

Sammanställning av tentafrågor K9

1. [Cerebrovaskulär sjukdom](#) – s. 3
2. [Öron](#) – s. 12
3. [Näsa](#) – s. 19
4. [Hals](#) – s. 28
5. [Ögon](#) – s. 45
6. [Neurodegenerativ sjukdom](#) – s. 71
7. [Affektiv sjukdom](#) – s. 80
8. [Ångest](#) – s. 96
9. [Psykosjukdom](#) – s. 113
10. [Barns utveckling](#) – s. 122
11. [Epilepsi](#) – s. 144
12. [Fristående frågor](#) – s. 161

Sammanställning av:

Ordinarie K9 HT20
Omtentamen K9 HT20
Ordinarie K9 VT21
Omtentamen K9 VT21

Cerebrovaskulär sjukdom

Fråga 1:1 (100p kvar)

Fall 1: Hans 49 år

En 49-årig man söker dig som akutläkare på akutmottagningen kl 21.30 på grund av huvudvärk.

Fråga 1:1 (5p) Vilka anamnestiska uppgifter tar du upp som är viktiga för att förstå vilken typ av huvudvärk det rör sig om?

()

Fråga 1:3 (91p kvar)

En 49-årig man söker dig som akuttäskare på akutmottagningen kl 21.30 på grund av huvudvärk. Huvudvärken debuterade plötsligt, sekundärsabbt, igår morse i samband med att han satt på toaletten. Tagit 4 st alvedon med otillräcklig effekt. Huvudvärken sitter i hela huvudet men är värst occipitalt och beskrivs som sprängande. Lätt illamående men inga kräkningar. Smärtpåverkad. Ingen årtlighet av huvudvärk. Relativt lugnt arbete som lantbrevbärare och stabil familjsituation. Frisk i övrigt och förnekar överdriven alkoholkonsumtion.

Återkoppling 1:2: Du bör undersöka vakenhetsgrad, blodtryck, ögonbottnar, pupillstorlek, nackstyvhet, neurologiska bortfall, palpationsömheter över temporalartär, muskulär ömhet/spändhet i nacke/axlar. (Mål: Ta upp anamnes, genomföra fysikaliskt status, tolka basala fysikaliska fynd och dokumentera detta i journal vid preoperativ bedömning samt vid symtom och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9A138,K9A139, K9B70, K9B72, K9B122, K9B161, K9B165, K9C184, K9C185)

Vid undersökning finner du inga neurologiska bortfall. Patienten är vaken och orienterad men illamående och smärtpåverkad. Skarpa ögonbottnar. Normalvida pupiller som reagerar ua för ljus. Ingen ömhet över temporalartärerna. Afebril. Nackstel. BT 155/90. Puls 80. Blodstatus inkl SR och CRP är normalt.

Fråga 1:3 (2p) Hur går du vidare? Vad misstänker du?

Fråga 1:4 (89p kvar)

En 49-årig man söker dig som akutläkare på akutmottagningen kl 21.30 på grund av huvudvärk. Huvudvärken debuterade plötsligt, sekundsabbbt, igår morse i samband med att han satt på toaletten. Tagit 4 st alvedon med otillräcklig effekt. Huvudvärken sitter i hela huvudet men är värst occipitalt och beskrivs som sprängande. Lätt illamående men inga kräkningar. Smärtpåverkad. Ingen ärlighet av huvudvärk. Relativt lugnt arbete som lantbrevbärare och stabil familjesituation. Frisk i övrigt och fömekar överdriven alkoholkonsumtion. Vid undersökning finner du inga neurologiska bortfall. Patienten är vaken och orienterad men illamående och smärtpåverkad. Skarpa ögonbottnar. Normalvida pupiller som reagerar ua för ljus. Ingen ömhet över temporalartärena. Afebril. Nackstel. BT 155/90. Puls 80. Blodstatus inkl SR och CRP är normalt.

Aterkoppling 1:3: Du gör en akut datortomografi huvud för att utesluta subarachnoidalblödning (SAB). (Mål: Förestå och motivera val av basala diagnostiska metoder samt formulera relevanta remissar för diagnostiska undersökningar vid sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9A8, K9A15, K9A138, K9A139, K9B70, K9B72, K9B122, K9C184 K9C185)

Datortomografi huvud utfaller normalt.

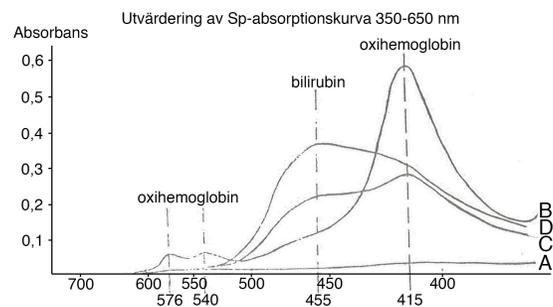
Fråga 1:4 (2p) Vad blir ditt nästa steg? Beskriv vad du tar reda på och undersöker innan detta steg?

Fråga 1:5 (87p kvar)

En 49-årig man söker dig som akutmottagning på akutmottagningen kl 21.30 på grund av huvudvärk. Huvudvärken debuterade plötsligt, sekundsnabbt, igår morse i samband med att han satt på toaletten. Tagit 4 st alvedon med otillräcklig effekt. Huvudvärken sitter i hela huvudet men är värst occipitalt och beskrivs som sprängande. Lätt illamående men inga kräkningar. Smärtpåverkad. Ingen ärtlighet av huvudvärk. Relativt lugnt arbete som lantbrevbärare och stabil familjesituation. Frisk i övrigt och förnekar överdriven alkoholkonsumtion. Vid undersökning finner du inga neurologiska bortfall. Patienten är vaken och orienterad men illamående och smärtpåverkad. Skarpa ögonbottnar. Normala pupiller som reagerar ua för ljus. Ingen ömhet över temporalarterna. Afebril. Nackstel. BT 155/90. Puls 80. Blodstatus inkl SR och CRP är normalt. Du gör en akut datortomografi huvud för att utesluta subarachnoidalblödning. Dator skulle utfaller normalt.

Aterkoppling 1:4: Du konstaterar att han inte har blodförtunnande medicin och har skarpa ögonbottnar innan du gör en lumbalpunktion. (Mål: Analysera och värdera användning av och risker med diagnostiska metoder och behandlingar för sjukdomar inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9A6, K9A15, K9B72, K9B122)

Likvorundersökning visar hallonsaffärgad likvor som efter centrifugering är klar. Absorbanskurva visas nedan.

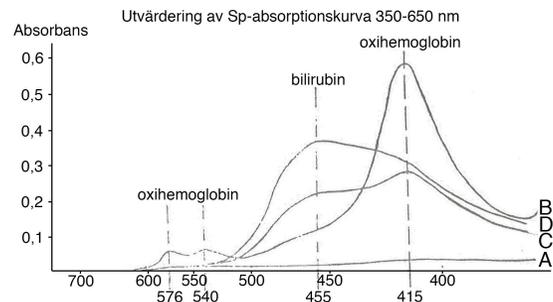


Fråga 1:5 (2,5p) Förklara de olika kurvorna A till D i bilden och ange ungefärlig ålder på blödning för respektive kurva. Vilken kurva stämmer bäst med en 1,5 dagar gammal subarachnoidalblödning (SAB)?

Fråga 1:6a & b (84,5p kvar)

En 49-årig man söker dig som akutläkare på akutmottagningen kl 21.30 på grund av huvudvärk. Huvudvärken debuterade plötsligt, sekundsnabbt, igår morse i samband med att han satt på toaletten. Tagit 4 st alvedon med otillräcklig effekt. Huvudvärken sitter i hela huvudet men är värst occipitalt och beskrivs som sprängande. Lätt illamående men inga kräkningar. Smärtpåverkad. Ingen ärtfyllighet av huvudvärk. Relativt lugnt arbete som lantbrevbärare och stabil familjesituation. Frisk i övrigt och förnekar överdriven alkoholkonsumtion. Vid undersökning finner du inga neurologiska bortfall. Patienten är vaken och orienterad men illamående och smärtpåverkad. Skarpa ögonbottnar. Normala pupiller som reagerar ua för ljus. Ingen ömhet över temporalartärens. Afebril. Nackstel. BT 155/90. Puls 80. Blodstatus inkl SR och CRP är normalt. Du gör en akut datortomografi huvud för att utesluta subarachnoidalblödning. Dator skulle utfalla normalt. Du konstaterar att han inte har blodförtunnande medicin och har skarpa ögonbottnar innan du gör en lumbalpunktion. Likvorundersökning visar halonsaftfärgad likvor som efter centrifugering är klar.

Återkoppling 1.5:



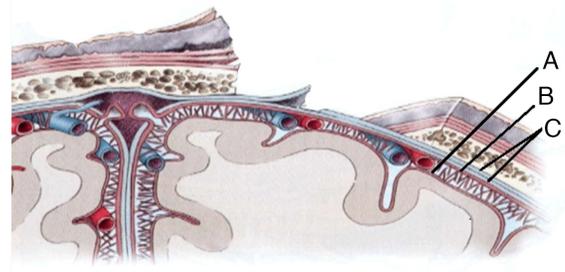
Oxihemoglobin från blodningens erythrocyter bryts med tiden ned till slutprodukten bilirubin. A=normal bild, B=2 dgr gammal SAB, C=4 dgr gammal SAB, D=6 dgr gammal SAB. (Mål: Analysera och värdera symtom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9A6, K9A15, K9B7Z)

Fråga 1:6a (1,5p) Ange namnen för de olika hjärnhinnorna A, B och C i bilden nedan.

A) B) C)

Fråga 1:6b (1p) Markera och namnge subdural- respektive subarachnoidalrummen i bilden nedan.

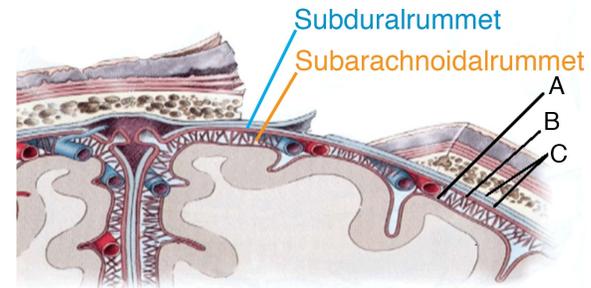
Rita och skriv i bilden nedan med ritverktygen i ovankant. Använd inte annoteringsverktyget till höger. Rättarna kan inte se dina annoteringar.

 Replay


Fråga 1:7 (82p kvar)

En 49-årig man söker dig som akutläkare på akutmottagningen kl 21.30 på grund av huvudvärk. Huvudvärken debuterade plötsligt, sekundsnabbt, igår morse i samband med att han satt på toaletten. Tagit 4 st alvedon med otillräcklig effekt. Huvudvärken sitter i hela huvudet men är värst occipitalt och beskrivs som sprängande. Lätt illamående men inga kräkningar. Smärtpåverkad. Ingen ärtlighet av huvudvärk. Relativt lugnt arbete som lantbrevbärare och stabil familjesituation. Frisk i övrigt och förnekar överdriven alkoholkonsumtion. Vid undersökning finner du inga neurologiska bortfall. Patienten är vaken och orienterad men illamående och smärtpåverkad. Skarpa ögonbottnar. Normala pupiller som reagerar ua för ljus. Ingen ömhet över temporalarterna. Afebril. Nackstel. BT 155/90. Puls 80. Blodstatus inkl SR och CRP är normalt. Du gör en akut datortomografi huvud för att utesluta subarachnoidalblödning. Dator skulle utfaller normalt. Du konstaterar att han inte har blodförtunnande medicin och har skarpa ögonbottnar innan du gör en lumbalpunktion. Likvorundersökning visar halionsaltförgad likvor som efter centrifugering är klar.

Återkoppling 1.6:



A= Pia mater, B= Arachnoidea mater, C= Dura mater. (Mål: Analysera och värdera symtom, undersökningsynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9A9, K9B70)

Datorangiografi visar ett arteria communicans posterior aneurysm som opereras påföljande dag på neurokirurgen.

Fråga 1:7 (2p) Vilka behandlingsmetoder finns det? Vilka relativt vanliga komplikationer kan uppkomma om man inte behandlar akut?

Återkoppling Fall 1 (80p kvar)

Återkoppling 1:7: Clipping och coiling är två sätt att behandla ett aneurysm. Hydrocefalus, vasospasm och reblödning är komplikationer som kan uppkomma om man inte behandlar aneurysmet akut. *(Mål: Förklara principer för insittande och genomförande av åtgärder och uppföljning av vanliga och principiellt viktiga sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. KGB15, KGB72, KGB165)*

Efter en lyckad operation kunde Hans så småningom återgå i halvtidsarbete som lantbrevbärare efter en tids rehabilitering. Dock har han kvarstående "hjärntrötthet".

Denna sida innehåller ingen fråga (du kommer att få ett varningsmeddelande om att du inte besvarat frågan när du går vidare - du kan bortse från denna varning!)

Slut på fallet

Öron

Fråga 4:1 (39p kvar)

Fall 4: Ahmed 60 år

Du är öronläkare och får som jourfall 60-åriga Ahmed, som kommer med tolk. Tolken förklarar att Ahmed har ont i vänster öra sedan en vecka. Det molvårker och Ahmed har haft svårt att sova de sista nätterna. Annars har han inte varit sjuk och på din fråga förnekas att han har haft feber.

Du tittar i båda öronen och på höger sida ser du en blek trumhinna som är lite ärrig. På vänster sida ser du ingen trumhinna för det sitter mörkt vax långt inne i hörselgången

Fråga 4:1 (3p) Vad vill du veta mer om Ahmed innan du beslutar om åtgärd?

á

Fråga 4:2 (36p kvar)

Du är öronläkare och får som jourfall 60-åriga Ahmed, som kommer med tolk. Tolken förklarar att Ahmed har ont i vänster öra sedan en vecka. Det molvärker och Ahmed har haft svårt att sova de sista nätterna. Annars har han inte varit sjuk och på din fråga förnekas att han har haft feber. Du tittar i båda öronen och på höger sida ser du en blek trumhinna som är lite ärrig. På vänster sida ser du ingen trumhinna för det sitter mörkt vax långt inne i hörselgången.

Återkoppling 4:1: Innan du beslutar om åtgärd vill du veta om Ahmed har haft krångel med öronen tidigare. Har örat opererats tidigare? Har det runnit nu eller tidigare? (Mål: *Identifiera, analysera och värdera risk- och skyddsfaktorer för uppkomst av sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler samt inom psykiatri, K9A53, K9A54, K9B111*)

Jo, Ahmed var ett "öronbarn" och det rann ofta ur öronen när han var barn. Nu är det dock minst 40 år sedan sist.

Du minns vad du lärt dig på öronkliniken och avstår därför från öronspolning. Istället lägger du Ahmed under mikroskopet för att suga ut vaxet. När du börjar suga blir Ahmed orolig och hostar och efter en liten stund klagar han över yrsel och börjar kräkas. Så fort du slutar suga i örat blir han dock snabbt återställd.

Fråga 4:2a (1p) Varför hostar Ahmed när du suger i örat?

å	

Fråga 4:2b (2p) Ge två förklaringar till att han kan börja kräkas vid öronsugning!

å	

Fråga 4:3 (33p kvar)

Du är öronläkare och får som jourfall 60-åriga Ahmed, som kommer med tolk. Tolken förklarar att Ahmed har ont i vänster öra sedan en vecka. Det molvärker och Ahmed har haft svårt att sova de sista nätterna. Annars har han inte varit sjuk och på din fråga förnekas att han har haft feber. Du tittar i båda öronen och på höger sida ser du en blek trumhinna som är lite ärrig. På vänster sida ser du ingen trumhinna för det sitter mörkt vax långt inne i hörselgången. Ahmed var öronbarn som liten. Du minns vad du lärt dig på öronkliniken och avstår därför från öronspolning. Istället lägger du honom under mikroskopet för att suga ut vaxet. När du börjar suga blir Ahmed orolig och hostar och efter en liten stund klagar han över yrsel och börjar kräkas. Så fort du slutar suga i örat blir han dock snabbt återställd.

Återkoppling 4:2: Anledningen att Ahmed hostar är att du utlöser en vagal reflex genom hudstimuleringen i hörselgången. Förklaringen till att han kräks kan vara att kall luft (rumsluft) sugas in och ger en kalorisk reaktion.

En annan anledning kan vara att trycket i hörselgången minskar vid öronsugning; om det finns en fistel till innerörat utlöses häftig yrsel. (Mål: *Analysera och värdera användning av och risker med diagnostiska metoder och behandlingar för sjukdomar inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler samt inom psykiatri, K9A54, K9A112*)

Du inser att du varken kan spola eller suga rent örat. Istället ger du Ahmed droppar i örat: Eftersom han reagerat så häftigt på din behandling och även har rejält ont i örat beslutar du att lägga in honom och skicka honom på en akut röntgen.

Fråga 4:3a (2p) Vilket eller vilka syften har örondropparna och vad brukar de innehålla?

á

Fråga 4:3b (3p) Vilken röntgenundersökning beställer du och vilken/vilka är frågeställningen/arna?

á

Fråga 4:4 (28p kvar)

Du är öronläkare och får som jourfall 60-åriga Ahmed, som kommer med tolk. Tolkens förklarar att Ahmed har ont i vänster öra sedan en vecka. Det molvrärker och Ahmed har haft svårt att sova de sista nätterna. Annars har han inte varit sjuk och på din fråga förnekas att han har haft feber. Du tittar i båda öronen och på höger sida ser du en blek trumhinna som är lite ärrig. På vänster sida ser du ingen trumhinna för det sitter mörkt vax långt inne i hörselgången. Ahmed var öronbarn som liten. Du kan varken spola eller suga rent örat. Istället ger du Ahmed droppar i örat. Eftersom han reagerat så häftigt på sugning och har rejält ont i örat beslutar du att lägga in honom och skicka honom på en akut röntgen.

Återkoppling 4:3: För att lösa upp vaxproppen utnyttjar du örondropparnas oljebas. Dropparna innehåller även en svag kortikosteroid (hydrokortison) för att motverka inflammatorisk retning och antimikrobiellt läkemedel (t.ex. tetracyklin) för att behandla ev. infektion. Den röntgenundersökning du beställer är datortomografi öron med frågeställning om patologi i mellanörat och cellsystemet och ev fistel mot innerörat eller annat benengagemang. (Mål: Redogöra för begrepp, termer och nomenklatur avseende behandlingsprinciper, behandlingssyfte och behandlingseffekt inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler samt inom psykiatri, och analysera och värdera användning av och risker med diagnostiska metoder och behandlingar för sjukdomar inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler samt inom psykiatri, K9A54, K9B111)

Röntgenutlåtande:

Undersökning i axial och coronal riktning utan och med i.v. kontrastmedel. I mellanörat finns omfattande mjukdelsförtätningar, som också utfyller större delen av epitympanon. Cellsystemet i processus mastoideus är till stor del fyllt av liknande mjukvävnad, som också visar viss kontrastmedelsuppladdning, och de normala bensepta är delvis destruerade. Även upp mot mellersta skallgropen är benbegränsningen tunn, och det kan inte uteslutas att här finns en bendefekt på några kvadratmillimeter.

Fråga 4:4a (3p) Vilken diagnos har Ahmed? Beskriv viktiga faktorer för uppkomsten!

á	

Fråga 4:4b (2p) Vilken terapi föreslår du för Ahmed?

á	

Fråga 4:5 (23p kvar)

Du är öronläkare och får som jourfall 60-åriga Ahmed, som kommer med tolk. Tolken förklarar att Ahmed har ont i vänster öra sedan en vecka. Det molvärker och Ahmed har haft svårt att sova de sista nätterna. Annars har han inte varit sjuk och på din fråga förnekas att han har haft feber. Du tittar i båda öronen och på höger sida ser du en blek trumhinna som är lite ärrig. På vänster sida ser du ingen trumhinna för det sitter mörkt vax långt inne i hörselgången. Ahmed var öronbarn som liten. Du kan varken spola eller suga rent örat. Istället ger du Ahmed droppar i örat. Eftersom han reagerat så häftigt på sugning och har rejält ont i örat beslutar du att lägga in honom och skicka honom på en akut röntgen: Undersökning i axial och coronal riktning utan och med i.v. kontrastmedel. I mellanörat finns omfattande mjukdelsförtätningar, som också utfyller större delen av epitympanon. Cellsystemet i processus mastoideus är till stor del fyllt av liknande mjukvävnad, som också visar viss kontrastmedelsuppladdning, och de normala bensepta är delvis destruerade. Även upp mot mellersta skallgropen är benbegränsningen tunn, och det kan inte uteslutas att här finns en bendefekt på några kvadratmillimeter.

Återkoppling 4:4a: Ahmed har troligen ett kolesteatom. En avgörande bakgrundsfaktor för uppkomst är att långdraget undertryck i mellanörat ger indragna fickor och kronisk inflammation. När trumhinnan perforerar rekryteras epitelceller till fickorna och en okontrollerad celltillväxt (hyperplasi) sker. Efter infektion kan cellerna också genomgå metaplasi.

4:4b: Infektionen skall helst hävas och örat opereras så snart som möjligt. Då måste hela förändringen tas radikalt och inga rester av fickan finnas kvar. Antingen en sk radikalhåla eller en rekonstruktion av hörselben och trumhinna sedan man tagit bort den sjuka vävnaden. (**Mål:** Analysera och värdera symtom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler samt inom psykiatri och **Redogöra för begrepp, termer och nomenklatur avseende behandlingsprinciper, behandlingssyfte och behandlingseffekt inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler samt inom psykiatri, K9A54**)

Ahmed blir radikalopererad på öronkliniken då all sjuk vävnad tas bort. Hörselbenen kunde inte återställas vid denna operation (kan göras senare).

Fråga 4:5a (2p) Vilken hörselnedsättning kan man räkna med att han får postoperativt (typ och storleksordning i dB)?

á	

Fråga 4:5b (1p) Ahmed har förutom sin kolesteatom+operations-orsakade hörselnedsättning även en åldersrelaterad bilateral hörselnedsättning. Vad kallas en sådan och vilket organ eller del av organ är drabbat?

á	

Sektion 36

Återkoppling (20p kvar)

Återkoppling 4:5: Man får räkna med att Ahmed drabbas av ett ledningshinder 60 dB om hörselbensedjan tas bort. Åldersrelaterad hörselnedsättning kallas presbycusis och orsakas av hårcells förlust i cochleans bas. *(Mål: Analysera och värdera symtom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler samt inom psykiatri och Förklara sambandet mellan åldrande och sjukdomar eller skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler samt inom psykiatri, K9A54, K9B113)*

Denna sida innehåller ingen fråga (du kommer att få ett varningsmeddelande om att du inte besvarat frågan när du går vidare - du kan bortse från denna varning!)

Slut på fallet

Näsa

Fråga 4:2 (35p kvar)

Pål 35 år är enligt egen bedömning tidigare helt frisk och har inte tagit någon medicin senaste månaden. Han har aldrig haft näsblod mer än några minuter i taget förr. Han drabbades för 40 min sedan under ett pass av hård sport av en intensiv näsblödning på vänster sida som han inte kunnat få stopp på trots goda råd på telefon för 30 min sedan. Nu är han på väg in till dig (vikarierande underläkare med färskt examensbevis i bakfickan) på öronkliniken's jourmottagning denna torsdagskväll. Det har varit en gnistrande vacker vinterdag och du ser fram mot långfärdsskridskoåkning redan i morgon eftermiddag efter jobbet!

Aterkoppling 4:1: Anledningar till näsblödning: Torra slemhinnor i näsan med sköra kärl (stor sannolikhet), trauma i samband med sportutövningen (mindre sannolikt eftersom anamnesen inte spontant berättat), kärlmissbildning i nässlemhinnan (ovanligt men förekommer), näsblödning pga odiagnosticerad hypertoni (ovanligt), tumör i näsan (ovanligt). Läkemedelsbiverkan eller koagulationsstörning bedöms inte rimligt alternativ ur anamnesen. Utrustning för näsblödning: Ljuskälla, nässpekulum, sug, munspatel, blodtrycksmätare, bomullstussar, kärlkonstrangerande näsdroppar, lokalanestetikum, etsningspinnar, diatermipincett, näsblödningskatetrar i olika varianter. Nålar och vätskor för cirkulatorisk stabilisering vb (hjälp dock ej till att stoppa blödningen). Fiberskopi kan inte användas vid kraftig näsblödning. (Mål: Förklara principer för insättande och genomförande av åtgärder och uppföljning av vanliga och principiellt viktiga sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9B119)

Du kan ganska lätt etsa näsblödningen från en kärlpipa i vänster näsgång och allt blir lugnt. Vid inspektion tycker du dock att en ljusgulaktig rundad struktur syns lateralt långt bak i vänstra näsan. Den syns även kortvarigt vid ditt relativt bra försök att göra epifarynxspegling.

Fråga 4:2 (3p) Nu vill du använda fiberskopet för att komma vidare i diagnostiken av förändringen hos Pål. Vilken information bör du kunna skriva i journalen efter denna fiberskopi?

Fråga 4:3 (32p kvar)

Pål 35 år är enligt egen bedömning tidigare helt frisk och har inte tagit någon medicin senaste månaden. Han har aldrig haft näsblod mer än några minuter i taget förr. Han drabbades för 40 min sedan under ett pass av hård sport av en intensiv näsblödning på vänster sida som han inte kunnat få stopp på trots goda råd på telefon för 30 min sedan. Nu är han på väg in till dig (vikarierande underläkare med färskt examensbevis i bakfickan) på öronklinikkens jourmottagning denna torsdagskväll. Det har varit en gnistrande vacker vinterdag och du ser fram mot långfärdsskridskoåkning redan i morgon eftermiddag efter jobbet! Du kan ganska lätt etsa näsblödningen från en kärlpipa i vänster näsgång och allt blir lugnt. Vid inspektion tycker du dock att en ljusgulaktig rundad struktur syns lateralt långt bak i vänstra näsan. Den syns även kortvarigt vid ditt relativt bra försök att göra epifarynxspegling.

Återkoppling 4:2: . Med fibroskopet bedömer du om detta är en näspolyp till utseende och konsistens och om den kommer från mellersta näsgången på vänstra sidan? Finns det liknande fynd i höger näsgång som tecken på en generell slemhinneproliferation eller är den vänstersidiga polypen solitär, vilket är ett observandum? (Mål: Analysera och värdera symtom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9B118)

Pål har vid fiberskopin en solitär vänstersidig polyp utan några liknande förändringar synliga i mellersta näsgången på höger sida. Polypen upplevs som mer "köttig" och "fast" än vad du är van vid.

Fråga 4:3a (1p) Vad gör du med Pål på kortsikt?

Fråga 4:3b (2p) Vad gör du med Pål på lång sikt?

Fråga 4:4 (29p kvar)

Pål 35 år är enligt egen bedömning tidigare helt frisk och har inte tagit någon medicin senaste månaden. Han har aldrig haft näsblod mer än några minuter i taget förr. Han drabbades för 40 min sedan under ett pass av hård sport av en intensiv näsblödning på vänster sida som han inte kunnat få stopp på trots goda råd på telefon för 30 min sedan. Nu är han på väg in till dig (vikarierande underläkare med färskt examensbevis i bakfickan) på öronklinikkens jourmottagning denna torsdagskväll. Det har varit en gnistrande vacker vinterdag och du ser fram mot långfärdsskridskoåkning redan i morgon eftermiddag efter jobbet! Du kan ganska lätt etsa näsblödningen från en kärlpipa i vänster näsgång och allt blir lugnt. Vid inspektion tycker du dock att en ljusgulaktig rundad struktur syns lateralt långt bak i vänstra näsan. Den syns även kortvarigt vid ditt relativt bra försök att göra epifarynxspegling. Pål har vid fiberskopin en solitär vänstersidig polyp utan några liknande förändringar synliga i mellersta näsgången på höger sida. Polypen upplevs som mer "köttig" och "fast" än vad du är van vid.

Återkoppling 4:3: Man kan prova att steroidbehandla den misstänkta polypen (peroralt eller lokalt) och man bör göra en radiologisk utredning med CT av näsa-bihålor när man har en god misstanke på att polypen inte är av den normala inflammatoriska typen. Man kan ta ett px från förändringen i lokalanestesi. (Mål: Analysera och värdera symtom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9B116, K9B118)

CT visar att Pål har en vänster maxillarsinus som är helt utfylld av en fast vävnad som dessutom verkar pressa upp orbitabotten några mm. Denna vävnad når ut med en stor portion i näshålan (det senare visste du redan). Ingen synlig bendestruktion. Misstanken är inverterat papillom (benigt) och förändringen behöver extirperas kirurgiskt. PAD bekräftar misstanken.

Fråga 4:4 (3p) Beskriv i ord var denna förändring i (vänstra) näsa-bihålesystemet ligger (begränsningar i samtliga riktningar). Spekulera om hur man skulle kunna operera bort förändringen under full visuell kontroll utifrån det du kan om anatomin?

Fråga 4:5 (26p kvar)

Pål 35 år är enligt egen bedömning tidigare helt frisk och har inte tagit någon medicin senaste månaden. Han har aldrig haft näsblod mer än några minuter i taget förr. Han drabbades för 40 min sedan under ett pass av hård sport av en intensiv näsblödning på vänster sida som han inte kunnat få stopp på trots goda råd på telefon för 30 min sedan. Nu är han på väg in till dig (vikarierande underläkare med färskt examensbevis i bakfickan) på öronklinikkens jourmottagning denna torsdagskväll. Det har varit en gnistrande vacker vinterdag och du ser fram mot långfärdsskridskoåkning redan i morgon eftermiddag efter jobbet! Du kan ganska lätt etsa näsblödningen från en kärlpipa i vänster näsgång och allt blir lugnt. Vid inspektion tycker du dock att en ljusgulaktig rundad struktur syns lateralt långt bak i vänstra näsan. Den syns även kortvarigt vid ditt relativt bra försök att göra epifarynxspegling. Pål har vid fiberskopin en solitär vänstersidig polyp utan några liknande förändringar synliga i mellersta näsgången på höger sida. Polypen upplevs som mer "köttig" och "fast" än vad du är van vid. CT visar att Pål har en vänster maxillarsinus som är helt utfylld av en fast vävnad som dessutom verkar pressa upp orbitabotten några mm. Denna vävnad når ut med en stor portion i näshålan (det senare visste du redan). Ingen synlig bendestruktion. Misstanken är inverterat papillom (benigt) och förändringen behöver extirperas kirurgiskt. PAD bekräftar misstanken.

Återkoppling 4:4: Maxillarsinus anatomi kan beskrivas i relation till orbita, hårda gommen, näsans lateralvägg med ostiet mot maxillarsinus. För att komma åt den kan man göra ett snitt under överläppen och frilägga maxillarsinus framvägg och göra ett hål genom benet där på 1-2 cm². Genom detta kan man ta ut förändringen i maxillarsinus varefter näsans lateralvägg tas bort genom hålet. Tumörens intranasala del kan då tas ut genom näshålan och näsöppningen. (Mål: Analysera och värdera symtom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9B116)

Vid operationen måste man vara försiktig vid friläggningen av maxillarsinus framvägg så man inte skadar en struktur som är viktig för ansiktets funktion.

Fråga 4:5 (2p) Ange vilken struktur man bör undvika att skada, och beskriv den funktionsstörning man får vid skada på strukturen!

Fråga 4:6 (24p kvar)

Pål 35 år är enligt egen bedömning tidigare helt frisk och har inte tagit någon medicin senaste månaden. Han har aldrig haft näsblod mer än några minuter i taget förr. Han drabbades för 40 min sedan under ett pass av hård sport av en intensiv näsblödning på vänster sida som han inte kunnat få stopp på trots goda råd på telefon för 30 min sedan. Nu är han på väg in till dig (vikarierande underläkare med försäkt examensbevis i bakfickan) på öronklinikkens jourmottagning denna torsdagskväll. Det har varit en gnistrande vacker vinterdag och du ser fram mot långfärdsskridskoåkning redan i morgon eftermiddag efter jobbet! Du kan ganska lätt etsa näsblödningen från en kärlpipa i vänster näsgång och allt blir lugnt. Vid inspektion tycker du dock att en ljusgulaktig rundad struktur syns lateralt långt bak i vänstra näsan. Den syns även kortvarigt vid ditt relativt bra försök att göra epifarynxspegling. Pål har vid fiberskopin en solitär vänstersidig polyp utan några liknande förändringar synliga i mellersta näsgången på höger sida. Polypen upplevs som mer "köttig" och "fast" än vad du är van vid. CT visar att Pål har en vänster maxillarsinus som är helt utfylld av en fast vävnad som dessutom verkar pressa upp orbitabotten några mm. Denna vävnad når ut med en stor portion i näshålan (det senare visste du redan). Ingen synlig bendestruktion. Misstanken är inverterat papillom (benigt) och förändringen behöver extirperas kirurgiskt. PAD bekräftar misstanken. Vid operationen måste man vara försiktig vid friläggningen av maxillarsinus framvägg så man inte skadar en struktur som är viktig för ansiktets funktion.

Återkoppling 4:5: Strukturen är nervus infraorbitalis (N V:2) och skada på denna ger känselbortfall på kind, halva överläppen, och halva näsan. (Mål: Analysera och värdera användning av och risker med diagnostiska metoder och behandlingar för sjukdomar inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9B116)

Postoperativt har allt gått bra och Pål undrar om inte alla personer med näsblödning borde undersökas med CT av bihålorna för att hitta nya fall av inverterade papillom.

Fråga 4:6 (2p) Vad svarar du? Ge honom två skäl till din rekommendation.

Fråga 4:7 (22p kvar)

Pål 35 år är enligt egen bedömning tidigare helt frisk och har inte tagit någon medicin senaste månaden. Han har aldrig haft näsblod mer än några minuter i taget förr. Han drabbades för 40 min sedan under ett pass av hård sport av en intensiv näsblödning på vänster sida som han inte kunnat få stopp på trots goda råd på telefon för 30 min sedan. Nu är han på väg in till dig (vikarierande underläkare med färskt examensbevis i bakfickan) på öronklinikkens jourmottagning denna torsdagskväll. Det har varit en gnistrande vacker vinterdag och du ser fram mot långfärdsskridskoåkning redan i morgon eftermiddag efter jobbet! Du kan ganska lätt etsa näsblödningen från en kärlpipa i vänster näsgång och allt blir lugnt. Vid inspektion tycker du dock att en ljusgulaktig rundad struktur syns lateralt långt bak i vänstra näsan. Den syns även kortvarigt vid ditt relativt bra försök att göra epifarynxspegling. Pål har vid fiberskopin en solitär vänstersidig polyp utan några liknande förändringar synliga i mellersta näsgången på höger sida. Polypen upplevs som mer "köttig" och "fast" än vad du är van vid. CT visar att Pål har en vänster maxillarsinus som är helt utfylld av en fast vävnad som dessutom verkar pressa upp orbitabotten några mm. Denna vävnad når ut med en stor portion i näshålan (det senare visste du redan). Ingen synlig bendestruktion. Misstanken är inverterat papillom (benigt) och förändringen behöver extirperas kirurgiskt. PAD bekräftar misstanken. Vid operationen måste man vara försiktig vid friläggningen av maxillarsinus framvägg så man inte skadar en struktur som är viktig för ansiktets funktion. Postoperativt har allt gått bra och Pål undrar om inte alla personer med näsblödning borde undersökas med CT av bihålorna för att hitta nya fall av inverterade papillom.

Återkoppling 4:6: Du bedömer att det inte finns något samband alls mellan de två sjukdomar som Pål haft. Vidare så ger CT en dos strålning som är potentiellt cancerframkallande och bör undvikas om man inte har en giltig indikation att genomgå undersökningen. Den medför dessutom kostnader som bör användas till mer angelägna ändamål i en offentligt finansierad sjukvård. (Mål: Analysera och värdera användning av och risker med diagnostiska metoder och behandlingar för sjukdomar inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9B116)

Omedelbart efter operationen tycker Pål att det är lite svårt att svälja men du ber att få avvakta lite med att starta utredning av detta då du förmodar att det kan bero på lokal irritation efter intubationen.

