

Ordinær eksamen høst 2015

Oppgave 1.

En kollega på fastlegekontoret tar kontakt med deg. Han forteller at han har hatt Rita (35 år) til tre konsultasjoner den siste måneden. Rita oppsøkte han opprinnelig da hennes sjef hadde bedt henne ta kontakt med fastlegen for å få vurdert om hun hadde ADHD. Rita hadde forklart at sjefen selv hadde ADHD, og at han hadde kjent igjen noen symptomer hos Rita. Etter å ha kartlagt situasjonen nærmere var kollegaen din blitt usikker på om Ritas problemer var forenlig med ADHD. Han lurer på om problemene snarere kan være betinget i personlighetsproblematikk eller bipolar lidelse.

- Diskuter kort likheter og forskjeller mellom ADHD, bipolar lidelse og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.
- Rita er 35 år. Hvilket problem representerer hennes alder i forhold til ADHD-diagnostikk? Hva kan du gjøre for å redusere betydningen av dette problemet?
- Hva skiller bipolar lidelse type 1 og 2?
- Hvilke medikamenter er førstevalg som vedlikeholdsbehandling ved bipolar lidelse type 1 og 2?

Oppgave 2.

Nedenfor beskrives 3 situasjoner kort:

Situasjon A

En tidligere frisk mann (student) på 23 år har inntatt amfetamin og cannabis, i tillegg til alkohol, på fest og opplever nå at «stemmer» sier han skal ta livet av vedkommende som sitter ved siden av ham på festen. Den ruspåvirkede studenten finner en kniv i leiligheten og forsøker å stikke en annen festdeltager og roper litt uforståelige setninger.

De øvrige festdeltagerne klarer å avverge knivstikkingen og holder den utagerende mannen, mens politiet kontaktes.

Situasjon B

En mann på 48 år som over lang tid har brukt en rekke rusmidler (inklusive amfetamin, benzodiazepiner, opioider og alkohol) mer eller mindre daglig har nå blitt kastet ut av sin kommunale leilighet og bor for tiden på sporadiske adresser eller på gaten. Han er nå inne i en periode med ukritisk og eskalerende rusmiddelinntak og injiserer rusmidler noen ganger med urene sprøyter, dersom han ikke har fått tak i rene sprøyter. I en samtale med en sykepleier ved en sprøyteutdeling sier han at «ingenting er viktig lenger» og han ønsker ikke å motta behandling for sitt rusmiddelbruk.

Situasjon C

En gift mann på 34 år har hatt fest hjemme i leiligheten og konsumert store mengder alkohol. Mannen kommer etter hvert i høyrøstet krangel med de øvrige festdeltagerne som derfor forlater festen. Mannens samboer er fortsatt igjen i leiligheten etter at de andre har gått og mannen beskylder henne nå får å ha vært «flørtete» med en av de andre mennene og det hele ender i at mannen banker opp samboeren.

Samboeren kommer seg etter hvert ved egen hjelp til legevakten og får hjelp og behandling, mens den berusede mannen ligger hjemme i leiligheten og sover ut rusen.

a.

i). hvilke av situasjonen(e): A, B eller C er det relevant å vurdere en innleggelse av den rusbrukende personen etter Psykisk helsevernloven?

ii). Forklar kort hvorfor.

iii). Hvilke kriterier gjelder for slik innleggelse og hvordan kan de anvendes for de(n) beskrevne situasjonen(e)?

b.

i). I hvilke av situasjonen(e): A, B eller C er det relevant å vurdere en innleggelse av den rusbrukende personen etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven)?

ii). Forklar kort hvorfor.

iii). Hvilke kriterier gjelder for slik innleggelse og hvordan kan de anvendes for de(n) beskrevne situasjonen(e)?

iv). Beskriv kort formalia som må til for at slik innleggelse kan gjennomføres og hva varigheten av slik innleggelse kan være.

c.

Beskriv kort prinsippene (virkningsmekanismer og kliniske prinsipper) for behandling ved opioid overdose. Hva skal man være spesielt oppmerksom på ved slik behandling?

Oppgave 3.

Du er allmennlege i Oslo. Sekretæren ringer og melder at en 19 åring som kommer alene og er ukjent ved legekantoret fra før, sier hun trenger lege *nå*, at hun ikke vet ikke hva hun skal gjøre, og at hun har ingen steder å gå. Sekretæren sier pasienten virker svært fortvilet, gråter og er ute av seg.

