss av)</small>	<table border="1"> <tr> <td>K1 (gjengivende)</td> <td>K2 (resonnerende)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	K1 (gjengivende)	K2 (resonnerende)		
K1 (gjengivende)	K2 (resonnerende)				
Svar	<p>Konfundering: <i>Det er ikke tilfeldig hvilke mødre som får opioidbehandling etter fødsel. Indikasjonene som ligger til grunn for at mor får opioidbehandling kan også ha betydning for utfallene i denne studien. Her kan det også være verdt å nevne at man kan mangle informasjon om konfunderende faktorer eller målefeil i målte.</i> <i>Konfundering er i utgangspunktet en vesentlig kilde til skjevhet i en observasjonell studie som denne. Studien har brukt propensity score matching for å redusere problemet med konfundering, men det er vanskelig å se for seg at man har tatt høyde for alle konfunderende faktorer. I tillegg vil målefeil i målte konfundere fortsatt være et problem.</i></p> <p>Målefeil/feilklassifisering (informasjonsbias): <i>Opioidbruk hos mor er registerbasert, noe som kan antas gir mindre målefeil enn andre måter å registrere dette. At kvinner som får forskrevet opioid kan velge å ikke amme på grunn av frykt for negative konsekvenser for barnet, kan gi en systematisk feil i form av at barn som antas å være eksponert for opioid gjennom morsmelk ikke blir eksponert likevel. Det er også mulig å ha fått resept på opioid tidligere (selv om eksklusjon av alle som har fått resept siste 100 dager vil redusere dette) eller å ha fått opioider utenom reseptsystemet (for eksempel fra partner som har resept). Noen kan også ha fått resept og ikke hentet ut. Denne typen målefeil vil være ikke-differensiell målefeil i bruk av opioid. Dette vil redusere sannsynligheten for å identifisere en reell risiko knyttet til opioidbruk, dersom den finnes.</i> <i>Den registerbaserte forskrivingen i seg selv er ikke målt med feil. Man kan dermed se på forskriving som en slags intention-to-treat.</i></p>				

	<p><i>Utfallene er også registerbasert og dermed i utgangspunktet fullstendige og korrekt målt. Dersom kvinner som bruker opiat søker andre helsetjenester for sine barn (private helsetjenester som ikke rapporterer inn data til Canadian Institute for Health Information Discharge Abstract Database eller til sykehus i andre regioner), vil det kunne gi manglende informasjon. Dette er sannsynligvis et lite problem, og vurdering av komplettheten av registeret krever mye mer kunnskap om lokale forhold enn hva man kan forvente.</i></p> <p>Seleksjonsbias er mindre sannsynlig, da man ikke betinger på noe som åpenbart er konsekvenser av eksponering.</p> <p><i>I tillegg: Det observeres færre innleggelser for gulsott hos barn av mødre som bruker opioid. Dette kan teoretisk skyldes at opioid reduserer risikoen for gulsott (årsakssammenheng), systematiske feil eller tilfeldighet. Med mindre man tror at opioid skal redusere risiko for gulsott, er dette altså en indikasjon på en potensiell feilkilde. Det kan enten være en form for konfundering ved at opioider bare skrives ut til de man oppfatter at har lavest risiko for komplikasjoner, i motsetning til det man ellers antar om konfundere, eller fordi mødre som har fått opioid har en annen hjelpesøkeradferd enn de som ikke får opioid, noe som gir en form for målefeil i den forstand at antall innleggelser ikke fullt ut gjenspeiler ulikheter i behovet for helsehjelp.</i></p>
Hva gir poeng?	<p>1 poeng for relevant diskusjon av hvert av konfundering, information bias og seleksjonsbias</p> <p>Det er ikke spurt om ekstern validitet, og det gis derfor ikke poeng for å skrive om ekstern validitet på dette spørsmålet.</p>

Evt. supplerende vignett til spørsmål 5	Som LIS-lege møter du ammende kvinner som har behov for smertelindring. For noen av disse vil spørsmålet om kombinasjonspreparater med kodein, eventuelt andre opioider komme opp.				
Spørsmål 5 (3poeng)	Diskuter kort hvilke implikasjoner denne studien bør ha for din kliniske praksis, i lys av annen kunnskap.				
Kognitivt nivå <small>(kryss av)</small>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="525 1671 804 1715">K1 (gjengivende)</td> <td data-bbox="804 1671 1163 1715">K2 (resonnerende)</td> <td data-bbox="1163 1671 1219 1715">x</td> <td data-bbox="1219 1671 1482 1715"></td> </tr> </table>	K1 (gjengivende)	K2 (resonnerende)	x	
K1 (gjengivende)	K2 (resonnerende)	x			
Svar	<ul style="list-style-type: none"> - Dette er en enkeltstudie. Den er stor, men det er behov for mer/annen forskning og ønskelig med kliniske retningslinjer. - Legeforeningen anbefaler opioider kun 2-3 dager sammenhengende hos ammende. Evidensgrunnlaget er svakt 				