Fråga 4:7 (3p) Pål vill veta mer om hur man sväljer och esofagus muskelapparaten. Beskriv den icke volontära sväljningens fysiologi och de sjukdomstillstånd som dysfunktion hos de olika muskulära delarna av esofagus kan ge!

Återkoppling (19p kvar)

Omedelbart efter operationen tycker Pål att det är lite svårt att svälja men du ber att få avvakta lite med att starta utredning av detta då du förmodar att det kan bero på lokal irritation efter intubationen.

Återkoppling 4:7: Sväljningsreflexen startar när bolus passerar ner i hypofarynx där svalgmuskulaturen för bolus mot esofagusöppningen där cricofaryngeusmuskulaturen ska relaxera. Bolus drivs sedan framåt av cirkulära och longitudinella esofagusmuskulaturen och längst ned måste nedre esofagusfinktern relaxera för att födan ska nå ventrikeln. Dysfunktion i hypofarynx ger svalgpares och felsväljning till luftvägen, dysfunktion av cricofaryngeusmuskulaturen ger Zenkerdivertikel, dysfunktion av esofagusmotoriken ger upplevelse av sväljningsvårigheter men utan någon synlig skada i esofagus. Om inte nedre esofagusfinktern relaxerar kan achalasi uppstå. (Mål: Analysera och värdera symptom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9A56)

Pål Yps sväljningsfunktion repar sig mycket riktigt efter en kort tid.

Denna sida innehåller ingen fråga (du kommer att få ett varningsmeddelande om att du inte besvarat frågan när du går vidare - du kan bortse från denna varning!)

Slut på fallet

Hals

Fråga 3:1 (60pkvar)

Fall 3: Larry är hes

Någon har nyss ringt rådgivningen denna fredag den 21 december på den ÖNH-klinik där du nu vikarierar strax efter fullgjord AT. Rådgivande personal har endast tagit reda på att en vuxen man vid namn Larry är hes och Larry undrar om han ska komma till mottagningen nu eller senare. Larry var själv förhindrad att ringa så det finns ingen beskrivning av rösten att basera sitt beslut på. Det är strax slut på mottagningstiden och du tänkte fixa några ärenden och hoppas på att kvällsjouren blir lugn. Sedan väntar ovanligt många dagar med enbart jourverksamhet på kliniken, nästa ordinarie arbetsdag är 27 dec

Fråga 3:1 (6p) Redogör för vilka fall av heshet som bör handläggas på ÖNH-klinik. För var och ett av dem ska du ange lämplig tidpunkt för patienten att komma in till kliniken med hänsyn till att det är fredag den 21:e december klockan 17:00. Det enda du just nu vet är att Larry är vuxen och är hes men övriga omständigheter och symptom är inte kända. Du kan inte hänvisa till bedömning på annan vårdnivå då Larry önskar bedömning på öronklinik.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	á

Fråga 3:2 (54p kvar)

En vuxen man vid namn Larry har ringt rådgivningen på den ÖNH klinik där du vikarierar efter fullgjord AT. Larry är hes och undrar om han ska komma till mottagningen nu eller senare. Det är fredag den 21 december och mottagningstiden går mot sitt slut. Nästa ordinarie arbetsdag är den 27:e december.

Återkoppling 3:1: Akut bedömning snarast möjligt (samma kväll) vid halstrauma och/eller vid nyttillkomna andningssvårigheter. Bedömning på snar mottagningstid (i detta fall alltså ca 27 dec) om malignitet inte kan uteslutas (konstant heshet utan infektionssymptom eller annan känd orsak). Bedömning när tid finns på mottagningen för heshet som inte har misstänkt allvarlig genes (t ex röströttthet hos icke-rökare). Om Larry har nyttillkommen heshet i samband med övre luftvägsinfektion kan du avråda från besök och be honom höra av sig igen om några veckor om det inte blivit spontant bra igen. (Mål: Förklara principer för insättande och genomförande av åtgärder och uppföljning av vanliga och principiellt viktiga sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler, K9C136, K9C137)

Fråga 3:2 (4p) Beskriv struktur och funktion hos larynx inre muskulatur och dess innervation.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	á

Sektion 21

Fråga 3:4 (47p kvar)

En vuxen man vid namn Larry har ringt rådgivningen på den ÖNH klinik där du vikarierar efter fullgjord AT. Larry är hes och undrar om han ska komma till mottagningen nu eller senare. Det är fredag den 21 december och mottagningstiden går mot sitt slut. Nästa ordinarie arbetsdag är den 27:e december. Du ringde direkt Larry som är för övrigt helt frisk (labvärden från hälsokontroller alla helt normala), medicinfri, icke-allergisk, icke-rökare och 45 år. Sedan mer än 6 månader har han märkt att rösten inte orkar med hela dagar av hårda förhandlingar (med MBG och andra grupper på företaget där han är VD och huvudägare sedan länge). Efter din bedömning av denna anamnes kom han till mottagningen i slutet av januari (efter att sekreteraren ringt och bokat om tiden 2 ggr). Han har bråttom vid besöket - måste vidare till flygplatsen om 15 minuter. Slipsen är mkt välnuten. Han låter "lite hes men inte så mycket" - du känner inte riktigt igen vad det kan vara för diagnos med hjälp av röstkvaliteten.

Återkoppling 3:3: Viktiga frågor till Larry är: Om han genomgått thyroideakirurgi? Började besvären i samband med tex en infektion? Sväljningsbesvär? Du tittar på larynx med fiberskopi (alt spegelundersökning). Palperar hela halsen och thyroidea. Testar kranialnerv IX + kranialnerv XI med tanke på foramen jugularesyndrom. (Mål: Analysera och värdera symtom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9C137)

Vid denna korta undersökning så är allt normalt förutom att ett stämband står still. Larry knyter raskt slipsen igen och undrar vad hans sekreterare ska boka in framöver i kalendern.

Fråga 3:4 (4p) Vad behöver göras och när skall det göras? Motivera! (Larry vet inte riktigt när han är tillbaka från resan och om du vill föreslå att han ställer in den så behöver du mycket goda argument)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	á

Fråga 3:5 (43p kvar)

En vuxen man vid namn Larry har ringt rådgivningen på den ÖNH klinik där du vikarierar efter fullgjord AT. Larry är hes och undrar om han ska komma till mottagningen nu eller senare. Det är fredag den 21 december och mottagningstiden går mot sitt slut. Nästa ordinarie arbetsdag är den 27:e december. Du ringde direkt Larry som är för övrigt helt frisk (labvärden från hälsokontroller alla helt normala), medicinfri, icke-allergisk, icke-rökare och 45 år. Sedan mer än 6 månader har han märkt att rösten inte orkar med hela dagar av hårda förhandlingar (med MBG och andra grupper på företaget där han är VD och huvudägare sedan länge). Efter din bedömning av denna anamnes kom han till mottagningen i slutet av januari (efter att sekreteraren ringt och bokat om tiden 2 ggr). Han har bråttom vid besöket - måste vidare till flygplatsen om 15 minuter. Slipsen är mkt välnuten. Han låter "lite hes men inte så mycket" - du känner inte riktigt igen vad det kan vara för diagnos med hjälp av röstkvaliteten. Du tittar på larynx med fiberskopi, palperar hals och thyroidea och testar funktion i kranialnerv IX + kranialnerv XI. Allt förefaller vara normalt förutom att ett stämband står still.

Återkoppling 3:4: Om det vänstra stämbandet stod still så ska en datortomografi CT från skallbas till lunghilus göras för att leta efter i ordning skallbasdestruktioner, halsmetastaser, lungtumör, mediastinaltumör, aortaaneurysm, lunghilusförändringar (sarkoidos, lymfom), esofagustumör, thyroideaförändringar. Om man har en högersidig pares går *nervus laryngeus recurrens* bara en kort sväng under *arteria subclavia* på halsen och sedan mot larynx genom thyroidea och man kan göra en CT hals-skallbas. Det är inte så bråttom att röntga, 3-4 veckors väntetid är acceptabelt då sannolikheten för malignitet är ganska liten i Larrys fall. (Mål: Analysera och värdera symtom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9B114, K9C137)

Naturligtvis hade det varit bra om du hade kommit ihåg vilken sida som var paretisk när remissen skrevs, men Larry kunde påminna dig att du sagt vänster (på en skrapig telelinje från ett nattöppet café på Java). Du hade dock garderat dig och beställt den större CT varianten så ingen skada skedd.

Bilderna visade en stor cysta djupt i thyroidea som av endokrinkirurg senare inte bedömdes kräva någon åtgärd.

Fråga 3:5 (3p) Vilka terapeutiska tankar har du nu kring Larrys recurrens pares och dess symptomatologi? Din överläkare bedömde röstkvaliteten som ganska god efter några meningars samtal med Larry vid senaste besöket hos dig.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	á

Återkoppling (40p kvar)

Återkoppling 3:5: Larry har röstbesvär i sin dagliga sysselsättning och bör remitteras till logoped för röstträningsråd. Om detta inte är tillräckligt för att uppnå (nästan) besvärsfrihet så kan man lyfta fram stämbandets med injektioner av biomaterial lateralt om dessamma (medialisering av dess position). Det finns ingen sannolikhet för spontant tillfrisknande av paresen när så lång tid har förflutit sen dess debut. (Mål: Analysera och värdera användning av och risker med diagnostiska metoder och behandlingar för sjukdomar inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler, K9C137)

Denna sida innehåller ingen fråga (du kommer att få ett varningsmeddelande om att du inte besvarat frågan när du går vidare - du kan bortse från denna varning!)

Slut på fallet

Fråga 2:1 (80p kvar)

Fall 2: Knut 63 år

Du är ST-läkare på öronkliniken vid universitetssjukhuset i X-stad. Till mottagningen kommer Knut, 63 år som är nybliven pensionär efter ett liv som sjöman. Han söker för en liten knuta mitt på höger sida av halsen. Den har inte gjort ont men blivit successivt större. Samtidigt tycker han att det tar emot lite när han sväljer.

Fråga 2:1 (3p) Hur hanterar du Knut idag på din mottagning? Vilka är de specifika viktigaste anamnesfrågorna, delarna av fysikaliskt status och viktigaste provtagningen? Just idag går det inte att beställa röntgen pga tillfälligt tekniskt fel men vid urakut behov kan du ringa röntgenbakjouren och diskutera.

Fråga 2:3 (75p kvar)

Du är ST-läkare på öronkliniken vid universitetssjukhuset i X-stad. Till mottagningen kommer Knut, 63 år som är nybliven pensionär efter ett liv som sjöman. Han söker för en liten knuta mitt på höger sida av halsen. Den har inte gjort ont men blivit successivt större. Samtidigt tycker han att det tar emot lite när han sväljer. Knut är storökare sedan många år och "nog har det blivit en och annan sup genom åren på sjön". Möjligen har han minskat något i vikt den senaste tiden. När du tittar i hypofarynx och larynx med spegel såväl som med fibroskop ser du en tumörmissstänkt förändring på insidan av epiglottis, ner mot stämband. Knutan på halsen är fast och ej förskjutbar mot underlaget. Knut går iväg för punktionscytologi redan samma eftermiddag. Du får till och med ett snabsvar samma dag - knutan på halsen är en metastas av skivepitelcancer. Du planerar inläggning av Knut för att i narkos göra provexcision (px) av förändringen i larynx.

Återkoppling 2.2: Du planerar inläggning av Knut för att i narkos göra provexcision (px) av förändringen i larynx. Dessförinnan ska en CT av halsen och CT thorax göras. När alla utlåtanden kommit ska Knut komma till tumörnord för diskussion av vidare åtgärder. (Mål: Föreslå och motivera val av basala diagnostiska metoder samt formulera relevanta remissar för diagnostiska undersökningar vid sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9B115, K9B116)

PAD från tumören visade skivepitelcancer, precis som för knutan på halsen. Knut har inga ytterligare synliga metastaser på halsen eller i thorax. Man bedömer att hans tumör är en T3N1M0. I Knuts fall betyder det att man inte kan operera bort tumören lokalt eftersom den redan spridit sig. Man beslutar på tumörnorden att Knut ska få fulldos strålbehandling. Innan dess måste Knut undersökas av tandläkare. I syfte att förhindra uppkomst ostet efter strålbehandlingen optimeras munhygien genom extraktion av ev kariesade tänder och avlägsnande av tandsten.

Två veckor senare påbörjas strålningen, som Knut första veckan inte märker mycket av. Efter tre veckor får du en akutremiss från onkologen där Knut är intagen: han har fått svårt att både svälja och andas.

Fråga 2:3 (2p) Vad kan ha hänt?

Fråga 2:4 (73p kvar)

Du är ST-läkare på öronkliniken vid universitetssjukhuset i X-stad. Till mottagningen kommer Knut, 63 år som är nybliven pensionär efter ett liv som sjöman. Han söker för en liten knuta mitt på höger sida av halsen. Den har inte gjort ont men blivit successivt större. Samtidigt tycker han att det tar emot lite när han sväljer. Knut är storökare sedan många år och "nog har det blivit en och annan sup genom åren på sjön". Möjligen har han minskat något i vikt den senaste tiden. När du tittar i hypofarynx och larynx med spegel såväl som med fibroskop ser du en tumörmissstänkt förändring på insidan av epiglottis, ner mot stämbanden. Knutan på halsen är fast och ej förskjutbar mot underlaget. PAD från tumören visade skivepitelcancer, precis som för knutan på halsen. Knut har inga ytterligare synliga metastaser på halsen eller i thorax. Man bedömer att hans tumör är en T3N1M0. I Knuts fall betyder det att man inte kan operera bort tumören lokalt eftersom den redan spridit sig. Man beslutar på tumöronden att Knut ska få fulldos strålbehandling. Innan dess måste Knut undersökas av tandläkare. I syfte att förhindra uppkomst osteit efter strålbehandlingen optimeras munhygien genom extraktion av ev karierade tänder och avlägsnande av tandsten. Två veckor senare påbörjas strålningen, som Knut första veckan inte märker mycket av. Efter tre veckor får du en akutremiss från onkologen där Knut är intagen: han har fått svårt att både svälja och andas.

Aterkoppling 2:3: Strålbehandlingen har gjort att Knut har fått en svullnad i tumörområdet. Pga att larynx är förträngt har han fått stridor och pga inflammation är esofagusgången svullen, vilket ger dysfagi. (Mål: Analysera och värdera användning av och risker med diagnostiska metoder och behandlingar för sjukdomar inom organsystemen Ögon, Öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. KGB115, KGB116)

På öronmottagningen undersöker du Knut med fibroskop genom näsan och ser att det är en uttalad svullnad i hela området. Han har ångest.

Fråga 2:4 (2p) Hur vill du behandla honom?

Fråga 2:5 (71p kvar)

Du är ST-läkare på öronkliniken vid universitetssjukhuset i X-stad. Till mottagningen kommer Knut, 63 år som är nybliven pensionär efter ett liv som sjöman. Han söker för en liten knuta mitt på höger sida av halsen. Den har inte gjort ont men blivit successivt större. Samtidigt tycker han att det tar emot lite när han sväljer. Knut är storökare sedan många år och "nog har det blivit en och annan sup genom åren på sjön". Möjligen har han minskat något i vikt den senaste tiden. När du tittar i hypofarynx och larynx med spegel såväl som med fibroskop ser du en tumörmissstänkt förändring på insidan av epiglottis, ner mot stämbanden. Knutan på halsen är fast och ej förskjutbar mot underlaget. PAD från tumören visade skivepitelcancer, precis som för knutan på halsen. Knut har inga ytterligare synliga metastaser på halsen eller i thorax. Man bedömer att hans tumör är en T3N1M0. I Knuts fall betyder det att man inte kan operera bort tumören lokalt eftersom den redan spridit sig. Man beslutar på tumöronden att Knut ska få fulldos strålbehandling.

Innan dess måste Knut undersökas av tandläkare. I syfte att förhindra uppkomst osteit efter strålbehandlingen optimeras munhygien genom extraktion av ev kariesade tänder och avlägsnande av tandsten. Två veckor senare påbörjas strålningen, som Knut första veckan inte märker mycket av. Efter tre veckor får du en akutremiss från onkologen där Knut är intagen; han har fått svårt att både svälja och andas. Strålbehandlingen har gjort att Knut har fått en svulnad i tumörområdet. På öronmottagningen undersöker du Knut med fibroskop genom näsan och ser att det är en uttalad svullnad i hela området. Han har ångest.

Återkoppling 2.4: Du ordinerar intravenöst kortison och syrgas. Vidare beslutar du att tracheotomi ska göras på operationsavdelningen. Du meddelar narkosen och följer med Knut till op. Du kallar på en mer erfaren öronkollega (t ex bakjouren som alltid ska finnas tillgänglig) om luftvägen akut kräver svåra åtgärder. (Mål: Förklara principer för insättande och genomförande av åtgärder och uppföljning av vanliga och principiellt viktiga sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9C136, K9C200)

På väg in på operationsavdelningen blir Knut blå och slutar andas.

Fråga 2:5 (2p) Vad gör du nu?

Fråga 2:8 (63p kvar)

Du är ST-läkare på öronkliniken vid universitetssjukhuset i X-stad. Till mottagningen kommer Knut, 63 år som är nybliven pensionär efter ett liv som sjöman. Han söker för en liten knuta mitt på höger sida av halsen. Den har inte gjort ont men blivit successivt större. Samtidigt tycker han att det tar emot lite när han sväljer. Knut är storökare sedan många år och "nog har det blivit en och annan sup genom åren på sjön". Möjligt har han minskat något i vikt den senaste tiden. När du tittar i hypofarynx och larynx med spegel såväl som med fibroskop ser du en tumörmissstänkt förändring på insidan av epiglottis, ner mot stämbanden. Knutan på halsen är fast och ej förskjutbar mot underlaget. PAD från tumören visade skivepitelcancer, precis som för knutan på halsen. Knut har inga ytterligare synliga metastaser på halsen eller i thorax. Man bedömer att hans tumör är en T3N1M0. I Knuts fall betyder det att man inte kan operera bort tumören lokalt eftersom den redan spridit sig. Man beslutar på tumöronden att Knut ska få fulldos strålbehandling.

Innan dess måste Knut undersökas av tandläkare. I syfte att förhindra uppkomst osteit efter strålbehandlingen optimeras munhygien genom extraktion av ev karierade tänder och avlägsnande av tandsten. Två veckor senare påbörjas strålningen, som Knut första veckan inte märker mycket av. Efter tre veckor får du en akutremiss från onkologen där Knut är intagen: han har fått svårt att både svälja och andas. Strålbehandlingen har gjort att Knut har fått en svulnad i tumörområdet. På öronmottagningen undersöker du Knut med fibroskop genom näsan och ser att det är en uttalad svulnad i hela området. Han har ångest. Du ordinerar intravenöst kortison och syrgas. Vidare beslutar du att tracheotomi ska göras på operationsavdelningen. Du meddelar narkosen och följer med Knut till op. Du kallar på en mer erfaren öronkollega (t ex bakjuren som alltid ska finnas tillgänglig) om luftvägen akut kräver svåra åtgärder. På väg in på operationsavdelningen blir Knut blå och slutar andas. Du ropar på hjälp och låter narkosläkaren göra ett intubationsförsök. Din bakjour har nu infunnit sig och narkosläkaren lyckas få ner tuben på första försöket. Det blir lite lugnare omkring er och därför ska du nu få göra en tracheotomi med assistans av bakjuren. Tracheotomin går utmärkt men Knut hade ju även sväljningsbesvär som gör att han inte klarar att nutriera sig.

Återkoppling 2:7: Mot sväljningsbesvären kan man kortvarigt ge Knut dropp. Det kan ge problem med irritation av blodkärl eller om han är "svår att sticka" etc. Det är också svårt att få fullständig parenteral nutrition en längre tid. I samband med tracheotomin kan man sätta ner en magsond genom näsan för nutrition eller göra en PEG (percutan gastrostomi). Fördelen med sond är att det inte kräver något operativt ingrepp, men nasogastrisk sond är ett opraktiskt alternativ på längre sikt. PEG är ett ingrepp i bukväggen-ventrikeln som skulle kunna ge peritonitretning men är vanligen den lösning som är mest bekväm för patienten. (Mål: Analysera och värdera användning av och risker med diagnostiska metoder och behandlingar för sjukdomar inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9A55, K9B115)

Efter sin tracheotomi och med sin PEG kan strålningen fortsätta för Knut. Tumören reagerar gynnsamt och metastasen på halsen försvinner. Sex månader efter terapin kan man ta bort PEGen och avveckla tracheotomin.

Fråga 2:8 (2p) Vilka besvär kan man räkna med att Knut har efter den här terapin och hur lindrar man dem?

Fråga 2:9 (61p kvar)

Du är ST-läkare på öronkliniken vid universitetssjukhuset i X-stad. Till mottagningen kommer Knut, 63 år som är nybliven pensionär efter ett liv som sjöman. Han söker för en liten knuta mitt på höger sida av halsen. Den har inte gjort ont men blivit successivt större. Samtidigt tycker han att det tar emot lite när han sväljer. Knut är storökare sedan många år och "nog har det blivit en och annan sup genom åren på sjön". Möjligen har han minskat något i vikt den senaste tiden. När du tittar i hypofarynx och larynx med spegel såväl som med fiberskop ser du en tumörmissstänkt förändring på insidan av epiglottis, ner mot stämbanden. Knutan på halsen är fast och ej förskjutbar mot underlaget. PAD från tumören visade skivepitelcancer, precis som för knutan på halsen. Knut har inga ytterligare synliga metastaser på halsen eller i thorax. Man bedömer att hans tumör är en T3N1M0. I Knuts fall betyder det att man inte kan operera bort tumören lokalt eftersom den redan spridit sig. Man beslutar på tumöronden att Knut ska få fulldos strålbehandling.

Innan dess måste Knut undersökas av tandläkare. I syfte att förhindra uppkomst osteit efter strålbehandlingen optimeras munhygien genom extraktion av ev kariesade tänder och avlägsnande av tandsten. Två veckor senare påbörjas strålningen, som Knut första veckan inte märker mycket av. Efter tre veckor får du en akutremiss från onkologen där Knut är intagen: han har fått svårt att både svälja och andas. Strålbehandlingen har gjort att Knut har fått en svulnad i tumörområdet. På öronmottagningen undersöker du Knut med fiberskop genom näsan och ser att det är en uttalad svullnad i hela området. Han har ångest. Du ordinerar intravenöst kortison och syrgas. Vidare beslutar du att tracheotomi ska göras på operationsavdelningen. Du meddelar narkosen och följer med Knut till op. Du kallar på en mer erfaren öronkollega (t ex bakjuren som alltid ska finnas tillgänglig) om luftvägen akut kräver svåra åtgärder. På väg in på operationsavdelningen blir Knut blå och slutar andas. Du ropar på hjälp och låter narkosläkaren göra ett intubationsförsök. Din bakjour har nu infunnit sig och narkosläkaren lyckas få ner tuben på första försöket. Det blir lite lugnare omkring er och därför ska du nu få göra en tracheotomi med assistans av bakjuren. Tracheotomin går utmärkt och i samband med den operationen anläggs också en PEG för nutrition. Strålterapi kan fortsätta. Tumören reagerar gynnsamt och metastaserna på halsen försvinner. Sex månader efter terapi kan man ta bort PEG:n och avveckla tracheotomin.

Återkoppling 2:8: Efter terapi blir stämhinna inom hela strålningsområdet torra och sköra vilket ger muntorrhets- / halstorrhetskänsla samt mer eller mindre röstpåverkan. Knut bör inte fortsätta att "röka och kröka." Han bör äta "liten kost" och möjligen använda konstgjord saliv. Troligen bryr han sig inte så mycket om sin skrovliga röst, men logoped kan annars hjälpa till både vid tal- och sväljningsproblem. (Mål: Analysera och värdera användning av och risker med diagnostiska metoder och behandlingar för sjukdomar inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. KGA55, KGA56, KGB115)

Ett år senare när Knut kommer på kontroll, märker du att han är hesare och att han nästan låter andfädd när han pratar. Du tittar ner i larynx och ser inget tumörreцид. Vänster stämband står stilla i paramedianställning.

Fråga 2:9 (2p) Vad är den mest troliga orsaken denna vänstersidiga orörlighet av stämbandet? Redogör för mekanismen!

Återkoppling Fall 2 (59p kvar)

Återkoppling 2:9: Knut har fått en vänstersidig recurrenspares troligen orsakad av metastaser i lymfkörtlarna i mediastinum. Dessa sitter runt trachealbifurkationen där vä recurrensnerv passerar och därför oftare angrips än höger som endast har ett kort förlopp på halsen. Det är inte sannolikt att recurrensnerven till vänster på halsen på skulle ha skadats av strålbehandlingen då denna inte avser mer än marginellt att gå över medellinjen. *(Måt: Analysera och värdera symtom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K3A56 K3G115)*

Denna sida innehåller ingen fråga (du kommer att få ett varningsmeddelande om att du inte besvarat frågan när du går vidare - du kan bortse från denna varning!)

Slut på fallet

Ögon

Fråga 3:1 (64p kvar)

Fall 3: Svante, 36 år

Svante Sturesson, 36 år, söker på ögonkliniken pga. värk i sitt högra öga. Värken har kommit gradvis under de senaste två dygnet. Det gör speciellt ont vid starkt ljus. Han har inget tårflöde. Nu har han också börjat se sämre på ögat. Svante är tidigare frisk, fränsett ryggont. Han har inte skadat ögat. Du inspekterar Svantes glasögon och ser att dessa förstör bilden när man tittar genom dem.

Visus höger öga med egna glasögon: 0,6, ögontryck höger: 9

Visus vänster öga med egna glasögon: 1,0, ögontryck vänster:

15

Fråga 3:1 (4p) Ange och förklara kort det refraktionsfel du misstänker Svante har (gärna med en enkel skiss på ögats byggnad och ljusbrytning) och jämför med andra refraktionsfel som kan förekomma. Ange vilka olika typer av linser som korrigerar respektive brytningsfel.

á

Rityta. Använd verktygen i överkant på denna yta för att rita en enkel bild. Använd inte annoteringsverktygen till höger på skärmen. Om du inte ritat i bilden kommer du få ett meddelande om att samtliga frågor inte är besvarade när du går vidare i tentamen.

	
▼	
Scribble	

Fråga 3:2 (60p kvar)

Svante Stureson, 36 år, söker på ögonkliniken pga. värk i sitt högra öga. Värken har kommit gradvis under de senaste två dygnen. Det gör speciellt ont vid starkt ljus. Han har inget tårflöde. Nu har han också börjat se sämre på ögat. Svante är tidigare frisk, fränsett ryggt. Han har inte skadat ögat. Du inspekterar Svantes glasögon och ser att dessa förstör bilden. Visus höger öga med egna glasögon: 0,6, ögontryck höger: 9. Visus vänster öga med egna glasögon: 1,0, ögontryck vänster: 15

Återkoppling 3:1: Du misstänker att Svante är hyperop (översynt). Ögat är vid hyperopi för kort i förhållande till korneas och lensens brytkraft. Korrigeras med positiv (sfärisk) lins. Detta jämfört med myopi när ögat är för långt i förhållande till korneas och lensens brytkraft. Korrigeras med negativ (sfärisk) lins. Vid astigmatism är det oftast så att korneas yta inte är sfärisk dvs. den har olika brytkraft i olika meridianer. Ljusets bryts inte till en enda punkt (stigma (latin, '(bränn)märke', av grekiska stigmata '(märke efter) stick'; 'brännmärke'; 'punkt' NE), utan skärpan delas i två plan som är skarpast på två olika skärpedjup (astigmatisk avbildning). Linjer med viss orientering ses skarpt på ett visst skärpedjup medan linjer 90° mot denna orientering ses oskarpt. Korrigeras med cylindrisk slipad lins. (En lins med kombinerad sfärisk och cylindrisk slipning kallas torisk) (Mål: Redogöra för begrepp, termer och nomenklatur avseende behandlingsprinciper, behandlingssyfte och behandlingseffekt inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler samt inom psykiatri, K9B105, K9A153, K9C196)

Fråga 3:2 (3p) Med hänsyn till ögonsymptomen som beskrivs, vilken är den troligaste diagnosen i Svantes fall? Förklara hur du resonerar differentialdiagnostiskt med hänsyn till symptom.

á

Fråga 3:3 (57p kvar)

Svante Stuesson, 36 år, söker på ögonkliniken pga. värk i sitt högra öga. Värken har kommit gradvis under de senaste två dygnen. Det gör speciellt ont vid starkt ljus. Han har inget tårflöde. Nu har han också börjat se sämre på ögat. Svante är tidigare frisk, fränsett ryggont. Han har inte skadat ögat. Du inspekterar Svantes glasögon och ser att dessa förstorar bilden. Svante är alltså hyperop/översynt.

Återkoppling 3:2: Gradvis tilltagande, ensidig smärta provocerad av ljus talar för irit. Ensidigheten talar emot konjunktivit.

Avsaknad av tårflöde/skavkänsla talar emot keratit eller främmande kropp. Ljusskygghet inte typiskt för glaukom. *(Mål: Analysera och värdera symtom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler samt inom psykiatri, K9A42, K9B98, K9B99, K9B101, K9B109, K9C123, K9C193)*

Du undersöker Svantes ögon i spalllampan/homhinnemikroskopet.

Fråga 3:3 (3p) Vilka fynd förväntar du dig att se vid denna undersökning om Svante har irit?

á

Fråga 3:4 (54p kvar)

Svante Sturesson, 36 år, söker på ögonkliniken pga. värk i sitt högra öga. Värken har kommit gradvis under de senaste två dygnen. Det gör speciellt ont vid starkt ljus. Han har inget tårflöde. Nu har han också börjat se sämre på ögat. Svante är tidigare frisk, fränsett ryggont. Han har inte skadat ögat. Du inspekterar Svantes glasögon och ser att dessa förstör bilden. Svante är alltså hyperop/översynt. Gradvis tilltagande, ensidig smärta provocerad av ljus talar för irit som förklaring till Svantes symptom.

Återkoppling 3:3: Du kan i spaltlampa/hornhinnemikroskopet se följande vid irit: Ciliär (pericorneal injektion). Ljusväg. Precipitat, som är en utfällning av celler och äggviteämnen på corneas endotel, oftast nedtill pga. gravitationen. Mios, på grund av inflammatorisk retning av irismuskulerna varav sfinktern är starkare än dilatator. Bakre synekier, som beror på att fibrin får iris att fästa mot främre linsytan. (Mål: *Analysera och värdera symptom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler samt inom psykiatri, K9B98 K9B178, K9C197, K9C198, K9C199*)

Svante rekommenderas att undvika alltför hård fysisk ansträngning, får recept samt sätts upp för ett återbesök om tre dagar.

Fråga 3:4 (4p) Vilka läkemedel vill du ge? Beskriv verkningsmekanismen för dessa.

á

Fråga 3:5 (50p kvar)

Svante Sturesson, 36 år, söker på ögonkliniken pga. värk i sitt högra öga. Värken har kommit gradvis under de senaste två dygnet. Det gör speciellt ont vid starkt ljus. Han har inget tårflöde. Nu har han också börjat se sämre på ögat. Svante är tidigare frisk, fränsett ryggon. Han har inte skadat ögat. Du inspekterar Svantes glasögon och ser att dessa förstörar bilden. Svante är alltså hyperop/översynt. Gradvis tilltagande, ensidig smärta provocerad av ljus talar för irit som förklaring till Svantes symptom. Du undersöker Svante i spalllampan/hornhinnemikroskopet. Ciliär injektion, ljusväg, precipitat och bakre synekier bekräftar diagnosen irit. Svante rekommenderas att undvika alltför hård fysisk ansträngning, får recept på ögondroppar samt sätts upp för ett återbesök om tre dagar.

Återkoppling 3:4: Lämplig behandling: (1) Parasymptolytika: Atropin ögondroppar 1 droppe x 2-3 och ev. sympatomimetika: fenylefrin ögondroppar 1 droppe x2. Framkallar mydriasis. Detta minskar smärtan genom att iris immobiliseras, minskar exsudationen till främre kammaren, sliter bakre irissynekier (mot linskapseln), hindrar pupillblockad (grund främre kammare och sekundär tryckstegring), friar den optiska zonen från inflammatorisk vävnad. (2) Dessutom ges kortikosteroider topiskt, t ex. Isopto-Maxidex ögondroppar 1-2 droppar x 3-12 för att ned-trappas vid förbättring (vanligen efter 1 vecka). Steroider dämpar inflammationen ytterligare. Vid en svår irit behövs man även ge kortison per os t ex. Prednisolon. (Mål: Redogöra för begrepp, termer och nomenklatur avseende behandlingsprinciper, behandlingssyfte och behandlingseffekt inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler samt inom psykiatri, K9B69, K9B98, K9B172, K9C194)

Du skriver ett recept till Svante på atropin ögondroppar som vidgar pupillen och vill komplettera med en topikal kortikosteroid för att dämpa inflammationen. Du slår upp FASS.se och letar via ATC-registret fram läkemedel för behandling av ögonsjukdomar (S01), antiinflammatoriska medel (S01B) och kortikosteroider (S01BA) och finner till din förviring att det finns minst sex olika möjliga preparat:

Dexametason (S01BA01)	Baxil	Ögondroppar	1 mg/ml endosbehållare
	Dexafree	Ögondroppar	1 mg/ml endosbehållare
	Isopto-Maxidex	Ögondroppar	1 mg/ml suspension i flaska 5 ml
	Opnol	Ögondroppar	1 mg/ml suspension i flaska 5 ml
Hydrokortison (S01BA02)	Ficortril	Ögonsalva	0,5 % i tub 3,5 gram
	Softacort	Ögondroppar	3,35 mg/ml endosbehållare

Fråga 3:5 (3p) Vilka överväganden gör du som förskrivare när du väljer ett av dessa preparat till Svante?

á	

Fråga 3:6 (48p kvar)

Svante Sturesson, 36 år, söker på ögonkliniken pga. värk i sitt högra öga. Värken har kommit gradvis under de senaste två dygnen. Det gör speciellt ont vid starkt ljus. Han har inget tårflöde. Nu har han också börjat se sämre på ögat. Svante är tidigare frisk, fränsett ryggont. Han har inte skadat ögat. Du inspekterar Svantes glasögon och ser att dessa förstorar bilden. Svante är alltså hyperop/översynt. Gradvis tilltagande, ensidig smärta provocerad av ljus talar för irit som förklaring till Svantes symptom. Du undersöker Svante i spalllampan/hornhinnemikroskopet. Ciliär injektion, ljusväg, precipitat och bakre synekier bekräftar diagnosen irit. Svante rekommenderas att undvika alltför hård fysisk ansträngning, får recept atropin ögondroppar som vidgar pupillen och vill komplettera med en topikal kortikosteroid för att dämpa inflammationen, samt sätts upp för ett återbesök om tre dagar.

Återkoppling 3:5: Effekt – dexametason är en grupp-III-steroid med kraftigare antiinflammatorisk effekt än hydrokortison, vilket kan vara att föredra vid indikationen irit. Beredningsform – droppar är att föredra framför salva dagtid eftersom de ger mindre dimsyn. Förpackning – kan diskuteras med patienten vad som är lättast att hantera Pris – Isopto-Maxidex. Ev allergier (obs konserveringsmedel). Läkemedelsförmån eller ej? Egen erfarenhet och kunskap om de olika preparaten. (*Mål: Allmänna principer för hur man planerar, påbörjar, följer upp och avslutar en läkemedelsbehandling, K9B68*)

Fråga 3:6 (1p) Vad tänker du är viktigt att informera Svante om när du förskriver läkemedel enligt ovan för användning lokalt i ögat?

