

## ST-skrivningen 2011-10-28

### Något modifierad p.g.a. erfarenheter vid rättningen

Skrivningsförfattare Torun Bergdahl, Ola Hjalmarson, Therese Rosenblad, Bodil Schiller & Ulrika Uddenfeldt Wort.

Skrivningen bestod av 17 huvuduppgifter, de flesta med delfrågor. Uppgift 1 – 10 handlade om akuta tillstånd, som åtminstone initialt handläggs på en akutmottagning. Uppgifterna 11 –13 kom från en tidsbeställd mottagning medan nummer 14 och 15 rörde sig om neonatologi. De båda sista var mera teoretiska. En fråga för att värdera de skrivandes uppfattning om skrivningen avslutade uppgifterna. Det finns två tillväxtkurvor som bilagor. Inga hjälpmedel var tillåtna.

Vid bedömningen av svaren användes en rättningsmall, där vi försökt fånga in det som vi uppfattar vara väsentligt i varje uppgift. Därmed är det inte sagt att det kan finnas andra uppfattningar om detta. Den teoretiska max-poängen för skrivningen var 57,5. Gränsen för Godkänt sattes till 38 p. Skrivningen rättades i avidentifierat skick.

I denna version har två delfrågor tagits bort från ursprungsversionen p.g.a. otydlighet (fråga 14). Dessa bedömdes inte heller i skrivningen. Poängtalet har justerats för vissa uppgifter till det som användes vid rättningen av skrivningen.

Du arbetar på akutmottagningen på ett sjukhus, där det finns en barnklinik och resurser som på ett länssjukhus.

**1.** En mamma söker akut på natten med sin 6-årige son Eskil. Hon berättar att framåt småtimmarna hörde hon ett smackande ljud från pojkens rum. När hon kom in i rummet hörde hon fortfarande smackandet från pojken. Hon kunde inte väcka honom. Efter någon minut började det rycka i armar och ben på båda sidor. Det hela pågick i cirka två minuter. Efteråt vaknade han till och verkade trött men vid inkomsten till sjukhuset var han sig själv igen. Mamma berättar också att hon hörde det konstiga ljudet från pojken också för cirka ett halvår sedan men att det inte var lika tydligt som denna gången. I status finner du en opåverkad pojke med normalt neurologstatus och utan infektionstecken eller feber.

**a) Vilka differentialdiagnoser tycker du är aktuella i detta fall? (1p)**

En tid senare visar en EEG-undersökning unilaterala högvoltiga centrotemporala "spikes".

**b) Vilken är den sannolika diagnosen? (1p)**

**c) Fortsatt utredning? (1p)**

**d) Hur behandla? (1p)**

**2.** Lisa, 5 år, har för första gången ätit Cashewnötter o reagerat med svullnad i ansiktet, kräkning och andningsbesvär. Fadern bär in henne till akutmottagningen. Han är mycket uppskärnad och tycker sig inte ha kontakt med henne.

**a) Beskriv akut handläggning inkl. dosering av läkemedel! (2p)**

Tillståndet klingade av efter behandling. Det följande dygnet har varit utan symptom. Föräldrarna tycker att Lisa nu är som vanligt.

**b) Fortsatt handläggning? (1p)**

**3.** Martina, 15 år, är tidigare frisk och söker i augusti akut p.g.a. huvudvärk, trötthet o feber sedan två dagar. För elva dagar sedan insjuknade hon med feber som varade under 4 dagar. Under hela sommaren har hon varit i Stockholms skärgård. Ingen anamnes på fästingbett.

Vid undersökning har hon feber 39 grader, svarar med svarslatens och är måttligt nackstyv. Inga hudutslag. Cirkulation inklusive blodtryck u.a., lungor auskulteras u.a, Ingen fokal neurologi.

**a) Överväg tänkbara orsaker till Martinas tillstånd! (2p)**

**b) Vilka blir dina akutordinationer (för både utredning och ev. behandling)? (2p)**

**4.** 3-årige Olov sjuknade med halsont och feber för 1½ vecka sedan. Febern har envist bestått och varierat mellan 38 och 39 grader. Nu kommer man med honom eftersom han klagat alltmera över magont sedan i går. I övrigt har han tett sig opåverkad. Han har inte haft hosta och inga kräkningar eller diarréer.

