



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTET

Kontinuasjoneksamen, MEDSEM8R, grunnstudiet i medisin – høsten 2012

20. februar 2013

Oppgavesettet består av 7 sider

Viktige opplysninger:

Hjelpemidler: kalkulator av typen Citizen SR-270X

Oppgave 1

Som allment praktiserende lege blir du oppsøkt av en mann i 20-årene. Han føler seg trett og uopplagt, og ber om sovetabletter og en sykmelding. ”Jeg trenger litt fri for å lade batteriene”. Han bor sammen med en jevnaldrende kvinne. Han mener de har det godt, men den siste måneden har hun gitt uttrykk for at hun syntes han er blitt litt ”treig”. Hun har også kommentert at han er mindre sosial.

Mannen har 3-årig høyskoleutdannelse og arbeider i et reklamebyrå. Han har tidligere vært i full jobb og aldri vært sykmeldt. Han har trivdes godt i jobben, men nå gruer han seg til å gå. Jobben er et ork. Han føler heller ikke at han er kreativ lenger. Han har ikke hatt noen sykdommer tidligere i livet, bortsett fra migrene. Vanlig somatisk undersøkelse gir ikke mistanke om somatisk sykdom.

Han er ordentlig kledd og opptrer høflig. Du registrerer at han beveger seg litt tregt og tungt, og bruker lang tid på å svare på spørsmål. Pasienten smiler heller ikke under samtalen. Når du spør om humøret hans, svarer han at det er ”som om følelsene er lammet”. Det er vanskelig å bli både glad og trist. Han føler seg ”flat”. Han henviser igjen til søvnproblemene. Det er tretthet, mangel på overskudd og manglende uthvilthet etter søvn som dominerer slik det har gjort den siste måneden. Han sliter også med appetitten (”jeg har nok gått ned et par kg den siste måneden”). Også konsentrasjonen er svekket. Han klarer å lese en avis om kvelden, men om morgenen er det ”nesten umulig”. Konsentrasjonssvikten går også ut over jobben. Han forteller også at han har en indre uro, en form for panikkliggende opplevelse, som en diffus skyldfølelse som han ikke kan sette ord på. Det er slitsomt. ”Hvis jeg kan få noe å sove på, blir det sikkert bedre”.

Han grubler på om han kan ha valgt feil yrke og tenker at han kanskje burde si opp og finne en annen jobb. Enkelte ting ”sjefen har sagt” mener han kan bekrefte at sjefen er misfornøyd med ham. Dessuten bebreider han seg selv for at han ikke strekker til på jobben. Han benekter å ha

aktive suicidale tanker, men sier på direkte spørsmål at om han hadde ”dødd i morgen hadde det ikke gjort noe, for å si det sånn”. Gjennomgående er hans plager verre om morgenen og formiddagen. Om kvelden har han det noe bedre.

1. Nevn 2 aktuelle diagnoser. Begrunn svaret.
2. Anfør stikkordsmessig hvilke supplerende anamnestic informasjon du ville innhente med tanke på diagnostikk - differensialdiagnostikk. Begrunn dette ut fra de diagnostiske muligheter som pasientens symptomer / tegn kan indikere.
3. Hvilke tilleggsundersøkelser ville du som lege gjøre? Begrunn dette ut fra de symptomer / tegn pasienten fremviser.
4. Hvordan ville du legge opp den videre behandlingskontakten og hvilken behandling ville du foreslå? Begrunn svaret ut fra dine svar på punktene 1-3.

Oppgave 2

Eva (25 år) har siste 4 måneder vært sykmeldt p.g.a angstanfall og tvangstanker.

Familie: Eva er enebarn. Foreldre giftet seg sent og var hhv. 46 (mor) og 57 da hun ble født. Mor er utdannet sykepleier. Hun var hjemmeværende da Eva gikk i barneskolen, men begynte etter hvert i deltidsjobb. Far er revisor. Mor er beskrevet som snill, aktiv og litt dominerende. Far er engstelig og forsiktig. Han snakker med lav stemme og blir aldri sint. Foreldrene er litt overbeskyttende, og alltid redd for at det skal skje Eva noe galt. De fulgte i oppveksten nøye med på hvor hun var og hvem hun var sammen med.

