

<b>Oppgavenavn:</b>	<i>Gi et beskrivende navn – Kun til internt bruk</i>	
Undervisningsenhet:	Allmennmedisin og primærhelsetjeneste	
Oppgaveansvarlig:	Navn:	Linn Getz og Bente P Mjølstad
	E-post:	<a href="mailto:Linn.getz@ntnu.no">Linn.getz@ntnu.no</a>
	Telefonnummer:	
Læringsmål (ett eller flere)	<p>Læringsmålene finnes på: <a href="https://vev.medisin.ntnu.no/lmdb/qx/build/index.php">https://vev.medisin.ntnu.no/lmdb/qx/build/index.php</a></p> <p><b>1.1.1 møte pasienter og samarbeidspartnere på en åpen og respektfull måte som legger grunnlag for effektiv kommunikasjon og godt samarbeid</b></p> <p><b>2.1.1 gjøre rede for hva som kjennetegner allmennmedisinen som fag, organisasjons- og arbeidsform og reflektere over allmennlegens rolle i helsetjenesten</b></p> <p><b>2.1.2 beskrive hovedtrekkene i ulike befolkningsgruppers sykkelighet og legesøkingsprofil og beskrive sykdomspanoramaet i en norsk befolkning med vanlig alders- og kjønnsammensetning</b></p> <p><b>2.1.3 gjennomføre pasientsentrerte, allmennmedisinske konsultasjoner på en helsefremmende og effektiv måte</b></p> <p><b>2.1.4 tilpasse språk og fremtreden til hver enkelt pasient ut fra blant annet alder, kjønn og sosiokulturell bakgrunn og anvende tolk på en profesjonell måte når det er indisert</b></p> <p><b>2.1.5 stille faglig forsvarlige diagnoser ut fra anamneseopptak og klinisk undersøkelse, ved aktiv bruk av kunnskap om den epidemiologiske situasjonen i praksisområdet og bevisst anvendelse av allmennmedisinske verktøy og arbeidsteknikker</b></p> <p><b>2.1.6 gi relevant informasjon til pasienten om tilstandens (helseproblemets) natur, antatte opphav og sannsynlige utfall</b></p> <p><b>2.1.7 gi faglig velbegrunnede og forsvarlige råd/ behandlinger vedrørende egenomsorg og med henblikk på utredning, behandling og oppfølging på måter som involverer pasienten</b></p> <p><b>2.1.8 formulere problemorienterte journalnotater på en kort og strukturert måte</b></p> <p><b>4.1.1 gjøre rede for verdigrunnlag og sentrale utviklingstrekk i en helsetjeneste som i prinsippet skal være styrt etter medisinske behov og beskrive mekanismer som kan undergrave slike verdier</b></p> <p><b>4.1.2 gjøre rede for oppbygningen av helsetjenesten generelt og sentrale forvaltningsrettslige begreper</b></p> <p><b>IIC:</b></p> <p><b>6.1.3 ut fra sykehistorie og klinisk undersøkelse stille tentativ diagnose og foreslå videre undersøkelser og/eller behandling ved</b></p>	

	<b>skader og andre smertetilstander i bein, ledd og bløtdeler, samt medfødte anomalier og ervervede feilstillinger</b>			
<b>Oppgave</b>				
Vignett	<p><b>Du jobber som fastlegevikar i en bykommune. Neste pasient er Pawel Novak (52 år). Han har bestilt hastetime, i timeboka står det «Kne». Han har tilhørt legesenteret i ca. ett år. Du ser han har vært der for en kuttskade, en akutt rygg-episode med kort sykmelding, og for å få resept på et middel mot psoriasis. Under familie/sosialt står det. «Fra Polen. Bodd i Norge siden 2013. Gift, tre barn. Snekker. Stort sett frisk» Du henter pasienten på venterommet, på veien inn til kontoret observerer du at han halter litt. Du starter konsultasjonen åpent, inviterer ham til å fortelle om sitt ærend. Han sier, på veldig famlende norsk:</b></p> <p><b>«Jeg kommer for kneet. Jeg skal ha MR og vil til spesialist»</b></p>			
<b>Spørsmål 1 (3 poeng)</b>	<p><b>Nevn noen grunnleggende trekk ved norsk helsetjeneste som kan oppleves uvant og kan hende frustrerende for (im)migranter, for eksempel fra Polen. Stikkord: Organisering, legerollen, evt. andre forhold.</b></p>			
Kognitivt nivå (kryss av)	K1 (gjengivende)	<input checked="" type="checkbox"/>	K2 (resonnerende)	<input type="checkbox"/>
Svar	<p><i>Bakgrunn for sensor:</i> Migranter utgjør en mangfoldig gruppe med stor variasjon i migrasjonsårsak, sosial og kulturell bakgrunn, ikke minst helsetilstand og behov for helsetjenester. I utgangspunktet har migranter generelt bedre helse enn «normalbefolkningen» når de ankommer landet – men mange utvikler etter hvert betydelige helseproblemer. Mange sør/øst-europeere er arbeidsinnvandrere dvs. at det er viktig å holde seg frisk – slik at de kan jobbe og tjene penger. Mange forsørger familie i hjemlandet.</p> <p><i>Svar til selve oppgaven:</i> Både i et land som Polen og Norge spiller allmennleger en rolle i helsesystemet, men fastlegerollen er mye klarere definert i Norge (formell portvakt/døråpner/koordinator), mens det andre steder er mer tradisjon for rask henvisning og bruk av spesialister. Helt private aktører har ikke så sentral plass i Norge, og de koster betydelig mer å oppsøke enn det offentlige systemet. Legerollen i mange andre land, inkludert Sør- og Øst-Europa, er dernest tradisjonelt mere autoritativ/paternalistisk, og medisinen mer preget av prøvetaking/supplerende undersøkelser og terapitiltak (eks medisiner). Norske fastleger kan med sitt mer pasientsentretthet, fokus på «low tech» medisin og partnerskapsorienterte fremgangsmåte, fremstå som passive og mindre kompetente – dersom forventningen er å møte et</p>			

	<p>paternalistisk og autoritativt system. Språklige og kulturelle forskjeller/barrierer påvirker også opplevelsen av organisasjon og legerolle.</p> <p><i>Supplerende info</i> – forventes ikke av studentene: En del arbeidsinnvandrere fra Øst-Europa bruker erfaringsmessig helsevesenet i sine hjemland som «supplement» til det som finnes i Norge – f. eks. å få undersøkelser, autorative uttalelser etc. Privat medisinsk sektor i for eksempel Polen er relativt rimelig, innen rekkevidde for pasienter med norsk arbeidsinntekt.</p> <p>Ut fra forelesninger forventes de fleste å svare som angitt over. Oppgaven kan imidlertid også tolkes som et spørsmål om organisering og regulering på makronivå. Dette bør også godtas som riktig svar.</p> <p>Dette inkluderer svar som diskuterer <i>regulering av kommunenes ansvar for å sørge for fastleger</i> (jfr Helse- og omsorgstjenesteloven med fastlegeforskriften), <i>rett på en avtale med fastlege, rett til å skifte fastlege, og rett til vurdering hos annen lege</i> (jfr Pasient og brukerrettighetsloven), at fastleger har en <i>dobbelrolle</i> i forhold til en del rettighetsfestede velferdsytelser (sykmelding, uførepensjon osv) hvor legen er både pasientens advokat og forvalter av ytelsene, i betydning av at ytelsene ikke blir misbrukt eller ikke brukt etter lov og forskrift, at <i>spesialisthelsetjenester krever henvisning</i>, og den tredelte <i>finansieringen</i> av fastleger (hodetilskudd, refusjon fra NAV og egenandel)</p>
Hva gir poeng?	<p>Dette er en oppgave om et stadig mer aktuelt tema. Tematikken har vært drøftet på forelesning men ikke på måter som inviterer til enkel opplisting av stikkord. Studentene kan derfor komme til å streve litt med å formulere besvarelsen og det må utvises skjønn også her.</p> <p>Men svaret må omtale både helsetjenesten og legerollen for å gi tre poeng.</p>
Evt. supplerende vignett til spørsmål 2	<p><b>På en blanding av norsk, engelsk og kroppsspråk får du vite at Pawel fikk en vridning av venstre kne på jobb for to dager siden, da han skled og falt i en gressbakke mens han bar noen planker på skulderen.</b></p>
<b>Spørsmål 2 (1 poeng)</b>	<p><b>Hvilke overordnede, differensialdiagnostiske overveielser gjør du deg, basert på anamnesen og det du til nå har observert?</b></p>

Kognitivt nivå (kryss av)	K1 (gjengivende)	K2 (resonnerende)	x
Svar	<p>Skademekanismen er vridning/kontusjon av kneet, et lavenergitraume. Pasienten kommer gående på egne bein. Han halter bare lett.</p> <p>Anamnese og observasjoner kan tyde på skade av sideligament (strek eller partiell overriving), dette er en vanlig skade og den mest sannsynlige diagnosen i dette tilfellet. Skademekanismen er også forenlig med en mulig meniskskade. Korsbåndsskader oppstår ofte ved rotasjon i kneet mens foten er låst mot bakken eller ved hyperekstensjon av kne. Ved større kneskader er det ofte skade på flere strukturer samtidig.</p> <p>Det er ikke sannsynlig at pasienten har noen alvorlig skade ut fra anamnese og observasjoner så langt, men kneet må undersøkes før man konkluderer.</p>		
Hva gir poeng?	<p>OBS dette er en 1-poengs deloppgave og det forventes ikke noe langt resonnement her; oppgavens fokus er ikke kneskader (komplett eksaminering i klinisk allmenmedisin tilhører stadium IIID). Her kreves relevante stikkord knyttet til ligamenter, menisk, korsbånd. Fraktur ikke nødvendig å nevne.</p>		