å

Fråga 3:7 (47p kvar)

Svante Sturesson, 36 år, söker på ögonkliniken pga. värk i sitt högra öga. Värken har kommit gradvis under de senaste två dygnen. Det gör speciellt ont vid starkt ljus. Han har inget tårflöde. Nu har han också börjat se sämre på ögat. Svante är tidigare frisk, fränsett ryggont. Han har inte skadat ögat. Du inspekterar Svantes glasögon och ser att dessa förstorar bilden. Svante är alltså hyperop/översynt. Gradvis tilltagande, ensidig smärta provocerad av ljus talar för irit som förklaring till Svantes symptom. Du undersöker Svante i spalllampan/hornhinnekroskopet. Ciliär injektion, ljusväg, precipitat och bakre synekier bekräftar diagnosen irit. Svante rekommenderas att undvika alltför hård fysisk ansträngning, får recept atropin ögondroppar som vidgar pupillen och vill komplettera med en topikal kortikosteriod för att dämpa inflammationen, samt sätts upp för ett återbesök om tre dagar.

Återkoppling 3:6: När du förskriver läkemedlen ger du Svante instruktioner om hur man självadministrerar ögondroppar och informerar om viss ökad infektionsrisk vid kortisonbehandling och påverkad förmåga till bilkörning (gäller framför allt för atropin) **(Mål: I samråd med patienten fastställa behandlingsmål och ge anpassad information om effekter och biverkningar av läkemedel, K9B68)**

Fråga 3:7 (2p) Ofta kan du ha god hjälp av den regionala listan över rekommenderade läkemedel ("Reklistan", "Kloka listan" eller motsvarande) när du väljer preparat inom en grupp av läkemedel med samma indikation. Vilka överväganden har Läkemedelskommittén att göra som grund för Reklistan?

á

Fråga 3:8 (45p kvar)

Svante Sturesson, 36 år, söker på ögonkliniken pga. värk i sitt högra öga. Värken har kommit gradvis under de senaste två dyggen. Det gör speciellt ont vid starkt ljus. Han har inget tårflöde. Nu har han också börjat se sämre på ögat. Svante är tidigare frisk, frånsett ryggont. Han har inte skadat ögat. Du inspekterar Svantes glasögon och ser att dessa förstorar bilden. Svante är alltså hyperop/översynt. Gradvis tilltagande, ensidig smärta provocerad av ljus talar för irit som förklaring till Svantes symptom. Du undersöker Svante i spalllampan/hornhinnemikroskopet. Ciliär injektion, ljusväg, precipitat och bakre synekier bekräftar diagnosen irit. Svante rekommenderas att undvika alltför hård fysisk ansträngning, får recept och instruktioner att använda atropin ögondroppar som vidgar pupillen och en topikal kortikosteroid för att dämpa inflammationen, samt sätts upp för ett återbesök om tre dagar.

Återkoppling 3:7: Läkemedelskommittén grundar Reklistan på: dokumenterad effekt och säkerhet, pris, lämpliga beredningar/förpackningar, regionala terapitraditioner, leveranssäkerhet och miljöaspekter (*Mål: Allmänna principer för hur man planerar, påbörjar, följer upp och avslutar en läkemedelsbehandling, K9B68*)

Svante har haft besvär med ryggont.

Fråga 3:8a (1p) Vilken allmän sjukdom misstänker du vid kombinationen ryggont + irit?

Fråga 3:8b (2p) Ange 2 andra allmänsjukdomar med irit som del i sjukdomsbilden!

1) 2)

Fråga 3:9 (42p kvar)

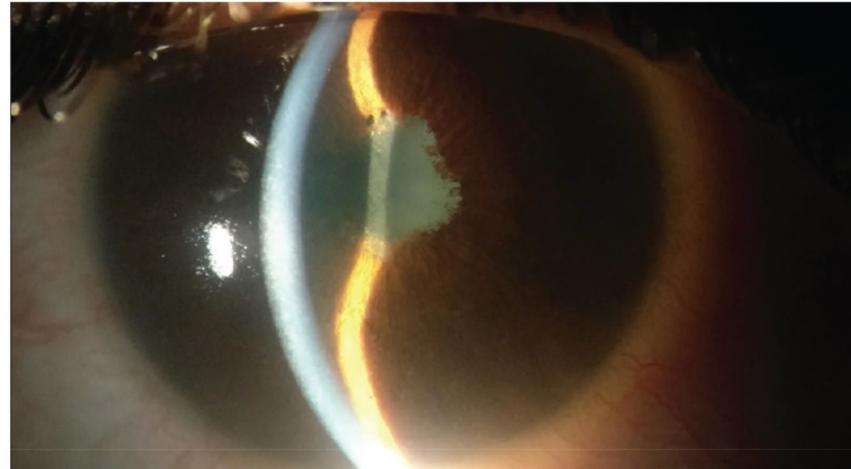
Svante Stuesson, 36 år, söker på ögonkliniken pga. värk i sitt högra öga. Värken har kommit gradvis under de senaste två dygnet. Det gör speciellt ont vid starkt ljus. Han har inget tårflöde. Nu har han också börjat se sämre på ögat. Svante är tidigare frisk, frånsett ryggt. Han har inte skadat ögat. Du inspekterar Svantes glasögon och ser att dessa förstörar bilden. Svante är alltså hyperop/översynt. Gradvis tilltagande, ensidig smärta provocerad av ljus talar för irit som förklaring till Svantes symptom. Du undersöker Svante i spalllampan/hornhinnemikroskopet. Ciliär injektion, ljusväg, precipitat och bakre synekier bekräftar diagnosen irit. Svante rekommenderas att undvika alltför hård fysisk ansträngning, får recept och instruktioner att använda atropin ögondroppar som vidgar pupillen och en topikal kortikosteriod för att dämpa inflammationen, samt sätts upp för ett återbesök om tre dagar.

Återkoppling 3:8: Eftersom Svante besväras av ryggsymptom måste man misstänka att han kan ha en HLA:B27-associerad spondartrit, t ex ankyloserande spondylit ("Bechterews sjukdom") eller reaktiv artrit. Andra irit-associerade allmänsjukdomar är exempelvis inflammatorisk tarmsjukdom, sarkoidos, tuberkulos, Borrelia (eller annan spiroketinfektion), eller juvenil idiopatisk artrit. (Mål: Identifiera och analysera skillnader i symtom och sjukdomsmanifestationer beroende på individuella faktorer hos patienter med sjukdomar eller skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler samt inom psykiatri, K9B106, K9B172)

Svante återkommer efter 3 dagar. Värken gick till en början över, men har nu återkommit. Nu rör det sig nu dock om en annan typ av djupare mer tryckande smärta.

Ögontryck: Höger: 40 (tidigare 9); Vänster: 16 (tidigare 15)

I hornhinnemikroskopet konstaterar man en sk. "iris bombé".



Fråga 3:9 (3p) Vad är "iris bombé" och vad är mekanismen för tryckstegring vid detta tillstånd? Förklara de olika anatomiska strukturemas och sjukliga förändringarnas roller, gärna med hjälp av enkel skiss.

á

Sektion 30

Återkoppling (39p kvar)

Återkoppling 3:9: "Iris bombé" innebär att iris trycks framåt eftersom kammarvätskan som bildas i corpus ciliare inte kommer fram genom pupillen pga. synekier runtom hela pupillkanten. Då kammarvätskan därmed inte når ut i främre kammaren och kan rinna av via trabekelverket i kammarvinkeln ökar det intraokulära trycket. *(Mål: Analysera och värdera symtom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler samt inom psykiatri, K9B98, K9B101, K9B108, K9B166)*

Denna sida innehåller ingen fråga (du kommer att få ett varningsmeddelande om att du inte besvarat frågan när du går vidare - du kan bortse från denna varning!)

Slut på fallet

Fråga 3:1 (60p kvar)

Fall 3: Dragan 28 år

Dragan, 28 år, är bagare. Han fick in något skräp i höger öga för två dagar sedan i samband med arbete i bageriet. Skräpet kom ut efterhand, men dagen efter fick Dragan åter värk och tårflöde samt ljuskänslighet i höger öga. Han söker nu ögonkliniken, då han också upplever att synen har blivit sämre.

Status:

Visus H ser inte 0,1. V 1,0 okorrigerat

Fråga 3:1 (2p) Hur anges synskärpa om den är sämre än 0,1?

Fråga 3:2 (58p kvar)

Dragan, 28 år, är bagare. Han fick in något skräp i höger öga för två dagar sedan i samband med arbete i bageriet. Skräpet kom ut efterhand, men dagen efter fick Dragan åter värk och tårflöde samt ljuskänslighet i höger öga. Han söker nu ögonkliniken, då han också upplever att synen har blivit sämre. Status: Visus H ser inte 0,1. V 1.0 okorrigerat.

Återkoppling 3:1: Visus lägre än 0,1 anges med: Fingerräkning (Fr) + avstånd, *Ex Fr 1m*. Handrörelser (Hr), *Ex Hr framför ögat*. Lokalisation av ljuskälla (L). Perception av ljus (P), *Ex P+L*. (Amauros). (Mål: Analysera och värdera användning av och risker med diagnostiska metoder och behandlingar för sjukdomar inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9C196)

Man finner höger öga kraftigt rodnat.

Fråga 3:2 (4p) Beskriv de olika injektionstyper som kan uppträda i ögat. Ge exempel på tillstånd som är associerade med respektive injektionstyp.

Dragan, 28 år, är bagare. Han fick in något skräp i höger öga för två dagar sedan i samband med arbete i bageriet. Skräpet kom ut efterhand, men dagen efter fick Dragan åter värk och tårflöde samt ljuskänslighet i höger öga. Han söker nu ögonkliniken, då han också upplever att synen har blivit sämre. Status: Visus H ser inte 0,1. V 1,0 okorrigerat. Man finner höger öga kraftigt rodnat.

Återkoppling 3:2: *Konjunktival injektion* är mest uttalad perifert på konjunktiva och på konjunktiva palpebrae. Konjunktival injektion är klarröd och ses vid konjunktivit. *Skleral och episkleral injektion* är mer blårodnad, och blodkärlen är ej förskjutbara som vid konjunktival injektion. Förekommer vid episklerit, sklerit. *Perikorneal injektion* och *ciliär injektion* liknar varandra såtillvida att båda är mest koncentrerade kring limbus. Ciliär injektion är något djupare och mera blårodnad medan perikorneal injektion är ytligare och mera ljusröd. Ciliär injektion talar för irit och perikorneal injektion talar för kornealsår/keratit. Ofta talar man också om *blandinjektion*, som innebär att både det centrala området kring kornea och det perifera kärnätet är engagerade. Detta kan man se vid alla former av kraftigare inflammation. *Stasinjektion* kännetecknas av grövre välfyllda kärl och ses vid akut kraftig intraokulär tryckstegring. (Mål: Analysera och värdera symtom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9A42, K9B98, K9C131, K9C178, K9C187, K9C197, K9C199)

Vid närmare inspektion i hornhinnekroskopet finner du en huvudsakligen perikorneal injektion och ett gråaktigt oskarpt avgränsat infiltrat paracentralt kl 5 på kornea.



Fråga 3:3 (2p) Vad kallar du detta tillstånd och vilken är den sannolika genesen?

Fråga 3:4 (52p kvar)

Dragan, 28 år, är bagare. Han fick in något skräp i höger öga för två dagar sedan i samband med arbete i bageriet. Skräpet kom ut efterhand, men dagen efter fick Dragan åter värk och tårflöde samt ljuskänslighet i höger öga. Han söker nu ögonkliniken, då han också upplever att synen har blivit sämre. Status: Visus H ser inte 0,1. V 1.0 okorrigerat. Man finner höger öga kraftigt rodnat. Vid närmare inspektion i hornhinne-mikroskopet finner man en huvudsakligen perikorneal injektion och ett gråaktigt oskarpt avgränsat infiltrat paracentralt kl 5 på kornea.

Återkoppling 3:3: Det föreligger sannolikt keratit av bakteriell genes. En skada i kornealepitelet som utgör en av ögats infektionsbarriärer, kan predisponera för invasion av mikroorganismer. (Mål: Analysera och värdera symtom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9B98, K9B99)

Fråga 3:4 (3p) Nämn några mikroorganismer som kan orsaka keratit.

Fråga 3:5 (49p kvar)

Dragan, 28 år, är bagare. Han fick in något skräp i höger öga för två dagar sedan i samband med arbete i bageriet. Skräpet kom ut efterhand, men dagen efter fick Dragan åter värk och tårflöde samt ljuskänslighet i höger öga. Han söker nu ögonkliniken, då han också upplever att synen har blivit sämre. Status: Visus H ser inte 0,1 V 1,0 okorrigerat. Man finner höger öga kraftigt rodnat. Vid närmare inspektion i hornhinne-mikroskopet finner man en huvudsakligen perikorneal injektion och ett gråaktigt infiltrat kl 5 på kornea halvperifer.

Återkoppling 3:4: De vanligaste mikroorganismerna vid keratit är: Staph. aureus, Pneumokocker, Moraxella, och Pseudomonas. Mindre vanliga är: Streptokocker, Proteus, E. coli, Klebsiella, Herpes simplex, herpes zoster och svamp.
(Mål: Analysera och värdera symptom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9B98, K9B99)

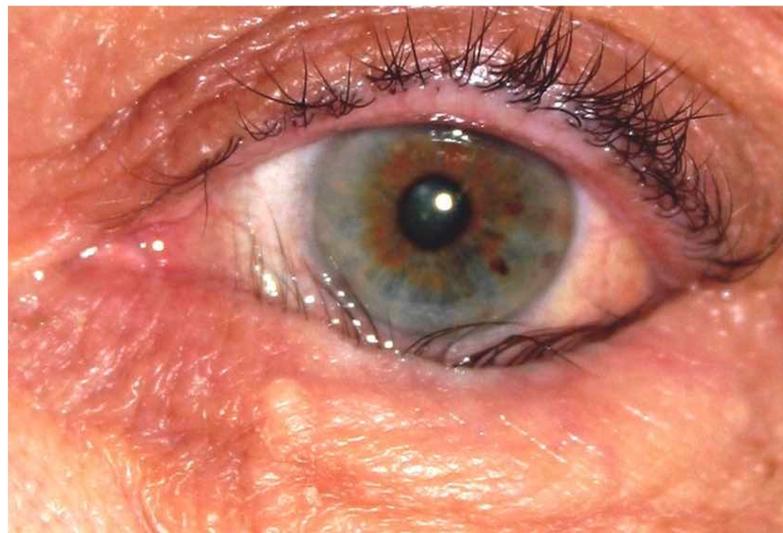
Fråga 3:5 (2p) Vilken av bakterierna är den mest fruktade? Motivera varför.

Fråga 3:6 (47p kvar)

Dragan, 28 år, är bagare. Han fick in något skräp i höger öga för två dagar sedan i samband med arbete i bageriet. Skräpet kom ut efterhand, men dagen efter fick Dragan åter värk och tårflöde samt ljuskänslighet i höger öga. Han söker nu ögonkliniken, då han också upplever att synen har blivit sämre. Status: Visus H ser inte 0,1 V 1,0 okorrigerat. Man finner höger öga kraftigt rodnat. Vid närmare inspektion i hornhinne-mikroskopet finner man en huvudsakligen perikorneal injektion och ett gråaktigt infiltrat kl 5 på kornea halvperifer. Du misstänker bakteriell infektion, exempel på vanliga agens är Staph. aureus, Pneumokocker, Moraxella, och Pseudomonas.

Återkoppling 3:5: Pseudomonas är den mest fruktade bakterien eftersom den producerar kollagenas vilket ger förmåga att penetrera kornealstromat och sprida infektionen på djupet. (Mål: Analysera och värdera symtom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9B98, K9B99)

Vid din noggranna undersökning av Dragans ögon gör du en annan observation. I vänster öga finns en påverkan i ögonlocket enligt bilden nedan.



Fråga 3:6 (4p) Beskriv vad du ser på bilden. Hur akut är det med åtgärd? Vad kan det bli för komplikationer av tillståndet?

Sektion 22

Fråga 3:7 (43p kvar)

Dragan, 28 år, är bagare. Han fick in något skräp i höger öga för två dagar sedan i samband med arbete i bageriet. Skräpet kom ut efterhand, men dagen efter fick Dragan åter värk och tårflöde samt ljuskänslighet i höger öga. Han söker nu ögonkliniken, då han också upplever att synen har blivit sämre. Status: Visus H ser inte 0,1 V 1,0 okorrigerat. Man finner höger öga kraftigt rodnat. Vid närmare inspektion i hornhinne-mikroskopet finner man en huvudsakligen perikorneal injektion och ett gråaktigt infiltrat kl 5 på kornea halvperifer. Du misstänker bakteriell infektion, exempel på vanliga agens Staph. aureus, Pneumokocker, Moraxella, Pseudomonas. På grund av att den kan bilda kollagenas och smälta hornhinne-stroma är pseudomonas mest fruktad bakteriell orsak till keratit.

Vid din noggranna undersökning av Dragans ögon gör du en annan observation. I vänster öga finns en påverkan i ögonlocket.

Återkoppling 3:6: I vänster öga föreligger ett entropion, inåtvänt nedre ögonlock. Eftersom ögonfransarna ständigt ligger an mot bulben och kornea är det viktigt att komma till ögonkliniken för bedömning och ställningstagande till åtgärd inom relativt snar framtid. En komplikation som kan uppstå är keratit, på grund av att mekanisk påverkan av ögonfransarna skadar hornhinnans epitel och skapar en inkörsport för infektion. (Mål: Analysera och värdera symtom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9B107, K9C131, K9C178, K9C187, K9C197)

Du förklarar för Dragan varför ögonlocket står fel och hur man kan åtgärda det.

Fråga 3:7 (4p) Vilka mekanismer kan ligga bakom ett entropion och hur åtgärdas problemet?

Återkoppling (39p kvar)

Återkoppling 3:7: Ett entropion är oftast åldersrelaterat. Orsaken är att ögonlockets bindvävsstrukturer med tiden kan försvagas och balansen mellan dessa stödjande bindvävsstrukturer (från tarsalplattan) och orbikularismuskeln tonus går med stigande ålder förlorad. Blefarospasm i samband med t ex keratit (dendritikal) kan utlösa tillståndet. Kan även orsakas av ärrbildning efter en skada i ögonlocksområdet. Åtgärd: Förkortande och everterande kirurgi i lokalbedövning, där syftet är att strama upp och vända ögonlocket utåt igen. En temporär åtgärd för att minska ögonfransarnas skavning mot bulben i väntan på kirurgi är att tejpa ner det nedre ögonlocket med en kirurgisk tejpremsa från nedre ögonlockskanten ner mot kinden. Enkel smörjande ögonsalva kan också temporärt minska problem med skavningskänsla. (Mål: Förklara principer för insättande och genomförande av åtgärder och uppföljning av vanliga och principiellt viktiga sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler, K9B107, K9C132)

Denna sida innehåller ingen fråga (du kommer att få ett varningsmeddelande om att du inte besvarat frågan när du går vidare - du kan bortse från denna varning!)

Slut på fallet

Fråga 3:3a & b (52p kvar)

Birgitta 75 år, kommer på remiss från optiker pga synnedsättning. Hon tycker synen gradvis har blivit sämre. Ser sämst på långt håll, medan läsningen går någorlunda. Hon har svårt att köra bil i mörker och tycker att hon är mycket bländningskänslig. Vid undersökning finner man att Birgitta inte kan se några bokstäver på syntavlan med höger öga. Synskärpan på vänster öga är 0,4. När man undersöker ögonen i spaltlampen ser man en tät linsgrumling på höger öga och kämskleros på vänster öga.

Aterkoppling 3.2: Synskärpa under 0,1 kan anges med: Fingerräkning (FR) + avstånd [centi/decimeter eller meter], Handrörelser (HR) framför ögat, Lokalisation av ljuskälla (L), ljusperception (P). (MÅ: Ta upp anamnes, genomföra fysikaliskt status, tolka basala fysikaliska fynd och dokumentera detta i journal vid preoperativ bedömning samt vid symtom och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9C194)

Birgitta får beskedet att hon har grå starr. Detta och hennes ålder gör linsema stela och oförmögna att ackommodera.

Fråga 3:3a (3p) Ange de anatomiska strukturer som ingår i ögats optiskt ljusbrytande system, och hur stor del av ögats totala brytkraft som varje struktur svarar för.

Fråga 3:3b (2p) Birgitta är emmetrop och har med stigande ålder förlorat all ackommodativ förmåga. Vilken styrka bör hon ha i läsglasögon för vänster öga om hon önskar sig ett läsavstånd på 40 cm?

Fråga 3:5 (44p kvar)

Birgitta 75 år, kommer på remiss från optiker pga synnedsättning. Hon tycker synen gradvis har blivit sämre. Ser sämst på långt håll, medan läsningen går någorlunda. Hon har svårt att köra bil i mörker och tycker att hon är mycket bländningskänslig. Vid undersökning finner man att Birgitta inte kan se några bokstäver på syntavlan med höger öga. Synskärpan på vänster öga är 0,4. När man undersöker ögonen i spaltampa ser man en tät linsegrumling på höger öga och kåmskleros på vänster öga. Birgitta får beskedet att hon har grå starr. Detta och hennes ålder gör linsema stela och oförmögna att ackommodera. Du berättar för Birgitta att hon kan bli opererad för sin starr eftersom den sänker synskärpan under 0,6 på bästa ögat och ger henne besvär som inskränker hennes dagliga aktiviteter. Hon undrar hur en gråstarroperation går till, och vilken bedövning man får.

Återkoppling 3:4: Bedövning med ögondroppar. Snitt i limbus korneae. En rund öppning rivs upp i främre linskapseln, linsens kärna sönderdelas med hjälp av ultraljud och sugts ut. Den mjukare linsbarken sugts ut utan ultraljud. Viktigt att den bakre delen av linskapseln bevaras intakt. En intraokulär plastlins sätts in i kapseln. *(Mål: Redogöra för begrepp, termer och nomenklatur avseende behandlingsprinciper, behandlingssyfte och behandlingseffekt inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9B99, K9A105)*

Det går inte att använda oftalmoskopi för att inspektera ögonbotten i Birgittas högra öga pga tät starr.

Fråga 3:5 (2p) Vilken undersökningsmetod kan du använda vid helt tät gråstarr för att kontrollera att ingen avlossning eller tumör föreligger i näthinnan?

Fråga 3:6 (42p kvar)

Birgitta 75 år, kommer på remiss från optiker pga synnedsättning. Hon tycker synen gradvis har blivit sämre. Ser sämst på långt håll, medan läsningen går någorlunda. Hon har svårt att köra bil i mörker och tycker att hon är mycket bländningskänslig. Vid undersökning finner man att Birgitta inte kan se några bokstäver på syntavlan med höger öga. Synskärpan på vänster öga är 0,4. När man undersöker ögonen i spallampa ser man en tät linsgrumling på höger öga och kärmskleros på vänster öga. Birgitta får beskedet att hon har grå starr. Detta och hennes ålder gör linsema stela och oförmögna att akkomodera. Du berättar för Birgitta att hon kan bli opererad för sin starr eftersom den sänker synskärpan under 0,6 på bästa ögat och ger henne besvär som inskränker hennes dagliga aktiviteter. Hon får veta hur en grästaroperation går till, och vilken bedövning man får.

Aterkoppling 3:5: För att inspektera ögonbotten i Birgittas högra öga kan man använda ultraljud, B-scan. (Mål: Förestå och motivera val av basala diagnostiska metoder samt formulera relevanta remisser för diagnostiska undersökningar vid sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9A46, K9B10Z)

Birgitta är i övrigt frisk och äter inga mediciner. Birgitta har således vad man kallar en åldersbetingad senil katarakt.

Fråga 3:6 (3p) Nämn 3 orsaker utöver rent åldrande till katarakt!

Återkoppling Fall 3 (39p kvar)

Återkoppling 3.6: : Orsaker utöver åldrande till katarakt kan vara diabetes, trubbigt och skarpt trauma inklusive tidigare glaskroppskirurgi/vitrektomi, cortisonbehandling (lokalt eller systemiskt), strålbehandling, Downss syndrom, galaktosemi, Dystrofia myotonica. (Mål: Förklara sambandet mellan åldrande och sjukdomar eller skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. KSB99, KSB105, KSB108, KSB109)

Denna sida innehåller ingen fråga (du kommer att få ett varningsmeddelande om att du inte besvarat frågan när du går vidare - du kan bortse från denna varning!)

Slut på fallet

Neurodegenerativ sjukdom

Sektion 37

Fråga 5:1 (20p kvar)

Fall 5: Birgitta 55 år

Birgitta är 55 år och fysiskt aktiv. Hennes föräldrar lever och är för åldern pigga och vitala. Birgitta har varit frisk tidigare och är i princip aldrig borta från arbetet. Hon brukar åka Vasaloppet varje år, men i vintras blev tiden sämre än vanligt trots att föret var bra, vilket irriterade henne. Hon har under sommar och höstträningen märkt att hon springer milen långsammare än tidigare. Birgitta har kontorsarbete och märker att det inte flyter riktigt när hon skriver. Det hon söker för är dock att hon har fått problem med skakningar.

Fråga 5:1 (1p) Birgitta söker således för skakningar. Vilka är de två vanligast förekommande sjukdomarna som ger upphov till skakningar som Birgitta skulle kunna ha?

á

Fråga 5:2 (19p kvar)

Birgitta är 55 år och fysiskt aktiv. Hennes föräldrar lever och är för åldern pigga och vitala. Birgitta har varit frisk tidigare och är i princip aldrig borta från arbetet. Hon brukar åka Vasaloppet varje år, men i vintras blev tiden sämre än vanligt trots att året var bra, vilket irriterade henne.

Hon har under sommar och höstträningen märkt att hon springer milen långsammare än tidigare. Birgitta har kontorsarbete och märker att det inte flyter riktigt när hon skriver. Det hon söker för är dock att hon har fått problem med skakningar.

Återkoppling 5:1: Du misstänker Parkinsons sjukdom eller essentiell tremor (*Mål: Analysera och värdera symtom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler samt inom psykiatri, K9C124, K9A143*)

Utifrån anamnesen misstänker du i första hand att det rör sig om Parkinsons sjukdom. När du gör status utgår du från kardinalsymtomen.

Fråga 5:2 (2p) Vilka är kardinalsymtomen för Parkinsons sjukdom?

å

Fråga 5:3 (17p kvar)

Birgitta är 55 år och fysiskt aktiv. Hennes föräldrar lever och är för åldern pigga och vitala. Birgitta har varit frisk tidigare och är i princip aldrig borta från arbetet. Hon brukar åka Vasaloppet varje år, men i vintras blev tiden sämre än vanligt trots att föret var bra, vilket irriterade henne.

Hon har under sommar och höstträningen märkt att hon springer milen långsammare än tidigare. Birgitta har kontorsarbete och märker att det inte flyter riktigt när hon skriver. Det hon söker för är dock att hon har fått problem med skakningar.

Återkoppling 5:2: Du letar efter de typiska symptomen på Parkinsons sjukdom: tremor, rigiditet, hypokinesi och bradykinesi (*Mål: Analysera och värdera symtom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler samt inom psykiatri, K9B71, K9C124*)

Vid status finner du en högersidigt dominerande vilotremor, lätt högersidig rigiditet och vid gång så går Birgitta lätt framåtlutad med nedsatt steglängd. Hon har stel ansiktsmimik och ser nedstämd ut.

Du förklarar för Birgitta att du i första hand överväger Parkinsons sjukdom som orsak till hennes besvär.

Fråga 5:3 (3p) Beskriv bakomliggande patogenes och sjukdomsmekanism!

á

Fråga 5:4 (14p kvar)

Birgitta är 55 år och fysiskt aktiv. Hennes föräldrar lever och är för åldern pigga och vitala. Birgitta har varit frisk tidigare och är i princip aldrig borta från arbetet. Hon brukar åka Vasaloppet varje år, men i vintras blev tiden sämre än vanligt trots att föret var bra, vilket irriterade henne. Hon har under sommar och höstträningen märkt att hon springer milen långsammare än tidigare. Birgitta har kontorsarbete och märker att det inte flyter riktigt när hon skriver. Det hon söker för är dock att hon har fått problem med skakningar. Vid status finner du en högersidigt dominerande vilotremor, lätt högersidig rigiditet och vid gång så går Birgitta lätt framåtlutad med nedsatt steglängd. Hon har stel ansiktsmimik och ser nedstämd ut. Du förklarar för Birgitta att du i första hand överväger Parkinsons sjukdom som orsak till hennes besvär.

Återkoppling 5:3: De typiska symptomen på sjukdomen kommer av förlust av dopaminerga neuron i substantia nigra. Den sjukdomsdrivande mekanismen är en störd degradation av alfa-synuclein/ubiquitin med aggregation av felvikta proteiner alternativt bildande av Lewy bodies. Enligt Braaks teori sprids sjukdomen från nervus vagus och luktnerven till hjärnstammen sedan gradvis vidare i hjärnan. *(Mål: Analysera och värdera symtom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler samt inom psykiatri, K9C124)*

Ni kommer överens om att inleda utredning och att starta behandling.

Fråga 5:4 (2p) Vilka behandlingsalternativ finns vid tidig sjukdom?

á

Fråga 5:5 (12p kvar)

Birgitta är 55 år och fysiskt aktiv. Hennes föräldrar lever och är för åldern pigga och vitala. Birgitta har varit frisk tidigare och är i princip aldrig borta från arbetet. Hon brukar åka Vasaloppet varje år, men i vintras blev tiden sämre än vanligt trots att föret var bra, vilket irriterade henne. Hon har under sommar och hösträningen märkt att hon springer milen långsammare än tidigare. Birgitta har kontorsarbete och märker att det inte flyter riktigt när hon skriver. Det hon söker för är dock att hon har fått problem med skakningar. Vid status finner du en högersidigt dominerande vilotremor, lätt högersidig rigiditet och vid gång så går Birgitta lätt framåtlutad med nedsatt steglängd. Hon har stel ansiktsmimik och ser nedstämd ut. Du förklarar för Birgitta att du i första hand överväger Parkinsons sjukdom som orsak till hennes besvär. Ni kommer överens om att inleda utredning och att starta behandling.

Återkoppling 5:4: Behandlingsalternativen för tidig sjukdom är levodopa eller dopaminagonist (*Mål: Förklara principer för insättande och genomförande av åtgärder och uppföljning av vanliga och principiellt viktiga sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler samt inom psykiatri, K9A68, K9A69, K9C124*)

Fråga 5:5 (2p) Vilka är de viktigaste biverkningarna för dessa behandlingsternativ?

å	

Fråga 5:6 (10p kvar)

Birgitta är 55 år och fysiskt aktiv. Hennes föräldrar lever och är för åldern pigga och vitala. Birgitta har varit frisk tidigare och är i princip aldrig borta från arbetet. Hon brukar åka Vasaloppet varje år, men i vintras blev tiden sämre än vanligt trots att föret var bra, vilket irriterade henne. Hon har under sommar och hösträningen märkt att hon springer milen långsammare än tidigare. Birgitta har kontorsarbete och märker att det inte flyter riktigt när hon skriver. Det hon söker för är dock att hon har fått problem med skakningar. Vid status finner du en högersidigt dominerande vilotremor, lätt högersidig rigiditet och vid gång så går Birgitta lätt framåtlutad med nedsatt steglängd. Hon har stel ansiktsmimik och ser nedstämd ut. Du förklarar för Birgitta att du i första hand överväger Parkinsons sjukdom som orsak till hennes besvär. Ni kommer överens om att inleda utredning och att starta behandling.

Återkoppling 5:5: De vanligaste biverkningarna för levodopa eller dopaminagonist är dosglapp, ofrivilliga rörelser/hyperkinesier, illamående, snabba svängningar mellan ofrivilliga rörelser och stelhet, freezing. *(Mål: Analysera och värdera användning av och risker med diagnostiska metoder och behandlingar för sjukdomar inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler samt inom psykiatri, K9A68, K9A69, K9C124)*

Birgitta får behandling med 100 mg Madopark (levodopa) 3 ggr dagligen. När du pratar med henne över telefon efter 3 veckor har hon dock inte blivit nämnvärt bättre av detta. Det har varit storhelger och resultat av magnetkameraundersökning och lumbalpunktion har inte kommit ännu. Du börjar fundera över om det kan vara någon annan sjukdom. Anamnestiskt kan du utesluta sekundär parkinsonism och läkemedelsutlösta besvär men det finns en lång rad ytterligare differentialdiagnoser till Parkinsons sjukdom.

Fråga 5:6 (3p) Ange vilka ytterligare differentialdiagnoser som är tänkbara att överväga i Birgittas fall? Ange vad som talar för eller emot de differentialdiagnoser du anser vara relevanta.

á	

Fråga 5:7 (7p kvar)

Birgitta är 55 år och fysiskt aktiv. Hennes föräldrar lever och är för åldern pigga och vitala. Birgitta har varit frisk tidigare och är i princip aldrig borta från arbetet. Hon brukar åka Vasaloppet varje år, men i vintras blev tiden sämre än vanligt trots att föret var bra, vilket irriterade henne. Hon har under sommar och höstträningen märkt att hon springer milen långsammare än tidigare. Birgitta har kontorsarbete och märker att det inte flyter riktigt när hon skriver. Det hon söker för är dock att hon har fått problem med skakningar. Vid status finner du en högersidigt dominerande vilotremor, lätt högersidig rigiditet och vid gång så går Birgitta lätt framåtlutad med nedsatt steglängd. Hon har stel ansiktsmimik och ser nedstämd ut. Du förklarar för Birgitta att du i första hand överväger Parkinsons sjukdom som orsak till hennes besvär. Ni kommer överens om att inleda utredning och att starta behandling. Birgitta får behandling med 100 mg Madopark (levodopa) 3 ggr dagligen. När du pratar med henne över telefon efter 3 veckor har hon dock inte blivit nämnvärt bättre av detta.

Återkoppling 5:6: Ytterligare differentialdiagnoser man kan överväga är bla NPH pga gångstörning och parkinsonism; stroke/vaskulär parkinsonism pga parkinsonism, men mindre sannolikt hos Birgitta pga avsaknad av hereditet och att hon är fysiskt aktiv medan gångstörningen talar för detta; tumör pga att parkinsonism kan vara debutsymtom för till exempel meningeom; Multipel Systematrofi pga atypisk parkinsonism. (Mål: Analysera och värdera symtom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler samt inom psykiatri, K9A20, K9C124)

Ni träffas på återbesök 8 veckor efter nybesöket. Birgitta har inte haft någon effekt av medicinen och berättar att hon blivit sämre, framför allt avseende gånghastigheten. Hon har också ramlat vid ett par tillfällen.

Magnetkameraundersökningen är normal. Lumbalpunktionen visar normalt antal celler, inga oligoklonala band, men kraftigt förhöjt neurofilament. Vid neurologisk undersökning finner du ökad parkinsonism framför allt i form av rigiditet och hypokinesi bilateralt. Lillhjärnstester är normala. Ögonmotorik är normal.

Fråga 5:7a (1p) Vilken diagnos har Birgitta utifrån kliniska och laboratoriemässiga resultat?

Fråga 5:7b (1p) Förhöjt neurofilament ses vid en rad neurologiska sjukdomar. Vad är det en markör för?

å	

Fråga 5:7c (1p) Vilket test kompletterar du med i undersökningsrummet för att bekräfta diagnosen?