Utvikling: Hun lekte mest inne som barn, og måtte følges av foreldrene når hun skulle gå ut. Hun var pliktoppfyllende, samvittighetsfull og snill gjennom hele oppveksten. Hun hadde et par venninner på skolen, men var stille og litt sjenert.

Skolegang: Hun var alltid flink på skolen, særlig i skriftlige fag. Hun gjorde alle lekser og leverte alltid oppgaver punktlig. Til tross for dette la læreren nesten ikke merke til henne. I klassen var hun tilbaketrukket, snakket med lav stemme og gav dårlig øyekontakt. Hun deltok sjelden i diskusjoner, og var redd for å bli uenig med noen. Hun fikk gode karakterer til eksamen, men deltok ikke i russefeiring fordi hun syntes det var ”for mye styr”.

Personlighet: Hun er ganske taus som person, og forsiktig og noe pertentlig i alt hun gjør. Sammen med andre er hun engstelig og hemmet, men samvittighetsfull og pliktoppfyllende i arbeidet sitt. Hun liker ikke konflikter, og blir lett ansent og har en tendens til å trekke seg når noe blir vanskelig. Hun tåler dårlig kritikk eller at noen snakker med sint stemme.

Utdannelse/arbeid: Hun utdanner seg til bibliotekar, og får jobb i arkivet i et forlag. Det er mye rutinearbeid og lite sosial omgang med de andre på jobben, men hun trives ganske godt.

Sosialt liv: Hun fortsetter å bo hjemme. Hun trives ikke helt sammen med foreldrene, synes de bekymrer seg for mye for henne og at de maser om at hun må være mer sammen med andre og få seg kjæreste.

Aktuelt: Året før hun ble dårlig begynner en ny mann på jobben. Han ble raskt interessert i henne og gir henne mye oppmerksomhet. Hun forsøker å overse han, isolerer seg i arkivet, slutter å gå til felleslunsj, men han gir seg ikke. Til slutt sier hun ja til å bli med på kino. De har det hyggelig og fortsetter å møtes utenom jobben. Etter noen måneder innleder de et seksuelt forhold. Hun presenter ham for sine foreldre, som liker han, og de begynner å snakke om å flytte sammen. Plutselig får hun mistanke om at han møter andre, og han forteller at han flere ganger har vært i seng med sin tidligere kjæreste. Alt går i grus for Eva. Hun får gjentatte anfall med akutt innsettende angst hvor hun har kvalningsfølelser, hjertebank, svimmelhet og hyperventilasjon. Samtidig får hun tanker om at mor og far skal dø, og at det vil skje på en voldsom måte. Tankene gir henne dårlig samvittighet og hun blir skremt. Hun skammer seg og prøver å skyve tankene bort, men de kommer stadig tilbake.

1. Hvilke ressurser og sårbarhetsforhold ser du hos denne pasienten? Beskriv kort.
2. Er det forhold ved hennes oppvekst som kan ha sammenheng med den personligheten hun utvikler? Beskriv og diskuter kort.
3. Er det rimelig å tenke at denne kvinnen har noen psykiatriske diagnose? I tilfelle hvilke? Diskuter 3 alternativer som er mest sannsynlige

Oppgave 3

Hans (10 år) kommer sammen med foreldrene sine til deg som fastlege. Foreldrene er bekymret fordi skolen melder at Hans er ukonsentrert og urolig i timene, forstyrrer undervisningen og ikke oppfatter beskjeder fra læreren.

Hans bor sammen med mor og far og en eldre bror, Håkon (14 år). Familien bor i samme hus nå som da guttene var små. Foreldrene er i arbeid. De har god kontakt med øvrig familie.

På spørsmål om Hans noen gang har opplevd noe skummelt eller skremmende, forteller han en lang historie om hvordan han 4 år gammel fikk en utegrill over seg. Han beskriver hvor redd han var og at han hadde store smerter. Han fikk store brannskader og lå på sykehus i flere uker. Mor forteller at Hans etter hendelsen ble en mer forsiktig gutt, og at han var plaget med mareritt og fikk lett «panikk» når han så peisflammer, bål eller levende lys. Plagene vedvarte i 1-2 år.

