



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTET

Ordinær eksamen, MEDSEM8R, grunnstudiet i medisin – høsten 2013

Fredag 10. januar 2014, kl. 9.00-14.00

Oppgavesettet består av 6 sider

Viktige opplysninger:

Hjelpemidler: kalkulator av typen Citizen SR-270X

Oppgave 1

Hjørdis (53) er født på Vestlandet og vokste opp sammen med 3 yngre søstre. Faren døde for 20 år siden, og forholdet til ham var godt og ukomplisert. Moren er 83 år. Moren var på 1950-tallet innlagt på psykiatrisk klinikk for nerveproblemer. Moren er krevende, og fra Hjørdis var liten har hun tatt ansvar for moren og hennes problemer. Hjørdis er sosialsjef i en liten kommune på Sørlandet. Hun arbeider mye, og har lite sosialt nettverk utenom familien. Hun giftet seg 25 år gammel og fikk 2 barn, men skilte seg etter noen år på grunn av mannens uforutsigbare raserianfall. Hun har hypothyreose og bruker tyroksin, ellers er hun kroppslig frisk.

Hun fikk første gang angstplager i tiden rundt skilsmissen. Hun fikk angstanfall og sterkt begrenset aksjonsradius. Etter en kortvarig innleggelse på et psykiatrisk sykehus, kom hun gradvis tilbake i normal funksjon. Hun har siden brukt antidepressive medikamenter fast, av og til bruker hun Rivotril 0.5 mg for å få sove.

Angsten kom tilbake i fjor etter en periode hvor hun pga. morens sykdom hadde tett kontakt med henne. Hver gang hun var sammen med moren fikk hun anfall med hjertebank, rask puls, svetting og svimmelhet. Hun var redd for å bli sinnssyk, og måtte flere ganger reise fra moren i all hast. Etter hvert ble angsten mer kronisk, og hun ble trett og sliten. Hun ble ute av stand til å arbeide og ble sykmeldt. Etter hvert fikk hun vansker med å gå ut av huset, og hun kunne bare gå i butikken på tidspunkter da det var lite folk der. Frykten for å bli sinnssyk og svimmelheten var det som plaget henne mest. Etter å ha vært sykmeldt i over et år ble hun henvist til psykiatrisk poliklinikk.

1. Hva er mest sannsynlige diagnose (r)?
2. Hvilke differensialdiagnose (r) er mest aktuelle?
3. Hvordan kan vi ut fra den biopsykososiale sykdomsmodellen forstå at hun ble syk?
4. Hvilke faktorer bidrar til å vedlikeholde hennes plager?

5. Hvordan vil du legge opp et behandlingsopplegg for henne? Skisser kort.
6. Er det aktuelt å bruke medikamenter, i så fall hvilken type?

Oppgave 2

Per (19 år) er nettopp ferdig med videregående skole. Før han tok avsluttende eksamen hadde han følt seg utenfor og sliten. Han har planlagt å studere realfag fra høsten av, men tar nå kontakt med deg som er fastlege fordi han føler seg rar. Når du spør mer inngående forteller Per at han er blitt redd for å gå ut. Han er redd politiet skal arrestere ham. Han klarer heller ikke kjøre bil lenger fordi han er redd politiet skal ta ham. Han forteller videre at han kan se «ting» når han er på rommet sitt alene. Dette gjelder spesielt når han er skal legge seg om kvelden. Han hører ikke stemmer.

1. Beskriv de vanligste symptomene personer har før (prodromalfasen) den psykotiske lidelsen manifesterer seg.
2. Hva er definisjonen på en vrangforestilling?
3. Hva er de vanligste komorbide tilstandene ved schizofreni?
4. Kognitiv atferdsterapi er en psykososial behandlingsform som har effekt på psykosesymptomer. Beskriv kort hovedtrekkene ved denne behandlingen.