Du går for å hente pasienten på venterommet. 19 åringen er meget slank, tungt sminket, har på seg et lite, kort skjørt, og du legger merke til at strømpene er raknet. Hun virker matt og sliten, synes å verken ense deg eller andre på venterommet, virker helt i sin egen verden. Du inviterer henne inn på legekontoret. Hun samler sammen vesker og poser og blir med deg.

Inne på kontoret gråter hun, er oppbrakt, snakker høyt og sier hun ikke orker mer. Du lurert på om hun er beruset. Hun bekrefter at hun har drukket tett de siste dagene, men ikke idag. Det kommer frem at hun lever i et turbulent, ustabil samboerforhold, og de har nylig hatt en alvorlig krise. Hun har ikke klart å gå på jobb siste uken. Hun svarer knapt, virker irritert over spørsmålene dine. Hun sier hun bare ikke orker å være hjemme, og at det er ingen hun kan støtte seg til. Hun bretter opp skjorteermet og viser deg et gapende, ferskt kutt på underarmen. Du ser at hun har flere gamle arr på underarmen.

Kuttet behøver tilsyn og du bestemmer deg for at det er nødvendig å ta seg litt ekstra tid her. Hun roer seg gradvis og du får etter hvert bedre kontakt med henne.

Hun kan da fortelle at hun foruten samboer, har to nære venninner i byen. Hun er imidlertid ofte redd venninner og kjærester vil bli «lei av» henne. Vennsksforhold opp igjen har bestandig både vært intense og preget av kranling og usikkerhet. 19 åringens humør svinger ofte – hun er nærtagende og kan reagere voldsomt med rasende sinne eller dyp fortvilelse. I slike situasjoner ende hun lett opp med å ødelegge ting eller kutte seg. Hun forteller at hun gjorde et selvmordsforsøk for ett år siden og ble da innlagt i tre dager ved akutt psykiatrisk avdeling. Det har lenge vært et stort problem at hun ikke klarer å holde på jobber og heller ikke fullføre skole. Hun sluttet på videregående skole for to år siden, i 2.klasse. Hun har de siste tre månedene arbeidet i en nærbutikk, men ikke møtt opp denne uken.

- a. Hva er de generelle kriterier for personlighetsforstyrrelse?
- b. Dersom 19 åringen kvalifiserer for personlighetsforstyrrelse - hvilken type ville mest sannsynlig passe best? Begrunn svaret ditt ved å drøfte de ulike sentrale kjennetegn du mener kan være oppfylt eller som du mener det er relevant å undersøke nærmere.
- c. Drøft relevante differensialdiagnoser.
- d. Drøft relevant tiltak du synes allmennlegen bør vurdere i denne akuttsituasjonen

Oppgave 4

Christian er en 9 år gammel gutt som kommer til deg med moren sin på fastlegekontoret ditt. Det kommer frem at skolen opplever gutten som urolig og «vanskelig». Christian sitter rolig under samtalen, og når du spør han direkte svarer han bare «vet ikke» og ser bort.

- a) Hva mener du det er viktig å kartlegge videre?

- b) Hvilke differensialdiagnoser kan det være aktuelt å vurdere?

Det kommer frem at Christian blir mobbet på skolen.

- c) Hvordan kan du som fastlege hjelpe Christian?
d) Hva er primærforebygging, sekundærforebygging og tertiærforebygging?
e) For å forebygge psykiske plager og rusmiddelavhengighet, er det viktig med risikofaktorer og beskyttelses faktorer. Hvorfor? Nevn 5 risikofaktorer og 5 beskyttende faktorer.

Sensorveiledning

Oppgave 1.