Evt. supplerende vignett til spørsmål 3	<p><b>Du undersøker pasientens kne. Du registrerer at det er litt hovent, men finner ingen tegn til alvorlig skade som krever umiddelbar intervensjon.</b></p>		
<b>Spørsmål 3 (2 poeng)</b>	<p><b>Om du ser bort fra den aktuelle pasientens uttrykte forventinger, hvilken faglig strategi vil du helst velge? Beskriv dine valg med referanse til aktuelle allmenmedisinske arbeidsteknikker.</b></p>		
Kognitivt nivå (kryss av)	K1 (gjengivende)	K2 (resonnerende)	X
Svar	<p>Ved mye smerter (og ingen tegn til «akutt, ØH ortopedi») som f eks akutt låsning av kneet) er det klokt å ta pasienten tilbake etter 3-4 dager når tilstanden har roet seg - for ny undersøkelse (= å bruke tiden som diagnostikum, å ta pasienten tilbake for ny undersøkelse, å sette opp til kontroll). Ro, evt. støttebandasje og evt. elevasjon (det siste ikke så viktig hvis liten skade). Evt. avlastning med krykker noen dager. Smertestillende – paracetamol/NSAIDS. Symelding hvis behov (som det nok er i denne situasjonen). I og med at skaden skjedde på arbeidsplassen, bør det vurderes om dette er en yrkesskade. Noter dette i journalen. Pasienten kan dernest oppfordres til å be arbeidsgiver melde dette som mulig yrkesskade.</p>		

	Dersom ny undersøkelse viser det samme – stabilt kne – vil neste råd være å se det an videre, evt. sykemelding fortsettes. I tilfeller ved strekk på sideleddbånd vil skaden gradvis tilheles dersom belastningen tilpasses – her er det viktig å avdramatisere saken og berolige. Fortelle pasienten at billeddiagnostikk eller annen utredning generelt ikke er indisert i denne fasen etter en slik skade.
Hva gir poeng?	Avventende holdning må skisseres. Temaet yrkesskade bør nevnes (journalføring kan vel holde så lenge skaden er såpass liten), men ikke trekk mer enn 0,2 hvis det ikke nevnes.

Evt. supplerende vignett til spørsmål 4	<p><b>Du legger en plan for videre oppfølging av pasienten. En uke senere går det imidlertid opp for deg at han har avbestilt neste time. Men etter et par uker dukker han opp igjen. Han halter ikke lenger. Han har med seg polske MRI bilder av hhv. venstre kne og lumbal-sacral columna, tatt for tre dager siden.</b></p> <p><i>MR venstre kne (din oversettelse): «Lett ødem rundt mediale kollaterale ligament og tendens til tendinitt. Noe degenerative forandringer. Liten cyste 3x4 mm i fossa poplitea (Bakers cyste)»</i></p> <p><i>MR LS columna (din oversettelse): «De tre øverste skiverom er upåfallende med gode plassforhold. L4 skive er dehydrert, høyderedusert. Lite, høyrestillet prolaps L5 skiverom, men ingen rotaffeksjon. Litt sideleddsartrose.</i></p> <p><i>R: lette degenerative forandringer i L4 og L5 skiverom, lite prolaps L5 uten sikker rotkompresjon</i></p>			
<b>Spørsmål 4 (2 poeng)</b>	<b>Hva er ditt resonnement når du fortolker billedsvarene og implikasjonene av dem? Hvordan vil du formidle dette til pasienten?</b>			
Kognitivt nivå (kryss av)	K1 (gjengivende)		K2 (resonnerende)	X
Svar	<p>Her er poenget at ingen av røntgensvarene gir holdepunkter for at pasienten bør henvises eller opereres.</p> <p>Formidles til pasienten: Bifunn som Bakers cyste og et lite prolaps (her altså uten klinisk rot-affeksjon) setter ofte i gang tanker og bekymringer hos pasienter. Obs Overdiagnostikk – som kan lede til overbehandling etc. Røntgenfunnene styrker ellers din kliniske mistanke om overstrekk av ligamenter i kneet evt. i kombinasjon med lette degenerative forandringer, som er å forvente utfra alder/yrke. Din strategi med avlastning og «aktiv ekspektans» er fortsatt riktig/innenfor god medisin. Når det gjelder ryggen – så behøver ikke et slikt funn å bety at det</p>			

	foreligger et klinisk problem. Og selv om pasienten skulle ha noen ryggplager, må det en nøye anamnese og klinisk undersøkelse hvis man skal kunne konkludere at det er samsvar mellom symptomer og røntgenfunn. (Det er ikke nødvendig å utrede med mindre ryggen nevnes som et problem av pas)
Hva gir poeng?	Studenten må ha et gyldig resonnement for hvorfor det ikke er indisert med videre utredning eller operasjon (1 poeng) og bør skissere hvordan funnene presenteres for pasienten (1 poeng) Både konklusjonen ikke indikasjon for videre utredning og resonnementet bør inngå. Litt avveining i poengfordeling, avhengig av hvordan studenten bygger opp sitt svar.

Evt. supplerende vignett til spørsmål 5	<b>Det er fortsatt svært utfordrende å kommunisere på grunn av språket. Pawel Novak sier at kneet har blitt bedre og er ikke lengre bekymret for det. Derimot oppfatter du at han nå er bekymret for ryggen sin. Pawel sier at han har hatt vondt i ryggen, og «bildene er ikke normale». Du får ikke helt tak i hva han tenker på, men han nevner ordet operasjon to ganger, og sier noe om at broren hans kan dø fordi han kom for sent til operasjon. Stemningen mellom dere preges av frustrasjon, og du innser at språkproblemet er såpass stort at dere ikke kommer videre. Noen må tolke for dere.</b>			
<b>Spørsmål 5 (2 poeng; 1,5+0,5)</b>	<b>a) Nevn ulike tolke-løsninger som brukes jevnlig i helsetjenesten og nevnt fordeler og ulemper med de ulike løsningene.</b> <b>b) Hvem betaler for innleide tolketjenester på legekantoret?</b>			
Kognitivt nivå (kryss av)	K1 (gjengivende)	<input checked="" type="checkbox"/>	K2 (resonnerende)	<input checked="" type="checkbox"/>
Svar	<i>Profesjonelle tolker: Telefontolk, videotolk (fjerntolking) eller Fremmøte tolk tolk</i> <i>Privat tolking – typisk slekt/venn som tolk</i> Gullstandard er tilstedeværende tolk som er profesjonell. <b>Fordeler med fremmøtetolk</b> er at tolken kan få med seg ikke-verbale signaler hos samtalepartnere. Tolken kan bruke kroppsspråk til å støtte sin kommunikasjon. Anbefales særlig ved kompliserte helsekonsultasjoner/operasjoner, Større møter med flere deltakere, Samtaler med psykisk syke personer, Tilfeller hvor man skal lære bruk av nytt utstyr, Samtaler med små barn.			

	<p><b>Fordeler med telefontolk;</b> Rimeligste alternativ som gir tolkebrukere mye fleksibilitet, Tilgjengelig på meget kort varsel, ofte døgnåpent, mange tilgjengelige språk, uavhengig av tolkested og tid på døgnet, tolken er mindre i veien for samtalepartnere, Ved helseoppdrag med smittefare</p> <p><b>Ulemper:</b> Tolken går glipp av nonverbale signaler, vanskelig med flere personer i rommet – og mindre mulighet til å kunne følge med hva som skjer, flytte seg fra rom til rom etc.</p> <p><b>Fordeler ved videotolking</b> (kan bli fremtidens fremmøte tolking): Mange av de samme som ved telefontolk, men tolken får nå også med seg non-verbale signaler. I geografisk vanskelig tilgjengelige områder. Større møter med flere deltakere</p> <p>Det er fint om studentene også viser at de har fått med seg at det ofte er stor forskjell på nivået på tolkene (i hvilken grad det bare har avgitt språktest – eller har tolken faktisk også fått opplæring i tolking- tolkefaget/ blitt autorisert som tolk). Problemet er at det mange steder ikke finnes tolk som kan være tilstede – og da er telefontolk et alternativ. Familie/ slekt/venner bør som hovedregel unngås – så lenge ikke akutt/ øyeblikkelig hjelp. Men selvfølgelig også bedre enn ingenting. Når det gjelder barn så er det en alminnelig oppfatning at disse bør skånes for belastningen med å ta tolkeoppdrag. Med bakgrunn i dette ble det fra og med 1.juli 2016 forbudt å bruke barn som tolk. (Ifølge § 11 e. i forvaltningsloven skal ikke barn brukes «til tolking eller annen formidling av informasjon mellom forvaltningen og personer som ikke har tilstrekkelige språkferdigheter».)</p> <p>Kommunen er pålagt å tilby og betale for tolketjenester.  <a href="https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/242/Veilder%20om%20kommunikasjon%20via%20tolk%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse%20og%20omsorgstjenesten%20fullversjon%20IS-1924.pdf">https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/242/Veilder%20om%20kommunikasjon%20via%20tolk%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse%20og%20omsorgstjenesten%20fullversjon%20IS-1924.pdf</a></p>
Hva gir poeng?	<p>Også her må det utvises skjønn. Sensorveiledningen er mer omfattende enn det detaljnivå som kreves for å kunne få 2 poeng</p> <p>Max 1,5 p for typer tolk og fordeler/ulemper</p> <p>0,5 p poeng for kommunal betaling</p>