Oppgave 3

Camilla (14 år) kommer til deg på fastlegekontoret sammen med foreldrene sine. Camilla har siste halvår har vært plaget av ulike fysiske symptomer som kvalme, hodepine, mage-, nakke- og ryggmerter. Periodevis, og spesielt ved større oppgaver som høytlesning fremfor klassen, prøver på skolen og håndballkamper, har hun også hatt kraftig hjertebank, ”sus i hodet” og svetting. Mor beskriver Camilla som en meget veltilpasset, aktiv og flink skolejente. Hun er enebarn. Begge foreldre er forretningsadvokater.

1. Nevn hovedgrupper av stress-/traumerelaterte psykosomatiske tilstander hos barn og unge.
2. Hvordan defineres og kjennetegnes stress- og traumerelaterte psykosomatiske tilstander hos barn og unge?

Foreldrene har siste måned blitt urolig for at det kan være noe alvorlig fysisk galt med Camilla, for eksempel hjernesvulst. Frykten ble ekstra aktivert da hun nylig hadde et anfall med kraftige rykninger i hele kroppen. Hun var fjern, men kontaktbar.

På nærmere spørsmål får du vite at Camilla tidligere er utredet for ADHD og forbigående nedsatt muskelkraft i høyre ben. Begge tilstandene ble avkrefte av spesialist.

Foreldrene uttrykker behov for å snakke med deg alene, og du sender Camilla ut mot slutten timen. Foreldrene forteller da at de for tiden står i en truende skilsmisssituasjon, men at

Camilla ikke har merket noe til det. De forteller videre at familien nylig har flyttet, og at Camilla da mistet kontakten med sin nærmeste venninne.

3. Hvilke(n) tilstand(er) kan best forklare hennes somatiske symptomer uten tilstrekkelig organiske funn?
4. Du henviser Camilla til spesialisthelsetjenesten for videre utredning. Nevn kort hovedtrekk i en slik utredning og foreslå sentrale behandlingstiltak.

Oppgave 4

Anja (24 år) kommer til deg på ditt fastlegekontor som ligger i en liten by 45 minutters busstur fra Oslo. Anja har en historie med bruk av ulike rusmiddel, mest cannabis og alkohol, i ungdommen, men hun har de siste 4-5 årene brukt heroin nesten daglig. Hun har en samboer som også bruker heroin. Ingen av dem har fast jobb. Anja opplyser at livet i perioder er kaotisk, og at hun tar medikamenter som Valium om hun får tak i det. I perioder drikker hun en del alkohol for å «roe nervene».

Hun forteller i dag følgende historie: Den siste tiden har hun hatt tiltagende ømhet i begge brystene, og hun har ikke hatt menstruasjon siste 2-3 måneder. Hun lurer på om hun kan være gravid. Anja sier hun ikke vet om hun kan klare å slutte på heroin, selv om hun skulle være gravid. Samboeren har sagt til henne at de skal klare å ta vare på barnet sammen.

Du tar en graviditetstest på legekontoret og den viser graviditet. Anja spør deg om råd.

- a) Hvilke diagnoser passer for Anja?
- b) Gjør kort rede for 3 komorbide tilstander /problemstillinger det er aktuelt å utrede henne for.
- c) Beskriv 2 viktigste bekymringer du som lege har for Anja og hennes graviditet. Hvilke råd vil du gi henne? Forklar kort.
- d) Hvilke behandlingsalternativer foreligger for Anja? Forklar kort.

Oppgave 5

1. Under en kataraktoperasjon oppstår det en komplikasjon og den intraokulære linsen må legges i forkammeret i stedet for i linsekapselen (styrke på kunstig linse endres ikke).

