

Oppgave 1: Samfunnsmedisin (inntil 8 poeng)

Samarbeid om skrøpelige eldre og pasienter med multiple kroniske sykdommer

Du er fastlege i en bygdekommune. Anna, 84 år gammel, har vært pasient hos deg i mange år. Hun er blitt medikamentelt behandlet etter vanlige retningslinjer for høyt blodtrykk, forhøyet kolesterol, artrose og diabetes II, med kontrolltime hver tredje måned. Hun ble enke for fire år siden. To år etterpå flyttet hun i en mindre rekkehusleilighet og har stelt seg selv hjemme med hjemmehjelp én gang per uke. En dag ringer hjemmetjenesten og sier at hun ikke har vært hos lege på nesten ett år. De forteller også at Anna har blitt passiv og trenger mer hjelp enn før. Det er allerede gjort kommunalt vedtak om hjemmesykepleie, og det startes med hverdagsrehabilitering, i først omgang for fire uker. Du ber hjemmetjenesten ordne med bestilling av legetime til henne.

1. Hva er de vanligste forholdene som du bør tenke på når du skal utrede mulige årsaker til Annas tiltakende reduserte funksjon? (2p)

Svar: Somatiske sykdommer som begynnende hjertesvikt, nyresvikt og generell skrøpeligheit. Psykiske årsaker som depresjon og begynnende demens. Legemiddelgjennomgang med tanke på bivirkninger/interaksjoner, spesielt antikolinerge virkninger, og eventuelt redusert behov for enkelte medikamenter.

Du gjør ingen spesifikke funn som forklarer funksjonsnedsettelsen, men du seponerer kolesterolbehandlingen, dels på grunn av hennes alder, og dels for å redusere antall medikamenter hun må ta daglig. Du henvender deg til hjemmetjenesten og ber dem følge opp pasienten.

2. Hva vil du be hjemmesykepleien kartlegge ved hjemmebesøk som mulige årsaker til den tiltakende passiviteten som de har observert hos Anna? (2p)

Svar: Undersøke boforholdene – praktisk og funksjonelt i forhold til å greie seg selv. Vurdere sosialt nettverk, muligheter til kontakt med andre og mulig sosial isolasjon som årsak til inaktivitet.

3. Du tenker på tilsvarende pasienter som du har ansvar for, og begynner å lure på hvilke tiltak du kan foreslå som kan forbedre samhandling og samarbeid mellom fastlegene og hjemmetjenesten. Det du spesielt tenker på er skrøpelige eldre og pasienter med kroniske funksjonsnedsettende sykdommer. Hvilke tiltak tenker du på? (2p)

Svar: Her finnes det ikke et eksakt svar da mye vil avhenge av lokale forhold (et poeng i seg selv), f.eks. kommunestørrelse. Problemstillingen er blitt reist i samband med kartleggingen lokalt i tre av de samfunnsmedisinske oppgavene dette året. Det som kan forventes at studentene trekker frem, er flere av disse forholdene: (silo)organiseringen av primærhelsetjenestene lokalt, mangel på strukturerte og regelmessige møter/møteplasser, rutiner for kommunikasjon om felles pasienter, deltagelse i/bruk av tverrfaglige team, samlokalisering, felles pasientjournal, finansieringsordningene

Tidlig intervensjon og forebygging

Både Omsorgsmeldingen (Meld. St. 29 (2012-2013)) og Primærhelsetjeneste meldingen Meld. St. 26 (2014-2015) har etterlyst mer proaktive og forebyggende helse- og omsorgstjenester. Det blir foreslått mer tverrfaglig samarbeid, blant annet ved å opprette primærhelseteam på legekontor og oppfølgingsteam i pleie- og omsorgstjenestene. Målet er å intervensjonere tidligere og på den måten redusere eller utsette behovet for sykehjemsplasser, og å redusere behovet for sykehusinnleggelse.

4. Hvis du var kommuneoverlege og skulle gi hjemmetjenesten råd på generelt grunnlag om forebygging av helse- og funksjonsfall blant skrøpelige eldre og pasienter med multiple kroniske sykdommer – ut over å gi dem adekvat legemiddelbehandling – hvilke tiltak vil du foreslå som har rimelig godt dokumentert effekt? (2p)

Svar: Innføring av systematiske rutiner for observasjon og tiltak (case finding og risikostratifisering), gjerne ved hjemmebesøk i samband med utredningen som gjennomføres ved kommunalt vedtak, ved utskrivning fra sykehus, eller ved henvendelser om hjelpebehov.

**Sunn ernæring gjennom rutiner for veiing og kartlegging av kosthold og hvis behov tilførsel av adekvat protein og kaloritilskudd, samt Vitamin D*

**Fysisk trening/muskelstyrketrening (rehabilitering) ved tegn til skrøpelighet. Kartlegges enkelt med en 4 meter gangtest*

**Fallforebygging ved styrke- og balansetrening, evt. vit. D tilskudd og reduksjon av psykofarmaka*

**Forebygge ensomhet/isolasjon ved tilbud om sosiale (gruppe)aktiviteter (dagtilbud, eldrecenter, ol.), og lett tilgjengelig transporttilbud*

**Legemiddeloptimalisering gjennom samstemming og legemiddelgjennomgang og med mål om reduksjon av polyfarmasi og risiko, samt behandlingsbyrden*

Oppgave 2: Allmenntmedisin (inntil 15 poeng)

Du arbeider i allmenntpraksis, og din neste pasient er Anne Silje (20 år), som er oppført til en 20 min. konsultasjon. Kontaktårsak i timeboka: «Ny pasient. Pusteproblem». Du logger deg inn i Anne Siljes journal, som er tom, men du ser at legesekretæren har notert: «Papirjournal ankommet». Det betyr at utskrift av tidligere fastleges journal er arkivert hos dere. I studiet har du lært at man skal forberede seg før en konsultasjon, blant annet ved å lese tidligere journalnotater.