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



Evt. supplerende vignett til spørsmål 6	<b>Du har fått lagt til rette for bedre kommunikasjon med Pawel Novak. Du kommer dermed i posisjon til å stille mer åpne, pasientsentrerte spørsmål</b>			
<b>Spørsmål 6</b> 3poeng; 1 for første delspørsmål og 2 for det neste	<p><b>a) Med henvisning til læreboka Allmennmedisin der pasientsentrert arbeidsmetode omtales: Nevn de 4 (evt 5) F-ene som i stikkords form oppsummerer pasientsentrert metode (1p)</b></p> <p><b>b) Velg dernest tre av F-ene og formuler pasientsentrerte spørsmål knyttet til disse, med relevans i den aktuelle situasjonen (2 p.).</b></p>			
Kognitivt nivå <small>(kryss av)</small>	K1 (gjengivende)	<input checked="" type="checkbox"/>	K2 (resonnerende)	<input checked="" type="checkbox"/>
Svar	<p>Se nedenfor, 1 poeng hvis 4 eller 5 F-er nevnes. Evt. sier de «Pasienten som person» som alternativ til denne 5. F-en (Den 5. F kalles ellers Forutsetninger</p> <p>Her må det være åpent for litt ulike varianter – men bør kunne knyttes an til «F-ene»</p> <p><b>Forestillinger og Forventninger:</b> <u>Hva tenker du selv</u> om disse plagene? Evt om røntgenbildet? Hvordan ser du for deg at saken/sakene skal håndteres?</p> <p><b>Frykt/bekymringer</b> (– for hva?) Hva er det med broren din?</p> <p><b>Funksjon</b> – hvordan fungerer du i det daglige (i og utenfor jobb)?</p> <p><b>Forutsetninger (kan også betegnes Pasienten som person):</b> hvordan er livet generelt, hvem utgjør ditt sosiale nettverk, osv – her er mange tema relevante.</p>			
Hva gir poeng?	<p>1 poeng for å oppgi forestillinger, forventninger, frykt (eller tilsvarende begrep) og funksjon (eller tilsvarende begrep), med eller uten forutsetninger.</p> <p>½ poeng for 3-4 F'er der ikke alle av forestillinger, forventninger, frykt og funksjon kategoriene er med.</p> <p>Max 2 poeng for tre relevante spørsmål i henhold til F-enes tema. Flexibilitet i sensur er OK.</p>			



Evt. supplerende vignett til spørsmål 7	<b>I løpet av den samme tolkede konsultasjonen forteller Pawel Novak at da han nylig var hjemme i Polen, fikk han vite at en halvbror på 67 år (felles far) har fått diagnostisert prostatakreft. Da diagnosen ble stilt hadde broren allerede fått metastaser til skjelettet. Pawel er naturligvis berørt av dette og sier han tenker på sin egen familie som er avhengig av ham. Han vil ha sjekket sin prostata så godt det overhodet lar seg gjøre. Han har hørt om en «kreft-prøve» som kan avklare det hele.</b>
<b>Spørsmål 7 (2 poeng)</b>	<b>Hvilke overveielser gjør du nå, og hvilken strategi bør du velge?</b>
Kognitivt nivå <small>(kryss av)</small>	K1 (gjengivende)   <input checked="" type="checkbox"/>   K2 (resonnerende)   <input checked="" type="checkbox"/>
Svar	<p>Overveielser: Dette er ikke noen rett-fram situasjon. Generell PSA screening for menn er ikke anbefalt på grunn av fare for overdiagnostikk/ overbehandling og følgende fare for bivirkninger med vannlatingsbesvær og impotens (mange må behandles for å unngå ett dødsfall av prostatakreft)</p> <p>Ved evt. vesentlige vannlatingsplager er PSA testing mer aktuelt. Det samme hvis ca. prostatae i nær familie (som her), og selvsagt hvis klinisk undersøkelse (rektal eksplorasjon) skulle gi grunn til mistanke.</p> <p>Strategi: Saken må drøftes med pasienten, uansett hva man velger. Forklare PSA dilemmaet for pasienten, inkludert mulighet for overdiagnostikk/-behandling. I dette tilfelle er det nok rimelig å la pasienten avgjøre (pga. mulig genetikk og derav økt bekymring). I andre tilfeller (yngre symptomfri menn som bare vil ha en «helsjekk») kan det være naturlig å være mer tydelig restriktiv i forhold til PSA testing).</p>
Hva gir poeng?	Å vise til PSA test-dilemmaet og forklare hva det består i (mulig overdiagnostikk og overbehandling), og samtidig å resonnerer seg fram til at i dette tilfellet vil pasientens (informerte) valg være ganske avgjørende – sterkere indikasjon her enn hos en mann uten tilsvarende slektsanamnese.

<b>Oppgavenavn:</b>	<i>Gi et beskrivende navn – Kun til internt bruk</i>		
Undervisningsenhet:	Anestesi		
Oppgaveansvarlig:	Navn:	Idar Kirkeby-Garstad	
	E-post:	Idar.kirkeby-garstad@ntnu.no	
	Telefonnummer:		
Læringsmål (ett eller flere)	<p>Læringsmålene finnes på: <a href="https://vev.medisin.ntnu.no/lmdb/qx/build/index.php">https://vev.medisin.ntnu.no/lmdb/qx/build/index.php</a></p> <p>IIIB:</p> <p>2.1.1 forklare prinsippene for sortering og prioritering, samt initial behandling av forulykkede/tilskadekomne</p> <p>2.1.2 foreta vurdering av respiratorisk og sirkulatorisk status, og gjennomføre tiltak for gjenopprettelse av sviktende respirasjon og sirkulasjon</p> <p>2.1.4 gjøre rede for de vanlige teknikker for generell anestesi, regional anestesi, postoperativ smertebehandling og deres farmakologiske grunnlag inkludert kontraindikasjoner og forsiktighetsregler, og diskutere prinsipper for valg mellom alternative fremgangsmåter</p>		
<b>Oppgave</b>			
Vignett	<p>Du er legevaktslege i og tilkalles til en arbeidsulykke 5 – 6 minutters kjøring fra St Olavs hospital. Luftambulansen er opptatt i et annet oppdrag.</p> <p>En 1 – 2 tonn tung sementblokk har veltet over en 28 år gammel mann. Pasienten har blitt liggende i klem. Etter hva som opplyses har hode, armer og øvre thorax stukket ut og pasienten vært våken hele tiden. Før du kommer til stedet har sementblokka blitt løftet bort. Ambulansepersonell har kommet til. De har gitt pasienten oksygen på maske og satt på et pulsoksymeter. Pasienten ligger på bakken, er våken, beveger begge armer og løfter på hodet. Han har tydelig store smerter. Høyre bein ligger i en unormal stilling. Mens du hjelper til med å legge inn veneflon bemerk du at pasienten er blek og kjølig perifert, men du kjenner samtidig en kraftig radialispuls med rask frekvens. Pulsoksymeteret viser SaO<sub>2</sub> 92 %, pulsfrekvens 130. Du ser ingen tegn til betydelige ytre blødninger.</p>		
<b>Spørsmål 1 (2poeng)</b>	Hvilke potensielle farer truer pasienten?		
Kognitivt nivå <small>(kryss av)</small>	K1 (gjengivende)	K2 (resonnerende)	x
Svar	<p>Pasienten har potensielt store indre blødninger og truende blødningssjokk. Han er ung og kan kompensere med økt krono- og inotropi til han plutselig dekompenierer.</p> <p>Det kan ikke utelukkes at han også har en lungekontusjon med begynnende lungesvikt, selv om funnene kan forklares ut fra</p>		

	kompenserte store blødninger aleine. Pasienten kan også ha skade på rygg og ryggmarg.
Hva gir poeng?	Det kan utvises skjønn i poenggivingen. Det viktigste er å diskutere blødningsrisiko og risiko for dekompensasjon/blødningssjokk. Skade på rygg og ryggmarg trenger ikke være med.

Evt. supplerende vignett til spørsmål 2	
<b>Spørsmål 2 (1poeng)</b>	<b>Hvilke umiddelbare tiltak bør settes i gang?</b>
Kognitivt nivå <small>(kryss av)</small>	K1 (gjengivende) <input type="checkbox"/> K2 (resonnerende) <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>
Svar	Det er kort vei til sykehuset og han bør snarest mulig dit. Dette er det viktigste tiltaket i denne situasjonen. Legen må overvåke pasienten under transport og evt gi væske.
Hva gir poeng?	1 poeng for rask transport med overvåking.

Evt. supplerende vignett til spørsmål 4	Du bestemmer deg for å ta pasienten inn i ambulansen før videre behandling . Men først må han opp på en bære. Det er opplagt at han trenger smertelindring før flytting. Fra ambulanspersonellet blir du spurt om hvilket medikament de skal gi. De har følgende intravenøse medikamenter: morfin (Morfin), diazepam (Stesolid), esketamin (Ketanest/Ketamin).
<b>Spørsmål 3 (1poeng)</b>	Angi fordeler og ulemper med å gi morfin (Morfin®) intravenøst i denne situasjonen
Kognitivt nivå <small>(kryss av)</small>	K1 (gjengivende) <input type="checkbox"/> K2 (resonnerende) <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>
Svar	Fordeler: morfin er et opioid og gir smertelindring Ulemper: Pasienten er (sannsynligvis) avhengig av høy sympaticustonus. Morfin vil redusere denne og dette kan gi et vanskelig traktabelt blodtrykksfall. I tillegg er morfin respirasjonsdempende og kan forverre en eventuell lungesvikt,
Hva gir poeng?	Fordeler: smertelinding 0,5 p. Ulemper: 0,5 p for enten respirasjonsdepresjon eller redusert sympatikustonus.

