Nasjonal delprøve 2018

Oppsummering av sensurkomiteens vurderinger og konklusjoner

1. Oppmøtet ved de ulike studiestedene

Totalt 367 av 378 kandidater gjennomførte prøven. Oppmøtet fordelte seg slik (i prosent):

Studiested	Oppmøte
UiB	100 %
UiT	90 %
UiO	99 %
NTNU	100 %
Totalt oppmøte	**97 %**

2. Kvalitetssikring og studentenes tilbakemeldinger

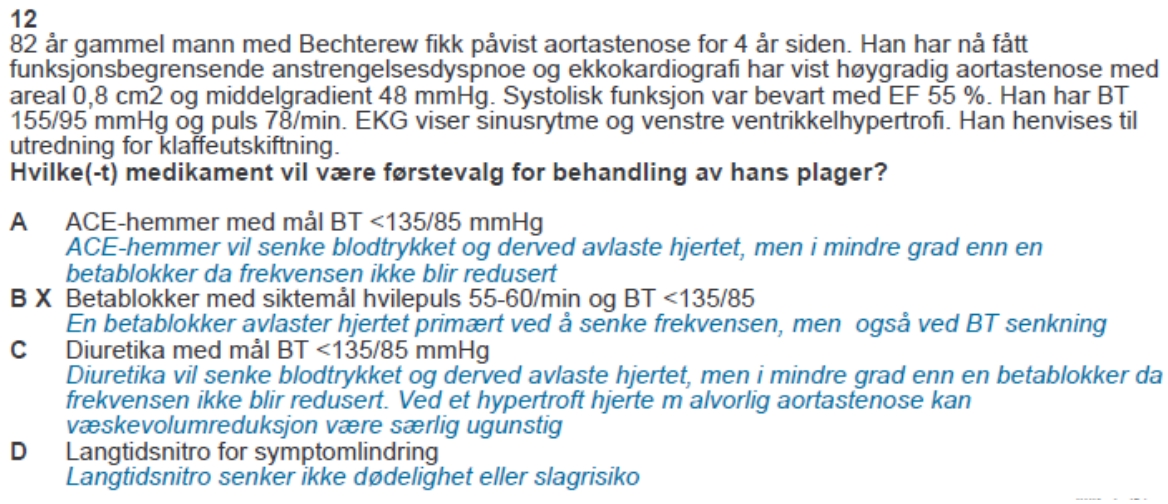
Etter delprøven ble det gjennomført psykometriske analyser på resultatene. Analysene viser at prøven samlet sett hadde god reliabilitet (pålitelighet) og en god diskriminerende evne. Prøvens reliabilitet ligger på 0,87, noe som tyder på at oppgavene som inngår jevnt over har høy kvalitet og at prøven inneholdt et høyt antall spørsmål. At prøven hadde god diskriminerende evne, betyr at spørsmålene som inngikk klarte å skille gruppen av de som svarte best fra de som svarte dårligst. Psykometrien viser også at svaralternativene i spørsmålene ble brukt i tilstrekkelig grad til å kunne konstatere at de var gode og realistiske. Samtidig ble det oppdaget utslag som ga grunnlag for vurdering av hvorvidt enkelte spørsmål oppfylte sin funksjon i prøven.

Fasit med begrunnelser ble lagt ut rett etter at delprøven var gjennomført. Studentene fikk tilsendt en e-post med link til fasit samt link til et nettskjema hvor de kunne sende inn tilbakemeldinger på de ulike spørsmålene. Det var åpent for innsending av tilbakemeldinger fra 13. april til og med 20. april. Noen tilbakemeldinger ble sendt inn på e-post. Erfaringen med MCQ-prøver og det å gi tilbakemelding på spørsmål etterpå er ulik studiestedene imellom. Derfor ble det ikke stilt krav om samlede tilbakemeldinger per kull, eller satt et minimum for antall studenter som må stå bak en enkelt tilbakemelding. Det ble sendt inn tilbakemeldinger fra alle studiestedene og samtlige tilbakemeldinger ble gjennomgått i sensurmøtet.

Følgende 7 spørsmål ble tatt ut eller fikk justert fasitsvar (2 spørsmål):

Grunnlaget for å ta spørsmål ut av oppgavesettet, eller akseptere mer enn ett svar som korrekt, er dels basert på studentenes tilbakemelding (som er gjennomgått i detalj) og dels utslag i den psykometriske analysen.

Spørsmål 12 (kardiologi):



12
82 år gammel mann med Bechterew fikk påvist aortastenose for 4 år siden. Han har nå fått funksjonsbegrensende anstrengelsesdyspnoe og ekkokardiografi har vist høygradig aortastenose med areal 0,8 cm2 og middelgradient 48 mmHg. Systolisk funksjon var bevart med EF 55 %. Han har BT 155/95 mmHg og puls 78/min. EKG viser sinusrytme og venstre ventrikkelhypertrofi. Han henvises til utredning for klaffeutskiftning.
Hvilke(-t) medikament vil være førstevalg for behandling av hans plager?