- A. Medfører dette til en refraksjonsendring og i så fall hvilken? Forklar kort gjerne med en liten tegning.
2. Du har vakt på legevakta. En 57 år gammel mann kommer til deg, han har klippet gresset og er blitt truffet av en stein mot høyre øye. Øyet er rødt og pas sier han ikke ser på øyet.
- A. Forklar hvordan du vil gå frem med visustesting
- B. Hvilken billeddiagnostiske undersøkelser kan være aktuelt?
- C. Du finner visus håndbevegelser ad oculum. Nevn 2 mulige årsaker til at pasienten ser dårlig og videre utredning/behandling i hvert av disse tilfellene.
3. En mor kommer med sin 7 mnd. gamle sønn på helsestasjon. Hun forteller at gutten ofte har sekresjon fra det høyre øyet og har hatt det helt siden fødselen, og at dette blir mer uttalt når han er ute. Han har oftere hvitlig sekresjon i høyre øyekrok enn i venstre.
- A. Mor insisterer på at gutten må henvises til øyelege. Hva tror du er sannsynlig diagnose og evt. tiltak hos øyelege ?
4. Du er fastlege. en 63 år gammel mann med mangeårig diabetes forteller deg at han merker at synet er forandret på høyre øye. Han har ikke merket noe ubehag fra øyet. Nevn minst 2 mulige årsaker i hvert av følgende tilfeller.
- A. synet har endret seg gradvis ilt det siste året
- B. Synet ble akutt dårligere i løpet av natten.
5. 4 år gammel gutt tilsees på helsestasjonen ved 4 årskontroll. Mor forteller at hun er operert for skjeling i barndommen og bruker briller fortsatt. I løpet av de siste par måneder har hun merket at gutten har begynt å skjele på ettermiddag/kveld, høyre øye skjeler utover.
- A. Hva kalles denne typen skjeling?
- B. Ved syns u.s. finner du korrigert visus 0,6/1,0-, ellers normal undersøkelse. Hva er sannsynlig årsak til dette funnet?
6. Forklar følgende begreper:

- A. anisometri
- B. amblyopi
- C. astenopi

7. En 27 år gammel mann som er kontaktlinsebruker henvender seg på legevakten. Han har de siste tre dager merket ruskfølelse, sårhet og tåreflod fra sitt høyre øye. Det har ikke vært bedring etter at han fjernet kontaktlinsen for to dager siden. Det venstre øyet har vært blekt og uten symptomer. Ved undersøkelse finner du et blandingsinjisert øye og et lite hvitlig parti sentralt med opptak av fluorescein på cornea på ca. 2mm i diameter.

- A. Hva er viktig å mistenke/utelukke ved slike funn?
- B. Hva er sannsynlig utredning/behandling?

8. En ung mann kommer i ambulanse til deg som nå er blitt turnuslege på kirurgisk avdeling og har din første nattevakt. Under en slåsskamp for ca en time siden fikk han et knyttneveslag mot venstre ansikt/ øyeregion. Han falt bakover, men slo ikke hodet. Han mistet ikke bevisstheten og har ingen amnesi. Ved undersøkelse er han klar og orientert. Ingen hodepine, svimmelhet eller kvalme. Ved undersøkelse av øyebevegelse finner du at han angir dobbeltsyn som forverres når han ser oppover. Det er kraftig hevelse på øvre og nedre øyelokk. Selve øyet er imidlertid blekt. Ved visustesting finner du at han ser normalt på begge øyne. Upåfallende synsfelt ad modum Donders.

- A. Hvilken diagnose er det viktig å utelukke?
- B. Hva er sannsynlig behandling for denne tilstanden?

9. Erna er 78 år. Hun bor på privat sykehjem hvor du er tilsynslege. Hun er katarakterert bilateralt for 10 år siden, og har sett godt og klart å løse kryssord inntil for 3 mnd siden. Hun har fått påvist forkalkninger på netthinnen tidligere, men de siste 3 mnd er synet blitt betraktelig dårligere. Hun forteller også at rette linjer fremstår som buede når hun ser på vinduskarmen.

- A. Sannsynlig diagnose og funn ved øyebunnsundersøkelse ?
- B. Sannsynlig behandling hos øyelege, og evt. må denne behandlingen gjentas?

10. Beskriv kort hvordan man utfører uncover test og hvilke type skjeling denne testen kan avdekke?

11.