Sektion 44

Återkoppling (4p kvar)

Återkoppling 5:7: Birgitta förefaller ha Multipel systematrofi (MSA-parkinson typ). NFL är en markör för neuronal/axonal skada och förhöjda halter i cerebrospinalvätska ses såväl vid akuta skador, som stroke, som vid kroniska degenerativa sjukdomar, t ex ALS, MS, atypiska parkinsonliknande sjukdomar och demenssjukdomar.) Du bekräftar diagnosen i undersökningsrummet genom att undersöka ortostatiskt blodtryck. **(Mål: Analysera och värdera symtom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler samt inom psykiatri, K9B71, K9C124)**

Denna sida innehåller ingen fråga (du kommer att få ett varningsmeddelande om att du inte besvarat frågan när du går vidare - du kan bortse från denna varning!)

Slut på fallet

Affektiv sjukdom

Sektion 1

Fråga 1:1 (100p kvar)

Fall 1: Karin 32 år

Du arbetar som ST-läkare inom psykiatri på en öppenvårdsmottagning. Du träffar Karin 32 år som för sex månader sedan hade en svår depression med en ökad självmordsrisk och började behandling med sertralin (ett SSRI preparat). Det framkommer att detta var hennes fjärde depression och att hon har gjort två allvarliga självmordsförsök vid tidigare depressioner. Hon har nu uppnått remission, är inte självmordsbenägen, mår bra och har en god funktionsnivå i vardagen. Hon beskriver bland annat sexuella biverkningar.

Ni diskuterar vidare handläggning. Karin oroar sig för sin medicinering och har många frågor.

Karin önskar på grund av sina biverkningar byta antidepressivum.

Fråga 1:1 (4p) Ange fyra olika grupper av antidepressiva som skulle kunna utgöra alternativ till SSRI för Karin och redogör översiktligt för verkningsmekanismen för var och ett av de fyra alternativen.

å

Fråga 1:2 (96p kvar)

Du arbetar som ST-läkare inom psykiatri på en öppenvårdsmottagning. Du träffar Karin 32 år som för sex månader sedan hade en svår depression med en ökad självmordsrisk och började behandling med sertralin (ett SSRI preparat). Det framkommer att detta var hennes fjärde depression och att hon har gjort två allvarliga självmordsförsök vid tidigare depressioner. Hon har nu uppnått remission, är inte självmordsbenägen, mår bra och har en god funktionsnivå i vardagen. Hon beskriver bland annat sexuella biverkningar och har önskemål om att byta läkemedel

Återkoppling 1:1: Fyra vanligt förekommande alternativ till SSRI är SNRI - selektiv serotonin och noradrenalinåterupptagshämmare, TCA - återupptagshämning av monoaminer, NaSSA - presynaptisk alfa-2-receptorblockad samt postsynaptisk serotoninreceptorblockad, och MAO-hämmare - hindrar nedbrytning av monoaminer. (Mål: Redogöra för begrepp, termer och nomenklatur avseende behandlingsprinciper, behandlingssyfte och behandlingseffekt inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler samt inom psykiatri, K9B80)

Ni kommer överens om att Karin skall fortsätta med sertralin.

Eftersom Karin rekommenderas att medicinera under flera år så tar hon upp att hennes kusin som är ortoped har berättat att en gyllene regel inom psykiatri är "minsta effektiva dos". Karin medicinerar nu med sertralin 100 mg.

Ur FASS för sertralin: Hos patienter som inte svarar på en dos om 50 mg kan dosen behöva höjas ytterligare. Dosändringar bör göras stegvis med 50 mg i intervall om minst en vecka, upp till maximalt 200 mg dagligen.

Ur Läkemedelsboken: En vanlig anledning till utebliven farmakologisk effekt är för låga doser. Använd adekvata slutdoser: sertralin 75–100 mg/dygn

Fråga 1:2 (1p) Vilken dos sertralin rekommenderar du att hon skall ta i fortsättningen?

á

Fråga 1:3 (95p kvar)

Du arbetar som ST-läkare inom psykiatri på en öppenvårdsmottagning. Du träffar Karin 32 år som för sex månader sedan hade en svår depression med en ökad självmordsrisk och började behandling med sertralin (ett SSRI preparat). Det framkommer att detta var hennes fjärde depression och att hon har gjort två allvarliga självmordsförsök vid tidigare depressioner. Hon har nu uppnått remission, är inte självmordsbenägen, mår bra och har en god funktionsnivå i vardagen. Hon beskriver bland annat sexuella biverkningar och har önskemål om att byta läkemedel men ni kommer överens om att hon skall fortsätta med sertralin i samma dos 100 mg som hon använde för att behandla själva depressionen.

Återkoppling 1:2: Karin skall fortsätta ta 100 mg eftersom underhållsbehandling ges med samma dos som använts till behandling av själva depressionen. (Mål: Redogöra för begrepp, termer och nomenklatur avseende behandlingsprinciper, behandlingssyfte och

behandlingsseffekt inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler samt inom psykiatri, K9B80)

Efter tre månader ringer Karin dig. Hon planerar att bli gravid och har hört talas om att SSRI kan ge hjärtfel hos foster. Hon undrar nu hur hon skall gå tillväga för att sätta ut medicineringen.

Fråga 1:3 (3p) Vad svarar du Karin? Motivera ditt svar!

á

Fråga 1:4 (92p kvar)

Du arbetar som ST-läkare inom psykiatri på en öppenvårdsmottagning. Du träffar Karin 32 år som för sex månader sedan hade en svår depression med en ökad självmordsrisk och började behandling med sertralin (ett SSRI preparat). Det framkommer att detta var hennes fjärde depression och att hon har gjort två allvarliga självmordsförsök vid tidigare depressioner. Hon har nu uppnått remission, är inte självmordsbenägen, mår bra och har en god funktionsnivå i vardagen. Hon beskriver bland annat sexuella biverkningar och har önskemål om att byta läkemedel men ni kommer överens om att hon skall fortsätta med sertralin i samma dos 100 mg som hon använde för att behandla själva depressionen. Efter tre månader ringer Karin dig. Hon planerar att bli gravid och har hört talas om att SSRI kan ge hjärtfel hos foster. Hon undrar nu hur hon skall gå tillväga för att sätta ut medicineringsen.

Återkoppling 1:3: Du rekommenderar att hon fortsätter med medicineringsen på grund av allvarlighetsgraden av hennes sjukdom. Vid recidiverande depression, svår episod, där hon har en ökad självmordsrisk så är långtidsbehandling rekommenderat. Graviditet samt perioden förlossningen är riskfyllda med mycket stor risk för återfall i affektiv sjukdom och detta stärker behovet av fortsatt medicineringsen. Risken för missbildningar är låg och risken är störst i första trimestern. Eftersom det ofta tar många månader att bli gravid är det för riskfyllt att sätta ut läkemedel för att därefter återinsätta i andra trimestern. Dessutom är risken för negativ fosterpåverkan betydligt högre till följd av deprimerad moder (under graviditet och efter förlossning) än av läkemedel. **(Mål:**

Analysera och värdera användning av och risker med diagnostiska metoder och behandlingar för sjukdomar inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler samt inom psykiatri, K9B80, K9B209)

Tio månader senare kontaktar Karin dig eftersom hon nu är gravid i vecka 20. Hennes kusin har nu meddelat att barnet riskerar att må dåligt efter förlossningen eftersom sertralintillförseln via navelsträngen upphör efter förlossningen. Karin oroar sig för detta.

Fråga 1:4 (3,5p) Vad gör du? Motivera!

á

Fråga 1:5 (88,5p kvar)

Du arbetar som ST-läkare inom psykiatri på en öppenvårdsmottagning. Du har träffat Karin 32 år som som haft recidivreeande svår depression med en ökad självmordsrisk som svarat bra på behandling med med sertralin (ett SSRI preparat). Karin återkommer till dig 10 månader senare och är gravid i vecka 20.

Återkoppling 1:4: Eftersom risken för försämring och risken för allvarigare depression är stor under graviditet och efter förlossning är det viktigt att följa patienten regelbundet och fånga en eventuell försämring. I Sverige finns en bra organisation med MVC, förlossning och BVC som är vana att uppmärksamma försämring; ett samarbete med dessa behövs med hänsyn till din patient. Avseende läkemedel så skall hon fortsätta med dessa. Plasmanivåer av antidepressiva läkemedel kan skifta under graviditeten varför serumkoncentrationsprover kan vara av värde att följa. Det kan diskuteras en eventuell utsättning inför förlossningen för att minska barnets utsättningsymtom när sertralintillförseln via navelsträngen upphör. Det är inte nödvändigt att göra så men beslutet bör diskuteras med patienten samt med förlossningen. *(Mål: Analysera och värdera användning av och risker med diagnostiska metoder och behandlingar för sjukdomar inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler samt inom psykiatri, K9B80, K9B209)*

När du är på väg att lämna din öppenvårdsmottagning kommer en sjuksköterska in till dig och meddelar att hon har en akut dålig patient på sitt rum. Patienten är djupt deprimerad, har försökt att ta sitt liv med överdos av paracetamol och vägrar nu att samarbeta med vården. Hon undrar om du kan skriva ett vårdintyg (du är ST-läkare) på patienten.

Fråga 1:5 (1p) Vad gör du? Motivera!

å	

Fråga 1:6 (87,5p kvar)

Du arbetar som ST-läkare inom psykiatri på en öppenvårdsmottagning. Du har träffat Karin 32 år som som haft recidivreeande svår depression med en ökad självmordsrisk som svarat bra på behandling med med sertralin (ett SSRI preparat). När du är på väg att lämna din öppenvårdsmottagning kommer en sjuksköterska in till dig och meddelar att hon har en akut dålig patient på sitt rum. Patienten är djupt deprimerad, har försökt att ta sitt liv med överdos av paracetamol och vägrar nu att samarbeta med vården. Hon undrar om du kan skriva ett vårdintyg på patienten.

Återkoppling 1:5: Du träffar patienten för bedömning eftersom ett vårdintyg skall grundas på personlig undersökning. *(Må: Redogöra för relevanta författningar inom hälso- och sjukvården relaterade till organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler samt inom psykiatri, samt för läkarens och patientens ansvar, rättigheter och skyldigheter, K9B174, K9B176, K9B81)*

Efter att ha träffat patienten beslutar du att skriva vårdintyg. För att skriva vårdintyg behöver ett antal kriterier sannolikt vara uppfyllda.

Fråga 1:6 (1,5p) Vilka är kriterierna?

å

Återkoppling (86p kvar)

Du arbetar som ST-läkare inom psykiatri på en öppenvårdsmottagning. Du har träffat Karin 32 år som som haft recidivreeande svår depression med en ökad självmordsrisk som svarat bra på behandling med med sertralini (ett SSRI preparat). När du är på väg att lämna din öppenvårdsmottagning kommer en sjuksköterska in till dig och meddelar att hon har en akut dålig patient på sitt rum. Patienten är djupt deprimerad, har försökt att ta sitt liv med överdos av paracetamol och vägrar nu att samarbeta med vården. Du träffar patienten och beslutar skriva vårdintyg.

Återkoppling 1:7: Allvarig psykisk störning. Behov av psykiatrisk heldygnsvård. Motsätter sig eller kan inte ta ett grundat ställningstagande till föreslagen vård. *(Mål: Redogöra för relevanta författningar inom hälso- och sjukvården relaterade till organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler samt inom psykiatri, samt för läkarens och patientens ansvar, rättigheter och skyldigheter, K9B174, K9B81)*

Denna sida innehåller ingen fråga (du kommer att få ett varningsmeddelande om att du inte besvarat frågan när du går vidare - du kan bortse från denna varning!)

Slut på fallet

Fråga 5:1a & b (18p kvar)

Fall 5: Moa 55år

Du arbetar som underläkare vid en psykiatrisk klinik och har träffat Moa, 55år, med följande bild:

Anamnes: Ordnade sociala förhållanden. Depression för 10 år sedan, erhöll då medicinering och Kognitiv beteendeterapi. Medicineringen avslutas för åtta år sedan. Mått bra sedan dess, ingen kontakt med vården. I övrigt frisk, inga läkemedel, inget missbruk.

Hereditet: Syster, mamma och mormor har varit deprimerade. Farfar tog livet av sig, oklart varför. Pappa har högt blodtryck, i övrigt frisk.

Aktuellt: Sedan sex veckor snabb psykisk försämring. Sover dåligt med insomningsbesvär, vaknar flera gånger under natten och sömnen är kort. Under förmiddagen igångsättningssvårigheter med kraftig ångest men mår något bättre under eftermiddagen. Aptiten har minskat, tvingar i sig mat men har trots detta minskat 10kg i vikt. Beskriver en likgiltighet som är mycket besvärande, kan inte känna glädje över något alls vilket plågar henne mycket. Tycker inte att något är intressant längre. Tänker alltmer på döden, längtar efter döden - se nedan. Kan inte ta några initiativ, maken tog initiativet att köra till psykiatriska akutenheten med patienten.

Somatiskt status utan anmärkning

Psykiskt status: Fullt orienterad. Lång svarslatens. Förlångsammata rörelsemönster, utslätad ansiktsmimik, korta entoniga svar. Bristande formell och emotionell kontakt. Sänkt grundstämning kontinuerligt under samtalet. Inga ångestattacker, men en malande ångest finns samt en rädsla att få ångestattacker. Inga psykotiska symtom.

Validerade skattningsinstrument: MADRS-S 35p (referens 0-54p)
MINI 7.0.2 (med ADHD-modul) ger utslag enbart för **XXXXXXX** och hög självmordsrisk

Biologiska markörer: PETH inte detekterbart. Blod/lever/elstatus inom referensområde. TSH och T4 inom referensintervall. Drogscreening i urinprov visar inget utslag.

Bedömning av suicidrisk, självskaferisk, våldsrisk: Inga tidigare självmordsförsök. Ser inget hopp för framtiden. Kan inte redogöra för några framtidsplaner. Har talat med maken om var hon vill bli begravd, och betonat att hon inte vill att någon mer än han skall närvara vid begravningen. Vid penetration av suicidstegen bejakar patienten dödslängtan men klarar inte att svara på fler frågor. Självmordsrisken bedöms som hög vid fortsatt öppenvårdskontakt.

Fråga 5:1a (1p) Vilken diagnos är mest rimlig?

|

Fråga 5:1b (7p) Vilka är dina förslag till behandling och övrig handläggning i akut skede - vilka alternativ finns? Kommentera för- och nackdelar med olika alternativ, och vilket väljer du?

Fråga 5:2 (10pkvar)

Du arbetar som underläkare vid en psykiatrisk klinik och har träffat Moa, 55år, med följande bild. **Anamnes:** Ordnade sociala förhållanden. Depression för 10 år sedan, erhöll då medicinering och Kognitiv beteendeterapi. Medicineringen avslutas för åtta år sedan. Mått bra sedan dess, ingen kontakt med vården. I övrigt frisk, inga läkemedel, inget missbruk. **Hereditet:** Syster, mamma och mormor har varit deprimerade. Farfar tog livet av sig, oklart varför. Pappa har högt blodtryck, i övrigt frisk. **Aktuellt:** Sedan sex veckor snabb psykisk försämring. Sover dåligt med insomningsbesvär, vaknar flera gånger under natten och sömnen är kort. Under förmiddagen igångsättningsvärigheter med kraftig ångest men mår något bättre under eftermiddagen. Aptiten har minskat, tvingar i sig mat men har trots detta minskat 10kg i vikt. Beskriver en likgiltighet som är mycket besvärande, kan inte känna glädje över något som helst plågar henne mycket. Tycker inte att något är intressant längre. Tänker alltmer på döden, längtar efter döden - se nedan. Kan inte ta några initiativ, maken tog initiativet att köra till psykiatriska akutenheten med patienten. **Somatisk status** utan anmärkning. **Psykisk status:** Fullt orienterad. Lång svarslatens. Förlängsammat rörelsemönster, utslätad ansiktsmimik, korta entoniga svar. Bristande formell och emotionell kontakt. Sänkt grundstämning kontinuerligt under samtalet. Inga ångestattacker, men en malande ångest finns samt en rädsla att få ångestattacker. Inga psykotiska symtom. **Validerade skattningsinstrument** MADRS-S 35p (referens 0-54p); MINI 7.0.2 (med ADHD-modul) ger utslag för **XXXXXXX** och hög självmordsrisk. **Biologiska markörer:** Peth inte detekterbart. Blod /lever /elstatus inom referensområde.TSH och T4 inom referensintervall. Drogsscreening i urinprov visar inget utslag. **Bedömning av suicidrisk, självskaderisk, våldrisk** Inga tidigare självmordsförsök. Ser inget hopp för framtiden. Kan inte redogöra för några framtidsplaner. Har talat med maken om var hon vill bli begravd, och betonat att hon inte vill att någon mer än han skall närvara vid begravningen. Vid penetration av suicidstegen bejaktar patienten dödslängtan men klarar inte att svara på fler frågor. Självmordsrisken bedöms som hög vid fortsatt öppenvårdskontakt.

Återkoppling 5:1: Du gör bedömningen att Moa lider av recidiverande depression med en aktuell svår depressiv episod utan psykotiska symtom. Det finns en hög allvarlighet samt farlighet (självmordsrisk) vid hennes tillstånd varför åtgärder måste vidtas för att förhindra självmord. Slutenvård är rimligt, och även vak på avdelningen för att förhindra självmord. Akut symtomlindring är rimligt, t ex sömnstöd samt att ge bensodiazepiner vid behov mot ångest. ECT är rimligt utifrån dess effektivitet, säkerhet samt snabbhet att nå resultat. Nackdelar med ECT är att sådan bara erbjuds vissa veckodagar som kan ge väntetider, behandlingen är i viss mån stigmatiserande och en viss minnespåverkan kan ses. Ketamins fördelar är den snabba antidepressiva effekten, att den är antisuicidal och att behandlingen kan ges när som helst. Nackdelar med ketamin är de begränsade erfarenheterna av att ge behandling, att den kan ge illamående och psykotiska symtom under behandlingen. Fördelar med andra antidepressiva läkemedel är att de kan ha god effekt och att vi är vana att ge sådan behandling, medan en nackdel är att det dröjer innan effekten kommer. Vid denna allvarlighetsgrad av depression är psykoterapi inte förstahandsval. *(Mål: Analysera och värdera användning av och risker med diagnostiska metoder och behandlingar för sjukdomar inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9B80, K9B81, K9B172, K9B176)*

Tre veckor senare.

Moa som tidigare inkom med en svår depressiv episod har nu vårdats inom psykiatrisk slutenvård under tre veckor, blivit bra (remission) och kommer att skrivas ut imorgon.

Fråga 5:2 (7p) Föreslå en adekvat uppföljning (inklusive behandling) utifrån var och en av följande tre alternativa förutsättningar: 1) om hon behandlas med ECT och den är avslutad, 2) Ketaminbehandling som är avslutad, eller 3) kombinationsbehandling av andra antidepressiva läkemedel (i detta fall: mirtazapin 45 mg och sertralin 100 mg) vilken pågår. Motivera dina förslag.

□	□	□		□	□	á

Återkoppling (3p kvar)

Återkoppling 5:2: Efter en så kort tid av förbättring betraktas Moas psykiska tillstånd labilt. Hennes tillstånd var allvarligt vid inkomsten med hög självmordsrisk, vilket innebär att ett självmord kan komma snabbt vid eventuell försämring. Mot denna bakgrund finns behov av tät uppföljning, initialt ca en gång per vecka via fysiskt möte, vilket kan kompletteras med telefonkontakt.

Moas symtom och funktionsnivå behöver följas, gärna med standardiserade skattningsskalor. Hennes livssituation, stressorer och hälsofrämjande faktorer i livet behöver kartläggas. En mer genomarbetad vårdplan för öppenvård behöver utformas och tidiga tecken på försämring kartläggas (med handlingsplan/krisplan att följa vid försämring).

Anhörigperspektivet behöver beaktas. Ovanstående moment kan utföras av kompetent medarbetare oavsett yrkesroll.

Ställningstagande till samtalskontakt eller psykoterapi, samt uppföljning av medicinering behöver göras. Lämpligen utses en kontaktperson i teamet. När tillståndet har varit stabilt i flera veckor kan uppföljningsintervallet småningom glesas ut.

Förutom ovanstående förslag som är generella för alla tre alternativa förutsättningar, så behöver hänsyn tas även till den tidigare behandlingen. Grunden för samtliga tre alternativ är långtidsbehandling med läkemedel (och eftersom den aktuella depressiva episoden motsvarar patientens andra episod i livet, så rekommenderas generellt att läkemedelsbehandling fortgår minst 2år). Kombinationsbehandlingen bör fortgå i samma dosering. Efter både ECT och Ketaminbehandling behövs underhållsbehandling med lämplig antidepressivum, och således behövs vid dessa alternativ insättning av antidepressivt läkemedel. Överläkaren sympatiserar med dina förslag varefter dessa överrapporteras till öppenvården. Moa upplever småningom med stöd av din planering en gradvis förbättrad hälsa, med en långsiktigt ökad psykisk stabilitet i den affektiva sjukdomen. (Mål: Förklara principer för insättande och genomförande av åtgärder och uppföljning av vanliga och principiellt viktiga sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9B80, K9B81, K9B171)

Denna sida innehåller ingen fråga (du kommer att få ett varningsmeddelande om att du inte besvarat frågan när du går vidare - du kan bortse från denna varning!)

Slut på fallet

Fråga 4:2 (36p kvar)

Du arbetar vid en psykiatrisk öppenvårdsmottagning som underläkare och träffar Elin, en 30-årig kvinna med bipolärt affektivt syndrom. Hon mår bra, har inga symtom på affektiv sjukdom, visar inga tecken till biverkningar och har en god funktionsnivå i vardagen. Samtliga tagna prover är utan anmärkning. Medicinerar med litium och serumkoncentrationen av litium är 0,7 mmol/L (referensområde 0,5-0,9 mmol/L).

Aterkoppling 4:1: En journalanteckning bör innefatta: Fullt orienterad. God formell och emotionell kontakt. Neutral grundstämning. Ingen ångest. Förnekar rösthallucinos, paranoidea samt andra psykotiska symtom. Självmordsrisk kan inkluderas i detta eller vara en egen rubrik, lämnas utanför nu. (MÅ: Ta upp anamnes, genomföra fysikaliskt status, tolka basala fysikaliska fynd och dokumentera detta i journal vid preoperativ bedömning samt vid symtom och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9B79, K9C189)

Elin har läst sin journal på nätet och ser att hon i 20-årsåldern fick olika diagnoser innan hon fick diagnos bipolärt affektivt syndrom typ 1.

Fråga 4:2 (6p) Ni diskuterar runt diagnoserna: recidiverande depression, schizoaffektivt syndrom, bipolärt affektivt syndrom typ 1 & 2, cyklotymi samt cykloid psykos. Hur förklarar du skillnaderna mellan dessa?

Fråga 4:3 (30p kvar)

Du arbetar vid en psykiatrisk öppenvårdsmottagning som underfäkare och träffar Elin, en 30-årig kvinna med bipolärt affektivt syndrom. Hon mår bra, har inga symtom på affektiv sjukdom, visar inga tecken till biverkningar och har en god funktionsnivå i vardagen. Samtliga tagna prover är utan anmärkning. Medicinerar med litium och serumkoncentrationen av litium är 0,7 mmol/L (referensområde 0,5-0,9 mmol/L). Elin har läst sin journal på nätet och ser att hon i 20-årsåldern fick olika diagnoser innan hon fick diagnos bipolärt affektivt syndrom typ 1.

Aterkoppling 4:2: Recidiverande depression är en affektiv sjukdom där stämningläget skiftar mellan depression och eutymi. Bipolärt affektivt syndrom är en affektiv sjukdom där svängningar sker mellan eutymi, depression och mani. Sillnaden är att typ 1 har mani medan typ 2 har hypomani (och inte har haft mani fullt ut). Cyklotymi är en bipolär variant med skiftningar mellan förhöjd och sänkt grundstämning men uppfyller aldrig kriterier för hypomani eller depression. Cykloid psykos räknas som en variant av bipolärt affektivt syndrom med förskjutning av grundstämningen i kombination med psykotiska symtom (perplexitet, förvirring, psykos) men där det förekommer symptomfria intervall mellan skoven. Ofta snabba svängningar. Schizoaffektivt syndrom är en psykosjukdom där symptomfrihet inte brukar uppnås avseende psykotiska symtom men där episoder med försämring finns och då ingår grundstämningförskjutning. *(Må: Analysera och värdera symtom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9B79, K9B81, K9B168)*

När en patient erhåller diagnosen bipolärt affektivt syndrom, men även vid insättning av stämningsstabiliserande medicinering behövs mycket information som ges i omgångar, ofta ingår patient och anhörigutbildning.

Fråga 4:3 (3p) Innan du skriver ut årsrecept på litium vill du kontrollera att Elin har kunskap om sin sjukdom. Vad vill du kontrollera?

Återkoppling (23p kvar)

Återkoppling 4.4:

Vårdplan för perioden (dagens datum – ett år framöver eller tills ny vårdplan görs). Ersätter vårdplan 200403

Hälsoproblem: Bipolärt affektivt syndrom typ 1 med litiummedicinering sedan 8 år och symtomfrihet sedan 6 år. God funktionsnivå i vardagen, har inga sjukdomssymtom. Följer planeringar och medicinering.

Mål:

1. Fortsatt symtomfrihet
2. Fortsatt hög funktionsnivå i vardagen
3. Vid tidiga tecken på återinsjuknande erhålla adekvata insatser snabbt för att förhindra återinsjuknande

Planering:

Medicinsk:

1. Försätter med litium 3 tabletter två gånger per dag
2. Kontroll av litiumkoncentration 4 gånger per år
3. Kontroll av njurfunktion samt thyroidea lab två gånger per år
4. Somatisk undersökning var 6e månad via sjuksköterskemottagning (EKG, puls, blodtryck, allmän undersökning)
5. Läkaråterbesök en gång per år eller tidigare vid behov

Psykologisk:

1. Psykiatrisk bedömning två gånger per år via sjuksköterska
2. Psykopedagogisk genomgång gjord, efterhört om förnyad information behövs
3. Psykoterapeutisk intervention vid behov
4. Anhörigstöd och anhörigutbildning var aktuell för tre år sedan men skall erbjudas igen vid behov eller senast anhörigkontakt om ett år
5. Funktionsnivå frågas om vid varje besök

Övrigt:

1. Graviditet, inte aktuellt nu, har informerats förra året, ny information under detta år
2. Har erhållit skriftlig information om vårdplan (var med och upprättade), kontaktvägar samt vilka ytterligare insatser som finns

Utvärdering och uppföljning:

1. Utvärdering av vårdplan vid varje planerat besök och ny vårdplan årligen.

(Mål: Visa terapeutisk förmåga och med stöd av denna utforma en åtgärdsplan grundad på samsyn med patienten. K9B68, K9B79, K9B170)

Denna sida innehåller ingen fråga (du kommer att få ett varningsmeddelande om att du inte besvarat frågan när du går vidare - du kan bortse från denna varning!)

Stut på fallet

Ångest

Fråga 2:1 (80p kvar)

Fall 2: Samuel 11 år

Samuel 11 år kommer på nybesök på BUP-kliniken med sina föräldrar på grund av misstanke om tvångsmässighet.

Fråga 2:1a (2p) Ange de mest typiska tvångstankarna hos barn!

á	

Fråga 2:1b (2p) Ange de mest typiska tvångshandlingarna hos barn?

á	

Fråga 2:2 (76p kvar)

Samuel 11 år kommer på nybesök på BUP-kliniken med sina föräldrar på grund av misstanke om tvångsmässighet.

Återkoppling 2:1a: Typiska tvångstankar hos barn är rörande smitta och sjukdomar; aggressiva och sexuella tvångstankar; tvångstankar rörande samlade, religiösa tvångstankar, tvångstankar rörande nödvändigheten av symmetri eller exakthet. 2:1b: Typiska tvångshandlingar hos barn är rengöringsritualer (t ex tvätta händer, duscha sig), kontrolleringsritualer (t ex kontrollera lås, elektriska apparater), skriva rätt och räknetsång; patologiskt samlade; återupprepningsritualer, arrangeringstvang. **(Mål: Analysera och värdera symtom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler samt inom psykiatri, B78)**

Samuel har smutstankar och tvättar sina händer ca 20 gånger per dag. Därutöver har han starkt behov av att kontrollera att ytterdörren och spisen är stängda. Vidare är han tvungen av att upprepa ordet "bensinmack" ideligen.

Fråga 2:2 (2p) Hur lyder diagnoskriterierna för tvångssyndrom du behöver undersöka om Samuel uppfyller?

á

Fråga 2:3 (74p kvar)

Samuel 11 år kommer på nybesök på BUP-kliniken med sina föräldrar på grund av misstanke om tvångsmässighet. Samuel har smutstankar och tvättar sina händer ca 20 gånger per dag. Därutöver har han starkt behov av att kontrollera att ytterdörren och spisen är stängda. Vidare är han tvungen av att upprepa ordet "bensinmack" ideligen.

Återkoppling 2:2: Diagnoskriterierna för tvångssyndrom är: tvångstankarna och/eller handlingarna är tidskrävande (tar minst en timme per dag), eller upplevs som väldigt påfrestande, eller medför att personen fungerar sämre i vardagslivet. *(Må: Analysera och värdera symtom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler samt inom psykiatri, B78)*

Fråga 2:3 (4p) Ange två relevanta differentialdiagnoser som du vill specifikt utesluta när det gäller Samuel. Hur går du till väga för att utesluta dessa?

á	

Fråga 2:4 (70p kvar)

Samuel 11 år kommer på nybesök på BUP-kliniken med sina föräldrar på grund av misstanke om tvångsmässighet. Samuel har smutstankar och tvättar sina händer ca 20 gånger per dag. Därutöver har han starkt behov av att kontrollera att ytterdörren och spisen är stängda. Vidare är han tvungen av att upprepa ordet "bensinmack" ideligen. Diagnoskriterierna för tvångssyndrom är: tvångstankarna och/eller handlingarna är tidskrävande (tar minst en timme per dag), eller upplevs som väldigt påfrestande, eller medför att personen fungerar sämre i vardagslivet.

Återkoppling 2:3: Två tillstånd som är relevanta att utesluta: Autismspektrumtillstånd – autismscreen (t ex SCQ), om misstanke styrks ADI-R och ADOS; PANDAS/PANS. Infektionsutlöst tvångsmässighet – ur anamnestisk information, ofta även med andra neurologiska symptom: barnneurologkonsultationen med blodprover inkl antikroppspaneler, vid behov EEG och MR. *(Mål: Analysera och värdera symtom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler samt inom psykiatri, B74, B85)*

Du gjorde en differentialdiagnostisk bedömning rörande autismspektrumtillstånd och PANDAS/PANS och fastställde sedan diagnosen tvångssyndrom.

Fråga 2:4 (3p) Beskriv hur tvångssyndrom behandlas.

á

Fråga 2:5 (67p kvar)

Samuel 11 år kommer på nybesök på BUP-kliniken med sina föräldrar på grund av misstanke om tvångsmässighet. Samuel har smutstankar och tvättar sina händer ca 20 gånger per dag. Därutöver har han starkt behov av att kontrollera att ytterdörren och spisen är stängda. Vidare är han tvungen av att upprepa ordet "bensinmack" ideligen. Diagnoskriterierna för tvångssyndrom är: tvångstankarna och/eller handlingarna är tidskrävande (tar minst en timme per dag), eller upplevs som väldigt påfrestande, eller medför att personen fungerar sämre i vardagslivet. Du gjorde en differentialdiagnostisk bedömning rörande autismspektrumtillstånd och PANDAS/PANS och fastställde sedan diagnosen tvångssyndrom.

Återkoppling 2:4: Tvångssyndrom behandlas med psykoedukation inkl handledning till föräldrar, KBT och SSRI-medicinering. *(Mål: Redogöra för begrepp, termer och nomenklatur avseende behandlingsprinciper, behandlingssyfte och behandlingseffekt inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler samt inom psykiatri, B78)*

Samuel och hans föräldrar fick information om tvångssyndromet och uppmuntrades kontakta patientföreningen för stöd. Samuel fick KBT och blev bättre utan behov av att sätta in SSRI-medicinering. Dock oroar sig föräldrarna mycket om hur det ska gå med Samuel och hans sjukdom.

Fråga 2:5a (0,5p) Vad kan du säga om prognosen för tvångssyndrom över tid?

á

Fråga 2:5b (1p) Vilka andra psykiatriska tillstånd utöver autismspektrumtillstånd är vanliga hos patienter med tvångssyndrom?

á

Fråga 2:6 (65,5p kvar)

Samuel 11 år kommer på nybesök på BUP-kliniken med sina föräldrar på grund av misstanke om tvångsmässighet. Samuel har smutstankar och tvättar sina händer ca 20 gånger per dag. Därutöver har han starkt behov av att kontrollera att ytterdörren och spisen är stängda. Vidare är han tvungen av att upprepa ordet "bensinmack" ideligen. Diagnoskriterierna för tvångssyndrom är: tvångstankarna och/eller handlingarna är tidskrävande (tar minst en timme per dag), eller upplevs som väldigt påfrestande, eller medför att personen fungerar sämre i vardagslivet. Du gjorde en differentialdiagnostisk bedömning rörande autismspektrumtillstånd och PANDAS/PANS och fastställde sedan diagnosen tvångssyndrom. Samuel och hans föräldrar fick information om tvångssyndromet och uppmuntrades kontakta patientföreningen för stöd. Samuel fick KBT och blev bättre utan behov av att sätta in SSRI-medicinering.

Återkoppling 2:5: Tvångstankar och – handlingar kommer ofta i skov och ett kroniskt förlopp är vanligt. Förutom för autismspektrumtillstånd förekommer tvångssyndrom ofta tillsammans med psykiatriska tillstånd såsom ångesttillstånd, personlighetsavvikelse (inkl tvångsmässig personlighet) och depression. *(Mål: Analysera och värdera symtom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler samt inom psykiatri, identifiera, analysera och värdera risk- och skyddsfaktorer för uppkomst av sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler samt inom psykiatri, B77, B78, B80, B87)*

Samuels mor har nyligen sett en dokumentär på TV om något som kallades för tic.

Fråga 2:6 (1,5p) Vad är tic och hur skiljer sig tic från tvångshandlingar?

å

Återkoppling (64p kvar)

Återkoppling 2:6: Tic är plötsliga vokalisationer eller rörelser. De är icke-viljestyrda men kan delvis kontrolleras. Tvångshandlingar är mer komplexa men har det gemensamt med tic att de är svåra att hålla tillbaka. *(Mål: Analysera och värdera symtom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-
näsa-hals, nervsystem och muskler samt inom psykiatri, K9B86)*

Denna sida innehåller ingen fråga (du kommer att få ett varningsmeddelande om att du inte besvarat frågan när du går vidare - du kan bortse från denna varning!)

Slut på fallet

Maria 16 år, utan tidigare kontakt med BUP, kommer in till barnpsykiatriska akutenheten sent en kväll nu under pandemin. Hon kommer från kirurgakuten efter att ha suturerats på bägge armarna, där hon skurit sig djupt. Hon uppger att hon har gjort det i syfte att dö. Nu är hon dock trött och vill åka hem till Kisa tillsammans med sin pappa.

Fråga 4:1 (1p) Du funderar på om du kan skicka hem Maria eller om hon ska läggas in. Vilka två lagar styr hur vi kan slutenvärda psykiatriskt sjuka patienter?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	á

Fråga 4:2 (39p kvar)

Maria 16 år, utan tidigare kontakt med BUP, kommer in till barnpsykiatriska akutenheten sent en kväll nu under pandemin. Hon kommer från kirurgakuten efter att ha suturerats på bägge armarna, där hon skurit sig djupt. Hon uppger att hon har gjort det i syfte att dö. Nu är hon dock trött och vill åka hem till Kisa tillsammans med sin pappa.