A ACE-hemmer med mål BT <135/85 mmHg
ACE-hemmer vil senke blodtrykket og derved avlaste hjertet, men i mindre grad enn en betablokker da frekvensen ikke blir redusert
B X Betablokker med siktemål hvilepuls 55-60/min og BT <135/85
En betablokker avlaster hjertet primært ved å senke frekvensen, men også ved BT senkning
C Diuretika med mål BT <135/85 mmHg
Diuretika vil senke blodtrykket og derved avlaste hjertet, men i mindre grad enn en betablokker da frekvensen ikke blir redusert. Ved et hypertroft hjerte m alvorlig aortastenose kan væskevolumreduksjon være særlig ugunstig
D Langtidsnitro for symptomlindring
Langtidsnitro senker ikke dødelighet eller slagrisiko

Studentene viser til retningslinjer som sier at betablokker ikke kan foretrekkes foran ACE-hemmer ved pasienter med aortastenose, og at alternativ A må kunne regnes som riktig svar. Her er det klar diskrepans mellom guidelines og klinisk praksis. SEAS studien som fulgte over 3000 Skandinaviske pasienter med mild til moderat aortastenose fant en klar overdødelighet for pasienter med ubehandlet hypertensjon. Guidelines referer til historiske data med betydelig dårligere pasienter enn de som møtes i klinisk praksis i Norge i dag. I England er det en betydelig andel som fortsatt dør 6 mnd. etter at diagnosen pga. for sen diagnostisering, mens i Norge er det et lite mindretall pga. betydelig bedre diagnostisering i asymptomatisk fase. Internasjonale guidelines gir derfor lite veiledning for behandling av norske pasienter.

For denne aktuelle pasienten vil BT-behandling være indisert og her vil betablokker gi en tilleggsgevinst ved at å senke puls fra 78 – 55-60/min. Dette vil senke gradient over stenosen i tillegg til å senke afterload. Operasjon er det optimale valg av terapi og er derfor gitt som premiss i oppgaven hvor det spørres om hvordan avhjelpe plagene i påvente av operasjon.
Å senke frekvens er standardbehandling ved symptomatisk mitralstenose. Mekanismen er her den samme som ved at gradienten senkes proporsjonalt med frekvens.
Gitt en EF på 55% er det her ikke snakk om hjertesvikt med systolisk svikt. Guidelines for HFpEF er heller ikke relevant der det er en åpenbar klaffefeil som årsak til symptomer.

Psykometrien viser at kun en liten andel av studentene svarte riktig på spørsmålet, og at det må betraktes som vanskelig.

Sensurkomiteen er enig i at dette er en spesialistoppgave og av høy vanskelighetsgrad og oppgaven tas derfor ut.

Spørsmål 18 (kardiologi):

18
En mann på 65 år med kjent KOLS og tiazidbehandlet hypertensjon har den siste uken følt noe tungpust ved anstrengelse, men ligger flatt om natten og har ingen hevelse rundt anklene. Du er fastlegen og måler BT 155/85 mmHg, Hb 14,0 g/dl (13,4-17), NT-proBNP normal og tar EKG som viste atrieflimmer med frekvens 120-130/min. Du starter antikoagulasjon og frekvensregulerende behandling og henviser til EI-konvertering etter 3 uker med NOAK (non-vitamin K-avhengig oral antikoagulasjon).
Hvilket av de følgende medikamentene er best egnet til frekvensreduksjon hos denne pasienten?

A X Diltiazem (kalsiumkanalblokker)
Kalsiumkanalblokkere med effekt på hjertet (verapamil og diltiazem) vil blokkere de spenningsstyrte Ca2+-kanalene (L-type) i hjertemuskelcellene i AV-knuten. Siden AV-knutens celler nesten ikke har Na+-kanaler er Ca2+-influks viktig for å danne og lede aksjonspotensialer og dermed for AV-knutens ledningsevne. Redusert Ca2+-influks vil derfor gi redusert ledningsevne. Færre av impulsene fra atriene vil dermed nå ventriklene og ventrikkelfrekvensen går ned. Siden han har hypertensjon vil dette være et bedre valg enn en beta1-selektiv betablokker da man lettere kan kombinere med annen antihypertensiv medikasjon for å nå behandlingsmålet. En relativt ung mann vil akseptere bivirkningene av kalsiumantagonist bedre enn bivirkningene av en betablokker

B Nifedipin (kalsiumkanalblokker av dihydropyridintype)
Kalsiumkanalblokkere av dihydropyridintype er for praktiske formål karselektive og vil ikke ha noen effekt av betydning på AV-knuten. De egner seg derfor ikke til frekvensreduksjon ved atrieflimmer

C Digoksin (digitalisglykosid)
Ikke førstevalg. Digitalisglykosider som digoksin øker aktiviteten i det parasympatiske nervesystemet. Dette gir økt stimulering av Gi-koblede muskarinbindende acetylkolinreseptorer i AV-knuten. Stimulering av Gi frigjør βγ-subenheter som aktiverer K+-kanaler. Dette gir økt K+-effluks som fører til hyperpolarisering og dermed forsinket depolarisering av hjertemuskelcellene i AV-knuten, med redusert ledningsevne som resultat. Færre av impulsene fra atriene vil dermed nå ventriklene og ventrikkelfrekvensen går ned

