

Examination efter läkares allmäntjänstgöring - Skriftligt prov

den 26 februari 2010
tid 9.00 – 14.00

INSTRUKTION

Skrivningen består av fyra fall och har totalt 80 poäng. I varje fall kommer sjukdomsbild och fakta att tillföras successivt med nya delfrågor. Den mindre texten repeterar basinformation.

Frågorna behandlar inte bara fakta och lärobokslösningar. Minst lika stor vikt kommer att läggas vid *det kliniska resonemanget*. Det räcker således inte vid *vissa* frågor att bara redovisa vidtagna åtgärder utan vi vill också att du redovisar dina skäl för valda åtgärder.

I frågornas konstruktion ligger att du måste begränsa dina svar. Vid rättningen kommer vi att värdera hur du avgränsat problemställningar i svaret. Det bör således inte vara för snävt men ej heller för vidlyftigt och omfattande. Uppräknande av oväsentliga fakta ger avdrag. Skrivutrymmet efter varje delfråga bör räcka. I *nödfall* får du skriva på baksidan. **SKRIV INTE UTANFÖR HÖGERMARGINALEN!**

Frågorna skall ligga till vänster om dig, så långt upp mot bordshörnet som möjligt, - upp och ned - och du börjar med att ta det översta bladet och vända det rätt. **DET FÅR BARA FINNAS ETT FÄRGAT RÄTTVÄNT ARK FRAMME ÅT GÅNGEN!**

Besvarat ark läggs, upp och ned på påskuverten på golvet till höger om dig. Tag därefter fram nästa fråga och vänd den rätt. Det är inte tillåtet att gå fram och tillbaka i skrivningen. Lagt ark ligger! Som kladdpapper används vitt papper. Skulle någon sida vara suddig, svårläslig etc, meddela skrivvakten!

Fall 1	20 poäng	10 delfrågor	sidor	1- 8
Fall 2	20 poäng	14 delfrågor	sidor	9-14
Fall 3	20 poäng	10 delfrågor	sidor	15-20
Fall 4	20 poäng	12 delfrågor	sidor	21-26

Efter varje fall finns en ENKÄT som frågekonstruktören gärna ser att Du besvarar.

När du är färdig med provet: Uppmärksamma skrivvakten när Du ska stoppa varje fall för sig i respektive vitt förtryckt påskuvert, som du skrivit skrivort och personnummer på. *Tack för hjälpen!*

Lärarna tackar på förhand för att du *skriver tydligt och läsvänligt*. **Oläslig handstil gör att poängbedömning uteblir.**

Vi önskar dig LYCKA TILL med skrivningen och hoppas att du skall finna frågorna relevanta för den tjänstgöring du genomgått eller håller på att avsluta.

Låt denna sida ligga kvar på bordet under provtiden.

**NÄMNDEN FÖR PROV EFTER LÄKARES ALLMÄNTJÄNSTGÖRING
Universiteten i Göteborg, Linköping, Lund, Umeå och Uppsala samt
Karolinska Institutet**

FALL 1

**Lägg detta ark på golvet -
det underlättar din uppdelning av skrivningen inför inlämningen.**

Johan är en 35-årig tidigare frisk man som mitt i sommaren under loppet av 10 dagar söker sin vårdcentral två gånger och akutmottagningen en gång för känsla av andnöd, torrhosta och halsont. Han har två gånger fått rådet av sommarvikarierande läkare att ta det lugnt och höra av sig om han får feber. När han kommer för tredje gången med samma symtom, träffar han återigen en ny läkare som tycker sig höra ett gnidningsljud över lungorna och sänder Johan med remiss i handen till sjukhusets akutmottagning där du är medicinjour och tar emot honom.

Johan berättar att han i cirka tre veckor känt sig hängig, trött, uppfattat sitt tillstånd som sommarinfektion. Några dagar efter symtomens debut blivit kraftigt andfådd, framför allt vid måttlig ansträngning. Berättar också att han mellan det första och andra besöket på vårdcentralen haft huggsmärtor i bröstet och vid ett annat tillfälle känt sig svimfärdig.

1.1.1 Du behöver mer information. Med vilka frågor vill du fördjupa anamnesen? (3 p)

0,0
0,5
1,0
1,5
2,0
2,5
3,0

Johan är en 35-årig tidigare frisk man som mitt i sommaren under loppet av 10 dagar söker sin vårdcentral två gånger och akutmottagningen en gång för känsla av andnöd, torrhosta och halsont. Han har två gånger fått rådet av sommarvikarierande läkare att ta det lugnt och höra av sig om han får feber. När han kommer för tredje gången med samma symtom, träffar han återigen en ny läkare som tycker sig höra ett gnidningsljud över lungorna och sänder Johan med remiss i handen till sjukhusets akutmottagning där du är medicinjour och tar emot honom.

Johan berättar att han i cirka tre veckor känt sig hängig, trött, uppfattat sitt tillstånd som sommarinfektion. Några dagar efter symtomens debut blivit kraftigt andfådd, framför allt vid måttlig ansträngning. Berättar också att han mellan det första och andra besöket på vårdcentralen haft huggsmärtor i bröstet och vid ett annat tillfälle känt sig svimfärdig.

Johan är icke-rökare och säger sig inte ha några allergier. Aldrig haft astma. Andnöden har vid några tillfällen kommit i vila, men känns regelmässigt vid ansträngning sedan några dagar. Icke-produktiv hosta, ingen hemoptys. Bröstsmärtorna kommer och går, är måttligt starka, klart andningskorrelerade, lika starka i vila och sitter fr.a. på vänster sida. Kontrollerat temperaturen vid flera tillfällen men aldrig haft mer än 37,4 grader.

Vid undersökningen finner du följande: Allmäntillstånd: Blek, något orolig. Lungor: Du hör ett svagt gnidningsljud ställvis lateralt över båda lungorna men är osäker om det finns andra biljud. Hjärta: Regelbunden något snabb rytm, frekvens 88/min, inga säkra biljud. Blodtryck: 110/70. Mun och svalg: Retningsfria slemhinnor. Buk: Mjuk och oöm. Inga palpabla tumörer.

1.2.1 Du känner dig osäker på om Johans andningsfrekvens är förhöjd. Vilka värden brukar anges som normala andningsfrekvens i vila hos vuxna? (1 p)

0,0

0,5

1,0

Johan är en 35-årig tidigare frisk man som mitt i sommaren under loppet av 10 dagar söker sin vårdcentral två gånger och akutmottagningen en gång för känsla av andnöd, torrhosta och halsont. Han har två gånger fått rådet av sommarvikarierande läkare att ta det lugnt och höra av sig om han får feber. När han kommer för tredje gången med samma symtom, träffar han återigen en ny läkare som tycker sig höra ett gnidningsljud över lungorna och sänder Johan med remiss i handen till sjukhusets akutmottagning där du är medicinjour och tar emot honom.

Johan berättar att han i cirka tre veckor känt sig hängig, trött, uppfattat sitt tillstånd som sommarinfektion. Några dagar efter symtomens debut blivit kraftigt andfådd, framför allt vid måttlig ansträngning. Berättar också att han mellan det första och andra besöket på vårdcentralen haft huggsmärtor i bröstet och vid ett annat tillfälle känt sig svimfärdig.

Johan är icke-rökare och säger sig inte ha några allergier. Aldrig haft astma. Andnöden har vi några tillfällen kommit i vila, men känns regelmässigt vid ansträngning sedan några dagar. Icke-produktiv hosta, ingen hemoptys. Bröstsmärtorna kommer och går, är måttligt starka, klart andningskorrelerade, lika starka i vila och sitter fr.a. på vänster sida. Kontrollerat temperaturen vid flera tillfällen men aldrig haft mer än 37,4 grader.