- a) Ved både ADHD og bipolar lidelse kan man se forhøyet aktivitetsnivå, konsentrasjonsvansker, distraherbarhet og redusert frustrasjonstoleranse med ledsagende vansker med behovsutsettelse. Ved bipolar lidelse vil dette typisk opptre periodisk (i oppstemte faser), ved ADHD skal symptomene ha vært tilstede før skolealder og vil typisk ikke ha samme fluktuerende mønster som ved bipolar lidelse. Ved både ADHD og bipolar lidelse er det en betydelig overhyppighet av rusmisbruk/-avhengighet. Bipolar lidelse og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse kjennetegnes begge av stemningssvingninger, men varighetene av svingningene og hvor raskt stemningsleiet svinger er ulikt. Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse gir dog økt sårbarhet for depressive episoder, hvilket kan gjøre grenseoppgangen mellom tilstandene vanskelig, særlig mellom bipolar lidelse type II og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Impulsivitet er vanlig ved både ADHD og emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. Tegn på ADHD og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse kan ses fra barne- og ungdomsalder, men en vil typisk være forsiktig med å sette en personlighetsdiagnose hos disse aldersgruppene. Ved ADHD er det ett krav at symptomer skal være tilstede før skolealder.
- b) Tegn på ADHD skal være synlig før skolealder, og dette vil være vanskelig å kartlegge ved samtale med Rita. Innhenting av komparentopplysninger fra foreldre kan avhjelpe dette, men også denne informasjonen vil være beheftet med usikkerhet.
- c) Bipolar lidelse type II har kun hatt oppstemte episoder av hypoman karakter, mens det ved bipolar lidelse type I har pasientene hatt en sikker manisk episode.
- d) I følge nasjonale retningslinjer for behandling av bipolar lidelse er følgende medikamenter førstevalg som vedlikeholdsbehandling:
- Bipolar lidelse type I: Litium
 - Bipolar lidelse type II: Lamotigin (Lamictal[®])

Oppgave 2.

Situasjon A beskriver en akutt rusutløst psykose med voldelig adferd, hos en tidligere frisk student. Dette er en situasjon som vil kunne kvalifisere for tvungen innleggelse etter § 3-2, etter at gjeldende formalia er gjennomført.

Situasjon B beskriver en destruktiv og potensielt livsfarlig situasjon som følge av langvarig og eskalerende rusmiddelinntak, der vedkommende ikke ønsker frivillig behandling for sin ruslidelse. Dette er en situasjon som beskriver en mann som er i fare for å «ruse seg ihjel» eller påføre seg alvorlig skade av sin helse som følge av sitt rusbruk, og dermed en person som kan kvalifisere for tvungen innleggelse etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 10-2.

Situasjon C beskriver en alkoholutløst krangel og voldelig situasjon, men som ikke inkluderer hverken mistanke om rusutløst psykose eller som beskriver et rusbruksmønster som kvalifiserer for tvungen innleggelse etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette er en situasjon som kvalifiserer for oppfølging fra politiet mer enn helsevesenet for den beskrevne mannens vedkommende. Det foreligger ingen opplysninger om alkoholavhengighet i situasjonsbeskrivelsen.

Oppgave a)

i). Situasjon A

ii). Det beskrives en akutt rusmiddelutløst psykose, med voldelig adferd, og det foreligger derfor mistanke om alvorlig sinnslidelse, og med fare for andres liv eller helse. Både hovedkriteriet om mistanke om alvorlig sinnslidelse, og minst ett av tilleggskriteriene er oppfylt.

Frivillig innleggelse kan forsøkes, men med en akutt pågående psykose hvor vedkommende må hentes av politiet er nok en tvungen innleggelse etter § 3-2 et godt alternativ.

iii). Dette er en «ny-oppstått» tilstand (personen beskrives som tidligere frisk) og det rimelige ville være en innleggelse etter § 3-2, med observasjon i inntil 10 dager (som kan forlenges med ytterligere 10 dager). Kriteriene for innleggelse er at det er gjennomført personlig legeundersøkelse av 2 leger, hvorav den ene er ikke er tilknyttet den mottagende behandlingsinstitusjonen, og at kriteriene for innleggelse etter § 3-3 i oppfylles.

b.

i). Situasjon B

ii). Mannen viser et destruktivt rusmiddelbruksmønster der han står i fare for å skade eget liv eller helse som følge av sitt rusmiddelbruk, og han ønsker ikke å motta frivillig

behandling. Summen av rusmiddelinntak med injeksjon og med tidvis urene sprøyter i en situasjon der han ikke lenger har «bo-evne» og er kastet på gaten, peker i retning av at dette alvorlige blandingsmisbruket kan kvalifisere for en tvungen innleggelse etter; etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 10-2.

iii). Vedkommende skal ha et vedvarende misbruk med fare for liv eller helse, der øvrig behandling ikke strekker til.

iv). Vedtak om slik behandling skal treffes av fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker. Det kan vedtas at vedkommende uten eget samtykke kan tas inn i en institusjon for undersøkelse og tilrettelegging av behandling, og holdes tilbake der i opptil tre måneder. Målet med tilbakeholdelsen er å redde liv, og å motivere for frivillig behandling av ruslidelsen.

c.