- A. Nevn 3 vanlige funn ved øyeundersøkelse av pasienter med åpenvinklet glaukom i tillegg til åpen kammervinkel?
- B. Hva er pseudoexfoliasjonsglaukom?
- C. Nevn 2 symptomer og 3 funn på akutt trangvinkelmekanisme (akutt glaukom)?

12.

Beskriv kort følgende øyefunn og nevnt 1 diagnose hvor disse øyefunnene kan opptre:

- a) harde eksudater
- b) druser
- c) irisrubeose

13. Per Hagen vil bli politi. Han er myop -7 og for å slippe briller har fikk han utført for 3 dager siden Refractive Lens Extraction (RLE), hvor man gjør en katarakt operasjon og fjerner den gamle linsen for å så sette inn en ny kunstig linse. De siste 8 timene har han fått økende lysskyhet og smerter i øyet og føler at synet har blitt mer tåkete. Han kommer til deg på Legevakta.

- a. Hvilken diagnose er viktig å utelukke?
- b. Hva gjør du?

14. Jørgen er 20 år og har i noen dager hatt plager med lysskyhet på sitt høyre øye. Du undersøker han med oftalmoskopet og finner at det høyre øyet er rødt. Pupillen er liten. For noen år tilbake fikk han diagnosen Bekhterevs sykdom. Han forteller at han også tidligere har hatt tilsvarende episoder som nå.

- a. Sannsynlig diagnose?
- b. Behandling?

15. Hvor kan man ringe om råd hvis man har en pasient med etseskade på legekantoret?

Det medisinske fakultet, Oslo, 6. januar 2014

Signatur leder av eksamenskommisjon

Ordinær eksamen, høst 2013

Sensorveiledning oppgave 1.

1. Panikklidelse/agorafobi. Depressiv episode
2. Sosial fobi, andre angstlidelser
3. Årsaksfaktorer: Arvelighet – barndom – belastende livshendelse (skilsmisse) – lite sosialt nettverk
4. Unngåelsesatferd og katastrofetanker (redsel for å bli sinnsyk)
5. Eksponeringsbehandling og/eller testing av katastrofetanken (hypotesetesting)
6. Antidepressiva / SSRI-preparater

Sensorveiledning oppgave 2.

1. Symptomer i prodromalfasen: I starten er det ofte uspesifikke symptomer på angst og depresjon. Flere kan fortelle at de mistet motivasjonen samt hadde konsentrasjonsvansker. Noen kan bli ensidig opptatt av enkelte ideer til utelukkelse for andre interesser. Nærmere psykosestart kan det ofte bli mer magisk tenkning, derealisasjonsopplevelser og depersonalisasjonsopplevelser.
2. En vrangforestilling er antagelser som er feilaktige og fastholdes på tross av informasjon om manglende riktighet.
3. De vanligste komorbide tilstandene ved schizofreni er depresjonslidelser, angstlidelser og rusmisbruk.
4. Kognitiv atferdsterapi er en strukturert behandlingsform som forutsetter samarbeid og aktiv deltakelse fra både pasient og behandler. For hver terapitime lages en plan som pasienten og behandleren blir enige om. Grunntanken i kognitiv atferdsterapi er at følelser og atferd henger sammen med hvordan vi strukturerer vår verden ved hjelp av tenkning. Det er en målrettet, tidsbegrenset og problemorientert terapiform. Terapiformen bruker en rekke teknikker for å endre tenkning stemningsleie og atferd (f.eks. veiledet oppdagelse, ABC-modellen, alternative tolkningsmuligheter, beviser for og i mot en antagelse, hjemmeoppgaver)

Sensorveiledning oppgave 3.

1. Somatoforme tilstander; Dissosiative (konversjons-) tilstander. Studentene kan i tillegg nevne Mistrivselssyndromet; NOFT; Ikke organisk enurese ; Ikke organisk enkoprese; Nevrasteni.
2. Somatiske symptomer uten tilstrekkelig organiske funn; dvs som ikke tilstrekkelig kan forklares anatomisk/fysiologisk ut fra dagens undersøkelsesmetodikk.