Under samtalen kommer det frem at foreldrene også er bekymret for storebror Håkon. Han har kraftige humørsvingninger og har fått diagnosen bipolar lidelse og mulig ADHD. Han har tilpasset undervisning på skolen. Verst er det med utageringen hjemme. Flere ganger har foreldrene måttet holde ham for å unngå skader. Foreldrene er slitne og har søkt om avlastningshjem for ham en helg i måneden. Fars bror har også diagnosen bipolar lidelse og har hatt mange av de samme problemene som Håkon.

Hans forteller at forholdet til Håkon er vanskelig. Han sier at broren «klikker», og de krangler og sloss mye. Han tar ikke med seg venner hjem p.g.a. av brorens oppførsel.

1. Hans var utsatt for en alvorlig ulykke 4 år gammel. Beskriv hvilke psykiske stressreaksjoner barn kan utvikle etter slike hendelser. Nevn 2 diagnoser det vil være aktuelt å utrede for. Begrunn svaret ditt.
2. Hans er nå henvist for konsentrasjonsvansker. Nevn 3 mulige årsaker til konsentrasjonsvansker hos barn. Hvilke årsaker mener du er mest aktuelle hos Hans? Diskuter 2 alternativer.

Oppgave 4

Du er i din første legejobb etter endt studium ved et universitetssykehus. Du tilkalles medisinsk avdeling fordi en mann i slutten av 50-årene kommer inn med tydelige tegn på leversvikt.

1. Hva er vanligste årsak til skrumplever/levercirrhose hos norske voksne menn?
2. Hvordan vil du videre kartlegge pasientens situasjon?

Du får gjennom denne kartleggingen og samtalen med pasienten styrket din mistanke om at han drikker **for** mye alkohol

3. Hva er for mye? Hva vil du generelt anbefale pasienter m.h.t. alkoholkonsum?
4. Beskriv hvordan noen elementer fra det motiverende intervju kan brukes i det å nærme seg pasientens problemer.
5. Gjør rede for forskjellene mellom menn og kvinner med hensyn til metabolisme av alkohol og sårbarhet for alkoholskader.

Oppgave 5

1.
En 58-årig kvinne som har brukt briller siden ungdomstiden kommer til deg på legevakt. Hun har hatt lysglint i sitt venstre øye, og de siste dagene har hun ikke klart å lese med dette øyet.
 - a. Sannsynlig diagnose?
 - b. Hvorfor ser hun så dårlig?
2.
En 58 år gammel kvinne kommer til deg på legevakten da hun plutselig har oppdaget at det har tilkommet en blødning på sklera. Det er ingen kjent traume i anamnesen.
 - a. Hva kalles dette?
 - b. Prognose?
- 3.

En 75 år gammel mann har følt seg trøtt den siste tiden og smerter i kjeven når han spiser. Det har blitt påvist høy senkningsreaksjon (SR) i tillegg til vekttap. Malignitetsutredning har blitt startet. I går mistet han plutselig synet på sitt høyre øye.

- a. Sannsynlig øyeårsak til det plutselige synstapet?
- b. Hvilken sykdom må utelukkes?

4.

Elsa er 30 år og har i noen dager hatt plager med lysskyhet på sitt høyre øye. Du undersøker henne med oftalmoskopet og finner at det høyre øyet er rødt. Pupillen er liten. For noen år tilbake fikk hun diagnosen Bechterews sykdom. Hun forteller at hun også tidligere har hatt tilsvarende episoder som nå.

- a. Sannsynlig diagnose?
- b. Behandling?

5.

Lars er 30 år og arbeider som maler. En dag mottar du en telefon fra tillitsvalgt på arbeidsplassen hans. Lars har vasket et tak med en etsende løsning og har nettopp fått en sprut i sitt høyre øye. Øyet er rødt, men ser ellers normalt ut. Tillitsvalgt lurte nå på hva han skal gjøre.

- a. Hvilket råd vil du gi?
- b. Prognose?

6.