	Studentene er ikke bedt om å konkludere om hvilket medikament som skal gis.			
Evt. supplerende vignett til spørsmål 5				
<b>Spørsmål 4 (1 poeng)</b>	Angi fordeler og ulemper med å gi diazepam (Stesolid®) intravenøst i denne situasjonen			
Kognitivt nivå <small>(kryss av)</small>	K1 (gjengivende)		K2 (resonnerende)	X
Svar	<p>Fordeler: diazepam er et benzodiazepin som er angstdempende og sederende. Ikke sterkt nok sedativum til å ha særlig nytteeffekt i denne situasjonen</p> <p>Ulemper: Pasienten er (sannsynligvis) avhengig av høy sympaticustonus. Diazepam vil redusere denne noe men vil neppe gi et svært blodtrykksfall. Diazepam er sløvende og svekker reflekser som beskytter pasientens respirasjon og sirkulasjon.</p> <p>Det ville være feil å gi denne pasienten diazepam for smertelindring.</p>			
Hva gir poeng?	0,5 poeng for angstdempende eller «sederende, men ikke tilstrekkelig nyttig her», 0,5 poeng for «diazepam vil redusere sympatikustonus, men antagelig ikke gi et stort blodtrykksfall» eller «diazepam er sløvende og svekker reflekser som beskytter pasientens respirasjon og sirkulasjon». Studentene er ikke bedt om å konkludere om hvilket medikament som skal gis.			

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

Evt. supplerende vignett til spørsmål 6				
<b>Spørsmål 5 (1 poeng)</b>	Angi fordeler og ulemper med å gi esketamin (Ketanest®/Ketamin) intravenøst i denne situasjonen			
Kognitivt nivå <small>(kryss av)</small>	K1 (gjengivende)		K2 (resonnerende)	X
Svar	<p>Fordeler: Ketamin er smertedempende og gir såkalt «dissosiativ anestesi» - pasienten opplever ikke situasjonen. Pasienten er i narkose med bevart egenrespirasjon. Ketamin er sympatikusstimulerende og hever blodtrykk og hjertefrekvens ved akutte situasjoner som denne.</p> <p>Ulemper: Dissosiativ anestesi kan for noe innebære marerittlignende «bad trips».</p>			

	Ketamin er det klart beste valget i denne situasjonen (studenten er ikke bedt om å velge preparat, og det er derfor ikke nødvendig å angi dette).
Hva gir poeng?	Det viktigste her er smertedempende (0,5p) og sympatikusstimulerende effekt (0,5p). Studentene er ikke bedt om å konkludere om hvilket medikament som skal gis.

<b>Oppgavenavn:</b>	<i>84 år gammel kvinne med ernæringsvansker</i>		
Undervisningsenhet:	Slag/ geriatri		
Oppgaveansvarlig:	Navn:	Inga Røyset	
	E-post:	Inga.marie.royset@stolav.no	
	Telefonnummer:		
Læringsmål (ett eller flere)	<p>Læringsmålene finnes på: <a href="https://vev.medisin.ntnu.no/lmdb/qx/build/index.php">https://vev.medisin.ntnu.no/lmdb/qx/build/index.php</a></p> <p>IIIC:</p> <p>6.1.4 kjenne til de vanligste kliniske problemstillinger hos eldre i sykehus, kjennetegn ved geriatriske pasienter, atypisk sykdomspresentasjon og prinsippene for bred geriatrisk vurdering</p> <p>6.1.5 ha kjennskap til forekomst av ernæringsvikt hos eldre i sykehus, årsaker, utredning og tiltak.</p>		
<b>Oppgave</b>			
Vignett	<p>En av pasientene i ditt fastlegevikariat er en 84 år gammel enke som bor alene. Hun har hjemmesykepleie en gang ukentlig til utlevering av medisindosett og hjelp til dusj, i tillegg har hun middagsombringning tre dager pr uke. Hun har alltid hatt dårlig rygg, i tillegg har hun pga osteoporose hatt flere kompresjonsfrakturer de siste årene. Hun har også hypertensjon og mulig angina.</p> <p>Du blir kontaktet av hjemmesykepleien fordi pasienten har vært i redusert form siste uker. Hun har vært mye sengeliggende og har klaget over smerter i kropp og mage til tross for at hun har tatt Paralgin forte og Ibux. Har tidvis virket forvirret og hjemmesykepleien er usikker på hvor mye mat og drikke hun har fått i seg. Du drar på hjemmebesøk. Pasienten er slapp og noe desorientert. Blodtrykket er 102/58, puls 98 regelmessig, temp 36,0.</p>		
<b>Spørsmål 1 (2poeng)</b>	<b>Du velger å legge pasienten inn på sykehus. Lag en liste over pasientens problemstillinger (symptomer, mulige årsaker og/eller aktuelle differensialdiagnoser) som er relevante å ta med i henvisningen?</b>		
Kognitivt nivå (kryss av)	K1 (gjengivende)	K2 (resonnerende)	X
Svar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Smerter – ulcus? obstipasjon?</li> <li>- Lite matinntak</li> <li>- Lite væskeinntak – sannsynlig dehydrering</li> <li>- Forvirring/delirium</li> <li>- Akutt funksjonssvikt/ redusert allmenntilstand</li> </ul>		

Hva gir poeng?	0,5 poeng for hvert punkt, maks 2 poeng totalt
----------------	--

Evt. supplerende vignett til spørsmål 2	
<b>Spørsmål 2 (2poeng)</b>	<b>Ut fra de opplysningene du har - hvilke forhold hos denne pasienten bør du vektlegge når du vurderer om hun er i risiko for ernæringsvansker?</b>
Kognitivt nivå (kryss av)	K1 (gjengivende) <input type="checkbox"/> K2 (resonnerende) <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>
Svar	Det er flere forhold ved pasienten som gjør at man bør være oppmerksom på risikoen for ernæringsproblematikk: Høy <u>alder</u> , bor <u>alene</u> , har <u>kroniske sykdommer</u> , <u>forvirring</u> (mulig kognitiv svikt), <u>smerter</u> . Det at hun har et <u>bistandsbehov</u> ift ernæring (middagsombringing) indikerer også at hun allerede har, eller er sårbar for, et ernæringsproblem.
Hva gir poeng?	0,5 poeng for hvert punkt som er understreket, maks 2 poeng totalt.

Evt. supplerende vignett til spørsmål 3	<p>Pasienten havner på medisinsk avdeling. Hun er slapp og mager. Angir at hun føler seg i dårlig form, ubehag i magen, men redegjør ellers dårlig for sine plager. Fram til innleggelsen har hun brukt følgende medisiner: Calcigran forte (kalk/vitamin D3), Diovan Comp (valsartan/hydroklortiazid, dvs A2- blokker og diuretikum), Albyl-E og Ferromax (jerntilskudd). Ved behov tar hun Paralgin forte (kodein/ paracetamol) og Ibox (ibuprofen).</p> <p>Blodprøver ved innkost:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Aktuell verdi</th> <th>Normalverdi</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kreatinin (mikromol/l)</td> <td>153</td> <td>45- 90</td> </tr> <tr> <td>Kalium (mmol/l)</td> <td>5,3</td> <td>3,5- 4,4</td> </tr> <tr> <td>Natrium (mmol/l)</td> <td>130</td> <td>137- 145</td> </tr> <tr> <td>Hemoglobin (g/dl)</td> <td>9,1</td> <td>11,7- 15,3</td> </tr> </tbody> </table>		Aktuell verdi	Normalverdi	Kreatinin (mikromol/l)	153	45- 90	Kalium (mmol/l)	5,3	3,5- 4,4	Natrium (mmol/l)	130	137- 145	Hemoglobin (g/dl)	9,1	11,7- 15,3
	Aktuell verdi	Normalverdi														
Kreatinin (mikromol/l)	153	45- 90														
Kalium (mmol/l)	5,3	3,5- 4,4														
Natrium (mmol/l)	130	137- 145														
Hemoglobin (g/dl)	9,1	11,7- 15,3														
<b>Spørsmål 3 (2poeng)</b>	<b>Kan noen av pasientens medikamenter ha bidratt til at hun nå er dårlig?</b> <b>Angi de medisinene som er aktuelle, og nevnt hvordan hver enkelt av dem kan ha bidratt til den aktuelle sykehistorien.</b>															
Kognitivt nivå (kryss av)	K1 (gjengivende) <input type="checkbox"/> K2 (resonnerende) <input type="checkbox"/>															
Svar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diovan Comp – kan ha bidratt til dehydrering og nyresvikt, samt elektrolyttforstyrrelser</li> <li>- Ibox – kan ha bidratt til nyresvikt, kan også føre til gastritt/ulcus med lav Hb og dårlig matlyst til følge</li> </ul>															



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Albyl-E – kan føre til gastritt/ ulcus (spesielt i kombinasjon med NSAIDS), med lav Hb og dårlig matlyst til følge</li> <li>- Ferromax - kan bidra til obstipasjon og magesmerter og dermed dårlig matlyst</li> <li>- Calcigran forte – kan bidra til obstipasjon og dermed dårlig matlyst</li> <li>- Paralgin Forte – kan bidra til obstipasjon og dermed dårlig matlyst, samt bidra til å utløse forvirring/delirium)</li> </ul>
Hva gir poeng?	0,5 poeng for hvert medikament med forklaring, maks 2 poeng totalt

Evt. supplerende vignett til spørsmål 4	Under oppholdet blir det utført rutinemessig ernæringscreening. Hun er 163 cm høy og veier 48 kg, dvs har BMI 18,1. Kostregistrering etter noen dager viser at hun får i seg 1100 kcal, 30 gram protein og 1,5 liter væske pr døgn.			
<b>Spørsmål 4 (1poeng)</b>	<b>Vurder pasientens inntak av henholdsvis kalorier og proteiner.</b>			
Kognitivt nivå <small>(kryss av)</small>	K1 (gjengivende)	<input type="checkbox"/>	K2 (resonnerende)	<input checked="" type="checkbox"/>
Svar	Både kalori- og proteininntaket er for lavt. Energibehovet er på minst 1500 kcal (30 kcal/kg – men egentlig noe høyere da hun er underernært og nå har akutt sykdom). Proteinbehovet er ca 1,5 g/kg, dvs ca 70 g pr døgn.			
Hva gir poeng?	0,5 poeng for hver (kalorier, proteiner), totalt maks 1 poeng. Det er ikke nødvendig å angi normalt behov, men studenten må kunne angi at inntaket er for lite.			