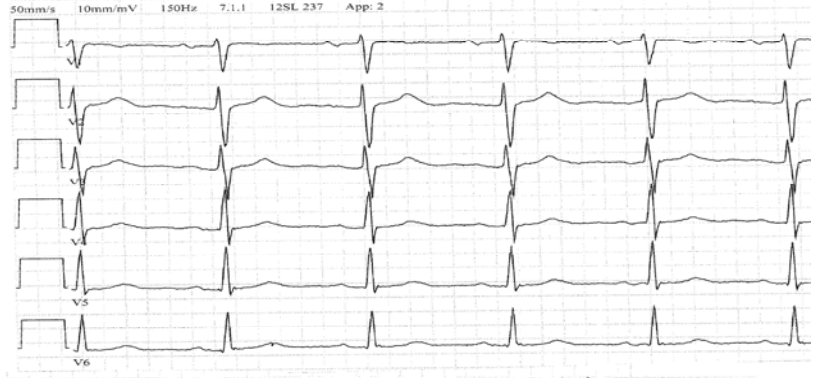
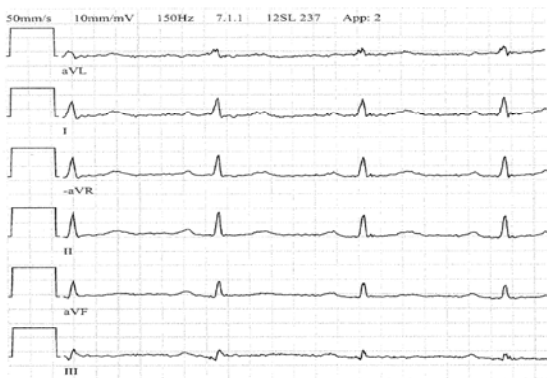
Vid undersökningen finner du följande: Allmäntillstånd: Blek, något orolig. Lungor: Du hör ett svagt gnidningsljud ställvis lateralt över båda lungorna men är osäker om det finns andra biljud. Hjärta: Regelbunden något snabb rytm, frekvens 88/min, inga säkra biljud. Blodtryck: 110/70. Mun och svalg: Retningsfria slemhinnor. Buk: Mjuk och oöm. Inga palpabla tumörer.

Johan har en andningsfrekvens på 26 andetag per minut.

Innan du träffat patienten har man redan tagit följande prover: B-Hb 139 g/l, LPK 8,1 TPK 225, CRP 20 g/l. Temp 37,4 grader.

1.3.1 Vilka akuta prover/undersökningar beställer du? Motivera dina frågeställningar till varje undersökning. (3 p)

0,0
0,5
1,0
1,5
2,0
2,5
3,0



1.4.1 Vad visar EKG?

(1 p)

- 0,0
- 0,5
- 1,0

Johan är en 35-årig tidigare frisk man som mitt i sommaren under loppet av 10 dagar söker sin vårdcentral två gånger och akutmottagningen en gång för känsla av andnöd, torrhosta och halsont. Han har två gånger fått rådet av sommarvikarierande läkare att ta det lugnt och höra av sig om han får feber. När han kommer för tredje gången med samma symptom, träffar han återigen en ny läkare som tycker sig höra ett gnidningsljud över lungorna och sänder Johan med remiss i handen till sjukhusets akutmottagning där du är medicinjour och tar emot honom.

Johan berättar att han i cirka tre veckor känt sig hängig, trött, uppfattat sitt tillstånd som sommarinfektion. Några dagar efter symptomens debut blivit kraftigt andfådd, framför allt vid måttlig ansträngning. Berättar också att han mellan det första och andra besöket på vårdcentralen haft huggsmärtor i bröstet och vid ett annat tillfälle känt sig svimfärdig.

Johan är icke-rökare och säger sig inte ha några allergier. Aldrig haft astma. Andnöden har vi några tillfällen kommit i vila, men känns regelmässigt vid ansträngning sedan några dagar. Icke-produktiv hosta, ingen hemoptys. Bröstsmärtorna kommer och går, är måttligt starka, klart andningskorrelerade, lika starka i vila och sitter fr.a. på vänster sida. Kontrollerat temperaturen vid flera tillfällen men aldrig haft mer än 37,4 grader.

Vid undersökningen finner du följande: Allmäntillstånd: Blek, något orolig. Andningsfrekvens 26 per minut. Lungor: Du hör ett svagt gnidningsljud ställvis lateralt över båda lungorna men är osäker om det finns andra biljud. Hjärta: Regelbunden något snabb rytm, frekvens 88/min, inga säkra biljud. Blodtryck: 110/70. Mun och svalg: Retningsfria slemhinnor. Buk: Mjuk och oöm. Inga palpabla tumörer.

Övriga prover/undersökningar:

Pulsoxymeter visar en syrgasmättnad på 97 %, D-dimer 2,4, S-Troponin-T 0,03 ug/l, S-Kreatinin var 82 umol/l. Tidigare tagna prover visade: B-Hb 139 g/l, LPK 8,1 TPK 225, CRP 20 g/l, Temp 37,4 grader.

Lungröntgen visar 0,5 cm vätskeskikt i vä pleura i vänster sidoläge. För övrigt normalfynd.

1.5.1 Vilken blir din misstänkta huvuddiagnos och hur handlägger du patienten nu?

Beskriv vad du praktiskt gör och motivera.

(3 p)

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

2,5

3,0

**1.6.1 DT-angio visar multipla måttligt stora lungembolier bilateralt.
Vilken behandling initierar du?**

(2 p)

0,0
0,5
1,0
1,5
2,0

1.6.2 Troponin, som är myokardspecifikt, var lätt förhöjt; hur tolkar du det?

(1 p)

0,0
0,5
1,0

Nästa morgon mår patienten bättre, är uppegående på vårdavdelningen utan problem. Ingen subjektiv dyspnoé, men lätt andningskorrelerad smärta vid djupandning. Du beställer ekokardiografi för att kartlägga eventuell pulmonell hypertension.

1.7.1 Patienten frågar dig varför han fått sina lungembolier. Vad vill du fråga patienten om för att utreda detta? Vad vill du undersöka i status? Vilken provtagning är rimlig att utföra för att besvara den frågan?

(2 p)

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

1.7.2 Johan är nu insatt på lågmolekylärt heparin och du lägger till Waran. Hur lång behandlingstid med Waran är rimlig och hur resonerar du när du överväger hur lång behandlingstiden skall vara? Vilken information är viktig att lämna till Johan som han måste veta när han behandlas med Waran?

(2 p)

0.0

0,5

1,0

1,5

2,0

1.8.1 Johan skrevs senare ut från avdelningen. Fortsätte med Waranbehandling. Allt förlöpte Komplikationsfritt, men 4 månader senare inkommer Johan till akutmottagningen i ambulans. Han har som gående blivit påkörd av en bilist och har multipla slutna frakturer i vänster lårben och underben. Han blöder i frakturområdena och skall opereras akut. Du är medicinjour och får frågan hur man handskas med situationen med tanke på att patienten Waranbehandlas. Vad svarar du?