Tidigare har Olov haft många infektioner, fr.a. med symptom från luftvägarna under de första två åren och han har varit på akutmottagningen minst 10 gånger. Han har vuxit normalt och väger nu 14,6 kg.

Du överväger flera diagnoser och undersöker honom med tanke på dessa. I journalen skriver du: AT opåverkat, inga hudutslag, ingen icterus. Temp 38,9 grader. Svalg: Ordinärstora tonsiller, gombågar och svalgvägg måttligt rodnade. Lgl: På halsen finns ett flertal körtlar 1-1½ cm-stora. Öron: u.a. Pulm u.a. Cor u.a. Buk: Mjuk och lättpalperad. Ingen ömhet i fossae. Lien palperas 6-7 cm under arcus, hepar strax under arcuskanten. Neurologi: u.a. Ej nackstel.

Du får följande svar på akutprover: B-Hb 127 g/L, -LPK 28, varav monocytära 12, -TPK 380 \*109. S-CRP <8 mg/L. Monospot negativ. S-bilirubin 8 umol/L, -ASAT 22, -ALAT 3,0 ukat/L.

**Vilka diagnoser är aktuella? Diskutera mot bakgrund av anamnes och fynden från undersökning och lab! (2p)**

**5.** Liam är 2 ½ år och har diabetes sedan 1 år tillbaka. Han behandlas med pump med följande schema och doser: Klockan 00-06: 0.05 E/h; kl 06-12: 0.1 E/h; kl 12-19: 0.2 E/h; kl 19-24: 0.35E/h. Som bolus tar Liam väldigt olika men någonstans mellan 1-3E. Hans mamma ringer kl 21.30 till dig på jouren. Liam har blodsocker på 22 mmol/L och blodketoner på 2.1 mmol/L. Han klagar lite över ont i magen. Mamma undrar vad hon ska göra. Senaste vikten var 12 kg.

**Vad ger du mamman för råd? (1p)**

**6.** Theo kommer med föräldrarna akut p.g.a. feber. Han är 2 år och har en svensk far och en thailändsk mor. Han föddes i Thailand och är bosatt med föräldrarna i Sverige sedan Theo var 10 månader gammal. Han vägde 3500g vid födseln och har varit frisk, fränsett böjveckseksem första levnadsåret. Man uppger att man inte minns om han fick några vaccinationer i Thailand och han ska inte ha fått några vaccinationer i Sverige. Nu har familjen åter varit i Thailand i 3 veckor och kom åter för en knapp vecka sedan. Theo mådde bra under hela besöket men sjuknade för fyra dagar sedan med feber. Febern har hållit i sig omkring 39,5 grader och han har ätit mindre än vanligt. Sedan i går har man märkt en knöl i vänster käkvinkel, som har ökat i storlek. I dag kom ett finfläckigt, ganska intensivt rodnat utslag i ansiktet, på bålen och på nedre extremiteterna och handflator. Ingen hosta, inga kräkningar, inga diarréer.

I status finner du en måttligt påverkad pojke med opåverkad andning, fin perifer cirkulation och blodtryck 90/45 mmHg. Temp 39,7 grader. Han har ett finmaculöst utslag med utseende och utbredning som ovan. Inga petechier. Gombågarna är måttligt rodnade, tonsillerna är inte förstörade, det finns en antydning till smultrontunga men du ser inga andra förändringar i munhålan. Lymfkörtelstatus är u.a. fränsett höger käkvinkel, där det finns en nästan kastanjestor körtel, som ter sig oöm men är omgiven av påtagligt rodnad hud. Uttalad bilateral konjunktivit. Lätt rodnade trumhinnor bilat, ej buktande eller indragna. Cor u.a. Pulm: Aningen svagare andningsljud på vänster bas, inga rassel eller andra biljud. Buk u.a. utan organförstoring. Ej nackstel. Strep A från svalg är svagt positivt.

**a) Du tänker först på morbilli. Vad i sjukdomsbilden som den hittills mött dig talar för och emot denna diagnos? (1p)**

Nu får du några akutsvar som du begärt: Hb 126 g/L, B-LPK 16,8, -TPK 614\*10<sup>9</sup>, S-CRP 298 mg/L. U-sticka: alb (+), LPK 0, EPK 0, nitrit 0.