Evt. supplerende vignett til spørsmål 5	<p>Pasienten er uheldig og pådrar seg en infeksjon i løpet av oppholdet. Hun får høy feber, får påvist et infiltrat på røntgen thorax og CRP- stigning til nærmere 300. Det blir startet antibiotika og væske intravenøst, men til tross for dette er matinntaket tilnærmet lik null hele påfølgende uke. Etter forespørsel fra avdelingssykepleier får pasienten anlagt ernæringssonde og det blir startet sondeernæring i henhold til kroppsvekt. Få dager senere utvikler hun perifere ødemer og blir økende tungpust.</p> <p>Kontroll blodprøver viser:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Aktuell verdi</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Normalverdi</td> </tr> </table>				Aktuell verdi	Normalverdi
	Aktuell verdi	Normalverdi				

	Kreatinin (mikromol/l)	123	45- 90	
	Kalium (mmol/l)	2,8	3,5- 4,4	
	Fosfat	0,48	0,71- 1,23	
	Magnesium	0,53	0,71- 0,94	
<b>Spørsmål 5 (1poeng)</b>	<b>Hvilke diagnostiske overveielser gjør du nå?</b>			
Kognitivt nivå (kryss av)	K1 (gjengivende)		K2 (resonnerende)	X
Svar	- Ut fra sykehistorien (undervektig, tilnærmet null inntak siste uke og deretter oppstart ernæring uten forsiktig opptrapping), kliniske funn (ødemer og mulig hjertesvikt) og labfunn (lav kalium, magnesium og fosfat) er tilstanden forenlig med reernæringsyndrom.			
Hva gir poeng?	1 poeng for riktig diagnose			

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

Evt. supplerende vignett til spørsmål 6	
<b>Spørsmål 6 (1poeng)</b>	<b>Hvilken behandling bør iverksettes?</b>
Kognitivt nivå (kryss av)	K1 (gjengivende)    K2 (resonnerende)
Svar	- Behandling: Pasienten bør snarest få tiamin iv el im (burde vært startet før ernæring). Elektrolytter må korrigeres. Det anbefales også vitamintilskudd med Berocca el tilsvarende.) Det bør vurderes å redusere mengde sondeernæring.
Hva gir poeng?	0,5 poeng for hvert bandlingsforslag (totalt 1 poeng for behandling).

Evt. supplerende vignett til spørsmål 7	Etter et langtrukket sykeleie blir pasienten utskrevet tilbake til hjemmet. Som fastlegevikar mottar du epikrise. Det er angitt at pasienten er i «ernæringsmessig risiko».			
<b>Spørsmål 7 (1poeng)</b>	<b>Hva innebærer dette begrepet for videre oppfølging?</b>			
Kognitivt nivå (kryss av)	K1 (gjengivende)	X	K2 (resonnerende)	
Svar	I følge nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, skal alle pasienter som fyller kriterier for «ernæringsmessig risiko» ha en individuell ernæringsplan. I planen skal det være angitt ernæringsstatus, beregnet næringsbehov, inntak, aktuelle tiltak, mål (for eksempel holde stabil vekt eller vektøkning) og anbefalt oppfølging.			

Hva gir poeng?	1 poeng for ernæringsplan (svar som forklarer innholdet i begrepet aksepteres, selv om ordet «ernæringsplan» ikke er nevnt)
----------------	---

<b>Oppgavenavn:</b>	<i>Gi et beskrivende navn – Kun til internt bruk</i>			
Undervisningsenhet:	Epidemiologi			
Oppgaveansvarlig:	Navn:	Johan Håkon Bjørngaard		
	E-post:	Johan.h.bjorngaard@ntnu.no		
	Telefonnummer:			
Læringsmål (ett eller flere)	<p>Læringsmålene finnes på: <a href="https://vev.medisin.ntnu.no/lmdb/qx/build/index.php">https://vev.medisin.ntnu.no/lmdb/qx/build/index.php</a></p> <p><b>IIIC:</b></p> <p>1.1.8 diskutere hvordan klinisk praksis bestemmes av en kombinasjon av usystematisert erfaring, oppfatninger om årsaker og mekanismer og resultater av vitenskapelige undersøkelser</p> <p><b>ID:</b></p> <p>10.1.4 kjenne til viktige studiedesign: randomiserte kontrollerte-, kohort-, case-control – og tverrsnitt-studier</p> <p>10.1.19 definere konfundering og mediering og kunne identifisere disse i enkle situasjoner</p> <p>10.1.27 forklare de viktigste styrker og svakheter ved kohortstudier</p> <p><b>IIAB:</b></p> <p>1.1.6 Kunne definere og tolke et punkttestimat og dets konfidensintervall</p> <p>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</p>			
<b>Oppgave</b>				
Vignett	<p><b>Oppgaven baserer seg på utdelt artikkel:</b></p> <p><b>Liu X, et al. (2017): Antidepressant use during pregnancy and psychiatric disorders in offspring: Danish nationwide register based cohort study. BMJ 2017;358;j3668</b></p> <p><b><a href="http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j3668">http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j3668</a></b></p>			
<b>Spørsmål 1 (1poeng)</b>	Hva var hensikten med studien?			
Kognitivt nivå <small>(kryss av)</small>	K1 (gjengivende)	<input checked="" type="checkbox"/>	K2 (resonnerende)	<input type="checkbox"/>
Svar	Hensikten var å studere sammenhengen mellom eksponering for antidepressiva under svangerskapet og risiko for at barna skulle få en psykiatrisk diagnose.			
Hva gir poeng?				

Evt. supplerende vignett til spørsmål 2	
<b>Spørsmål 2 (0,5poeng)</b>	Hvilket design har studien?
Kognitivt nivå (kryss av)	K1 (gjengivende) <input checked="" type="checkbox"/> K2 (resonnerende) <input type="checkbox"/>
Svar	Kohortstudie
Hva gir poeng?	

Evt. supplerende vignett til spørsmål 3	
<b>Spørsmål 3 (1,5poeng)</b>	a) Hvilke primære og sekundere utfallsmål har studien? b) Hvordan begrunner forfatterne valg av utfallsmål?
Kognitivt nivå (kryss av)	K1 (gjengivende) <input checked="" type="checkbox"/> K2 (resonnerende) <input type="checkbox"/>
Svar	a) Utfallsmålene er basert på dato for første psykiatrisk diagnose hos avkom. Diagnose ble satt ved kontakt med døgn- eller poliklinisk spesialisert psykiatrisk behandling. Primære utfallsmål var diagnose i kapittel F00-F99 (ICD-10). Sekundære utfallsmål var et utvalg av underkategorier av psykiatriske diagnoser. b) Forfatterne gjør et poeng av at man kan gå glipp av viktig informasjon ved kun å undersøke enkelttilstander ved eksponering for antidepressiva i svangerskapet.
Hva gir poeng?	a) Kandidaten må nevne både psykiatriske diagnoser og underkategorier (ikke nødvendig med navn) for å få 1p. Hvis kandidaten kun skriver psykiatriske diagnoser, gis 0,5 poeng. b) 0,5 p

Evt. supplerende vignett til spørsmål 4	
<b>Spørsmål 4 (1poeng)</b>	Hvilket effektmål og mål på presisjon er brukt i Table 2?
Kognitivt nivå (kryss av)	K1 (gjengivende) <input type="checkbox"/> K2 (resonnerende) <input type="checkbox"/>
Svar	Effektmålet er hazard ratio som er et mål på relativ risiko og målet på presisjon er 95% konfidensintervall

Hva gir poeng?	HR 0,5 p, 95%CI 0,5 p

Evt. supplerende vignett til spørsmål 5	
<b>Spørsmål 5 (2poeng)</b>	Hva betyr konfundering (confounding)? Hvilke konfunderende faktorer kan tenkes å være relevante for denne studien?
Kognitivt nivå (kryss av)	K1 (gjengivende)   K2 (resonnerende)   X
Svar	<p>Konfundering betyr effektforveksling hvor en felles årsak til eksponering og utfall skaper en «feil» sammenheng mellom eksponering og utfall.</p> <p>I denne studien kan vi anta at familiær risiko for psykiatrisk sykdom er viktig årsak til behandling av mor under svangerskapet og årsak til psykiatrisk sykdom hos barna.</p> <p>Forfatterne har også listet opp flere potensielle konfunderende faktorer i Tabell 1.</p>
Hva gir poeng?	Korrekt definisjon av konfundering gir 0,5 poeng. Drøfting av konfunderende faktorer fra Tabell 1 gir 0,5 poeng. Drøfting av familiær risiko som kanskje viktigste konfunderende faktor gir 1 poeng.