	<p>(som gjenspeiles i ordet foreslår). Denne studien taler for at opioidbehandling av mor er trygt for barnet, men den er ikke tilstrekkelig grunnlag for å konkludere.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Din pasientpopulasjon ligner den typen populasjon som studien har inkludert og dermed bør være generaliserbar for. Noen forskjeller mellom norsk og kanadisk helsevesen og forekomst av amming kan forekomme, men resultatene er sannsynligvis overførbare til din setting. - Resultatene taler ikke imot å gi opioid ved god indikasjon, men man bør fortsatt overvåke barnet med tanke på bivirkninger og begrense behandlingen (forfatterne ber også klinikere være forsiktige). Studien tyder på at dagens bruk - med de forsiktighetsregler som tas av både helsepersonell og mødre - ikke medfører alvorlig fare for barnet. At studien ikke finner økt risiko kan skyldes god klinisk overvåkning og adekvat respons i form av seponering av opioid ved tegn til bivirkning hos barnet. Studien gir ikke grunnlag for å redusere årvåkenhet ved opioidbehandling av ammende mødre. - Studien tester ikke CYP2D6, men påstår at dette ikke er klinisk viktig basert på at kodein ikke gir økt risiko. Denne studien gir lite grunnlag for å si at CYP2D6 ikke er relevant, siden ultra-rask metabolisering er relativt sjelden i befolkningen.
Hva gir poeng?	<p>1 poeng for diskusjon av enkeltstudie vs annen forskning/retningslinjer. Detaljer om legeforeningens råd om forskriving kan ikke forventes.</p> <p>1 poeng for diskusjon av trygg forskriving og bruk</p> <p>0,5 poeng for generaliserbarhet til norsk setting</p> <p>0,5 poeng for diskusjon av CYP2D6/kodein spesifikt</p>

Oppgavenavn:	<i>Mann med flere helserelevante problemer</i>	
Undervisningsenhet:	Allmennmedisin	
Oppgaveansvarlig:	Navn:	Torbjørn Øien
	E-post:	torbjorn.oien@ntnu.no
	Telefonnummer:	
Læringsmål	Læringsmålene finnes på: https://vev.medisin.ntnu.no/lmdb/ox/build/index.php	

(ett eller flere)	IIC: 2.1.3, 2.1.5, 2.1.8, 2.1.11, 7.1.2 IIB 3.1.10 IID 7.1.1.3, 9.1.1			
Oppgave				
Vignett	Neste pasient hos fastlegen er en mann, 46 år gammel, vanlig time. I avtaleboka står stikkordene: «Brystsmerte, prostata, diabetessjekk»			
Spørsmål 1 (2poeng)	Hvilke forberedelser er det anbefalt å gjøre før pasienten tas inn til konsultasjon?			
Kognitivt nivå (kryss av)	K1 (gjengivende)		K2 (resonnerende)	
Svar	<p><u>To forhold bør være med:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sjekke journalen for opplysninger om tidligere kontaktårsaker, familie/sosialt, kroniske sykdommer og medikasjon 2. Slå opp i fag-litteratur eller veiledninger hvis relevant ut fra sykehistorien. Sjekke at utstyr du regner med å trenge er på plass/klart. <p>Begrepet «housekeeping» kan komme opp; et begrep som har blitt brukt i forelesning både om det å «holde orden i konsultasjonen» (få unna arbeidet underveis) og om å «rydde hodet» (mentalt) mellom pasienter (konsultasjoner).</p>			
Hva gir poeng?	1 poeng for å sjekke journal, 1 poeng for å forberede deg ved å slå opp i faglitteratur/veileder.			

Evt. supplerende vignett til spørsmål 2				
Spørsmål 2 (3poeng)	Beskriv hvordan du kommunikasjonsmessig bør gå frem når en pasient ser ut til å komme med flere problemstillinger på en vanlig legetime (20 minutter).			
Kognitivt nivå (kryss av)	K1 (gjengivende)		K2 (resonnerende)	
Svar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Generelle råd for ALLE konsultasjoner er å skaffe fullt overblikk over agenda tidlig i konsultasjonen (unngå dørklinke-spørsmål etc) <ul style="list-style-type: none"> ○ Kan gjøres ved å stille følgende spørsmål etter at pasienten har nevnt kontaktårsak for å kartlegge alle problem: «Var det noe annet du ville ta opp i dag/ har på hjertet?» ○ Det er særlig viktig hvis/når du har forstått at pasienten har flere det er problemstillinger. Vær generøs i holdningen, ikke gå i forsvar. Spør evt om å få se evt «Handlelisten» – eller lag egen! (lov/lurt å notere i journalen: P1, P2, P3, P4...) 2. Ta grep: Juster forventningene 			

	<ul style="list-style-type: none"> ○ «Her er det en del å ta fatt på... Jeg ser allerede nå at vi ikke rekker alt i dag – men jeg kan love deg at vi skal ordne med en ny time til resten» <p>3. Ta grep: Prioriter i samråd med pasienten, men hovedansvaret for å legge en plan er ditt</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ «Hva er viktigst for deg å få gjort noe med i dag?» (mest plagsomt?, evt haster?) «Jeg synes i tillegg at .. er viktig å ta tak i..»
Hva gir poeng?	<p>Det gis 1 poeng for hver «kategori» som omtales. Det er ikke nødvendig å ha med eksempelutsagn for poeng, men kan være god måte å illustrere poenget. Full pott 3 poeng hvis alle nevnes.</p> <p>1 poeng: Å kartlegge alle problemstillingene pasienten har/ lage liste</p> <p>1 poeng: Å justere forventninger (0 poeng hvis studenten foreslår å ta alt på samme time)</p> <p>1 poeng: Å prioritere i samråd med pasienten. (Vurdere hva kan/bør håndteres på denne timen – hva kan vente)</p>