- 1. Beskriv argumenter FOR og MOT å bruke de neste 6-7 minuttene på å finne fram Anne Siljes papirjournal og lese raskt gjennom den før du møter henne (2 p)**

SVAR:

FOR: Få rask oversikt over medisinske nøkkelopplysninger (diagnoser, medisin, allergi etc). Medisinbruk, tidligere sykdommer, epikriser etc. Det kan være mer innviklet i en vanlig samtale.

MOT: Det kan være veldig bra å stille helt åpen, uten forutinntatte oppfatninger. Kan føles OK for en pasient å bli møtt «som den jeg er, her og nå» og ikke «sett gjennom forrige fastleges briller». Så kan den nye fastlegen bekrefte at «vi kan/skal se på din gamle journal når vi har blitt litt kjent».

Å starte med journalen og vente med pasienten vil spise tid av konsultasjonen.

Du kan jo gå og hente journalen hvis det skulle kjennes påkrevd underveis (uklarhet om viktig informasjon som kan antas å finnes i gammel journal). Det er ellers relevant å lese gammel journal senere, når du har dannet deg din egen oversikt og vet hvilke informasjonsbrikker du er spesielt interessert i. I møte med pasienter det har vært mye med, kan denne åpne strategien være den aller beste – la pasienten fortelle deg hva som er viktigst her og nå, osv. uten at du allerede sitter med hodet fullt av detaljer som kan distrahere deg mer enn hjelpe.

Du tar Anne Silje inn på kontoret. Hun er en liten av vekst og litt lubben, kledd i joggebukse og hettegenser. Hun reagerer avmålt når du hilser på henne. Du starter med åpne spørsmål. Hun svarer i få ord, snakker lavt og møter ikke blikket ditt særlig mye. Virker trett og reservert. Allmenntilstanden virker bra, og hun puster helt normalt. Det kjennes tungt å få henne i tale. Men hun sier etter hvert at hun er slapp og at det iblant føles «som om jeg ikke får nok luft». Hun lurer på om hun har «noe feil med lungene eller noe...». Du får vite at hun er praktikant i en barnehage, og at hun har høyt fravær i jobben. Hun har ikke fullført videregående skole. Det viser seg at Anne Silje har vært mye syk; fjernet galleblære, vært til gastroskopi to ganger, blitt behandlet med antibiotika for sår i magen, og vært til nevrolog og fått sprøyter på grunn av hodepine. Pusteproblemet er noe nytt, hun har ikke søkt lege for pusteproblemer før.

- 2. Hvordan vil du utrede pusteproblemet- aktuelle diagnoser, relevante spørsmål og tester (1 p)**

Astma (anamnese – klinisk us – spirometri evt med rev test)

Allergi (anamnese, evt blodprøver phadiatop)

Anemi (blpr status)

Hjertefeil (anamnese, klinisk us),

Angst (anamnese – klinisk us – evt klinisk intervju/angstscore skjema) - hyperventilasjon

OBS – ikke glem å tenke på rusmidler hos en ung pasient som Anne Silje...

Anamnese; kvalitet, omfang, utløsende; anstrengelse el i hvile? Døgnvariasjon/ situasjonsbestemt? Allergi/atopi/tidl astma som barn? hva trigger/ hva lindrer, «funksjonelt» hyperventilasjon? Angst symptomer. Ellers; Røyking, rusmidler, medisiner, arv.. Andre ledsagende symptomer.. Hvis studentene nevner allostatisk overbelastning som en mulig bakenforliggende årsak allerede der, er det fint, men den saken kommer oppgaven tilbake til.

Du vurderer det slik at Anne Silje ikke er akutt syk. Du har samtidig innsett at hun har betydelige helseproblemer og står i fare for å havne utenfor yrkeslivet. Saken er kompleks; her behøves en plan.

- 3. Skisser en plan for hvordan du kan tenke deg å følge opp denne pasienten.
Hva opplever du som viktig å tenke på og ivareta? Omtal aktuelle allmennt medisinske arbeidsteknikker du kan benytte deg av (totalt 4 p)**

SVAR: her er det helheten som gir poeng, ikke hva som står hvor i de delspørsmålene

Skap tillit. Ikke mist pasienten av syne

Klinisk undersøkelse hører med

Obs sex/prevensjon. Obs rusbruk.

Obs familieforhold, Obs utsatt for omsorgssvikt/vold/overgrep - før eller nå?

Kontakt med NAV- Arb.giver/skole. Skape allianse rundt Anne Silje

Arbeidsteknikker: Flere konsultasjoner, dobbelttimer, gjennomgå journal før neste time og/eller sammen med pas neste time? Lage plan, be henne skrive notat om seg selv, tidslinje, lage genogram. Utrede det som evt bør utredes somatisk – sette av en egen time der det, sammen med å gjennomgå tidligere journal, kan være et eget hovedfokus i en konsultasjon

Arbeids-teknikker; God anamnese og klinisk undersøkelse hører med. Skaper tillit og gir deg bedre pasientkontakt og innsikt, selv om du ikke finner noe som påkaller utredning/henvisning. Tiden som diagnostikum, hvis astma kan man f eks prøvebehandle (ventolin), bygge relasjon/terapeutisk allianse (bli kjent, tillit etc), helhetlig tilnærming etc.

Anne Siljes nære familierelasjoner er innfløkte, hun nevner flere hel- og halvsøsken. Du bestemmer deg for å skissere et genogram i samarbeid med henne i neste konsultasjon.