Pelle 20 år, har spilt fotball og har fått en albue rett mot sitt høyre øye. Det er blått og hovent rundt øyet, og Pelle klarer ikke å åpne øyet selv. Du løfter opp øyelokket og finner at øyet ser uskadet ut, men Pelle angir dobbeltsyn ved blikk oppover.

- a. Sannsynlig diagnose?
- b. Hvorfor ser Pelle dobbelt?

7.

En kvinne på 80 år som tidligere har sett brukbart på begge øynene, men har tidligere fått påvist "forkalkninger i skarpsynsområdet" har siste 2-3 uker merket at skarpsynet på det hø. øyet har blitt betydelig dårligere og rette linjer har begynt å bli mye mer bølgede

- a. Hva er sannsynlig diagnose og finnes det noe behandling?
- b. Nevn 2 viktige oftalmologiske funn som skiller tørr – og våt AMD.

8.

Hr. Hansen er 60 år gammel og har alltid hatt dårlig syn på sitt høyre øye. Ved hans første besøk hos øyelege som 20-åring fikk han briller. Når du undersøker ham, ser du at det ene øyet skjeler innover og han ser betydelig dårligere på det høyre øyet (0.3) enn på det venstre (1.0-). Ut over dette er det normal øyestatus.

- a. Sannsynlig årsak til hans synsreduksjon?
- b. Hvilke tiltak burde man ha satt i verk den gangen Hansen var barn?

9.

Du får inn i turnus en 22 år gammel kvinne som siste dager har merket redusert syn høyre øye, smerter ved øyebevegelse og lett hodepine. Funnt: Redusert visus (0.3 o.dext./1.0 o.sin), normalt

trykk, ikke dobbeltsyn, men noe smerter ved blikk ut til sidene, redusert fargesyn, afferent pupilledefekt od, intet patologisk ved oftalmoskopi.

- a.Hvordan tester man for afferent pupilledefekt og hvilke funn gjør man hvis pasienten har afferent pupilledefekt?
- b.Sannsynlig oftalmologisk diagnose ?

10.

En 35 år gammel kunstner arbeider med en steinbyste av en lotto-millionær på Bygdøy. Når han skulle hamre ut millionærens nese kjente han med et lite stikk i høyre øye. Kunstneren kommer til deg ved legevakten senere på kvelden. Du finner da noe redusert visus på det aktuelle øyet (od: -2,0: 0,7), lett ciliær injeksjon, cornea har et lite sår med mulig fremmedlegeme midtperifert kl 12. Pupillen har antydning til dråpeform.

- a.Hvilken diagnose mistenker du?
- b.Hva gjør du?

11.

En 75 år gammel kvinne kommer til deg på legevakt. Hun har blitt operert for katarakt på sitt høyre øye for 6 dager tilbake. Siden i går har øyet blitt tiltakende rødt og vondt. Hun opplever også at synet på det aktuelle øyet har blitt redusert.

- a.Hvilken diagnose er det viktig å avkrefte?
- b.Hva gjør du og hvordan behandles denne tilstanden?

12.

Fru Mehlum tar kontakt da hennes begge øyne har vært røde og klebrige i drøyt en uke. Hun plages også av lysskyhet og lett synsnedsettelse. Når du undersøker henne finner du stjerneformede infiltrater i begge hornhinner, det er klart sekret og hun forteller at det går forkjølelsevirus i barnehagen der hun jobber.

- a.Hvilken mikroorganisme tror du er årsak til denne tilstanden?
- b.Hvilken behandling ville du foreslå?

13.

En 65år gammel kvinne har kommet til mottaket der du er turnuslege. Hun har fått økende hodepine og dobbeltsyn. Du finner anisokori med størst pupille på høyre øyet, og det virker som hun også har vanskelig å bevege høyre øyet og øyet blir stående noe ned og ut. Hun har også lettgradig ptose på høyre side.

- a.Sannsynlig oftalmologisk diagnose.
- b.Hvilken utredning vil du fortest mulig få gjort og hvorfor ?

14.

Hva er afferent og efferent ledd i pupillens lysrefleks?

15.

Beskriv kort hvordan man utfører uncover test og hvilke type skjeling denne testen kan avdekke?