Opioider vil i tillegg til å gi rusopplevelse og/eller smertelindring også binde seg til opioidreseptorer i respirasjonssenteret i hjernen og hemme respirasjonsfrekvensen. En opioid overdose vil føre til respirasjonshemming/stans, dette er det primære symptomet som skal behandles akutt ved en opioid overdose.

Behandlingen består i å sikre frie luftveier og å gi respirasjonsstøtte f.eks ved maske/bag.

Medisinsk behandling vil bestå i å gi antidoten Nalokson/Narcanti, som vil konkurrere med opioidene på opioidreseptorer i CNS. Nalokson har større affinitet for reseptorsetet på opioid reseptoren og vil dermed fortrenge opioidene og oppheve opioideffekten.

NB: Det er viktig å være oppmerksom på at halveringstiden på nalokson ($T_{1/2} = 1-1,5t$) kan være kortere enn enkelte opioiders virkningstid, og at personen som behandles med nalokson dermed kan få ny overdose/respirasjonshemming etter en tid, f.eks ved metadon overdose ($T_{1/2} = +/- 24t$).

Oppgave 3.

a.

Tilstrekkelig å kjenne essensen som er felles i de to definisjonssystemene DSM 5 og ICD 10. Essensen er:

- 1) et langvarig, karakteristisk, innarbeidet mønster som avviker fra normen og omfatter flere funksjonsområder: tenkning, emosjonalitet/følelser, impulskontroll og mellommenneskelige forhold.
- 2) Medfører alvorlig sviktende fungering eller betydelig belastning/plage/lidelse
- 3) Trekk kan spores tilbake til ungdomsalder
- 4) Kan ikke avgrenses til perioder med psykose eller somatisk sykdom

b.

Diagnosen er: Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse
Sentrale kjennetegn som bør nevnes her er:

Sterke og svingende følelsesmessige reaksjoner og sinne: Hun er «ute av seg» - «i sin egen verden» - synes når hun kommer til legekantoret å ha en svært sterk følelsesmessig reaksjon som hun har vansker med å kontrollere. Hun beskriver seg selv som nærtagende, kan reagere voldsomt med både dyp fortvilelse og rasende sinne.

Sårbarhet for avvisning: Hennes fortvilelse er mulig utløst av en alvorlig samlivskonflikt. Det fremkommer etter hvert i kasuistikken at hun er ekstra sårbar/redd for avvisning.

Ustabile relasjoner: Kasuistikken beskriver at hun er i et ustabil samboerforhold og at relasjoner har generelt vært preget av krancling og usikkerhet. Hun er for øvrig også ustabil i arbeidslivet og skole, men årsaken til dette fremkommer ikke i kasuistikken.

Impulsivitet og selvdestruktivitet: Hun har i etterkant av hendelsen gjort noen impulsive, destruktive handlinger: 1) drukket svært mye alkohol over flere dager, 2) ikke vært på jobb, 3) selvskadet, og 4) fremstår overfor legen med en fersk skade, en oppgitthet, og en opplevelse av å ikke ha noe steder å gå, slik at aktuell suicidalitet ikke kan utelukkes. Det er tegn på at hun også tidligere har kuttet seg og det fremkommer etter hvert informasjon om tidligere innleggelse ved psykiatrisk avdeling som følge av et suicidalforsøk.

c.

Differensialdiagnoser:

I akuttsituasjonen fremstår pasienten oppkavet. Hun kan virke litt dramatisk, er gråtende, snakker høyt, er irritabel og sier mer enn det som er vanlig til sekretæren. På den annen side er hun også fjern, som i sin egen verden. Hun har med seg vesker og poser, er uflidd og sliten, og man kan lure på om hun er beruset. Sentrale differensialdiagnoser i en akutt vurderingssituasjon er hvorvidt det dreier seg om en manisk /hypoman tilstand, annen psykotisk tilstand samt kartlegge i hvor stor grad det foreligger en alvorlig rusproblematikk. Dersom man i møte med pasienten finner grunn til å i større grad vektlegge hennes passivitet, tilbaketrekning, den aktuelle og gjentagende suicidalitet og får frem mer opplysninger om at hun blir gjentagende deprimert i perioder er det også aktuelt til å vurdere diagnosen depresjon, selv om bildet som helhet her virker mer svingende og dramatisk og knyttet til langvarige relasjonelle problemer enn det som er typisk ved primære depressive episoder.