D Metoprolol (beta1-selektiv betareseptorantagonist)
Stimulering av β1-adrenerge reseptorer i hjertemuskelcellene i AV-knuten gir, via stimulering av Gs, adenylylsyklase, cAMP og cAMP-avhengig proteinkinase, økt fosforylering av de spenningsstyrte Ca2+-kanalene (L-type), som da kan slippe gjennom mer Ca2+. Dette motvirkes av betablokkere (både β1-selektive og ikke-selektive), som dermed medfører redusert Ca2+-innstrømning og redusert ledningsevne. Færre av impulsene fra atriene vil dermed nå ventriklene og ventrikkelfrekvensen går ned. Har noe mer bivirkninger enn kalsiumkanalblokker med effekt på hjertet, men er førstevalg ved venstre ventrikkelsvikt (påvist f.eks. ved forhøyet NT-proBNP)

2/3 av studentene har svart alternativ D betablokkere, mens 1/3 svarer alternativ A kalsiumkanalblokker. I studentenes tilbakemeldinger argumenteres det for at alternativ D bør sidestilles med alternativ A. Tilbakemeldingene tas til følge og både betablokker og kalsiumantagonist godtas som rett svar.

Både svaralternativ A og D godkjennes som riktige svar.

Spørsmål 40, gastrokirurgi:

40
Kvinne på 35 år har bestilt time hos sin fastlege fordi hun etter å ha gjennomgått 3 graviditeter og fødsler har fått en stor hudfold som henger ned på magen (fettforkle). Hun har også gått mye opp i vekt i svangerskapene og har begynt å røyke igjen. Hun plages mye med fuktighet og eksemdannelse i hudfolden. Hun vil gjerne bli operert for dette, men har ikke råd til å betale for det i privat helsetjeneste. Fastlegen vet at det må oppfylles visse kriterier for å få det gjort på medisinsk grunnlag.
Hvilket kriterium regnes i denne sammenheng som absolutt?

A At fettforkle er over 8 cm med påvist utslett i hudfolden
Kravet er over 10 cm og påvist utslett i hudfolden
B X Røykekutt fire uker før og fire uker etter operasjonen
Røyking vil redusere muligheten for et godt resultat, derfor er dette et absolutt krav, men varig røykeslutt bør tilstrebes. Kilde: Hunskår (red). Allmennmedisin kap 3.2 for alle kategorier.
C At hun ikke skal gjennomgå flere svangerskap etter operasjonen
Ikke et kriterium
D At pasienten ikke har diabetes mellitus type 2
Diabetes type 2 er ikke kontraindikasjon, men det er nødvendig at pasienten ikke har alvorlige tilleggssykdommer

Bare 49% svarte korrekt og spørsmålet har ingen diskriminerende evne. Alternativene var ikke godt formulert og det er usikkerhet vedrørende kriteriene for operativ behandling.

Spørsmålet tas ut.

Spørsmål 43, gastroenterologi:

43
Mann på 45 år har bedt om å få øyeblikkelig hjelp time hos sin fastlege. Årsaken er at han plutselig har fått en kul i underlivet. Han er redd for kreft. Legen finner en kul ca 1,5 cm i diameter like ved siden av analåpningen. Den er kledd av hud, er blåskinnende og øm.
Hva er mest sannsynlige diagnose?

A X Perianalt hematom
Perianalt hematom er hudkledd, har smertefibre og kommer fra nedre del av analkanalen eller like utenfor anus. De oppstår ganske brått. Ved undersøkelse finner man oftest en blåskinnende øm tumor 1-2 cm i diameter. Slike hematomer forekommer hyppig i allmennpraksis. Kilde: Hunskår (red). Allmennmedisin. Kap 3.2 for alle kategorier.
B Analpolypp
Polypper oppstår inne i rektum eller kolon og vokser langsomt. De fleste gir ikke symptomer og oppdages tilfeldig. Hovedproblemet med polypper er risiko for malign utvikling
C Pilonidalcyste (tvilling, sacralcyste)
Presenterer seg vanligvis som en akutt abscess i sacralregionen - i midtlinjen
D Hemoroider
Ekte hemoroider er slimhinnekledde, mangler smertefibre og kommer fra de øvre to tredelene av analkanalen (ovenfor linea dentata)

Studentene har hovedsakelig svart A eller D, og gir tilbakemelding på at flere enn ett svaralternativ kan være riktig. Her er det usikkerhet vedrørende terminologi. Perianalt hematom er ikke det samme som ytre hemorroider og de to alternativene kan derfor ikke aksepteres som riktige. Oppgaven burde imidlertid ha vært klarere formulert.

Spørsmålet tas derfor ut.