Återkoppling 4:1: Du funderade utifrån hälso- och sjukvårdslagen (HSL) samt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) om du kan skicka hem Maria eller om hon ska läggas in. (Mål: Redogöra för relevanta författningar inom hälso- och sjukvården relaterade till organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler, samt för läkarens och patientens ansvar, rättigheter och skyldigheter. K9B96, K9B172)

Ett viktigt ställningstagande för dig är frågan under vilka förutsättningar ett 16 år gammalt barn kan tvångsvårdas?

Fråga 4:2 (3p) Redogör för processen för ett beslut om tvångsvård för ett 16 år gammalt barn!

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	á

Fråga 4:3 (36p kvar)

Maria 16 år, utan tidigare kontakt med BUP, kommer in till barnpsykiatriska akutenheten sent en kväll nu under pandemin. Hon kommer från kirurgakuten efter att ha suturerats på bägge armarna, där hon skurit sig djupt. Hon uppger att hon har gjort det i syfte att dö. Nu är hon dock trött och vill åka hem till Kisa tillsammans med sin pappa. Du funderade utifrån hälso- och sjukvårdslagen samt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) om du kan skicka hem Maria eller om hon ska läggas in

Återkoppling 4:2: Ett 16 år gammalt barn kan tvångsvårdas under samma förutsättningar som vuxna, det vill säga 1) patienten ska lida av allvarlig psykisk störning, 2) ha oundgängligt behov av psykiatrisk dygnetruntvård (slutenvård), 3) motsäga sig erbjuden vård alternativt att det finns grundat antagande att vården inte kan ges med personens samtycke. En legitimerad läkare utfärdar ett vårdintyg enl 4 § LPT. Om en patient med utfärdat vårdintyg inte godtar att kvarstanna på sjukvårdsinrättningen tills dess att det bedömts om intagning för tvångsvård ska ske eller inte, kan tjänstgörande läkare fatta kvarhållningsbeslut enligt 6 § LPT varefter patienten kan hindras att lämna vårdinrättningen. Frågan om intagning för tvångsvård avgörs av chefsöverläkare eller erfaren specialistläkare i psykiatri med chefsöverläkaruppdrag. Prövningen ska ske senast inom 24 timmar. Intagningsbeslut får inte grundas på ett vårdintyg som är äldre än 4 dagar och kan inte heller fattas av samma läkare som utfärdat vårdintyget.

(Mål: Redogöra för relevanta författningar inom hälso- och sjukvården relaterade till organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler, samt för läkarens och patientens ansvar, rättigheter och skyldigheter. K9B96)

Fråga 4:3 (2p) Vilka differentialdiagnostiska överväganden gör du kring Marias symtombild? Motivera ditt svar!

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	á

Fråga 4:4 (34p kvar)

Maria 16 år, utan tidigare kontakt med BUP, kommer in till barnpsykiatriska akutenheten sent en kväll nu under pandemin. Hon kommer från kirurgakuten efter att ha suturerats på bägge armarna, där hon skurit sig djupt. Hon uppger att hon har gjort det i syfte att dö. Nu är hon dock trött och vill åka hem till Kisa tillsammans med sin pappa. Du funderade utifrån hälso- och sjukvårdslagen samt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) om du kan skicka hem Maria eller om hon ska läggas in.

Återkoppling 4:3: Eftersom Maria kom in oanmäld till akutenheten och du inte har någon tidigare kunskap om henne eller hennes bakgrund, behöver du tänka brett kring olika diagnostiska överväganden. Depression, ångest, trauma/övergrepp, självskadebeteende, autism, psykos, droger? (Mål: Analysera och värdera symtom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler, K9B76, K9B78, K9B79, K9B80, K9B81, K9B82, K9B84, K9B86)

Diagnostiken får vänta eftersom du först vill göra en strukturerad suicidriskbedömning.

Fråga 4:4 (3p) Vad ingår i din strukturerade suicidriskbedömning av Maria? Vilka åtgärder vidtar du vid låg respektive hög suicidrisk?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	á

Fråga 4:5 (30p kvar)

Maria 16 år, utan tidigare kontakt med BUP, kommer in till barnpsykiatriska akutenheten sent en kväll nu under pandemin. Hon kommer från kirurgakuten efter att ha suturerats på bägge armarna, där hon skurit sig djupt. Hon uppger att hon har gjort det i syfte att dö. Nu är hon dock trött och vill åka hem till Kisa tillsammans med sin pappa. Du funderade utifrån hälso- och sjukvårdslagen samt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) om du kan skicka hem Maria eller om hon ska läggas in. Eftersom Maria kom in oanmäld till akutenheten och du inte har någon tidigare kunskap om henne eller hennes bakgrund, behöver du tänka brett kring olika diagnostiska överväganden.

Återkoppling 4:4: En strukturerad suicidbedömning skulle bestå av enskilt samtal med Maria samt förälder. Bedömning vart Maria befinner sig i suicidstegen (nedstämdhet → suicidavsikt), vilka riskfaktorer finns?, vilka skyddsfaktorer?, tidigare suicidalitet, bedöma föräldrars förmåga till skydd. Om skattningen är hög/ svårbedömd bör föräldraförmågan till skydd vara stabil för att Maria ska få gå hem, annars inläggning. Säkerhetsplan upprättas om Maria går hem. *(Mål: Identifiera, analysera och värdera risk- och skyddsfaktorer för uppkomst av sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler, K9B80)*

Efter enskilt samtal med Maria, samt medföljande pappa, bedöms hennes suicidrisk som måttlig. Pappans förmåga till skydd bedöms vara god och gemensamt upprättas en tydlig säkerhetsplan, varvid Maria får gå hem tillsammans med pappa.

Uppföljning sker närmaste veckan med besök inom BUP öppenvård. I samband med besöket fördjupas anamnesen och det framträder en bild där Maria sedan ett par år tillbaka varit nedstämd och haft ångest. Sedan många år tillbaka har hon svårigheter i sociala sammanhang och har länge dragit sig undan från sociala situationer, vilket föranleder misstankar kring underliggande autism och/eller annan neuropsykiatrisk problematik.

I samband med teamkonferens dras ärendet och beslut tas om fördjupad BUP bedömning.

Fråga 4:5 (3p) Vad ingår i en fördjupad BUP bedömning? Vem gör vad?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	á

Fråga 4:6 (28pkvar)

Maria 16 år, utan tidigare kontakt med BUP, kommer in till barnpsykiatriska akutenheten sent en kväll nu under pandemin. Hon kommer från kirurgakuten efter att ha suturerats på bägge armarna, där hon skurit sig djupt. Hon uppger att hon har gjort det i syfte att dö. Nu är hon dock trött och vill åka hem till Kisa tillsammans med sin pappa. Du funderade utifrån hälso- och sjukvårdslagen samt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) om du kan skicka hem Maria eller om hon ska läggas in. Eftersom Maria kom in oanmäld till akutenheten och du inte har någon tidigare kunskap om henne eller hennes bakgrund, behöver du tänka brett kring olika diagnostiska överväganden. Efter enskilt samtal med Maria, samt medföljande pappa, bedöms hennes suicidrisk som måttlig. Pappans förmåga till skydd bedöms god och gemensamt upprättas en tydlig säkerhetsplan, varvid Maria får gå hem tillsammans med pappa.

Återkoppling 4:5: En fördjupad BUP bedömning innebär en multiprofessionell teambedömning där läkare, psykolog och ev socionom ingår. Ibland även arbetsterapeut, fysioterapeut. Läkaren genomför neuromotorisk undersökning samt tar medicinsk anamnes med föräldrar. Psykolog gör (nästan alltid) begåvningsstestning enligt Wechsler (WPPSI, WISC, WAIS), samt olika skattningsskalor och intervjuer med patienten/ föräldrar/ förskole- eller skolpersonal. Ev datoriserad test för uppmärksamhet/ impulsivitet. Pedagogisk kartläggning från förskola/ skola. (Mål: Analysera och värdera symtom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9A151)

BUP öppenvården genomförde en fördjupad utredning och Maria fick diagnosen autism i barndomen samt social fobi. Under utredningen gjordes differentialdiagnostiska överväganden.

Fråga 4:6 (2p) Hur skiljer man på autism och social fobi?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	á

Fråga 4:7 (26pkvar)

Maria 16 år, utan tidigare kontakt med BUP, kommer in till barnpsykiatriska akutenheten sent en kväll nu under pandemin. Hon kommer från kirurgakuten efter att ha suturerats på bägge armarna, där hon skurit sig djupt. Hon uppger att hon har gjort det i syfte att dö. Nu är hon dock trött och vill åka hem till Kisa tillsammans med sin pappa. Du funderade utifrån hälso- och sjukvårdslagen samt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) om du kan skicka hem Maria eller om hon ska läggas in. Eftersom Maria kom in oanmäld till akutenheten och du inte har någon tidigare kunskap om henne eller hennes bakgrund, behöver du tänka brett kring olika diagnostiska överväganden. Efter enskilt samtal med Maria, samt medföljande pappa, bedöms hennes suicidrisk som måttlig. Pappans förmåga till skydd bedöms god och gemensamt upprättas en tydlig säkerhetsplan, varvid Maria får gå hem tillsammans med pappa.

Återkoppling 4:6: Autism har svårigheter med/ oförmåga till social interaktion medan socialfobikern har förmågan, men sådan stark ångest kopplat till sociala situationer att hen undviker sociala sammanhang. Autism debuterar tidigt i barndomen, social fobi oftast i tonåren. (Mål: Analysera och värdera symtom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9B76, K9B84)

Fråga 4:7 (3p) Efter utredning genomfördes även en samordnad vårdplanering. Vad kallas det? Vilka deltar vid en sådan? Hur genomförs och dokumenteras den?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	á

Fråga 4:8 (23pkvar)

Maria 16 år, utan tidigare kontakt med BUP, kommer in till barnpsykiatriska akutenheten sent en kväll nu under pandemin. Hon kommer från kirurgakuten efter att ha suturerats på bägge armarna, där hon skurit sig djupt. Hon uppger att hon har gjort det i syfte att dö. Nu är hon dock trött och vill åka hem till Kisa tillsammans med sin pappa. Under efterföljande uppföljning framkommer att Maria sedan ett par år tillbaka varit nedstämd och haft ångest. Sedan många år tillbaka har hon svårigheter i sociala sammanhang och har länge dragit sig undan från sociala situationer. Utredningen utmynnar i diagnoserna autism i barndomen samt social fobi

Återkoppling 4:7: SIP-möte (samordnad individuell plan) hålls med patient (närvarande beroende på ålder), föräldrar, personal från förskola/skola, socialtjänst (om de är aktiva i familjen). Genomgång av behov, insatser och vem som ansvarar för vad, samt uppföljning. Dokument upprättas som alla tar del av. (Mål: Förklara principer för insättande och genomförande av åtgärder och uppföljning av vanliga och principiellt viktiga sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler, K9B209)

Det visar sig att, förutom de symtom som kommer med Marias diagnoser autism och social fobi, har hon ett stort lidande utifrån känsla av ensamhet.

Fråga 4:8 (5p) Vilka är för och nackdelar med att välja kognitiv beteendeterapi (KBT) online jämfört med KBT på plats i Linköping? Motivera dina svar utifrån olika perspektiv som kan finnas i situationen att ta ställning till.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	á

Återkoppling (18p kvar)

Återkoppling 4:8: För samhället är viktigt att minska åkande mellan platser av hållbarhets-/ miljöskäl. Maria bor i Kisa så det kan spara tid för henne och familjen att inte behöva åka in till Linköping och detta kan öka följsamheten. Resor till och från terapi i Linköping kan innebära att hon behöver avstå skolan som är en viktig aspekt. För föräldrarna kan vara viktigt att inte behöva ta ledigt så mycket från arbetet. För den som har autism kan närvaro i terapisaftal var krävande och tröttsamt och därför kan online möten/ kontakt vara att föredra. Å andra hand kan närvaro och träff med terapeut ge mindre känsla av ensamhet och vara del av social träning som kan vara svårare att få till på samma sätt online. *(Mål: Demonstrera en helhetssyn i relation till patientens och närståendes behov och kunskande. K9B202, K9B203, K9B204)*

Denna sida innehåller ingen fråga (du kommer att få ett varningsmeddelande om att du inte besvarat frågan när du går vidare - du kan bortse från denna varning!)

Slut på fallet

Psykossjukdom

Fråga 1:1 (100p kvar)

Fall 1: Okänd vuxen man

Du är AT-läkare vid en psykiatrisk akutenhet när polisen inkommer med en man. Patientens identitet och tidigare sjukdomshistoria är okänd. Polisen rapporterar att mannen hittats på tågstationen där han uppträtt inadekvat, talat med papperskorgarna, promenerar på spåren och uppger för polisen att han är utsänd av Gud för att sprida evangeliet. Berättar även att han är rädd för alla demoner som sitter på taken runt stationen. Därefter går polisen.

Efter ett kortare samtal med patienten där han enbart har bekräftat polisens information så uppvisar han en tågbiljett med avgång om 30 minuter och kräver att få lämna akutenheten för att hinna med tåget hem till Lund. Patienten är lugn.

Fråga 1:1 (3p) Vad gör du och varför?

Fråga 1:2 (97p kvar)

Du är AT-läkare vid en psykiatrisk akutenhet när polisen inkommer med en man. Patientens identitet och tidigare sjukdomshistoria är okänd. Polisen rapporterar att mannen hittats på tågstationen där han uppträtt inadekvat, talat med papperskorgarna, promenerar på spåren och uppger för polisen att han är utsänd av Gud för att sprida evangeliet. Berättar även att han är rädd för alla demoner som sitter på taken runt stationen. Därefter går polisen. Efter ett kortare samtal med patienten där han enbart har bekräftat polisens information så uppvisar han en tågbiljett med avgång om 30 minuter och kräver att få lämna akutenheten för att hinna med tåget hem till Lund. Patienten är lugn.

Återkoppling 1:1: Det rör sig om en okänd man som är psykotisk. Han har haft ett farligt beteende genom att promenera på tågspåren. Vi vet inte vad som kommer att hända om han lämnar mottagningen. Kanske dör han i en olycka på järnvägsspåret. Eftersom han vill lämna mottagningen behöver en vårdintygsbedömning göras varför en legitimerad läkare tillkallas. (Mål: Redogöra för relevanta författningar inom hälso- och sjukvården relaterade till organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler, samt för läkarens och patientens ansvar, rättigheter och skyldigheter. K9B174, K9B176, K9B82)

Vårdintyg skrivs, kvarhållningsbeslut tas och patienten läggs på avdelning. Två timmar senare ringer avdelningens sjuksköterska upp dig för att informera om att patienten är mer rastlös, han är distanslös och kramar medpatienter samtidigt som han "försöker driva ut demoner ur kropparna". Medpatienterna är rädda och sjuksköterskan vill ge patienten läkemedel. Du går till avdelningen och ser att all information stämmer men när du försöker prata med patienten blir han irriterad. De läkemedel du försöker ge patienten vägrar han att ta.

Fråga 1:2 (1p) Vad gör du?

Sektion 3

Fråga 1:3 (96p kvar)

Du är AT-läkare vid en psykiatrisk akutenhet när polisen inkommer med en man. Patientens identitet och tidigare sjukdomshistoria är okänd. Polisen rapporterar att mannen hittats på tågstationen där han uppträtt inadekvat. Han vill lämna avdelningen. Du bedömer att mannen är psykotisk och har ett farligt beteende. Vårdintyg skrivs, kvarhållningsbeslut tas och patienten läggs på avdelning. Två timmar senare ringer avdelningens sjuksköterska upp dig för att informera om att patienten är mer rastlös, han är distanslös och kramar medpatienter samtidigt som han "försöker driva ut demoner ur kropparna". Medpatienterna är rädda och sjuksköterskan vill ge patienten läkemedel. Du går till avdelningen och ser att all information stämmer men när du försöker prata med patienten blir han irriterad. De läkemedel du försöker ge patienten vägrar han att ta.

Återkoppling 1:2: Situationen är ohållbar men inte väldigt akut. Du ringer bakjouren för att diskutera. (Mål: Redogöra för relevanta författningar inom hälso- och sjukvården relaterade till organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler, samt för läkarens och patientens ansvar, rättigheter och skyldigheter. K9B174, K9B82)

Bakjouren inkommer och bedömer patienten som försämrats ytterligare. Patienten gömmer sig under ett bord och är övertygad om att personalen och demonerna (som sitter i taket) skall döda honom. Patienten kräver utskrivning och vägrar all medicinering.

Fråga 1:3 (1p) Vad gör bakjouren nu?

()

Fråga 1:4 (95p kvar)

Du är AT-läkare vid en psykiatrisk akutenhet när polisen inkommer med en man. Patientens identitet och tidigare sjukdomshistoria är okänd. Polisen rapporterar att mannen hittats på tågstationen där han uppträtt inadekvat. Han vill lämna avdelningen. Du bedömer att mannen är psykotisk och har ett farligt beteende. Vårdintyg skrivs, kvarhållningsbeslut tas och patienten lägges på avdelning. Två timmar senare ringer avdelningens sjuksköterska upp dig för att informera om att patienten är mer rastlös, han är distanslös och kramar medpatienter samtidigt som han "försöker driva ut demoner ur kropparna". Medpatienterna är rädda och sjuksköterskan vill ge patienten läkemedel. Du går till avdelningen och ser att all information stämmer men när du försöker prata med patienten blir han irriterad. De läkemedel du försöker ge patienten vägrar han att ta. Bakjournen inkommer och bedömer patienten som försämrats ytterligare. Patienten gömmer sig under ett bord och är övertygad om att personalen och demonerna (som sitter i taket) skall döda honom. Patienten kräver utskrivning och vägrar all medicinering.

Återkoppling 1:3: Patienten vägrar frivillig vård och vårdintyget är skrivet. Bakjournen måste nu antingen ta in patienten eller inte godkänna vårdintyget. (Mål: Redogöra för relevanta författningar inom hälso- och sjukvården relaterade till organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler, samt för läkarens och patientens ansvar, rättigheter och skyldigheter. K9B174)

Patienten tas in på tvångsvård. Han tvångsmedicineras med intramuskulär injektion av haloperidol och diazepam. Efter att intagningsbeslut är taget har patienten rättigheter och chefsöverläkaren skyldigheter.

Fråga 1:4 (1,5p) Vad skall chefsöverläkaren göra när intagningsbeslut är taget?

Fråga 1:5 (93,5p kvar)

Du är AT-läkare vid en psykiatrisk akutenhet när polisen inkommer med en man. Patientens identitet och tidigare sjukdomshistoria är okänd. Polisen rapporterar att mannen hittats på tågstationen där han uppträtt inadekvat. Han vill lämna avdelningen. Du bedömer att mannen är psykotisk och har ett farligt beteende. Vårdintyg skrivs, kvarhållningsbeslut tas och patienten lägges på avdelning. Två timmar senare ringer avdelningens sjuksköterska upp dig för att informera om att patienten är mer rastlös, han är distanslös och kramar medpatienter samtidigt som han "försöker driva ut demoner ur kropparna". Medpatienterna är rädda och sjuksköterskan vill ge patienten läkemedel. Du går till avdelningen och ser att all information stämmer men när du försöker prata med patienten blir han irriterad. De läkemedel du försöker ge patienten vägrar han att ta. Bakjournen inkommer och bedömer patienten som försämrats ytterligare. Patienten gömmer sig under ett bord och är övertygad om att personalen och demonerna (som sitter i taket) skall döda honom. Patienten kräver utskrivning och vägrar all mediciner. Patienten tas in på tvångsvård. Han tvångsmedicineras med intramuskulär injektion av haloperidol och diazepam. Efter att intagningsbeslut är taget har patienten rättigheter och chefsöverläkaren skyldigheter.

Återkoppling 1:4: Patienten skall upplysas om sina rättigheter att överklaga tvångsvården (och hur det går till) samt möjligheten att erhålla stödperson. En vårdplan för tvångsvården skall upprättas. (Mål: Redogöra för relevanta författningar inom hälso- och sjukvården relaterade till organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler, samt för läkarens och patientens ansvar, rättigheter och skyldigheter. K9B174)

Patienten har förbättrats och vi vet nu att han är 40 år, heter Magnus och bor i Stockholm. Det framkommer att han har vårdats ineliggande flera gånger inom psykiatrisk slutenvård i Stockholm. Det framkommer en osäkerhet om diagnosen är schizoaffektivt syndrom eller bipolärt affektivt syndrom.

Fråga 1:5 (5p) Hur gör du för att differentialdiagnostisera mellan dessa diagnoser samt hur skiljer sig den farmakologiska behandlingen mellan dessa?

Fråga 1:7 (83,5p kvar)

Du är AT-läkare vid en psykiatrisk akutenhet där polisen inkommit med en man som visar sig vara Magnus, 40 år, från Stockholm. Du bedömer att mannen är psykotisk och har ett farligt beteende. Vårdintyg skrivs, kvarhållningsbeslut tas och patienten läggs på avdelning. Diagnosen blir cykloid psykos och du planerar för en behandling med litium i stämningsstabiliserade syfte.

Aterkoppling 1:6: *Steg 1: Definiera patientens problem Cykloid psykos med risk för kroppsskada. Steg 2: Fastställ e1 mål för behandlingen I samråd med patienten – vad är e1 viktigt och rimligt behandlingsmål för Magnus? Undvika sjukhusvård? Kunna sköta si1 jobb? Steg 3: Bedöm lämpligheten av första linjens behandling för din patient Litium e1 förstahandsval. Patienten behöver kunna sköta regelbunden medicinering och provtagning, inga interagerande läkemedel, ingen instabil njursjukdom eller hjärtrytmrubbning, normal tyroideafunktion. Steg 4: Börja behandlingen med en korrekt ordination och en behandlingsplan. En table1 42 mg morgon och kväll med en koncentrationsbestämning efer 7 dagar. Steg 5: Informera och instruera patienten. Viktigt med regelbunden dosering. Använd inte NSAID utan läkares ordination. Berä1a alltid vid läkarbesök a1 du använder litium. Vid feber och dåligt vätskeintag... Steg 6: Följ upp, justera och avsluta behandlingen. Kontroll av litiumkoncentration var tredje:e månad. Kontroll av TSH var 6:e månad. Utvärdering av den profylaktiska effekten tidigast efer 12 månaders behandling. (Mål: Allmänna principer för hur man planerar, påbörjar, följer upp och avslutar en läkemedelsbehandling inklusive val och värdering av läkemedel, individualiserad dosering och uppföljning av behandlingseffekter och biverkningar. K9B69)*

Du är jourläkare vid kliniken då laboratoriet ringer dig kl 18 avseende en hög litiumkoncentration (ref värde 0,4-0,9, Magnus värde är 1,1).

Fråga 1:7 (1,5p) Vad gör du?

Återkoppling (82p kvar)

Du är jourläkare vid kliniken då laboratoriet ringer dig kl 18 avseende en hög litiumkoncentration (ref värde 0,4-0,9, Magnus värde är 1,1).

Återkoppling 1:7: Du behöver veta följande: (1) Behöver kontrollera om det är ett korrekt värde. Är det ett dalvärde taget 12 timmar efter senaste dos (undantag för endosförfarande)? (2) Vad kan orsaken vara? Har läkemedelsinteraktioner tillkommit? Har patientens urinproduktion minskat tex till följd av feber? (3) Hur mår patienten (förvirrad, törstig, neurologiska symtom)? Sedan ges patienten en ny ordination och bokar uppföljning. *(Mål: Analysera och värdera användning av och risker med diagnostiska metoder och behandlingar för sjukdomar inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9B80)*

Patienten mår bra. Orsaken är troligen att han tagit morgondosen innan provtagningen. Du ordinerar nytt prov imorgon och poängterar för personalen att det skall vara ett 12-timmars dalvärde samt rapporterar uppföljningsuppdraget till ordinarie behandlande enhet.

Denna sida innehåller ingen fråga (du kommer att få ett varningsmeddelande om att du inte besvarat frågan när du går vidare - du kan bortse från denna varning!)

Slut på fallet

Barns utveckling

Fråga 2:1 (80p kvar)

Fall 2: Emil 5 år

En förskolepsykolog har gjort en utvecklingsbedömning av 5-åriga Emil. Psykologen skriver i sitt utlåtande att "Emil har några bra jämnåriga kompisar som han gillar att leka med. Trots detta är han ofta aggressiv mot andra barn i förskolan, påbörjar slagsmål och ger sig ofta på och plågar djur. Leken är aggressiv och återkommande teman är våld, död och skuld. Emil har stora koncentrationssvårigheter, han har lätt att "spåra ur" och måste återkallas till uppgifterna. Han är klumpig, har svårt att sitta stilla och betar sig impulsivt. Han presterar sammantaget på en utvecklingsnivå lite under sin biologiska ålder; han presterar relativt sett bättre på områdena "förståelse" och "ordförråd", medan han uppvisar svårigheter i uppgifter som mäter samordning öga-hand."

Fråga 2:1 (10p) Vilka diagnoser överväger du? Motivera var och en av dem.

Fråga 2:2 (70p kvar)

En förskolepsykolog har gjort en utvecklingsbedömning av 5-åriga Emil. Psykologen skriver i sitt utlåtande att "Emil har några bra jämnåriga kompisar som han gillar att leka med. Trots detta är han ofta aggressiv mot andra barn i förskolan, påbörjar slagsmål och ger sig ofta på och plågar djur. Leken är aggressiv och återkommande teman är våld, död och skuld. Emil har stora koncentrationssvårigheter, han har lätt att "spåra ur" och måste återkallas till uppgifterna. Han är klumpig, har svårt att sitta stilla och betar sig impulsivt. Han presterar sammantaget på en utvecklingsnivå lite under sin biologiska ålder; han presterar relativt sett bättre på områdena "förståelse" och "ordförråd", medan han uppvisar svårigheter i uppgifter som mäter samordning öga-hand."

Återkoppling 2:1: *Trotssyndrom*: aggressiv, börjar slagsmål, ger sig på och plågar djur. *ADHD*: koncentrationssvårigheter, lätt spårar ut, svårt att sitta stilla, impulsiv. *Motorisk störning (störd utveckling av koordinationsförmågan)*: klumpighet, ofta tillsammans med ADHD o andra utvecklingsneurologiska problem. Klumpigheten kan också förklaras av det att man inte övat motoriken. *Depression*: depression hos barn under skolåldern kan yttra sig med beteende symptom och rastlöshet, långvarig psykosocialstress och brister i föräldraskap som kända etiologiska faktorer. *Trauma och stress-relaterade störningar, misshandel*: kan yttra sig som hypervigilans, rastlöshet och aggression. (Mål: Analysera och värdera symtom, undersökningssynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9B79, K9B80, K9B89, K9B92)

Du funderar i första hand på trotssyndrom, ADHD, motorisk störning, depression och trauma/stress-relaterade problem. Närmare kartläggning på BUP mottagningen visar att Emils pappa missbrukar alkohol och tar droger, misshandlar både modern och Emil, familjens ekonomiska situation är dålig och omsorgen om barnet blir alltmer tveksam. Då modern inte vill bryta med fadern placeras Emil i familjehem enligt LVU.

Fråga 2:2 (2p) Hur skiljer sig trotssyndrom från uppförandestörning?

Fråga 2:3 (68p kvar)

En förskolepsykolog har gjort en utvecklingsbedömning av 5-åriga Emil. Psykologen skriver i sitt utlåtande att "Emil har några bra jämnåriga kompisar som han gillar att leka med. Trots detta är han ofta aggressiv mot andra barn i förskolan, påbörjar slagsmål och ger sig ofta på och plågar djur. Leken är aggressiv och återkommande teman är våld, död och skuld. Emil har stora koncentrationssvårigheter, han har lätt att "spåra ur" och måste återkallas till uppgifterna. Han är klumpig, har svårt att sitta stilla och betar sig impulsivt. Han presterar sammantaget på en utvecklingsnivå lite under sin biologiska ålder; han presterar relativt sett bättre på områdena "förståelse" och "ordförråd", medan han uppvisar svårigheter i uppgifter som mäter samordning öga-hand." Du funderar i första hand på trotssyndrom, ADHD, motorisk störning, depression och trauma/stress-relaterade problem. Närmare kartläggning på BUP mottagningen visar att Emils pappa missbrukar alkohol och tar droger, misshandlar både modern och Emil, familjens ekonomiska situation är dålig och omsorgen om barnet blir alltmer tveksam. Då modern inte vill bryta med fadern placeras Emil i familjehem enligt LVU.

Återkoppling 2.2: *Trotssyndrom* karakteriseras av argt eller irriterat stämningsläge, trotsigt eller egensinnigt beteende samt hämndlystnad. Symptomen förekommer framför allt i förhållande till närstående. *Uppförandestörning* innebär aggressivt beteende mot människor och djur, skadegörelse, bedrägligt beteende el stöld samt allvarliga norm- och regelbrott. Beteendesymptomen riktas även mot människor utanför familjen. Barn med trotssyndrom är oftast yngre (< 10 år). (Mål: Analysera och värdera symtom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9B89)

Fråga 2:3 (3p) Vilka sociala faktorer (under uppväxt eller vuxenliv) ökar risken för utvecklingen av antisocialt beteende, och vilka andra faktorer skyddar från sådan utveckling?

Fråga 2:4 (65p kvar)

En förskolepsykolog har gjort en utvecklingsbedömning av 5-åriga Emil. Psykologen skriver i sitt utlåtande att "Emil har några bra jämnåriga kompisar som han gillar att leka med. Trots detta är han ofta aggressiv mot andra barn i förskolan, påbörjar slagsmål och ger sig ofta på och plågar djur. Leken är aggressiv och återkommande teman är våld, död och skuld. Emil har stora koncentrationssvårigheter, han har lätt att "spåra ur" och måste återkallas till uppgifterna. Han är klumpig, har svårt att sitta stilla och betar sig impulsivt. Han presterar sammantaget på en utvecklingsnivå lite under sin biologiska ålder; han presterar relativt sett bättre på områdena "förståelse" och "ordförråd", medan han uppvisar svårigheter i uppgifter som mäter samordning öga-hand." Du funderar i första hand på trottsyndrom, ADHD, motorisk störning, depression och trauma/stress-relaterade problem. Närmare kartläggning på BUP mottagningen visar att Emils pappa missbrukar alkohol och tar droger, misshandlar både modern och Emil, familjens ekonomiska situation är dålig och omsorgen om barnet blir alltmer tveksam. Då modern inte vill bryta med fadern placeras Emil i familjehem enligt LVU.

Återkoppling 2:3: *Negativ utveckling*: Genom att dras till kriminella/socialt utanförstående jämnåriga. Genom att välja en antisocial partner. Ett antisocialt liv innebär att man utsätts för mycket stressfulla livshändelser och gör att man riskerar skador genom olyckshändelser (t.ex. inte ovanligt med hjärnskador). *Skyddsfaktorer*: En funktionell, välfungerande familjbakgrund kan skydda ungdomar från negativ utveckling. Ett stödjande, harmoniskt förhållande med en socialt fungerande partner. Engagemang och framgång i arbete/skola som upplevs som meningsfullt. (Mål: *Identifiera, analysera och värdera risk- och skyddsfaktorer för uppkomst av sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9B89*)

Fråga 2:4 (5p) Hur behandlar man beteendesyndrom av olika svårighetsgrad och i olika åldrar utifrån SfbUP:s riktlinjer för beteendesyndrom? Vad är viktigaste fokus för behandlingen?

Återkoppling (60p kvar)

Återkoppling 2:4: Viktigaste fokus: förbättra relationen mellan barnet och föräldrar, träna ilskekontroll och problemlösningstrategier samt att arbeta med att stärka föräldrafärdigheter.

Ålder/svårighetsgrad	Vid måttlig beteendeproblematik som mestadels förekommer i hemmiljön	Vid måttlig till svår problematik som förekommer i flera miljöer	Mycket svår problematik som förekommer i de flesta miljöer
3-12 år	Föräldraträning i grupp/individuellt <ul style="list-style-type: none"> • KOMET • De otroliga åren • Cope 	Föräldraträning i grupp/individuellt <ul style="list-style-type: none"> • KOMET • De otroliga åren • Cope 	Föräldraträning i grupp/individuellt <ul style="list-style-type: none"> • Parent Child Interaction Therapy
9-14 år	Föräldraträning i grupp/individuellt <ul style="list-style-type: none"> • KOMET • De otroliga åren • Cope 	Ilскеkontroll- och problemlösningsträning <ul style="list-style-type: none"> • Coping Power Program • Problem Solving Skills Training 	Ilскеkontroll- och problemlösningsträning <ul style="list-style-type: none"> • Coping Power Program • Problem Solving Skills Training
12-17 år	Föräldraträning i grupp/individuellt kan övervägas för ungdomar upp till 14 år <ul style="list-style-type: none"> • Funktionell Familjeterapi 	Multimodal behandling <ul style="list-style-type: none"> • Funktionell Familjeterapi (FFT) 	Multimodal behandling <ul style="list-style-type: none"> • Multisystemisk terapi (MST) • Treatment Foster Care Oregon (TFCO)

(Mål: förklara principer för insättande och genomförande av åtgärder och uppföljning av vanliga och principiellt viktiga sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler, K9B89)

Denna sida innehåller ingen fråga (du kommer att få ett varningsmeddelande om att du inte besvarat frågan när du går vidare - du kan bortse från denna varning!)

Slut på fallet

Fall 5: "Lilla hjärtat" 3 år

Läs artikeln från Dagens Nyheter nedan "Vad hände när allt gick fel? Så förklaras Lilla hjärtats död" 2020-05-30 av Josefin Sköid och Paul Hansen. Den första frågan att besvara finns längst ner på sidan. Artikeltexten kommer också vara tillgänglig för dig när du svarar på de frågor som kommer senare i fallet.

DAGENS NYHETER.

|Sverige

Vad hände när allt gick fel? Så förklaras Lilla hjärtats död

UPDATERAD 2020-05-30 PUBLICERAD 2020-05-30

Föräkt och rädsla för myndigheter präglar förhör och sms mellan den döda 3-åringens föräldrar. Det ska vara orsaken till att ingen av dem slår larm när flickan skadas och senare avlider. I stället göms hennes kropp under en vit barnsäng med rött lakan. DN har följt första veckan av rättegången mot mamman som står åtalad för att ha mördat sin dotter.

Klockan 12.58, den 30 januari 2020. Lammoenträlen: SOS 112, vad har inträffat?

Anhörig: Jo det är så att, jag vet i fanken hur man ska säga det här. Men min (släkting) kom precis hem till mig.

Lammoenträlen: Mm.

Anhörig: Och berättade då att hans dotter har avlidit.

Lammoenträlen: Okej?

Anhörig: Och jag sätter mig nu i bilen och åker dit.

/.../

Anhörig: Vi pratar om en tjej som är, jag skulle tippa på att hon är fyra år snart.

Lammoenträlen: Fyra år?

Anhörig: Fyra år ja. Tydligt en fallolycka. De var helt skärade och helt tröckta. Och jag, alltså det enda jag kan göra, det är att ringa till er.

Elva minuter senare är polisen på plats.

•••

Det är 21 grader varmt utanför tingsrätten i Norrköping men advokat Per Oehme bär ändå ullrock.

– Man ska inte göra misstaget att försöka ta av sig den i bilen, det gjorde jag i går, säger han och sätter fart mot parkeringen.

Han bor i Nyköping där han också har ett kontor. Per Oehme har företrätt Lilla hjärtats mamma i flera tvångsvårdsförhandlingar de senaste åren. Han har suttit med mamman på möten med socialtjänsten, hos socialnämnden och under förhandling i förvaltningsrätten. Tvångsvården skulle bestå – hemförhållandena var för osäkra, var deras bedömning.

Tills saken prövades i kammarrätten.