Det medisinske fakultet, Oslo, 13. februar 2013

Signatur leder av eksamenskommissjon

Sensorveiledning - kontinuasjonseksamen - høst 2012

Oppgave 1

1: Her er det viktig at studenten viser evne til å tenke bredt. Mest sannsynlig er dette en tilstand som best kan beskrives av en diagnose innen det affektive spektrum. Innen dette spekteret er depressiv episode/tilstand sannsynlig. Det teller positivt hvis studenten nevner melankoli/somatiske symptomer. Man kan ikke utelukke bipolar lidelse.

Differensialdiagnostiske overveininger: Rusindusert depresjon, primær angstlidelse med depressive påleiringer, personlighetsforstyrrelse, organisk årsak (lavt stoffskifte).

2: Forekomst av melankoli gir mistanke om at det kan foreligge en bipolar form for depresjon. Derfor er informasjon om eventuell hypoman / manisk sympatomologi i sykehistorien påkrevet (evnt. også fra komparent). Behovet for dette styrkes ved at det er informasjon om at pasienten lider av migrene. Det er øket forekomst av bipolare lidelser blant pasienter med migrene.

”Kreativitet” kan også være et hint i retning av at det foreligger en bipolar form for depresjon. Enkelte ganger kan rusmiddelmissbruk, for eksempel kokain, gi et lignende bilde.

Rusmiddelanamnese er derfor påkrevet. Dessuten er rusmiddelmissbruk en komplikasjon ved bipolare lidelser. Panikkanfall /panikk lidelse forekommer hos 70 % av pasienter med bipolare former for depresjoner. Det er derfor et pre hvis kandidaten anfører at han vil utdype denne muligheten anamnestisk. En nærmere sykehistorie mtp barn/oppvekst vil også være et pre, kfnr. periodisk ”sosial fobi” ved bipolare lidelser. Det må utelukkes at det ikke har vært en hodeskade. PTSD kan gi depressiv symptomatologi, men sjelden melankoli.

3. Det bør gjøres et formelt MADRS intervju (selv om informasjonen i sykehistorien de facto dekker MADRS temaene). Dessuten må det tas noen enkle blodprøver som Hgb; CRP, kreatinin, alkalisk fosfatase/ASAT og/eller ALAT; TSH/T4 og Ca-P (parathyreoidea). Det er ikke nødvendig med omfattende somatisk utredning. Rutinemessig undersøkelse av urin /blod mtp rusmiddelbruk er ikke nødvendig i allmenn praksis hvis det ikke foreligger mistanke.

4. Ved denne type depresjoner kan det være sterkt øket suicidalfare, selv om pasienten benekter dette. Man vil derfor anbefale at pasienten kom tilbake så snart som mulig for supplerende diagnostisk informasjon; helst i løpet av noen dager, maks en uke. Frem til dette kan legen gi et benzodiazepin. Her er begrunnelsen viktig. Mener legen at diagnosen er klar, er det selvfølgelig OK å gå rett på behandling som vil være støttesamtaler (evnt. spesifikk psykoterapi som CBT) og medikasjon (antidepressivum) i kombinasjon. Det er ikke krav om et bestemt legemiddel. Kun å angi psykoterapi er en kunstfeil når det handler om en melankoli. Pasienten må også gis beskjed om å ta kontakt før hvis det blir økende angst eller andre problemer. Ved mistanke om alvorlig lidelse av psykiatrisk art (bipolar lidelse), somatisk art (lavt stoffskifte) eller rus, kan det være nødvendig å henvise til spesialist.

Oppgave 2

1. Ressurser: Flink, ambisiøs. Pliktopplyllende. Samvittighetsfull. Ønsker å hjelpe foreldrene.
Sårbarhet: Isolasjonstendens. Avhengig av foreldre. Begrenset relasjonsevne. Tåler dårlig kritikk. Engstelighet. Konfliktfylt forhold til uenighet og aggresjon.
2. Overbeskyttende, engstelige og forsiktige foreldre som formidler at verden er "litt skummel". De lar henne ikke møte sosiale utfordringer og formidler at uenighet og konflikt er farlig. Hun overtar etter hvert samme holdning i forhold til seg selv og sin livsutfoldelse, og "løser" ofte utfordringer med å trekke seg tilbake eller isolere seg (unnavikelse).
3. Aktuelle diagnoser, hvorav minst tre bør være nevnt/diskutert:
 - a. Engstelig (unnavikende) personlighetsforstyrrelse
 - b. Avhengig personlighetsforstyrrelse
 - c. Panikkelidelse
 - d. Sosial fobi
 - e. Obsessive-compulsive lidelse. Tvangslidelse.