Somatiske følgetilstander av å reagere fysisk på en psykologisk stressende situasjon, belastning, livshendelse, traume, katastrofe. Sosial læring, somatisering og dissosiasjon/ konversjon ("avspalting") som mekanisme. Felles trekk er en situasjon (over tid) med psykologisk påkjenning/stress/traume som truer barnets behov for oversikt, forutsigbarhet, kontroll. Denne påkjenning/stress/traume har overskredet barnets kapasitet til å skape mening og sammenheng; stresset blir uoverkommelig, uløselig. Vi får symptomatologi forenlig med somatisering, konversjon, dissosiasjon. Resultatet blir en kroppslig uttrykksform; "kroppens språk" når verbalt språk for følelser og belastninger mangler. Behandling blir å "oversette/ sette ord" på de kroppslige reaksjonene.

3. Vedr. kvalme, magesmerter, hodepine, nakke- og ryggmerter, kraftig hjertebank, "sus i hodet", svetting: Somatoform tilstand; ((Udifferensiert somatoform lidelse, Somatoform autonom dysfunksjon)
Vedr. krampeanfall med risting/rykninger i hele kroppen, fjernhet, kontaktbar samt tidl. forbigående nedsatt muskelkraft i høyre underekstremitet: Dissosiativ (konversjons-) tilstand; ((Dissosiativ krampetilstand; pseudoepilepsi, PNES).
4. Det forventes ikke at studentene nevner alle punkter under, men bør understreke helhetlig tilnærming med en grundig både somatisk og barnepsykiatrisk utredning.
 - a) Utredningen må baseres på en helhetlig, multifaktoriell sykdomsforståelse (biopsykososial) med et tett samarbeid mellom somatikk; her pediatri/barnenevrologi, og barne- og ungdomspsykiatripsykiatri:
 - Respekt/varhet for det somatiske (konversjons-) symptomet
 - Avklare grad av somatisk lidelse vs. psykososial belastning
 - Sikre/henvis til grundig somatisk/nevrologisk utredning; obs diff.diagnose
 - Sikre/henvis til grundig barne- og ungdomspsykiatrisk utredning:
 - Familie;
 - Inntakssamtale; utviklingshistorie, stressorer, life-events, traumer
 - Genogram; relasjoner, tidsakse; life-events
 - Individuell;
 - Screening instrument; (Aseba/SDQ)
 - Diagnostisk intervju; (Kiddie-SADS, CAS)
 - Nevropsykologisk vurdering
 - Spesialpedagogisk vurdering
 - Diff.diagnostisk utredning
 - b) Behandling; hovedprinsipp:
 - En gradvis introduksjon av psykososial forståelse hvor kroppen står i fokus; samtale om kroppens reaksjoner på psykisk/fysisk stress og hvordan dette kan sette seg i kroppen.
 - La det somatiske symptom slippe gradvis i somatisk sammenheng (fysioterapi); "ikke tape ansikt".
 - Flytte oppmerksomheten fra det fysiske til det psykiske i barnets og familiens tempo. Sammenfatning; ta tilbake kontroll og mestring gjennom individual- og familierapi:
 - Individualterapi; CBT, kognitiv restrukturering, symptomkontroll; feks v/ affektregulering, hypnoterapi, og gradvis tilnærming til stressor/traumet med vekt på

egostøtte, mestring, kontroll. Behandle andre barnepsykiatriske symptomer (obs angst/depresjon).