**b) Beskriv hur du nu bedömer orsaken till sjukdomsbilden och vad dina åtgärder blir! (2p)**

**7.** 9 månader gamla Wilma remitteras från BVC på grund av att huvudomfånget ökat 4 cm senaste månaden. Wilma föddes i fullgången tid med hjälp av sugklocka, Födelsevikt 3220g. Apgar 7-9-10. Enligt BVC vände hon sig åt båda håll vid 6 månaders ålder och satt utan stöd vid 8. Föräldrarna sammanboende. Inga syskon. Wilma har haft flera perioder med feber, snuva och hosta och vid två tillfällen har man sökt läkare akut men inte fått någon medicin utskrivet. Modern tycker att Wilma lätt får blåmärken, vilket också modern får. I status noterar du ett intensivt gråtande barn och du får avstå från att göra någon utvecklingsbedömning. Du ser ett 2x2 cm stort gulnande hematom frontalt på bröstet och ett 3x5 cm mera blått på vänster lår. Huden i övrigt är u.a. Inga yttre avvikelser i övrigt. Svalg, öron och lymfkörtelstatus u.a. Cor u.a. Pulm u.a. Buk: Mjuk. Hepar eller lien palperas inte och ej heller andra resistenser. Neurologi: Vidgade suturer och solnedgångsblick. Symmetrisk motorik. Tonus förefaller vara u.a. Extremitetsreflexer u.a. Babinskis tecken fås inte fram.

**a) Vilka diagnoser överväger du? (2p)**

**b) Hur vill du att den primära utredningen och handläggningen ska se ut? (2p)**

**c) Kan den ske polikliniskt? (1p)**

**8.** 9-årig Samuel kommer till akutmottagningen kl 11.30 och får förtur. Du får följande anamnes: Samuel har haft Mb Crohn i tre år och sköts av barn gastroenterolog på regionsjukhuset. Sjukdomen har visat sig svårbehandlad och Samuel har haft långa perioder när han varit borta från skolan p.g.a. magbesvär och trötthet. Viktutvecklingen har också varit klart under normen. Man har prövat sig fram med olika behandlingar. När prednisolon i fulldos inte hejdade symptomen lades azathioprin till med till en början god effekt och steroiddosen kunde sänkas. Efter drygt ett år på denna behandling fick han nya skov. För tre veckor sedan lade man till infliximab (Remicade) med en markant, nästan omedelbar förbättring som resultat. De senaste två veckorna har han varit besvärsfri och lycklig. I dag på morgonen klagade han över att han kände sig "konstig i hela kroppen" och han ville inte stiga upp. Nu har han fått ont i huvudet och magen och är mycket matt. Vid ankomsten till sjukhuset är temperaturen 39,4 grader. CRP 68 mg/L.

**Resonera omkring vad som kan ha drabbat Samuel och om patogenesen! (2p)**

**9.** 8 år gamla Khadra kommer till akutmottagningen eftersom hon är svullen omkring ögonen sedan fyra dagar. Svullnaden har varit mindre på morgonen men tilltagit under dagen. Föräldrarna tycker att hon i övrigt är som vanligt. Ingen feber. Hon har inte klagat över smärtor. Khadra själv vill inte svara på några frågor.

Khadra är född i Sverige, föräldrarna kommer från Somalia. Hon har gått på BVC, vaccinerats enligt schema, vuxit normalt och hittills alltid varit frisk.

**a) Vilka orsaker till svullnaden, som du tydligt ser periorbitalt och bilateralt, tänker du dig på detta stadium av konsultationen? (2p)**

**b) Vad vill du att kroppsundersökningen ska ge svar på? (1p)**

Du får snart följande provsvar: B-Hb 134 g/L, S-CRP 11 mg/L, Urinsticka visar alb 3+, leukocyter 0, erythrocyter 2+.

Du lägger in Khadra för en utredning som du vill ska vara så effektiv som möjligt men också skonsam mot henne och billig för sjukhuset.

**c) Planera en sådan och motivera varje åtgärd! (2p)**

**10.** Tre patienter söker för öronproblem. **Handlägg dem enligt Läkemedelsverkets senaste anvisningar (2010). Ange åtgärd inklusive medicindosering om sådan är aktuell och motivera besluten:**

Första patienten är 16 månader gamla Maja, som tidigare varit frisk. Hon har varit snuvig med allt tjockare nässektret och feber 37,6 – 38 grader sedan 3 dagar, vilket är anledningen till besöket. Hon har sämre aptit än vanligt och inte haft sitt vanliga, glada humör, vilket modern tror beror på att hon irriteras av snuvan. Hon hostar inte.