Evt. supplerende vignett til spørsmål 3	<p>Pasienten har hatt stikninger i brystet som kommer og går over lengre tid uavhengig av fysisk aktivitet. Han trener noe uregelmessig. Plagene i brystet blir ikke forverret under trening. Han har en stressende livssituasjon, både jobbmessig, hvor han i tillegg til jobb er i ferd med å ferdigstille en masteroppgave, og i samlivet med kona.</p> <p>Han har flere bekymringer relatert til helsa da det er sykdomsopphopning av flere sykdommer i familien. Far har atrieflimmer, farfar hjerteinfarkt 62 år gammel, far, bror og farfar prostatakreft og mor og tante diabetes mellitus type 2. Han bruker ingen medikamenter, røyker sigaretter i perioder med stress. Ved undersøkelse gjøres følgende funn:</p> <p>Høyde 182 cm, vekt 104 kg, KMI 31,4 kg/m².</p> <p>Blodtrykk 120/80, puls regelmessig.</p> <p>HbA1c 40 mmol/mol (28-42)</p> <p>Over hjerte og lunger er det normale funn.</p> <p>Han er noe palpasjonsøsm på venstre side av brystet.</p> <p>Pasienten er bekymret for sine brystmerter.</p>			
Spørsmål 3 (1poeng)	Nevn 3 anamnesticke kriterier for typisk angina pectoris			
Kognitivt nivå (kryss av)	K1 (gjengivende)		K2 (resonnerende)	
Svar	<p>Typisk angina: bekreftelse på samtlige tre spørsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. -Er pasientens ubehag i brystet retrosternalt? 2. -Er pasientens symptomer regelmessig framkalt ved anstrengelse? 3. -Går smertene tilbake innen 2-15 minutter etter hvile eller nitroglyserin? 			
Hva gir poeng?	2 rette svar 0,5 poeng			

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

	3 rette svar 1 poeng			
Evt. supplerende vignett til spørsmål 4	Et av rådene Norsk forening for allmenntmedisin gir i kampanjen «Gjør kloke valg» lyder: «Unngå å starte medikamentell primærforebygging før totalrisiko er vurdert og fordeler og ulemper med behandling er drøftet med pasienten».			
Spørsmål 4 (1poeng)	a. Hvilket verktøy er det anbefalt å bruke for å beregne risiko for framtidig kardiovaskulær sykdom? b. Hvilke kliniske situasjoner egner seg for kartlegging av kardiovaskulær risiko?			
Kognitivt nivå (kryss av)	K1 (gjengivende)		K2 (resonnerende)	
Svar	a. NORRISK 2 for å beregne 10- års risiko for kardiovaskulære hendelser b. Følgende kliniske situasjoner kan egne seg for kartlegging av kardiovaskulær risiko: <ol style="list-style-type: none"> 1. Når en person ber om en vurdering av sin risiko eller av en enkelt risikofaktor. 2. Når legen eller pasienten har kjennskap til høyt nivå av en eller flere risikofaktorer. 3. Når det foreligger symptomer eller tegn som er forenelig med en risikotilstand. 4. Når det foreligger kunnskap om tidlig hjerte- og karsykdom i familien. 			
Hva gir poeng?	a. NORRISK 0,5 poeng. b. 0,5 poeng for 3 riktige svar.			

Evt. supplerende vignett til spørsmål 5	I dette tilfellet er det beregnet at pasienten har 3% risiko for utvikling av kardiovaskulær sykdom de neste 10 årene. Dette er under den anbefalte intervensjonsgrensen for medikamentell behandling.			
Spørsmål 5 (3poeng)	a. Hvilket tiltak er anbefalt i denne situasjonen? b. Nevn faktorer for at helseopplysning skal lykkes c. Nevn en metode det er anbefalt å bruke i denne sammenheng.			
Kognitivt nivå (kryss av)	K1 (gjengivende)		K2 (resonnerende)	
Svar	a. Råd om endring av levevaner i 3-12 måneder. b. Viktige faktorer for at helseopplysning i konsultasjonen skal føre til atferdsendring: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasientsentrert kommunikasjon 2. Evne til å forstå og kartlegge pasientens forventninger og levevaner 3. Evne til å møte pasienten med en vennlig holdning og inngi tillit 4. Informasjon som er strukturert, konkret og begrenset i omfang 			

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

	<p>c. Motiverende intervju og endringsfokusert rådgivning er godt dokumenterte metoder som egner seg godt i allmennpraksis. Motiverende intervju (MI), også kalt motiverende samtale, er en effektiv og empatisk metode for samtaler om endring, motivasjon og mestring. Målet er konstruktive samtaler hvor personen får mulighet til «å overtale seg selv» til å bestemme at endring skal skje, og så tenke ut hvordan han best kan få det til.</p>
Hva gir poeng?	<p>a. 1 poeng for råd om endring av levevaner i 3-12 måneder. b. 1 poeng for 3 faktorer for at helseopplysning skal lykkes c. 1 poeng for motiverende intervju eller endringsfokusert rådgivning</p>

Hvis man ønsker mer enn 5 oppgaver fyller man også inn disse to:

Evt. supplerende vignett til spørsmål 6	Pasientens far, bror og farfar har prostatakraft. Pasienten angir mildt vannlatingsbesvær i form av nokturni x 1. IPSS skår er 8. Han har hørt om PSA prøven og ønsker å få tatt denne.			
Spørsmål 6 (1poeng)	<p>a. Hva er målsettingen med kvartærforebygging? b. Er det indikasjon for å ta PSA prøven hos denne pasienten? Begrunn svaret.</p>			
Kognitivt nivå (kryss av)	K1 (gjengivende)	<input checked="" type="checkbox"/>	K2 (resonnerende)	<input checked="" type="checkbox"/>
Svar	<p>a. Målsettingen med kvartærforebygging er å unngå overdiagnostisering og overbehandling av pasienter. b. Ja, det er indikasjon for å ta PSA selv om han kun har mildt vannlatingsbesvær da han har 3 nære slektninger med prostatakraft. Menn uten påvist genfeil, men med en førstegradsslektning med prostatakraft før 60 år, eller flere nære slektninger med prostatakraft uavhengig av alder, bør måle PSA årlig hos fastlege fra 40 års alder.</p>			
Hva gir poeng?	<p>a. 0,5 poeng for rett svar. b. 0,5 poeng for rett svar med begrunnelse.</p>			