I en videre observasjon og utredning kan det også være av interesse å finne ut mer om hvorfor hun falt ut av skolen, og stadig faller ut av jobber – hva dreidde skoleproblemer seg om med tanke på både sosiale ferdigheter/forutsetninger og skolemessige, kognitive ferdigheter/forutsetninger.

d

Relevante tiltak i akutt situasjonen:

Akuttsituasjonen krever en vurdering av pasientens generelle psykiske tilstand og suicidrisiko. Er hun i stand til å ta vare på seg selv? Evner hun i løpet av samtalen å samle seg og gjøre

adekvat rede for seg og sin situasjon. Har hun et sted å bo? Har hun et nettverk/familie /pårørende som evt kan mobiliseres? I en slik situasjon vil det være naturlig å utforske sammen med pasienten hvilke pårørende som evt kan kontaktes. Trengs innleggelse, avrusing eller andre krise og avlastningstiltak innen psykisk helsetjeneste? Fastlege kan gjerne konferere med ø.h. ansvarlig ved DPS/annenlinjetjenesten. Det bør vises varsomhet med farmakologiske tiltak i denne akutte, uavklarte situasjonen og er ikke tilstrekkelig som tiltak alene.

Fastlegen bør i tillegg tilby pasienten en oppfølgingstime i nær fremtid. Det er nødvendig å følge opp pasientens sykefravær, og kartlegge nærmere om pasienten trenger og er motivert for henvisning til spesialisthelsetjenesten for videre utredning og behandling.

Oppgave 4

- a) Hva mener du det er viktig å kartlegge videre?
- Anamnese
 - Somatisk legeundersøkelse
 - Blodprøver
 - Sosialt
 - Hjemme
 - Skole
 - Venner
 - Symptomer på psykiske lidelser som kan gi disse symptomene
- b) Hvilke differensial diagnoser kan det være aktuelt å vurdere?
- ADHD/Atferdsproblemer
 - PTSD
 - Angst/Depresjon
 - Somatisk sykdom?
- c) Hvordan kan du som fastlege hjelpe Christian?
- Ta familien på alvor og støtt dem
 - Utelukk somatisk sykdom som bakenforliggende årsak
 - Vurdere henvisning til BUP
 - Følge familien litt tettere en periode
 - Vurdere å være med i møter med andre instanser som f.eks. skole
- d) Hva er primærforebygging, sekundærforebygging og tertiærforebygging?
- Primærforebygging innebærer å styrke helsen og hindre at sykdom, skade eller lyte oppstår.
 - Sekundærforebygging handler om å stanse sykdomsutvikling i en tidlig fase og/eller hindre tilbakefall

- Tertiærforebygging er å hindre forverring og nedsatt funksjon når sykdom foreligger, for dermed å sikre best mulig liv med den helsesvikten som foreligger.
- e) For å forebygge psykiske plager og rusmiddelavhengighet, er det viktig med forståelsen av risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer. Hvorfor? Nevn 5 risiko- og beskyttende faktorer.
- Forskningen på forebyggende tiltak handler om å identifisere risiko og beskyttende faktorer, og hvordan man kan påvirke disse.
 - Risikofaktorer barn:
 - Foreldre med psykiske lidelser, rusmisbruk og voldsproblematikk
 - Flyktningebakgrunn
 - Sosial isolasjon
 - Overgrep
 - Mishandling
 - Omsorgssvikt
 - Mobbing og medfødt sårbarhet (Genetikk)
 - Risikofaktorer voksne:
 - Fattigdom
 - Arbeidsledighet
 - Sosial ulikhet
 - Mangelfull skolegang
 - Diskriminering
 - Medfødt sårbarhet (Genetikk)
 - Beskyttende faktorer: Gode oppvekstforhold
 - Sosialt; venner, familie, jobb/skole
 - Lite stress
 - Søvn
 - Fysisk aktivitet
 - Ernæring
 - Medfødt resiliens (Genetikk)

Eksamensoppgave i rettsmedisin

Modul 5

Høst 2015

Som kirurgisk overlege og teamleder i et akuttmottak befinner du deg i følgende situasjon:

En ambulanse innkommer med en 32 år gammel mann som kort før ble skadet på åstedet for et gjengslagsmål. Ambulansepersonellet beretter om at de har bandasjert et blødende sår i pasientens tinning.