Vid din undersökning utgör de positiva fynden ett delvis purulent nässektret, lätt rodnade gombågar och konjunktivor, en starkt rodnad trumhinna på höger sida. Det är svårt att identifiera hammarskaftet. Du får inte tillräcklig insikt i vänster hörselgång för att kunna bedöma trumhinnan. Temperaturen är 38,0 grader och du bedömer allmäntillståndet som opåverkat.

**a) Åtgärd? (1p)**

13-åriga Cornelis står på tur. Han har typ I-diabetes och sköts på diabetesmottagningen. I övrigt har han inga sjukdomar och brukar inte ha infektioner ofta enligt den medföljande fadern. Nu har han emellertid vaknat med ordentligt ont i vänster öra. En tablett Alvedon har dock lindrat en del. Han är litet snuvig men känner sig f.ö. helt frisk.

När du undersöker honom finner du att trumhinnan på vänster sida är starkt rodnad och delvis gråaktigt belagd trumhinna, som ter sig förtjockad och har nedsatt rörlighet. På höger sida är öronstatus normalt. Temperaturen är 37,0 grader och du bedömer allmäntillståndet som opåverkat.

**b) Åtgärd? (1p)**

8-åriga Fatima kommer med sin djupt beslöjade mor, som inte talar svenska och du får anamnesen via en tolkande släkting. Fatima är född i Sverige och går i skolan. Inga hälsoproblem tidigare. För 3 veckor sedan fick hon feber med hosta och dagen efter ont i höger öra. På vårdcentralen konstaterade man att hon hade öroninflammation och hon behandlades med Kåvepenin. Hon blev bra efter någon dags behandling. Nu har hon sedan i morse åter ont i örat, vilket är anledningen till besöket.

Du finner en 8-åring som är blyg och avvaktande men som inte ter sig påverkad. Temperaturen är 37,9 grader. Enda positiva fynd i status är en starkt rodnad och reflexlös trumhinna på högersidan, rodnat svalg och några spelkulestora adeniter i käkvinklarna.

**c) Åtgärd? (1p)**

**Du arbetar på en tidsbeställd mottagning**

**11.** Felicia är 15 månader gammal. Fadern kommer från Libanon, modern från Småland. Felicia kontrolleras av neonatolog p.g.a. medfödda kärlmisbildningar i huden som delvis gått i regress. Föräldrarna har sökt flera gånger de senaste tre veckorna på akutmottagningen p.g.a. att hon haft flera episoder med diarré under 2-3 dagar, någon gång också med enstaka kräkning. Enligt journalanteckningar har status vid akutbesöken varit u.a. men senaste gången, för en vecka sedan, tedde hon sig litet blek. Nu kommer flickan för ett återbesök eftersom blodprover då visade B-Hb 108 g/L.

Vid din undersökning bekräftas att hon är blek men du finner i övrigt inga avvikelser i status. Hon ter sig pigg och alert och tillväxtkurvan är u.a. I buken palperas varken hepar eller lien och lymfkörtelstatus är u.a.

Dagens prover visar (referensvärden inom parentes för vissa lab.värden): B-Hb 76 g/L, -LPK  $14,3 \cdot 10^9/L$ , varav neutrofila  $6,2 \cdot 10^9/L$ , -TPK  $276 \cdot 10^9/L$ , -reticulocyter  $3 \cdot 10^9 (20-100) /L$ , MCV 80 (70-86) fL, S-järn 42 (9-34);TIBC 50 (47-80) umol/L, S-bilirubin 10 umol/L, MSR 3 mm.

**a) Hur tolkar du svaren med avseende på orsaken till Hb-sänkningen? (2p)**

**b) Vilken är den mest sannolika orsaken till anemin? (1p)**

**c) Vilka åtgärder är indicerade med hänsyn till anamnes och diagnos? Motivera! (1p)**

**12.** Ture, just fyllda 6 år kommer på remiss från distriktsläkare under diagnosen pubertas praecox? Det framgår att han föddes efter 40 veckors graviditet, födelsevikt 3720 g. Det var inga problem under nyföddhetsperioden, BVC-kontroller har varit u.a. Han har haft flera otiter och ibland senaste halvåret klagat över huvudvärk Han har börjat förskolan, trivs med de andra barnen och aldrig verkat trött. Han kan redan läsa och skriva. Tillväxtkurvan bifogas (Bilaga 1).