Evt. supplerende vignett til spørsmål 7	Fire år har gått, og pasienten har fått diagnosen diabetes mellitus type 2 for to år siden. HbA1c var da 68 mmol/mol (28-42). Etter dette har han gått ned 2 kg i vekt. Siste konsultasjon var for 12 måneder siden. Han kommer nå for årskontroll av sin diabetes.			
Spørsmål 7 (3poeng)	Hva bør inngå i en diabetes årskontroll? Begrunn svaret kort.			
Kognitivt nivå (kryss av)	K1 (gjengivende)	<input checked="" type="checkbox"/>	K2 (resonnerende)	<input type="checkbox"/>
Svar	<p>Formålet med kontrollen er å forebygge komplikasjoner. Bruk av NOKLUS diabeteskjema anbefales for en strukturert kontroll.</p> <p>Anamnese: Livsstil (Kosthold/røyking)/medikamenter (muligheter for bedre forebygging) Symptomer relatert til komplikasjoner?</p>			

	<p>Spør om pasienten har time til/følges av øyelege. (Type 2 skal henvises ved diagnosetidspunktet)</p> <p>Klinisk undersøkelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> -allmenntilstand, høyde, vekt, livvidde. -blodtrykk, auskultasjon av hjerte/lunger, -undersøkelse av føtter: vurdere sirkulasjon og sensibilitet (monofilament, ev stemmegaffeltest) (nedsatt sirkulasjon eller nevropati?), se etter sår og tegn på trykkbelastning <p>Vurdering av kardiovaskulær risiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> -blodtrykk, lipidstatus (Starte primærforebygging med statin mot hjerte- og karsykdom hvis LDL>2,5 i aldersgruppen 40-80 år) NORRISK for å vurdere totalrisiko for kardiovaskulære komplikasjoner. <p>Blodprøver:</p> <ul style="list-style-type: none"> -HbA1c (blodsukkerregulering), kreatinin (eGFR) (nyrefunksjon), total kolesterol, HDL-kolesterol, LDL-kolesterol, triglyserider (hjerte-karrisiko) Urin: albumin/kreatinin ratio (nyrefunksjon) <p>Vurder om førerkortforskriftens krav er oppfylt. Alle diabetespasienter som bruker et antidiabetisk medikament, må ha gyldig helseattest</p>
Hva gir poeng?	<p>Viktige momenter for full skår er vurdering av:</p> <ul style="list-style-type: none"> -metabolsk kontroll, vekt, HbA1c (0,5p) -risiko for hjerte- karsykdom (BT, lipidstatus, perifer sirkulasjon) (Alle 3: 1p) -føtter (nevropati) (0,5p) -nyrefunksjon (albumin/kreatinin ratio) (0,5p) -oppfølging av øyelege (0,5 p) <p>Bruk av NOKLUS diabetesskjema er ikke direkte etterspurt, men dette og vurdering av førerkort kan trekke opp en besvarelse.</p>

Oppgavenavn:	<i>Gi et beskrivende navn – Kun til internt bruk</i>
Undervisningsenhet:	Samfunnsmedisin

Oppgaveansvarlig:	Navn:	Steinar Krokstad/Gunnhild Åberge Vie		
	E-post:	Steinar.krokstad@ntnu.no ; gunnhild.vie@ntnu.no		
	Telefonnummer:			
Læringsmål (ett eller flere)	Læringsmålene finnes på: https://vev.medisin.ntnu.no/lmdb/gx/build/index.php 3.1.6 gjøre rede for hvordan sosiale forhold, sykdom og helse gjensidig påvirker hverandre, herunder hva vi forstår med sosiale determinanter for sykdom og hva som kjennetegner faget sosial epidemiologi 3.1.7 gjøre rede for de viktigste teorier om årsaker til, karakteristika av og måling av sosial ulikhet i helse i befolkningen og hva som i denne sammenhengen forstås med sosiale gradienter 8.1.2 beskrive fagområdets vitenskapelig grunnlag, utvikling og viktigste arbeidsmetoder 8.1.7 beskrive hovedtrekkene i utviklingen og organiseringen av det offentlige helsevesen i Norge, og forklare hvilke typer av arbeidsoppgaver og arbeidsdeling som tilligger ulike forvaltningsnivå 8.1.10 diskutere hensiktsmessige modeller for pasientforløp, samarbeid og samhandling innenfor primærhelsetjenesten og på tvers av forvaltningsnivåene			
Oppgave				
Vignett	Både i stortingsmelding 34 (2015-16) og NOU 2023:8 Fellesskapets sykehus – Styring, finansiering, samhandling og ledelse er <i>likeverdige helsetjenester</i> en sentral verdi. Det er mulig å forstå begrepet likeverdig på ulike måter.			
Spørsmål 1 (1poeng)	Forklar hvordan man kan forstå begrepet «likeverdige helsetjenester» på ulike måter.			
Kognitivt nivå <small>(kryss av)</small>	K1 (gjengivende)	<input checked="" type="checkbox"/>	K2 (resonnerende)	<input type="checkbox"/>
Svar	Likhet kan vurderes basert på hvilket tilbud som blir gitt (tilbudslighet) eller basert på hvilket resultat som oppnås (resultatlighet). Fordi ulike personer har ulikt utgangspunkt, vil resultatlighet innebære at man må ha økt innsats for de som har svakest utgangspunkt.			
Hva gir poeng?	0,5 p for å forklare hva tilbudslighet/innsatslighet er 0,5 p for å forklare hva resultatlighet er			
Evt. supplerende vignett til spørsmål 2	Til tross for myndighetenes ønske om å motvirke sosiale ulikheter i helse, er det vedvarende ulikheter i forventet levealder			