Spørsmål 45, gastroenterologi:

45
En 40 år gammel mann kommer til fastlegen og ber om ny resept på omeprazol. Han har brukt denne til og fra i 5-6 år for halsbrann, før dette brukte han i mange år ulike antacida han kjøpte på apoteket. Han har vegret seg for å bli gastroskopert tidligere. Med omeprazol har han lite symptomer, men er han uten medikamentet i bare 3-4 dager, kommer halsbrann tilbake og kan forstyrre ham i arbeid og i søvn.
Hva gjør du nå?

A Du henviser for impedans-pH-måling for å verifisere diagnosen
Klinikken er svært klar og (impedans-) pH-måling gjøres primært der diagnosen er uklar og spesielt før kirurgisk behandling av reflukssykdommen.
B Du ber ham avslutte behandlingen og henviser for gastroskopi
Det kan være lenge å vente på gastroskopi og det er av mindre interesse å vite om han har, og hvilken grad han har av øsofagitt. Det er symptomene som skal behandles.
C Han har god nytte av omeprazol og får ny resept for 12 måneder
Han har lang symptomvarighet og skal gastroskoperes for å utelukke Barretts oesophagus, først og fremst
D X Han fortsetter med omeprazol men henvises også for gastroskopi mens han bruker medikamentet
Det viktige ved gastroskopi er å vurdere om han har Barretts oesophagus, en premalign tilstand som er hyppigere dersom symptomer har vart >5 år.

Kun 51% svarte riktig og spørsmålet har ingen diskriminerende evne. Både alternativ B og D aksepteres som korrekte da "avstanden" mellom disse alternativene vurderes som for liten.

Både alternativ B og D godkjennes som riktig svar.

Spørsmål 66, nefrologi:

66
Som fastlege møter du en 72 år gammel mann med velbehandlet hypertensjon, diabetes type 1 siden ungdommen og gjennomgått hjerteinfarkt. Han har brukt NSAIDs de siste månedene pga. et vondt kne. Serum kreatinin har økt gradvis i løpet av de 4 siste årene fra 68 µmol/L - 112 µmol/L (ref. 60 - 105 mmol/L). Albumin/kreatinin ratio i urin er 120 mg/mmoL. Urin stiks er postiv på albumin, men negativ for blod og leucocyter og urin mikro er negativ. Han har negative immunologiske prøver (ANA, ANCA og antiGBM). Ultralyd nyrer viser lett redusert nyrestørrelse bilateralt, ingen tegn til avløpshinder. HbA1c er 9,2 % (ref. < 6.5 %) og han har nylig vært hos øyenlege som ikke påviste annet enn grå stær.
Hva slags nyresykdom antar du at han har?

A Kronisk glomerulonefritt
B X Hypertensiv nefrosklerose
Kronisk glomerulonefritt er mindre sannsynlig pga. manglende hematuri, interstitiell nefritt pga. manglende leucocyturi, og at kreatininstigningen kom før oppstart med NSAID. Øyenlegen finner kun grå stær, ikke retinopati, hvilket gir lavere sannsynlighet for diabetisk nyresykdom. Hypertensiv nefrosklerose er det beste alternativet.
C Interstitiell nefritt
D Diabetes nefropati

Kun en liten andel av studentene hadde svart riktig på dette spørsmålet. Vignetten beskriver en relativt gammel pasient med diabetes type 1 som har velregulert hypertensjon, men ikke velregulert diabetes, vurdert utfra HbA1c. Dette er forvirrende. Vi kjenner ikke til hvordan diabetesreguleringen har vært over tid. Poenget med oppgaven har vært å illustrere at opptreden av diabetesnefropati hos pasienter med type 1-diabetes tradisjonelt sett er svært sjelden når pasienten ikke samtidig har retinopati, og at andre årsaker til kronisk nyresykdom må mistenkes hos en pasient med normal øyenbunn. Imidlertid er diagnosen hypertensiv nefrosklerose ved benign hypertensjon hos pasienter av ikke-afrikansk opprinnelse også omdiskutert, mens forekomsten av ulike fenotyper kronisk nyresykdom også hos type 1-diabetikere i økende grad er anerkjent. Her kan man nok tenke seg at man histologisk ville finne et uspesifikt blandingsbilde. Det vil i dette tilfellet neppe være aktuelt med nyrebiopsi, og å skille mellom nefrosklerose, diabetesnefropati eller en blandingsform vil dessuten ikke få

behandlingsmessig konsekvens og kun være av akademisk interesse – og dessuten en spesialistoppgave.

Sensurkomitéen vurderer spørsmålet som en spesialistoppgave av høy vanskelighetsgrad, og at det etterspør kunnskap uten klar klinisk relevans. Spørsmålet tas derfor ut.

Spørsmål 87, lungemedisin:

87
Du blir tilkalt til et sykehjem, da en av pasientene, kvinne 81 år, med lett demens og urinretensjon, har hatt feber (38-38,5 ^{o}C) de siste to dager og hatt nedsatt matlyst. Hun har permanent kateter. Før besøket er urinen undersøkt, og det er påvist økt antall hvite i urinen (L3). CRP er målt til 30 mg/L. Av faste medisiner står hun på ACE-hemmer mot høyt blodtrykk, dessuten behandling mot osteoporose. Ved undersøkelse virker hun noe slapp, men nekter for å ha smerter. Det høres noe surkling fra brystet når hun setter seg opp i senga. Det høres inspiratoriske knatrelyder basalt begge lunger. Puls 88/min, regelmessig, respirasjonen virker ubesværet med frekvens 22/min. Magen er uøm og det er ikke dempning svarende til urinblære. Hun har ikke ankelødem.
Hvordan bør pasienten håndteres?