(2 p)

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

FALL 2

**Lägg även detta ark på golvet -
det underlättar din uppdelning av skrivningen inför inlämningen.**

Distriktssköterskan kontaktar dig angående Dagny, 70 år. Distriktssköterskan delar dosett till Dagny och känner henne väl. Dagny har blivit förändrad sista tiden, verkar stundtals förvirrad och har blivit glömsk. Dagny har haft en del besvär från urinvägarna tidigare och ett urinprov visar nu positiv nitrit och en hel del leukocyter. CRP är normal. Urinen luktar starkt, men Dagny har inte klagat över besvär med urinvägarna utan uppger sig må bra.

2.1.1 Distriktssköterskan undrar om det kan vara en urinvägsinfektion som påverkat Dagny och om man skall sätta in behandling. Vad blir ditt svar? Motivera. (1 p)

0,0

0,5

1,0

2.1.2 Vad i övrigt är viktigt att veta – ta ställning till, oberoende av den fortsatta medicinska handläggningen, med anledning av anamnesen. (1 p)

0,0

0,5

1,0

Distriktssköterskan kontaktar dig angående Dagny, 70 år. Distriktssköterskan delar dosett till Dagny och känner henne väl. Dagny har blivit förändrad sista tiden, verkar stundtals förvirrad och har blivit glömsk. Dagny har haft en del besvär från urinvägarna tidigare och ett urinprov visar nu positiv nitrit och en hel del leukocyter. CRP är normal. Urinen luktar starkt, men Dagny har inte klagat över besvär med urinvägarna utan uppger sig må bra.

Du tror inte att en eventuell urinvägsinfektion kan förklara Dagnys symptom och ger därför primärt ingen behandling, men skickar en odling. Distriktssköterskan berättar att Dagny glömt spispattan på vid åtminstone ett par tillfällen och att hon känner sig tveksam till om Dagny skulle klara sig själv utan makens hjälp. Enligt distriktssköterskan undrar maken om det kan vara demens men har inte vidtagit några åtgärder eftersom Dagny säger sig må bra.

2.2.1 Du beslutar dig för att ordna en tid på mottagningen åt Dagny, trots att hon själv upplever sig må bra. Vilka två saker (av icke-medicinsk karaktär) bör du beakta vid planeringen av besöket med tanke på demensfrågeställningen och att Dagny själv inte verkar uppleva några problem? (1 p)

0,0

0,5

1,0

2.2.2 Dagny kommer på sitt besök till dig. Vilka anamnestiska uppgifter är mest relevanta mot bakgrund av sjukhistorien? Ange högst sju anamnestiska uppgifter. Motivera! (3 p)

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

2,5

3,0

Distriktssköterskan kontaktar dig angående Dagny, 70 år. Distriktssköterskan delar dosett till Dagny och känner henne väl. Dagny har blivit förändrad sista tiden, verkar stundtals förvirrad och har blivit glömsk. Dagny har haft en del besvär från urinvägarna tidigare och ett urinprov visar nu positiv nitrit och en hel del leukocyter. CRP är normal.

Urinen luktar starkt, men Dagny har inte klagat över besvär med urinvägarna utan uppger sig må bra.

Du tror inte att en eventuell urinvägsinfektion kan förklara Dagnys symptom och ger därför primärt ingen behandling, men skickar en odling.

Distriktssköterskan berättar att Dagny glömt spisplattan på vid åtminstone ett par tillfällen och att hon känner sig tveksam till om Dagny skulle klara sig själv utan makens hjälp. Enligt distriktssköterskan undrar maken om det kan vara demens men har inte vidtagit några åtgärder eftersom Dagny säger sig må bra.

Maken är med vid läkarbesöket och kan lämna viktiga anamnestiska uppgifter.

Det framkommer att Dagny har varit glömsk en längre tid. Hon har ofta svårt att komma ihåg namn och glömmet spisplattan på. Hon är mera tystlåten och har slutat läsa dagstidningen. Dagny behandlas för hypertoni sedan många år och har Waran för förmaksflimmer sedan ett par år. Hon har dock inte haft någon stroke så vitt man vet. Hon har också behandling för trängningsinkontinens och gonartros. I anamnesen finns ingen uppgift om skalltrauma. Dagny står på följande läkemedel:

Waran 2,5 mg enligt särskild ordination

Enalapril 10 mg en tablett dagligen mot högt blodtryck

Detrusitol 2 mg dagligen mot täta urinträngningar

Flunitrazepam 1 mg till natten mot insomningssvårigheter

Diklofenak 25 mg 1 -3 gånger dagligen vid behov mot värk i lederna

2.3.1 Du tittar igenom Dagnys läkemedelslista. Hittar du några problem med den? Vilka åtgärder vidtar du? Motivera! (2 p)

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

2.3.2 Vad tittar du specifikt efter i status? Motivera. (2 p)

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

Distriktssköterskan kontaktar dig angående Dagny, 70 år. Distriktssköterskan delar dosett till Dagny och känner henne väl. Dagny har blivit förändrad sista tiden, verkar stundtals förvirrad och har blivit glömsk. Dagny har haft en del besvär från urinvägarna tidigare och ett urinprov visar nu positiv nitrit och en hel del leukocyter. CRP är normal.

Urinen luktar starkt, men Dagny har inte klagat över besvär med urinvägarna utan uppger sig må bra.

Du tror inte att en eventuell urinvägsinfektion kan förklara Dagnys symptom och ger därför primärt ingen behandling, men skickar en odling.

Distriktssköterskan berättar att Dagny glömt spisplattan på vid åtminstone ett par tillfällen och att hon känner sig tveksam till om Dagny skulle klara sig själv utan makens hjälp. Enligt distriktssköterskan undrar maken om det kan vara demens men har inte vidtagit några åtgärder eftersom Dagny säger sig må bra.

Maken är med vid läkarbesöket och kan lämna viktiga anamnestiska uppgifter.

Det framkommer att Dagny har varit glömsk en längre tid. Hon har ofta svårt att komma ihåg namn och glömmet spisplattan på. Hon är mera tystlåten och har slutat läsa dagstidningen. Dagny behandlas för hypertoni sedan många år och har Waran för förmaksflimmer sedan ett par år. Hon har dock inte haft någon stroke så vitt man vet. Hon har också behandling för trängningsinkontinens och gonartros. I anamnesen finns ingen uppgift om skalltrauma.

Du gör en del justeringar i läkemedelslistan, sätter bl.a. ut Detrusitol som kan ge kognitionsstörningar. I status finner du en kompenserad magerlagd äldre kvinna med neutral grundstämning. Hon svarar med viss latens och hon har ibland svårt att hitta orden. Vid översiktlig bedömning är dock Dagny orienterad i tid och rum. Hjärta u.a. frånsatt flimmer, frekvens 70/minut. Blodtryck 146/ 90 och neurologstatus u.a.

2.4.1 Förutom de blodprover du tar som screening på grund av ålder och tidigare sjukdomar beställer du tre prover som vanligen ingår i demensutredning. Vilka 3 prover är det? Motivera! (1 p)

0,0

0,5

1,0

2.4.2 Vilka två vanligt förekommande enkla neuropsykologiska test bör göras för att bedöma Dagnys kognition med avseende på diagnosen demens? Vilka är testen och vad testar de? (2 p)

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

Distriktssköterskan kontaktar dig angående Dagny, 70 år. Distriktssköterskan delar dosett till Dagny och känner henne väl. Dagny har blivit förändrad sista tiden, verkar stundtals förvirrad och har blivit glömsk. Dagny har haft en del besvär från urinvägarna tidigare och ett urinprov visar nu positiv nitrit och en hel del leukocyter. CRP är normal.

Urinen luktar starkt, men Dagny har inte klagat över besvär med urinvägarna utan uppger sig må bra.