Evt. supplerende vignett til spørsmål 6	
<b>Spørsmål 6 (2poeng)</b>	Hvordan har forfatterne forsøkt å ta hensyn til konfundering?
Kognitivt nivå (kryss av)	K1 (gjengivende)   K2 (resonnerende)   X
Svar	<p>Forfatterne har justert for mulige konfunderende faktorer (1 p). Ved å dele inn i ueksponerte (ingen bruk av antidepressiva før eller under svangerskapet), de som hadde brukt før, men ikke under svangerskapet (discontinuation group), brukte før og under svangerskapet (continuation group) og nye brukere under svangerskapet, så kan forfatterne til en viss grad skille mellom grad av eksponering og potensiell innvirkning av familiær risiko (0,5 p). De har også sett på om fars eksponering for antidepressiva er assosiert med utfallet. Det er ikke sannsynlig at fars eksponering når mor er gravid skal påvirke barnets psykiatriske sykdomsrisiko (0,5 p)</p>

Hva gir poeng?	

Evt. supplerende vignett til spørsmål 7	
<b>Spørsmål 7 (1poeng)</b>	I en supplerende analyse (supplementary figure), viser forfatterne en analyse av fedres eksponering for medikamenter mot depresjon før og under svangerskapet. Hvordan tolker du disse resultatene?
Kognitivt nivå (kryss av)	K1 (gjengivende) <input type="checkbox"/> K2 (resonnerende) <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>
Svar	Sammenhengen til fedres bruk av antidepressiva under svangerskapet og barnas psykiatriske sykdomsrisiko er mye svakere enn tilsvarende for mors. Dette er en god test på om sammenhengen er drevet av underliggende familiær risiko (den skulle være samme for far som for mor). Samtidig er det en sterkere sammenheng for psykiatriske diagnoser blant de som brukte før og under svangerskapet (continuation group) enn for de om brukte før, men ikke under svangerskapet (discontinued use). Dette kan ses som en indikasjon på confounding for underliggende familiær risiko.
Hva gir poeng?	At kandidaten beskriver at dette er en test på underliggende confounding fra familiær risiko gir 0,5 p. Minst ett av følgende må bli nevnt for å få 0,5 p: (1) Drøfting av betydningen av den reduserte effekten for far versus mor. (2) Sammenhengen for continuation group hos far.

Evt. supplerende vignett til spørsmål 8	
<b>Spørsmål 8(2poeng)</b>	Hva er hovedkonklusjonen til forfatterne?
Kognitivt nivå (kryss av)	K1 (gjengivende) <input checked="" type="checkbox"/> X K2 (resonnerende) <input type="checkbox"/>
Svar	Forfatterne konkluderer ganske forsiktig med at mors bruk av antidepressiva under svangerskapet er assosiert med barnas risiko for psykiatrisk sykdom. De skriver videre at dette kan henge sammen med både mors underliggende psykiatriske morbiditet og <i>in utero</i> eksponering for antidepressiva.
Hva gir poeng?	



Evt. supplerende vignett til spørsmål 9				
<b>Spørsmål 9 (1poeng)</b>	Gi en vurdering av om resultatene i denne studien er generaliserbare			
Kognitivt nivå <small>(kryss av)</small>	K1 (gjengivende)		K2 (resonnerende)	X
Svar	Forfatterne har brukt data fra en dansk populasjon. Det er en antatt biologisk mekanisme (antidepressiva under svangerskapet og avkommets risiko for psykiatrisk sykdom). Dette taler for høy generaliserbarhet. På den andre siden, så har Danmark et velfungerende velferdssystem. Ubehandlet depresjon hos mor kan tenkelig få større konsekvenser i andre land hvor man ikke har tilsvarende støttesystemer.			
Hva gir poeng?				

Evt. supplerende vignett til spørsmål 10				
<b>Spørsmål 10 (2poeng)</b>	Gir denne studien grunnlag for å redusere bruken av medikamenter mot depresjon i svangerskapet? Begrunn svaret.			
Kognitivt nivå <small>(kryss av)</small>	K1 (gjengivende)		K2 (resonnerende)	X
Svar	Her bør kandidaten drøfte avveining mellom mors helse, barnets helse, relativt små forskjeller, samt problemer med konfundering fra underliggende familiær risiko. Kandidaten bør nevne at en slik studie ikke kan benyttes som grunnlag for å endre klinisk praksis i seg selv.			
Hva gir poeng?				

<b>Oppgavenavn:</b>	<i>Trygdemedisin</i>	
Undervisningsenhet:		
Oppgaveansvarlig:	Navn:	Karen Walseth Hara
	E-post:	karen.w.hara@ntnu.no
	Telefonnummer:	
Læringsmål (ett eller flere)	<p>Læringsmålene finnes på: <a href="https://vev.medisin.ntnu.no/lmdb/qx/build/index.php">https://vev.medisin.ntnu.no/lmdb/qx/build/index.php</a></p> <p>3.1.1 gjøre rede for de utfordringene legen har i rollen som sakkyndig ved trygd/ sosiale ytelser</p> <p>3.1.3 gjøre rede for hovedinnholdet i de viktigste lover og bestemmelser som regulerer tilgangen på trygdeytelser og sosiale tjenester og for hvilke trygdeytelser eller sosiale ytelser en pasient kan ha krav på ut fra medisinske funn og opplysninger</p> <p>3.1.5 skrive sykmelding, legeerklæring ved arbeidsuførhet, melding om yrkesskade/yrkessykdom og andre uttalelser vedrørende trygd/ sosiale ytelser og gi pasienten korrekt og forståelig informasjon om hvilke rettigheter og plikter som følger av slike meldinger</p>	
<b>Oppgave</b>		
Vignett	<p>Lise på 32 år er skilt og har aleneomsorg for ei lita jenta på 2 år. Barnefaren bodde sammen med dem inntil han brøt all kontakt da barnet var vel 1 år gammelt. Lises mor døde brått og uventet for en uke siden etter et akutt hjerteinfarkt. Lise har i over 6 år jobbet som resepsjonist på et hotell (IA bedrift) og har nå brukt egenmelding for å være hjemme den første uken etter dødsfallet. Du har vært fastlege for Lise i over 10 år, men hun har kun vært hos deg i forbindelse med svangerskap og fødsel og du har ikke sykmeldt henne tidligere. I dag er første gang du ser henne opprørt og ute av seg. Hun tar til tårene flere ganger og ser trist og sliten ut. Hun sier at hun har knapt sovet den siste uken. Hun føler seg helt utslitt, og opplever at hun ikke helt har forstått at moren virkelig er borte. Hun kan ta seg selv i å snakke høyt til moren som om de var i samme rom, men bryter deretter ut i gråt i visshet om at moren aldri vil kunne svare. Lise ber nå om en forlenget sykmelding på en uke. Hun sier at hun ikke makter å forholde seg til andre mennesker på jobben (redd for å bryte ut i gråt og klarer ikke å samle tankene om annet enn dødsfallet/begravelsen og hvordan hun skal klare å ta vare på barnet). Om fire dager må hun reise til en annen del av landet for å delta i begravelsen. Hun ber også om sovemedisin fordi hun merker at hun må sove mer hvis hun skal klarer å ta vare på</p>	

	<p>barnet på 2 år. I går hadde hun satt en kjele på kokeplaten og sovnet fra dette. Datterens gråt og røykvarsleren som ulte hadde vekket henne.</p> <p><b>Du skal ta stilling til pasientens forespørsel om 100% sykmelding.</b></p>			
<b>Spørsmål 1 (1,5poeng)</b>	<b>Foreligger det egen sykdom i henhold til et anerkjent sykdomsbegrep som kan gi rett til sykmelding.</b> Redegjør for argumenter <u>for</u> og <u>imot</u> , før du gir en begrunnet konklusjon			
Kognitivt nivå <small>(kryss av)</small>	K1 (gjengivende)		K2 (resonnerende)	x
Svar	<p><b>Her er det IKKE kun ett fasit svar. Viktig med en god begrunnelse. Eksempelsvar:</b></p> <p>Taler imot: Sosiale årsaker gir ikke rett til sykepenger. Det må anses som naturlig at en mors dødsfall utløser en tydelig sorgreaksjon.</p> <p>Taler for: Sykehistorien tyder på at dette kan dreie seg om utvikling av en patologisk sorgreaksjon: alvorlige søvnvansker, konsentrasjonsvansker, problemer med å forholde seg til andre mennesker, fornektelse/kortvarig virkelighetsbrist (snakker til den døde moren) i forhold til det som har skjedd, egen bekymring for omsorgsevne for barnet. I dette tilfellet skjedde dødsfallet brått og uventet og dette kan bidra til å forklare en kraftig reaksjon.</p> <p>Ja, det foreligger sykdom i henhold til et anerkjent sykdomsbegrep (symptomdiagnoser godtas). Mest aktuelle diagnoser: P02 Psykisk ubalanse situasjonsbetinget. P06 Søvnforstyrrelse.</p> <p>(Ad regelverket: se rundskriv til kap. 8 om sykepenger. Der står det blant annet: "Sorg er i seg selv ikke en sykdom, men i enkelte særlige tilfeller kan sorgreaksjonen gå utover det normale på en slik måte at man må si at vedkommende er arbeidsufør på grunn av sykdom")</p>			
Hva gir poeng?	<p>Det må generelt utvises skjønn ved poengsettingen i denne oppgaven, alle deloppgaver.</p> <p>Studenten må diskutere for og imot og vise forståelse for at sorg normalt sett ikke er sykdom, men at det kan finnes tilfeller hvor reaksjonen kan sies å gjøre pasienten arbeidsufør pga sykdom. Både ja og nei kan godtas som konklusjon, så lenge diskusjonen er tilfredsstillende.</p>			