4. Skisser et genogram (grafisk fremstilling over familierelasjoner) som hjelper deg og pasienten å visualisere følgende opplysninger om familiære/relasjonelle forhold (3 p)

«Familie – sosialt»:

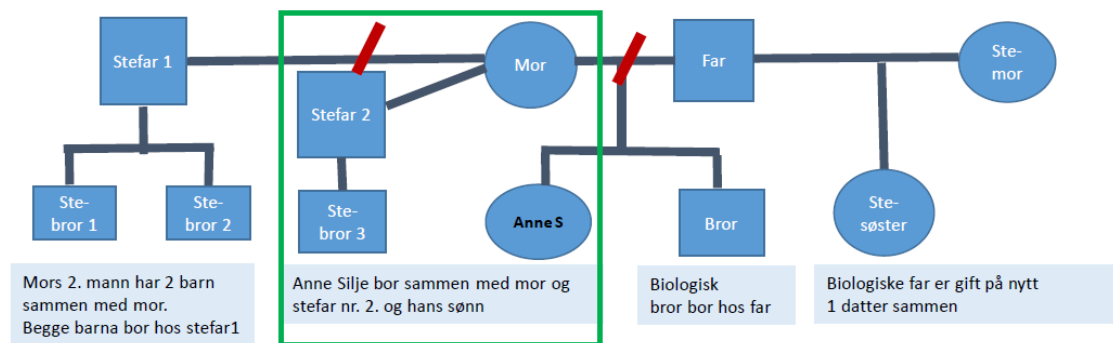
Anne Silje bor nå sammen med sin mor og morens nye (det vil si tredje) samboer. Samboeren har en sønn på 19 år fra et tidligere forhold. Sønnen bor sammen med dem.

Anne Siljes mor var tidligere gift med Anne Siljes far. Anne Silje har en bror som nå er 21 år, og som bor hos sin far. Faren er gift på nytt og paret har en datter på 18 år (Anne Siljes halvsøster).

Anne Siljes mor har også hatt en samboer som hun fikk tvillingsønner med. Guttene er nå 8 år og bor hos sin far. Tvillingene er også Anne Siljes halvsøsken.

SVAR: Figur inn i sensorveiledning. Navn i figuren er pseudonym.

«Anne Silje» 20 år



SVAR: Hovedpoenget her er at studenten klarer å tegne et oversiktlig genogram som gjenspeiler opplysningene i teksten over; antall familiemedlemmer og deres relasjon til hverandre.

Bruk av genogram er undervist i familiepsykologi ved NTNU – og senere også i IIC – som en metode for å få oversikt over familierelasjoner og hvilke relasjoner som er betydningsfulle for pasienten – og hvor man selv står i forhold til andre. Utgangspunkt for dialog, refleksjon, terapi etc. Koblet med livslinje (dato/ årstall for viktige hendelser) kan det også være med på identifisere viktige hendelser i pasientens liv.

«Et genogram kan defineres som en grafisk fremstilling av hvordan ulike familiemedlemmer er forbundet med hverandre fra en generasjon til den neste. Man kan tegne opp et genogram sammen med barn og ungdom alene, eller med foreldre, søsken eller andre nære slektninger tilstede. Genogrammet kan påbegynnes i første time, eller man kan velge å vente til et senere møte. Hvert familiemedlem markeres ved hjelp av firkanter (maskuline) og sirkler (feminine). Klientens symbol utheves noe. Alder føyes til hver person, og viktige årstall for slekten, som tidspunkt for skilsmisser og dødsfall, påføres.»

Kilde: http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=294335&a=3



Før neste time leser du papirjournalen fra Anne Siljes tidligere fastlege (se bilde).

Hun har vært til mange konsultasjoner, flere polikliniske undersøkelser og flere innleggelseser. Du lager deg en oversikt over tidligere sykdommer:

2012: Langvarig tretthet/utmattelse etter kysseyske. Normale blodprøver, klinisk undersøkelse. Mye frafall i videregående skole – gikk 2. året om igjen.

2013: Provosert abort

2014: Operert bort galleblære på grunn av cholecystitt.

2015: Residiverende magesmerter; innleggelse, gastroskopi; gastritt og påvist *Helicobacter pylori*. Trippelkur. Fortsatt magesmerter; ny gastroskopi/*H.pylori* normal.

2016: Hodepine; langvarig og intens. Henvist nevrolog. Negativ MR caput. Nevralgi occipitalt, nerveblokkade; symptomene forverret seg etter behandling.

Tilbakevendende sinusitter. Antibiotika, ellers steroid neseppray/saltvannskyllinger.

Flere besøk på legevakt ofte knyttet til helg; urinveisinfeksjoner, kuttskader, promille.

Testing for kjønnsykdommer etter ubeskyttet sex, prevensjonsbehov.

5. Hva tenker du når du ser en slik liste over etablerte sykdommer og helseproblemer hos en så ung kvinne - Hva kan forklare så tidlig utvikling av helseproblemer? (2 p)

SVAR: Dette er en påfallende sykehistorie – denne må utløse undring, bekymring, vilje til å tenke og følge opp

Kan det dreie seg om et sjelden syndrom ell.l. Diagnosens navn ikke det viktigste, men å tenke tanken på en systemsykdom.

Hvis det ikke finnes indikasjoner på en sjelden biologiske lidelse: Kronisk stress, evt traumatiske livehendelser, allostatisk overbelastning.

Dette er ganske nytt stoff i medisinen. Poengskåren legges derfor ikke høyt. Vi forventer ikke at studentene evner å dekke alle relevante aspekter av fenomenet allostase, klinisk og teoretisk. Poenget er om de har fått med seg den overordnede tankegangen.

Anamnestic: Stressorer: Store «psykososiale» belastninger som gir «stress» - betydelig uro og brutte relasjoner, flytting, evt kan hun ha opplevd vold, overgrep, vanskjøtsel (ACE score)

Bakgrunnstekst om allostase for de som ikke kjenner dette relativt nye begrepet, knyttet til fenomenet «stress» som allmennleger har gode kjennskap til selv om de ikke nødvendigvis er fortrolige med denne terminologien. Teksten er hentet fra læreboka Allmennmedisin (2013), et kapittelstudentene har fått oppgitt som pensumstoff (og utdelt for de som har 2003 utgaven av boka) sammen med et par andre artikler.

Erfarne allmennleger som leser om allostase for første gang kan komme til å tenke at dette minner LITT om «metabolsk syndrom». Og det stemmer. Vi er inne i den samme fysiologien og de samme symptomene, men allostasebegrepet tar inn flere aspekter både ved fysiologi og anamnese enn det metabolsk syndrom har fokusert på.