	og dødelighet i Norge målt etter både utdanningsnivå, yrke og inntekt.				
Spørsmål 2 (2poeng)	Gjør kort rede for ulike måter sosiale forhold og sykелighet kan henge sammen.				
Kognitivt nivå <small>(kryss av)</small>	K1 (gjengivende)	<input checked="" type="checkbox"/>	K2 (resonnerende)	<input checked="" type="checkbox"/>	
Svar	<p>Det finnes ulike modeller for hvorfor det er sosiale forskjeller i helse.</p> <p>Sosiale forhold kan være en <i>årsak</i> til dårligere helse og økt sykелighet. Lavere inntekt kan føre til færre muligheter for å ta vare på egen helse (knyttet til materielle/neomaterielle årsaksforklaringer), yrker som krever lavere utdanning kan medføre flere og større belastninger og lavere sosioøkonomisk posisjon kan medføre stress (knyttet til psykososiale årsaksforklaringer). Teorien om den fundamentale årsak tilsier at mennesker alltid vil søke å oppnå god helse ut fra sine tilgjengelige ressurser og at sosiale forskjeller derfor alltid vil føre til sosiale helseforskjeller.</p> <p>Dårligere sosioøkonomisk posisjon er ofte knyttet til mindre gunstig <i>livsstil</i>, for eksempel er det klar sosial gradient i røyking. Selv om ulikheter i livsstil til dels er resultater av individuelle valg, kan man også se det som konsekvenser av strukturelle forskjeller, av og til referert til som 'causes of the causes'.</p> <p>Vanskelige sosiale forhold kan også være en <i>konsekvens</i> av sykdom, gjennom redusert mulighet til å gjennomføre utdanning og oppnå god inntekt (<i>helsebasert seleksjon</i>).</p> <p>I tillegg har helsevesenet en iboende tendens til å gi mer til dem som har minst behov.</p>				
Hva gir poeng?	<p>Studentene får 0,5 poeng for å hver av årsak, konsekvens/seleksjon og livsstil.</p> <p>0.5 poeng for hver av følgende teorier som er nevnt – inntil maks 1 poeng:</p> <ul style="list-style-type: none"> -fundamental cause theory/teorien om den fundamentale årsak -materieell/neomaterieell årsaksforklaring -psykososiale årsaksforklaringer -økososial teori -livsløpsperspektiv 				

	Tendensen til at de med minst behov ofte får mest behandling forventes ikke som svar, men om det er nevnt kan det veie opp for noe annet som ikke er nevnt (0,5p).			
Evt. supplerende vignett til spørsmål 3	Det finnes både strukturelle og kulturelle årsaker til sosiale ulikheter i helsetjenestebruk, og tilsvarende kan ulike strategier bidra til å redusere slike ulikheter.			
Spørsmål 3 (3poeng)	Gjør kort rede for trekk ved norsk helsetjeneste som bidrar til å motvirke sosiale ulikheter i helse. Gi konkrete eksempler.			
Kognitivt nivå <small>(kryss av)</small>	K1 (gjengivende)	<input checked="" type="checkbox"/>	K2 (resonnerende)	<input type="checkbox"/>
Svar	<p>Finansiering:</p> <p>1. Finansieringsmodellen for helsetjenesten. Størsteparten av utgiftene dekkes gjennom skattesystemet. Egenandeler ved bruk av allmennlegetjenester og poliklinisk behandling ved sykehus er relativt små, og egenandelstaket sikrer at summen av egenandeler ikke overstiger en gitt grense. Innleggelse i sykehus er gratis.</p> <p>2. Blå resept. Utgifter til medikamenter ved kroniske sykdommer blir delvis dekket gjennom folketrygden, ved at pasienten får utskrevet medikamenter på blå resept. I tillegg til forhåndsgodkjent refusjon, er det mulig å søke individuell refusjon og få delvis dekket utgifter til medisinsk forbruksmateriell.</p> <p>3. Gratis svangerskapsoppfølging, fødselshjelp, helsestasjon og skolehelsetjeneste. Dette gir god tilgang på helsehjelp, forebyggende og helsefremmende virksomhet og oppfølging av barn, uavhengig av familiens økonomi.</p> <p>Organisering:</p> <p>4. Offentlig helsetjeneste med fastlegeordningen og regulert tilgang på spesialisthelsetjenester med prioritering basert på behov for helsehjelp. Kommunen er pliktig å sørge for blant annet tilgang på fastleger og legevaktstjenester, slik at disse tjenestene skal være tilgjengelige for alle. At fastlegen fungerer som portvokter gjennom henvisning til spesialisthelsetjenesten bidrar også til at behandling av spesialist avhenger av sykdom, ikke ressurser.</p>			
Hva gir poeng?	1 poeng for hvert av de fire punktene som er satt opp, inntil tre poeng totalt. De ulike punktene her kan gå litt inn i hverandre og			

