

# Examination efter läkares allmäntjänstgöring - Skriftligt prov

den 19 november 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 basinformationen.

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	9 delfrågor	sidor	1- 9
Fall 2	20 poäng	10 delfrågor	sidor	10-19
Fall 3	20 poäng	11 delfrågor	sidor	20-25
Fall 4	20 poäng	10 delfrågor	sidor	26-32

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.**

38-årig man söker på din VC för att han noterat nedsatt psykisk och fysisk ork senaste månaderna. Mannen arbetar som lärare sedan många år, nu med en ny årskull elever. Han har under början av hösten blivit mer andfådd vid promenader, har inte haft tid att motionera som vanligt, av och till haft huvudvärk som lindrats av analgetika. Mått relativt bra under sommaren, men tyckt att konditionen även då varit något påverkad. Mannen har gått förbi hos skolsköterskan, som uppmätte ett blodtryck 200/110 och föreslog läkarkontakt.

**1.1.1 Vilka frågor tycker du att det är väsentligt att ställa till patienten för att bättre kunna ta ställning till fortsatt handläggning? Preciserat vad anamnesen skall baseras på. (2 p)**

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

**1.1.2 Vad inriktar du dig särskilt på i din statusanteckning? Motivera. (2 p)**

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

38-årig man söker på din VC för att han noterat nedsatt psykisk och fysisk ork senaste månaderna. Mannen arbetar som lärare sedan många år, nu med en ny årskull elever. Han har under början av hösten blivit mer andfådd vid promenader, har inte haft tid att motionera som vanligt, av och till haft huvudvärk som lindrats av analgetika. Mått relativt bra under sommaren, men tyckt att konditionen även då varit något påverkad. Mannen har gått förbi hos skolsköterskan, som uppmätte ett blodtryck 200/110 och föreslog läkarkontakt.

I din anamnes framkommer följande: Hereditärt noteras hypertoni hos farmor. Mor/far samt en syster har normalt BT och tar inte några mediciner. Var på hälsokontroll för 3 år sedan och hade då normalt blodtryck och ”normala prover”. Stabil familjesituation, gift, två barn. Icke-rökare, måttligt med alkohol, inga bröstsmärtor. Motionerat en gång i veckan på Friskis o Sveltis, inte kommit igång med det den här hösten.

Mannen berättar adekvat om sig och sina symptom, är normalviktig och har inte någon vilodyspné eller perifera ödem, är något fuktig i huden, varm, inte någon tremor, inte någon ögonpåverkan, normalstor sköldkörtel utan resistenser. Hjärtat auskulteras utan anmärkning, puls 80 per min, BT 205/110 i liggande, 185/115 i stående. Inte något blåsljud i buken.

**1.2.1. Vilka enkla prover/undersökningar vill du primärt göra/beställa? Motivera. (2 p)**

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

*I din anamnes framkommer följande: Hereditärt noteras hypertoni hos farmor. Mor/far samt en syster har normalt BT och tar inte några mediciner. Var på hälsokontroll för 3 år sedan och hade då normalt blodtryck och "normala prover". Stabil familjesituation, gift, två barn. Icke-rökare, måttligt med alkohol, inga bröstsmärtor. Motionerat en gång i veckan på Friskis o Svettis, inte kommit igång med det den här hösten.*

*Mannen berättar adekvat om sig och sina symptom, är normalviktig och har inte någon vilodyspn eller perifera ödem, är något fuktig i huden, varm, inte någon tremor, inte någon ögonpåverkan, normalstor sköldkörtel utan resistenser. Hjärtat auskulteras utan anmärkning, puls 80 per min, BT 205/110 i liggande, 185/115 i stående. Inte något blåsljud i buken.*

Du får följande lab. svar: Hb 160, GT ua, Na är 140, K 2.9, kreatinin normalt, urinalbumin normalfynd, normala blodfetter. EKG visar tendens till vänsterkammarhypertrofi, för övrigt normalt.

**1.3.1 Vilken/vilka orsaker till hypertoni kan laboratorieproverna ovan vara förenligt med? (2 p)  
Vilka prover tar du för att utesluta/stärka din misstanke och hur förväntar du dig att resultaten utfaller vid resp. differentialdiagnos? (2 p)**

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

2,5

3,0

3,5

4,0

*I din anamnes framkommer följande: Hereditärt noteras hypertoni hos farmor. Mo /far samt en syster har normalt BT och tar inte några mediciner. Var på hälsokontroll för 3 år sedan och hade då normalt blodtryck och "normala prover". Stabil familjesituation, gift, två barn. Icke-rökare, måttligt med alkohol, inga bröstsmärtor. Motionerat en gång i veckan på Friskis o Svettis, inte kommit igång med det den här hösten.*

*Mannen berättar adekvat om sig och sina symptom, är normalviktig och har inte någon vilodyspné eller perifera ödem, är något fuktig i huden, varm, inte någon tremor, inte någon ögonpåverkan, normalstor sköldkörtel utan resistenser. Hjärtat auskulteras utan anmärkning, puls 80 per min, BT 200/110 i liggande, 185/115 i stående. Inte något blåsljud i buken.*

*Du får följande lab. svar: Hb 160, GT ua, Na är 140, K 2.9, kreatinin normalt, urinalbumin normalfynd, normala blodfetter. EKG visar tendens till vänsterkammahypertrofi, för övrigt normalt.*

Du överväger diagnosen primär hyperaldosteronism, men bestämmer dig för att först ta om elektrolyterna och det visar sig då att K var 3.9 (3.5-5.0).

Framkommer att patienten har besvärats av hjärtklappning av och till sedan 6 månader, han svettas ofta, framförallt nattetid. Har möjligen minskat något kg i vikt. De aktuella labsvaren visade Hb 161, Na 142, K 3.9, fasteglukos 6.5, albumin 43, kreatinin 64.

#### **1.4.1 Vilka lab undersökningar vill du nu göra? Motivera! (1 p)**

0,0

0,5

1,0

*I din anamnes framkommer följande: Hereditärt noteras hypertoni hos farmor. Mor/far samt en syster har normalt BT och tar inte några mediciner. Var på hälsokontroll för 3 år sedan och hade då normalt blodtryck och "normala prover". Stabil familjesituation, gift, två barn. Icke-rökare, måttligt med alkohol, inga bröstsmärtor. Motionerat en gång i veckan på Friskis o Svettis, inte kommit igång med det den här hösten.*

*Mannen berättar adekvat om sig och sina symptom, är normalviktig och har inte någon vilodyspne eller perifera ödem, är något fuktig i huden, varm, inte någon tremor, inte någon ögonpåverkan, normalstor sköldkörtel utan resistenser. Hjärtat auskulteras utan anmärkning, puls 80 per min, BT 200/110 i liggande, 185/115 i stående. Inte något blåsljud i buken.*

*Du får följande lab. svar: Hb 160, GT ua, Na är 140, K 2.9, kreatinin normalt, urinalbumin normalfynd, normala blodfetter. EKG visar tendens till vänsterkammarhypertrofi, för övrigt normalt.*

*Du överväger diagnosen primär hyperaldosteronism men bestämmer dig för att först ta om elektrolyterna och det visar sig då att K var 3.9 (3.5-5.0).*

*Framkommer att patienten har besvärats av hjärklappning av och till sedan 6 månader, han svettas ofta nattetid. Har möjligen minskat några kg i vikt. De aktuella labsvaren visade Hb 161, Na 142, K 3.9, fastglukos 6.5, albumin 43, kreatinin 64.*

U-Noradrenalin visade sig vara 3x övre ref gräns, u adrenalin 2x övre ref gräns.

**1.5.1 Vilken diagnos tror du att det rör sig om? Hur kompletterar du utredningen? Vilken farmakologisk behandling är lämplig mot bakgrund av laboratoriefynden? (3 p)**

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

2,5

3,0

## **Epilog**

Patienten hade en 2x2 cm stor tumör i vänster binjure som på CT hade en täthet förenlig med feokromocytom och inte som vid incidentalom, gavs före behandling alfa-blockerare o litet tillägg med Ca-blockerare; opererades utan komplikationer, PAD visade feokromocytom.

**Nästa fall** på din mottagning den dagen då mannen med ett feokromocytom kom på nybesök var en 30 årig kvinna som hade kontaktat mottagningen för en undersökning.

Kvinnan hade känt sig trött en tid, varit lite varm, av och till haft lite hjärtklappning. Patienten hade blivit bättre men inte bra, varit fortsatt trött och kände sig nu hängig, undrande. Du har talat med kvinnan på din telefontid och därefter ordinerat blodprover. Svaren förelåg nu inför läkarbesöket: Hb 122, Na, K, kreatinin normalt, TSH 8.9 mU/L (0,4-4), fT4 6 (12-22), blodsocker normalt, blodtryck 125/75.

**1.6.1 Hur reflekterar du över proverna och anamnesen? Vad vill du fråga om? (3 p)**

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

2,5

3,0

Nästa fall på din mottagning den dagen då mannen med ett feokromocytom kom på nybesök var en 30 årig kvinna som hade kontaktat mottagningen för en undersökning.

Kvinnan hade känt sig trött en tid, varit lite varm, av och till haft lite hjärtklappning. Patienten hade blivit bättre men inte bra, varit fortsatt trött och kände sig nu hängig, undrande. Du har talat med kvinnan på din telefontid och därefter ordinerat blodprover. Svaren förelåg nu inför läkarbesöket: Hb 122, Na, K, kreatinin normalt, TSH 8,9 mU/L (0,4-4), fT4 6 (12-22), blodsocker normalt, blodtryck 125/75.

Kvinnan hade fött barn för 5 månader sedan.

**1.7.1 Hur förklarar du för patienten vad som hänt, ger du någon behandling? (2 p)**

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

Nästa fall på din mottagning den dagen då mannen med feokromocytomet kom på nybesök var en 30 årig kvinna som hade kontaktat mottagningen för en undersökning.

Kvinnan hade känt sig trött en tid, varit lite varm och av o till lite hjärklappning, blivit bättre men inte bra, varit fortsatt trött och kände sig nu hängig, undrande. Du har talat med kvinnan på din telefontid och därefter ordinerat blodprover. Svaren förelåg nu inför läkarbesöket. Hb 122, Na K krea normalt, TSH 8.9 mU/L, fT4 6 (12-22), blodsocker normalt, blodtryck 125/75. Kvinnan hade fött barn för 5 månader sedan.

Patienten har drabbats av postpartumtyreoidit.

**1.8.1 Ge ett par exempel på annan sjuklighet som ibland kan förekomma hos en patient av detta slag. (1 p)**

0,0

0,5

1,0

## **FALL 2**

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

Du tjänstgör som AT-läkare på kirurgkliniken vid ett regionsjukhus och kallas under kvällen till akutmottagningen för att undersöka patienten Sofia Svensson, 71 år, som inkommit på grund av buksmärtor. Patienten behandlas med Enalapril för hypertoni, är hemmaboende med frisk make.

Sedan lunchtid har patienten haft buksmärtor.

**2.1.1 Vad frågar du om när du vill få fram en strukturerad smärtanamnes på en patient med buksmärtor? Motivera. (2 p)**

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

Patienten är smärtpåverkad. Cor/pulm ua. Buk palperas distinkt ömmande under höger arkus.

**2.2.1 Vilka diagnoser kan övervägas? Vad är typiskt för var och en av dessa? Behövs någon ytterligare undersökning eller prover? (2 p)**

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

Du tjänstgör som AT-läkare på kirurgkliniken vid ett regionsjukhus och kallas under kvällen till akutmottagningen för att undersöka patienten Sofia Svensson, 71 år, som inkommit på grund av buksmärtor. Patienten behandlas med Enalapril för hypertoni, är hemmaboende med frisk make. Sedan lunchtid har patienten haft buksmärtor. Patienten är smärtpåverkad. Cor/pulm ua. Buk palperas distinkt ömmande under höger arkus.

Du mäter temp som är 37.4, labprover visar CRP 5, normalt serumamylas, normala leverprover, normalt antal blodleukocyter, urinsticka ua - ingen hematuri.

**2.3.1 Vilken diagnos är mest sannolik? Vilken behandling ordinerar du? Vad avgör om en patient med denna diagnos eller sjukdomsbild behöver läggas in för observation? (2 p)**

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

Du tjänstgör som AT-läkare på kirurgkliniken vid ett regionsjukhus och kallas under kvällen till akutmottagningen för att undersöka patienten Sofia Svensson, 71 år, som inkommit på grund av buksmärtor. Patienten behandlas med Enalapril för hypertoni, är hemmaboende med frisk make. Sedan lunchtid har patienten haft buksmärtor. Patienten är smärtpåverkad. Cor/pulm ua. Buk palperas distinkt ömmande under höger arkus. Du mäter temp som är 37,4, labprover visar CRP 5, normalt serumamylas, normala leverprover, normalt antal blodleukocyter, urinsticka ua - ingen hematuri.

Patienten har temp 37,4, inga tecken på peritonitretning, blir smärfri på inj. Voltaren 50 mg och kan gå hem.

**2.4.1 Vilken uppföljning ordinerar du och vad ger du patienten för råd vid hemgång? (2 p)**

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

Du tjänstgör som AT-läkare på kirurgkliniken vid ett regionsjukhus och kallas under kvällen till akutmottagningen för att undersöka patienten Sofia Svensson, 71 år, som inkommit på grund av buksmärtor. Patienten behandlas med Enalapril för hypertoni, är hemmaboende med frisk make. Sedan lunchtid har patienten haft buksmärtor. Patienten är smärtpåverkad. Cor/pulm ua. Buk palperas distinkt ömmande under höger arkus. Du mäter temp som är 37,4, labprover visar CRP 5, normalt serumamylas, normala leverprover, normalt antal blodleukocyter, urinsticka ua - ingen hematuri. Patienten har temp 37,4, inga tecken på peritonitretning, blir smärtfri på inj. Voltaren 50 mg och kan gå hem.

Poliklinisk ultraljudsundersökning efter en vecka har visat flera stenar i gallblåsan. Tre veckor senare återkommer patienten när du återigen är nattjour med tilltagande buksmärtor sedan tre timmar som inte viker på stolpiller och feber 38,6. Hon är markant öm vid palpation under höger arkus, har ihållande smärta strålande ut till höger i ryggen, normal puls och blodtryck.

**2.5.1. Vilka tre olika orsaker till detta är mest sannolika? Beskriv vilka kliniska fynd och labprover som är typiska för var och en av dessa tre diagnoser. (2 p)**

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

Du tjänstgör som AT-läkare på kirurgkliniken vid ett regionsjukhus och kallas under kvällen till akutmottagningen för att undersöka patienten Sofia Svensson, 71 år, som inkommit på grund av buksmärtor. Patienten behandlas med Enalapril för hypertoni, är hemmaboende med frisk make. Sedan lunchtid har patienten haft buksmärtor. Patienten är smärtpåverkad. Cor/pulm ua. Buk palperas distinkt ömmande under höger arkus. Du mäter temp som är 37,4, labprover visar CRP 5, normalt serumamylas, normala leverprover, normalt antal blodleukocyter, urinsticka ua - ingen hematuri. Patienten har temp 37,4, inga tecken på peritonitretning, blir smärtfri på inj. Voltaren 50 mg, och kan gå hem. Poliklinisk ultraljudsundersökning efter en vecka har visat flera stenar i gallblåsan. Tre veckor senare återkommer patienten, när du återigen är nattjour, med tilltagande buksmärtor sedan tre timmar som inte viker på stolpiller och feber 38,6. Hon är markant öm vid palpation under höger arkus, har ihållande smärta strålande ut till höger i ryggen, normal puls och blodtryck.

Ingen peritonitretning påvisas.

Labprover visar bilirubin 64  $\mu\text{mol/l}$  (referens < 25), ALP 11  $\mu\text{kat/l}$  (referens < 1,8), ASAT 2,0  $\mu\text{kat/l}$  (referens < 0,60), ALAT 1,6  $\mu\text{kat/l}$  (referens < 0,75), pankreas-serumamylas 0,6 (referens < 1,1).

**2.6.1 Vilken orsak är mest sannolik? Vad ordinerar du? Vilken undersökning vill du göra och varför? (2 p)**

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

Du tjänstgör som AT-läkare på kirurgkliniken vid ett regionsjukhus och kallas under kvällen till akutmottagningen för att undersöka patienten Sofia Svensson, 71 år, som inkommit på grund av buksmärtor. Patienten behandlas med Enalapril för hypertoni, är hemmaboende med frisk make. Sedan lunchtid har patienten haft buksmärtor.

Patienten är smärtpåverkad. Cor/pulm ua. Buk palperas distinkt ömmande under höger arkus.

Du mäter temp som är 37,4, labprover visar CRP 5, normalt serumamylas, normala leverprover, normalt antal blodleukocyter, urinsticka ua - ingen hematuri.

Patienten har temp 37,4, inga tecken på peritonitretning, blir smärtfri på inj. Voltaren 50 mg och kan gå hem.

Poliklinisk ultraljudsundersökning efter en vecka har visat flera stenar i gallblåsan. Tre veckor senare återkommer patienten, när du återigen är nattjour, med tilltagande buksmärtor sedan tre timmar som inte viker på stolpiller och feber 38,6. Hon är markant öm vid palpation under höger arkus, har ihållande smärta strålande ut till höger i ryggen, normal puls och blodtryck. Ingen peritonitretning påvisas.

Labprover visar bilirubin 64  $\mu\text{mol/l}$  (referens < 25), ALP 11  $\mu\text{kat/l}$  (referens < 1,8), ASAT 2,0  $\mu\text{kat/l}$  (referens < 0,60), ALAT 1,6  $\mu\text{kat/l}$  (referens < 0,75), pankreas-serumamylas 0,6 (referens < 1,1).

Du lägger in patienten, ordinerar morfinanalgetika, antibiotika i.v., t.ex. Tazocin (piperacillin och tazobactam), fasta och i.v. infusion, Ringer eller Rehydrex, KAD, kontroll av urinmängder, puls blodtrycksmätning varannan timme under natten, och skriver remiss för akut ultraljudsundersökning/ alt. CT för att påvisa ev. blockerande konkrement eller gallvägsdilatation (att utföras inom 24 timmar).

Patienten går på röntgen först innan hon kommer till avdelningen för att få dropp och antibiotika. Ultraljud påvisar en lätt vidgad koledokus med en 10 mm stor distal sten.

När ultraljudsundersökningen är gjord, kontaktas du av sköterskan på avdelningen som meddelar att patienten försämrats, tempen har stigit till 39,3; blodtrycket som tidigare legat stabilt runt 140/80, har sjunkit till 100/60, pulsen har ökat från runt 90 till 120, och patienten ser blek ut och verkar frysa. Hon har inte klagat mer över buksmärtor. När du undersöker henne, är hon kall perifert, buken är mjuk, något öm under höger arkus som tidigare, urinmängden har minskat sista timmen.

### 2.7.1 Vad misstänker du nu har hänt? Vilka prover bör du ta, vad bör du ordinera? (2 p)

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

Du tjänstgör som AT-läkare på kirurgkliniken vid ett regionsjukhus och kallas under kvällen till akutmottagningen för att undersöka patienten Sofia Svensson, 71 år, som inkommit på grund av buksmärtor. Patienten behandlas med Enalapril för hypertoni, är hemmaboende med frisk make. Sedan lunchtid har patienten haft buksmärtor. Patienten är smärtpåverkad. Cor/pulm ua. Buk palperas distinkt ömmande under höger arkus. Du mäter temp som är 37,4, labprover visar CRP 5, normalt serumamylas, normala leverprover, normalt antal blodleukocyter, urinsticka ua - ingen hematuri. Patienten har temp 37,4, inga tecken på peritonitretning, blir smärtfri på inj. Voltaren 50 mg och kan gå hem. Poliklinisk ultraljudsundersökning efter en vecka har visat flera stenar i gallblåsan. Tre veckor senare återkommer patienten, när du återigen är nattjour, med tilltagande buksmärtor sedan tre timmar som inte viker på stolpiller och feber 38,6. Hon är markant öm vid palpation under höger arkus, har ihållande smärta strålände ut till höger i ryggen, normal puls och blodtryck. Ingen peritonitretning påvisas. Labprover visar bilirubin 64 µmol/l (referens < 25), ALP 11 µkat/l (referens < 1,8), ASAT 2.0 µkat/l (referens < 0,60), ALAT 1,6 µkat/l (referens < 0,75), pankreas-serumamylas 0,6 (referens < 1,1). Du lägger in patienten, ordinerar morfinanalgetika, antibiotika i.v., t.ex. Tazocin (piperacillin och tazobactam), fasta och i.v. infusion, Ringer eller Rehydrex, KAD, kontroll av urinmängder, puls blodtrycksmätning varannan timme under natten, och skriver remiss för akut ultraljudsundersökning/alt. CT för att påvisa ev. blockerande konkrement eller gallvägsdilatation (att utföras inom 24 timmar). Patienten går på röntgen först innan hon kommer till avdelningen för att få dropp och antibiotika. Ultraljud påvisar en lätt vidgad koledokus med en 10 mm stor distal sten. När ultraljudsundersökningen är gjord, kontaktas du av sköterskan på avdelningen som meddelar att patienten försämrats, tempen har stigit till 39,3; blodtrycket, som tidigare legat stabilt runt 140/80 har sjunkit till 100/60, pulsen har ökat från runt 90 till 120, och patienten ser blek ut och verkar frysa. Hon har inte klagat mer över buksmärtor. När du undersöker henne, är hon kall perifert, buken är mjuk, något öm under höger arkus som tidigare, urinmängden har minskat sista timmen.

Blodstatus som du beställt visar trombocyter 100 (referens 150-350), leukocyter 14 (referens 3,5-9), CRP 120, amylas normalt.

Patienten svarar snabbt på i.v. vätskebehandling och antibiotika med normalisering av puls, blodtryck och urinmängder; temp och trombocyter normaliseras efter något dygn och patienten kan återgå till avdelningen. Bilirubin kvarstående förhöjt till 80.

### 2.8.1 Vilken behandling vill du nu föreslå? (2 p)

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

Du tjänstgör som AT-läkare på kirurgkliniken vid ett regionsjukhus och kallas under kvällen till akutmottagningen för att undersöka patienten Sofia Svensson, 71 år, som inkommit på grund av buksmärtor. Patienten behandlas med Enalapril för hypertoni, är hemmaboende med frisk make. Sedan lunchtid har patienten haft buksmärtor. Patienten är smärtpåverkad. Cor/pulm ua. Buk palperas distinkt ömmande under höger arkus. Du mäter temp som är 37,4, labprover visar CRP 5, normalt serumamylas, normala leverprover, normalt antal blodleukocyter, urinsticka ua - ingen hematuri. Patienten har temp 37,4, inga tecken på peritonitretning, blir smärtfri på inj. Voltaren 50 mg, och kan gå hem. Poliklinisk ultraljudsundersökning efter en vecka har visat flera stenar i gallblåsan. Tre veckor senare återkommer patienten, när du återigen är nattjour, med tilltagande buksmärtor sedan tre timmar som inte viker på stolpiller och feber 38,6. Hon är markant öm vid palpation under höger arkus, har ihållande smärta strålände ut till höger i ryggen, normal puls och blodtryck. Ingen peritonitretning påvisas. Labprover visar bilirubin 64 µmol/l (referens < 25), ALP 11 µkat/l (referens < 1,8), ASAT 2.0 µkat/l (referens < 0,60), ALAT 1,6 µkat/l (referens < 0,75), pankreas-serumamylas 0,6 (referens < 1,1). Du lägger in patienten, ordinerar morfinanalgetika, antibiotika i.v., t.ex. Tazocin (piperacillin och tazobactam), fasta och i.v. infusion, Ringer eller Rehydrex, KAD, kontroll av urinmängder, puls blodtrycksmätning varannan timme under natten, och skriver remiss för akut ultraljudsundersökning/ alt. CT för att påvisa ev. blockerande konkrement eller gallvägsdilatation (att utföras inom 24 timmar) Patienten går på röntgen först, innan hon kommer till avdelningen för att få dropp och antibiotika. Ultraljud påvisar en lätt vidgad koledokus med en 10 mm stor distal sten. När ultraljudsundersökning är gjord, kontaktas du av sköterskan på avdelningen som meddelar att patienten försämrats, tempen har stigit till 39,3; blodtrycket, som tidigare legat stabilt runt 140/80, har sjunkit till 100/60, pulsen har ökat från runt 90 till 120, och patienten ser blek ut och verkar frysa. Hon har inte klagat mer över buksmärtor. När du undersöker henne, är hon kall perifert, buken är mjuk, något öm under höger arkus som tidigare, urinmängden har minskat sista timmen. Blodstatus som du beställt visar trombocyter 100 (referens 150-350), leukocyter 14 (referens 3,5-9), CRP 120, amylas normalt.

Vid ERCP, som görs ett par dagar senare, kan ett distalt koledokuskonkrement avlägsnas genom papillotomi och stenextraktion.

När patienten skall gå hem efter ytterligare några få dagar, är hon så nöjd med din handläggning att hon ber dig titta på en knöl hon känt på halsen i minst ett år. Du palperar en 2 x 2.5 cm stor, fast resistens i hö tyreoidealob, som är rörlig mot hud och underlag. Hon har inga besvär och tror det är en struma, och tycker själv inte det är oroande eftersom flera i släkten haft struma.

### 2.9.1 Vilken utredning vill du föreslå för detta? (2 p)

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

Du tjänstgör som AT-läkare på kirurgkliniken vid ett regionsjukhus och kallas under kvällen till akutmottagningen för att undersöka patienten Sofia Svensson, 71 år, som inkommit på grund av buksmärter. Patienten behandlas med Enalapril för hypertoni, är hemmaboende med frisk make. Sedan lunchtid har patienten haft buksmärter.

Patienten är smärtpåverkad. Cor/pulm ua. Buk palperas distinkt ömmande under höger arkus.

Du mäter temp som är 37,4, labprover visar CRP 5, normalt serumamylas, normala leverprover, normalt antal blodleukocyter, urinsticka ua - ingen hematuri.

Patienten har temp 37,4, inga tecken på peritonitretning, blir smärtfri på inj. Voltaren 50 mg och kan gå hem.

Poliklinisk ultraljudsundersökning efter en vecka har visat flera stenar i gallblåsan. Tre veckor senare återkommer patienten när du återigen är nattjour med tilltagande buksmärter sedan tre timmar som inte viker på stolpiller och feber 38,6. Hon är markant öm vid palpation under höger arkus, har ihållande smärta strålände ut till höger i ryggen, normal puls och blodtryck. Ingen peritonitretning påvisas.

Labprover visar bilirubin 64  $\mu\text{mol/l}$  (referens < 25), ALP 11  $\mu\text{kat/l}$  (referens < 1,8), ASAT 2.0  $\mu\text{kat/l}$  (referens < 0,60), ALAT 1,6  $\mu\text{kat/l}$  (referens < 0,75), pankreas-serumamylas 0,6 (referens < 1,1).

Du lägger in patienten, ordinerar morfinanalgetika, antibiotika i.v., t.ex. Tazocin (piperacillin och tazobactam), fasta och i.v. infusion, Ringer eller Rehydrex, KAD, kontroll av urinmängder, puls blodtrycksmätning varannan timme under natten, och skriver remiss för akut ultraljudsundersökning/ alt. CT för att påvisa ev. blockerande konkrement eller gallvägsdilatation (att utföras inom 24 timmar).

Patienten går på röntgen först innan hon kommer till avdelningen för att få dropp och antibiotika. Ultraljud påvisar en lätt vidgad koledokus med en 10 mm stor distal sten.

När ultraljudsundersökning är gjord kontaktas du av sköterskan på avdelningen som meddelar att patienten försämrats, tempen har stigit till 39,3; blodtrycket som tidigare legat stabilt runt 140/80 har sjunkit till 100/60, pulsen har ökat från runt 90 till 120, och patienten ser blek ut och verkar frysa. Hon har inte klagat mer över buksmärter. När du undersöker henne, är hon kall perifert, buken är mjuk, något öm under höger arkus som tidigare, urinmängden har minskat sista timmen. Blodstatus som du beställt visar trombocyter 100 (referens 150-350), leukocyter 14 (referens 3,5-9), CRP 120, amylas normalt. Vid ERCP, som görs ett par dagar senare, kan ett distalt koledokuskonkrement avlägsnas genom papillotomi och stenextraktion. När patienten skall gå hem efter ytterligare några få dagar, är hon så nöjd med din handläggning att hon ber dig titta på en knöl hon känt på halsen i minst ett år. Du palperar en 2 x 2.5 cm stor, fast resistens i hö tyreoidealob, som är rörlig mot hud och underlag. Hon har inga besvär och tror det är en struma, och tycker själv inte det är oroande eftersom flera i släkten haft struma.

Ultraljudsundersökning visar en välavgränsad, 2 x 2.5 cm stor hypoekogen förändring innehållande rikligt med mikroförcalkningar, tyreoideaprover är normala, cytologi visar papillär tyreoideacancer.

**2.10.1 Vilken kirurgisk behandling kommer patienten att få? Vilken kompletterande utredning kommer att göras, och vilken ytterligare behandling kommer att ges? Vilka prover kontrolleras under långtidsuppföljning av patienten? (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.**

Mahboubeh, 44 år, är en fyrabarnsmor, som söker dig på vårdcentralen för trötthet och svaghet i armar och ben. Samtalet sker genom kvinnlig tolk. Hon beskriver också smärtor i bäckenet och värk i fötterna. Besvären har funnits i flera år, men har gradvis tilltagit senaste året.

**3.1.1 Hur vill du komplettera anamnesen? (3 p)**

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

**3.1.2 Vad undersöker du särskilt i status? Motivera. (2 p)**

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

Mahboubeh, 44 år, är en fyrabarnsmor, som söker dig på vårdcentralen för trötthet och svaghet i armar och ben. Samtalet sker genom kvinnlig tolk. Hon beskriver också smärtor i bäckenet och värk i fötterna. Besvären har funnits i flera år, men har gradvis tilltagit senaste året.

Mahboubeh kommer från nordöstra Iran och har varit i Sverige i 4 år. Hon är gift och går på SFI. Har heltäckande traditionell klädsel från hemlandet inklusive huvudduk och långa ärmor.

Mahboubeh äter främst den sorts mat hon är van vid från hemlandet och undviker mjölk, eftersom hon får ont i magen av det.

Hon har fått svårare att gå, framför allt i trappor, och att hänga tvätt på smärtan och svaghetskänslan, däremot ingen specifik ledvärk. Ingen i släkten har liknande besvär. Hon har inte gått ner i vikt. Mensen är regelbunden och sparsam. Inga mag-tarmbesvär om hon undviker mjölk. Hon förnekar depressiva besvär.

*Status:* AT: Lätt överviktig. Går med en vaggande gång. I hjärt-lungstatus noteras inget anmärkningsvärt. Buk: u a. Vid prövning av muskelstyrka noterar du att hon har svårt att resa sig från sittande utan stöd. Hon har svårt att lyfta armarna över skulderplanet. Ledstatus och reflexer är normala. Sensibilitet normal.

Vid förra besöket togs rutinlabprover:

B-Hb 128 g/L, B-CRP < 8 mg/L, SR 12 mm, P-Kreatinin 50 µmol/L (NV 45 – 90), P-Kalium 3.9 mmol/L (NV 3,5-5,0), P-Glukos 5,8 mmol/L (NV 4-6).

### 3.2.1 Vilka labprover vill du komplettera med? Motivera. (2,5 p)

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

2,5

Mahboubeh, 44 år, är en fyrabarnsmor som söker dig på vårdcentralen för trötthet och svaghet i armar och ben. Samtalet sker genom kvinnlig tolk. Hon beskriver också smärtor i bäckenet och värk i fötterna. Besvären har funnits i flera år men gradvis tilltagit senaste året.

Hon har fått svårare att gå, framför allt i trappor, och att hänga tvätt på smärtan och svaghetskänslan, däremot ingen specifik ledvärk. Ingen i släkten har liknande besvär. Hon har inte gått ner i vikt. Mensen är regelbunden och sparsam. Inga mag-tarmbesvär om hon undviker mjölk. Hon förnekar depressiva besvär.

*Status:* AT: Lätt överviktig. Går med en vaggande gång. I hjärt-lungstatus noteras inget anmärkningsvärt. Buk: u a. Vid prövning av muskelstyrka noterar du att hon har svårt att resa sig från sittande utan stöd. Hon har svårt att lyfta armarna över skulderplanet. Ledstatus och reflexer är normala. Sensibilitet normal.

Rutinlabprover. B-Hb 128 g/L, B-CRP < 8 mg/L, SR 12 mm, P-Kreatinin 50 µmol/L (NV 45 – 90), P-Kalium 3.9 mmol/L (NV 3,5 – 5,0), P-Glukos 5,8 mmol/L (NV 4-6).

Kompletterande labprover:

P-Kobalamin 413 pmol/L (NV 120-700), P-Folat 25 nmol/L (NV >8), P-ALP 3,5 µkat/L, (NV 0,6 – 1,8), P-ALAT 0,8 µkat/L (NV 0,15 – 1,1), P-Ca 2,0 mmol/L (NV 2,15 – 2,50), P- Kreatinkinas 2,5 µkat/L (NV 0,6-3,5 ), S-TSH mIE/L 1,4 (NV 0,4 –4,0).

### 3.3.1 Vilka differentialdiagnostiska överväganden gör du utifrån provsvaren?

Motivera hur du tänker! (2,5 p)

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

2,5

### 3.3.2 Vilka laboratorieprover vill du komplettera med för att komma närmare diagnosen? (2 p)

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

Mahboubeh, 44 år, är en fyrabarnsmor, som söker dig på vårdcentralen för trötthet och svaghet i armar och ben. Samtalet sker genom kvinnlig tolk. Hon beskriver också smärtor i bäckenet och värk i fötterna. Besvären har funnits i flera år, men gradvis tilltagit senaste året.

Hon har fått svårare att gå, framför allt i trappor, och att hänga tvätt på smärtan och svaghetskänslan, däremot ingen specifik ledvärk. Ingen i släkten har liknande besvär. Hon har inte gått ner i vikt. Mensen är regelbunden och sparsam. Inga mag-tarmbesvär om hon undviker mjölk. Hon förnekar depressiva besvär.

*Status:* AT: Lätt överviktig. Går med en vaggande gång. I hjärt-lungstatus noteras inget anmärkningsvärt. Buk: u a. Vid prövning av muskelstyrka noterar du att hon har svårt att resa sig från sittande utan stöd. Hon har svårt att lyfta armarna över skulderplanet. Ledstatus och reflexer är normala. Sensibilitet normal.

Rutinlabprover: B-Hb 128 g/L, B-CRP < 8 mg/L, SR 12 mm, Krea 50 µmol/L (NV 45 – 90), P-Kalium 3.9 mmol/L (3,5-5,0), P-Glukos 5,8 mmol/L (NV 4-6).

Lab: P-Kobalamin 413 pmol/L (NV 120-700), P-Folat 25 nmol/L (NV >8), P-ALP 3,5 µkat/L, (NV 0,6 – 1,8), P-ALAT 0,8 µkat/L (NV 0,15 – 1,1), P-Ca 2,0 mmol/L (NV 2,15 – 2,50), P- Kreatinkinas 2,5 µkat/L (NV 0,6-3,5), S-TSH mIE/L 1,4 (NV 0,4 –4,0).

Förhöjt ALP i kombination med lågt kalcium för tankarna till metabolisk skelettsjukdom.

Du kompletterar med: P-Vitamin D, 25-OH 9 nmol/L (Brist: < 25) och P- PTH 6,2 pmol/L (NV 0,6 – 3,4).

### 3.4.1 Vilken diagnos misstänker du? (1 p)

0,0

0,5

1,0

### 3.4.2 Hur förklarar du sambandet mellan Vitamin D- och PTH-värdena? (1 p)

0,0

0,5

1,0

Mahboubeh, 44, är en fyrabarnsmor, som söker dig på vårdcentralen för trötthet och svaghet i armar och ben. Samtalet sker genom kvinnlig tolk. Hon beskriver också smärtor i bäckenet och värk i fötterna. Besvären har funnits i flera år, men gradvis tilltagit senaste året.

Hon har fått svårare att gå, framför allt i trappor, och att hänga tvätt på smärtan och svaghetskänslan, däremot ingen specifik ledvärk. Ingen i släkten har liknande besvär. Hon har inte gått ner i vikt. Mensen är regelbunden och sparsam. Inga mag-tarmbesvär om hon undviker mjölk. Hon förnekar depressiva besvär.

*Status:* AT: Lätt överviktig. Går med en vaggande gång. I hjärt-lungstatus noteras inget anmärkningsvärt. Buk: u a. Vid prövning av muskelstyrka noterar du att hon har svårt att resa sig från sittande utan stöd. Hon har svårt att lyfta armarna över skulderplanet. Ledstatus och reflexer är normala. Sensibilitet normal.

*Lab:* B-Hb 128 g/L, B-CRP < 8 mg/L, SR 12 mm, P-Kobalamin 413 pmol/L (NV 120-700), P-Folat 25 nmol/L (NV >8), P-ALP 3,5 µkat/L, (NV 0,6 – 1,8), P-ALAT 0,8 µkat/L (NV 0,15 – 1,1), P-Ca 2,0 mmol/L (NV 2,15 – 2,50), P-Kreatinkinas 2,5 µkat/L (NV 0,6-35), P-Kreatinin 50 µmol/L (NV 45 – 90), P-Kalium 3,9 mmol/L (NV 3,5-5,0), S-TSH mIE/L 1,4 (NV 0,4 – 4,0), P-Glukos 5,8 mmol/L (NV 4-6), P-Vitamin D 25-OH 9 nmol/L (Brist: < 25) och P-PTH 6,2 pmol/L (NV 0,6 – 3,4).

Diagnosen är osteomalaci. Lågt D-vitamin i kombination med förhöjt PTH talar för sekundär hyperparatyroidism.

**3.5.1 Beskriv översiktligt vilka morfologiska förändringar man förväntar sig vid dessa tillstånd i aktuella organ. (2 p)**

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

**3.5.2 Ange sannolika orsaker till varför hon fått detta. (2 p)**

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

**3.5.3 Föreslå lämplig behandling. (2 p)**

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

## **Epilog**

Fallet illustrerar D-vitaminbrist som kan drabba personer med heltäckande klädsel, härstammande från länder med stark solexposition när dessa kommer till solfattigare områden. D-vitamin bildas i huden under inverkan av solljus (70-80 % av dagsbehovet). Vid brist minskar absorptionen av kalcium från tarmen, vilket leder till försämrad mineralisering. Osteomalaci torde vara en underskattad orsak till muskuloskeletala smärtor hos dessa personer.

## **FALL 4**

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

Jonas är en 24-årig man, tidigare okänd för den psykiatriska vården, som nu söker psykiatrisk öppenvårdsmottagning där du vikarierar som underläkare. Han kommer tillsammans med sin fader. Han uppger nedstämdhet och tillägger likgiltigt, medan han ideligen vänder huvudet till vänster och betraktar böckerna i bokhyllan - att han inte längre har någon större lust att leva. Han har en lätt cp-skada med vänstersidig svaghet. I barndomen har han haft kontakt med habiliteringen. Jonas är nyligen undersökt av allm. läkare som konstaterat att, förutom den minimala cp-skadan, han är kroppsligt helt frisk.

Fadern tillägger att Jonas, som i barndomen varit "familjens geni", inte har något arbete och inga vänner och att han fortfarande bor hos sina föräldrar. Jonas sitter hela dagarna vid sin dator och avvisar all kontakt med människor. Enligt fadern är Jonas deprimerad och beter sig mycket märkligt, något måste göras, situationen är ohållbar.

#### 4.1.1 Hur vill du komplettera anamnesen? (3p)

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

2,5

3,0

Jonas är en 24-årig man, tidigare okänd för den psykiatriska vården, som nu söker psykiatrisk öppenvårdsmottagning där du vikarierar som underläkare. Han kommer tillsammans med sin fader. Han uppger nedstämdhet och tillägger likgiltigt, medan han ideligen vänder huvudet till vänster och betraktar böckerna i bokhyllan - att han inte längre har någon större lust att leva. Han har en lätt cp-skada med vänstersidig svaghet. I barndomen har han haft kontakt med habiliteringen. Jonas är nyligen undersökt av allm. läkare som konstaterat att, förutom den minimala cp-skadan, han är kroppsligt helt frisk. Fadern tillägger att Jonas, som i barndomen varit "familjens geni" inte har något arbete eller inga vänner och att han fortfarande bor hos sina föräldrar. Jonas sitter hela dagarna vid sin dator och avvisar all kontakt med människor. Enligt fadern är Jonas deprimerad och betar sig Jonas mycket märkligt, något måste göras, situationen är ohållbar.

Du penetrerar psykiatrisk och somatisk anamnes, vad fadern menar med "märkligt beteende" och koncentrerar dig på att uppskatta graden av symptom som patienten söker för; depression och suicidalitet.

Jonas har ett välvårdat språk, han uttrycker sig väl men entonigt, med en egenartad, gammaldags användning av ord. Han svarar alltid kortfattat på konkreta frågor men interagerar inte alls spontant eller emotionellt och undviker ögonkontakt, han vänder ideligen huvudet åt sidan och betraktar bokhyllan till vänster, samt stryker håret bakåt under hela samtalet. Han svarar att han har känt sig "deprimerad hela sitt liv". Han tror inte att någon egentligen vill umgås med honom, och att han inte heller behöver någon. Han tror sig vara "normal" men det tycker tydligen inte andra och det är det som gör honom nedstämd. Det är inte hans cp-skada som gör honom onormal, säger han. "Ingen vill vara med någon som mig". Enligt honom förekommer inte några psykiska åkommor i hans familj, men en avlägsen, nu sedan länge avliden släkting har varit autistisk. Jonas säger vidare att han helst umgås med äldre människor, jämnåriga intresserar honom inte. Han känner ingen som jämnårig som har samma intressen som han. Sedan barndomen har han intresserat sig för krigsstrategier och Napoleon. Han har inget utbyte av att diskutera sitt specialintresse med jämnåriga, men har kontakter på nätet som han diskuterar med om detta. Han har läst flera udda ämnen på universitet med goda betyg men det har inte lett till någon examen eller yrkesutbildning. Någon flickvän har han aldrig haft. Han "beställer tjejer på nätet när det behövs, om han har råd", säger han. Han har inget arbete och ingen ordnad sysselsättning, det intresserar honom inte att arbeta med vad som helst bara för att tjäna pengar. Fadern tillägger att Jonas är motoriskt klumpig och ointresserad av praktiska sysslor. Tillfrågad säger Jonas att det väl är "självförakt och pessimism som jag kallar för depression". Han vet inte om han någon gång under de senaste två veckorna känt sig glad, det verkar som om han inte riktigt förstår frågan, han vill veta exakt vad du menar med "någon gång" och med "glad". Han frågar vad ordet "ångest" betyder för dig och håller sedan en lång monolog om det mångsidiga i ordets betydelse. På frågan om självmordstankar säger han att han har tänkt på döden sedan tonåren men säger sig inte vara redo för att omsätta dessa i verklighet. Några hallucinationer eller vanföreställningar har han aldrig haft, säger han. Jonas påpekar att han inte vill ha några mediciner. Antidepressiva läkemedel har han fått tidigare av allmänläkare, "helt värdelösa" säger han, han har slutat att ta dessa.

#### 4.2.1 Vilka differentialdiagnostiska överväganden gör du utifrån det du fått fram?

Motivera utifrån symptom du har noterat. (3p)

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

2,5

3,0

Jonas är en 24-årig man som sökt psykiatrisk mottagning tillsammans med sin fader p.g. av nedstämdhet. Han uppgav att han inte har någon större lust att leva, varit deprimerad hela sitt liv, men inte har aktuella suicidavsikter. Han har inget arbete, inga vänner, bor hos sina föräldrar. Fadern berättar att Jonas psykiska hälsa har försämrats påtagligt under de senaste åren och att något måste göras, då situationen nu är ohållbar. Jonas sitter hela dagarna vid sin dator och avvisar all kontakt med andra människor, förutom föräldrarna.

Du har noterat bristen på emotionell kontakt, likgiltighet, entonigt, märkligt språk, stereotypa rörelser, specialintressen. Det finns autism i släkten. Av det Jonas berättar förstår du att Jonas tillstånd har funnits sedan länge, det rör sig inte om en nydebuterad depression, inte heller finns överhängande suicidrisk. Anamnes och aktuellt status tyder på en åkomma, ur det autistiska spektrat. Du misstänker Aspergers syndrom. Det kan även röra sig om kronisk depression/dystymi eller schizotypal personlighetsstörning, ev prodromalstadium av schizofreni.

Fadern frågar vad det rör sig om, det måste vara en sjukdom, om en så begåvad kille fastnar i ett sådant beteende? Du känner dig osäker på diagnosen.

#### **4.3.1 Hur fastställer man diagnosen i detta fall? (1p)**

0,0

0,5

1,0

Jonas är en 24-årig man som sökt psykiatrisk mottagning tillsammans med sin fader p.g. av nedstämdhet. Jonas uppger likgiltigt att han inte längre har någon större lust att leva, "varit deprimerad hela sitt liv", men inga aktuella suicidavsikter. Han har inget arbete, inga vänner, bor hos sina föräldrar. Fadern berättar att Jonas psykiska hälsa har försämrats påtagligt under de senaste åren och att något nu måste göras, då situationen är ohållbar. Jonas sitter hela dagarna med sin dator och avvisar all kontakt med andra människor, förutom föräldrarna.

Du har noterat bristen på emotionell kontakt, likgiltighet, entonigt, märkligt språk, stereotypa rörelser, specialintressen. Det finns autism i släkten. Jonas tillstånd har tydligen funnits sedan länge, det rör sig inte om en nydebuterad depression, inte heller finns överhängande suicidrisk. Anamnes och aktuellt status tyder på en åkomma ur det autistiska spektrat, närmast Aspergers syndrom. Det kan även röra sig om kronisk depression/dystymi eller schizotypal personlighetsstörning, ev prodromalstadium av schizofreni.

Du remitterar Jonas till Neuropsykiatrisk utredning för att fastställa diagnosen.

#### **4.4.1 Vilka undersökningar ingår i den neuropsykiatriska utredningen? (3p).**

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

#### **4.4.2 Vissa diagnoser fastställda i den neuropsykiatriska utredningen berättigar patienterna för rättigheter till samhällsinsatser som definieras i en lag. Vad heter lagen? (1 p).**

0,0  
0,5  
1,0

#### **4.4.3 Vilka rättigheter har patienterna enligt denna lag? (2 p)**

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

Jonas, en 24-årig man som bor hos sina föräldrar och som har sökt psykiatri för nedstämdhet, och "märkligt beteende". Han är passiv, nedstämd, har inget arbete. Av anamnesen framgår symptom på åkomma ur det neuropsykiatriska, autistiska spektrat, du misstänker i första hand Aspergers syndrom. Du har skrivit remiss till neuropsykiatrisk utredning.

Den neuropsykiatriska utredningen består av detaljerad psykiatrisk anamnes, neuropsykiatrisk status, neurologisk status, (motorik och perceptuell bedömning), psykologtestning och bedömning inkl. begåvningsstest, autismspecifika test, EEG, DT, bedömning av funktionsförmåga. (I vissa fall kromosomundersökning, ev. DNA analys, syn- och hörselundersökning.)

Förutom att fastställa diagnosen är det viktigt ur omhändertagandeperspektiv att känna till att patienter med vissa diagnoser har rättighet till insatser som definieras i LSS lagen (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade).

Utredningen bekräftar dina misstankar, att Jonas har Aspergers syndrom som orsakar höggradig nedsättning av funktionsförmågan i arbete, socialt och i andra viktiga avseenden.

#### **4.5.1 Vilken farmakologisk behandling för Aspergers syndrom känner du till? (1 p)**

0,0

0,5

1,0

Jonas 24 årig man med ett uttalad Aspergers syndrom, är trött, passiv och uppgiven. Han har inga vänner, inget arbete eller sysselsättning, bor hos sina föräldrar och isolerar sig från omgivningen.

Jonas har fått diagnosen Aspergers syndrom.

Du känner till att det inte finns någon specifik medicin mot Aspergers syndrom som är en medfödd åkomma, men du bedömer att i hans fall är både medicinering och åtgärder han har rätt till enl LSS lagen på sin plats.

**4.6.1 Hur ska nu Jonas behandlas a) farmakologiskt, b) och för att förbättra hans levnadsvillkor och delaktighet i samhällslivet? (3 p)**

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

2,5

3,0

**4.7.1 Nämn minst tre andra diagnoser, utöver Aspergers syndrom, som kan diagnostiseras redan i barndomen och sammanfattas under rubriken "Neuropsykiatriska störningar". (2 p)**

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

**4.7.2 Vid vilken/vilka av dessa åkommor anses farmakologisk behandling vara av värde redan i barndomen och med vilken grupp av farmaka? (1 p)**

0,0

0,5

1,0