Du tror inte att en eventuell urinvägsinfektion kan förklara Dagnys symptom och ger därför primärt ingen behandling, men skickar en odling.

Distriktssköterskan berättar att Dagny glömt spisplattan på vid åtminstone ett par tillfällen och att hon känner sig tveksam till om Dagny skulle klara sig själv utan makens hjälp. Enligt distriktssköterskan undrar maken om det kan vara demens men har inte vidtagit några åtgärder eftersom Dagny säger sig må bra. Maken är med vid läkarbesöket och kan lämna viktiga anamnestiska uppgifter.

Det framkommer att Dagny har varit glömsk en längre tid. Hon har ofta svårt att komma ihåg namn och glömmet spisplattan på. Hon är mera tystlåten och har slutat läsa dagstidningen. Dagny behandlas för hypertoni sedan många år och har Waran för förmaksflimmer sedan ett par år. Hon har dock inte haft någon stroke så vitt man vet. Hon har också behandling för trängningsinkontinens och gonartros. I anamnesen finns ingen uppgift om skalltrauma. Du gör en del justeringar i läkemedelslistan, sätter bl.a. ut Detrusitol som kan ge kognitionsstörningar. I status finner du en kompenserad magerlagd äldre kvinna med neutral grundstämning. Hon som svarar med viss latens och har ibland svårt att hitta orden. Vid översiktlig bedömning är dock Dagny orienterad i tid och rum. Hjärta u.a. frånsett flimmer, frekvens 70/minut. Blodtryck 146/ 90 och neurologstatus u.a.

Din labscreening för demens var u.a. Minimentaltest (MMT) visar 23 poäng av 30 möjliga och på klocktestet ritade Dagny en urtavla men satte visarna fel. Sedan Dagny varit utan Detrusitol en vecka görs ett nytt MMT test i hemmiljö med resultat 24 poäng. Hennes trängningsbesvär har, så vitt bedömbart, inte försämrats sedan Detrusitol sattes ut.

2.5.1 Du summerar upp resultaten av dina undersökningar hittills och bedömer att det sannolikt är demens Dagny lider av. Vilka är de två vanligaste formerna av demens? (1 p)

0,0
0,5
1,0

2.5.2 Vilka differentialdiagnoser överväger du i första hand till demens hos Dagny? Motivera! (1 p)

0,0
0,5
1,0

2.5.3 Finns det något psykometriskt test och/eller någon undersökning du skulle vilja komplettera med ur differentialdiagnostisk synvinkel? Motivera! (1 p)

0,0
0,5
1,0

Distriktssköterskan kontaktar dig angående Dagny, 70 år. Distriktssköterskan delar dosett till Dagny och känner henne väl. Dagny har blivit förändrad sista tiden, verkar stundtals förvirrad och har blivit glömsk. Dagny har haft en del besvär från urinvägarna tidigare och ett urinprov visar nu positiv nitrit och en hel del leukocyter. CRP är normal. Urinen luktar starkt, men Dagny har inte klagat över besvär med urinvägarna utan uppger sig må bra. Du tror inte att en eventuell urinvägsinfektion kan förklara Dagnys symptom och ger därför primärt ingen behandling, men skickar en odling. Distriktssköterskan berättar att Dagny glömt spisplattan på vid åtminstone ett par tillfällen och att hon känner sig tveksam till om Dagny skulle klara sig själv utan makens hjälp. Enligt distriktssköterskan undrar maken om det kan vara demens men har inte vidtagit några åtgärder eftersom Dagny säger sig må bra. Maken är med vid läkarbesöket och kan lämna viktiga anamnestiska uppgifter.

Det framkommer att Dagny har varit glömsk en längre tid. Hon har ofta svårt att komma ihåg namn och glömmet spisplattan på. Hon är mera tystlåten och har slutat läsa dagstidningen. Dagny behandlas för hypertoni sedan många år och har Waran för förmaksflimmer sedan ett par år. Hon har dock inte haft någon stroke så vitt man vet. Hon har också behandling för trängningsinkontinens och gonartros. I anamnesen finns ingen uppgift om skalltrauma. Du gör en del justeringar i läkemedelslistan, sätter bl.a. ut Detrusitol som kan ge kognitionsstörningar. I status finner du en kompenserad magerlagd äldre kvinna med neutral grundstämning. Hon som svarar med viss latens och har ibland svårt att hitta orden. Vid översiktlig bedömning är dock Dagny orienterad i tid och rum. Hjärta u.a. frånsett flimmer, frekvens 70/minut. Blodtryck 146/90 och neurologstatus u.a. Din labscreening för demens var u.a. Minimentaltest (MMT) visar 23 poäng av 30 möjliga och på klocktestet ritade Dagny en urtavla men satte visarna fel. Sedan Dagny varit utan Detrusitol en vecka görs ett nytt MMT test i hemmiljö med resultat 24 poäng. Hennes trängningsbesvär har, så vitt bedömbart, inte försämrats sedan Detrusitol sattes ut.

CT skalle visar en för åldern rätt normal bild, inga gamla infarkter. Depressionsbedömning med HAD tyder inte på depression.

2.6.1 Du bestämmer dig för att bilden stämmer bäst med Alzheimerdemens i relativt tidigt stadium. Substanserna donepezil, galantamin och rivastigmin ingår i läkemedel som rekommenderas för behandling av lätt till måttlig Alzheimerdemens. Vad kallas den typen av substanser och hur verkar de?

(1 p)

0,0

0,5

1,0

2.6.2 Läkemedelsbehandling hjälper inte alla och effekten är begränsad. Vad skall förutom prov-behandling med läkemedel göras i omhändertagandet av Dagny?

(1 p)

0,0

0,5

1,0

2.6.3 Det är ett par saker av medikolegal karaktär du måste ta ställning till nu, när Dagny fått en demensdiagnos. Vilka två saker är det?

(2 p)

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

FALL 3

Lägg även detta ark på golvet -

det underlättar din uppdelning av skrivningen inför inlämningen.

Du arbetar som AT-läkare på ett mellanstort länssjukhus och är primärjour på kirurgiska kliniken för kvällen och natten. Bakjour som vistas i hemmet finns förstås att konsultera.

En tidigare väsentligen frisk 35-årig kvinna söker med låg buksmärta sedan knappt 1 dygn. Hon har kräkts under dagen och haft temp 37,8 i hemmet. Lite lös i magen och känt sig svimfärdig då hon står upprätt, hon vill dock helst gå lite framåtlutad. Hon har tagit en Treo på morgonen som inte hjälpt något nämnvärt. På sköterskornas intagningslapp kan man läsa: Temp 38,0, puls 95. BT 115/55. Urinsticka visar: Röda 3+, Vita 2+ Nitrit neg, mild ketonuri och Pro+.

3.1.1 Vilka ytterligare anamnestiska uppgifter vill du ha?

(2 p)

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

Du undersöker patienten och finner:

Status: AT: lätt smärtpåverkad i vila. Blek. Måttlig obesitas.

Cor: Regelbunden rytm, inga blåsljud.

BT 110/50. Puls: 90.

Pulm: Normala andningsljud bilateralt.

Buk: Vid undersökningen av buken ses en lätt uppdrivning, inga ärr efter tidigare operationer, det hörs sparsamt med tarmljud, mjuk vid palpation men påtagligt öm lågt ner nedom naveln utan uppenbar fokal peritonit. Det är svårt att urskilja PM (punctum maximum) för smärtan, du bestämmer dig dock för att det finns en viss övervikt mot hö fossa.

PR: Undersökningen gör ont och pat anger smärta både åt vänster och åt höger, inget patologiskt att palpera i rektalslemhinnan.

3.1.2 Vilka differentialdiagnoser tänker du på nu och vilka prover beställer du? Motivera!

(3 p)

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

2,5

3,0

Du arbetar som AT-läkare på ett mellanstort länssjukhus och är primärkirurgjour för kvällen och natten. Bakjour som vistas i hemmet finns förstås att konsultera.

En tidigare väsentligen frisk 35-årig kvinna söker med låg buksmärta sedan knappt 1 dygn. Hon har kräkts under dagen och haft temp 37,8 i hemmet. Lite lös i magen och känt sig svimfärdig då hon står upprätt, hon vill dock helst gå lite framåtlutad. Hon har tagit en Treo på morgonen som inte hjälpt något nämnvärt. På sköterskornas intagningslapp kan man läsa: Temp 38,0, puls 95 och BT 110/50.

Urinsticka visar: Röda 3+, Vita 2+ Nitrit neg, mild ketonuri och Pro+

Du undersöker patienten och finner:

Status: AT: lätt smärtpåverkad i vila. Blek. Måttlig obesitas. Cor: Regelbunden rytm, inga blåsljud. Puls: 90. Pulm: Normala andningsljud bilateralt.

Buk: Vid undersökningen av buken ses en lätt uppdrivning, inga ärr efter tidigare operationer, det hörs sparsamt med tarmljud, mjuk vid palpation men påtagligt öm lågt ner nedom naveln utan uppenbar fokal peritonit. Det är svårt att urskilja PM (punctum maximum) för smärtan, du bestämmer dig dock för att det finns en viss övervikt mot hö fossa.

PR: Undersökningen gör ont och pat anger smärta både åt vänster och åt höger, inget patologiskt att palpera i rektalslehhinnan.

Lab-svaret från blodprovstagningen kommer efter 2 tim och visar:

B-Hb 100 (117-153 g/L),	B-LPK 13 (3,5-8,8 10 ⁹ /L)
B-TPK 320 (165-387 10 ⁹ /L)	B-EVF 43 (0,35-0,46)
S-Natrium 138 (137-145 mmol/L)	S-Kalium 3,9 (3,6-4,6 mmol/L)
S-Kreatinin 85 (<90 umol/L)	S-Albumin 34 (36-48 g/L)
S-Glukos 4,8 (4,0-6,0 mmol/L)	S-ASAT 0,43 (<0,61 ukat/L)
S-ALAT 0,5 (<0,76 ukat/L)	S-GT 0,3 (<0,76 ukat/L)
S-Bil 15 (<26 umol/L)	CRP 17 (<8)

Patienten har inte sett blod i avföringen, ingen gastroenterit i omgivningen, har normalt oregelbunden mens då hon tränar och stressar mycket. Smärtan av molande-huggande karaktär har kommit relativt plötsligt och sitter lågt i buken.

Sköterskan kommer efter en stund in till dig och berättar att gravtestet är positivt, patienten har även svimmat en kort stund, då man skulle hjälpa henne från toaletten till britsen på undersökningsrummet.

3.2.1 Vilket potentiellt livshotande tillstånd vill du utesluta direkt och varför? (1 p)

0,0

0,5

1,0

Du arbetar som AT-läkare på ett mellanstort länssjukhus och är primärkirurgjour för kvällen och natten. Bakjour som vistas i hemmet finns förstås att konsultera.

En tidigare väsentligen frisk 35-årig kvinna söker med låg buksmärta sedan knappt 1 dygn. Hon har kräkts under dagen och haft temp 37,8 i hemmet. Lite lös i magen och känt sig svimfärdig då hon står upprätt, hon vill dock helst gå lite framåt lutad. Hon har tagit en Treo på morgonen som inte hjälpt något nämnvärt. På sköterskornas intagningslapp kan man läsa: Temp 38,0, puls 95 och BT 110/50.

Urinsticka visar: Röda 3+, Vita 2+ Nitrit neg, mild ketonuri och Pro+

Du undersöker patienten och finner:

Status: AT: lätt smärtpåverkad i vila. Blek. Måttlig obesitas. Cor: Regelbunden rytm, inga blåsljud. Puls: 90.

Pulm: Normala andningsljud bilateralt.

Buk: Vid undersökningen av buken ses en lätt uppdrivning, inga ärr efter tidigare operationer, det hörs sparsamt med tarmljud, mjuk vid palpation men påtagligt öm lågt ner nedom naveln utan uppenbar fokal peritonit. Det är svårt att urskilja PM (punctum maximum) för smärtan, du bestämmer dig dock för att det finns en viss övervikt mot hö fossa.

PR: Undersökningen gör ont och pat anger smärta både åt vänster och åt höger, inget patologiskt att palpera i rektalslehhinnan.

Lab-svaret från blodprovstagningen kommer efter 2 tim och visar:

B-Hb 100 (117-153 g/L), B-LPK 13 (3,5-8,8 10⁹/L), B-TPK 320 (165-387 10⁹/L), B-EVF 43 (0,35-0,46), S-Natrium 138 (137-145 mmol/L), S-Kalium 3,9 (3,6-4,6 mmol/L), S-Kreatinin 85 (<90 umol/L), S-Ca korr 2,3 (2,15-2,50 mmol/L), S-Albumin 34 (36-48 g/L), S-Glukos 4,8 (4,0-6,0 mmol/L), S-ASAT 0,43 (<0,61 ukat/L), S-ALAT 0,5 (<0,76 ukat/L), S-GT 0,3 (<0,76 ukat/L), S-Bil 15 (<26 umol/L), CRP 17 (<8)

Du bestämmer dig för att konsultera gyn-jouren eftersom du har en ung kvinna med låga oklara buksmärter och du vill till varje pris utesluta en extrauterin graviditet med blödning till fri bukhåla.

Gyn-konsultsvaret säger: normal tidig graviditet i cirka v. 6-7. Lite fri vätska ses i fossa Douglasi. Sammanfattningsvis inget gynekologiskt som kan förklara patientens akuta insjuknande.

3.3.1 Hur tänker du dig den fortsatta handläggningen? Motivera!

(3 p)

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

2,5

3,0

En tidigare väsentligen frisk 35-årig kvinna söker med låg buksmärta sedan knappt 1 dygn. Hon har kräkts under dagen och haft temp 37,8 i hemmet. Lite lös i magen och känt sig svimfärdig då hon står upprätt, hon vill dock helst gå lite framåtlutad. Hon har tagit en Treo på morgonen som inte hjälpt något nämnvärt. På sköterskornas intagningslapp kan man läsa: Temp 38,0, puls 95 och BT 110/50.

Urinsticka visar: Röda 3+, Vita 2+ Nitrit neg, mild ketonuri och Pro+

Status: AT: lätt smärtpåverkad i vila. Blek. Måttlig obesitas. Cor: Regelbunden rytm, inga blåsljud. Puls: 90.

Pulm: Normala andningsljud bilateralt. Buk: Vid undersökningen av buken ses en lätt uppdrivning, inga ärr efter tidigare operationer, det hörs sparsamt med tarmljud, mjuk vid palpation men påtagligt öm lågt ner nedom naveln utan uppenbar fokal peritonit. Det är svårt att urskilja PM (punctum maximum) för smärtan, du bestämmer dig dock för att det finns en viss övervikt mot hö fossa.

PR: Undersökningen gör ont och pat anger smärta både åt vänster och åt höger, inget patologiskt att palpera i rektalslemhinnan. Du har tänkt på akut kirurgisk åkomma som: Appendicit, Njursten, Salpingit, Ovarialtorsion, Cystit etc

Du väljer att beställa en ultraljudsundersökning av buken för att minimera den strålning för fostret som en CT skulle innebära. UL-undersökningen beskrivs som svår med skymd sikt pga ffa gasfyllda tarmslyngor och hennes måttliga övervikt, men visar trots detta en misstänkt appendicit då bihanget uppskattas till 12 mm i diameter och ser väggförtjockad ut. Viss inflammatorisk infiltration beskrivs i omgivande fettvävnad. Som bifynd ses intrauterin graviditet.

Du kan nu andas ut och känner dig nöjd med att ha fått en vanlig ”app-patient” trots att patienten nu för tillfället råkar vara gravid. När patienten väl är på avdelningen, mår hon ”oförskämt” bra och har dessutom ett helt opåverkat allmäntillstånd i vila. Det har blivit ganska sent och du väljer att observera patienten över natten, eftersom hon inte är hård vid palpation av buken, inte har hög feber och har ganska måttligt förhöjda inflammationsparametrar. Du föreslår konservativ behandling i det här fallet.

3.4.1 Kan du redogöra för vad ”Konservativ behandling” innebär när det gäller patient med appendicit?

Motivera din föreslagna behandling och eventuella ordinationer.

(3 p)

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

2,5

3,0

3.4.2 Vid vilken typ av appendicit kan man sakna muskelförsvaret, ha ringa buksmärta och ha hematuri

samt leukocyter på urinstickan?

(1 p)

0,0

0,5

1,0

Du arbetar som AT-läkare på ett mellanstort länssjukhus och är primärkirurgjour för kvällen och natten. Bakjour som vistas i hemmet finns förstås att konsultera.

En tidigare väsentligen frisk 35-årig kvinna söker med låg buksmärta sedan knappt 1 dygn. Hon har kräkts under dagen och haft temp 37,8 i hemmet. Lite lös i magen och känt sig svimfärdig då hon står upprätt, hon vill dock helst gå lite framåt lutad. Hon har tagit en Treo på morgonen som inte hjälpt något nämnvärt. På sköterskornas intagningslapp kan man läsa: Temp 38,0, puls 95 och BT 110/50.

Urinsticka visar: Röda 3+, Vita 2+ Nitrit neg, mild ketonuri och Pro+

Konservativ behandling innebär i det här fallet antibiotika, fasta med intravenöst dropp och observation för ändrat bukstatus med ompalpation på avdelningen samt även ny provtagning efter 8 timmar.

Patienten har behandlats med dropp, fasta. Antibiotika i form av i.v Claforan samt Flagyl för att täcka tarmpatogener och vilka inte är skadliga för fostret.

Tyvärr blir patienten sämre framåt morgontimmarna och stiger i temp till 39,4 grader samt CRP 220 trots Paracetamol och i.v antibiotikabehandling, dessutom är hon nu påtagligt försämrad i sitt AT varför du anmäler henne till operationsavdelningen.

Du har gjort ett 10-tal appendektomier tidigare och efter att ha konsulterat din bakjour påbörjar du ingreppet. Under operationen, efter ett s.k växelsnitt, finner du efter mödosamt letande en retrocoekalt belägen appendix med en distal rund tumörliknande uppdrivning i toppen och som i övrigt ser klart ”skyldig ut”, dvs. kärlinjicerad och väggförtjockad, patienten har en klar akut appendicit. Den retrocoekalt belägna appendiciten förklarar varför patienten hade hematuri.

Du uppskattar tumören distalt i appendix till ungefär 1 cm och du utför en appendectomi.

Vid uppklippning av preparatet finns det förutom en hård avföringsklump, en hel del slem i lumen och själva uppdrivningen i toppen har en svagt gulaktig nyans vid genomskärning.

3.5.1 Vad skulle ”tumören” kunna utgöras av om den är slembildande?

(1 p)

0,0

0,5

1,0

Du själv har aldrig sett någon liknande tumör i appendix varför den skickas till patologen.

3.5.2 Efter operationen har patienten smärta i sitt sår. Vad ordinerar du för smärtstillande?

Motivera!

(2 p)

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

Din patient tillfrisknar raskt och kan redan på eftermiddagen äta och dricka obehindrat, hon stannar dock kvar en natt extra, men kan sedan skrivas ut med endast Citodon som smärtlindrande, vilket hon själv får byta till Paracetamol efter 3-4 dagar.

Efter 14 dagar kommer ett utförligt svar från patologen och PAD säger att det föreligger en kronisk inflammation i toppen av appendix med inslag av akut inflammation som skulle kunna förklaras av att den varit avstängd av t ex. en fekalsten. Inga maligna celler kan påvisas som vid adenocarcinom, inget som skulle tala för en endokrint aktiv tumör och inget talande för slembildande mucocele med potentiell risk för metastasering.

När du ringer patienten på din lunch för att meddela PAD-svaret berättar hon att magen har skött sig bra och att såret har läkt, vilket gör att du känner dig lite extra stolt. Hon berättar även att hon ser fram emot att bli mamma och säger i samma andetag att hon mår bra i sin graviditet, men har upptäckt en hård oöm knöl på utsidan av höger bröstets överkant som hon själv förklarar nog har att göra med hennes graviditet. Du hade precis tänkt avsluta samtalet och äntligen få äta din lunchsmörgås som du haft i fickan, men hur går du nu vidare med den här informationen?

3.6.1 Vilken utredningsgång föreslår du med avseende på knölen i hennes bröst? (2 p)

0,0
0,5
1,0
1,5
2,0

3.6.2 Vilka svårigheter och risker bör man beakta när man väljer undersökningsmetod för gravida kvinnor? (2 p)

0,0
0,5
1,0
1,5
2,0

FALL 4

**Lägg även detta ark på golvet -
det underlättar din uppdelning av skrivningen inför inlämningen.**

Du är legitimerad läkare och arbetar på mottagningen vid en psykiatrisk klinik med öppenvård och slutenvård. Din nästa patient är en 29-årig kvinna, Mona. Mona är känd på klinikens mottagning där hon fått behandling mot återkommande depressioner. Mona söker för sömnproblem, oro, orkeslöshet och nedstämdhet.

Av journalen framkommer att Mona har haft liknande episoder vid fyra tidigare tillfällen under de senaste 4 åren, att hon behandlats med serotoninupptagshämmande läkemedel (SSRI) och att hon blivit bättre efter 2 -3 månaders behandling. Du ser i journalens senaste sammanfattning (skriven för 7 månader sedan) att hereditet, socialt, kroppsliga sjukdomar, tidigare missbruk, tidigare psykiatriska sjukdomar och given vård, suicidalitet är väl beskrivna och att diagnoser är noterade. Den senaste diagnosen var recidiverande egentlig depression.

Nu berättar Mona att hon mår sämre igen och detta trots att hon tagit sin medicinering som ordinerat.

4.1.1 Vilka frågor måste du ställa vid alla psykiatriska bedömningar framför allt om du tänker på riskbedömning och de juridiska skyldigheter du som läkare har? (2 p)

0
0,5
1,0
1,5
2,0

4.1.2 Vilka uppgifter behöver du få för att kunna avgöra om Mona ska läggas in på avdelning? (1 p)

0
0,5
1,0

4.1.3 Vilka prover ordinerar du? Motivera varje prov du uppger! (2 p)

0,0
0,5
1,0
1,5
2,0

Du är legitimerad läkare och arbetar på mottagningen vid en psykiatrisk klinik med öppenvård och slutenvård. Din nästa patient är en 29-årig kvinna, Mona. Mona är känd på klinikens a mottagning där hon fått behandling mot återkommande depressioner. Mona söker för sömnproblem, oro, orkeslöshet och nedstämdhet. Av journalen framkommer att Mona har haft liknande episoder vid fyra tidigare tillfällen under de senaste 4 åren, att hon behandlats med serotoninupptagshämmande läkemedel (SSRI) och att patienten blivit bättre efter 2 -3 månaders behandling. Du ser i journalens senaste sammanfattning (skriven för 7 månader sedan) att hereditet, socialt, kroppsliga sjukdomar, tidigare missbruk, tidigare psykiatriska sjukdomar och given vård, suicidalitet är väl beskrivna och att diagnoser är noterade. Den senaste diagnosen var recidiverande egentlig depression. Nu berättar Mona att hon mår sämre igen och detta trots att hon tagit sin medicinering som ordinerat.

I journalen noteras att Mona aldrig försökt suicidera och att hon endast vid ett tillfälle haft vaga suicidplaner. Du får genom dina frågor fram att Mona fortfarande har stadigt sällskap med en 32-årig man, att hon arbetar deltid i butik, studerar till ekonom, har körkort, men inte vapen. Hon och mannen letar efter större bostad för att flytta ihop.

Av din anamnes framkommer att Mona blivit försämrad under de senaste 2 - 3 veckorna, att hon nu har dödstankar dagligen, funderar på självmord flera gånger i veckan men att hon vill leva, inte har suicidplaner. Patienten känner igen förloppet sedan tidigare. Innan Mona blev försämrad mådde hon bra, hade gott om energi, fick mycket gjort men att Mona även då hade lite ångest, som hon tillskriver oron över att åter bli deprimerad. Mona söker nu eftersom hon helst inte vill bli inlagd och hoppas att hon kan få hjälp inom öppenvården.

4.2.1 Vilken preliminär diagnos ställer du? (1 p)

0,0
0,5
1,0

4.2.2 Vilka differentialdiagnoser kan komma i fråga? Ange tre psykiatriska diagnoser, skriv den mest sannolika först och skriv en kort motivering. Ange också en somatisk differentialdiagnos! (2 p)

0,0
0,5
1,0
1,5
2,0

4.2.3 Beskriv kort hur du differentierar mellan din preliminär diagnos och den differentialdiagnos som du anser vara mest sannolikt. Ange vilka frågor du ställer, vilka skattningsinstrument du kan använda och vilka prover som kan hjälpa dig. (2 p)

0,0
0,5
1,0
1,5
2,0

Du är legitimerad läkare och arbetar på mottagningen vid en psykiatrisk klinik med öppenvård och slutenvård. Din nästa patient är en 29-årig kvinna, Mona. Mona är känd på klinikens a mottagning där hon fått behandling mot återkommande depressioner. Mona söker för sömnproblem, oro, orkeslöshet och nedstämdhet.

Mona har haft liknande episoder vid fyra tidigare tillfällen under de senaste 4 åren, hon har behandlats med serotoninupptagshämmande läkemedel (SSRI) och har blivit bättre efter 2 -3 månaders behandling. Du ser i journalens senaste sammanfattning (skriven för 7 månader sedan) att hereditet, socialt, kroppsliga sjukdomar, tidigare missbruk, tidigare psykiatriska sjukdomar och given vård, suicidalitet är beskrivna och att diagnoser är noterade. Den senaste diagnosen var recidiverande egentlig depression.

Nu berättar Mona att hon mår sämre igen och detta trots att hon tagit sin medicinering som ordinerat.

Mona har aldrig försökt suicidera. Hon har vid ett tillfälle haft vaga suicidplaner. Mona har stadigt sällskap med en 32-årig man, hon arbetar deltid i butik, studerar till ekonom, har körkort, men inte vapen. Hon och mannen letar efter större bostad för att flytta ihop.

Mona har blivit försämrad under de senaste 2 - 3 veckorna: hon nu har dödstankar dagligen, funderar på självmord flera gånger i veckan; hon vill dock leva, inga suicidplaner. Patienten känner igen förloppet sedan tidigare. Innan försämringen mådde hon bra, hade gott om energi, fick mycket gjort. Mona hade även då lite ångest, som hon tillskriver oron över att åter bli deprimerad. Mona söker nu, eftersom hon helst inte vill bli inlagd och hoppas att hon kan få hjälp inom öppenvården.

Av journalgenomgången, anamnesen, psykiatriskt och somatiskt status ställer du preliminärt diagnosen recidiverande depression. Mona har tidigare endast behandlats med läkemedel (citalopram, sertralin och paroxetin) som dock inte förebyggt återinsjuknande.

4.3.1 Vad gör du? Skriv ett förslag på behandlingsplan. Glöm inte att ange uppföljning! (2 p)

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

Du är legitimerad läkare och arbetar på mottagningen vid en psykiatrisk klinik med öppenvård och slutenvård. Din nästa patient är en 29-årig kvinna, Mona. Mona är känd på klinikens a mottagning där hon fått behandling mot återkommande depressioner. Mona söker för sömnproblem, oro, orkeslöshet och nedstämdhet. Mona har haft liknande episoder vid fyra tidigare tillfällen under de senaste 4 åren, hon har behandlats med serotoninupptagshämmande läkemedel (SSRI) och har blivit bättre efter 2 -3 månaders behandling. Du ser i journalens senaste sammanfattning (skriven för 7 månader sedan) att hereditet, socialt, kroppsliga sjukdomar, tidigare missbruk, tidigare psykiatriska sjukdomar och given vård, suicidalitet är beskrivna och att diagnoser är noterade. Den senaste diagnosen var recidiverande egentlig depression. Nu berättar Mona att hon mår sämre igen och detta trots att hon tagit sin medicinering som ordinerat. Mona har aldrig försökt suicidera. Hon har vid ett tillfälle haft vaga suicidplaner. Mona har stadigt sällskap med en 32-årig man, hon arbetar deltid i butik, studerar till ekonom, har körkort, men inte vapen. Hon och mannen letar efter större bostad för att flytta ihop. Mona har blivit försämrad under de senaste 2 - 3 veckorna: hon nu har dödstankar dagligen, funderar på självmord flera gånger i veckan; hon vill dock leva, inga suicidplaner. Patienten känner igen förloppet sedan tidigare. Innan försämringen mådde hon bra, hade gott om energi, fick mycket gjort. Mona hade även då lite ångest, som hon tillskriver oron över att åter bli deprimerad. Mona söker nu ,eftersom hon helst inte vill bli inlagd och hoppas att hon kan få hjälp inom öppenvården. Av journalgenomgången, anamnesen, psykiatriskt och somatiskt status ställer du preliminärt diagnosen recidiverande depression. Mona har tidigare endast behandlats med läkemedel (citalopram, sertraline, och paroxetin) som dock inte förebyggt återinsjuknande.

Fyra månader senare: Du har vid ovan beskrivna besöket bytt ut SSRI mot SNRI. Mona har påbörjat KBT och har redan genomfört 8 terapisesioner, men uteblivit från senaste sessionen för en vecka sedan. Vid tidigare uppföljningar noterade du en klar förbättring efter en och tre månaders behandling. Nu kommer Mona på ett akut återbesök tillsammans med sin sambo.

Mona är mycket glad, mer utmanande klädd än tidigare, pratar animerat och mycket. Sambon berättar att situationen hemma har blivit sämre: Mona sover mycket lite, har en betydligt högre energinivå, pratar mycket mer än tidigare, har satt igång flera projekt och pengarna tar slut mycket snabbt. Under detta samtal avbryter Mona sin sambo flera gånger, anklagar honom för att inte unna henne att må bra och att hon är så glad att inte vara ”deppad” längre. Hon bekräftar sambons uppgifter, men säger också att hon nu mår bra och undrar om det inte är mycket bättre med deras sexliv nu? Sambon ser plågad ut ...

4.4.1 Du inser att Mona har slagit om i grundstämning och att hon antingen är hypoman eller manisk. Beskriv kort skillnaderna mellan en hypoman och en manisk episod! (1 p)

0,0
0,5
1,0

4.4.2 Beskriv kort hur du utreder Monas bipolära syndrom: vilka laboratorieprover du tar inför läkemedelsbehandling och vilka somatiska och psykiatriska tillstånd du måste utesluta resp. belysa (samsjuklighet). (2 p)

0,0
0,5
1,0
1,5
2,0

Du är legitimerad läkare och arbetar på mottagningen vid en psykiatrisk klinik med öppenvård och slutenvård. Mona, en 29-årig kvinna, är känd på klinikens mottagning där hon fått behandling mot återkommande depressioner. För fyra månader sedan ställde du preliminärt diagnosen recidiverande depression.

Vid ovan beskrivna besök bytte du SSRI mot SNRI. Mona har påbörjat KBT och har redan genomfört 8 terapisesioner men uteblivit från senaste sessionen för en vecka sedan. Vid tidigare uppföljningar noterade du en klar förbättring efter en och tre månaders behandling. Nu kommer Mona på ett akut återbesök tillsammans med sin sambo.

Mona är mycket glad, mer utmanande klädd än tidigare, pratar animerat och mycket. Sambon berättar att situationen hemma har blivit sämre: Mona sover mycket lite, har en betydligt högre energinivå, pratar mycket mer än tidigare, har satt igång flera projekt och att pengarna tar slut mycket snabbt. Under detta samtal avbryter Mona sin sambo flera gånger, anklagar honom för att inte unna henne att må bra och att hon är så glad att inte vara "deppad" längre. Hon bekräftar sambons uppgifter, men säger också att hon nu mår bra och undrar om det inte är mycket bättre med deras sexliv nu? Sambon ser plågad ut ...

Sambon och Mona är överens om att Monas tillstånd utvecklades under de senaste 7 – 8 dagarna. Vid närmare genomgång framkommer att Mona har en betydligt bättre självkänsla än tidigare, att hon sover ca 2 – 3 timmar/natt, att hon är mycket pratsam, att tankarna rusar fram, att hon har påbörjat men sällan avslutat olika projekt, att hon köpt kläder, skor, mat, böcker och CD-skivor för mer än 30 000 kronor, att hennes sexuella aktivitet ökat kraftigt, samtidigt som Mona själv anser att hon inte alls är sjuk. Mona nekar till allt missbruk, men sambon berättar att Mona har druckit öl och vin varje dag sedan 2 – 3 veckor. Du har tagit blodstatus (inkl. diff), S-kreatinin, elektrolytstatus, leverstatus, TSH, CDT och urintoxikologisk screening. Provsvarerna kommer under morgondagen. Du bedömer att Mona har en manisk episod och att denna maniska episod är en del av ett bipolärt syndrom.

4.5.1 Vilka läkemedel kan du använda i det akuta läget som föreligger nu för att minska Monas symtom? Ange minst två läkemedel. (1 p)

0,0

0,5

1,0

4.5.2 Vilka läkemedel kan du använda i den långsiktiga behandlingen av bipolära syndrom? Ange minst två andra läkemedel (jämfört med frågan ovan). (1 p)

0,0

0,5

1,0

Du är legitimerad läkare och arbetar på mottagningen vid en psykiatrisk klinik med öppenvård och slutenvård. Mona, en 29-årig kvinna, är känd på klinikens mottagning där hon fått behandling mot återkommande depressioner. För fyra månader sedan ställde du preliminärt diagnosen recidiverande depression.

Vid ovan beskrivna besök bytte du SSRI mot SNRI. Mona har påbörjat KBT och har redan genomfört 8 terapisesessioner men uteblivit från senaste sessionen för en vecka sedan. Vid tidigare uppföljningar noterade du en klar förbättring efter en och tre månaders behandling. Nu kommer Mona på ett akut återbesök tillsammans med sin sambo. Sambon berättar att situationen hemma har blivit sämre: Mona sover mycket lite, har en betydligt högre energinivå, pratar mycket mer än tidigare, har satt igång flera projekt och att pengarna tar slut mycket snabbt. Under detta samtal avbryter Mona sin sambo flera gånger, anklagar honom för att inte unna henne att må bra och att hon är så glad att inte vara "deppad" längre. Hon bekräftar sambons uppgifter, men säger också att hon nu mår bra. Sambon och Mona är överens om att Monas tillstånd utvecklades under de senaste 7 – 8 dagarna. Vid närmare genomgång framkommer att Mona har en betydligt bättre självkänsla än tidigare, att hon sover ca 2 – 3 timmar/natt, att hon är mycket pratsam, att tankarna rusar fram, att hon har påbörjat men sällan avslutat olika projekt, att hon köpt kläder, skor, mat, böcker och CD-skivor för mer än 30 000 kronor, att hennes sexuella aktivitet ökat kraftigt, samtidigt som Mona själv anser att hon inte alls är sjuk. Mona nekar till allt missbruk, men sambon berättar att Mona har druckit öl och vin varje dag sedan 2 – 3 veckor. Du har tagit nödvändiga prov och svaren kommer i morgon. Du bedömer att Mona har en manisk episod och att denna maniska episod är en del av ett bipolärt syndrom.

Du föreslår inläggning. Mona motsätter sig detta. Sambon försöker att övertala Mona. Mona blir efter en stund mer och mer agiterad. Hon kan inte förstå att hon ska stanna på sjukhuset, när hon nu mår så bra. När medicinering kommer på tal säger Mona att hon inte kan tänka sig att ta läkemedel alls. Sambon säger att han inte kan ha henne hemma i det skick hon är i just nu. Du beslutar dig att skriva vårdintyg. Detta är den sammanfattande (3:e) sidan i vårdintyget.

4.6.1 Fyll i blankettsidan baserat på din kunskap om patienten.

(3 p)

SAMMANFATTNING	De uppgifter och iakttagelser som ligger till grund för läkarens bedömning om förutsättningarna för tvångsvård. Avser vårdintyget 4 eller 11 § lagen om psykiatrisk tvångsvård skall förutsättningarna redovisas under 1, 2a och 3 samt även under 4 om vårdintyget avser 11 §.	0,0 1,0 2,0 3,0
	1) Den undersökte lider av allvarlig psykisk störning p.g.a.	
	2 a) Den undersökte är i oundgängligt behov av kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård och går inte att behandla i öppenvård (t.ex. i hemmet, i särskilda boendeformer, på behandlingshem eller på en sjukvårdsinrättning för somatisk vård) p.g.a.	
	2 b) Den undersökte är i behov av rättspsykiatrisk vård och går inte att behandla där denne nu är frihetsberövad(häkte, särskilt ungdomshem eller kriminalvårdsanstalt) p.g.a.: (inte aktuellt)	
	3) Den undersökte har följande inställning till erbjuden vård:	
4) Den undersökte kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon annan p.g.a.		