- Familieterapi; endre samspill/kommunikasjon;
- Evt medikamentell behandling; dempe arousal (SSRI; start med lav dose)
- Spesialpedagogisk/skolemessig tilrettelegging
 - gradvis tilbake; støtteundervisning og opptrappende timetall
- Fysioterapi
 - gradvis mobilisering/trening

Sensorveiledning oppgave 4

a) Relevante diagnoser er:

Avhengighetssyndrom til opioider (heroin)

Skadelig bruk av multiple rusmiddel

Bekreftet svangerskap

Veiledning av høy-risikosvangerskap

b) Det er flere ulike, både somatiske, psykiatriske og sosiale tilstander, som man bør være oppmerksom på og utrede hos en kvinne med denne type historie;

Det er viktig å få gjort en god rusmiddelkartlegging, med anamnese som dekker alle ulike rusmiddel, inklusive legemiddel.

Skadelig alkoholbruk er en mulig tilleggstilstand hos kvinnen; avklar. Undersøk uansett hennes kunnskap om og holdninger til alkohol, nå som hun er kjent med at hun er gravid.

Hun kan ha flere psykiatriske komorbide diagnoser som er hyppig forekommende hos rusmiddelavhengige personer, f.eks depresjon og angstlidelse. Hun oppgir at hun til tider har behov for «å roe nervene» så det kan være en angst/depresjonslidelse, men det kan også være noe hun opplever pga abstinens fra opioidbruk. Utrede for depresjonstilstand.

Infeksjonsstatus mht Hepatitt C og (B) evt HIV, men også mer «ordinære seksuelt overførbare sykdommer» er relevant å utrede for hos denne kvinnen, slik man vil gjøre ved de fleste graviditeter. Informer kvinnen om risiko for smitte ved ubeskyttet sex og ved injeksjon.

En utredning mht ernæringsstatus er også viktig hos en kvinne som er heroinavhengig, ofte har de et kosthold med lite næringsstoffer og en blodprøve for status på mineraler, vitaminer, og Hb status etc er relevant.

Det er også relevant å utrede kvinnenes sosiale situasjon og nettverk videre. En del kvinner som er heroinavhengige finansierer sitt heroinforbruk gjennom prostitusjon. Dett er en ekstra risikofaktor, mht smitterisiko med mer. Noen personer i Anjas situasjon har et godt og støttende rusfritt sosial nettverk, andre har det ikke. Dette er tema som må utforskes hos en pasient som dette, gjerne i samarbeid med sosialtjenesten i kommunen. Utredning av kvinnens familienettverk, f.eks hennes foreldre og om de kan være en positiv ressurs fremover er relevant.

- c) Ved en bekreftende graviditetstest er det naturlig å ha en nøytral avventende holdning, inntil man får avklart kvinnens egen respons på budskapet om graviditet. Dersom det er glede hos kvinnen er den naturlige responsen fra legen på dette å si «Gratulerer» til kvinnen. Deretter lytter man til kvinnen hva som er hennes tanker, planer og evt bekymringer. Råd kommer som en følge av uttrykt ønske om råd og evt knyttet til hennes konkrete bekymringer. Som leger og fagpersoner skal vi også signalisere at vi vil være til støtte for henne i prosessen videre og informere om hvordan vi kan bistå.

Relevante bekymringer du har som lege for denne kvinnen kan være:

Anja er høyst sannsynlig avhengig av opioider; heroin, men kan også ha et skadelig forbruk av flere andre rusmiddel. For et foster er det antagelig toksikologisk mest skadelig med inntak av større mengder alkohol i første trimester av svangerskapet (Anja oppgir at hun bruker alkohol) dette er det viktig å informere om og å gi råd om å stoppe inntak av alkohol. Større alkoholinntak hos kvinner som er gravide, kan føre til Føtalt alkohol syndrom (FAS) hos barnet.

Personer som bruker heroin, utsetter seg ofte for smitterisiko av blodbårne sykdommer, som Hepatitt og HIV, gjennom injisering. Denne smitterisikoen utsettes også fosteret for. Dette må man veilede Anja omkring, og også gjennomføre testing av infeksjonsstatus.