Gjennom arbeidet med genogrammet forstår du at Anne Siljes mor har slitt med alvorlig psykisk sykdom i mange år. Tilværelsen har vært ustabil – mye på grunn av mors skifte av partnere og mye flytting. Moren har i perioder vært innlagt på psykiatrisk avdeling, både frivillig og ved tvang. Hun fikk i fjor diagnosen Bipolar II etter en selvpåført forgiftning med medikamenter.

- 6. Vi forflytter oss litt i tid. Tenk deg at du er fastlege for Anne Siljes mor mens Anne Silje er yngre (f.eks. 10 år). Du er kjent med mors betydelige psykiske problemer (de som er nevnt over). Du tenker på barna hennes. Hvilke overveielser må du nå gjøre deg som fastlege - nevnt aktuelle lover og regelverk som omhandler dine plikter og beskriv aktuelle framgangsmåter (2 p)**

SVAR: Vi forventer ikke lange svar – essensen er bekymring for barn som pårørende – kartleggingsplikt. Evt plikt til bekymringsmelding (unntak fra taushetsplikt) hvis mistanke om at barnet lider overlast. Og navn på relevant lovverk (ikke paragrafer men stikkord om innhold)

1)Lov og regelverk:

Barn som pårørende – helsepersonell loven (§ 10a, § 25. LOV-1999-07-02-64. 13):

«Helsepersonell skal bidra til å dekke det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging mindreadrige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade, kan ha som følge av forelderens tilstand. Formålet med bestemmelsene er: å sikre at barna blir fanget opp tidlig, at det blir satt i gang prosesser som setter barn og foreldre i bedre stand til å mestre situasjonen når en forelder blir alvorlig syk, å forebygge problemer hos barn og foreldre. Bestemmelsene gjelder både for helsepersonell i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og private helsetjenester». Helsepersonell har etter loven plikt til å avklare om pasienten har barn, foreta en kartlegging av barnas behov for informasjon og oppfølging samt iverksette tiltak der det er nødvendig. Lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven). § 10a, § 25. LOV-1999-07-02-64. 13. Rundskriv; <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/barn-som-paerørende>

Taushetsplikt – helsepersonelloven § 21;

Utgangspunktet etter helsepersonelloven er at legen har taushetsplikt om alle helse- og personopplysninger om den enkelte pasient. Det følger av helsepersonelloven § 21 at "helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell".

Lovverk som hjemler unntak fra taushetsplikten er: Barnevernloven § 6-4 Innhenting av opplysninger og Helsepersonelloven § 33. Opplysninger til barneverntjenesten

Her er det gitt bestemmelser som gjør unntak fra taushetsplikten i situasjoner der hensynet til å avdekke forhold i hjemmet som kan skade barnet veier tyngre enn hensynet til å bevare taushet om personlige forhold. Legen plikter å gi opplysninger til barneverntjenesten (gjørne i form av en bekymringsmelding) når: «det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jf. lov om barneverntjenester § 4-10, § 4-11, og § 4-12. Det samme gjelder når et barn har vist vedvarende og alvorlige adferdsvansker, jf. nevnte lov § 4-24".

Det følger også av barnevernloven § 6-4 og helsepersonelloven § 33 at legen må gi barneverntjenesten nødvendige opplysninger om barnet når dette pålegges av barnevernet i en sak. Barnevernet må da henvise til lovhjemmel som begrunner behovet for opplysningene fra legen. Pålegg om informasjon kommer ofte i form av en bestilling fra barneverntjenesten med en del spørsmål som legen skal svare på og det blir da aktuelt for legen å avgi en erklæring.

Meldeplikten er hjemlet i Barnevernloven § 6-4 Innhenting av opplysninger og helsepersonelloven § 33. Opplysninger til barneverntjenesten

Her er det gitt bestemmelser som gjør unntak fra taushetsplikten i situasjoner der hensynet til å avdekke forhold i hjemmet som kan skade barnet veier tyngre enn hensynet til å bevare taushet om personlige forhold.

2) Framgangsmåter

Snakke åpent med mor/far og evt. barnet for å ta rede på om det er grunnlag for bekymring eller om barnet er godt i varetatt. Hvordan er mors omsorgsevne, andre omsorgspersoner inne i bildet? Søskene? Informasjonsbehov om mors sykdom til barnet? Viser barnet tegn til (egne) problemer?

Samarbeid med andre relevante aktører – ressurspersoner rundt barnet (skolehelsetjeneste, lærer, PPT etc). Vurdere behov for henvisning spesialisthelsetjeneste BUP.

Ved uklar/tvil om bekymring – evt forhåndskonferer – gjerne med barnevernstjenesten eller kollegaer om hvordan du kan håndtere situasjonen. Husk å ikke nevne familiens navn dersom du drøfter saken med kollega (taushetsplikt).

Bekymringsmelding til BVT der du har grunn til å tro at det foreligger omsorgssvikt, at barnet ikke blir tilstrekkelig ivaretatt.

7. Hva menes med begrepet multimorbiditet? Hva skiller multimorbiditet fra begrepet komorbiditet? (1 p)

En PERSON med FLERE SAMTIDIGE DIAGNOSER har multimorbiditet.

«Anne Silje har multimorbiditet fordi hun har mange etablerte sykdomsdiagnosene og helseproblemer»

Hvis en gitt diagnose (INDEKS-SYKDOM) foreligger, vil ANDRE SAMTIDIGE diagnoser/helseproblemer være komorbide lidelser. «Typisk komorbide lidelser som forekommer sammen med hjerte-karsykdom er diabetes og depresjon»

Oppgave 3: Trygdemedisin (inntil 15p)

Kommentar til studentene:

Korte og stikkordsmessige svar er tilstrekkelig.

Det forventes ikke at du angir lovparagrafer for å få riktig svar. Lovparagrafer er kun anført som referanse for den som ønsker et mer utfyllende svar.