A Hun bør få en penicillinkur (fenoksymetylpenicillin 1 g x 4) med mistanke om pneumoni
Ved pneumoni kan CRP være 30 en gang i sykdomsforløpet, men vil som regel være høyere. Basale knatrelyder er vanlig hos eldre, spesielt når de setter seg opp fra liggende stilling. Ubesværet respirasjon taler mot pneumoni og hjertesvikt.

B Det bør startes behandling med antibiotika mot urinveisinfeksjon som hun, i følge journalen, tåler. Urinprøve til dyrkning bør tas før oppstart av behandlingen.
CRP er vanligvis ikke forhøyet ved nedre UVI. Ved øvre UVI vil CRP også ofte være over 30 mg/L. Leukocytter i urinen er vanlig ved permanent kateter. Unødvendig kur mot UVI bør unngås, pga fare for resistensutvikling. Bør behandle basert på dyrkning.

C Hun bør behandles med furosemid 40 mg x1 med mistanke om venstresidig hjertesvikt
Basale knatrelyder er vanlig hos eldre, spesielt når de setter seg opp fra liggende stilling. Ubesværet respirasjon taler mot pneumoni og hjertesvikt.

D X Det bør ikke startes behandling i dag, men personalet bes ta kontakt og sende urin til dyrking ved vedvarende eller økende feber
Basale knatrelyder er vanlig hos eldre, spesielt når de setter seg opp fra liggende stilling. Ubesværet respirasjon taler mot pneumoni og hjertesvikt.

I kommentar fra studentene er det anført at det mangler info i vignetten for å ta stilling til sepsiskriteriene, og at det er uheldig å vektlegge slike kriterier kraftig i undervisningen for så i eksamensoppgaver å se bort fra kriteriene. Kommentaren er fornuftig, og studentene velger bruk av antibiotika i sine svar. Forsiktighet med bruk av antibiotika hos denne pasientgruppen med permanent kateter er ikke godt nok kjent blant studentene, og det at basale knatrelyder er vanlig hos eldre er heller ikke godt nok kjent.

Spørsmålet tas ut.

Spørsmål 103, fysikalsk medisin og rehabilitering:

103
Du arbeider som LIS 1 på kirurgisk avdeling på et lokalsykehus. En 44 år gammel kvinne er henvist som øyeblikkelig hjelp fra fastlegen på grunn av intraktable korsryggsmerter med strålesmerter i venstre ben til tærne. Du påviser svekket sensibilitet, reduserte refleksutslag og kraftsvikt grad 3 i muskulatur ved klinisk undersøkelse. Du konfererer med nevrokirurgisk avdeling på universitetssykehuset etter at MR viser et skiveprolaps mot venstre L5 nerverot. Nevrokirurgen ber deg gjøre rede for dine kliniske funn og spør om det er samsvar mellom dine kliniske funn og MR svaret.
Hvilke mulige kombinasjoner av kliniske funn vil kunne passe med de radiologiske?

A Redusert kraft for hoftefleksjon og/eller redusert kraft for hofteadduksjon og/eller redusert kraft for ekstensjon i kneleddet, svekket patellarrefleks, redusert sensibilitet fortil på låret
Nerverotaffeksjon L3

B Redusert kraft for eversjon forfot og/eller redusert kraft for plantarfleksjon ankel og/eller redusert kraft fleksjon kneledd, svekket akillesrefleks og redusert sensibilitet femte tå
Nerverotaffeksjon S1

C Redusert kraft for dorsalfleksjon i ankel og/eller redusert kraft for ekstensjon i stortå, svekket patellarrefleks, redusert sensibilitet stortå
Nerverotaffeksjon L4

D X Redusert kraft for eversjon forfot og/eller redusert kraft for ekstensjon stortå og/eller redusert kraft for abduksjon hofte, redusert sensibilitet mellom første og andre tå
Nerverotaffeksjon L5

Oppgaven har høy vanskelighetsgrad. Studentene kommenterer at det rette svaret (D) ikke samsvarer med hva de har lært i forelesningene og heller ikke hva NEL sier om nerverotaffeksjon L5. Fagkomité i muskel/skjelett – revmatologi og nevrologi vil arbeide videre med å kartlegge hvordan fagfeltet nerverotaffeksjon undervises ved våre læresteder.

Sensurkomitéen velger derfor å ta ut denne oppgaven.

Spørsmål 140, ortopedi:

140
En 65 år gammer tildligere frisk kvinne kommer til legevakten pga. akutt oppståtte smerter i ryggen. Smertene oppstod i det hun hjalp til med å løfte et kjøleskap tidligere på dagen. Hun har tatt en paracetamol uten effekt, smertene vedvarer og hun har vanskeligheter med å gå, sette seg og reise seg. Hun har ikke strålesmerter til beina eller andre røde flagg.
Hva gjør du videre?