Deloppgave 1: Hva kjennetegner en knusningsrift?

Pasienten forteller deg at han var passivt vitne til et gjengslagsmål da han plutselig kjente smerte i hodet. Han virker noe beruset og synes forøvrig å ha amnesi for hendelsen.

To politibetjenter ankommer så akuttmottaket. De forteller deg at din pasient er mistenkt for alvorlig legemsbeskadigelse i det nevnte gjengslagsmålet og etterspør opplysninger om hans helsetilstand.

Deloppgave 2: Gjør rede for dine overveielser om taushets- og opplysningspliktbestemmelser i denne situasjonen. Begrunn med basis i relevante lovbestemmelser.

Du får så beskjed fra røntgenavdelingen om at det er påvist et brudd i høyre tinning og et epiduralt hematom på samme side. På vei tilbake fra røntgenavdelingen får pasienten respirasjons- og sirkulasjonsstans. Gjenopplivningsforsøk fører ikke fram.

Deloppgave 3: Hvilke retningslinjer gjelder for henholdsvis medisinsk obduksjon (også benevnt klinisk obduksjon/sykehusobduksjon) og rettsmedisinsk obduksjon?

Pasienten blir obdusert. Det konkluderes med at dødsårsaken er blandingsforgiftning med heroin og benzodiazepiner. For øvrig bekreftes nevnte diagnoser (skallebrudd og epiduralt hematom), og det bemerkes i obduksjonsrapporten at det ikke er tegn til herniering.

Deloppgave 4: Fyll på bakgrunn av de gitte opplysninger ut følgende diagnosefelt til bruk i skjemaet «Legeerklæring om dødsfall»:

I a) _____

b) _____

c) _____

II _____

SENSORRETTLEIING

Ordinær eksamen

Modul 5

Haust 2015

Som kirurgisk overlege og teamleiar i eit akuttmottak er du i denne situasjonen:

Ein ambulanse kjem inn med ein 32 år gammal mann som kort før vart skadd på åstaden for eit gjengslagsmål. Ambulansepersonellet fortel om at dei har bandasjert eit blødande sår i tinningen på pasienten.

Deloppgåve 1: Kva kjenneteiknar ei knusingsrift?

Dette er ein sårskade med vevsdefekt gjennom huda, eventuelt også underhuda og djupare vev som kjem av stump vald, dvs. at kroppen blir påverka av samanstøyt med stump gjenstand: Anten er det ein stump gjenstand som treffer kroppen, eller kroppen treffer ein stump gjenstand eller ei flate.

Rifta kan vere rett, men er ofte boge-, bølge-, vinkel- eller stjerneforma.

Knusingsrifta (=lacerasjonen) er elles kjenneteikna ved:

- hudavskrap og bløding inntil sårkantane, som ofte er takkete og ujamne
- ofte ujamn djupn og tverrgåande bruer av bindevev, kar og nervar mellom sårveggane
- fråvære av skjerelinjer i underliggjande bein
- at i hud med hårvekst vil intakt hår krysse såret

Pasienten fortel deg at han var passivt vitne til eit gjengslagsmål då han plutseleg kjende smerte i hovudet. Han verkar noko rusa og synest elles å ha amnesi for hendinga.

To politibetjentar kjem så til akuttmottaket. Dei fortel deg at pasienten din er mistenkt for alvorleg lekamsskading i det nemnde gjengslagsmålet og etterspør opplysningar om helsetilstanden hans.

Deloppgåve 2: Gjer greie for vurderingane dine om teie- og opplysningspliktreglar i denne situasjonen. Grunnngje med basis i relevante lovreglar.

Dersom pasienten, slik han sjølv fortel, er fornærma i ei straffesak, gjeld teieplikta etter Helsepersonellova (Hpl) §21, dersom pasienten ikkje samtykkjer til at legen kan utlevere opplysningar etter §22 i same lov. I den aktuelle situasjonen bør legen ta omsyn til opplysningane frå politiet om at pasienten har status som mistenkt i den aktuelle saka. Legen kan likevel ikkje bryte teieplikta utan at:

- det ligg føre samtykke frå pasienten

- det er aktuelt å avverje alvorleg skade på person eller eigedom , jf. Hpl §31 om opplysningsplikt til naudetatar/politi for å avverje slik skade

Det ligg ikkje føre avverjeplikt etter straffelova §139 (§196 i ny straffelov), då det her ikkje er snakk om å avverje ei strafflagd handling eller følgjene av henne.