Det er relevant å bekymre seg for denne kvinnen og hennes samboers evne til å skape et trygt og godt oppvekstmiljø for et barn. De to blivende foreldrene virker begge å være rusmiddelavhengige/skadelig bruk, og selv om de har ønsker om å skulle «klare dette sammen» er det en reel grunn til å bekymre seg for at dette vil vise seg å bli vanskelig, i en krevende sosial situasjon preget av avhengighet. Det betyr at dette er et par som trenger ekstra støtte, oppfølging, og veiledning gjennom svangerskapet. Tilbud og informasjon om rusbehandling er relevant. Man bør som fastlege oppfordre kvinnen til samarbeid med Barnevern, Helsestasjon og sosialtjeneste igjennom svangerskapet. Dette vil kunne øke sjansen for at hun senere vil kunne beholde omsorgen for barnet. Det kan være aktuelt å tilby pasienten en parsamtale, sammen med samboeren, slik at begge foreldre blir involvert og for å sikre at informasjonen som blir gitt f.eks om avhold fra alkohol også er oppfattet av samboeren.

Dette er en oppgave som berører flere moralske og etiske aspekter og dilemma. Som leger er det viktig at vi i situasjoner som beskrevet i denne kasuistikken lar kvinnens valg og behov styre, og ikke lar være egne holdninger i for stor grad styre våre valg og tilnærming til behandling. Barnets liv og helse er også viktig og vår behandling av kvinnen skal også i størst mulig grad ivareta barnets interesser.

d) Behandlingsalternativer:

Dette er en kvinne som nok vil være i behov av videre behandling og oppfølging i spesialisthelsetjenesten; Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Hovedregel skal være at frivillig behandling forsøkes først.

Avgiftningsbehandling med veiledet nedtrapping av rusmiddel og på døgninstitusjon er relevant for en kvinne som bruker flere ulike rusmiddel, slik som Anja. Deretter må videre behandling for resten av graviditeten og videre planlegges, de to hovedalternativene er LAR eller medikamentfri behandling.

Opioid avhengighet behandles normalt ved opioid vedlikeholdsbehandling; Legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Hos kvinner som ikke har begynt slik behandling men som blir gravide, anbefales oppstart av Subutex (buprenorfin) eller Metadon. Buprenorfin monopreparat er førstevalg hos gravide, ettersom det ikke er godkjent indikasjon for Suboxone, kombinasjon av buprenorfin og naloksone, for gravide. Et barn som fødes av en kvinne som er i LAR, vil ofte få abstinenser etter fødsel (neonatalt abstinens syndrom NAS). Dette kan behandles med nedtrapping på morfin over noen uker hos den nyfødte. Dette er en situasjon som både helsepersonell men også kvinnen på LAR-behandling synes er ubehagelig; å se et nyfødt barn med abstinenser. LAR-behandling av mor er vurdert som en mindre risiko også for barnet enn at barnet gjennom svangerskapet skal utsettes for multiple abstinens- og rus-episoder in-utero, som er et reelt alternativ og en risiko dersom mor ikke er i behandling.

Medikamentfri behandling på institusjon er et alternativ til LAR for gravide, men det skal vurderes mht risiko for tilbakefall og «kaotisk rusing». Generelt er det ansett som større risiko for et foster med ukontrollert og varierende rus og fare knyttet til ikke-fatal overdose hos mor, enn å være på stabil LAR-behandling.

Helse og omsorgstjenesteloven gir anledning til å legge gravide inn uten kvinnens samtykke, for hele graviditetens varighet. Kvinnen kan tilbys LAR også i forbindelse med et tvangsbehandlingsopphold.

§ 10-3. Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige

Dersom kvinnen selv ønsker selvbestemt abort, skal hun henvises til dette. Dersom Anja ønsker og velger abort, er det fortsatt like aktuelt å tilby bistand videre med behandling og videre

oppfølging av hennes ruslidelse. Det vil også være riktig å gi prevensjonsveiledning for fremtiden.