A Sender med henne smertestillende og ber henne om å se det an noen dager
Kan være lumbago, men nyoppståtte ryggsmerter hos tidligere frisk pasient > 50 bør utløse diagnostikk med røntgen.

B Henviser til MR med spørsmål om prolaps
Ikke alle prolaps gir strålesmerter, men så lenge det ikke er nevrologiske flagg kan MR avvente.

C X Henviser til røntgen med tanke på brudd
Nyoppståtte ryggsmerter hos pasient over 55 år er rødt flagg. Postmenopausal, osteoporotisk fraktur må mistenkes.

D Henviser til ortoped som ø-hjelp for vurdering
Ortoped vil nok be om at det tas røntgen først med tanke på osteoporotisk fraktur.

Oppgaven har høy vanskelighetsgrad. To studenter har kommentert på at det i oppgaveteksten er anført at det ikke foreligger røde flagg, mens det rette svaralternativet (C) skal velges fordi det er rødt flagg i sykehistorien (nyoppståtte ryggsmerter hos pasient over 55 år). Det blir derfor en inkonsistens i oppgaven som gjør at studentene velger svaralternativ A. I fagfellevurderingen av denne oppgaven heter det «Det er ikke legevaktsarbeid å henvise til røntgen i dette tilfelle. Det kan fint vente noen dager, så kan fastlege ta hånd om eventuell videre utredning dersom ikke smertene går over». Dette samsvarer med det majoriteten av studentene har valgt som rett svaralternativ

Sensurkomitéen velger derfor å ta ut denne oppgaven.

Sensurkomitéens vurderinger av spørsmål som har pekt seg ut i psykometrien, men som ikke har ført til endringer i fasit:

Spørsmål 38 (gastrokirurgi):

Psykometrien viser at spørsmålet har negativ diskriminerende evne. Studentene har svart alternativ A og B, få studenter svarte riktig alternativ som er D. Det er allikevel noe studentene burde kunne. Det har ikke kommet noen tilbakemeldinger på spørsmålet fra studentene. ***Spørsmålet blir stående.***

Spørsmål 144 (ortopedi):

Oppgaven har høy vanskelighetsgrad. Ingressen inneholder få opplysninger, det står ikke noe om hevelse eller feilstilling. Det er heller ikke bilde av venstre håndledd som det vil være naturlig å sammenligne med når det gjelder epifyseskader, spesielt dersom problemstillingen er dislosert/ustabil epifysiolysefraktur. Mangel på slik informasjon i ingressen kan ha bidratt til studentens valg. Retningslinjene for behandling av epifysiolyse i radius er imidlertid som beskrevet i svaralternativ A. Det er derfor et pedagogisk poeng i oppgaven som fremstår som viktigst, nemlig smertelindring med gips i tre uker og ikke mer røntgenbelastning enn høyst nødvendig for en 10 åring. ***Selv om spørsmålet er vanskelig blir det stående.***

Sensurkomitéens vurderinger av tilbakemeldinger som ikke har ført til endringer i fasit:

Spørsmål 4 (kardiologi):

Platehemmer er indisert ved TIA når det ikke samtidig er atrieflimmer. Varigheten er her underordnet. Ved atrieflimmer skal det gis OAK alene. ***Spørsmålet blir stående***.

Spørsmål 9 (kardiologi):

Om du fanger sikker STEMI på nytt EKG vil ekko ikke være til hjelp, men det er sjelden. Det skal gjøres EKKO uansett i denne situasjonen. ***Spørsmålet blir stående.***

Spørsmål 10 (kardiologi):

Her er det en typisk flutter som sjeldent er asymptomatisk. Man kan forsøke blokkering av overledning med medikamenter, men dette virker dårligere enn ved atrieflimmer. Pasienten vil derfor ha stor nytte av elektrokonvertering. Om man får effekt av medikamenter på frekvens kan man velge å avvente elektrokonvertering 3 uker om man er i tvil om symptomvarighet. Denne pasienten beskriver tydelige symptomer av kort varighet. I denne oppgaven er valget mellom å antikoagulere og senere kontroll, dvs. utelukkende frekvenskontroll versus antikoagulasjon og elektrokonvertering. Ved atrieflutter vil rytmekontroll ha større sannsynlighet for å gi symptombedring og det oppnås sikrest med elektrokonvertering. ***Spørsmålet blir stående.***

Spørsmål 13 (kardiologi):

Temperaturstigning som leder til takning av blodkultur (dvs. >38,5) skjer etter operasjon, men pasienten har temp 38,2, CRP 65 og emboli, noe som i seg selv er et symptom på endokarditt. Dette

skulle gjort at man tenkte alternative diagnoser til atrieflimmer emboli hos en 73 år gammel kvinne som har CHADS vasc på 3 (alder 1, hypertensjon 1, kvinne 1) med 3% risiko for cerebral emboli/år.