Del 1:

Du er ny fastlege på legekantoret og treffer Reidar på 43 år for første gang. Han er skilt og har delt omsorg for 2 barn på 12 og 14 år. Han har jobbet som baker i samme bedrift i 10 år og starter normalt arbeidsdagen kl 04 på morgenen. Han er tidligere frisk, men etter flere år med nattarbeid har han det siste året merket tiltagende søvnavanser (forsinket innsovning og hyppige oppvåkninger). To uker tilbake fikk han beskjed om at bedriften sliter økonomisk og det er varslet permitteringer. Etter det har søvnen vært svært dårlig og han sier at han har vært bortimot søvnløs i 3 døgn. Han merker at tankene om framtiden har blitt dystre, humøret er ustabil og han blir fort irritert og sint på både familiemedlemmer og kolleger. Konsentrasjonen er dårlig og han har ved noen anledninger gjort feil ved betjening av store maskiner på jobben. Han ser sliten ut. Du vurderer ham som lett deprimert MADRS skår 16 (13-19 = mild depresjon). Han jobber i en IA bedrift men han har brukt opp alle egenmeldingsdagene sine. Han føler ikke at han mestrer arbeidsoppgavene og er redd for å gjøre feil. Han ber om en ukes 100% sykmelding slik at han kan få hvile og komme seg til hektene.

- 1. 1A) Noter stikkordsmessig hvilke momenter som taler for og hvilke som taler imot 100% sykmelding. (2p)**
- 2. 1B) Hva blir din konklusjon? (1p)**
- 3. 1C). Hvilke tilleggsopplysninger ønsker du? (1p)**

Svar:

For å få full skåre på deloppgaven: Punktene merket med stjerne, MÅ være med. Det må argumenteres både for og imot. Minst 4 punkt må være med totalt.

Taler for 100% sykmelding:

- *Egen sykdom, innenfor et anerkjent sykdomsbegrep (Mild depresjon. Søvnforstyrrelse).
- *Årsakssammenheng: Det er et betydelig omfang av symptomer og sannsynliggjøres et påfølgende funksjonstap som kan ha innvirkning på arbeidsevnen.

- Risikovurdering av om han kan fungere på en arbeidsplass. (Konsentrasjonsvansker, irritabilitet, slitenhet som alle medfører nedsatt fungering i kontakt med kolleger og gjennomføring av praktiske oppgaver.
- Kombinasjon av sykdomsforhold (søvnvansker og mild depresjon) som samlet utgjør en større belastning enn tilstandene hver for seg.
- En kort sykmelding på 100% kan bidra til nødvendig hvile og raskere restitusjon.

Taler mot 100% sykmelding: (svaret MÅ drøfte minst ett argument mot sykmelding, eksempler nedenfor)

- Ved lett depresjon kan unnvikelsesadferd forsterkes gjennom bruk av sykmelding.
- Generelt frarådes sykmelding ved lett til moderat depresjon fordi arbeid helt eller delvis er vist å kunne bedre prognosen. Må alltid vurderes individuelt.
- Tilrettelegging av arbeidssituasjonen kan være et tilstrekkelig tiltak. Avventende sykmelding kan evt. brukes for å fremme slik tilrettelegging.
- En lang sykmelding vil utsette det å jobbe med årsaksforhold til sykdommen som ligger i selve jobbsituasjonen (søvnvansker pga. ugunstig arbeidstid, bekymringer pga. bedriftens økonomi).
- 100% sykmelding kan hindre dialog med arbeidsgiver som muliggjør tilpassing av arbeid som lar seg kombinere med omsorgsoppgavene.
- Det foreligger ingen klare kontraindikasjoner til at han kan prøve seg i jobb. NB! Ingen opplysninger i dette tilfellet om absolutte helsekrav som gjør ham uskikket til å jobbe.

Konklusjon: (Løsningsforslag, her er det IKKE kun ett fasit svar. Viktig med en god begrunnelse av det valg man tar.) En strategi som lege vil være å møte ham med forståelse, vise at man tar sykdommen på alvor, tydelig formidle behandlingsråd og at man som lege ønsker å hjelpe ham. Psykoedukativt forklare fordeler og ulemper ved sykmelding. Om han opplever at det ikke er mulig å gå på jobb, selv etter slik informasjon, så kan en løsning være en kort sykemelde i noen dager/inntil en uke kombinert med en kontrolltime.

Tilleggsopplysninger

- Tilretteleggingsmuligheter på jobben.(Unngå arbeid på natten, endrede arbeidsoppgaver)
- Sammenligne fungering på jobb versus øvrig fungering på fritid (i forhold til familie, venner, sosiale settinger etc.)
- Opplysninger om unnvikelsesadferd og om symptomprovoserende faktorer på jobb.
- Relasjon til kolleger på jobb, til leder på jobb.
- Er det forhold på jobb han tenker kan gjøre det lettere for han.

Del 2:

Du møter Reidar igjen på legevakten en helg to måneder senere. Han kommer for å få sydd en flenge på høyre kinn. Han har vært på fest, drukket en del alkohol og havnet i slagsmål. Han gjenkjenner deg, hulker stille og sier at «alt har blitt verre». Du gir ham en ny time på kontoret noen dager senere og får da bekreftet at han har et økende alkoholproblem. Han drikker på kveldene «for å få sove og døyve tankene». Han har vært sint og truende overfor barna. Barnas mor ønsker at han skal fratras omsorgsretten. Reidar virker svært nedbrutt, du vurderer ham som økende deprimert. MADRS skår 26 (= behov for behandling). Du henviser ham til psykiatrisk sykepleier i kommunen, og setter ham selv opp til

regelmessige samtaler for å følge opp både depresjonen og alkoholproblemet. Han ber om 100% sykmelding fra jobben.

Du vet at «sosiale årsaker til nedsatt arbeidsevne» ikke gir rett til sykepenger. Men du er usikker på hvordan forespørsel om sykmelding skal håndteres når det foreligger alkoholmisbruk.