	inndeles på ulike måter, hvis elementer av innholdet i et punkt er nevnt, regnes det som at punktet er med.			
Evt. supplerende vignett til spørsmål 4	På fastlegelisten din har du mange ulike pasienter, fra ressurssterke, høyt utdannede personer til aleneforeldre med lav utdanning og dårlig økonomi.			
Spørsmål 4 (2poeng)	Diskuter kort hvordan du som fastlege i din kliniske praksis kan bidra til likeverdige helsetjenester for pasientene dine.			
Kognitivt nivå <small>(kryss av)</small>	K1 (gjengivende)		K2 (resonnerende)	x
Svar	<p>For det første må praksis organiseres slik at tjenesten er tilgjengelig for alle. Dette inkluderer forhold som tilgjengelighet på telefon og hvordan man kan bestille time, ikke alle pasienter har like lett for å benytte seg av tilbud og digitale løsninger. Alle pasientene skal utredes og behandles etter samme kriterier. Ved å praktisere portvokterrollen bidrar du til at ressursene benyttes av de som har størst behov. Samtidig bør du som lege kartlegge pasienters sosioøkonomisk kontekst og være klar over at dårlige sosioøkonomiske forhold kan innebære økt risiko for sykdom og dårligere gjennomføring av behandling (compliance). Å være bevisst på både pasientens forutsetninger og egne fordommer kan gjøre det lettere å motvirke negative konsekvenser av disse.</p> <p>Noen pasienter kan ha vanskeligere for å finne ut av hvilke rettigheter de har og koordinere egen helsehjelp. Fastlegen har derfor en helsepedagogisk rolle for å sikre at alle pasienter får tilpasset informasjon og oppfølging. Det er ofte behov for å hjelpe pasienter å skille mellom tiltak med god og dårlig evidens. Empati og rasjonell medfølelse er viktig.</p>			
Hva gir poeng?	<p>0,5 p for hvert inntil to poeng:</p> <ul style="list-style-type: none"> -tilgjengelighet -medisinsk indikasjon styrende (portvokterrolle/samme kriterier) -kartlegge kontekst -bevissthet om økt risiko/behov og egne fordommer -pedagogisk rolle/tilpasset informasjon <p>Det kan utvises skjønn i vurdering av besvarelsen.</p>			
Evt. supplerende vignett til spørsmål 5	Du er fastlege og en av dine pasienter er en 20 år gammel mann med ADHD. Han har brukt noe amfetamin og hasj, men er ikke fast bruker. Han har ikke fullført videregående opplæring som			

	mekaniker, har ikke fast jobb, men tar noen betalte oppdrag. Han har forbrukslån som han sliter med å betjene. Han kommer til deg på grunn av nedstemthet og søvnvansker.			
Spørsmål 5 (2poeng)	a) Hvilke instanser er det aktuelt å involvere i oppfølgingen av denne pasienten? b) Hva kan de ulike involverte instansene bidra med?			
Kognitivt nivå (kryss av)	K1 (gjengivende)		K2 (resonnerende)	X
Svar	A+b) Fastlegen – medisinsk oppfølging, koordinerer helsehjelp NAV – arbeidsrettede tiltak/økonomi: gjeldsrådgivning, eventuelt tiltak for å kunne fullføre utdanning Kommunale oppfølgingstjenester, for eksempel rusomsorg/psykiatrisk Kommunale aktivitetstilbud: sosiale aktiviteter og lignende for bedre livskvalitet Oppfølgingstjenesten (fylkeskommunal)- kan få støtte til å fullføre videregående opplæring Spesialisthelsetjeneste – ev oppfølging ADHD, depresjon hvis dette blir diagnostisert			
Hva gir poeng?	A+b) 1 p per instans med oppgaver, inntil 2 poeng. For å få full uttelling, må tilbud i førstelinjetjenesten være med i svaret. Hvis studenten svarer på overordnet nivå (kommunen), må det være gitt eksempler i beskrivelsen for uttelling på punktet.			

Evt. supplerende vignett til spørsmål 5				
Spørsmål 5 (poeng)				
Kognitivt nivå (kryss av)	K1 (gjengivende)		K2 (resonnerende)	
Svar				
Hva gir poeng?				

Oppgavenavn:	<i>Gi et beskrivende navn – Kun til internt bruk</i>	
Undervisningsenhet:	Samfunnsmedisin	
Oppgaveansvarlig:	Navn:	Njål Mæland/Karen Hara
	E-post:	
	Telefonnummer:	
Læringsmål (ett eller flere)	Læringsmålene finnes på: https://vev.medisin.ntnu.no/lmdb/qx/build/index.php	
Oppgave		
Vignett	<p>En kvinne på 26 år som har hatt lite legesøkning, oppsøker deg som fastlege. Hun er ny pasient hos deg. Hun innleder samtalen med å si «jeg tror jeg har ME». Hun forteller at hun er energiløs, slapp, sliten, unormalt trett. Videre at hun har «ubehag» og «smerter» i «hele kroppen». Hun fremstår fortvilet, og beskriver et lavt funksjonsnivå.</p> <p>Hun forteller om en hverdag hvor hun står opp og går på jobb, har det «grusomt» på jobb, og så kommer hjem totalt utmattet. Hun sier hun da må hvile resten av kvelden, før hun legger seg tidlig og sover ti timer før neste arbeidsdag. I helgene ordner hun i leiligheten sin, vasker klær, gjør innkjøp og andre nødvendige ærend, og må ellers hvile. Hun angir at hun ikke har overskudd til noe sosialt liv. Når du spør hva som er grusomt på jobb, så svarer hun at det er at hun har så lite energi og er så utmattet.</p> <p>Hun jobber på et lager, med ganske varierte arbeidsoppgaver. En del av arbeidet er fysisk med flytting og plassering av varer, noe er administrativt, og noe er med direkte kundekontakt. Dette foregår ved at hun betjener kunder som henter bestilte varer.</p> <p>Hun fremstår velstelt, med lite mimikk, svak og langsom stemme og hun gir lite blikkontakt i samtalen. Hun bruker et appellerende og abstraherende språk, noe som gjør anamneseopptaket krevende.</p> <p>Oppgave: Hun nevner avslutningsvis at hun må ha en sykmelding fordi hun var borte fra jobben onsdag og torsdag (2 hele dager) i forrige uke på grunn av sterk følelse av angst og utmattelse. Hun</p>	