Studentene mener at vignetten på spørsmålet er uklar. Vignetten kunne vært tydeligere på når temp og CRP er tatt (ved innkomst). Samtidig er det tydelig at pasienten har embolus og det er ikke tvil om at CRP har vært høy ved innkomst. ***Spørsmålet blir stående.***

Spørsmål 22 (kardiologi):

Som angitt i tilbakemeldingen er væskerestriksjon viktig, men kun der det er symptomer på overvæsking og/eller hyponatremi. I denne oppgaven er pasienten asymptomatisk. Da er sannsynligheten for overvæsking eller hyponatremi lite aktuelt. Da gjenstår fysisk aktivitet som godt dokumentert behandling som bedrer livskvalitet, hjertefunksjon og yteevne hos hjertesviktpasienter.

De aller fleste studentene svarer riktig på dette og spørsmålet viser en tilfredsstillende diskriminerende evne. ***Spørsmålet blir stående.***

Spørsmål 30 (gastrokirurgi):

Her svarte 85% korrekt alternativ A. De andre svaralternativene var svært lite sannsynlige ut fra den kliniske situasjonen. Selv om ikke formelle sepsiskriterier er tilstede er situasjonen tydelig preget av alvorlig infeksjon og svaralternativ A er helt klart det mest korrekte. ***Spørsmålet blir stående***.

Spørsmål 46 (gastroenterologi):

56% svarer riktig, men spørsmålet har liten diskriminerende evne. Symptomatologien trekker klart i retning av funksjonell dyspepsi (ikke nattlige plager, smerter og kvalme). ***Spørsmålet blir stående***.

Spørsmål 51 (gastroenterologi):

Biokjemien passer klart best med kronisk leversykdom, som også er langt vanligere enn myeloproliferativ sykdom. Bare 51% svarte riktig, men spørsmålet viser god diskriminerende evne. ***Spørsmålet blir stående uten endringer.***

Spørsmål 52 (gastroenterologi):

Både sykehistorie og histologi passer klart best med nevroendokrin tumor. Kromograninfarget snitt er til hjelp, men tolkning av dette ikke nødvendig. 59% svarte riktig, og spørsmålet har en meget god diskriminerende evne. ***Spørsmålet blir stående.***

Spørsmål 54 (gastroenterologi):

57% svarer riktig og spørsmålet har god diskriminerende evne. ASAT/ALAT-verdier har nærmest ingen prognostisk betydning ved akutt leverskade ved paracetamolintoksikasjon. INR er absolutt beste prognostiske parameter. Dette er undervist flere ganger i studiet og er ikke primært et tema som omtales under akutte forgiftninger, men generell kunnskap fra fordøyelsessykdommer og medisinsk biokjemi. ***Spørsmålet blir stående.***

Spørsmål 56 (gastroenterologi):

70% av studentene svarer riktig. 75 år gammel mann med endrede avføringsvaner skal henvises til kolonoskopi, tidligere IBS diagnose endrer ikke dette. ***Spørsmålet blir stående.***

Spørsmål 60 (nefrologi):

Oppgaven vurderes som litt vanskelig, men god og den diskriminerer godt. Hensikten med oppgaven er at anemi sjeldent blir så uttalt før pasienten har kronisk nyresykdom stadium 5, og man må tenke at det er andre underliggende årsaker til det bildet man ser. Alle laboratorieprøvene bekrefter jernmangel, og hos pasienter i denne aldersgruppen skal da cancer i GI-traktus mistenkes. Erytropoiesestimulerende midler (ESA/EPO) skal uansett ikke brukes før jernmangelen er korrigert. ***Spørsmålet blir stående.***

Spørsmål 63 (nefrologi):

Hos pasienten i denne oppgaven er blodtrykket alene ikke så høyt at behandling skal iverksettes uten kunnskap om total kardiovaskulær risiko. Livsstilsendringer skal alltid inngå som en del av behandlingen, men for å kunne foreslå endringer i levevaner, må man vite mer om disse hos den enkelte pasient. Full kartlegging av øvrige risikofaktorer er nødvendige for å ta stilling til om og eventuelt når medikamentell behandling bør tilbys i tillegg. ***Spørsmålet blir stående***.

Spørsmål 68 (nefrologi):

Dialyse er spesialistbehandling, men leger i førstelinjetjenesten må kjenne til hovedprinsippene i håndtering og behandling av PD-assosiert peritonitt siden denne komplikasjonen vanligvis oppstår utenfor sykehus. Pasienter i peritoneal dialyse skal alltid innlegges ved avdeling med kompetanse på og utstyr for denne behandlingen (dvs. nyreavdeling/-seksjon ved større sykehus). I vignetten angis at dialysevæsken er uklar. Behandling kan ikke vente til svar på blodkultur foreligger. ***Spørsmålet blir stående.***

Spørsmål 77 (urologi):

I spørsmålet er man ute etter å kartlegge årsakene til en stigende PSA. MR-bekken vil ikke gi riktig informasjon i forhold til dette. ***Spørsmålet blir stående.***

Spørsmål 80 (urologi):