Under de senaste månaderna har föräldrarna tyckt att Tures penis vuxit och när man nu också sett att pubeshår börjat växa sökte man primärvården.

Anamnesen bekräftas vid besöket hos dig. Fadern berättar, att han själv var tidigast i klassen att pubertera men minns inte riktigt när.

I status finner du en glad, kraftigt byggd och pratsam 6-åring. Han har en 3x3 cm stor café-au-lait-fläck på vänster överarm men i övrigt inga hudförändringar. Munhåla, svalg, lymfkörtlar, pulm, cor och buk är helt u.a. Penis ter sig förstorad, mäter c:a 8 cm, och du ser glesa pubeshår (Tanners stadium 2). Testes är likstora och mäts till 2 ml. Ingen behåring i axiller.

**Resonera om de troligaste orsakerna till Tures tidiga utveckling av sekundära könskaraktärer! (3p)**

**13.** 1 år och 11 månader gamla Semira sökte för två veckor sedan på din mottagning och bedömdes då av en av dina kollegor. Enligt journalen föddes flickan efter 40 veckors graviditet och vägde 3490 g och var 50 cm lång. Hon ljusbehandlades i två dagar p.g.a. icterus men i övrigt var nyföddhetsperioden u.a. Semira följdes på BVC, tillväxtkurvan bifogas (Bilaga 2). Hon hade en RSV-infektion vid 3 månaders ålder och därefter ofta pip i bröstet i samband med förkylningar. Gick vid 14 månader. Började säga enstaka ord vid 13 månader och har just börjat med två-ordsmeningar.

Det problem som nu förde dem till din kollega var att hon sedan kanske ett halvår haft avföring alltmera sällan och att den ofta varit mycket hård. Det kan gå 3-5 dagar mellan gångerna och hon har blivit alltmera orolig och skräckslagen inför bajsandet. Hon kissar ofta. Föräldrarna tycker också att hon blivit trött och blek, något som också morföräldrarna påpekat. Laktulos i dosen 2,5 ml till kvällen hjälpte nog något i början men gör det inte längre.

Du läser kollegans journalanteckning, gjord för två vecor sedan:

”AT: Flicka som sitter i mors knä och inte säger något. Inget avvikande yttre. Intresserar sig inte för undersökaren eller för leksaker. Ljus, litet genomskinlig hudfärg. Ordinärt hull. Inga rachittecken. Munhåla, svalg, Igll u.a. Cor: Frekvens 80/min. Inga blåsljud. Pulm: u.a. Buk: Normalkonfigurerad, lättpalperad och mjuk. I fossae känns på djupet resistenser som vid fast tarminnehåll. Hepar eller lien palperas inte.

Utvecklingsbedömning kunde inte genomföras då flickan inte medverkade.”

Prover togs, laktulosdosen höjdes till 5 ml till kvällen och flickan kommer nu på återbesök sedan provsvaren anlänt. Eftersom kollegan är sjuk får du ta återbesöket.

Modern säger att flickan fortfarande har hård avföring men att hon också fått alldeles rinnande sådan. Som helhet är det inte bättre.

Provsvaren: B-Hb 103 g/L, -LPK 8,1 och -TPK  $309 \cdot 10^9$  /L. S-CRP 8 mg/L. U-alb 0, -LPK 0, -nitrit 0, -glukos 0, U-ketoner ++. S-Ca 2,40 (ref. 2,20-2,60)mmol/L, joniserad Ca 1,31 (1.18-1,40) mmol/L, S-fosfat 1,1 (0,8-1,4) mmol/L, -TSH 9,0 (0,5 – 4,5) mIU/L, T3 1,8 (1,3 – 3,1) nmol/L, T4 79 (66 – 181) nmol/L, fritt T4 18 (11-22) pmol/L

Du undersöker flickan och kommer till samma resultat som kollegan vid förra besöket.