	kontaktet ikke lege eller arbeidsgiver da, men planla å levere egenmelding på fredag. På jobben fredag fikk hun høre fra arbeidsgiver at hun hadde brukt opp egenmeldingsdagene sine og måtte ha en legeerklæring. Hun tenkte at det kunne være praktisk å ordne det i dag, som da blir tirsdag i påfølgende uke, ettersom hun hadde time til lege allikevel.			
Spørsmål 1 (1poeng)	Ta en begrunnet stilling til kvinnens ønske om tilbakedatert sykmelding for fraværet som ikke dekkes av egenmelding			
Kognitivt nivå <small>(kryss av)</small>	K1 (gjengivende)		K2 (resonnerende)	X
Svar	Det foreligger ikke grunnlag for å tilbakedatere. Pasienten har ikke vært forhindret fra å oppsøke lege og legen kan ikke sannsynliggjøre at pasienten var arbeidsufør i det aktuelle tidsrommet. Utvidet svar: Det er som hovedregel ikke tillatt med tilbakedatering av sykmelding. Hvis tilbakedatering skal være tillatt må to vilkår være oppfylt. Pasienten skal ha vært forhindret fra å oppsøke lege og det må kunne godtgjøres (sannsynliggjøres) at pasienten var arbeidsufør fra før tilbakedateringsdatoen. Se ftrl §8-7 Tilbakedatering kan være aktuelt hvis legen vurderer at pasienten var forhindret fra å oppsøke lege, pga f.eks alvorlig psykisk lidelse med manglende sykdomsinnsikt. Dette er ikke tilfelle i denne saken. Pasienten har varslingsplikt til arbeidsgiver fra første fraværsdag - § 8-18 og burde ha kontaktet lege samme dag for å be om en sykmelding. Her har det gått mange dager og pasienten har åpenbart vært arbeidsfør og i stand til å kontakte lege før dagens konsultasjon. En arbeidstaker har også plikt til å kontakte arbeidsgiver første dag av fraværet.			
Hva gir poeng?	Nei til tilbakedatering (1/2 p) begrunnelse (1/2 p).			

Evt. supplerende vignett til spørsmål 2	Kvinnen mener selv at hun har ME.			
Spørsmål 2 (1poeng)	Hvilke diagnostiske muligheter foreligger? (Svar kortfattet/overordnet)			
Kognitivt nivå <small>(kryss av)</small>	K1 (gjengivende)		K2 (resonnerende)	x
Svar	Her foreligger en rekke muligheter. Funksjonell forklaring er jo mulig her, men hun har (per i dag) for høyt funksjonsnivå til å			

	innfri diagnostiske krav til ME. Videre foreligger en rekke andre diagnostiske muligheter – somatisk sykdom og psykisk sykdom.
Hva gir poeng?	½ poeng for hver av følgende tre, inntil 1 poeng: Somatisk sykdom. Psykisk sykdom. At ME ikke er mulig per i dag. Spesifikke diagnoser innenfor hhv psykisk eller somatisk sykdom teller likt med å angi «psykisk» eller «somatisk»

Evt. supplerende vignett til spørsmål 3	Videre sier hun at hun trenger en sykmelding fremover i tid fordi hun «ikke orker å ha det slik lengre».
Spørsmål 3 (2poeng)	Hva er de generelle kravene som stilles for at du skal kunne sykemelde?
Kognitivt nivå (kryss av)	K1 (gjengivende) x K2 (resonnerende)
Svar	<ul style="list-style-type: none"> - Sykdom eller mistanke om sykdom som fører til - Funksjonstap som har - betydning for arbeid - tilrettelegging vurdert.
Hva gir poeng?	½ poeng for hvert punkt

Evt. supplerende vignett til spørsmål 4	
Spørsmål 4 (1poeng)	Kan det foreligger medisinsk grunnlag for sykmelding her? Begrunn svaret ditt.
Kognitivt nivå (kryss av)	K1 (gjengivende) K2 (resonnerende) x
Svar	Hun er ikke diagnostisk avklart, men det foreligger mistanke om sykdom noe som kan gi grunnlag for sykmelding.
Hva gir poeng?	1 poeng for angitt svar

Evt. supplerende vignett til spørsmål 5	
Spørsmål 5 (1poeng)	Hvilke alternativer finnes til full sykemelding i dette tilfelle?
Kognitivt nivå (kryss av)	K1 (gjengivende) K2 (resonnerende) x
Svar	<ul style="list-style-type: none"> - Gradert sykemelding. - Bruk av avventende sykemelding. - Tilrettelegginger på arbeidsplassen.
Hva gir poeng?	0,5 poeng per punkt inntil 1 poeng

--	--

Hvis man ønsker mer enn 5 oppgaver fyller man også inn disse to:

Evt. supplerende vignett til spørsmål 6	En uke senere kommer hun tilbake til deg på en akutt-time. Hun forteller at hun tenker mye på situasjoner der hun har dummet seg ut på arbeidsplassen. Hun sier at det er mange negative kommentarer fra kollegene om henne. Hun klarer ikke å konsentrere seg på jobben, og har fått flere irettesettelser for feil hun har gjort. Videre forteller hun detaljert og omstendelig om en episode hvor en familie skulle hente varer på lageret – hun opplevde at hun sa noe dumt, og at de hånlo av henne da hun snudde ryggen til dem og gikk på lageret for å hente varene. Du er nå ganske sikker på at hun har en psykisk lidelse og vurderer både depresjon og angstlidelse som mulige diagnoser. Du henviser henne til DPS.		
Spørsmål 6 (2 poeng)	Gi en disposisjon for hva en henvisning til DPS bør inneholde.		
Kognitivt nivå <small>(kryss av)</small>	K1 (gjengivende)	K2 (resonnerende)	
Svar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formalia (navn, personnummer, adresse, telefon). 2. Tentativ diagnose 3. Hva ønsker pasienten hjelp til? 4. Somatisk helse og allergier 5. Legemiddelbruk 6. Familie og sosial bakgrunn, arbeid og økonomi 7. Rusmiddelbruk 8. Psykisk helse og status 9. Tidligere og nåværende behandling og oppfølging 10. Vurdering av riskofaktorer for suicid <p>Kilde: NEL og Helsedirektoratet</p>		
Hva gir poeng?	0,25 p for hvert punkt inntil maks 2 p		

Evt. supplerende vignett til spørsmål 7	Hun har etter lang ventetid fått time ved DPS. Hun har der fått diagnosen engstelig og unnvikende personlighetsforstyrrelse. Hun får individuelle samtaler, og er det er nå planlagt gruppebehandling. Hun har vært helt sykemeldt i 11 måneder.
---	--

Spørsmål 7 (1poeng)	Hvilke kriterier må være oppfylt for å få AAP i denne situasjonen?			
Kognitivt nivå (kryss av)	K1 (gjengivende)		K2 (resonnerende)	
Svar	<p>A) Nedsatt arbeidsevne pga sykdom skade og lyte. §11-5</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minst 50% arbeidsufør ved inngang AAP • arbeidsuførhet med årsakssammenheng til nedsatt funksjon pga sykdom <p>B) Sykdom skal være en vesentlig årsak til den nedsatte arbeidsevnen, men helse er kun en av flere faktorer som vektlegges ved vurdering av den nedsatte arbeidsevne.</p> <p>C) Aktivitetskrav. §11-6. Det skal lages en aktivitetsplan som beskriver aktiv behandling, arbeidsrettede tiltak og/eller annen oppfølging av NAV med sikte på å komme i jobb.</p>			
Hva gir poeng?	A og C må være med for å få riktig svar. (Redusert arbeidsevne på grunn av sykdom + aktivitetsplan (utredning, behandling og eller arbeidsretta tiltak)			

Evt. supplerende vignett til spørsmål 8	Over de neste 2 årene prøver hun seg i flere typer arbeid med støtte fra NAV. Hun mottar arbeidsavklaringspenger i hele perioden. Hun er fortsatt i behandling på DPS. Hun har flere perioder med depresjoner. Hun sier en dag hun er på kontoret hos deg at hun ønsker å søke om uføretrygd.			
Spørsmål 8 (2poeng)	Hvilke medisinske krav må være oppfylt for å få varig uførepensjon.			
Kognitivt nivå (kryss av)	K1 (gjengivende)		K2 (resonnerende)	
Svar	<p>A. Hensiktsmessig utredning og behandling skal være forsøkt. (§12-5)</p> <p>B. Medisinske hinder for arbeidsrettet aktivitet. (§12-5)</p> <p>C. Varig sykdom, skade, lyte – krav til årsakssammenheng (Den medisinske lidelsen må ha medført en varig funksjonsnedsettelse av en slik art og grad at den utgjør hovedårsaken til nedsettelsen av inntektsevnen/arbeidsevnen.)</p>			
Hva gir poeng?	For riktig svar: må ha med C som skal inkludere tre delsvar: VARIG + sykdom/skade/lyte + årsakssammenheng med nedsatt arbeidsevne (totalt 1 ½ poeng). I tillegg må enten A eller B være nevnt (1/2 poeng).			

Evt. supplerende vignett til spørsmål 9	
Spørsmål 9 (1 poeng)	Hvordan vil du vurdere kravene som skal være oppfylt for å få varig uføretrygd opp mot denne pasienten på dette tidspunktet?
Kognitivt nivå <small>(kryss av)</small>	K1 (gjengivende) <input type="checkbox"/> K2 (resonnerende) <input type="checkbox"/>
Svar	For kort varighet. Fortsatt pågående behandling med utsikt til bedring.
Hva gir poeng?	½ p for hvert punkt (varighet og utsikt til bedring)

Noen kommentarer til skjemaet:

- For informasjon om hvordan man skriver kortsvarsoppgaver se "Undervisningsveileder – Kortsvarsoppgaver" som finnes på <https://innsida.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Administrasjon+av+eksamen+-+medisinstudiet>
- Vi anbefaler at en kortsvarsoppgave inneholder 5-7 spørsmål. Deler man oppgaven opp i flere spørsmål er det mye lettere å sette poeng for sensor og dermed får oppgavene høyere validitet og reliabilitet.
- Hvis du legger til supplerende vignett mellom spørsmålene på hver oppgave, pass på at du ikke avslører svaret på tidligere spørsmål.

For veiledning om hvordan man lager oppgaver, se undervisningsveilederen for dette. Generelle tilbakemeldinger på dette skjemaet kan rettes til eksamensleder ved MH tobias.s.slordahl@ntnu.no. Spørsmål knyttet til den aktuelle eksamen rettes til eksamenskommissjonen ved de aktuelle semester.