Evt. supplerende vignett til spørsmål 2	
<b>Spørsmål 2 (1,5poeng)</b>	<b>Foreligger det helseplager av en slik alvorlighetsgrad at de fører til nedsatt funksjonsevne som kan ha innvirkning på arbeidsevnen.</b> Redegjør for argumenter <u>for</u> og <u>imot</u> , før du gir en begrunnet konklusjon.
Kognitivt nivå <small>(kryss av)</small>	K1 (gjengivende)   K2 (resonnerende)   x
Svar	<p><b>Her er det IKKE kun ett fasit svar. Viktig med en god begrunnelse. Eksempelsvar:</b></p> <p>Taler for: Hun beskriver helseplager (uttalte tretthet pga. søvnvansker, konsentrasjonsvansker, gråtelabil) som er hemmende for daglig fungering både på jobb og hjemme. Alvorlig søvnmangel alene kan ha betydelig innvirkning funksjonsevnen og videre på arbeidsevnen. Samlet funksjonssvikt bør vurderes. Nedsatt fungering i arbeidssituasjoner kombinert med sviktende omsorgsevne er et viktig tegn på at det bør settes inn tiltak. Sykmelding en kort periode kan vær et slikt tiltak. Gradering av sykmelding kan drøftes. Utover dødsfall i nær familie, er det ikke opplyst om andre ikke-medisinske faktorer som kan forklare nedsatt arbeidsevne.</p> <p>Taler imot: Tidsmessig fremstår helsesvikt som en normal reaksjon på morens dødsfall.</p> <p>Konklusjon: Ja, det vurderes å foreligge årsakssammenheng mellom helseplager av en viss alvorlighetsgrad, funksjonssvikt og nedsatt arbeidsevne (se nærmere beskrivelse under "taler for")</p>
Hva gir poeng?	Også her er argumentasjonen viktigere enn konklusjonen. Studenten må diskutere grad av funksjonssvikt, og konsekvenser for arbeidsevne for full skår.

Evt. supplerende vignett til spørsmål 3	
<b>Spørsmål 3 (1poeng)</b>	<b>Foreligger det risikofaktorer for langvarig sykefravær eller kontraindikasjoner til det å sykmelde. Begrunn svaret.</b>

Kognitivt nivå (kryss av)	K1 (gjengivende)	K2 (resonnerende)	x
Svar	<p>Nei, ingen kjente. Hun har hatt samme fastlege i 10 år og har vært lite syk. Hun fremstår som robust ved at hun har fungert i jobb uten sykmelding gjennom flere år inkludert gjennom et svangerskap og gjennom et samlivsbrudd.</p> <p>Risikofaktorer man ser etter er eksempelvis hyppige eller langvarige tidligere sykmeldinger samt sosial belastning som kan tenkes å innvirke på arbeidsevnen (eks.konflikt på arbeidsplassen, store omsorgsoppgaver hjemme ved kronisk sykt barn eller ektefelle som er alkoholiker).. Det opplyses ikke om denne type risikofaktorer i forhistorien.. En evt. risikofaktor er det at hun er kvinne og har aleneomsorg for et barn, men dette er statistisk og mindre relevant i den individuelle kliniske vurderingen som gjøres her.</p> <p>Et kortvarig fravær kan virke preventivt i forhold til langvarig sykdom og fremtidig langvarig fravær.</p>		
Hva gir poeng?	Her bør studenten konkludere med at det ikke foreligger risikofaktorer for full skår. 0,5 poeng viss studenten diskuterer noen relevante momenter og lander på konklusjon om at risikofaktorer foreligger.		

Evt. supplerende vignett til spørsmål 4			
<b>Spørsmål 4 (1poeng)</b>	<b>Foreligger det åpenbare medisinske grunner til at pasienten ikke kan delta i noen som helst slags form for tilrettelagt arbeidsrettet aktivitet. Begrunn svaret.</b>		
Kognitivt nivå (kryss av)	K1 (gjengivende)	K2 (resonnerende)	x
Svar	<p>Nei, det finnes ingen åpenbare medisinske grunner til at tilrettelagt arbeid ikke kan prøves ut. Basert på de medisinske opplysningen vi har foreligger det ikke et sykdomsbilde som er så alvorlig at det vil være "medisinsk kontraindisert" for henne å være i tilrettelagt arbeidsrettetaktivitet. Hun kan sannsynligvis trygt prøve seg i gradert jobb med tilrettelagte og enkle kontoroppgaver i skjermede omgivelser. (Det kan drøftes om det er hensiktsmessig å kreve at hun prøver seg i jobb. I den gitte situasjonen kan 100% sykmelding i inntil en uke fremstå som mest hensiktsmessig. Det er snakk om korttidsfravær i en situasjon der hun fungerer dårlig i jobbsituasjonen og der omsorgsevnen for barnet er redusert. Det å stå i jobb på tross av plagene kan øke risiko for forlenget helsesvikt.. Andre</p>		

	moment kan drøftes: for eksempel hensyn til barnet, behov for å delta i begravelsen, men da omtaler vi omgivelsesfaktorer og ikke det som er relevant ved sykepenger, dvs egen sykdom).
Hva gir poeng?	0,5 poeng for riktig konklusjon, 0,5 poeng for adekvat begrunnelse

Evt. supplerende vignett til spørsmål 5	
<b>Spørsmål 5 (1poeng)</b>	<b>Uavhengig av om hun skal sykmeldes eller ikke, bør du som lege kjenne til om det finnes alternativ til sykmelding i en slik situasjon. Beskriv kort ett alternativ til sykmelding som kan drøftes med pasienter som ber om sykmelding ved dødsfall i nær familie.</b>
Kognitivt nivå <small>(kryss av)</small>	K1 (gjengivende) <input checked="" type="checkbox"/> K2 (resonnerende) <input type="checkbox"/>
Svar	Velferdspermisjon. Velferdspermisjon ved dødsfall i nær familie er ikke en lovfestet rett men noe svært mange arbeidsgivere vil innvilge, ofte med lønn.  (For eksempel: For statlig ansatte er velferdspermisjon ved dødsfall omtalt i Hovedtariffavtalen 7.3.22. NB! Velferdspermisjon er en lovfestet rett ved en rekke andre situasjoner ved for eksempel omsorg for og pleie av nærstående – se Arbeidsmiljøloven§12-10.)
Hva gir poeng?	Velferdspermisjon 0,5 p, beskrivelse av denne (ikke lovfestet, innvilget av arbeidsgiver, ofte med lønn) 0,5 p

<b>Oppgavenavn:</b>	<i>Trygdemedisin 2</i>	
Undervisningsenhet:		
Oppgaveansvarlig:	Navn:	Karen Walseth Hara
	E-post:	<a href="mailto:karen.w.hara@ntnu.no">karen.w.hara@ntnu.no</a>
	Telefonnummer:	
Læringsmål (ett eller flere)	<p>Læringsmålene finnes på: <a href="https://vev.medisin.ntnu.no/lmdb/qx/build/index.php">https://vev.medisin.ntnu.no/lmdb/qx/build/index.php</a></p> <p>3.1.1 gjøre rede for de utfordringene legen har i rollen som sakkyndig ved trygd/ sosiale ytelser</p> <p>3.1.3 gjøre rede for hovedinnholdet i de viktigste lover og bestemmelser som regulerer tilgangen på trygdeytelser og sosiale tjenester og for hvilke trygdeytelser eller sosiale ytelser en pasient kan ha krav på ut fra medisinske funn og opplysninger</p> <p>3.1.5 skrive sykmelding, legeerklæring ved arbeidsuførhet, melding om yrkesskade/yrkessykdom og andre uttalelser vedrørende trygd/ sosiale ytelser og gi pasienten korrekt og forståelig informasjon om hvilke rettigheter og plikter som følger av slike meldinger</p>	
<b>Oppgave</b>		
Vignett	<p>Harald er 35 år, singel og har bodd hele livet i barndomshjemmet sammen med foreldrene sine. Han er yngste sønn i en søskenflokk på seks. Han forteller at han aldri var skoleflink og at etter fullført ungdomsskole begynte han å jobbe i farens bilverksted. Foreldrene har alltid forsørget ham og han har kun hatt lommepenger. Faren døde for et års tid siden og verkstedet ble da lagt ned. Mor på 67 år og sønn lever nå kun av hennes alderspensjon (minstepensjon).</p> <p>Han oppsøker deg som fastlege for første gang og sier at moren har sagt at han må søke om trygd hvis de skal klare seg økonomisk. Du forstår det slik på Harald at han er frisk. Ifølge journal har han ikke vært hos legen siden han hadde en halsinfeksjon mens han gikk på ungdomsskolen.</p> <p>I løpet av samtalen merker du at Harald ikke klarer å holde en vanlig samtale gående. Han svarer på mange av spørsmålene på en litt barnslig måte og med et svært enkelt ordforråd. Du får mistanke om at han har betydelig nedsatt mentalt og kognitiv</p>	



	fungering. Du finner overraskende nok ingen opplysninger om dette i tidligere legejournal.			
<b>Spørsmål 1 (2poeng)</b>	<b>Drøft hvem og hvilke instanser (både i og utenfor NAV) det kan være aktuelt å samarbeid med i den videre utredningen.</b>			
Kognitivt nivå <small>(kryss av)</small>	K1 (gjengivende)		K2 (resonnerende)	x
Svar	<ol style="list-style-type: none"> <li><u>Komparentopplysninger fra mor</u> (sykehistorie, svangerskap/fødsel, barndom/skolegang, fungering som voksen på verkstedet med faren og på fritiden). Evt. fra andre i familien eller nær omgangskrets</li> <li><u>Helsestasjon/skolen</u>: finne frem rapporter fra skoleårene som kan si noe om funksjonsnivået, om det har vært kontakt med pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), osv.)</li> <li><u>Spesialisthelsetjenesten</u>: Henvise til nevropsykolog, voksen (re)habilitering og avklare om det er gjort kartlegginger av eldre dato ved f.eks. Barne- og ungdomspsykiatrisk enhet (BUP).</li> <li><u>NAV</u>: Lokalt NAV kontor er første instans som bør kontaktes. Det kan være aktuelt å trekke inn NAV Arbeidsrådgivning (utredning av lese/skrivevansker, evt. nevropsykologisk utredning, karriere rådgivning).</li> </ol>			
Hva gir poeng?	3 av 4 punkt bør være med for 2 poeng (evt et halvt poeng for hvert riktig svar).			