Det gjøres ikke biopsi gjennom testikkel. ***Spørsmålet blir stående.***

Spørsmål 86 (lungemedisin):

Pasienten har høy Well's score og mistanken om lungeemboli er høy ut fra sykehistorien. Diagnostikk av lungeemboli må få prioritet. Studentene har kommentert at man kan ikke se bort fra NSTEMI ut fra vignetten slik at ecco cor også kan være et godt svar, men i en slik setting vil lungeemboli være det

viktigste å avklare. Oppgaven vurderes som litt vanskelig, men den har god diskriminerende evne og gode distraktorer. ***Spørsmålet blir stående.***

Spørsmål 93 (lungemedisin):

Dette spørsmålet har negativ diskriminerende evne med verdi på 0,01. Imidlertid er det ikke spesielt vanskelig, med 78% rette svar totalt sett. De som ikke velger ekspektans (A) velger astmabehandling. Det er for tidlig i forløpet å gjøre dette, og bør avventes til man har fått gjennomført spirometri. Spørsmålet omhandler en vanlig og viktig problemstilling, og selv om det ikke er så gode distraktorer bør det få bli. ***Spørsmålet blir stående.***

Spørsmål 98 (endokrinologi):

Dette spørsmålet er kommentert av studentene fordi vignetten ikke tilfredsstiller diagnosekriteriene for diabetes gitt ved at HbA1c skal gjentas før diagnoses stilles, eller det skal være glukose over 11,1. Imidlertid er det her også samtidig tilstedeværelse av anti-GAD og i tillegg symptomer, som gjør at diagnosen er sikker. Dessuten viser psykometrien at de som velger feil svar på oppgaven i hovedsak svarer at pasienten har diabetes type 2, noe som ikke er tilfelle med normalt c-peptid og tilstedeværelse av anti-GAD. Det er bare 52 % som har rett svar, men oppgaven har god diskriminerende evne.

Spørsmålet blir stående.

Spørsmål 99 (endokrinologi):

En student kommenterer at forkjølelsessymptomer kan gi mistanke om subakutt thyreoiditt, men det er ikke anført forkjølelsessymptomer, men nedsatt fysisk kapasitet og nattesvette. Nesten alle studentene (93%) svarte dessuten riktig på oppgaven. ***Spørsmålet blir stående.***

Spørsmål 106 (fysikalsk medisin og rehabilitering):

Oppgaven har svært lav vanskelighetsgrad. Rett svar (D) diskriminerer dårlig, men det har nær sammenheng med at spørsmålet har lav vanskelighetsgrad.
På denne oppgaven har 92% av studentene svart riktig. ***Spørsmålet blir stående.***

Spørsmål 115 (infeksjonsmedisin):

Denne oppgaven har fått kommentar på at vignetten er utydelig formulert. Sensurkomiteen er enig i dette, men samtidig har 55% av studentene rett på oppgaven, og den har god diskriminerende evne. Oppgaven krever at man må tenke seg litt ekstra om slik den er formulert, men den er ikke umulig å svare på og kan få bli. ***Spørsmålet blir stående.***

Spørsmål 118 (infeksjonsmedisin):

Studentene kommenterer at man kan tolke spørsmålet dithen at når det ikke er spesifisert i vignetten så kan spørsmålet være hva som er raskeste måte å diagnostisere ALLE subgrupper av legionellose ettersom antigentest i urinen kun diagnostiserer subgruppe 1. Imidlertid er dette den mest kliniske

relevante subgruppen, slik at det gjøres ingen endring i fasit. Spørsmålet har god diskriminerende evne og de fleste studentene hadde svart riktig. ***Spørsmålet blir stående.***

Spørsmål 119 (infeksjonsmedisin):

En student kommenterer at det er anført flere mulig medikamenter i retningslinjene. Imidlertid er rett svar det som er mest brukt, og det som anbefales først og fremst for denne pasientgruppen. ***Spørsmålet har god diskriminerende evne og blir stående.***

Spørsmål 126 (infeksjonsmedisin):

En student kommenterer ordlyden i fasit. Dette kan selvsagt endres på, men oppgaven er god, og spørsmålet har god diskriminerende evne. ***Spørsmålet blir stående.***

Spørsmål 127 (gastroenterologi):

Sykehistorien gir ingen mistanke om at dette er noe annet enn en enkel «turistdiaré» og tiltak er ikke nødvendig. ***Spørsmålet blir stående.***

Spørsmål 129 (revmatologi):

Essensen i oppgaven er å skille mellom kliniske funn ved polymyositt og polymyalgia rheumatica. Det er ikke typisk med muskelsvakheter ved polymyalgia rheumatica. Oppgaven har middels vanskelighetsgrad og meget god diskriminerende evne. ***Spørsmålet blir stående.***

Spørsmål 141 (ortopedi):

I oppgaven beskrives et alvorlig vridningstraume og problemer med å belaste kneleddet. Røntgen for å utelukke brudd blir derfor beste akutte tiltak. Oppgaven er relativt vanskelig, men diskriminerende evne er god. ***Spørsmålet blir stående.***