Desse momenta vil kunne tale for at legen kan bryte teieplikta:

Tungtvegande private eller offentlege interesser kan gje grunnlag for opplysningsrett, jf. Hpl §23-4 om at ”opplysninger kan gis videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene”. Hugs likevel hovudregelen: Omsynet som talar for å setje teieplikta til side, må vege vesentleg tyngre enn omsynet som talar for å bevare teieplikta. Det er såleis vanskeleg å sjå at denne paragrafen kan brukast som grunnlag for å bryte teieplikta i dette tilfelle.

Du får så melding frå røntgenavdelinga om at det er påvist eit brot i høgretinning og eit epiduralt hematom på same side. På veg attende frå røntgenavdelinga får pasienten respirasjons- og sirkulasjonsstopp. Gjenopplivingsforsøk fører ikkje fram.

Deloppgåve 3: Kva for retningslinjer gjeld for høvesvis medisinsk obduksjon (også kalla klinisk obduksjon/sjukehusobduksjon) og rettsmedisinsk obduksjon?

- **Om medisinsk obduksjon**
 - **Diagnostisk likundersøkelse som utføres av sykehuspatolog**
 - **Oppdragsgiver: Lege**
 - **Lovhjemmel: Obduksjonsloven (inntil nylig Lov om transplantasjon mv).**

Av medisinske grunnar kan det utførast obduksjon av den som er død i sjukehus, sjukestover, fødestover og sjukeheimar eller av den som er bringa død til slik institusjon. Undersøkinga kan ikkje utførast før pårørande er underretta om dødsfallet, tidlegast etter 8 timar. Ligg det føre samtykke frå avdøde eller hans næraste, kan obduksjon utførast tidlegare.

Må ikkje utførast når det er grunn til å tru at rettsmedisinsk obduksjon vil bli kravd.

Kan ikkje utførast når avdøde eller næraste har uttalt seg mot det, ev. når det er grunn til å tru at det er i strid med livssynet til den avdøde eller dei næraste.

Dei næraste pårørande til den avdøde skal så langt det lèt seg gjere informerast om at det er aktuelt å obdusere den avdøde.

Det skal informerast om:

- at utteke obduksjonsmateriale kan bli brukt til undervisning og forskning og til framstilling av biologiske produkt, og
- at den avdøde og dei næraste pårørande har rett til å reservere seg mot medisinsk obduksjon og mot bruk av materialet til undervisning m.v.

- **Om rettsmedisinsk obduksjon**
 - **Sakkyndig likundersøkelse som utføres av rettspatolog/rettsmedisiner**
 - **Oppdragsgiver: Politi**
 - **Lovhjemmel: Straffeprosessloven**

Plikta til å melde dødsfall som det er grunn til å gå ut frå at er unaturlege, er heimla i Hpl §36. Meldepliktige dødsfall er nærare spesifiserte i Forskrift om legers melding til politiet om unaturlege dødsfall og lignende av 21.12.2000 (sjå ev. <http://www.lovdato.no/for/sf/jd/td-19850628-1679-021.html>), som harmonerer med straffeprosesslova §228 og med påtaleinstruksen (sjå ev. <http://www.lovdato.no/for/sf/jd/td-19850628-1679-020.html>) som instruerer politiet om når eit unaturleg dødsfall skal føre, høvesvis bør føre til at ein utfører rettsmedisinsk obduksjon.

Pasienten blir obdusert. Konklusjonen er at dødsårsaka er blandingsforgifting med heroin og benzodiazepin. Elles stadfester ein dei nemnde diagnosane (skallebrot og epiduralt hematom), og det blir nemnt i obduksjonsrapporten at det ikkje er teikn til herniering.

Deloppgåve 4: Fyll på bakgrunn av dei gjevne opplysningane ut dette diagnosefeltet til bruk i skjemaet «Legeerklæring om dødsfall»:

I a) Blandingsforgifting (heroin og benzodiazepin) (eller liknande formulering)

b) _____

c) _____

// Skallebrot med epiduralt hematom (eller liknande formulering)

(Ikkje noko skal fyllast ut på I b eller I c)

* * *