Evt. supplerende vignett til spørsmål 2	<p>Du blir bedre kjent med Harald gjennom det videre forløp. Det avdekkes ingen tegn til somatisk sykdom. Fysisk er han sterk. Nevropsykologisk utredning konkluderer med redusert evne til læring og hukommelse, samt redusert konsentrasjon og vansker med oppmerksomhet over tid. Han har relativt god innsikt i egne begrensinger. Det konkluderes med at Haralds kognitive vansker mest sannsynligvis skyldes en medfødt hjerneskade og at det er overraskende at han ikke har vært i kontakt med lege og NAV tidligere.</p> <p>Det beskrives at Harald som barn var en stille, blid og samarbeidsvillig gutt som sparket mye fotball og hadde noen få gode venner. Skoleprestasjoner var gjennomgående svært dårlige i alle fag. Familien ønsket imidlertid minst mulig oppmerksomhet rundt dette. De sa at "gud hadde skapt ham slik og da fikk det holde". Ellers beskrives en harmonisk familie og at faren på fritiden alltid var tilstede og hjalp sønnen.</p>
<b>Spørsmål 2 (2poeng)</b>	<b>Han har ingen jobb og er ikke i stand til å forsørge seg selv slik situasjonen er per i dag. Beskriv kort hvilke</b>

		<b>stønader/ytelser som kan komme til anvendelse for å sikre økonomien til Harald.</b>			
Kognitivt nivå (kryss av)	K1 (gjengivende)		K2 (resonnerende)	x	
Svar	1. <u>Uføretrygd</u> (hvis det konkluderes med at arbeidsevnen er betydelig nedsatt i forhold til ett hvert hensiktsmessig arbeid. Medisinske inngangsvilkår.) 2. <u>Arbeidsavklaringspenger</u> (i en utredningsfaser der arbeidsevnen skal avklares. Medisinske inngangsvilkår.) 3. <u>Sosial stønad</u> (hvis han ikke fyller medisinske inngangsvilkår, evt. inntil dette er avklart. Stønad som er forbeholdt den som er "ute av stand til å forsørge seg selv ved arbeid, egne midler eller ved andre økonomiske ytelser de kan ha krav på") 4. <u>Kvalifiseringsstønad</u> (som for sosial stønad, dvs. aktuell når det ikke foreligger medisinsk årsak til nedsatt arbeids- og inntektsevne. Krav til at han deltar i et fastsatt program med arbeidstrening og oppfølging)				
Hva gir poeng?	Som hovedregel 0,5 poeng for hvert av punktene ovenfor som er med. <b>Trekk ½ poeng hvis dagpenger eller sykepenger foreslås. Ikke aktuelt med dagpenger eller sykepenger pga. manglende inntektsgrunnlag.</b> <b>Teller positivt hvis studentene husker tillegget som ung ufør, men det kreves ikke at ung ufør nevnes for å få full poengskår. Tilleggsytelse som "ung ufør" kan komme i tillegg til uføretrygd og AAP, dette vurderes individuelt.</b>				
Evt. supplerende vignett til spørsmål 3	Som fastlege blir du bedt av NAV om å skrive en legeerklæring. Det bes spesielt om at denne inneholder en grundig funksjonsvurdering slik at dette kan danne grunnlag for det videre arbeidet med å vurdere om det er aktuelt å prøve ut tilrettelagt arbeidsrelatert aktivitet.				
<b>Spørsmål 3 (5poeng)</b>	<b>Hvilke hovedpunkter bør være med i en funksjonsvurdering til bruk i NAV?</b> <b>Sett opp en stikkordsmessig tabell eller oversikt som viser:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>hvilke generelle momenter som bør være med i en funksjonsvurdering</li> <li>hvilke av de nevnte momenter (oppgave 3a) kan du si noe konkret om i dette tilfellet</li> <li>hvilke av de nevnte momenter ( oppgave 3a) mangler du opplysninger om</li> </ol>				
Kognitivt nivå (kryss av)	K1 (gjengivende)	x	K2 (resonnerende)	x	

Svar	<p>Studenten skal klare å identifisere hvilke punkter man faktisk har opplysninger om og hva slags informasjon som bør etterspørres.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Legens vurdering av <u>nåsituasjonen</u> (tidsaktuelle, ikke utdaterte opplysninger).</li> <li>2. Beskrivelse av <u>legens egne observasjoner/vurderinger</u> av funksjonsnivå</li> <li>3. Gjerne supplert med <u>pasientens egen beskrivelse</u> og eventuelt observasjoner/vurderinger fra andre instanser (rehabiliteringsinstitusjon, arbeidsmarkedsbedrift). Kilde angis.</li> <li>4. Bredde i funksjonsområder som beskrives, bør inkludere både <u>psykisk og fysisk fungering</u>. Gjerne opplysninger om sosial fungering. (Stikkord: biopsykososial kartlegging av funksjon)</li> <li>5. Ta med både <u>begrensninger og ressurser</u></li> <li>6. Om <u>funksjonsevnen "tidsprofil"</u> ( 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.</li> <li>7. <u>Tempo</u>. Trengs det økt tid på å gjennomføre oppgaver?</li> <li>8. Er funksjonssvikten <u>relatert til bestemte situasjoner</u>? F.eks. sammenligne funksjon på jobb og fritid. Utløsende situasjoner?</li> <li>9. Si noe om hvilke <u>konsekvenser redusert funksjonsnivå kan ha eller helt konkret har hatt for arbeidsevnen</u> (i den grad du har grunnlag for å si noe om dette)</li> </ol> <p>Eksempelsvar: Kort oppsummert om de funksjonsopplysninger vi har (svar på 3b) og de vi mangler(svar på 3c)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Legen har gjort en nylig gjennomgang av saken. Vi har en del tidsaktuelle opplysninger.</li> <li>2. <u>Legens egne observasjoner/funn</u>: Fysisk sterk, Problemer med å holde en samtale gående</li> <li>3. Vi mangler <u>pasientens egen beskrivelse</u> av fungering per i dag. <u>Opplysninger fra andre instanser</u>: Det foreligger en nevropsykologisk vurdering av nylig dato. Ingen observasjoner fra andre instanser (rehabiliteringsinstitusjon, arbeidsmarkedsbedrift)</li> <li>4. <u>Biopsykososialfungering</u>: kognitiv fungering : redusert – se svar fra nevropsykolog. fysisk fungering: ingen svikt beskrevet. emosjonell fungering: lite kjent. Sosial fungering: bra som barn, lite beskrevet nå.</li> </ol>
------	---

	<p>5. begrensninger (kognitiv, nevnt ovenfor) og ressurser (fysisk sterk, sosialt omgjengelig?)</p> <p>6. <u>Tidsprofil</u>. INGEN OPPLYSNINGER</p> <p>7. <u>Tempo</u>. INGEN OPPLYSNINGER</p> <p>8. <u>Situasjonsbestemt funksjonssvikt</u>: INGEN OPPLYSNINGER</p> <p>9. <u>Konsekvenser for arbeidsevnen</u>: Resultater fra nevropsykologisk vurdering tilsier at kognitiv svikt vil kunne ha stor betydning for arbeidsevnen i forhold til de fleste yrker. Men, vi mangler et observasjonsgrunnlag for å kunne si noe om hvordan han faktisk fungerer i konkrete situasjoner. Ingen informasjon om hvilke oppgaver han hadde i farens bedrift, hvor selvstendig jobbet han? Hva slags tilrettelegging ble gjort? Hvordan fungerte han i denne jobben?</p> <p>(Funksjonsvurderingen er ufullstendig og bør suppleres før den kan brukes av NAV til å konkludere vedrørende arbeidsevne. NB! Oppgaveteksten spør ikke etter en sluttvurdering og det stilles ikke krav til at studenten har gjort dette).</p>
Hva gir poeng?	<p>Som hovedregel kreves det at 8 av 9 punkter er nevnt og at opplysninger eller mangel på opplysninger er registrert på disse. Poeng beregnes slik :</p> <p>1 rett ½ poeng,  2 rett 1 poeng  3 rett 2 poeng  4 rett 3 poeng  5 rett 3 ½ poeng  6 rett 4 poeng  7 rett 4 ½ poeng  8-9 rett 5 poeng</p>