Tio månader efter att flickan flyttat in hos sina biologiska föräldrar för gott hittades hon död under sin säng. Flickan hade bara en blöja på sig, kroppen inlindad i tyg och plast med ett snöre av hampa runt om. Nu står Per Oehme åter vid mammans sida. Han känner sin klient väl vid det här laget. Oehme beskriver henne som intelligent och vältalig. Med en stor misstro mot myndigheter. I rätten har Per Oehme och flickans mamma målat upp en bild av hur familjen under flera år motarbetats av socialtjänsten. Det är centralt, menar Per Oehme, att första vad som format familjens förhållande till myndigheter. I sitt vittnesmål säger mamman:

– Vi har hela tiden haft press på oss att prestera som föräldrar. När folk får höra att barnen varit placerade ser de på en på ett annat sätt. Man blir bedömd och dömd helatiden.

I ett sms till en bekant skriver hon:

"Jag har blivit så jävla mentalt våldtagen av myndigheterna i över tre år."

Enligt försvarets linje är föräldrarnas rädsla och bristande tillit till samhället grunden till varför ingen av dem slår larm när flickan skadas i lägenheten i centrala Norrköping någon gång i slutet av januari. I en ljudinspelning säger den numera avlidne pappan till polisen, kort efter gripandet:

– Det kommer att pratas om i leda att socialförvaltningen hade rätt, trots att det här är en olycka.

Socialförvaltningen hade rätt, det kommer inte att tas någon hänsyn till att det var en olycka. Rättsläkarens bedömning är att Lilla hjärtat hade haft mätliga till goda chanser att överleva sina skador, om hon fått adekvat akutsjukvård. De kommande veckorna ska tingsrätten avgöra om hennes mamma är skyldig till mord, synnerligen grov misshandel och brott mot griffefriden.

Hon nekar till brott.

•••

Rättegångens första dag. Mamman har handfängsel, en tunn svart jacka, rödfärgat hår och mörka jeans.

Två män från kriminalvården sitter i sät 3. Hon verkar spänd, ibland lite frånvarande. Blicken vilar i bordet när åklagaren presenterar sin sakframsättan. En glasvägg skjuler kvinnan från åhörarna – journalister från alla stora svenska medier. I ett annat rum, en våning upp, följer representanter från socialtjänsten, ännu fler journalister och några få anhöriga rättegången via en tv-skärm.

Enligt åtalet ska mamman, tillsammans och i samförstånd med flickans pappa, ha utdelat trubbigt våld mot flickans huvud och kropp. Åklagare Anna Lander visar en skiss av en kropp på storbildsskärmarna i rättsalen. Skadorna som fanns på flickan är utmärkta med små blå cirklar och siffror. De finns över nästan hela kroppen. Vissa kan härledas från dödsdagen, andra någon dag eller dagar tillbaka i tiden, enligt rättsläkarens bedömning.

Åklagaren anser att mamman har försatt 3-åringen i ett tillstånd av vanmakt genom att ge henne flera olika preparat som leder till att hon blir medvetlös och drabbas av "brist på kroppslig kontroll".

I 3-åringens blod fanns flera narkotikaklassade substanser. Härprover visar att preparat funnits i, eller varit i kontakt med, flickan under flera månader. Våldet blir tillsammans med de narkotikaklassade preparaten flickans

död, menar Anna Lander.

Enligt åtalet har föräldrarna visat särskild hänsynslöshet och råhet genom att gåmningen riktat sig mot ett skyddslost barn som var i beroendeställning till dem. Den polisman som var först på plats i lägenheten vittnar i rätten om när byttet under barnsängen klipps upp av ambulanspersonal:

– Om jag inte förstått det tidigare så blev det uppenbart nu. Att det som låg där var dött. Ungefär i denna stund såg jag barnkroppen.

Enligt polisens förundersökning lämnar föräldrarna, åtminstone inledningsvis, en relativt samstämmig bild av vad de menar har hänt i lägenheten i slutet av januari.

”Hon berättar vidare att de tidigare haft kontakt med myndigheter och att de var rädda för att de andra barnen skulle omhändertas om de hade ringt 112 på en gång. Hon berättar att de började livräddningsförsök men att de inte lyckades få liv i henne”, rapporterar en polis mamman träffat kort efter gripandet.

Mamman upprepar en liknande berättelse i ett inledande förhör. Även pappan talar, i transporten mellan lägenheten och polishuset, om en olycka i badkaret. Samtalet spelas in med polisens mobiltelefon.

– Jag tror att hon måste ha slagit i huvudet, fått en hjärnskakning eller hjärnblödning, säger han.

Pappan säger att han fick panik när han upptäckte att flickan avlidit.

– Nå, jag vet bara inte hur man ska förklara en sån här sak, när man får en chock och känner att alltså polisen är inget alternativ, myndigheter är inget alternativ, hur ska vi göra och det bara är superpanik, superpanik hela tiden och det bara går runt i skallen...

Men mammans berättelse kommer att förändras över tid. Hennes minnen blir allt mer vaga. I rätten återoppar åklagare Anna Lander en rekonstruktion från lägenheten. I slutet av februari, då inspelningen görs, minns mamman inte längre att hon gjort livsuppehållande åtgärder.

– Jag kan inte göra hjärt- och lungräddning, konstaterar hon.

På tisdagen, i tingsrätten, minns mamman i stort sett ingenting. Bara några få fragmet.

– När (pappan) berättar vad som har hänt tror jag inte på honom. Jag förstår inte vad han menar, jag förstår inte vad han säger. Han ville att vi skulle gå till hennes rum och jag frågade varför. Då berättade han vad som hade hänt, att hon hade ramlat.

Om minnesfragmenten är verkliga, eller om någon återberättat dem, vet hon inte.

– Det är som minnesbilder och känslor. När jag inser vad som har hänt så vet jag inte vad vi ska göra. Det är väl därför jag stänger av.

Hennes försvarare, Per Oehme, har presenterat ett alternativt händelseförlopp. För tingsrätten berättar han: – Det är ganska sent på kvällen när flickan inte kan sova. Hon får bada, det är det bästa hon vet. Pappan har ansvaret för henne och vid något tillfälle lämnar han badrummet. Under tiden halkar hon så illa att hon slår huvudet i kranen eller kanten. Skadorna som hon ådrar sig, påstår vi, kan var förenliga med att hon slår i en eller två gånger på väg ner i badkaret.

Per Oehme säger att hans beskrivning vilar på pappans berättelse innan han avled, mammans minnesbilder, andra fynd och uttåtanden från rättsläkare och rättskemist. När pappan hittar flickan i badkaret vet han inte hur skadad hon är. Han tror att hon har drunknat. Han gör hjärt- och lungräddning, enligt Per Oehme.

– Jag tror att det är nu de dumma besluten kommer. Han försöker medicinera henne själv för att hon ska komma ur sitt kramp- och chocktillstånd. Han gör det här i välmening, påstår jag. Han förstår inte hur illa därans hans dotter är.

Försvaret menar att 3-åringen avled av aspirationspneumoni, att man andas in exempelvis magsäcksinnehåll. Hur pappan skulle ha fått i flickan preparat för att hon ska komma ur sitt tillstånd kan han inte svara på. Varför den döda kroppen bar blöja, om hon avlidit i samband med att hon badade, besvaras inte.

•••

Lilla hjärtat flyttade in hos sina biologiska föräldrar några veckor före sin 3-årsdag i april förra året. Flickan hade då varit familjehemsplacerad sedan födseln. Föräldrarnas missbruk och psykiska ohälsa var de främsta orsakerna till att de inte ansågs lämpliga att ta hand om henne. Pappan vägrade drogtester, även när tvångsvården prövades i kammarrätten. Men domstolen ansåg inte att det fanns något som faktiskt talade för att det fanns ett missbruk.

Så vad var det för tillvaro flickan mötte våren 2019? Polisens förundersökning och mammans vittnesmål ger helt olika svar. Men båda konstaterar att det fanns ett missbruk i familjen.

– Jag har svårt att säga när jag började bruka otlåtna preparat, men nån gång under förra året, säger mamman i rätten.

Polisutredningen visar att föräldrarnas missbruk pågått under en längre tid. Härprover från mamman visar spår av en lång rad substanser, hon vill dock bara kännas vid ett par av dem. Parets dator är uppkopplad till darknet, ”det anonyma internet”, och en sida där man kan köpa droger. Sms från mammans telefon visar flera beställningar av narkotikaklassade preparat. Det är inga problem att skicka dem direkt hem till lägenheten, meddelar hon sin kontakt.

Samtidigt är Lilla hjärtats hemflyttningsprocess i full gång. Umgänget med de biologiska föräldraman har trappats upp. Beställningar av narkotikaklassade preparat fortsätter när flickan flyttar in hos de biologiska föräldraman, och under hennes sista tid i livet.

Av sms-konversationerna, som är en del av polisens förundersökning, framgår att föräldraman känner sig jagade och mår dåligt. De avbryter flickans inskolning på förskolan. De har ont om pengar, ont om tabletter. Från mammans telefon syns flera sökningar på snabbblån. I ett sms skriver pappan till mamman:

”Jag vill inte ha det såhär en endaste dag till. Hela den här prylen med (flickan) efter nästan 3 år.”

Enligt förundersökningen var Lilla hjärtat undernärdd, hon tappade kraftigt i vikt under sina sista sex månader i livet. På öppna förskolan tror en föräldraledd mamma som arbetat inom socialtjänsten att flickan har cancer. I ett sms kallas Lilla hjärtat för ”Das mongo”. Från mammans telefon har någon sökt på ”tvångströja barn” och ”dölja blåmärken” och ”dölja sår”. Inför rätten minns hon dem inte. Kanske var det pappans sökningar?

Några sms förklarar mamman med parets jargong. Och:

– Jag hade aldrig uttryckt mig så om henne till någon annan än hennes pappa.

I stället beskriver mamman en ganska stillsam tillvaro där vardagen mest gick ut på att få allas viljor att gå ihop. Hon gick till parken tillsammans med barnen varje dag. Flickan sjöng för sin lillebror.

Hon var helt fantastisk, säger hon.

•••

Så varför är Lilla hjärtat död? Och om mamman inte har orsakat skadorna på hennes kropp – vilket ansvar hade hon att skydda henne? Rättegången fortsätter nästa vecka.

Detta har hänt

Torsdagen den 30 januari hittades en treårig flicka död i en lägenhet i centrala Norrköping. Hennes föräldrar greps och häktades misstänkta för grovt vållande till annans död.

Den 17 februari avled pappan i häktet under hittills oklara omständigheter. Hans död utreds av Åklagarkammaren i Eskilstuna.

Den 3-åriga flickan hade bara bost med sina föräldrar i tio månader när hon hittades död. Innan dess var hon placerad i familjehem, som DN tidigare berättat i reportaget Hon fick inte fylla fyra om flickan som kallades Lilla hjärtat.

Den 15 maj åtalades mormor för mord, synnerligen grov misshandel och brott mot grifvefriden.

Rättegången återupptas på måndag och avslutas på torsdag nästa vecka.

TEXT OCH FOTO



Josefín Sköld
josefin.skold@dn.se



Paul Hansen

Fråga 5:1 (3p) Vilken sorts våld utsattes Lilla hjärtat för enligt artikeln? Motivera ditt svar med exempel från texten. Gör också en lista med andra sorter av våld mot barn som artikeln *inte* tar upp att Lilla hjärtat skulle ha utsatts för.

Fråga 5:2 (16p kvar)

Aterkoppling 5:1: Artikeln beskriver att Lilla hjärtat ska ha utsatts för försummelse (t ex att låta en 4-åring bada utan föräldrakontroll, undernäring) och fysiskt våld (t ex misshandel, trubbigt våld, blåmärken, narkotika). Andra typer av våld mot barn: sexuella övergrepp, psykiskt våld, hedersrelaterat våld och förtryck, krigsrelaterat våld, barnmisshandel genom sjukvårdsinsatser (*Mål: Identifiera, analysera och värdera risk- och skyddsfaktorer för uppkomst av sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9A37, K9B94*)

Utifrån artikeln utsattes Lilla hjärtat för åtminstone fysiskt våld och försummelse. Däremot står ingenting om att hon skulle ha utsatts för till exempel sexuella övergrepp eller psykiskt våld.

Fråga 5:2 (6p) Vilka risk- och skyddsfaktorer för våld mot barn kan du identifiera i texten? Motivera ditt svar med exempel från texten och kategorisera faktorena utifrån om dom är relaterade till barnet, föräldrarna eller vård/omsorgssystemet.

|Sverige

Vad hände när allt gick fel? Så förklaras Lilla hjärtats död

UPPDATERAD 2020-09-30 PUBLICERAD 2020-09-30

Förakt och rädsla för myndigheter präglar förhör och sms mellan den döda 3-åringens föräldrar. Det ska vara orsaken till att ingen av dem slår larm när flickan skadas och senare avlider. I stället göms hennes kropp under en vit barnsäng med rött lakan. DN har följt första veckan av rättegången mot mamman som står åtalad för att ha mördat sin dotter.

Klockan 12.58, den 30 januari 2020. Lamcentralen: SOS 112, vad har inträffat?
Anhörig: Jo det är så att, jag vet i fanken hur man ska säga det här. Men min (släkting) kom precis hem till mig.
Lamcentralen: Mm.
Anhörig: Och berättade då att hans dotter har avlidit.
Lamcentralen: Okej?
Anhörig: Och jag sätter mig nu i bilen och åker dit.
!...!
Anhörig: Vi pratar om en tjej som är, jag skulle tippa på att hon är fyra år snart.
Lamcentralen: Fyra år?
Anhörig: Fyra är ja. Tydligen en fallolycka. De var helt skärrade och helt knäckta. Och jag, alltså det enda jag kan göra, det är att ringa till er.
Eiva minuter senare är polisen på plats.

•••
Det är 21 grader varmt utanför tingsrätten i Norköping men advokat Per Oehme bär ändå ullrock. – Man ska inte göra misstaget att försöka ta av sig den i bilen, det gjorde jag i går, säger han och sätter fart mot parkeringen.

Han bor i Nyköping där han också har ett kontor. Per Oehme har företrätt Lilla hjärtats mamma i flera tvångsvårdsförhandlingar de senaste åren. Han har suttit med mamman på möten med socialtjänsten, hos socialnämnden och under förhandling i förvaltningsrätten. Tvångsvården skulle bestå – hemförhållandena var för osäkra, var deras bedömning.

Tills saken prövades i kammarrätten.

Tio månader efter att flickan flyttat in hos sina biologiska föräldrar för gott hittades hon död under sin säng. Flickan hade bara en blöja på sig, kroppen inlindad i tyg och plast med ett snöre av hampa runt om. Nu står Per Oehme åter vid mammans sida. Han känner sin klient väl vid det här laget. Oehme beskriver henne som intelligent och vältalig. Med en stor mistro mot myndigheter. I rätten har Per Oehme och flickans mamma målat upp en bild av hur familjen under flera år motarbetats av socialtjänsten. Det är centralt, menar Per Oehme, att förstå vad som format familjens förhållande till myndigheter. I sitt vittnesmål säger mamman: – Vi har hela tiden haft press på oss att prestera som föräldrar. När folk får höra att barnen varit placerade ser de på en på ett annat sätt. Man blir bedömd och dömd helatiden.

I ett sms till en bekant skriver hon: "Jag har blivit så jävla mentalt våldtagen av myndigheterna i över tre år."

Enligt försvarets linje är föräldrarnas rädsla och bristande tillit till samhället grunden till varför ingen av dem slår larm när flickan skadas i lägenheten i centrala Norköping någon gång i slutet av januari. I en ljudinspelning säger den numera avlidne pappan till polisen, kort efter gripandet:

– Det kommer att pratas om i leda att socialförvaltningen hade rätt, trots att det här är en olycka.

Socialförvaltningen hade rätt, det kommer inte att tas någon hänsyn till att det var en olycka. Rättsläkarens bedömning är att Lilla hjärtat hade haft mätliga till goda chanser att överleva sina skador, om hon fått adekvat akutsjukvård. De kommande veckorna ska tingsrätten avgöra om hennes mamma är skyldig till mord, synnerligen grov misshandel och brott mot griftefriden.

Hon nekar till brott.

•••
Rättegångens första dag. Mamman har handfångsel, en tunn svart jacka, rödfärgat hår och mörka jeans. Två män från kriminalvården leder henne in i sal 3. Hon verkar spänd, ibland lite frånvarande. Blicken vilar i bordet när åklagaren presenterar sin sakframställan. En glasvägg skiljer kvinnan från åhörarna – journalister från alla stora svenska medier. I ett annat rum, en våning upp, följer representanter från socialtjänsten, ännu fler journalister och några få anhöriga rättegången via en tv-skärm.

Enligt åtalet ska mamman, tillsammans och i samförstånd med flickans pappa, ha utdelat trubbigt våld mot flickans huvud och kropp. Åklagare Anna Lander visar en skiss av en kropp på storbildsskärmarna i rättsalen. Skadorna som fanns på flickan är utmärkta med små blå cirklar och siffror. De finns över nästan hela kroppen. Vissa kan härledas från dödsdagen, andra någon dag eller dagar tillbaka i tiden, enligt rättsläkarens bedömning. Åklagaren anser att mamman har försatt 3-åringen i ett tillstånd av vanmakt genom att ge henne flera olika preparat som leder till att hon blir medvetlös och drabbas av "brist på kroppslig kontroll".

I 3-åringens blod fanns flera narkotikaklassade substanser. Härprover visar att preparat funnits i, eller varit i kontakt med, flickan under flera månader. Våldet blir tillsammans med de narkotikaklassade preparaten flickans död, menar Anna Lander.

Enligt åtalet har föräldrama visat särskild hänsynslöshet och råhet genom att gärningen riktat sig mot ett skyddslost barn som var i berodeställning till dem. Den polisman som var först på plats i lägenheten vittnar i rätten om när bytet under barnsängen klipps upp av ambulanspersonal: – Om jag inte förstätt det tidigare så blev det uppenbart nu. Att det som låg där var dött. Ungefär i denna stund såg jag barnkroppen.

Enligt polisens förundersökning lämnar föräldrarna, åtminstone inledningsvis, en relativt samstämmig bild av vad de menar har hänt i lägenheten i slutet av januari.

"Hon berättar vidare att de tidigare haft kontakt med myndigheter och att de var rädda för att de andra barnen skulle omhändertas om de hade ringt 112 på en gång. Hon berättar att de började livräddningsförsök men att de inte lyckades få liv i henne", rapporterar en polis mamman träffat kort efter gripandet.

Mamman upprepar en liknande berättelse i ett inledande förhör. Även pappan talar, i transporten mellan lägenheten och polishuset, om en olycka i badkaret. Samtalet spelas in med polisens mobiltelefon.

– Jag tror att hon måste ha slagit i huvudet, fått en hjärmskakning eller hjärnblödning, säger han.

Pappan säger att han fick panik när han upptäckte att flickan avlidit.

– Nä, jag vet bara inte hur man ska förklara en sån här sak, när man får en chock och känner att alltså polisen är inget alternativ, myndigheter är inget alternativ, hur ska vi göra och det bara är superpanik, superpanik hela tiden och det bara går runt i skallen...

Men mammas berättelse kommer att förändras över tid. Hennes minnen blir allt mer vaga. I rätten åberopar åklagare Anna Lander en rekonstruktion från lägenheten. I slutet av februari, då inspektionen görs, minns mamman inte längre att hon gjort livsuppehållande åtgärder.

– Jag kan inte göra hjärt- och lungräddning, konstaterar hon.

På tisdagen, i tingsrätten, minns mamman i stort sett ingenting. Bara några få fragment.

– När (pappan) berättar vad som har hänt tror jag inte på honom. Jag förstår inte vad han menar, jag förstår inte vad han säger. Han ville att vi skulle gå till hennes rum och jag frågade varför. Då berättade han vad som hade hänt, att hon hade ramlat.

Om minnesfragmenten är verkliga, eller om någon återberättat dem, vet hon inte.

– Det är som minnesbilder och känslor. När jag inser vad som har hänt så vet jag inte vad vi ska göra. Det är väl därför jag stänger av.

Hennes försvarare, Per Oehme, har presenterat ett alternativt händelseförlopp. För tingsrätten berättar han:

– Det är ganska sent på kvällen när flickan inte kan sova. Hon får bada, det är det bästa hon vet. Pappan har ansvaret för henne och vid något tillfälle lämnar han badrummet. Under tiden halkar hon så illa att hon slår huvudet i kranen eller kanten. Skadorna som hon ådrar sig, påstår vi, kan var förenliga med att hon slår i en eller två gånger på väg ner i badkaret.

Per Oehme säger att hans beskrivning vilar på pappans berättelse innan han avled, mammas minnesbilder, andra fynd och utlåtanden från rättsläkare och rättskemist. När pappan hittar flickan i badkaret vet han inte hur skadad hon är. Han tror att hon har drunknat. Han gör hjärt- och lungräddning, enligt Per Oehme.

– Jag tror att det är nu de dumma besluten kommer. Han försöker medicinera henne själv för att hon ska komma ur sitt kramp- och chocktillstånd. Han gör det här i välmening, påstår jag. Han förstår inte hur illa därän hans dotter är.

Försvaret menar att 3-åringen avled av aspirationspneumoni, att man andas in exempelvis magsäcksinnehåll.

Hur pappan skulle ha fått i flickan preparat för att hon ska komma ur sitt tillstånd kan han inte svara på. Varför den döda kroppen bar blöja, om hon avlidit i samband med att hon badade, besvaras inte.

•••

Lilla hjärtat flyttade in hos sina biologiska föräldrar några veckor före sin 3-årsdag i april förra året. Flickan hade då varit familjehemsplacerad sedan födseln. Föräldrarnas missbruk och psykiska ohälsa var de främsta orsakerna till att de inte ansågs lämpliga att ta hand om henne. Pappan vägrade drogtest, även när tvångsvården prövades i kammarrätten. Men domstolen ansåg inte att det fanns något som faktiskt talade för att det fanns ett missbruk.

Så vad var det för tillvaro flickan mötte våren 2019? Polisens förundersökning och mammas vittnesmål ger helt olika svar. Men båda konstaterar att det fanns ett missbruk i familjen.

– Jag har svårt att säga när jag började bruka otillåtna preparat, men nån gång under förra året, säger mamman i rätten.

Polisutredningen visar att föräldrarnas missbruk pågått under en längre tid. Härprover från mamman visar spår av en lång rad substanser, hon vill dock bara kännas vid ett par av dem. Parets dator är uppkopplad till darknet, "det anonyma internet", och en sida där man kan köpa droger. Sms från mammas telefon visar flera beställningar av narkotikaklassade preparat. Det är inga problem att skicka dem direkt hem till lägenheten, meddelar hon sin kontakt.

Samtidigt är Lilla hjärtats hemflyttningsprocess i full gång. Umgången med de biologiska föräldrarna har trappats upp. Beställningar av narkotikaklassade preparat fortsätter när flickan flyttar in hos de biologiska föräldrarna, och under hennes sista tid i livet.

Av sms-konversationerna, som är en del av polisens förundersökning, framgår att föräldrarna känner sig jagade och mår dåligt. De avbryter flickans inskolning på förskolan. De har ont om pengar, ont om tabletter. Från mammas telefon syns flera sökningar på snabbblån. I ett sms skriver pappan till mamman:

"Jag vill inte ha det såhär en endaste dag till. Hela den här prylen med (flickan) efter nästan 3 år."

Enligt förundersökningen var Lilla hjärtat undernärmd, hon tappade kraftigt i vikt under sina sista sex månader i livet. På öppna förskolan tror en föräldralös mammas arbetsställe inom socialtjänsten att flickan har cancer.

I ett sms kallas Lilla hjärtat för "Das mingo". Från mammas telefon har någon sökt på "tvångströja barn" och "dölja blåmärken" och "dölja sår". Inför rätten minns hon dem inte. Kanske var det pappans sökningar?

Några sms förklarar mamman med parets jargong. Och:

– Jag hade aldrig uttryckt mig så om henne till någon annan än hennes pappa.

I stället beskriver mamman en ganska stillsam tillvaro där vardagen mest gick ut på att få allas viljor att gå ihop. Hon gick till parken tillsammans med barnen varje dag. Flickan sjöng för sin lillebror.

Hon var helt fantastisk, säger hon.

•••

Så varför är Lilla hjärtat död? Och om mamman inte har orsakat skadorna på hennes kropp – vilket ansvar hade hon att skydda henne? Rättegången fortsätter nästa vecka.

Fråga 5:3 (10p kvar)

Återkoppling 5:2: • Barn-relaterade faktorer: riskfaktorer: framkommer inte i texten/ skyddsfaktorer: familjehemsplicering, flickans goda natur ("hon var helt fantastisk", "sjöng för sin lillebror"). • Föräldra-relaterade faktorer: riskfaktorer: förakt, rädsla och misstro för myndigheter, missbruk, psykiska problem inklusive panik/känsloshandteringsförmåga, ont om pengar, omsorgslös? skyddsfaktorer: egen vårdkontakt (tvångsvård) • System-relaterade faktorer: riskfaktorer: bristande allians med föräldrar (misstro, att föräldrarna kände sig bedrömda.) skyddsfaktorer: flera involverade myndigheter, omhändertagning av flickan. (Mål: Identifiera, analysera och värdera risk- och skydds faktorer för uppkomst av sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9A37, K9B94)

Våldsutsatthet kan göra att en person utvecklar posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Även andra psykiatriska diagnoser kan kliniskt gå med symtom som liknar traumasymptom.

Fråga 5:3 (5p) Vilka är de vanligaste differentialdiagnoserna till PTSD och hur kan man skilja emellan dem och PTSD?

Innan pappan upprepar en liknande berättelse i ett inledande förhör. Även pappan talar, i transporten mellan lägenheten och polishuset, om en olycka i badkaret. Samtalet spelas in med polisens mobiltelefon.

– Jag tror att hon måste ha slagit i huvudet, fått en hjärmskakning eller hjärnblödning, säger han.

Pappan säger att han fick panik när han upptäckte att flickan avlidit.

– Nä, jag vet bara inte hur man ska förklara en sån här sak, när man får en chock och känner att alltså polisen är inget alternativ, myndigheter är inget alternativ, hur ska vi göra och det bara är superpanik, superpanik hela tiden och det bara går runt i skallen...

Men mammas berättelse kommer att förändras över tid. Hennes minnen blir allt mer vaga. I rätten åberopar åklagare Anna Lander en rekonstruktion från lägenheten. I slutet av februari, då inspektionen görs, minns mamman inte längre att hon gjort livsuppehållande åtgärder.

– Jag kan inte göra hjärt- och lungräddning, konstaterar hon.

På tisdagen, i tingsrätten, minns mamman i stort sett ingenting. Bara några få fragment.

– När (pappan) berättar vad som har hänt tror jag inte på honom. Jag förstår inte vad han menar, jag förstår inte vad han säger. Han ville att vi skulle gå till hennes rum och jag frågade varför. Då berättade han vad som hade hänt, att hon hade ramlat.

Om minnesfragmenten är verkliga, eller om någon återberättat dem, vet hon inte.

– Det är som minnesbilder och känslor. När jag inser vad som har hänt så vet jag inte vad vi ska göra. Det är väl därför jag stänger av.

Hennes försvarare, Per Oehme, har presenterat ett alternativt händelseförlopp. För tingsrätten berättar han:

– Det är ganska sent på kvällen när flickan inte kan sova. Hon får bada, det är det bästa hon vet. Pappan har ansvaret för henne och vid något tillfälle lämnar han badrummet. Under tiden halkar hon så illa att hon slår huvudet i kranen eller kanten. Skadorna som hon ådrar sig, påstår vi, kan var förenliga med att hon slår i en eller två gånger på väg ner i badkaret.

Per Oehme säger att hans beskrivning vilar på pappans berättelse innan han avled, mammas minnesbilder, andra fynd och utlåtanden från rättsläkare och rättskemist. När pappan hittar flickan i badkaret vet han inte hur skadad hon är. Han tror att hon har drunknat. Han gör hjärt- och lungräddning, enligt Per Oehme.

– Jag tror att det är nu de dumma besluten kommer. Han försöker medicinera henne själv för att hon ska komma ur sitt kramp- och chocktillstånd. Han gör det här i välmening, påstår jag. Han förstår inte hur illa därän hans dotter är.

Försvaret menar att 3-åringen avled av aspirationspneumoni, att man andas in exempelvis magsäcksinnehåll.

Hur pappan skulle ha fått i flickan preparat för att hon ska komma ur sitt tillstånd kan han inte svara på. Varför den döda kroppen bar blöja, om hon avlidit i samband med att hon badade, besvaras inte.

•••

Lilla hjärtat flyttade in hos sina biologiska föräldrar några veckor före sin 3-årsdag i april förra året. Flickan hade då varit familjehemsplacerad sedan födseln. Föräldrarnas missbruk och psykiska ohälsa var de främsta orsakerna till att de inte ansågs lämpliga att ta hand om henne. Pappan vägrade drogtestar, även när tvångsvården prövades i kammarrätten. Men domstolen ansåg inte att det fanns något som faktiskt talade för att det fanns ett missbruk.

Så vad var det för tillvaro flickan mötte våren 2019? Polisens förundersökning och mammas vittnesmål ger helt olika svar. Men båda konstaterar att det fanns ett missbruk i familjen.

– Jag har svårt att säga när jag började bruka otillåtna preparat, men nån gång under förra året, säger mamman i rätten.

Polisutredningen visar att föräldrarnas missbruk pågått under en längre tid. Hårprover från mamman visar spår av en lång rad substanser, hon vill dock bara kännas vid ett par av dem. Parets dator är uppkopplad till darknet, "det anonyma internet", och en sida där man kan köpa droger. Sms från mammas telefon visar flera beställningar av narkotikaklassade preparat. Det är inga problem att skicka dem direkt hem till lägenheten, meddelar hon sin kontakt.

Samtidigt är Lilla hjärtats hemflytningsprocess i full gång. Umgänget med de biologiska föräldrarna har trappats upp. Beställningar av narkotikaklassade preparat fortsätter när flickan flyttar in hos de biologiska föräldrarna, och under hennes sista tid i livet.

Av sms-konversationerna, som är en del av polisens förundersökning, framgår att föräldrarna känner sig jagade och mår dåligt. De avbryter flickans inskolning på förskolan. De har ont om pengar, ont om tabletter. Från mammas telefon syns flera sökningar på snabbblån. I ett sms skriver pappan till mamman:

"Jag vill inte ha det såhär en endaste dag till. Hela den här prylen med (flickan) efter nästan 3 år."

Enligt förundersökningen var Lilla hjärtat undermård, hon tappade kraftigt i vikt under sina sista sex månader i livet. På öppna förskolan tror en föräldralös mamma som arbetat inom socialtjänsten att flickan har cancer.

I ett sms kallas Lilla hjärtat för "Das mingo". Från mammas telefon har någon sökt på "tvångströja barn" och "döja blåmärken" och "döja sår". Inför rätten minns hon dem inte. Kanske var det pappans sökningar?

Några sms förklarar mamman med parets jargong. Och:

– Jag hade aldrig uttryckt mig så om henne till någon annan än hennes pappa.

I stället beskriver mamman en ganska stillsam tillvaro där vardagen mest gick ut på att få allas viljor att gå ihop. Hon gick till parken tillsammans med barnen varje dag. Flickan sjöng för sin lillebror.

Hon var helt fantastisk, säger hon.

•••

Så varför är Lilla hjärtat död? Och om mamman inte har orsakat skadorna på hennes kropp – vilket ansvar hade hon att skydda henne? Rättegången fortsätter nästa vecka.

|Sverige

Vad hände när allt gick fel? Så förklaras Lilla hjärtats död

LUPPDATE: 2020-09-30 PUBLISERA: 2020-09-30

Förakt och rädsla för myndigheter präglar förhör och sms mellan den döda 3-åringens föräldrar. Det ska vara orsaken till att ingen av dem slår larm när flickan skadas och senare avlider. I stället göms hennes kropp under en vit barnsäng med rött lakan. DN har följt första veckan av rättegången mot mamman som står åtalad för att ha mördat sin dotter.

Klockan 12.58, den 30 januari 2020. Lamcentralen: SOS 112, vad har inträffat?
Anhörig: Jo det är så att, jag vet i fanken hur man ska säga det här. Men min (släkting) kom precis hem till mig.
Lamcentralen: Mm.
Anhörig: Och berättade då att hans dotter har avlidit.
Lamcentralen: Okej?
Anhörig: Och jag sätter mig nu i bilen och åker dit.
!...!
Anhörig: Vi pratar om en tjej som är, jag skulle tippa på att hon är fyra år snart.
Lamcentralen: Fyra år?
Anhörig: Fyra är ja. Tydligen en fallolycka. De var helt skärrade och helt knäckta. Och jag, alltså det enda jag kan göra, det är att ringa till er.
Eva minuter senare är polisen på plats.

•••
Det är 21 grader varmt utanför tingsrätten i Norköping men advokat Per Oehme bär ändå ullrock. – Man ska inte göra misstaget att försöka ta av sig den i bilen, det gjorde jag i går, säger han och sätter fart mot parkeringen.

Han bor i Nyköping där han också har ett kontor. Per Oehme har företrätt Lilla hjärtats mamma i flera tvångsvårdsförhandlingar de senaste åren. Han har suttit med mamman på möten med socialtjänsten, hos socialnämnden och under förhandling i förvaltningsrätten. Tvångsvården skulle bestå – hemförhållandena var för osäkra, var deras bedömning.

Tills saken prövades i kammarrätten.

Tio månader efter att flickan flyttat in hos sina biologiska föräldrar för gott hittades hon död under sin säng. Flickan hade bara en blöja på sig, kroppen inlindad i tyg och plast med ett snöre av hampa runt om. Nu står Per Oehme åter vid mammans sida. Han känner sin klient väl vid det här laget. Oehme beskriver henne som intelligent och vältalig. Med en stor mistro mot myndigheter. I rätten har Per Oehme och flickans mamma målat upp en bild av hur familjen under flera år motarbetats av socialtjänsten. Det är centralt, menar Per Oehme, att förstå vad som format familjens förhållande till myndigheter. I sitt vittnesmål säger mamman: – Vi har hela tiden haft press på oss att prestera som föräldrar. När folk får höra att barnen varit placerade ser de på en på ett annat sätt. Man blir bedömd och dömd helatiden.

I ett sms till en bekant skriver hon: "Jag har blivit så jävla mentalt våldtagen av myndigheterna i över tre år."

Enligt försvarets linje är föräldrarnas rädsla och bristande tillit till samhället grunden till varför ingen av dem slår larm när flickan skadas i lägenheten i centrala Norköping någon gång i slutet av januari. I en ljudinspelning säger den numera avlidne pappan till polisen, kort efter gripandet:

– Det kommer att pratas om i leda att socialförvaltningen hade rätt, trots att det här är en olycka.

Socialförvaltningen hade rätt, det kommer inte att tas någon hänsyn till att det var en olycka. Rättsläkarens bedömning är att Lilla hjärtat hade haft måttliga till goda chanser att överleva sina skador, om hon fått adekvat akutsjukvård. De kommande veckorna ska tingsrätten avgöra om hennes mamma är skyldig till mord, synnerligen grov misshandel och brott mot griftefriden.

Hon nekar till brott.

•••
Rättegångens första dag. Mamman har handfångsel, en tunn svart jacka, rödfärgat hår och mörka jeans. Två män från kriminalvården leder henne in i sal 3. Hon verkar spänd, ibland lite frånvarande. Blicken vilar i bordet när åklagaren presenterar sin sakframställan. En glasvägg skiljer kvinnan från åhörarna – journalister från alla stora svenska medier. I ett annat rum, en våning upp, följer representanter från socialtjänsten, ännu fler journalister och några få anhöriga rättegången via en tv-skärm.