Oppgave 3

Brannskade:

1. Brannskade: svært skremmende, farlig hendelse, ble veldig redd = traumatisk hendelse, kan utløse posttraumatiske stressreaksjoner. Gjenopplevelse, unngåelse og økt fysiologisk reaksjon. De bør kunne nevne noen eksempler på symptomer.
2. Mest aktuelle diagnoser er PTSD, andre angstlidelser og depresjon

Konsentrasjonsvansker:

1. Hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD), depresjon, PTSD, angstlidelse, vanskelig livssituasjon, spesifikke lærevansker, stress/mistrivsel m.fl.
2. vanskelig livssituasjon, stress/mistrivsel, depresjon/angst ----begrunnet i brorens innvirkning på familien og de bekymringer det gir, den uro han omgis med, mangel på foreldrekontakt/utslitte foreldre, bekymring for «å bli slik selv» osv

Hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD), begrunnet i genetikk, at han ikke konsentrerer seg

(her er det flere tolkningsmuligheter, det vesentlige er at de trekker gode konklusjoner ut fra slik de forstår situasjonen)

Oppgave 4

1.1

Den vanligste årsaken til kronisk leversvikt er høyt alkoholkonsum over lang tid. Andre årsaker er Hepatitt B eller C. Sykdommen utvikler seg ofte ”stille” og kommer ikke til uttrykk før leveren er betydelig skadet.

1.2

Det er avgjørende her å spørre direkte om alkoholforbruk. Det er naturlig at kandidaten skriver om ulike screeningsinstrumenter for å avdekke; bruk, risikobruk, misbruk eller avhengighet av alkohol/rusmiddel. Eksempler på screeningsinstrumenter er AUDIT og CAGE. Det er bra hvis kandidaten kan nevne at screeningsinstrumenter er egnet til å avdekke risikofylt konsum og må følges opp av andre instrumenter/diagnoseverktøy dersom man skal stille en formell rusrelatert diagnose. Screeninginstrumentene som AUDIT kan brukes til å måle endring i risiko på ulike tidspunkt. Kandidaten bør vise forståelse for at det er forskjell på høyt forbruk, risikabelt forbruk og de kliniske diagnosene; misbruk og avhengighet. Det gis også rom her for å nevne ulike somatiske prøver som kan tas for å avdekke høyt alkoholforbruk det være seg gamma GT, CDT, ASAT, ALAT, ECV, b-vitaminer, blodtrykk etc.

1.3

Her skal kandidaten skrive om anbefalte grenser og hva de er anbefalinger i forhold til. Anbefalingene gis av helsemyndigheter for å fremme folkehelsen. Retningslinjer fra WHO og Helsedirektoratet er at konsum tilsvarende 1 alkoholenhet for kvinner (ikke-gravide) og 1-2 for menn daglig er innenfor hva som ansees som lite helseskadelig. Dvs mer enn 8 enheter for kvinner og mer enn 15 enheter for menn per uke ansees som risikabelt inntak av alkohol. En enhet tilsvarer 10-12g ren alkohol; 0,33l øl eller ett glass vin. Det er for de fleste skader og sykdommer forbundet med alkohol en lineær sammenheng mellom økende volum og økende risiko. Risikofylt bruk handler delvis om volum, men også om ”ukeskvoten” på 8 evt 15 drikkes fordelt på alle dagene eller konsentrert på en eller få dager ”binge-drinking”. Det er ansett for mer risikofylt å drikke mange enheter på samme dag, og 5 eller flere enheter på en dag er satt som en grense for risikabel drikke adferd. Langvarig moderat-høyt konsum kan gi en form for alkoholrelaterte skader; f.eks leveraffeksjon, mens inntak av mer enn 5 enheter på en dag, kan gi andre mer akutte skader, som risiko for akutt traume, intoksikasjon, eller utsatthet for vold og ulykker, men også kardiovaskulær affeksjon med mer.