- 1. 2A) Drøft under hvilke omstendigheter en pasient med et alkoholmisbruk har rett til sykmelding (1p)**
- 2. 2B) Hvem kan du drøfte saken med og hvilke kunnskapskilder er det anbefalt å bruke i en slik situasjonen (1p)**

Svar:

2.1 Sykmelding ved alkoholmisbruk:

- *Sykdomskriterier vurderes som for alle andre hvis det foreligger en sykdomsårsak uten relasjon til alkoholmisbruket. – f.eks. depresjon, benbrudd, etc.*
- *Alkoholisme regnes som sykdom. Arbeidsuførhet som følge av kronisk alkoholisme eller sykdom som skyldes denne, gir rett til sykepenger dersom vilkårene for rett til sykepenger for øvrig er oppfylt. Det stilles krav til at tilstanden er under behandling/rehabilitering eller ettervern.*
- *Enkeltstående tilfeller av alkoholmisbruk regnes ikke som sykdom og gir ikke rett til sykmeldinger selv om de forårsaker arbeidsuførhet. Heller ikke arbeidsuførhet som utelukkende skyldes at vedkommende er beruset)*

2.2

- *Drøft saken med en erfaren fastlege. Kontakt lokalt NAV kontor (rådgiver eller rådgivende lege)*
- *Søke kunnskap: Helsedirektoratets faglig veileder for sykmeldere, både den generelle delen og de diagnosespesifikke anbefalinger*: kronisk alkoholmisbruk (P15), akutt alkoholmisbruk (p16). Aktuelle rundskriv til lovtekst.(§8-4 Arbeidsuførhet). Oppdaterte lærebøker i trygdemedisin..*

Del 3

Reidars depressive symptomer forverres og han blir fullt sykmeldt en periode. Du forskriver antidepressiva. I dialogmøte med arbeidsgiver avtales det gradert oppstart, endrede arbeidsoppgaver og jobbstart 8.30 på morgenen. Både søvnproblemer og tegn til nedstemthet er avtagende. Reidar klarer å redusere det daglige alkoholforbruket og har fortsatt omsorg for barna. Han drikker fortsatt en del de helgene han ikke har barna hos seg. En kveld kjører han i fylla, kræsjer bilen mot en bergvegg og pådrar seg en tverrsnittskade på nivå Th 11. Reidar er nå paraplegiker og går inn i en alvorlig depresjon. Han er inneliggende på avd. for ryggmargsskader ved St Olavs Hospital. Tre måneder etter ulykken tar sykepengerrettighetene slutt (maksdato) og i forkant av dette søker han om AAP.

- 1. 3A). Hvilke generelle medisinske inngangskriterier skal være oppfylt for å ha rett til arbeidsavklaringspenger? (2p)**

2. 3B). Hvilke momenter taler for eller imot at Reidar fyller disse kriteriene? (2p)

Svar:

3.1: A og C må være med for å få riktig svar. (Redusert arbeidsevne på grunn av sykdom + aktivitetsplan (utredning, behandling og eller arbeidsrettede tiltak) med sikte på å øke arbeidsevnen.

A) Nedsatt arbeidsevne pga. sykdom skade og lyte (§11-5)

- Minst 50% nedsatt arbeidsevne ved innvilgestidspunktet (§11-3)
- arbeidsuførhet med årsakssammenheng til nedsatt funksjon pga. sykdom

B) Helse er kun en av flere faktorer som vektlegges ved vurdering av den nedsatte arbeidsevne.

C) Aktivitetskrav. §11-6. Det skal lages en aktivitets plan som beskriver aktiv behandling, arbeidsrettede tiltak og/eller annen oppfølging av NAV med sikte på å komme i jobb.

3.2:

Taler for AAP:

- *Han har alvorlig sykdom(somatisk og psykisk) med stor negativ innvirkning på funksjonsevnen og arbeidsevne (årsakssammenheng).
- Han er ung med mange potensiell arbeidsår foran seg
- *Han gjennomfører hensiktsmessig behandling (aktivitetskravet er oppfylt).
- Et moderne trygdemedisinsk synspunkt vil være at det er for tidlig å konkludere med hensyn til om det er utsikter til bedring av arbeidsevnen (selv om skaden vil gi varig og alvorlig sekvele og funksjonsnedsettelse)

Taler imot AAP (eventuelt, må ikke være med):

- Det kan argumenteres med at han er såpass syk at det er mest rimelig å vurdere overgang til uføretrygd direkte. Hva han mener selv vil være av betydning, men også dette er svært vanskelig å vurdere i en fase der han er alvorlig deprimert og fortsatt «ubehandlet for dette. Det er lite som taler imot AAP og generelt litt for tidlig å konkludere med at det ikke er noen opptreningsmuligheter som kan føre til inntektsgivende arbeid.

Del 4

Medikamentell behandling av depresjonen fører ikke fram og Reidar får elektroshokkbehandling. Depresjonen letter gradvis. Reidar flytter hjem til en tilrettelagt bolig. Han kommer til deg til regelmessige konsultasjoner, følges opp ved sykehuset og mottar treningsveiledning av fysioterapeut ukentlig. 1 ½ år etter skaden begynner han i arbeidstrening ved den kommunale kantinen 2 dager i uken. Han forflytter seg med rullestol, og klarer oppgaver som å sitte i kassen og tilberede enkle matretter. Han

klarer å gjennomføre disse oppgaver, men i redusert tempo. NAV ber om en funksjonsvurdering i forbindelse med forlengelse av AAP perioden.

1. **4A) Hvilke hovedpunkter bør være med i en funksjonsvurdering til bruk i NAV? Noter kort de opplysninger du har om de ulike punktene. (3p)**
2. **4B) Noter hvilke tilleggsopplysninger du trenger? (2p)**

Svar:

4.1 Som hovedregel bør 6 av 9 punkter være med for å få full skår. Studenten skal klare å identifisere hvilke punkter man faktisk har opplysninger om og hva slags informasjon som bør etterspørres i 4b.