**a) Att döma av proverna har kollegan troligen bl.a. haft hypercalcemi bland diff.diagnoserna. Vad skulle kunna vara en rimlig orsak till hypercalcemi hos ett barn med den aktuella anamnesen? (1p)**

**b) Hur bedömer du hennes thyroideafunktion ? Åtgärd? (1p)**

**c) Nu ser modern uppfordrande på dig. Hon är trött på att flickan är förstoppad och vill ha både besked och bot. Vilken är din bedömning och vad gör du? (1p)**

## Nu är du plötsligt på neonatalavdelningen

**14.** En nyanländ, asylsökande kvinna från Kongo föder sitt enligt uppgift första barn på sjukhuset där du arbetar. Graviditetslängden är okänd liksom graviditetens förlopp. Förlossningen fortgår u.a. Barnet, en pojke, väger 2100 g och är 49 cm långt. Apgar score är 7, 9, 10 efter 1, 5 och 10 minuter och Pulsoximetern visar 90-91% vid 10 minuters ålder. Du tillkallas när barnet är 6 timmar gammalt för att man tycker att barnet verkar vara litet slapt och andas snabbare. POX visar fortfarande 90%, andningsfrekvens 60/min, hjärtfrekvens 144/min

**a) Ge din bedömning av tillståndet? (2p)**

**b) Du fattar beslut om åtgärder. Vad ordinerar du? (1p)**

Bland provsvar, som du därefter snabbt får, finner du P-glukos 1,4 mmol/L, U-glukos 0, -LPK 0, -EPK 0. -ketoner 0. Efter en glukosbolus ger du ett dropp med 10% glukos med en hastighet av 12 ml/tim. P-glukos, som efter bolusen steg till 3,3 mmol/L är efter 1 tim 2,2 och efter 2 timmar 1,8 mmol/L under pågående infusion. Först när du ökat droppet till 15 ml/timma slutar P-glukosvärdena att sjunka.

**c) Vad är den mest sannolika orsaken till barnets hypoglykemi? Motivera! (1p)**





**15.** Du är jour och kallas akut till förlossningsavdelningen där ett fullgånget barn precis fötts med hjälp av sugklocka p.g.a. att fosterhjärtfrekvensen snabbt sjönk i förlossningens slutskede. Barnet har just placerats på återupplivningsbordet när du anländer. Du noterar att huden är blek och insmetad med mekonium, du ser inga andningsrörelser och vid hjärtauskultation hör du 5-6 hjärtslag under 10 sekunder.

Du agerar enligt det gällande svenska vårdprogrammet för situationer som denna.

**a) Beskriv dina åtgärder under den första minuten (2p)**

Efter en minuts aktiviteter finner du att hjärtfrekvensen är oförändrad.

**b) Beskriv detaljerat vad du nu gör! (2p)**

Efter en halv minut börjar barnet röra armarna och efter en minut finner du att hjärtfrekvensen stigit till c:a 15 slag per 10 sekunder.

**c) Vilka är dina åtgärder och ordinationer nu? (1p)**

Nyligen har man tagit bort rekommendationen att ge ventilationsstöd (inblåsningar) vid hjärt-lungräddning av vuxna.

**d) Finns det skäl att ha olika rekommendationer för nyfödda och vuxna när det gäller detta? (1p)**

Och så två avslutande problem:

**16.** Pojken på bilderna nedan hade ett blåsljud på hjärtat som noterades vid första besöket på BVC. Han hade också "webbed neck".