Enligt åtalet ska mamman, tillsammans och i samförstånd med flickans pappa, ha utdelat trubbigt våld mot flickans huvud och kropp. Åklagare Anna Lander visar en skiss av en kropp på storbildsskärmarna i rättsalen. Skadorna som fanns på flickan är utmärkta med små blå cirklar och siffror. De finns över nästan hela kroppen. Vissa kan härledas från dödsdagen, andra någon dag eller dagar tillbaka i tiden, enligt rättsläkarens bedömning. Åklagaren anser att mamman har försatt 3-åringen i ett tillstånd av vanmakt genom att ge henne flera olika preparat som leder till att hon blir medvetslös och drabbas av "brist på kroppslig kontroll".

I 3-åringens blod fanns flera narkotikaklassade substanser. Härprover visar att preparat funnits i, eller varit i kontakt med, flickan under flera månader. Våldet blir tillsammans med de narkotikaklassade preparaten flickans död, menar Anna Lander.

Enligt åtalet har föräldrama visat särskild hänsynslöshet och råhet genom att gärningen riktat sig mot ett skyddslost barn som var i berodeställning till dem. Den polisman som var först på plats i lägenheten vittnar i rätten om när bytet under barnsängen klipps upp av ambulanspersonal: – Om jag inte förstått det tidigare så blev det uppenbart nu. Att det som låg där var dött. Ungefär i denna stund såg jag barnkroppen.

Enligt polisens förundersökning lämnar föräldrarna, åtminstone inledningsvis, en relativt samstämmig bild av vad de menar har hänt i lägenheten i slutet av januari.

"Hon berättar vidare att de tidigare haft kontakt med myndigheter och att de var rädda för att de andra barnen skulle omhändertas om de hade ringt 112 på en gång. Hon berättar att de började livräddningsförsök men att de inte lyckades få liv i henne", rapporterar en polis mamman träffat kort efter gripandet.

Hon var uppreper en liknande berättelse i ett inledande förhör. Även pappan talar, i transporten mellan lägenheten och polishuset, om en olycka i badkaret. Samtalet spelas in med polisens mobiltelefon.

– Jag tror att hon måste ha slagit i huvudet, fått en hjärmskakning eller hjärnblödning, säger han.

Pappan säger att han fick panik när han upptäckte att flickan avlidit.

– Nä, jag vet bara inte hur man ska förklara en sån här sak, när man får en chock och känner att alltså polisen är inget alternativ, myndigheter är inget alternativ, hur ska vi göra och det bara är superpanik, superpanik hela tiden och det bara går runt i skallen...

Men mammas berättelse kommer att förändras över tid. Hennes minnen blir allt mer vaga. I rätten åberopar åklagare Anna Lander en rekonstruktion från lägenheten. I slutet av februari, då inspektionen görs, minns mamman inte längre att hon gjort livsuppehållande åtgärder.

– Jag kan inte göra hjärt- och lungräddning, konstaterar hon.

På tisdagen, i tingsrätten, minns mamman i stort sett ingenting. Bara några få fragment.

– När (pappan) berättar vad som har hänt tror jag inte på honom. Jag förstår inte vad han menar, jag förstår inte vad han säger. Han ville att vi skulle gå till hennes rum och jag frågade varför. Då berättade han vad som hade hänt, att hon hade ramlat.

Om minnesfragmenten är verkliga, eller om någon återberättat dem, vet hon inte.

– Det är som minnesbilder och känslor. När jag inser vad som har hänt så vet jag inte vad vi ska göra. Det är väl därför jag stänger av.

Hennes försvarare, Per Oehme, har presenterat ett alternativt händelseförlopp. För tingsrätten berättar han:

– Det är ganska sent på kvällen när flickan inte kan sova. Hon får bada, det är det bästa hon vet. Pappan har ansvaret för henne och vid något tillfälle lämnar han badrummet. Under tiden halkar hon så illa att hon slår huvudet i kranen eller kanten. Skadorna som hon ådrar sig, påstår vi, kan var förenliga med att hon slår i en eller två gånger på väg ner i badkaret.

Per Oehme säger att hans beskrivning vilar på pappans berättelse innan han avled, mammas minnesbilder, andra fynd och utlåtanden från rättsläkare och rättskemist. När pappan hittar flickan i badkaret vet han inte hur skadad hon är. Han tror att hon har drunknat. Han gör hjärt- och lungräddning, enligt Per Oehme.

– Jag tror att det är nu de dumma besluten kommer. Han försöker medicinera henne själv för att hon ska komma ur sitt kramp- och chocktillstånd. Han gör det här i välmening, påstår jag. Han förstår inte hur illa därän hans dotter är.

Försvaret menar att 3-åringen avled av aspirationspneumoni, att man andas in exempelvis magsäcksinnehåll.

Hur pappan skulle ha fått i flickan preparat för att hon ska komma ur sitt tillstånd kan han inte svara på. Varför den döda kroppen bar blöja, om hon avlidit i samband med att hon badade, besvaras inte.

•••

Lilla hjärtat flyttade in hos sina biologiska föräldrar några veckor före sin 3-årsdag i april förra året. Flickan hade då varit familjehemsplacerad sedan födseln. Föräldrarnas missbruk och psykiska ohälsa var de främsta orsakerna till att de inte ansågs lämpliga att ta hand om henne. Pappan vägrade drogtest, även när tvångsvården prövades i kammarrätten. Men domstolen ansåg inte att det fanns något som faktiskt talade för att det fanns ett missbruk.

Så vad var det för tillvaro flickan mötte våren 2019? Polisens förundersökning och mammas vittnesmål ger helt olika svar. Men båda konstaterar att det fanns ett missbruk i familjen.

– Jag har svårt att säga när jag började bruka otillåtna preparat, men nån gång under förra året, säger mamman i rätten.

Polisutredningen visar att föräldrarnas missbruk pågått under en längre tid. Hårprover från mamman visar spår av en lång rad substanser, hon vill dock bara kännas vid ett par av dem. Parets dator är uppkopplad till darknet, "det anonyma internet", och en sida där man kan köpa droger. Sms från mammas telefon visar flera beställningar av narkotikaklassade preparat. Det är inga problem att skicka dem direkt hem till lägenheten, meddelar hon sin kontakt.

Samtidigt är Lilla hjärtats hemflyttningsprocess i full gång. Umgången med de biologiska föräldrarna har trappats upp. Beställningar av narkotikaklassade preparat fortsätter när flickan flyttar in hos de biologiska föräldrarna, och under hennes sista tid i livet.

Av sms-konversationerna, som är en del av polisens förundersökning, framgår att föräldrarna känner sig jagade och mår dåligt. De avbryter flickans inskolning på förskolan. De har ont om pengar, ont om tabletter. Från mammas telefon syns flera sökningar på snabbblån. I ett sms skriver pappan till mamman:

"Jag vill inte ha det såhär en endaste dag till. Hela den här prylen med (flickan) efter nästan 3 år."

Enligt förundersökningen var Lilla hjärtat undermård, hon tappade kraftigt i vikt under sina sista sex månader i livet. På öppna förskolan tror en föräldraledig mamma som arbetat inom socialtjänsten att flickan har cancer.

I ett sms kallas Lilla hjärtat för "Das mingo". Från mammas telefon har någon sökt på "tvångströja barn" och "döjla blåmärken" och "döjla sår". Inför rätten minns hon dem inte. Kanske var det pappans sökningar?

Några sms förklarar mamman med parets jargong. Och:

– Jag hade aldrig uttryckt mig så om henne till någon annan än hennes pappa.

I stället beskriver mamman en ganska stillsam tillvaro där vardagen mest gick ut på att få allas viljor att gå ihop. Hon gick till parken tillsammans med barnen varje dag. Flickan sjöng för sin lillebror.

Hon var helt fantastisk, säger hon.

•••

Så varför är Lilla hjärtat död? Och om mamman inte har orsakat skadorna på hennes kropp – vilket ansvar hade hon att skydda henne? Rättegången fortsätter nästa vecka.

Fråga 5:5 (3p kvar)

Aterkoppling 5:4: Ihållande eller återkommande upplevelse av depersonalisation (avskild från sig själv) eller derealisation (omvärlden är överklig). Somatiska dissociationssymptom. (Mål: MÅ: Analysera och värdera symptom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9B78, K9B94)

I artikeln nämns att socialtjänsten ville att Lilla hjärtats familjehemsplacering skulle fortsätta eftersom hennes hemförhållanden var för osäkra. Förvaltningsrättens beslut gick emot detta.

Fråga 5:5 (3p) Resonera om vilka andra insatser som socialtjänsten skulle kunna göra för en familj med samma förutsättningar i samma omständigheter som Lilla hjärtats familj.

--

|Sverige

Vad hände när allt gick fel? Så förklaras Lilla hjärtats död

LUPPDATE: 2020-09-30 PUBLICERA: 2020-09-30

Förakt och rädsla för myndigheter präglar förhör och sms mellan den döda 3-åringens föräldrar. Det ska vara orsaken till att ingen av dem slår larm när flickan skadas och senare avlider. I stället göms hennes kropp under en vit barnsäng med rött lakan. DN har följt första veckan av rättegången mot mamman som står åtalad för att ha mördat sin dotter.

Klockan 12.58, den 30 januari 2020. Lamcentralen: SOS 112, vad har inträffat?
Anhörig: Jo det är så att, jag vet i fanken hur man ska säga det här. Men min (släkting) kom precis hem till mig.
Lamcentralen: Mm.
Anhörig: Och berättade då att hans dotter har avlidit.
Lamcentralen: Okej?
Anhörig: Och jag sätter mig nu i bilen och åker dit.
!...!
Anhörig: Vi pratar om en tjej som är, jag skulle tippa på att hon är fyra år snart.
Lamcentralen: Fyra år?
Anhörig: Fyra är ja. Tydligen en fallolycka. De var helt skrärade och helt knäckta. Och jag, alltså det enda jag kan göra, det är att ringa till er.
Eva minuter senare är polisen på plats.

•••
Det är 21 grader varmt utanför tingsrätten i Norköping men advokat Per Oehme bär ändå ullrock. – Man ska inte göra misstaget att försöka ta av sig den i bilen, det gjorde jag i går, säger han och sätter fart mot parkeringen.

Han bor i Nyköping där han också har ett kontor. Per Oehme har företrätt Lilla hjärtats mamma i flera tvångsvårdsförhandlingar de senaste åren. Han har suttit med mamman på möten med socialtjänsten, hos socialnämnden och under förhandling i förvaltningsrätten. Tvångsvården skulle bestå – hemförhållandena var för osäkra, var deras bedömning.

Tills saken prövades i kammarrätten.

Tio månader efter att flickan flyttat in hos sina biologiska föräldrar för gott hittades hon död under sin säng. Flickan hade bara en blöja på sig, kroppen inlindad i tyg och plast med ett snöre av hampa runt om. Nu står Per Oehme åter vid mammans sida. Han känner sin klient väl vid det här laget. Oehme beskriver henne som intelligent och vältalig. Med en stor mistro mot myndigheter. I rätten har Per Oehme och flickans mamma målat upp en bild av hur familjen under flera år motarbetats av socialtjänsten. Det är centralt, menar Per Oehme, att förstå vad som format familjens förhållande till myndigheter. I sitt vittnesmål säger mamman: – Vi har hela tiden haft press på oss att prestera som föräldrar. När folk får höra att barnen varit placerade ser de på en på ett annat sätt. Man blir bedömd och dömd helatiden.

I ett sms till en bekant skriver hon: "Jag har blivit så jävla mentalt våldtagen av myndigheterna i över tre år."

Enligt försvarets linje är föräldrarnas rädsla och bristande tillit till samhället grunden till varför ingen av dem slår larm när flickan skadas i lägenheten i centrala Norköping någon gång i slutet av januari. I en ljudinspelning säger den numera avlidne pappan till polisen, kort efter gripandet:

– Det kommer att pratas om i leda att socialförvaltningen hade rätt, trots att det här är en olycka.

Socialförvaltningen hade rätt, det kommer inte att tas någon hänsyn till att det var en olycka. Rättsläkarens bedömning är att Lilla hjärtat hade haft mätliga till goda chanser att överleva sina skador, om hon fått adekvat akutsjukvård. De kommande veckorna ska tingsrätten avgöra om hennes mamma är skyldig till mord, synnerligen grov misshandel och brott mot griftefriden.

Hon nekar till brott.

•••
Rättegångens första dag. Mamman har handfångsel, en tunn svart jacka, rödfärgat hår och mörka jeans. Två män från kriminalvården leder henne in i sal 3. Hon verkar spänd, ibland lite frånvarande. Blicken vilar i bordet när åklagaren presenterar sin sakframställan. En glasvägg skiljer kvinnan från åhörarna – journalister från alla stora svenska medier. I ett annat rum, en våning upp, följer representanter från socialtjänsten, ännu fler journalister och några få anhöriga rättegången via en tv-skärm.

Enligt åtalet ska mamman, tillsammans och i samförstånd med flickans pappa, ha utdelat trubbigt våld mot flickans huvud och kropp. Åklagare Anna Lander visar en skiss av en kropp på storbildsskärmarna i rättsalen. Skadorna som fanns på flickan är utmärkta med små blå cirklar och siffror. De finns över nästan hela kroppen. Vissa kan härledas från dödsdagen, andra någon dag eller dagar tillbaka i tiden, enligt rättsläkarens bedömning. Åklagaren anser att mamman har försatt 3-åringen i ett tillstånd av vanmakt genom att ge henne flera olika preparat som leder till att hon blir medvetlös och drabbas av "brist på kroppslig kontroll".

I 3-åringens blod fanns flera narkotikaklassade substanser. Härprover visar att preparat funnits i, eller varit i kontakt med, flickan under flera månader. Våldet blir tillsammans med de narkotikaklassade preparaten flickans död, menar Anna Lander.

Enligt åtalet har föräldrama visat särskild hänsynslöshet och råhet genom att gärningen riktat sig mot ett skyddslost barn som var i beredendställning till dem. Den polisman som var först på plats i lägenheten vittnar i rätten om när bytet under barnsängen klipps upp av ambulanspersonal: – Om jag inte förstätt det tidigare så blev det uppenbart nu. Att det som låg där var dött. Ungefär i denna stund såg jag barnkroppen.

Enligt polisens förundersökning lämnar föräldrarna, åtminstone inledningsvis, en relativt samstämmig bild av vad de menar har hänt i lägenheten i slutet av januari.

"Hon berättar vidare att de tidigare haft kontakt med myndigheter och att de var rädda för att de andra barnen skulle omhändertas om de hade ringt 112 på en gång. Hon berättar att de började livräddningsförsök men att de inte lyckades få liv i henne", rapporterar en polis mamman träffat kort efter gripandet.

Mamman upprepar en liknande berättelse i ett inledande förhör. Även pappan talar, i transporten mellan lägenheten och polishuset, om en olycka i badkaret. Samtalet spelas in med polisens mobiltelefon.

– Jag tror att hon måste ha slagit i huvudet, fått en hjärmskakning eller hjärnblödning, säger han.

Pappan säger att han fick panik när han upptäckte att flickan avlidit.

– Nä, jag vet bara inte hur man ska förklara en sån här sak, när man får en chock och känner att alltså polisen är inget alternativ, myndigheter är inget alternativ, hur ska vi göra och det bara är superpanik, superpanik hela tiden och det bara går runt i skallen...

Men mammas berättelse kommer att förändras över tid. Hennes minnen blir allt mer vaga. I rätten åberopar åklagare Anna Lander en rekonstruktion från lägenheten. I slutet av februari, då inspektionen görs, minns mamman inte längre att hon gjort livsuppehållande åtgärder.

– Jag kan inte göra hjärt- och lungräddning, konstaterar hon.

På tisdagen, i tingsrätten, minns mamman i stort sett ingenting. Bara några få fragment.

– När (pappan) berättar vad som har hänt tror jag inte på honom. Jag förstår inte vad han menar, jag förstår inte vad han säger. Han ville att vi skulle gå till hennes rum och jag frågade varför. Då berättade han vad som hade hänt, att hon hade ramlat.

Om minnesfragmenten är verkliga, eller om någon återberättat dem, vet hon inte.

– Det är som minnesbilder och känslor. När jag inser vad som har hänt så vet jag inte vad vi ska göra. Det är väl därför jag stänger av.

Hennes försvarare, Per Oehme, har presenterat ett alternativt händelseförlopp. För tingsrätten berättar han:

– Det är ganska sent på kvällen när flickan inte kan sova. Hon får bada, det är det bästa hon vet. Pappan har ansvaret för henne och vid något tillfälle lämnar han badrummet. Under tiden halkar hon så illa att hon slår huvudet i kranen eller kanten. Skadorna som hon ådrar sig, påstår vi, kan var förenliga med att hon slår i en eller två gånger på väg ner i badkaret.

Per Oehme säger att hans beskrivning vilar på pappans berättelse innan han avled, mammas minnesbilder, andra fynd och utlåtanden från rättsläkare och rättskemist. När pappan hittar flickan i badkaret vet han inte hur skadad hon är. Han tror att hon har drunknat. Han gör hjärt- och lungräddning, enligt Per Oehme.

– Jag tror att det är nu de dumma besluten kommer. Han försöker medicinera henne själv för att hon ska komma ur sitt kramp- och chocktillstånd. Han gör det här i välmening, påstår jag. Han förstår inte hur illa därän hans dotter är.

Försvaret menar att 3-åringen avled av aspirationspneumoni, att man andas in exempelvis magsäcksinnehåll.

Hur pappan skulle ha fått i flickan preparat för att hon ska komma ur sitt tillstånd kan han inte svara på. Varför den döda kroppen bar blöja, om hon avlidit i samband med att hon badade, besvaras inte.

•••

Lilla hjärtat flyttade in hos sina biologiska föräldrar några veckor före sin 3-årsdag i april förra året. Flickan hade då varit familjehemsplacerad sedan födseln. Föräldrarnas missbruk och psykiska ohälsa var de främsta orsakerna till att de inte ansågs lämpliga att ta hand om henne. Pappan vägrade drogtest, även när tvångsvården prövades i kammarrätten. Men domstolen ansåg inte att det fanns något som faktiskt talade för att det fanns ett missbruk.

Så vad var det för tillvaro flickan mötte våren 2019? Polisens förundersökning och mammas vittnesmål ger helt olika svar. Men båda konstaterar att det fanns ett missbruk i familjen.

– Jag har svårt att säga när jag började bruka otillåtna preparat, men nån gång under förra året, säger mamman i rätten.

Polisutredningen visar att föräldrarnas missbruk pågått under en längre tid. Härprover från mamman visar spår av en lång rad substanser, hon vill dock bara kännas vid ett par av dem. Parets dator är uppkopplad till darknet, "det anonyma internet", och en sida där man kan köpa droger. Sms från mammas telefon visar flera beställningar av narkotikaklassade preparat. Det är inga problem att skicka dem direkt hem till lägenheten, meddelar hon sin kontakt.

Samtidigt är Lilla hjärtats hemflyttningsprocess i full gång. Umgången med de biologiska föräldrarna har trappats upp. Beställningar av narkotikaklassade preparat fortsätter när flickan flyttar in hos de biologiska föräldrarna, och under hennes sista tid i livet.

Av sms-konversationerna, som är en del av polisens förundersökning, framgår att föräldrarna känner sig jagade och mår dåligt. De avbryter flickans inskolning på förskolan. De har ont om pengar, ont om tabletter. Från mammas telefon syns flera sökningar på snabbblån. I ett sms skriver pappan till mamman:

"Jag vill inte ha det såhär en endaste dag till. Hela den här prylen med (flickan) efter nästan 3 år."

Enligt förundersökningen var Lilla hjärtat undermård, hon tappade kraftigt i vikt under sina sista sex månader i livet. På öppna förskolan tror en föräldralös mammas arbetsställe inom socialtjänsten att flickan har cancer.

I ett sms kallas Lilla hjärtat för "Das mingo". Från mammas telefon har någon sökt på "tvångströja barn" och "döja blåmärken" och "döja sår". Inför rätten minns hon dem inte. Kanske var det pappans sökningar?

Några sms förklarar mamman med parets jargong. Och:

– Jag hade aldrig uttryckt mig så om henne till någon annan än hennes pappa.

I stället beskriver mamman en ganska stillsam tillvaro där vardagen mest gick ut på att få allas viljor att gå ihop. Hon gick till parken tillsammans med barnen varje dag. Flickan sjöng för sin lillebror.

Hon var helt fantastisk, säger hon.

•••

Så varför är Lilla hjärtat död? Och om mamman inte har orsakat skadorna på hennes kropp – vilket ansvar hade hon att skydda henne? Rättegången fortsätter nästa vecka.

Återkoppling Fall 5 (0p kvar)

Återkoppling 5.5: Socialtjänsten skulle kunna överväga insatser gällande missbruk såsom LVM för föräldrarna och även till rätten till tillräckligt ekonomiskt bistånd (enligt artikeln verkade ekonomin vara begränsad). Dessutom skulle socialtjänsten kunna utreda behovet av stödinsatser i föräldraskapet. (Mål: *Redatera läkares roll till andra samhällsaktörer, vilka ofta interagerar med hälso- och sjukvården. K9A1, K9A37, K9A38*)

Denna sida innehåller ingen fråga (du kommer att få ett varningsmeddelande om att du inte besvarat frågan när du går lämnar in tentamen - du kan bortse från denna varning!)

Slut på tentamen

Epilepsi

Fråga 5:1 (19p kvar)

Fall 5: Lena 21 år

Lena är en 21-årig kvinna som söker neurologmottagningen där du arbetar som vikarierande underläkare. Kontaktsak är tilltagande ofrivilliga ryckningar i extremiteterna. Sedan 2-3 år har Lena noterat ofrivilliga ryckningar i båda händerna som tilltagit med tiden. Hon vaknar ofta med ryckningar. Dessa varar några sekunder. Under attackerna tappar hon saker ur händerna. Lena är medveten om besvären och har blivit alltmera rädd för attackerna som kan göra att hon tappar tallrikar och bestick. Vid ett par tillfällen har hon också "ramlat omkull" och varit "borta" en kort stund. Känt sig trött och "yr" senaste månaderna. Det snurrar ofta till i huvudet när hon reser sig upp.

Fråga 5:1a (3p) Vilka differentialdiagnoser överväger du? Motivera!

Fråga 5:1b (3p) Vad gör du för undersökningar och provtagning på mottagningen?

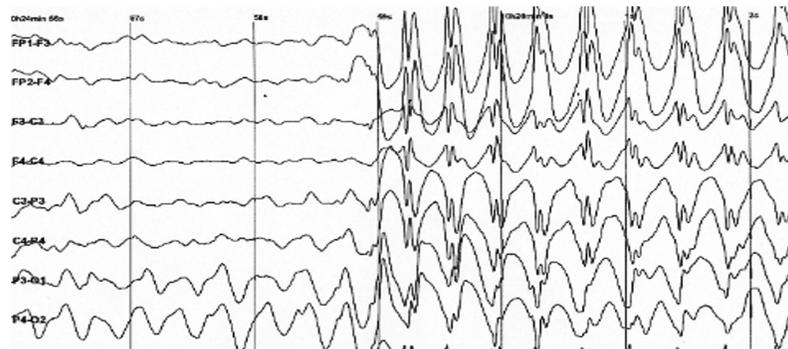
Fråga 5:1c (2p) Hur vill du gå vidare med utredning (vilka undersökningar beställer du)?

Fråga 5:2 (11p kvar)

Lena är en 21-årig kvinna som söker neurologmottagningen där du arbetar som vikarierande underläkare. Kontaktsak är tilltagande ofrivilliga ryckningar i extremiteterna. Sedan 2-3 år har Lena noterat ofrivilliga ryckningar i båda händerna som tilltagit med tiden. Hon vaknar ofta med ryckningar. Dessa varar några sekunder. Under attackerna tappar hon saker ur händerna. Lena är medveten om besvären och har blivit alltmera rädd för attackerna som kan göra att hon tappar tallrikar och bestick. Vid ett par tillfällen har hon också "ramlat omkull" och varit "borta" en kort stund. Känt sig trött och "yr" senaste månaderna. Det snurrar ofta till i huvudet när hon reser sig upp.

Aterkoppling 5:1a: Epileptiskt anfall bör utredas: Man bör utesluta metabol CNS-påverkan som kan orsaka muskelryckningar, såsom uremisk eller hepatisk elektrolytrubbning, hypocalcemi, anemi, och postinfektiös encefalopati. Depression, synkope, och funktionellt tillstånd bör också övervägas. 5:1b: Med tanke på ryckningar, att hon ramlat, och trötthet, bör jag komplettera anamnes, bedöma grundstämning, göra neurologisk undersökning och ta blodprover (inkl. blodstatus, leverstatus, elektrolytstatus inkl calcium, leverstatus, TSH och T4). Ta ortostatiskt blodtryck och auskultera hjärta och lungor. Gör EKG. 5:1c: Du beställer datortomografi skalle (alt MR) med frågeställning epilepsitredning, tumör? Vidare ett EEG med frågeställning epileptiform aktivitet, fokalitet? (Mål: Analysera och värdera symtom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9A7, K9A8, K9A16)

EEG rapporten visade: bilaterala synkrona spike-and-wave komplex av epileptiform karaktär (se bild). Datortomografi av huvudet utföll normalt.



Fråga 5:2 (2p) Vilken typ av epilepsi har sannolikt Lena? Ange vad som karakteriserar denna typ av epilepsi.

Lena är en 21-årig kvinna som söker neurologmottagningen där du arbetar som vikarierande underläkare. Kontaktsak är tilltagande ofrivilliga ryckningar i extremiteterna. Sedan 2-3 år har Lena noterat ofrivilliga ryckningar i båda händerna som tilltagit med tiden. Hon vaknar ofta med ryckningar. Dessa varar några sekunder. Under attackerna tappar hon saker ur händerna. Lena är medveten om besvären och har blivit alltmera rädd för attackerna som kan göra att hon tappar tallrikar och bestick. Vid ett par tillfällen har hon också "ramlat omkull" och varit "borta" en kort stund. Känt sig trött och "yr" senaste månaderna. Det snurrar ofta till i huvudet när hon reser sig upp. EEG rapporten visade bilaterala synkrona spike-and-wave komplex av epileptiform karaktär. Datortomografi av huvudet utföll normalt.

Återkoppling 5:2: Du bedömer att Lena har en juvenil myoklon epilepsi. Vid denna typ av epilepsi debuterar anfällen mellan 10-20 års ålder, oftast vid 15 års ålder. Anfall förekommer i regel vid uppvaknandet på morgonen. Myoklonierna är korta, symmetriska, och drabbar vanligen händer och armar. Medvetandet påverkas inte. Dock förekommer generella anfall också vid myoklon epilepsi. På EEG ses patologiska förändringar i form av poly-spike and slow wave-komplex med generell utbredning. (Mål: Analysera och värdera symtom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9A16, K9B75)

Fråga 5:3 (5p) Vad kan du om epilepsi? Para ihop varje differentialdiagnos nedan med två karaktäristika vardera. Dra alternativen nedan till deras lämpliga plats i tabellen. Var god observera att vissa alternativ kan fungera på flera ställen men det finns en lösning där alla karaktäristika kan fördelas jämnt med två karaktäristika för varje diagnos.

	Karaktäristikum 1	Karaktäristikum 2
Absence epilepsi:	1	2
Benign barnepilepsi:	3	4
Infantil spasm:	5	6
Syncope:	7	8
Psykogena icke epileptiska anfall (PNES):	9	10

Bevarad pupillreaktion vid ljusstimulering under anfall Rolandic spikes på EEG

3/sekund spik och våg aktivitet på EEG

Ögonknipning vid försök att öppna ögonlocken vid anfall Salam kramper

- Ofta täta kortvariga anfall
 Dålig prognos
 God prognos
 Ofta förkänningar
 Normalt EEG

Correct answers:

- 1 3/sekund spik och våg aktivitet på EEG
- 2 Ofta täta kortvariga anfall
- 3 Rolandic spikes på EEG
- 4 God prognos
- 5 Salam kramper
- 6 Dålig prognos
- 7 Ofta förkänningar
- 8 Normalt EEG
- 9 Bevarad pupillreaktion vid ljusstimulering under anfall
- 10 Ögonknipning vid försök att öppna ögonlocken vid anfall

Fråga 5:5 (1p kvar)

Lena är en 21-årig kvinna som söker neurologmottagningen där du arbetar som vikarierande underläkare. Kontaktsak är tilltagande ofrivilliga ryckningar i extremiteterna. Sedan 2-3 år har Lena noterat ofrivilliga ryckningar i båda händerna som tilltagit med tiden. Hon vaknar ofta med ryckningar. Dessa varar några sekunder. Under attackerna tappar hon saker ur händerna. Lena är medveten om besvären och har blivit alltmera rädd för attackerna som kan göra att hon tappar tallrikar och bestick. Vid ett par tillfällen har hon också "ramlat omkull" och varit "borta" en kort stund. Känt sig trött och "yr" senaste månaderna. Det snurrar ofta till i huvudet när hon reser sig upp. EEG rapporten visade bilaterala synkrona spike-and-wave komplex av epileptiform karaktär. Datortomografi av huvudet utföll normalt. Du bedömer att Lena har en juvenil myoklon epilepsi.

Återkoppling 5:4: Patienter med juvenil myoklon epilepsi kan behandlas med läkemedel såsom lamotrigin och valproat. Valproat har bred effekt vid olika anfallsformer och tolereras väl av flertalet patienter och används som förstahandspreparat hos män med myoklon epilepsi. Dock finns risk för leverskada, håravfall, aptitökning, tremor och polycystiska ovarier hos kvinnor. Lamotrigin används därför mest hos kvinnor då det inte ger polycystiska ovarier och färre risker för barnet hos den gravida kvinnan. Risk för missbildningar är 2-3 ggr större än normalt hos barn till mödrar med epilepsi. Behandling med antiepileptika kan påverka fostret negativt. Valproat medför klart högre risk för missbildningar än exempelvis karbamazepin eller lamotrigin. Karbamazepin är dock direkt olämplig då den kan förvärra anfallssituationen vid myoklon epilepsi. *Mål: Analysera och värdera användning av och risker med diagnostiska metoder och behandlingar för sjukdomar inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler, K9A16, K9A17, K9B75*

Lena blev insatt på lamotrigin i ökande dos. Vid kontroll efter 3 månader hade hon varit anfallsfri men hon känner sig begränsad i vardagen. Hon undrar över vilka riskfaktorer som hon bör undvika för att slippa få nya anfall.

Fråga 5:5 (1p) Vilka vanligt förekommande anfallsutlösande faktorer tar du upp som svar på Lenas fråga?

Återkoppling (0p kvar)

Återkoppling 5:5: Vanliga anfallsutlösande faktorer är bl a sömnbrist och alkoholintag. (Mål: Identifiera, analysera och värdera risk- och skyddsfaktorer för uppkomst av sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler., K9A16, K9B75)

Denna sida innehåller ingen fråga (du kommer att få ett varningsmeddelande om att du inte besvarat frågan när du går vidare - du kan bortse från denna varning!)

Slut på fallet

Slut på tentamen

Fråga 1:1 (100pkvar)

Fall 1 Åsa, 18år

Åsa är 18 år och går på gymnasiet på samhällsprogrammet. Hon är tidigare helt frisk. Hon kommer till akutmottagningen då man hittat henne okontaktbar i omklädningsrummet till idrotten. Ingen har sett vad som har hänt. Hon vaknar till ganska fort, men är initialt lite förvirrad. Hon har inget minne av vad som har hänt. Ambulans tillkallas och du träffar nu Åsa på akutmottagningen.

Fråga 1:1 (4p) Det finns 4 huvudgrupper av orsaker till övergående medvetandeförlust som du behöver överväga. Ange dessa grupper och ge exempel på minst ett tillstånd för varje grupp.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	å

Fråga 1:2 (96pkvar)

Åsa är 18 år och går på gymnasiet på samhällsprogrammet. Hon är tidigare helt frisk. Hon kommer till akutmottagningen då man hittat henne okontaktbar i omklädningsrummet till idrotten. Ingen har sett vad som har hänt. Hon vaknar till ganska fort men är initialt lite förvirrad. Hon har inget minne av vad som har hänt. Ambulans tillkallas och du träffar nu Åsa på akutmottagningen.

Återkoppling fråga 1:1 Huvudorsakerna till kortvarig medvetandeförlust är cirkulation, metabolt/endokrint, neurologiskt/epilepsi och psykiatri. En annan möjlig orsak kan vara drogrelaterad medvetlöshet, men kanske inte så sannolik i Åsas fall. (Mål: Analysera och värdera symtom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9A10, K9C121)

Då du samtalat med Åsa får hon en episod under cirka 2 minuter då hon plockar med högerhanden och smackar med munnen. Då du försöker prata med henne reagerar hon först inte och har en stirrande blick, men efter att hon slutat smacka med munnen så svarar hon på tilltal adekvat. Hon är helt omedveten om vad som hänt men säger att hon haft en konstig känsla i magen som om hon åkte hiss.

Fråga 1:2 (1p) Du misstänker ett epileptiskt anfall. Var sitter fokus och vad kallas den konstiga känslan i magen för?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	å

Fråga 1:3 (95pkvar)

Åsa är 18 år och går på gymnasiet på samhällsprogrammet. Hon är tidigare helt frisk. Hon kommer till akutmottagningen då man hittat henne okontaktbar i omklädningsrummet till idrotten. Ingen har sett vad som har hänt. Hon vaknar till ganska fort men är initialt lite förvirrad. Hon har inget minne av vad som har hänt. Ambulans tillkallas och du träffar nu Åsa på akutmottagningen. Då du samtalar med Åsa får hon en episod under cirka 2 minuter då hon plockar med högerhanden och smackar med munnen. Då du försöker prata med henne reagerar hon först inte och har en stirrande blick, men efter att hon slutat smacka med munnen så svarar hon på tilltal adekvat. Hon är helt omedveten om vad som hänt men säger att hon haft en konstig känsla i magen som om hon åkte hiss.

Återkoppling fråga 1:2: Anfallet är fokalt och utgår från vänster temporallob. Känslan i magen kallas epigastric rising sensation. Den initiala medvetandeförlusten är således sannolikt ett sekundärt generaliserat anfall. *(Mål: Analysera och värdera symtom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler, K9A9)*

Fråga 1:3 (3p) Du misstänker att Åsa har epilepsi. Vilka är de viktigaste bakomliggande orsakerna till detta?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	å

Fråga 1:4a & b (92p kvar)

Åsa är 18 år och går på gymnasiet på samhällsprogrammet. Hon är tidigare helt frisk. Hon kommer till akutmottagningen då man hittat henne okontaktbar i omklädningsrummet till idrotten. Ingen har sett vad som har hänt. Hon vaknar till ganska fort men är initialt lite förvirrad. Hon har inget minne av vad som har hänt. Ambulans tillkallas och du träffar nu Åsa på akutmottagningen. Då du samtalar med Åsa får hon en episod under cirka 2 minuter då hon plockar med höger handen och smackar med munnen. Då du försöker prata med henne reagerar hon först inte och har en störrande blick, men efter att hon slutat smacka med munnen så svarar hon på tilltal adekvat. Hon är helt omedveten om vad som hänt men säger att hon haft en konstig känsla i magen som om hon åkte hiss.

Återkoppling 1:3 Orsaker till epileptiska anfall kan vara infektioner, kärllmissbildningar, hypoxisk ischemisk encefalopati/blödning, metabol encefalopati, genetiska, kortikala anomalier, posttrauma, tumörer, autoimmun encefalit, abstinens. (Mål: Analysera och värdera symtom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9B70)

Du lägger in Åsa på akutvårdsavdelning för observation i telemetri och beställer EEG och MR undersökning av huvudet. Hon får en nål i vänster arm. Du kallas till avdelningen efter 2 timmar då Åsa har ett kontinuerligt generaliserat anfall. När du anlät pågår fortfarande anfallet efter ca 7 minuter och du konstaterar att hon har ett toniskt-kloniskt status epilepticus.

Fråga 1:4a (2p) Vilken behandling ordinerar du och vilken dos ger du?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	á

Ett status epilepticus kan delas in i 4 olika stadier som styr vilken behandling som är lämplig.