Ordinær eksamen – sensorveiledning

1. A. Myopi. Kunstig linse bryter lyset tidligere i optisk akse (i forkammeret i stedet for i linseplanet) og derfor vil lyset konvertere mot et punkt foran netthinneplanet.
2. A. Først forsøke visustavle, deretter Fingertelling ulik avstand, håndbevegelser ad oculum og til sist lyssans, først ukorrigert og deretter korrigert. B. CT orbita for å se etter fremmedlegeme. C. Corpusblødning: øhjelp til øyeavdelingen, full undersøkelse med Ultralyd, avvente spontan bedring evt operasjon (vitrektomi). Perforasjonsskade: øhjelp til øyeavdelingen, operasjon med suturering, antibiotika systemisk. Netthinneløsning: øhjelp til øyeavdeling, full undersøkelse og operasjon (vitrektomi eller plombe/cerclage).
3. Kongenital tåreveisobstruksjon. Sannsynlig ingen behandling, avvente spontan åpning av tåreveiene til barnet er ca. 18-24 mnd. Informasjon om evt. infeksjoner og behandling ved infeksjonsmistanke.
4. A. Katarakt, diabetes retinopati (makulaødem, neovaskulære proliferasjoner), AMD. B. Karokklusjoner (vene/arterie), corpusblødning, netthinneløsning.
5. A. Høyre sidig exofori/ latent utoverskjeling. B. Amblyopi høy øyet (evt. manglende samarbeid).
6. Anisometri: forskjellig brytningstilstand i de 2 øynene. Amblyopi: nedsatt syn på øye pga manglende utvikling av synsbaner pga refraksjonsfeil eller skjeling. Astenopi: øyeplager knyttet til belastende bruk av synet, symptomer som feks hodepine og slitenhet, oftest pga refraksjonsfeil
7. A. Keratitt B. Prøvetaking og topikal antibiotikabehandling.
8. A. Blow-out fraktur med entrapment/ avklemming av m.rectus inferior. B. Kirurgi med løsning av muskelen og rekonstruksjon av orbitagulvet.
9. a. Våt AMD: Ødem, blødninger, exudater i makulaområdet. b: Anti- VEGF intravitrealt (Avastin, Lucentis eller Eylea). (Evt også PDT (fotodynamisk terapi)). Ja, må som regel gjentas månedlig initialt og deretter med ulike intervaller ofte i mange år.
10. Man ber pasienten fokusere på et punkt litt på avstand, deretter dekker man til det ene øyet for deretter å plutselig fjerne tildekkingen. Da kan man studere om det tildekkede øyet får en instillingsbevegelse. Avslører latente skjelinger / forier.

11. A. Høyt intraokulært trykk (IOP), økt ekskavasjon av papillen/synsnerven, bajonettkar på synsnerven, Kruckenberg spindel på endotelsiden av cornea, blødninger på papillen, økt peripapillær atrofi, utfall på synsfelt/perimetriundersøkelser. B. Avleiring av proteinrikt materiale inne i øyet (linse, kammervinkel og andre strukturer) som kan føre til redusert kammerdrenasje og øket øyetrykk og derfor glaukomutvikling. C. Smerter, halofenomener, sløret syn, tåreflod, kvalme/hodepine. Man finner blandingsinjisert øye, økt IOP, corneaødem, trang kammervinkel.
12. a) harde eksudater: Utfelling av proteiner i netthinnen, ofte i makula. Diabetesretinopati, Våt AMD, Hypertensiv retinopati.
b) Druser: Avleiringer (proteiner og lipider) under netthinnen. Tørr AMD.
c) Irisrubeose: Nydannelse av patologiske kar i iris/regnbuehinnen. Proliferativ diabetesretinopati, Blodåreokklusjoner (sentralarterie/vene okklusjon, gren arterie/veneokklusjon, neovaskulært glaukom)
13. a. Endoftalmitt / bakterieinfeksjon i øyet. b. Ø-hjelp henvisning til nærmeste Øyeavdeling.
14. A. Akutt iridocyklitt / fremre uveitt. B. Topikale steroider samt cycloplegica/utvidende øyedråper
15. Giftinformasjonssentralen.