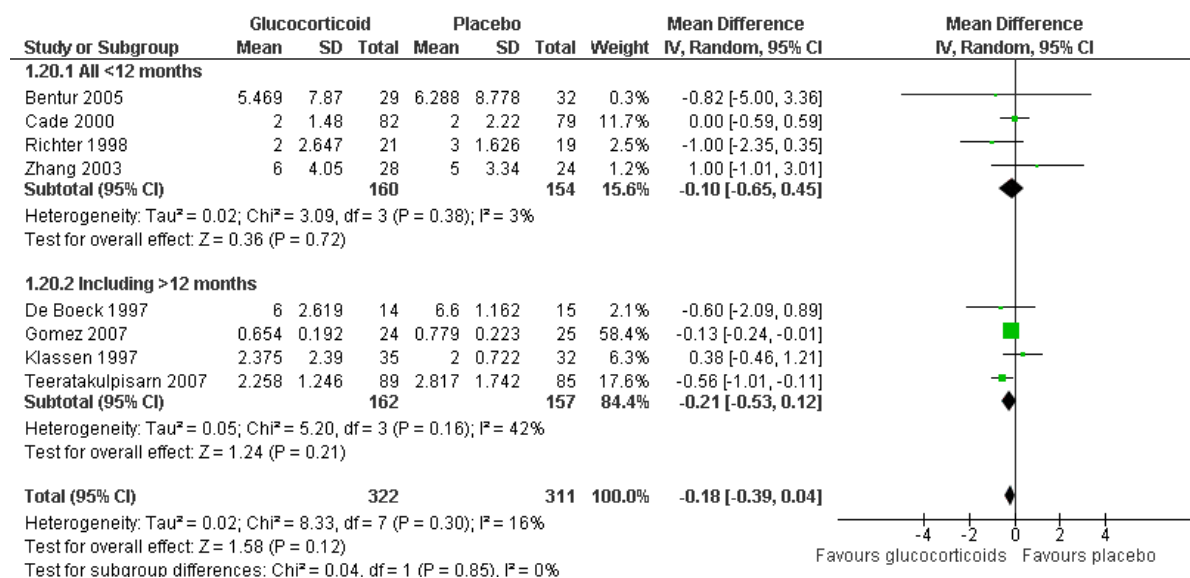
Vid utredning fann man en valvulär pulmonalstenos och misstanke uppstod om att han hade ett känt och inte så ovanligt syndrom.

a) Vilket? (1p)

b) Vilka problem, som kan uppkomma under barnåren vid detta syndrom, bör man förbereda sig och föräldrarna på? (1p)

17. The Cochrane Collaboration ger regelbundet ut sammanställningar av kontrollerade studier av bl.a. olika interventioner. Man gör s.k. metaanalyser av systematiskt insamlade publicerade och opublicerade rapporter. En kontroversiell frågeställning är om glukokortikoider har någon effekt vid behandling av akut virusbronchit hos barn. Den senaste sammanställningen publicerades tidigare i år. Nedanstående tabell kommer från den och visar steroidbehandlingens effekt på vårdtiden, dels för barn under 12 månader, dels när även äldre barn inkluderats.

Figure 15. Forest plot of comparison: Steroid versus placebo, outcome: Length of stay (inpatients) - subgroup analysis age.



Tolka den "forest plot" som finns i tabellen ovan genom att besvara följande frågor:

a) vilken information finns i längden av de horisontella strecken i plotten? (frågan gäller alltså inte vad de betecknar utan vilken information de ger) (0,5p)

b) vad betyder storleken av de (i de flesta fall här nästan osynliga) kvadrater som finns vid streckens mitt? (0,5p)

c) vad symboliserar de romb- eller "diamond"-formade symbolerna och vad betyder deras relation till den vertikala linje, som går genom 0? (0,5p)

**d) Att döma av denna tabell, vilken är glukokortikoidbehandlingens effekt på vårdtidens längd vid virusbronchit hos barn under 1 års ålder? (1p)**

**18.** Skrivningskonstruktörerna vill gärna ha din syn på skrivningen (Om du svarar på uppgifterna får du **1 poäng!**)

**a) Tycker du att skrivningens svårighetsgrad – sedd över det hela – var rimlig?**

**b) Var uppgifterna tillräckligt tydliga för att det skulle gå att besvara dem utan osäkerhet?**

**c) Saknade du uppgifter inom någon del av specialitetens verksamhetsområden?**

**d) Tycker du att en skrivning som denna borde vara obligatorisk under ST-utbildningen?**

**e) Vilka andra kommentarer vill du förmedla om skrivningen?**

## Personuppgifter

När du är klar med skrivningen, fyll i uppgifterna nedan och riv sedan ut detta blad och lägg det främst i högen av blad, där du skrivit svaren. Häfta ihop och lämna svarsbladen till den som sköter skrivningen på din ort.

Namn: .....

Personnummer: .....

Sjukhus / vårdcentral som är bas för din ST-utbildning:

.....

Jag vill att intyget / resultatet av skrivningen ska sändas under postadress:  
(Det brukar ta 2-3 veckor att rätta skrivningarna)

Ange mailadress om du vill ha resultatet på det sättet också: