

Examination efter läkares allmäntjänstgöring

- Skriftligt prov

den 18 november 2011

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, svårsläslig etc, meddela skrivvakten!

Fall 1	20 poäng	15 delfrågor	sidor	1 - 11
Fall 2	20 poäng	10 delfrågor	sidor	12 - 17
Fall 3	20 poäng	14 delfrågor	sidor	18 - 25
Fall 4	20 poäng	13 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.

63-årig brevbärare söker till medicinakuten på grund av andfåddhet. Han kommer i egen bil tillsammans med sin fru, som kör. Han är tidigare frisk, förutom att han har kostbehandlad diabetes mellitus samt genomgått en galloperation för flera år sedan. Symtomen började för ca 3 dagar sedan, då han kände att konditionen blev sämre och att han inte orkade genomföra sitt arbete ordentligt. Under brevbärarrundorna har han fått stanna till flera gånger på grund av andfåddhet. Har haft ca 38°C feber. Patienten har aldrig haft liknande besvär tidigare.

1:1:1 Hur vill du komplettera anamnesen? Vad frågar du efter och varför? (2p)

0
0,5
1
1,5
2

1:1:2 Vilka statusuppgifter är särskilt viktiga? Motivera! (2p)

0
0,5
1
1,5
2

63-årig brevbärare söker till medicinakuten på grund av andfåddhet. Han kommer i egen bil tillsammans med sin fru, som kör. Han är tidigare frisk, förutom att han har kostbehandlad diabetes mellitus samt genomgått en galloperation för flera år sedan. Symtomen började för ca 3 dagar sedan, då han kände att konditionen blev sämre och att han inte orkade genomföra sitt arbete ordentligt. Under brevbärarrundorna har han fått stanna till flera gånger på grund av andfåddhet. Har haft ca 38⁰C feber. Patienten har aldrig haft liknande besvär tidigare.

Vid anamnestagande får du fram att han inte varit sängliggande, han är inte nyligen opererad, ej haft venös trombos tidigare, ingen i omgivningen varit sjuk, röker ej, inga kända lung- eller hjärtsjukdomar. Han har däremot hostat upp blod vid två tillfällen senaste dagarna.

I status är patienten relativt opåverkad, andningsfrekvens 26/min, puls 104/min, blodtryck 134/76 mmHg, saturation 87% på luft. Hjärta, lungor och buk är i övrigt utan anmärkning. Benen är inte svullna.

1:2:1 Vilka ytterligare prover samt undersökningar vill du ta på akutmottagningen? (1,5p)

0
0,5
1
1,5

63-årig brevbärare söker till medicinakuten på grund av andfåddhet. Han kommer i egen bil tillsammans med sin fru, som kör. Han är tidigare frisk, förutom att han har kostbehandlad diabetes mellitus samt genomgått en galloperation för flera år sedan. Symtomen började för ca 3 dagar sedan då han kände att konditionen blev sämre och att han inte orkade genomföra sitt arbete ordentligt. Under brevbärarrundorna har han fått stanna till flera gånger på grund av andfåddhet. Har haft ca 38°C feber. Patienten har aldrig haft liknande besvär tidigare. Vid anamnestagande får du fram att han inte varit sängliggande, han är inte nyligen opererad, ej haft venös trombos tidigare, ingen i omgivningen varit sjuk, röker ej, inga kända lung- eller hjärtsjukdomar. Han har däremot hostat upp blod vid två tillfällen senaste dagarna. I status är patienten relativt opåverkad, andningsfrekvens 26/min, puls 104/min, blodtryck 134/76 mmHg, saturation 87% på luft. Hjärta, lungor och buk är i övrigt utan anmärkning. Benen är inte svullna.

Viktiga differentialdiagnoser är lungemboli, pneumoni och hjärtsvikt. Du beställer lab: Hb 137, LPK 9,4, TPK 441, Na, K, kreatinin är normalt. Troponin T 20 ng/L (ref <15), NTpro-BNP 550 ng/L (ref <194). PK-INR 1,0, APTT 42.

1:3:1 Du tar även ett EKG som visar kammarfrekvens på 110/min. Tolka det! (1p)

0
0,5
1

63-årig brevbärare söker till medicinakuten på grund av andfåddhet. Han kommer i egen bil tillsammans med sin fru, som kör. Han är tidigare frisk, förutom att han har kostbehandlad diabetes mellitus samt genomgått en galloperation för flera år sedan. Symtomen började för ca 3 dagar sedan då han kände att konditionen blev sämre och att han inte orkade genomföra sitt arbete ordentligt. Under brevbärarrundorna har han fått stanna till flera gånger på grund av andfåddhet. Har haft ca 38⁰C feber. Patienten har aldrig haft liknande besvär tidigare. Vid anamnestagande får du fram att han inte varit sängliggande, han är inte nyligen opererad, ej haft venös trombos tidigare, ingen i omgivningen varit sjuk, röker ej, inga kända lung- eller hjärtsjukdomar. Han har däremot hostat upp blod vid två tillfällen senaste dagarna. I status är patienten relativt opåverkad, andningsfrekvens 26/min, puls 104/min, blodtryck 134/76 mmHg, saturation 87% på luft. Hjärta, lungor och buk är i övrigt utan anmärkning. Benen är inte svullna. Viktiga differentialdiagnoser är lungemboli, pneumoni och hjärtsvikt. Du beställer lab: Hb 137, LPK 9,4, TPK 441, Na, K, kreatinin är normalt. Troponin T 20 ng/L (ref <15), NTpro-BNP 550 ng/L (ref <194). PK-INR 1,0, APTT 42.

Aktuellt EKG visar sinus tachycardi.

1:4:1 Hur vill du utreda vidare? Motivera! (1p)

0
0,5
1

1:4:2 Vilken/Vilka behandlingar vill du ge innan patienten gör ytterligare undersökningar? (1p)

0
0,5
1

63-årig brevbärare söker till medicinakuten på grund av andfåddhet. Han kommer i egen bil tillsammans med sin fru, som kör. Han är tidigare frisk, förutom att han har kostbehandlad diabetes mellitus samt genomgått en galloperation för flera år sedan. Symtomen började för ca 3 dagar sedan då han kände att konditionen blev sämre och att han inte orkade genomföra sitt arbete ordentligt. Under brevbärarrundorna har han fått stanna till flera gånger på grund av andfåddhet. Har haft ca 38⁰C feber. Patienten har aldrig haft liknande besvär tidigare. Vid anamnestagande får du fram att han inte varit sängliggande, han är inte nyligen opererad, ej haft venös trombos tidigare, ingen i omgivningen varit sjuk, röker ej, inga kända lung- eller hjärtsjukdomar. Han har däremot hostat upp blod vid två tillfällen senaste dagarna. I status är patienten relativt opåverkad, andningsfrekvens 26/min, puls 104/min, blodtryck 134/76 mmHg, saturation 87% på luft. Hjärta, lungor och buk är i övrigt utan anmärkning. Benen är inte svullna. Viktiga differentialdiagnoser är lungemboli, pneumoni och hjärtsvikt. Du beställer lab: Hb 137, LPK 9,4 TPK 441, Na, K, kreatinin är normalt. Troponin T 20 ng/L (ref <15), NTpro-BNP 550 ng/L (ref <194). PK-INR 1,0, APTT 42. Aktuellt EKG visar sinus tachycardi.

Patienten har hög sannolikhet för lungemboli och därför är det ej indicerat att ta d-dimer.

Du beställer CT lungor. Innan patienten får gå på CT ordinerar du Fragmin och syrgas. Senare får du svaret att CT lungor visar utbredda bilaterala lungembolier, höger kammare är drygt normalstor.

1:5:1 Hur resonerar du kring trombolys hos denna patient? Vilka ytterligare uppgifter behöver du inför ställningstagande till trombolys? (1,5p)

0
0,5
1
1,5

63-årig brevbärare söker till medicinakuten på grund av andfåddhet. Han kommer i egen bil tillsammans med sin fru, som kör. Han är tidigare frisk, förutom att han har kostbehandlad diabetes mellitus samt genomgått en galloperation för flera år sedan. Symtomen började för ca 3 dagar sedan då han kände att konditionen blev sämre och att han inte orkade genomföra sitt arbete ordentligt. Under brevbärarrundorna har han fått stanna till flera gånger på grund av andfåddhet. Har haft ca 38°C feber. Patienten har aldrig haft liknande besvär tidigare. Vid anamnestagande får du fram att han inte varit sängliggande, han är inte nyligen opererad, ej haft venös trombos tidigare, ingen i omgivningen varit sjuk, röker ej, inga kända lung- eller hjärtsjukdomar. Han har däremot hostat upp blod vid två tillfällen senaste dagarna. I status är patienten relativt opåverkad, andningsfrekvens 26/min, puls 104/min, blodtryck 134/76 mmHg, saturation 87% på luft. Hjärta, lungor och buk är i övrigt utan anmärkning. Benen är inte svullna. Viktiga differentialdiagnoser är lungemboli, pneumoni och hjärtsvikt. Du beställer lab: Hb 137, LPK 9,4, TPK 441, Na, K, kreatinin är normalt. Troponin T 20 ng/L (ref <15), NTpro-BNP 550 ng/L (ref <194). PK-INR 1,0, APTT 42. Aktuellt EKG visar sinus tachycardi. Patienten har hög sannolikhet för lungemboli och därför är det ej indicerat att ta d-dimer. Du beställer CT lungor. Innan patienten får gå på CT ordinerar du Fragmin och syrgas. Senare får du svaret att CT lungor visar utbredda bilaterala lungembolier, höger kammare är drygt normalstor.

Du bedömer att det inte föreligger indikation för trombolys hos denna patient.

1:6:1 Hur vill du handlägga patienten de närmaste 3 dagarna? (1,5p)

0
0,5
1
1,5

63-årig brevbärare söker till medicinakuten på grund av andfåddhet. Han kommer i egen bil tillsammans med sin fru, som kör. Han är tidigare frisk, förutom att han har kostbehandlad diabetes mellitus samt genomgått en galloperation för flera år sedan. Symtomen började för ca 3 dagar sedan då han kände att konditionen blev sämre och att han inte orkade genomföra sitt arbete ordentligt. Under brevbärarrundorna har han fått stanna till flera gånger på grund av andfåddhet. Har haft ca 38°C feber. Patienten har aldrig haft liknande besvär tidigare. Vid anamnestagande får du fram att han inte varit sängliggande, han är inte nyligen opererad, ej haft venös trombos tidigare, ingen i omgivningen varit sjuk, röker ej, inga kända lung- eller hjärtsjukdomar. Han har däremot hostat upp blod vid två tillfällen senaste dagarna. I status är patienten relativt opåverkad, andningsfrekvens 26/min, puls 104/min, blodtryck 134/76 mmHg, saturation 87% på luft. Hjärta, lungor och buk är i övrigt utan anmärkning. Benen är inte svullna.

Viktiga differentialdiagnoser är lungemboli, pneumoni och hjärtsvikt. Du beställer lab: Hb 137, LPK 9,4 TPK 441, Na, K, kreatinin är normalt. Troponin T 20 ng/L (ref <15), NTpro-BNP 550 ng/L (ref <194). PK-INR 1,0, APTT 42. Aktuellt EKG visar sinus tachycardi. Patienten har hög sannolikhet för lungemboli och därför är det ej indicerat att ta d-dimer.

Du beställer CT lungor. Innan patienten får gå på CT ordinerar du Fragmin och syrgas. Senare får du svaret att CT lungor visar utbredda bilaterala lungembolier, höger kammare är drygt normalstor. Du bedömer att det inte föreligger indikation för trombolys hos denna patient.

Du lägger in patienten på en medicinavdelning och ordinerar syrgas, Fragmin och inleder Waranbehandling.

1:7:1 Hur är verkningsmekanismen hos Fragmin respektive Waran? Vilka koagulationsfaktorer påverkas och hur? (2p)

0
0,5
1
1,5
2

1:7:2 Varför måste man initialt behandla med både Fragmin och Waran? (1p)

0
0,5
1

1:7:3 Vilka ytterligare utredningar med hänsyn till trombosbenägenhet tycker du är indicerade? Motivera! (1p)

0
0,5
1

63-årig brevbärare söker till medicinakuten på grund av andfåddhet. Han kommer i egen bil tillsammans med sin fru, som kör. Han är tidigare frisk, förutom att han har kostbehandlad diabetes mellitus samt genomgått en galloperation för flera år sedan. Symtomen började för ca 3 dagar sedan då han kände att konditionen blev sämre och att han inte orkade genomföra sitt arbete ordentligt. Under brevbärarrundorna har han fått stanna till flera gånger på grund av andfåddhet. Har haft ca 38°C feber. Patienten har aldrig haft liknande besvär tidigare. Vid anamnestagande får du fram att han inte varit sängliggande, han är inte nyligen opererad, ej haft venös trombos tidigare, ingen i omgivningen varit sjuk, röker ej, inga kända lung- eller hjärtsjukdomar. Han har däremot hostat upp blod vid två tillfällen senaste dagarna. I status är patienten relativt opåverkad, andningsfrekvens 26/min, puls 104/min, blodtryck 134/76 mmHg, saturation 87% på luft. Hjärta, lungor och buk är i övrigt utan anmärkning. Benen är inte svullna.

Viktiga differentialdiagnoser är lungemboli, pneumoni och hjärtsvikt. Du beställer lab: Hb 137, LPK 9,4, TPK 441, Na, K, kreatinin är normalt. Troponin T 20 ng/L (ref <15), NTpro-BNP 550 ng/L (ref <194). PK-INR 1,0, APTT 42. Aktuellt EKG visar sinus tachycardi. Patienten har hög sannolikhet för lungemboli och därför är det ej indicerat att ta d-dimer.

Du beställer CT lungor. Innan patienten får gå på CT ordinerar du Fragmin och syrgas. Senare får du svaret att CT lungor visar utbredda bilaterala lungembolier, höger kammare är drygt normalstor. Du bedömer att det inte föreligger indikation för trombolys hos denna patient. Du lägger in patienten på en medicinavdelning och ordinerar syrgas, Fragmin och inleder Waranbehandling.

Efter 5 dagars sjukhusvård skrivs patienten ut med Waran- och Fragminbehandling i avvaktan på terapeutiskt PK-INR.

Fem månader senare kommer samma patient till dig på akutmottagningen. Han har sedan 2 timmar haft nedsatt kraft i höger arm, inga andra symtom.

1:8:1 Vad beställer du nu för undersökningar? (1p)

0
0,5
1

1:8:2 Vad har du för diagnosförslag? (0,5p)

0
0,5

63-årig brevbärare söker till medicinakuten på grund av andfåddhet. Han kommer i egen bil tillsammans med sin fru, som kör. Han är tidigare frisk, förutom att han har kostbehandlad diabetes mellitus samt genomgått en galloperation för flera år sedan. Symtomen började för ca 3 dagar sedan då han kände att konditionen blev sämre och att han inte orkade genomföra sitt arbete ordentligt. Under brevbärarrundorna har han fått stanna till flera gånger på grund av andfåddhet. Har haft ca 38°C feber. Patienten har aldrig haft liknande besvär tidigare. Vid anamnestagande får du fram att han inte varit sängliggande, han är inte nyligen opererad, ej haft venös trombos tidigare, ingen i omgivningen varit sjuk, röker ej, inga kända lung- eller hjärtsjukdomar. Han har däremot hostat upp blod vid två tillfällen senaste dagarna. I status är patienten relativt opåverkad, andningsfrekvens 26/min, puls 104/min, blodtryck 134/76 mmHg, saturation 87% på luft. Hjärta, lungor och buk är i övrigt utan anmärkning. Benen är inte svullna.

Viktiga differentialdiagnoser är lungemboli, pneumoni och hjärtsvikt. Du beställer lab: Hb 137, LPK 9,4 TPK 441, Na, K, kreatinin är normalt. Troponin T 20 ng/L (ref <15), NTpro-BNP 550 ng/L (ref <194). PK-INR 1,0, APTT 42. Aktuellt EKG visar sinus tachycardi. Patienten har hög sannolikhet för lungemboli och därför är det ej indicerat att ta d-dimer.

Du beställer CT lungor. Innan patienten får gå på CT ordinerar du Fragmin och syrgas. Senare får du svaret att CT lungor visar utbredda bilaterala lungembolier, höger kammare är drygt normalstor. Du bedömer att det inte föreligger indikation för trombolys hos denna patient. Du lägger in patienten på en medicinavdelning och ordinerar syrgas, Fragmin och inleder Waranbehandling.

Efter 5 dagars sjukhusvård skrivs patienten ut med Waran- och Fragminbehandling i avvaktan på terapeutiskt PK-INR.

Fem månader senare kommer samma patient till dig på akutmottagningen. Han har sedan 2 timmar haft nedsatt kraft i höger arm, inga andra symtom.

Du beställer lab som visar att Hb=134, LPK=8,7, TPK=334, PK-INR=4,5.

Du misstänker intracerebral blödning på grund av för hög PK-INR. Du beställer CT skalle som visar intracerebral blödning. Du vill nu reversera Waran-effekten.

1:9:1 Nämn 3 sätt att reversera Waran. (1,5p)

0
0,5
1
1,5

63-årig brevbärare söker till medicinakuten på grund av andfåddhet. Han kommer i egen bil tillsammans med sin fru, som kör. Han är tidigare frisk, förutom att han har kostbehandlad diabetes mellitus samt genomgått en galloperation för flera år sedan. Symtomen började för ca 3 dagar sedan då han kände att konditionen blev sämre och att han inte orkade genomföra sitt arbete ordentligt. Under brevbärarrundorna har han fått stanna till flera gånger på grund av andfåddhet. Har haft ca 38°C feber. Patienten har aldrig haft liknande besvär tidigare. Vid anamnestagande får du fram att han inte varit sängliggande, han är inte nyligen opererad, ej haft venös trombos tidigare, ingen i omgivningen varit sjuk, röker ej, inga kända lung- eller hjärtsjukdomar. Han har däremot hostat upp blod vid två tillfällen senaste dagarna. I status är patienten relativt opåverkad, andningsfrekvens 26/min, puls 104/min, blodtryck 134/76 mmHg, saturation 87% på luft. Hjärta, lungor och buk är i övrigt utan anmärkning. Benen är inte svullna.

Viktiga differentialdiagnoser är lungemboli, pneumoni och hjärtsvikt. Du beställer lab: Hb 137, LPK 9,4 TPK 441, Na, K, kreatinin är normalt. Troponin T 20 ng/L (ref <15), NTpro-BNP 550 ng/L (ref <194). PK-INR 1,0, APTT 42. Aktuellt EKG visar sinus tachycardi. Patienten har hög sannolikhet för lungemboli och därför är det ej indicerat att ta d-dimer.

Du beställer CT lungor. Innan patienten får gå på CT ordinerar du Fragmin och syrgas. Senare får du svaret att CT lungor visar utbredda bilaterala lungembolier, höger kammare är drygt normalstor. Du bedömer att det inte föreligger indikation för trombolys hos denna patient. Du lägger in patienten på en medicinavdelning och ordinerar syrgas, Fragmin och inleder Waran-behandling.

Efter 5 dagars sjukhusvård skrivs patienten ut med Waran- och Fragminbehandling i avvaktan på terapeutiskt PK-INR.

Fem månader senare kommer samma patient till dig på akutmottagningen. Han har sedan 2 timmar haft nedsatt kraft i höger arm, inga andra symtom.

Du beställer lab som visar att Hb=134, LPK=8,7, TPK=334, PK-INR=4,5.

Du misstänker intracerebral blödning på grund av för hög PK-INR. Du beställer CT skalle som visar intracerebral blödning. Du vill nu reversera Waran-effekten.

Waran-effekten kan reverseras med plasma, K vitamin, protrombinkomplexkoncentrat.

1:10:1 Vilka fördelar respektive nackdelar finns det med dessa 3 alternativ? Vilken/vilka vill du använda i det aktuella fallet? (1,5p)

0
0,5
1
1,5

EPILOG

63-årig brevbärare söker till medicinakuten på grund av andfåddhet. Han kommer i egen bil tillsammans med sin fru, som kör. Han är tidigare frisk, förutom att han har kostbehandlad diabetes mellitus samt genomgått en galloperation för flera år sedan. Symtomen började för ca 3 dagar sedan då han kände att konditionen blev sämre och att han inte orkade genomföra sitt arbete ordentligt. Under brevbärarrundorna har han fått stanna till flera gånger på grund av andfåddhet. Har haft ca 38°C feber. Patienten har aldrig haft liknande besvär tidigare.

Vid anamnestagande får du fram att han inte varit sängliggande, han är inte nyligen opererad, ej haft venös trombos tidigare, ingen i omgivningen varit sjuk, röker ej, inga kända lung- eller hjärtsjukdomar. Han har däremot hostat upp blod vid två tillfällen senaste dagarna. I status är patienten relativt opåverkad, andningsfrekvens 26/min, puls 104/min, blodtryck 134/76 mmHg, saturation 87% på luft. Hjärta, lungor och buk är i övrigt utan anmärkning. Benen är inte svullna.

Viktiga differentialdiagnoser är lungemboli, pneumoni och hjärtsvikt. Du beställer lab: Hb 137, LPK 9,4 TPK 441, Na, K, kreatinin är normalt. Troponin T 20 ng/L (ref <15), NTpro-BNP 550 ng/L (ref <194). PK-INR 1,0, APTT 42.

Aktuellt EKG visar sinus tachycardi. Patienten har hög sannolikhet för lungemboli (och därför är det ej indicerat att ta d-dimer).

Du beställer CT lungor. Innan patienten får gå på CT ordinerar du Fragmin och syrgas. Senare får du svaret att CT lungor visar utbredda bilaterala lungembolier, höger kammare är drygt normalstor. Du bedömer att det inte föreligger indikation för trombolys hos denna patient.

Du lägger in patienten på en medicinavdelning och ordinerar syrgas, Fragmin och inleder Waran-behandling.

Efter 5 dagars sjukhusvård skrivs patienten ut med Waran- och Fragminbehandling i avvaktan på terapeutiskt PK-INR.

Fem månader senare kommer samma patient till dig på akutmottagningen. Han har sedan 2 timmar haft nedsatt kraft i höger arm, inga andra symtom.

Du beställer lab som visar att Hb=134, LPK=8,7, TPK=334, PK-INR=4,5.

Du misstänker intracerebral blödning på grund av för hög PK-INR. Du beställer CT skalle som visar intracerebral blödning. Du vill nu reversera Waran-effekten.

Du ger patienten K-vitamin och protrombinkomplexkoncentrat för att reversera Waran-effekten. Han opererades och fick tillbaka kraften i armen och kunde skrivas ut.

FALL 2

Lägg även detta ark på golvet -

det underlättar din uppdelning av skrivningen inför inlämningen.

Du är primärjour på kirurgakuten på länslasarettet i Y-län och tar kl 04.15 emot en 65-årig man, som inkommit i ambulans pga plötsligt debuterande svåra buksmärter, som väckt honom vid 02-tiden. I ambulansen hade givits 75mg Diklofenak intramuskulärt. Patienten anger att smärtorna lindrats betydligt efter detta.

Han är rökare, men beskriver sig som frisk och appendektomerades som barn och drabbades av en hjärtinfarkt för 3 år sedan. Efter perkutan koronar intervention med stentning är han idag kardiellt symtomfri, men har en hypertoni. Han står på Simvastatin, Trombyl ® och Seloken ®.

I status finner du en något stressad, kallsvettig, blek och smärtpåverkad man med en temperatur på 37,4°C. Han svarar adekvat på dina frågor. Cor: Regelbunden rytm, frekvens 100, inga biljud. Pulm är fysikaliskt ua. BT: 115/80. Buken är adipös, diffust ömmande. Viss dunkömheter finns över bägge njurlogerna. Labmässigt noteras bl.a. Hb 124 (134-170), kreatinin 115 (<100) och 2+ för röda på urinstickan.

2:1:1 Nämn 3 tänkbara, relevanta orsaker till patientens besvär. (3p)

0
0,5
1,0
1,5

2:1:2 Hur vill du utreda patienten i det här skedet? Motivera! (2p)

0
0,5
1,0
1,5

Du tar kl 04.15 emot en 65-årig man, som inkommit pga plötsligt debuterande svåra buksmärter. I ambulansen hade givits 75mg Diklofenak intramuskulärt. Patienten anger att smärtorna lindrats betydligt efter detta. Han drabbades av en hjärtinfarkt för 3 år sedan. Efter stentning är han idag kardiellt symtomfri, men har en hypertoni. Han står på Simvastatin, Trombyl ® och Seloken ®. I status finner du en något stressad, kallsvettig, blek och smärtpåverkad man med en temperatur på 37,4°C. Han svarar adekvat på dina frågor. Cor: Regelbunden rytm, frekvens 100, inga biljud. Pulm är fysikaliskt ua. BT: 115/80. Buken är adipös, diffust ömmande. Viss dunkömheter finns över bägge njurlogerna.

Du överväger flera akuta bukåkommor och kontaktar bakjouren. Då patienten har tecken till hemodynamisk påverkan (tachycard trots Seloken), något hypoton, hemoglobinet ligger i underkant och patienten är kallsvettig och blek, ber du röntgenläkaren att akut utföra ett ultraljud över bukaorta på akutrummet.

2:2:1 Du funderar på om det inte lika gärna kunde vara en aortadissektion. Vad är skillnaden mellan en aortadissektion och ett rupturerat bukaortaaneurysm? Strukturera ditt svar. (2p)

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

2:2:2 Patienten har viss hemodynamisk påverkan enligt ovan och kanske blöder. Hur bör man tänka i fråga om vätskeersättning och blödningsrisken i det här läget? Motivera. (1p)

0
0,5
1,0

2:2:3 Vilka behandlingsmetoder finns för rupturerat bukaortaaneurysm? Beskriv fördelar och nackdelar. (2p)

0
0,5
1,0
1,5
2

Du tar kl 04.15 emot en 65-årig man, som inkommit pga plötsligt debuterande svåra buksmärter. I ambulansen hade givits 75mg Diklofenak intramuskulärt. Patienten anger att smärtorna lindrats betydligt efter detta. Han drabbades av en hjärtinfarkt för 3 år sedan. Efter stentning är han idag kardiellt symtomfri, men har en hypertoni. Han står på Simvastatin, Trombyl® och Seloken®. I status finner du en något stressad, kallsvettig, blek och smärtpåverkad man med en temperatur på 37,4°C. Cor: Regelbunden rytm, frekvens 100, inga biljud. Pulm är fysikaliskt ua. BT: 115/80. Buken är adipös, diffust ömmande. Viss dunkömhets finns över bägge njurlogerna. Du misstänker i första hand rupturerat bukaortaaneurysm.

Öppen aortarekonstruktion är en stor, operation. Alternativet är endovaskulär aortarekonstruktion (EVAR).

Röntgenjouren ser ett bukaortaaneurysm med en misstänkt ruptur. Bakjouren ser också patienten och beslutar om att patienten skall tas direkt till operationsavdelningen. Kärkirurgjouren vidtalas också. På operationsbordet blir patienten plötsligt trycklös.

2:3:1 Patienten befinner sig nu i hypovolemisk chock eller hemorrhagisk chock. Beskriv patofysiologin vid detta tillstånd. (2p)

0
0,5
1,0
1,5

2:3:2 Hur bör den blödningschock patienten befinner sig i åtgärdas? Strukturera ditt svar (2p).

0
0,5
1,0
1,5

Du tar kl 04.15 emot en 65-årig man, som inkommit pga plötsligt debuterande svåra buksmärter. I ambulansen hade givits 75mg Diklofenak intramuskulärt. Patienten anger att smärtorna lindrats betydligt efter detta. Han drabbades av en hjärtinfarkt för 3 år sedan. Efter stentning är han idag kardiellt symtomfri, men har en hypertoni. Du misstänker ett rupturerat bukaortaaneurysm, vilket bekräftas av ett akut UL och patienten tas direkt till operation för öppen aortarekonstruktion. Patienten blir före operationen trycklös.

Hemorrhagisk chock behandlas dels genom att blödningen kontrolleras och dels med olika former av vätskor.

Patienten opereras med öppen teknik. Det är en besvärlig operation, där aneurysmet sitter nedanför njurartärvängarna och också involverar arteriae iliaca, varför ett aortobiiliakalt graft sys in. Total avstängningstid är 75 minuter och patienten blöder inalles 2700ml.

2:4:1. Dagen efter operationen ligger patienten på IVA. Han är cirkulatoriskt stabil, men producerar bara ca 20 ml mörk urin per timma. Förklara hur det kan ske i ett fall som detta och näm de strukturella avvikelser i njurarna som kan föreligga. (2p)

0
0,5
1,0
1,5

2:4:2. Fem dagar senare har patienten flyttats till vårdavdelning. På efternatten klagar han på plötsligt debuterande svåra smärter i höger ben. Du blir tillkallad som jour och noterar att patienten dessutom har svårt att saturera sig trots flera liter syrgas på mask. Patienten ter sig stressad. Vilka komplikationer har patienten nu sannolikt drabbats av? Beskriv uppkomstmekanismen för respektive tillstånd. (2p)

0
0,5
1,0
1,5

Du tar kl 04.15 emot en 65-årig man, som inkommit pga plötsligt debuterande svåra buksmärter. I ambulansen hade givits 75mg Diklofenak intramuskulärt. Patienten anger att smärtorna lindrats betydligt efter detta. Han drabbades av en hjärtinfarkt för 3 år sedan. Efter stentning är han idag kardiellt symtomfri, men har en hypertoni. Du misstänker ett rupturerat bukaortaaneurysm, vilket bekräftas av ett akut UL och patienten tas direkt till operation för öppen aortarekonstruktion.

Peroperativ hypoperfusion av njurarna kan ge skada på njurtubuli.

Några dygn senare drabbas patienten även av lungembolism och embolism i ena benet. Lungembolism uppträder pga migration av tromber från en djup ventrombos. Embolism i benet uppträder pga migration av nytt eller gammalt embolimaterial i anslutning till det inopererade aortagraftet.

2:5:1. I Sverige skrinas män runt 60 för aortaaneurysm med ultraljud. När är skring av en befolkning meningsfullt? Motivera! (2p)

0
0,5
1,0
1,5

INGEN FRÅGA PÅ DENNA SIDA

Du tar kl 04.15 emot en 65-årig man, som inkommit pga plötsligt debuterande svåra buksmärter. I ambulansen hade givits 75mg Diklofenak intramuskulärt. Patienten anger att smärtorna lindrats betydligt efter detta. Han drabbades av en hjärtinfarkt för 3 år sedan. Efter stentning är han idag kardiellt symtomfri, men har en hypertoni. Du misstänker ett rupturerat bukaortaaneurysm, vilket bekräftas av ett akut UL och patienten tas direkt till operation för öppen aorta rekonstruktion,

Skrining är meningsfullt vid vanliga åkommor som går med hög mortalitet vid sen diagnos. Åkommorna skall också vara relativt lätta att behandla med låg mortalitet elektivt. Metoden för skring bör vara lätt, billig, non-invasiv och smärtfri.

FALL 3

Lägg även detta ark på golvet -

det underlättar din uppdelning av skrivningen inför inlämningen.

En 25-årig man söker dig på vårdcentralen för stickande smärta i bröstkorgen. Besvären började med hosta, halsont och 38 graders feber för 10 dagar sedan. Han besvärades även av övergående ömhet i muskulaturen vid skulderbladen, överarmar och lår. Nu har febern försvunnit, men sedan 3 dagar besväras han av stickningarna och huggsmärtor till höger i bröstkorgen som förvärras av hosta och djupandning. Han är tidigare frisk och tar inga mediciner. Han arbetar som snickare och har nyligen flyttat ihop med sin flickvän.

3:1:1 Hur vill du komplettera anamnesen? (2p)

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

**3:1:2 Vilka vanliga diagnoser skulle kunna förklara de stickande smärtorna i bröstkorgen?
Ange fyra. (2p)**

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

En 25-årig man söker dig på vårdcentralen för stickande smärta i bröstkorgen. Besvären började med hosta, halsont och 38 graders feber för 10 dagar sedan. Han besvärades även av övergående ömhet i muskulaturen vid skulderbladen, överarmar och lår. Nu har febern försvunnit, men sedan 3 dagar besväras han av stickningar och huggsmärtor till höger i bröstkorgen som förvärras av hosta och djupandning. Han är tidigare frisk och tar inga mediciner. Han arbetar som snickare och har nyligen flyttat ihop med sin flickvän.

Patienten berättar att han inte röker. Han känner sig inte andfådd. Stickningarna lindras lite när han sitter framåtlutad. Hostan har mest varit torrhosta utan slem. Inga andra sjuka finns i omgivningen. I status noterar du:

AT: opåverkat i vila

Lgl: palp ua

Pulm: normala andningsljud. Inga rassel, ronchi eller gnidningsljud. Normal perkussionston.

Cor: RR frekv 90

Bltr: 130/80

3:2.1 Vilken laboratorieundersökning finner du mest angelägen med tanke på patientens besvär? Motivera! (1p)

0
0,5
1,0

3:2:2 Vad gör du nu? Motivera! (2p)

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

En 25-årig man söker dig på vårdcentralen för stickande smärta i bröstkorgen. Besvären började med hosta, halsont och 38 grader feber för 10 dagar sedan. Han besvärades även av övergående ömhet i muskulaturen vid skulderbladen, överarmar och lår. Nu har febern försvunnit, men sedan 3 dagar besväras han av stickningarna och huggsmärtor till höger i bröstkorgen som förvärras av hosta och djupandning. Han är tidigare frisk och tar inga mediciner. Han arbetar som snickare och har nyligen flyttat ihop med sin flickvän.

Patienten berättar att han inte röker. Han känner sig inte andfådd. Stickningarna lindras lite när han sitter framåtlutad. Hostan har mest varit torrhosta utan slem. Inga andra sjuka finns i omgivningen. I status noterar du:

AT: opåverkat i vila. Lgl: palp ua Pulm: normala andningsljud. Inga rassel, ronchi eller gnidningsljud. Normal perkussionston. Cor: RR frekv 90. Bltr: 130/80

Du tar EKG och skriver remiss till lungröntgen. CRP=30 mg/l

3:3:1 Vad visar detta EKG? (se baksidan) (2p)

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

3:3:2 Vilka frågeställningar skriver du på lungröntgen remissen? (1p)

0
0,5
1,0

En 25-årig man söker dig på vårdcentralen för hosta, ledvärk och stickande smärta i bröstkorgen som förvärras av hosta och djupandning. Besvären började för 3 dagar sedan. Han är tidigare frisk och tar inga mediciner. Han arbetar som snickare och har nyligen flyttat ihop med sin flickvän. Patienten berättar att han inte röker. Han känner sig inte andfådd men han har haft lite feber kring 38 grader, dock inte idag. Stickningarna känns lite mindre om han sitter framåtlutad. I status noterar du: AT: opåverkat i vila, Lgl: palp ua, Pulm: normala andningsljud. Inga rassel el ronchi. Cor: RR frekv 90, Bltr: 130/80. Du tar EKG och skriver remiss till lungröntgen. CRP=30 mg/l.

EKG visar högersidigt skänkelblock. Lungröntgen visar liten utfyllnad av pleurasinus.

3:4:1 Vilken är den sannolikaste diagnosen som kan förklara den stickande smärtan i bröstkorgen? (1p)

0
0,5
1,0

3:4:2 Vad leder det högersidiga skänkelblocket till för åtgärd? Vad säger du till patienten? (1p)

0
0,5
1,0

En 25-årig man söker dig på vårdcentralen för hosta, ledvärk och stickande smärta i bröstkorgen som förvärras av hosta och djupandning. Besvären började för 3 dagar sedan. Han är tidigare frisk och tar inga mediciner. Han arbetar som snickare och har nyligen flyttat ihop med sin flickvän. Patienten berättar att han inte röker. Han känner sig inte andfådd, men han har haft lite feber kring 38 grader dock inte idag. Stickningarna känns lite mindre om han sitter framåtlutad. I status noterar du: AT: opåverkat i vila, Lgl: palp ua, Pulm: normala andningsljud. Inga rassel el ronchi, Cor: RR frekv 90. Bltr: 130/80. Du tar EKG och skriver remiss till lungröntgen. CRP=30 mg/l. EKG visade högersidigt skänkelblock. Lungröntgen visar liten utfyllnad av pleurasinus.

Du bedömer att patienten har en pleurit.

3:5:1 Vad kan sannolikt ha orsakat pleuriten? (1p)

0
0,5
1,0

3:5:2 Hur behandlar du patienten? (1p)

0
0,5
1,0

Patientens jämnåriga flickvän har också beställt tid på vårdcentralen. Hon besväras sedan några månader av röda utslag runt munnen, hakan och kinderna.

3:6:1 Hur vill du komplettera anamnesen? Motivera! (2p)

0
0.5
1,0
1,5
2,0

Patientens jämnåriga flickvän har också beställt tid på vårdcentralen. Hon besväras sedan några månader av röda utslag runt munnen, hakan och kinderna

Hon berättar att hon märkt att huden runt munnen känns lite irriterad där det är rodnat, men det kliar inte. Det känns inte svullet eller ömt. Hon försöker sminka sig för att dölja utslagen.

I status noterar du rodnad runt munnen med inslag av små knottor med en retningsfri zon närmast läpparna.

3:7.1 Vilken diagnos är mest sannolik? (1p)

0
0,5
1,0

Patientens jämnåriga flickvän har också beställt tid på vårdcentralen. Hon besväras sedan några månader av röda utslag runt munnen, hakan och kinderna

Hon berättar att hon märkt att huden runt munnen känns lite irriterad där det är rodnat, men det kliar inte. Det känns inte svullet eller ömt. Hon försöker sminka sig för att dölja utslagen.

I status noterar du rodnad runt munnen med inslag av små knottor med en retningsfri zon närmast läpparna.

Du diagnostiserar utslagen som perioral dermatit

3:8.1 Vilka behandlingar förskriver du? Nämn tre olika alternativ. (2p)

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

3:8:2 Vilka förhållningsregler råder du patienten att följa? (1p)

0
0,5
1,0

FALL 4

Lägg även detta ark på golvet -+

det underlättar din uppdelning av skrivningen inför inlämningen.

Som nylegitimerad läkare har du fått ett vikariat på en psykiatrisk klinik, där du placerats på jourteamet som bl.a. ansvarar för konsultverksamheten gentemot sjukhusets somatiska avdelningar. En dag får du i uppgift att ta hand om en remiss från ortopedkliniken.

Remissen gäller 22-åriga Erik, som dagen innan lagts in med ett par frakturer, som han ådragit sig då han blev påkörd av en taxi. Man önskar en psykiatrisk bedömning med anledning av att hans beteende uppfattas som påtagligt avvikande. Det har bl.a. blivit stora omvårdnadsproblem pga att han inte tillåtit personalen att komma nära honom.

Remissen är litet kortfattad, men du hoppas på muntlig komplettering då du kommer till avdelningen. Patientansvarig sjuksköterska är dock på lunch och läkarna är på operation. Du bestämmer dig därför för att tala med Erik direkt.

Erik är mager, blek och har långt ovårdat hår. Vill inte ta dig i hand och undviker blickkontakt. Han anvisar dig en stol i andra änden av rummet och gestikulerar avvärande då du vill flytta den närmare hans säng. Han verkar trött och är inte särskilt meddelsam. Du får endast enstaviga svar på dina inledande frågor.

4.1.1 Vilka frågeställningar bedömer du vara mest angelägna att omgående få besvarade (av Erik och av personalen)? (1,5p)

0
0,5
1,0
1,5

Som nylegitimerad läkare har du fått ett vikariat på en psykiatrisk klinik där du placerats på jourteamet som bl.a. ansvarar för konsultverksamheten gentemot sjukhusets somatiska avdelningar. En dag får du i uppgift att ta hand om en remiss från ortopedkliniken. Remissen gäller 22-åriga Erik som dagen innan lagts in med ett par frakturer, som han ådragit sig då han blev påkörd av en taxi. Man önskar en psykiatrisk bedömning med anledning av att hans beteende uppfattas som påtagligt avvikande. Det har bl.a. blivit stora omvårdnadsproblem pga. att han inte tillåtit personalen att komma nära honom. Remissen är litet kortfattad, men du hoppas på muntlig komplettering då du kommer till avdelningen. Patientansvarig sjuksköterska är dock på lunch och läkarna är på operation. Du bestämmer dig därför för att tala med Erik direkt. Erik är mager, blek och har långt ovårdat hår. Vill inte ta dig i hand och undviker blickkontakt. Han anvisar dig en stol i andra änden av rummet och gestikulerar avvärjande då du vill flytta den närmare hans säng. Han verkar trött och är inte särskilt meddelsam. Du får endast enstaviga svar på dina inledande frågor.

Genom tålmodigt samtal, kompletterat med uppgifter från journal och personal, får du fram följande: Erik uppger att han gick ut gymnasiet med ”toppbetyg” och att han sedan dess läst olika ämnen på universitet, såsom astronomi och praktisk filosofi. Sedan någon månad har han tagit en ”paus” från studierna pga att de andra studenterna stör hans koncentration. Trivs bäst när han får vara för sig själv. Han har ett andrahandskontrakt på en mycket liten lägenhet där han bor ensam. Sitter hemma för det mesta och ”mediterar”. Dålig kontakt med föräldrarna som han inte vill att du ringer. Har en äldre syster som är bosatt i London. Berättar att han är helnykterist och att han inte tar några mediciner, vill hålla kroppen ren. Uppger att han alltid varit helt frisk, såväl kroppsligt som psykiskt. Negerar aktuell psykisk ohälsa och tar bestämt avstånd från suicidtankar. Blev påkörd av taxi, då han gick mot röd gubbe. Inget skalltrauma.

Erik undviker att titta på dig utan har under hela samtalet blicken fäst vid en ventil på väggen. Han blir tyst långa stunder och ler ibland för sig själv på ett sätt som du uppfattar som omotiverat. Han berättar ingenting spontant och hans svar på dina frågor är mycket kortfattade.

4.2.1 Vilka diagnostiska funderingar har du? Motivera! (2,0p)

0
0,5
1,0
1,5
2

4.2.2 Vilket laboratorieprov vill du att man tar så snart som möjligt om det inte redan är gjort? (0,5p)

0
0,5

Du är nylegitimerad psyk.konsult. 22-årige Erik har lagts in på ortopedkliniken pga. frakturer. Hans beteende har där uppfattats som påtagligt avvikande. Erik som är mager, blek och har långt ovårdat hår, anvisar dig en stol i andra änden av rummet och gestikulerar avvärjande då du vill flytta den närmare hans säng.

Genom tålmodigt samtal kompletterat med uppgifter från journal och personal får du fram följande:

Erik uppger att han gick ut gymnasiet med "toppbetyg" och att han sedan dess läst olika ämnen på universitet, såsom astronomi och praktisk filosofi. Sedan någon månad har han tagit en "paus" från studierna pga. att de andra studenterna stör hans koncentration. Trivs bäst när han får vara för sig själv. Han har ett andrahandskontrakt på en mycket liten lägenhet där han bor ensam. Sitter hemma för det mesta och "mediterar". Dålig kontakt med föräldrarna som han inte vill att du ringer. Berättar att han är helnykterist och att han inte tar några mediciner, vill hålla kroppen ren. Uppger att han alltid varit helt frisk såväl kroppsligt som psykiskt. Negerar aktuell psykisk ohälsa och tar bestämt avstånd från suicidtankar. Blev påkörd av taxi då han gick mot röd gubbe. Inget skalltrauma. Erik undviker att titta på dig utan har under hela samtalet blicken fäst vid en ventil på väggen. Han blir tyst långa stunder och ler ibland för sig själv på ett sätt som du uppfattar som omotiverat. Han berättar ingenting spontant och hans svar på dina frågor är mycket kortfattade.

Du överväger psykosjukdom alt. autismspektrumstörning och vill ställa kompletterande frågor med anledning av detta. Erik somnar dock då ni samtalat en stund och du bestämmer dig för att göra en ny bedömning dagen därpå då han förhoppningsvis hämtat sig något.

Dagen efter är du därför tillbaka på avdelningen. Du får veta att Erik testats positivt för cannabis. Då du konfronterar honom med detta uppger han att "det där var länge sen".

4.3.1 Hur vill du komplettera anamnesen för att kunna penetrera dina diagnosmisstankar närmare? (2 p)

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

4.3.2 Hur värderar du Eriks uppgift om han inte använt cannabis på länge trots att provet var positivt? (1 p)

0
0,5
1,0

4.3.3 Vad i Eriks anamnes och beteende skulle kunna vara orsakat av ett cannabismissbruk? (1 p)

0
0,5
1,0

Du är nylegitimerad psyk.konsult. 22-årige Erik har lagts in på ortopedkliniken pga. frakturer. Hans beteende har där uppfattats som påtagligt avvikande. Erik som är mager, blek och har långt ovårdat hår, anvisar dig en stol i andra änden av rummet och gestikulerar avvärjande då du vill flytta den närmare hans säng. Gick ut gymnasiet med "toppbetyg" och har sedan dess läst olika ämnen på universitet, såsom astronomi och praktisk filosofi. Sedan någon månad tagit "paus" från studierna pga. att de andra studenterna stör hans koncentration. Trivs bäst när han får vara för sig själv. Bor ensam. Sitter hemma för det mesta och "mediterar". Helnykterist, tar inga mediciner, vill hålla kroppen ren. Uppger att han alltid varit helt frisk såväl kroppsligt som psykiskt. Negerar aktuell psykisk ohälsa och tar bestämt avstånd från suicidtankar. Blev påkörd av taxi då han gick mot röd gubbe. Inget skalltrauma. Du överväger psykosjukdom alt. autismspektrumstörning. Erik somnar då ni samtalat en stund varför du fortsätter bedömningen dagen därpå. Då du konfronterar honom med att han testats positivt för cannabis uppger han att "det där var länge sen".

Cannabis kan spåras i urin under lång tid efter senaste intag. Missbruk kan orsaka bl.a. koncentrationsproblem och psykosymtomatologi.

Den här dagen går det lättare att föra ett samtal. Du får veta att du "tillhör den orenes anhang" och därför inte får komma nära Erik. Att han gick mot röd gubbe mitt framför en taxi förklarar han med att "Jag är den okrosslige som inte kan dö" och att "den hårdfrejdade lärodagen är här och Solkvinnans märke ska råda". Erik berättar att Solkvinnan bor i Peru, men ibland bor hon också i grannlägenheten och då går hon under namnet Solveig Lindström. Solveig ger honom budskap och kommenterar hans förehavanden, även nu då han vistas på ortopedavdelningen. Hon har också "hjälpare" som han möter på gatan ibland, de ser ut som vanliga människor men känns igen genom att de ger honom tecken, t.ex. då de hostar eller gör vissa gester. Medger att han rökt cannabis sporadiskt, för att varva ner. Negerar andra droger. Erik undviker att titta på dig, utan har under hela samtalet blicken fäst vid en ventil på väggen. Blir tyst långa stunder och ler ibland för sig själv på ett sätt som du uppfattar som omotiverat.

4.4.1 Formulera ett psykstatus utifrån beskrivningen ovan! (2 p)

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

4.4.2 Vilka diagnostiska överväganden gör du nu? Motivera! (1,5 p)

0
0,5
1,0
1,5

4.4.3 Hur utövar cannabis sin effekt på hjärnan? (1 p)

0
0,5
1,0

Du är nylegitimerad psy.konsult. 22-årige Erik har lagts in på ortopedkliniken pga. frakturer. Hans beteende har där uppfattats som påtagligt avvikande.

Sedan någon månad tagit "paus" från sina universitetsstudier pga. att de andra studenterna stör hans koncentration. Bor ensam. Sitter hemma för det mesta och "mediterar". Helnykterist, tar inga mediciner, vill hålla kroppen ren. Negerar psykisk ohälsa och tar bestämt avstånd från suicidtankar. Testats positivt för cannabis. Du får inte komma nära Erik pga. att du "tillhör den orenes anhang". Blivit påkörd av taxi då han gick mot röd gubbe vilket förklaras med att "Jag är den okrosslige som inte kan dö" och att "den hårdfrejdade lärodagen är här och Solkvinnans märke ska råda". Erik berättar att Solkvinnan bor i Peru men ibland bor hon också i grannlägenheten och då går hon under namnet Solveig Lindström. Solveig ger honom budskap och kommenterar hans förehavanden, även nu då han vistas på ortopedavdelningen. Hon har också "hjälpare" som han möter på gatan ibland, de ser ut som vanliga människor men känns igen genom att de ger honom tecken, t.ex. då de hostar eller gör vissa gester. Erik medger att han rökt cannabis sporadiskt, för att varva ner. Negerar andra droger. Erik undviker att titta på dig utan har under hela samtalet blicken fäst vid en ventil på väggen. Blir tyst långa stunder och skrattar ibland för sig själv på ett sätt som du uppfattar som omotiverat

Du misstänker i första hand att Erik lider av schizofreni alt. schizofreniformt syndrom. När du är på väg att avsluta samtalet kommer överläkaren in på rummet och förklarar att Erik egentligen får betraktas som färdigvårdad på ortopedden. Det är inte så mycket mer de kommer att göra och "han verkar ju vara i större behov av vård borta hos er". Du frågar Erik hur han ställer sig till en ev. överflyttning till psykiatriska kliniken men får endast svaret "Solkvinnan råder". Ortopeden frågar om du inte kan skriva ett vårdintyg.

4.5.1 Ange vilka förutsättningar som måste vara uppfyllda för att du ska kunna skriva ett vårdintyg, samt huruvida Erik uppfyller var och en av dem. (3p)

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

Du är nylegitimerad psyk.konsult. 22-årige Erik har lagts in på ortopedkliniken pga. frakturer. Hans beteende har där uppfattats som påtagligt avvikande. Sedan någon månad tagit "paus" från sina universitetsstudier pga. att de andra studenterna stör hans koncentration. Bor ensam. Sitter hemma för det mesta och "mediterar". Helnykterist, tar inga mediciner, vill hålla kroppen ren. Tar bestämt avstånd från suicidtankar. Du får inte komma nära Erik pga. att du "tillhör den orenes anhang". Blivit påkörd av taxi då han gick mot röd gubbe vilket förklaras med att "Jag är den okrosslige som inte kan dö" och att "den hårdfrejdade lärodagen är här och Solkvinnans märke ska råda". Erik berättar att Solkvinnan bor i Peru men ibland bor hon också i grannlägenheten och då går hon under namnet Solveig Lindström. Solveig ger honom budskap och kommenterar hans förehavanden, även nu då han vistas på ortopedavdelningen. Hon har också "hjälpare" som han möter på gatan ibland, de ser ut som vanliga människor men känns igen genom att de ger honom tecken, t.ex. då de hostar eller gör vissa gester. Rökt cannabis sporadiskt, för att varva ner. Negerar andra droger. Du misstänker i första hand att Erik lider av schizofreni alt. schizofreniformt syndrom. Du frågar Erik hur han ställer sig till en ev. överflyttning till psykiatriska kliniken men får endast svaret "Solkvinnan råder".

Du skriver vårdintyg och Erik tas över till en psykiatrisk vårdavdelning.

4.6.1 Då du skriver vårdintyget måste du styrka Eriks identitet och frågar därför efter legitimation. Han visar dig sitt körkort. Vad gör du då? (1p)

0
0,5
1,0

4.6.2 Vilken utredning av Eriks tillstånd ska göras/initieras på avdelningen? Ange även varför de olika undersökningarna görs! (2,5p)

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

4.6.3 Vilken farmakologisk behandling kan/bör bli aktuell de första två veckorna? (1p)

0
0,5
1,0

EPILOG

Du insåg att du måste ta ställning till att göra anmälan till Transportstyrelsen angående olämplighet att inneha körkort.

Utredning gjordes av läkare, sjuksköterskor, psykolog, arbetsterapeut och kurator; den bekräftade diagnosen schizofreni. Erik insattes på risperidon 4 mg/dag.