1. Legens vurdering av nåsituasjonen (tidsaktuelle, ikke utdaterte opplysninger).
2. Beskrivelse av legens egne observasjoner av funksjonsnivå
3. Gjerne supplert med pasientens egen beskrivelse og eventuelt observasjoner fra andre instanser (rehabiliteringsinstitusjon, arbeidsmarkedsbedrift). Kilde angis.
4. Bredde i funksjonsområder som beskrives, bør inkludere både psykisk og fysisk fungering. Gjerne opplysninger om sosial fungering. (Stikkord: biopsykososial kartlegging av funksjon)
5. Ta med både begrensninger og ressurser
6. Om funksjonsevnen "tidsprofil" (er funksjonsnivået stabilt eller svingende, eventuelt hvor hyppig og hvor mye svinger det, hvor lenge varer en periode med funksjonsfall eller en funksjonstopp og hvordan er funksjonsnivået i gjennomsnitt.
7. Tempo. Trengs det økt tid på å gjennomføre oppgaver?
8. Er funksjonssvikten relatert til bestemte situasjoner? F.eks. sammenligne funksjon på jobb og fritid. Utløsende situasjoner?
9. Si noe om hvilke konsekvenser endringer i funksjonsnivået kan ha for arbeidsevnen (i den grad du har grunnlag for å si noe om dette)

4.2 Tilleggsopplysninger:

- Vi vet lite om psykisk/mental fungering
- For å kunne svare utfyllende på hvordan sykdommen og funksjonsnivået påvirker arbeidsevnen må du vite en del om bedriften, dens tilretteleggingsmuligheter og hvilke arbeidsoppgavene han skal prøves ut i.
- Slik det fremgår av teksten kan det høres ut som om han klarer en del ordinære oppgaver forutsatt fysisk tilrettelegging for rullestolbruker. Suppler gjerne med følgende opplysninger: Spesifisere omtrentlig arbeidsmengde han klarer og tiden han trenger på dette. Er det oppgaver som han klarer i vanlig tempo og mengde, hvis ja spesifiser disse. Er det oppgaver på arbeidsplassen som er spesielt vanskelige for ham, eller som han må unngå helt. Hva klarer han av vanlige ADL aktiviteter og fritidsaktiviteter.

Oppgave 4: **Arbeidsmedisin** (inntil 10 poeng)

Per er en 67 år gammel pensjonert vaktmester på en av byens skoler. Han har nylig fått påvist lungekreft. Fra 1970 til 1990 arbeidet han på et skipsverft som platearbeider, og han drev også med isolasjonsarbeid med asbest under sterk støvutvikling. Legen har studert litt arbeidsmedisin og melder tilfellet som yrkessykdom på skjema 154 b. Samtidig anbefaler hun Per å søke om å få sykdommen godkjent som yrkessykdom og om ytelse som han kan ha krav på.

- 1. Hvilke to instanser er det Per skal søke om ytelse i forbindelse med yrkessykdom og hvilke to lover er det som regulerer slike ytelse? (2 p)**

Sensorveiledning: Per skal søke om godkjenning av sin lungekreft som yrkessykdom hos Nav og hos siste arbeidsgivers forsikringsselskap. Ytelsene er hjemlet i h.h.v. Lov om folketrygd («folketrygdloven» o.l. godkjennes) og i Lov om yrkesskadeborsikring («Yrkesskadeborsikringsloven» o.l. godkjennes). 0,5 poeng for hvert riktige svar.

Legen antar at Pers kreftsykdom kan skyldes eksponering for asbeststøv på arbeidsplassen.

- 2. Hvilke tre egenskaper ved asbestmaterialet er det som gjør at det kan forårsake kreft? (1,5 p)**

Sensorveiledning: At det er fiberformet, at det er bestandig (lite nedbrytbart), og den kjemiske strukturen. (0,5 poeng for hvert riktige svar)

Asbest er også kjent for å kunne forårsake en annen sjelden form for kreft der 70-80 % av tilfellene antas å skyldes asbesteksponering.

- 3. Hvilken annen og mye sjeldnere kreftform enn lungekreft kan også forårsakes av asbesteksponering, og i hvilke to hinner er denne kreftformen oftest lokalisert? (1,5 p)**

Sensorveiledning: Det dreier seg om maligne mesoteliomer som oftest er lokalisert i pleura og i bukhinnen (0,5 poeng for hvert av svarene)

Når legen tar opp en grundig arbeidsanamnese finner hun ut at Per arbeidet som tunnelarbeider på et kraftanlegg fra 1965 til 1969.

- 4. Hvilket mineral som kan forårsake lungekreft, var Per mest sannsynlig utsatt for mens han jobbet i tunnel? (1 p)**

Sensorveiledning: Krystallinsk kvarts (SiO₂) og kvarts kan også godkjennes, mens granitt gir 0,5 poeng)

Da han jobbet på skipsverft drev Per også en del med sveising på rustfritt stål.

- 5. Hvilke to metaller som er regnet for å kunne forårsake kreft kan man eksponeres for under sveising på rustfritt (syrefast) stål? (1 p)**

Sensorveiledning: Krom og nikkel.

Pers eldre bror, Pål, arbeidet også på skipsverftet og hadde samme type jobb som Per. På 1980-tallet ble han gradvis mer tungpusten og ble i 1988 uføretrygdet på grunn av KOLS. Sykdommen ble godkjent som yrkessykdom.

- 6. Hadde en som ble uføretrygdet i 1988 på grunn av yrkessykdom automatisk de samme rettigheter til ytelse som en tilsvarende person med godkjent yrkessykdom i 2016? Begrunn svaret. (1,5 p)**

Sensorveiledning: Nei, ikke med mindre arbeidsgiveren hadde tegnet en egen frivillig yrkesskadeforsikring. Obligatorisk yrkesskadeforsikring ble først innført i Norge i 1990. (svaret «nei» gir 0,75 poeng og det med tidspunktet for innføring av den obligatoriske yrkesskadeforsikringen gir 0,75 poeng.

De to brødrene har en yngre bror, Espen, som fortsatt er i arbeid. Han er verneombud på en stor byggeplass og veldig påpasselig når det gjelder arbeidernes helse, miljø og sikkerhet.