Fråga 1:4b (3p) Vilka är dessa 4 stadier och under vilka tidsintervall från anfallsdebut pågår respektive stadium?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	á

Fråga 1:5 (87pkvar)

Åsa är 18 år och går på gymnasiet på samhällsprogrammet. Hon är tidigare helt frisk. Hon kommer till akutmottagningen då man hittat henne okontaktbar i omklädningsrummet till idrotten. Ingen har sett vad som har hänt. Hon vaknar till ganska fort men är initialt lite förvirrad. Hon har inget minne av vad som har hänt. Ambulans tillkallas och du träffar nu Åsa på akutmottagningen. Då du samtalar med Åsa får hon en episod under cirka 2 minuter då hon plockar med höger handen och smackar med munnen. Då du försöker prata med henne reagerar hon först inte och har en störrande blick, men efter att hon slutat smacka med munnen så svarar hon på tilltal adekvat. Hon är helt omedveten om vad som hänt men säger att hon haft en konstig känsla i magen som om hon åkte hiss.

Du lägger in Åsa på akutsjukvårdsavdelning för observation i telemetri och beställer EEG och MR undersökning av huvudet. Hon får en nål i vänster arm. Du kallas till avdelningen efter 2 timmar då Åsa har ett kontinuerligt generaliserat anfall. När du anlant pågår fortfarande anfall efter ca 7 minuter och du konstaterar att hon har ett toniskt-kloniskt status epilepticus.

Återkoppling 1:4: Åsa får 4 mg lorazepam. Status epilepticus delas in i: 0–30 minuter tidigt status epilepticus; 30–120 minuter etablerat status epilepticus; 2–24 timmar refraktärt status epilepticus, därefter super-refraktärt status epilepticus.

(Mål: Förklara principer för insättande och genomförande av åtgärder och uppföljning av vanliga och principiellt viktiga sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9A16)

Behandlingen bryter anfall och du sätter in anfallsprofylax med levetiracetam. Åsa får morgonen efter göra magnetkameraundersökning som visar en ringformad kontrastupplandande förändring i temporalloben med central nekros och omgivande ödem.

Fråga 1:5 (3p) Hur informerar du om magnetkamerafyndet? Åsa och hennes föräldrar vill veta vad det är för tumör, hur den behandlas och prognosen.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	å

Fråga 1:6a & b (84p kvar)

Åsa är 18 år och går på gymnasiet på samhällsprogrammet. Hon är tidigare helt frisk. Hon kommer till akutmottagningen då man hittat henne okontaktbar i omklädningsrummet till idrotten. Ingen har sett vad som har hänt. Hon vaknar till ganska fort men är initialt lite förvirrad. Hon har inget minne av vad som har hänt. Ambulans tillkallas och du träffar nu Åsa på akutmottagningen. Då du samtalar med Åsa får hon en episod under cirka 2 minuter då hon plockar med höger handen och smacker med munnen. Då du försöker prata med henne reagerar hon först inte och har en störrande blick, men efter att hon slutat smacka med munnen så svarar hon på tilltal adekvat. Hon är helt omedveten om vad som hänt men säger att hon haft en konstig känsla i magen som om hon åkte hiss.

Du lägger in Åsa på akutsjukvårdsavdelning för observation i telemetri och beställer EEG och MR undersökning av huvudet. Hon får en nål i vänster arm. Du kallas till avdelningen efter 2 timmar då Åsa har ett kontinuerligt generaliserat anfall. När du anlänat pågår fortfarande anfall efter ca 7 minuter och du konstaterar att hon har ett toniskt-kloniskt status epilepticus. Behandlingen med lorazepam bryter anfall och du sätter in anfallsprofylax med levetiracetam. Åsa får morgonen efter göra magnetkameraundersökning som visar en ringformad kontrastupplandande förändring i temporalloben med central nekros och omgivande ödem.

Återkoppling 1:5: Åsa får information att hon sannolikt har glioblastoma multiforme som behandlas med kirurgi + strålning + cytostatika. PAD vid operation får slutgiltigt avgöra malignitetsgraden. Prognosen vid glioblastoma multiforme är dålig och målet är i första hand palliation, även om det finns vissa långtidsöverlevare. (Mål: Analysera och värdera symtom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9A25)

Du träffar Åsa igen ett år senare. Kirurgen bedömdes som radikal, onkologisk behandling är slutförd och hon har nu remitterats till neurologmottagningen för att hon har enstaka fokala anfall trots maxdos levetiracetam.

Fråga 1:6a (2p) Du beslutar dig för att byta till ett preparat som verkar på spänningskänsliga natriumkanaler i första hand. Vilka 2 preparat är dina huvudalternativ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	á

Fråga 1:6b (1p) Varför vill du inte behandla Åsa med valproat?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	á

Fråga 1:7 (81pkvar)

Åsa är 18 år och går på gymnasiet på samhällsprogrammet. Hon är tidigare helt frisk. Hon kommer till akutmottagningen då man hittat henne okontaktbar i omklädningsrummet till idrotten. Ingen har sett vad som har hänt. Hon vaknar till ganska fort men är initialt lite förvirrad. Hon har inget minne av vad som har hänt. Ambulans tillkallas och du träffar nu Åsa på akutmottagningen. Då du samtalar med Åsa får hon en episod under cirka 2 minuter då hon plockar med höger handen och smackar med munnen. Då du försöker prata med henne reagerar hon först inte och har en störrande blick, men efter att hon slutat smacka med munnen så svarar hon på tilltal adekvat. Hon är helt omedveten om vad som hänt men säger att hon haft en konstig känsla i magen som om hon åkte hiss.

Du lägger in Åsa på akutsårdsavdelning för observation i telemetri och beställer EEG och MR undersökning av huvudet. Hon får en nål i vänster arm. Du kallas till avdelningen efter 2 timmar då Åsa har ett kontinuerligt generaliserat anfall. När du anlänt pågår fortfarande anfall efter ca 7 minuter och du konstaterar att hon har ett toniskt-kloniskt status epilepticus. Behandlingen med lorazepam bryter anfall och du sätter in anfallsprofylax med levetiracetam. Åsa får morgonen efter göra magnetkameraundersökning som visar en ringformad kontrastupplandande förändring i temporalloben med central nekros och omgivande ödem. Åsa har glioblastoma multiforme och behandlas med kirurgi samt strålning och cytostatika. Du träffar Åsa igen ett år senare. Kirurgen bedömdes som radikal, onkologisk behandling är slutförd och hon har nu remitterats till neurologmottagningen för att hon har enstaka fokala anfall trots maxdos levetiracetam.

Återkoppling 1:6: Två antikonvulsiva läkemedel som verkar på spänningskänsliga natriumkanaler är karbamazepin och lamotrigin. Valproat är mindre lämpligt eftersom det kan ge neuralrördefekter och senare kognitiv påverkan på barnet om Åsa tar läkemedlet vid en eventuell graviditet. (Mål: Analysera och värdera symtom, undersökningsfynd och sjukdomsförlopp för sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9A17, K9B74)

Du låter Åsa byta preparat till karbamazepin. Efter ett par dosjusteringar blir hon så gott som anfallsfri.

Fråga 1:7 (2p) Förklara hur karbamazepin-effekten på de spänningskänsliga natriumkanalerna kan motverka fokala epileptiska anfall?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	á

Fråga 1:8 (79pkvar)

Åsa är 18 år och går på gymnasiet på samhällsprogrammet. Hon är tidigare helt frisk. Hon kommer till akutmottagningen då man hittat henne okontaktbar i omklädningsrummet till idrotten. Ingen har sett vad som har hänt. Hon vaknar till ganska fort men är initialt lite förvirrad. Hon har inget minne av vad som har hänt. Ambulans tillkallas och du träffar nu Åsa på akutmottagningen. Då du samtalar med Åsa får hon en episod under cirka 2 minuter då hon plockar med höger handen och smacker med munnen. Då du försöker prata med henne reagerar hon först inte och har en störrande blick, men efter att hon slutat smacka med munnen så svarar hon på tilltal adekvat. Hon är helt omedveten om vad som hänt men säger att hon haft en konstig känsla i magen som om hon åkte hiss.

Du lägger in Åsa på akutsjukvårdsavdelning för observation i telemetri och beställer EEG och MR undersökning av huvudet. Hon får en nål i vänster arm. Du kallas till avdelningen efter 2 timmar då Åsa har ett kontinuerligt generaliserat anfall. När du anlant pågår fortfarande anfall efter ca 7 minuter och du konstaterar att hon har ett toniskt-kloniskt status epilepticus. Behandlingen med lorazepam bryter anfall och du sätter in anfallsprofylax med levetiracetam. Åsa får morgonen efter göra magnetkameraundersökning som visar en ringformad kontrastupplandande förändring i temporalloben med central nekros och omgivande ödem. Åsa har glioblastoma multiforme och behandlas med kirurgi samt strålning och cytotatika. Du träffar Åsa igen ett år senare. Kirurgen bedömdes som radikal, onkologisk behandling är slutförd och hon har nu remitterats till neurologmottagningen för att hon har enstaka fokala anfall trots maxdos levetiracetam. Du låter Åsa byta preparat till karbamazepin och efter ett par dosjusteringar blir hon så gott som anfallsfri.

Återkoppling 1:7: Karbamazepin i terapeutiska doser kommer att blockera funktionen i en proportion av de spänningskänsliga natriumjonkanalerna. Eftersom det blir färre tillgängliga spänningskänsliga jonkanaler där axonet träder ut från nervcellens soma så blir det svårare att initiera aktionspotentialen genom positiv feed-forwardaktivering av spänningskänsliga natriumjonkanaler. Nervscellerna blir således mindre excitabla och mindre benägna att delta i uppbyggnaden av den obalanserade excitation som underliggör epileptisk aktivitet. (Mål: Förklara principer för insättande och genomförande av åtgärder och uppföljning av vanliga och principiellt viktiga sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9A74)

Fråga 1:8 (1p) Karbamazepin binder med högre affinitet till öppna eller inaktiverade spänningskänsliga natriumjonkanaler än till stängda kanaler. Hur kan detta vara orsak till att preparatet har färre biverkningar än läkemedel som binder med samma affinitet till samtliga konformationer?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	á

Sektion 9

Återkoppling (78p kvar)

Återkoppling 1:8: Eftersom karbamazepin har högre affinitet för öppna eller inaktiverade spänningskänsliga jonkanaler kommer läkemedlet ha störst inverkan på excitabiliteten när nervcellerna fyrar aktionspotentialer med hög frekvens. Det är just denna höga aktivitet man behöver bromsa för att motverka epileptiska anfall. Mer moderat nervcellsaktivitet kommer vara mindre påverkad och på så sätt blir eventuella biverkningar från generellt nedsatt nervcellsaktivitet vara mindre uttalade. (Mål: Förklara principer för insättande och genomförande av åtgärder och uppföljning av vanliga och principiellt viktiga sjukdomar och skador inom organsystemen ögon, öron-näsa-hals, nervsystem och muskler. K9A74)

Denna sida innehåller ingen fråga (du kommer att få ett varningsmeddelande om att du inte besvarat frågan när du går vidare - du kan bortse från denna varning!)

Slut på fallet

Fristående frågor - övrigt

Fristående fråga 1 (86p kvar)

Du är ST-läkare och primärjour under helgen vid psykiatriska kliniken när en sjuksköterska från avdelningen ringer. Sjuksköterskan meddelar att Kalle som blev inlagd igår har varit bäitad fyra timmar under gårdagen och då erhöll akutmedicinering med stesolid och haldol intramuskulärt. Har från och med idag satts in på t haldol 5mg på morgonen, stesolid 5mg två gånger per dag, beviplex forte en på morgonen och paracetamol vid behov. Kalle har blivit allmänt stel men framförallt utvecklat torticollis, verkar ha svårt att andas och kan knappt prata.

Fristående fråga 1 (1p) Vad gör du?

- A Eftersom det är ett akut tillstånd, troligen stroke, kontaktas neurologjouren akut
- B Ger akineton intravenöst akut
- C Ger stesolid akut intramuskulärt
- D Primärvinsten vid akuta psykosomatiska symtom får inte förstärkas varför ingen åtgärd skall göras
- E Psykotisk stelhet skall behandlas med högdosneuroleptika, avseende preparatval kontaktas bakjouren eftersom patienten redan har ett lågdosneuroleptikum (haldol)

Fristående fråga 1 (1p) Vad gör du?

- A | Eftersom det är ett akut tillstånd, troligen stroke, kontaktas neurologjouren akut
- B | Ger akineton intravenöst akut
- C | Ger stesolid akut intramuskulärt
- D | Primärvinsten vid akuta psykosomatiska symtom får inte förstärkas varför ingen åtgärd skall göras
- E | Psykotisk stelhet skall behandlas med högdosneuroleptika, avseende preparatval kontaktas bakjouren eftersom patienten redan har ett lågdosneuroleptikum (haldol)

Fristående fråga 2 (85p kvar)

Åsa 48 år söker dig vid vårdcentralen. Hon har en stabil social situation men har problem med alkohol. Hon är nykter under långa perioder men kan inte hantera alkohol när hon dricker. Om hon börjar dricka alkohol, tex på en fest, tappar hon kontrollen och dricker stora mängder alkohol på festen. Hon skäms över vad hon gör under festerna och vet att hennes vänner och arbetskamrater skvallrar om alla pinsamheter som hänt under festerna. Hon har ångest över detta.

Det framkommer inget alkoholberoende och samtliga alkoholmarkörer i laboratorieproven är utan anmärkning.

Åsa vill inte vara helnykterist och inte heller erhålla samtalsbehandling utan vill pröva läkemedel. Hon upplever inget sug i vardagen efter alkohol.

Fristående fråga 2 (1p) Vilken läkemedelsregim föreslår du?

- A Oxascand 15 mg före festen "för att mätta GABA-A receptorena"
- B Antabus
- C Campral
- D Nalmifen
- E SSRI

A Oxascand 15 mg före festen "för att mätta GABA-A receptorena"

B Antabus

C Campral

D Nalmifen

E SSRI

Fristående fråga 3 (84p kvar)

Du är ST-läkare vid en psykiatrisk akutmottagning. Pia inkommer med polisen efter att distriktsläkaren har utfärdat ett vårdintyg i hemmet. Vid din bedömning framkommer tydligt att Pia är psykotisk, inte har ätit senaste tiden eftersom all mat är förgiftad, vägrar att ta läkemedel samt kräver att få gå hem där hon tänker låsa in sig för att inte CIA skall kunna komma in.

Vid genomgång av vårdintyget framkommer att det är dåligt ifyllt på följande

- sätt: Inte signerat
- Sidan två och tre är inte ifyllda
Datumet inte ifyllt

Fristående fråga 3 (1p) Vad gör du?

- A** Eftersom vårdintyget är felaktigt ifyllt så ringer du distriktsläkaren och fyller därefter i det som saknas samt signerar genom att skriva distriktsläkarens namn i "skrivstil" och lägger in patienten
- B** Eftersom vårdintyget är felaktigt ifyllt och patienten uppenbart behöver tvångsvård skriver du ett nytt vårdintyg
- C** Eftersom vårdintyget är felaktigt ifyllt och patient därför har inkommit olagligt med polisen så kan du inte skriva ett nytt vårdintyg (undantaget akut livsfara inte uppfyllt) utan patienten får gå hem och du informerar distriktsläkaren som får ta ställning till ny vårdintygsbedömning
- D** Läger in utan vårdintyg, använder "presumerat samtycke", och om patienten vill lämna avdelningen kan hon konverteras
- E** Kan göra enligt A, B och D ovan

Fristående fråga 3 (1p) Vad gör du?

:

- A Eftersom vårdintyget är felaktigt ifyllt så ringer du distriktsläkaren och fyller därefter i det som saknas samt signerar genom att skriva distriktsläkarens namn i "skrivstil" och lägger in patienten
- B Eftersom vårdintyget är felaktigt ifyllt och patienten uppenbart behöver tvångsvård skriver du ett nytt vårdintyg
- C Eftersom vårdintyget är felaktigt ifyllt och patient därför har inkommit olagligt med polisen så kan du inte skriva ett nytt vårdintyg (undantaget akut livsfara inte uppfyllt) utan patienten får gå hem och du informerar distriktsläkaren som får ta ställning till ny vårdintygsbedömning
- D Lägger in utan vårdintyg, använder "presumerat samtycke", och om patienten vill lämna avdelningen kan hon konverteras
- E Kan göra enligt A, B och D ovan

Fristående fråga 4 (83p kvar)

David har svårighet att hantera sitt mående och livssituation utifrån emotionellt instabilt personlighetssyndrom. Ni enas om behandling men patienten vägrar DBT och ERGT.

Fristående fråga 4 (1p) Finns det någon annan behandling rekommenderad enligt alternativen nedan?

- A IPT
- B MBT
- C Musikterapi
- D alla ovan (A, B och C)
- E A och B ovan

Fristående fråga 4 (1p) Finns det någon annan behandling rekommenderad enligt alternativen nedan?

- A IPT
- B MBT
- C Musikterapi
- D alla ovan (A, B och C)
- E A och B ovan

Fristående fråga 5 (82p kvar)

Frida inlägges för alkoholavgiftning.

Status:

Neurologi – Nystagmus, ingen ögonmuskelpares, normalt sidlikt rörelsemönster, perifera senreflexer lika bilateralt utan anmärkning

Psyk – fullt orienterad, god formell och emotionell kontakt. Neutral grundstämning. Något ångestladdad. Inga psykotiska symtom. Bejakar dödslängtan men förnekar självmordstankar.

Skattningsskalor:

CIWA 5 poäng.

MADRS-S 13p (0-54p)

Lab:

MCV 102 (ref 82-98), Mg²⁺ 0,45 (ref 0,75-1,25 mmol/L), Na⁺ 135 (ref 137 - 145 mmol/L), K⁺ 3,9 (ref 3,6 - 4,6 mmol/L), ASAT 2,7 (ref <0,61 µkat/L)

Fristående fråga 5 (1p) Förutom bensodiazepiner och tiamin under avgiftning rekommenderas:

- A | Natriumtillskott
- B | Natrium och kaliumtillskott
- C | Magnesiumtillskott
- D | Tegretol
- E | Folat

- A Natriumtillskott
- B Natrium och kaliumtillskott
- C **Magnesiumtillskott**
- D Tegretol
- E Folat

Fristående fråga 6 (81p kvar)

Anton har vårdats inläggande vid infektionskliniken under fyra veckor för Covid-19. Under vårdtiden har ett opiatmissbruk (tabletter men även heroin intravenöst) uppmärksamats och han har avgiftats från detta. Inför utskrivningen skrivs en remiss till beroendekliniken där du arbetar för ställningstagande till insatser utifrån det tidigare opiatmissbruket.

Fristående fråga 6 (1p) Vilket av alternativen är korrekt?

- A Eftersom han är avgiftad uppmanas han att själv kontakta kommunpsykiatri för stöd samt NA (anonyma narkomaner)
- B Risken för död är mycket hög eftersom toleransen har minskat och när han kommer ut riskerar han död vid återfall. Omedelbar planering behövs.
- C Antabus skall insättas innan utskrivning eftersom alkoholbruk utgör största risken för återfall i opiatmissbruk. Beroendeöppenvård kommer att följa upp antabusmedicineringen.
- D Remissen skall avvisas och patienten hänvisas till vårdcentralen eftersom det nu inte finns något aktivt missbruk men det finns behov av fördjupad bedömning avseende psykiatrisk och beroendeproblematik. Vårdcentralsnivå.
- E Både A och D

Fristående fråga 6 (1p) Vilket av alternativen är korrekt?

- A Eftersom han är avgiftad uppmanas han att själv kontakta kommunpsykiatrin för stöd samt NA (anonyma narkomaner)
- B Risken för död är mycket hög eftersom toleransen har minskat och när han kommer ut riskerar han död vid återfall. Omedelbar planering behövs.
- C Antabus skall insättas innan utskrivning eftersom alkoholbruk utgör största risken för återfall i opiatmissbruk. Beroendeöppenvård kommer att följa upp antabusmedicineringen.
- D Remissen skall avvisas och patienten hänvisas till vårdcentralen eftersom det nu inte finns något aktivt missbruk men det finns behov av fördjupad bedömning avseende psykiatrisk och beroendeproblematik. Vårdcentralsnivå.
- E Både A och D

Sektion 45

Fristående fråga 7 (4p kvar)

En 30-årig man kommer på ett återbesök för sin epilepsi. Sedan barndomen har han haft både korta frånvaroattacker och glesa generaliserade tonisk-kloniska krampanfall. Sedan du bytte behandling till valproat (Ergenyl R) för ett år sedan rapporterar han att han är anfallsfri. Du känner honom sedan länge och han ger ett stabilt och vederhäftigt intryck. Han undrar om det nu skulle kunna vara aktuellt för honom att få köra bil.

Fristående fråga 7 (1p) Vilken av nedanstående undersökningar är lämpligast för att kunna besvara hans fråga?

- A MR hjärna med gadoliniumkontrast
- B Neuropsykologisk testning
- C EEG-undersökning
- D Serumkoncentration av valproat
- E Ej aktuellt, får ej köra pga av sin epilepsi

- A MR hjärna med gadoliniumkontrast
- B Neuropsykologisk testning
- C EEG-undersökning
- D Serumkoncentration av valproat
- E Ej aktuellt, får ej köra pga av sin epilepsi

Fristående fråga 8 (3p kvar)

Under ett vikariat på neurologmottagningen träffar du en tidigare helt frisk 63-årig man som sedan ett halvår besväras av tilltagande förlångsamning i sina rörelser och en progredierande stelhet och fumlighet i båda armarna. Du funderar kring olika möjliga diagnoser, och då i första hand Parkinsons sjukdom, och genomför i nästa steg ett utförligt neurologstatus.

Fristående fråga 8 (1p) Vilket av dessa statusfynd gör att diagnosen Parkinsons sjukdom kan ifrågasättas och istället överväga tillstånd inom gruppen atypisk parkinsonism?

- A Babinskis tecken föreligger på höger sida och är odeciderat på vänster sida
- B Förlångsamning vid diadokokinesi med viss högersidig övervikt
- C Rigiditet över armbågslederna
- D Vilotremor i höger ben
- E Bra svar på L-dopa preparat

- A Babinskis tecken föreligger på höger sida och är odeciderat på vänster sida
- B Förlångsamning vid diadokokinesi med viss högersidig övervikt
- C Rigiditet över armbågslederna
- D Vilotremor i höger ben
- E Bra svar på L-dopa preparat

Fristående fråga 9 (2p kvar)

Du har hand om en 80-årig kvinna med känt Waranbehandlat förmaksflimmer och som nu insjuknat med afasi och hörsidig pares (NIHSS 20 P) för 2 timmar sedan. CT skalle visar normalt parenkym och en ocklusion av a. cerebri media på väsida. PK-värde 1.9, Hb 125, B-glukos 12,5.

Fristående fråga 9 (1p) Vad gör du?

- A Blås av "Rädda hjäman", trombolys kontraindicerat
- B Kontakta regionstrokejour för att diskutera trombektomi
- C Ge intravenös trombolys utan fördröjning
- D Ge halverad dos intravenös trombolys omgående
- E Lägg till ASA och Clopidogrel

Fristående fråga 10 (1p kvar)

En 72-årig man söker på grund av tilltagande gångsvårigheter, nu med behov av rollator som stöd. Minnet har blivit allt sämre och han har fått besvär med urinläckage. Medföljande maka tycker att patienten är långsam i tanken samt passiv och initiativlös. I status noterar du att gången är ostadig och bredspårig. Patienten själv har svårt att lämna anamnes. Kraft, sensibilitet och koordination är väsentligen normalt liksom reflexerna.

Fristående fråga 10 (1p) Vilken av nedanstående demensdiagnoser talar symtomen för?

- A Alzheimers sjukdom
- B Demens pga normaltryckshydrocephalus
- C Frontallobsdemens
- D Parkinsons sjukdom med demens
- E Lewy body-sjukdom

Fristående fråga 9 (1p) Vad gör du?

- A Blås av "Rädda hjäman", trombolys kontraindicerat
- B Kontakta regionstrokejour för att diskutera trombektomi
- C Ge intravenös trombolys utan fördröjning
- D Ge halverad dos intravenös trombolys omgående
- E Lägg till ASA och Clopidogrel

- A Alzheimers sjukdom
- B Demens pga normaltryckshydrocephalus
- C Frontallobsdemens
- D Parkinsons sjukdom med demens
- E Lewy body-sjukdom

Fristående fråga 1 (82p kvar)

Fristående fråga 1 (1p) Lena förstår inte att hon har kunnat utveckla ett beroende eftersom hon "enbart dricker folköl". Hur många centiliter starksprit (alkohol i ölen omräknat till 40% sprit) innehåller 1 burk (50 cl) folköl (3.5%) ?

- A 1,5 cl starksprit
- B 3 cl starksprit
- C 4,5 cl starksprit
- D 6 cl starksprit
- E 7,5 cl starksprit

Fristående fråga 1 (82p kvar)

Fristående fråga 1 (1p) Lena förstår inte att hon har kunnat utveckla ett beroende eftersom hon "enbart dricker folköl". Hur många centiliter starksprit (alkohol i ölen omräknat till 40% sprit) innehåller 1 burk (50 cl) folköl (3.5%) ?

A 1,5 cl starksprit

B 3 cl starksprit

C 4,5 cl starksprit

D 6 cl starksprit

E 7,5 cl starksprit

Fristående fråga 2 (81p kvar)

Fristående fråga 2 (1p) Efter akut behandling med Haldol utvecklar en patient akatisi. Vad beror detta på?

- A Överstimulering av default network
- B Dopaminblockad i tuberoinfundibulära banorna
- C Dopaminblockad i nigrostriatala banor
- D Dopaminblockad i mesolimbiska banor
- E Serotonerg överfunktion och dopaminerg underfunktion i mesolimbiska banor

Fristående fråga 2 (81p kvar)

Fristående fråga 2 (1p) Efter akut behandling med Haldol utvecklar en patient akatisi. Vad beror detta på?

- A Överstimulering av default network
- B Dopaminblockad i tuberoinfundibulära banorna
- C Dopaminblockad i nigrostriatala banor**
- D Dopaminblockad i mesolimbiska banor
- E Serotonerg överfunktion och dopaminerg underfunktion i mesolimbiska banor

Fristående fråga 1 (3p kvar)

Psykiatrisk differentialdiagnostik kan vara svår. Vilken diagnos är mest rimlig vid följande problematik: Person med besvär av koncentrationsstörning, impulsivitet, startar ofta nya projekt, svårigheter att avsluta vad som påbörjats, upplevs ibland som väldigt aktiv medan periodvis mer uppgiven, problem är tydliga i perioder men periodvis verkar problematiken inte finnas, och problemet har funnits hela livet.

Fristående fråga 1 (1p) Vilken diagnos är mest sannolik enligt beskrivningen ovan?

- A Emotionellt instabil personlighetsstörning
- B Personlighetsstörning borderline
- C ADHD
- D Bipolärt affektivt syndrom typ 1
- E Recidiverande mani

Fristående fråga 1 (3p kvar)

Psykiatrisk differentialdiagnostik kan vara svår. Vilken diagnos är mest rimlig vid följande problematik: Person med besvär av koncentrationsstörning, impulsivitet, startar ofta nya projekt, svårigheter att avsluta vad som påbörjats, upplevs ibland som väldigt aktiv medan periodvis mer uppgiven, problem är tydliga i perioder men periodvis verkar problematiken inte finnas, och problemet har funnits hela livet.

Fristående fråga 1 (1p) Vilken diagnos är mest sannolik enligt beskrivningen ovan?

- A Emotionellt instabil personlighetsstörning
- B Personlighetsstörning borderline
- C ADHD**
- D Bipolärt affektivt syndrom typ 1
- E Recidiverande mani

Sektion 37

Fristående fråga 2 (2p kvar)

En man med schizofreni medicinerar med antipsykotiskt Risperidon och har nu upptäckt laktation från bröstet bilateralt.

Fristående fråga 2 (1p) Vilken är den mest sannolika orsaken till hans besvär?

- A Hypofysadenom
- B Bröstcancer
- C Dopaminblockad i hjärnans tuberoinfundibulära bana
- D Dopaminblockad i hjärnans nigrostriatala bana
- E En känd men ovanlig biverkan av bindemedlet i Risperidon

Sektion 38

Fristående fråga 3 (1p kvar)

Fristående fråga 3 (1p) Vid missbruk av opioider kan epileptisk kramp utlösas. När är risken som störst?

- A Vid intag av hög dos
- B Efter tre timmars abstinens
- C Efter 2 dagars abstinens
- D Efter en veckas abstinens
- E Det förekommer inte kramper vid opiatmissbruk

Sektion 37

Fristående fråga 2 (2p kvar)

En man med schizofreni medicinerar med antipsykotiskt Risperidon och har nu upptäckt laktation från bröstet bilateralt.

Fristående fråga 2 (1p) Vilken är den mest sannolika orsaken till hans besvär?

- A Hypofysadenom
- B Bröstcancer
- C Dopaminblockad i hjärnans tuberoinfundibulära bana**
- D Dopaminblockad i hjärnans nigrostriatala bana
- E En känd men ovanlig biverkan av bindemedlet i Risperidon

Sektion 38

Fristående fråga 3 (1p kvar)

Fristående fråga 3 (1p) Vid missbruk av opioider kan epileptisk kramp utlösas. När är risken som störst?

- A Vid intag av hög dos**
- B Efter tre timmars abstinens
- C Efter 2 dagars abstinens
- D Efter en veckas abstinens
- E Det förekommer inte kramper vid opiatmissbruk

Fristående fråga 1 (23p kvar)

Du är legitimerad läkare och är på en psykiatrisk avdelning. En patient har inkommit med vårdintyg och är kvarhållen men inte intagen. Patienten blir plötsligt våldsam och läggs i bälte akut. Patienten behöver troligen akutmedicinering. Det mest lämpliga är att kontakta chefsöverläkare eller annan läkare (helst specialist i psykiatri). Om ingen annan läkare kontaktas, vad av nedanstående påståenden är korrekt?

Fristående fråga 1 (1p)

- A Släppa upp patienten inom 10 minuter eGersom det var en akut bältesläggning. Under de 10 tillåtna minuterna skall vårdmiljön anpassas eGer den nya situationen (mer personal hinner anlända till avdelningen och farlig inredning avlägsnas, tex vaser som kan kastas).
- B Du kan ordinera tvångsmedicinering med injektion Haldol intramuskulärt.
- C Anmälan till socialstyrelsen måste göras eGersom bältesläggning skett före intagningsbeslut.
- D Patienten måste släppas upp ur bältet omedelbart eGersom ingen bältesläggning får ske före intagningsbeslut.
- E Bältesläggningen får fortgå enligt din ordination som längst tills intagningsbeslut är fattat (det kan ta upp till 24 timmar).

Fristående fråga 2 (22p kvar)

Alva söker psykiatriska akuten. Hon har tills för två veckor sedan varit helt frisk och har aldrig använt droger eller alkohol. För två veckor sedan akut påkommen ångest, hjärklappning, muntorrhet, svettningar, illamående och yrsel. Besvären blev maximala efter fem minuter och hade klingat av efter 30 minuter. När besvären klingat av tänkte hon inte mer på dem. Fick idag en liknande episod och är nu orolig att hon är sjuk.

Fristående fråga 2 (1p) Vilken diagnos är mest rimlig?

- A Panikångestyndrom
- B Generaliserat ångestsyndrom
- C Tidigt tecken till depression
- D Panikattack
- E Sick Sinus Syndrom med psykogen pålagring

Sektion 31

Fristående fråga 1 (23p kvar)

Du är legitimerad läkare och är på en psykiatrisk avdelning. En patient har inkommit med vårdintyg och är kvarhållen men inte intagen. Patienten blir plötsligt våldsamt och läggs i bälte akut. Patienten behöver troligen akutmedicinering. Det mest lämpliga är att kontakta chefsöverläkare eller annan läkare (helst specialist i psykiatri). Om ingen annan läkare kontaktas, vad av nedanstående påståenden är korrekt?

Fristående fråga 1 (1p)

- A Släppa upp patienten inom 10 minuter eftersom det var en akut bältesläggning. Under de 10 tillåtna minuterna skall vårdmiljön anpassas eftersom den nya situationen (mer personal hinner anlända till avdelningen och farlig inredning avlägsnas, tex vaser som kan kastas).
- B **Du kan ordinera tvångsmedicinering med injektion Haldol intramuskulärt.**
- C Anmälan till socialstyrelsen måste göras eftersom bältesläggning skett före intagningsbeslut.
- D Patienten måste släppas upp ur bältet omedelbart eftersom ingen bältesläggning får ske före intagningsbeslut.
- E Bältesläggningen får fortgå enligt din ordination som längst tills intagningsbeslut är fattat (det kan ta upp till 24 timmar).

Sektion 32

Fristående fråga 2 (22p kvar)

Alva söker psykiatriska akuten. Hon har tills för två veckor sedan varit helt frisk och har aldrig använt droger eller alkohol. För två veckor sedan akut påkommen ångest, hjärklappning, muntorrhet, svettningar, illamående och yrsel. Besvären blev maximala efter fem minuter och hade klingat av efter 30 minuter. När besvären klingat av tänkte hon inte mer på dem. Fick idag en liknande episod och är nu orolig att hon är sjuk.

Fristående fråga 2 (1p) Vilken diagnos är mest rimlig?

- A Panikångestsyndrom
- B Generaliserat ångestsyndrom
- C Tidigt tecken till depression
- D **Panikattack**
- E Sick Sinus Syndrom med psykogen pålagring

Fristående fråga 3 (21p kvar)

I diagnostiken av personlighetssyndrom går det att urskilja olika teoribildningar.

Fristående fråga 3 (1p) Vilken teoribildning går att urskilja vid personlighetsyndrom schizotyp form?

- A Psykodynamisk teoribildning
- B Genetisk/biologisk modell
- C Sociologisk modell
- D Traft-teorin
- E Ingen av ovanstående

Fristående fråga 4 (20p kvar)

Fristående fråga 4 (1p) Vem av dessa får inte skriva vårdintyg?

- A Läkare som inte är legitimerad men har gjort färdig AT och väntar nu på att få legitimationen. Läkaren har stöd avbäckjournen (specialist i psykiatri) i telefon som ordinerar att vårdintyget skall skrivas
- B Legitimerade läkare som är arbetslösa
- C Legitimerade läkare som arbetar inom specialiteter som inte har primär kontakt med levande patienter (patologi, laboratoriemedicin)
- D Pensionerad ortoped
- E Legitimerad läkare med grav synnedsättning som gör att bedömning av ansiktsmimik, utseende med mera inte kan bedömas

Fristående fråga 3 (21p kvar)

I diagnostiken av personlighetssyndrom går det att urskilja olika teoribildningar.

Fristående fråga 3 (1p) Vilken teoribildning går att urskilja vid personlighetsyndrom schizotyp form?

- A Psykodynamisk teoribildning
- B **Genetisk/biologisk modell**
- C Sociologisk modell
- D Traft-teorin
- E Ingen av ovanstående

Fristående fråga 4 (20p kvar)

Fristående fråga 4 (1p) Vem av dessa får inte skriva vårdintyg?

- A **Läkare som inte är legitimerad men har gjort färdig AT och väntar nu på att få legitimationen. Läkaren har stöd av bakjouren (specialist i psykiatri) i telefon som ordinerar att vårdintyget skall skrivas**
- B Legitimerade läkare som är arbetslösa
- C Legitimerade läkare som arbetar inom specialiteter som inte har primär kontakt med levande patienter (patologi, laboratoriemedicin)
- D Pensionerad ortoped
- E Legitimerad läkare med grav synnedsättning som gör att bedömning av ansiktsmimik, utseende med mera inte kan bedömas