- 7. Når kan et verneombud på en arbeidsplass stanse arbeidet med umiddelbar virkning og hvilken lov er det som i tilfelle hjemler et slikt krav fra verneombudet? (1,5 p)**

Sensorveiledning: Verneombudet kan stanse arbeidet på en arbeidsplass dersom det er åpenbar og umiddelbar fare for liv og helse på arbeidsplassen. Dette er hjemlet i Arbeidsmiljøloven. (0,75 poeng for hvert riktige svar)

Oppgave 5: **Kritisk lesing av artikkel** (inntil 12 p)

Dere fikk tilsendt følgende artikkel en uke før eksamen. Artikkelen finner du som vedlegg til eksamensoppagene. Vi vil at dere svarer kort på spørsmålene nedenfor.

Amit V. Khera, et al. (2016): **Genetic Risk, Adherence to a Healthy Lifestyle, and Coronary Disease.**
November 13, 2016 DOI: 10.1056/NEJMoa1605086

Del 1: (3 p)

1. 1A) Hva var hensikten med studien? (1 p)

SVAR: Hensikten var å studere sammenhengen mellom både genetisk risikoprofil som risikofaktor for koronar hjertesykdom, og tilsvarende; sammenhengen mellom og livsstilsfaktorer og risiko for koronar hjertesykdom.

I tillegg ville forfatterne undersøke om betydningen av en ugunstig genetisk risiko kan reduseres med en gunstig livsstil.

2. 1B) Studien bruker data fra fem forskjellige undersøkelser. Hvilket studiedesign har de fem undersøkelsene som studien omfatter? (1 p)

SVAR: Dette er en multisenterstudie med fem deltakende studier. Fire har et kohortdesign (0,5 p) og én er en tverrsnittstudie (0.5 p).

3. 1C) Hvilke endepunkt (mål på utfall) brukte forskerne i denne studien? (1 p)

SVAR: Der hvor forfatterne hadde prospektiv informasjon (de fire kohortene), brukte de flere ulike mål på endepunkt: hjerteinfarkt, koronar revaskularisering eller død fra hjerte- og karsykdom (0,5 p).

I tverrsnittstudien brukte de koronar kalsium-score (0,5 p).

Del 2: (4 p)

I *Abstractet*, første setning i resultatdelen, står det: «The relative risk of incident coronary events was 91% higher among participants at high genetic risk (top quintile of polygenic scores) than among those at low genetic risk (bottom quintile of polygenic scores) (hazard ratio, 1.91; 95% confidence interval [CI], 1.75 to 2.09)».

1. 2A) Hvilket mål på effekt har forskerne brukt? (1 p)

SVAR: Hazard ratio eller relativ risiko. Begge godkjennes.

2. 2B) Hvordan har forskerne målt presisjonen av effektmålet – angi betegnelsen på dette presisjonsmålet (1 p)

SVAR: 95% konfidensintervall. Konfidensintervall godtas som fullgodt svar.

3. 2C) Beskriv med egne ord hvordan du forstår innholdet i setningen som er klippet fra Abstractet – se ovenfor (1 p)

SVAR: Hazard ratio er 91 % høyere blant de som befinner seg i øvre femtedel av fordelingen i risikoskåren, sammenliknet med de som ligger i den femtedelen med lavest risiko (0,5 p). Konfidensintervallet går fra 1,75 til 2,09, noe som indikerer et relativt persist estimat (0,5 p). Både presisjon og styrke på estimatet må være nevnt for å få full skår.

4. 2D) Hva forstår du med en konfunderende (confounding) faktor? Er det rimelig grunn til å mistenke at effekten av den genetiske risikoen for koronar hjertesykdom er konfundert av andre faktorer? Begrunn svaret kort (1 p)

SVAR: En konfunderende faktor er årsak til både eksponering og utfall. Alternativt kan de også skrive at en konfunderende faktor er assosiert med eksponering, men ikke en konsekvens av eksponering, og at denne faktoren også er en risikofaktor for utfallet, men ikke en konsekvens av utfallet (0,5 p).

Vanligvis vil vi anta at genetisk risikoskår ikke er konfundert av andre faktorer (0,5 p). Hvis studenten reflekterer rundt spesielle unntak (for eksempel assortative mating eller etnisk gruppetilhørighet), så godkjennes selvfølgelig det.

Del 3: (5 p)

1. 3A) Hva mener du er hovedkonklusjonen i artikkelen (1 p)?

SVAR: Både genetiske og livsstilsfaktorer har betydning for hjerte- og karsykdom. De som har høy genetisk risiko kan få sin risiko redusert ved livsstilsendringer. Det vil si at uansett genetisk risikoprofil, så vil en fordelaktig/gunstig livstil redusere risiko for hjerte- og karsykdom.

2. 3B) Studien viser en klar positiv sammenheng mellom genetisk risikoprofil og risiko for hjerte- og karsykdom. Kan dette være rimelig grunn til å vurdere om genetisk screening av befolkningen kan være en hensiktsmessig måte å avsløre koronar hjertesykdom.

Begrunn svaret kort. (2 p)

SVAR: Her bør studenten nevne genprofilens testegenskaper, målt som sensitivitet og spesifisitet. Det er viktig å peke på at livsstilsendringer er «behandlingen» - dvs tiltaket som kan settes inn - uansett om man har en ugunstig genprofil eller ikke. Dette punktet er relevant for det underliggende kravet om at screening bare kan rettferdiggjøres dersom man har et tiltak/behandling for tilstanden – i dette tilfelle (høy) risiko for koronar hjertesykdom.

3. 3C) I hvilken grad mener du at resultatene i studien er generaliserbare? Gjelder resultatene bare for deltakerne i studien? Eller gjelder de også for andre grupper eller populasjoner – og i ulike land? Begrunn svaret kort. (2 p)

SVAR: Her bør studenten evaluere om resultatene kan overføres til andre grupper og populasjoner. Er forholdene tilsvarende i andre land og risikogrupper? Relevante punkter å nevne fra studien er: Multisenterstudie, genetisk homogenitet ...