1.4

Her skal kandidaten beskrive kort det motiverende intervjuet (MI) og hvordan dette kan brukes til og innlede en samtale med pasienten om hans eller hennes bruk av rusmidler.

MI er en klinikerstyrt men pasientorientert samtaleteknikk, som egner seg til å medvirke til adferdsendring inklusive endring i drikkeadferd. Teknikken bygger på en erkjennelse av at adferdsendring må komme som et resultat av pasientens eget ønske og motivasjon for endring.

Samtalens fokus holdes av klinikerens og skal utforske ambivalens hos pasienten mht den adferden som man forsøker å endre og å støtte pasienten underveis i adferdsendingsprosessen. Klinikerens styrer samtalen målrettet mot å utforske og å bearbeide ambivalens.

Klinikerens er empatisk lyttende

Klinikerens er ikke-konfronterende

Klinikerens forsøker å manøvrere pasienten inn i en posisjon hvor opplevelsen av negative konsekvenser ved adferden oppleves som så relevante at pasienten selv føler motivasjon til adferdsendring.

En nyoppstått/akutt sykdomshendelse er ofte et godt "window of opportunity" får å begynne prosessen med å manøvrere pasientens motivasjon, ettersom sykdomshendelsen ofte vil oppfattes som en negativ konsekvens av adferden også for pasienten og derfor kan åpne opp for ønske om adferdsendring.

1.5

Det bør nevnes at kvinner er mer sårbare med hensyn til skadevirkningene av alkohol. Fint hvis det navnes kroppsvekt og fordeling vannfase vs. fettfase, ulik metabolisme, og ulike toleranse av alkoholpromille. Gode kandidater vil også kunne redegjøre for at kvinner som gruppe drikker mindre enn menn både med hensyn til ganger og kvanta, men at kvinner har hatt en høyere økning i sin bruk over tid enn det menn har.

Sensorveiledning Konteeksamen Høst 2012 ØYE

1

a. Netthinneavløsning

b. Makula er avløst

2.

a. Subkonjunktival blødning (hyposfagma)

b. God prognose, forsvinner i løpet av noen uker

3.

Arterieokklusjon

Temporalis artritt

4.

Akutt iridocyklitt / fremre uveitt

Topikale steroider samt cycloplegica/utvidende øyedråper

5.

a. Skyll i 20-30 minutter

b. Sannsynligvis god prognose da øyet ikke er iskemisk og cornea er klar

6.

a. Orbitagulvfraktur (Blow-out fraktur)

b Inneklemming av den nedre rette øyemuskel (m. rectus inferior) i frakturen

7.

a. Våt (neovaskulær) AMD, kan behandles med intravitreale injeksjoner av anti-VEGF (Avastin/Lucentis). b. Våt AMD: Blødninger, eksudater, ødem i makula.

8.

a Amblyopi pga skjeling. b Brillor og okklusjon.

9.

a.Svinging flash light test, når man lyser fra pupillen på frisk side til pupillen på syk side ser man at begge pupiller utvider seg. b. Retrobulbær nevratt/opticusnevratt.

10.

a.Perforasjon.b.Øyeblikkelig kontakt med øyeavdeling (ikke forsøk å fjerne fremmedlegemet).

11.

a. Endoftalmitt b. Øyeblikkelig henvisning til øyeavdeling. Intravitreal antibiotika og prøvetaking.

12.

Adenovirus. b. Ingen, leger seg oftest selv. Anbefaling av ikke dele håndklær etc., evt. antibiotikadråper for å forhindre sekundærinfeksjon.

13.

a.Oculomotoriusparese. b. CT/CTAngio av hodet for å utelukke aneurisme /nevrologisk utredning.

14.

Afferent: N. opticus Efferent: Parasympatiske fibre (N.oculomotorius) og sympatiske fibre.

15.

Man ber pasienten fokusere på et punkt litt på avstand, deretter dekker man til det ene øyet for deretter å plutselig fjerne tildekkingen. Da kan man studere om det tildekkede øyet får en instillingsbevegelse. Avslører latente skjelinger / forier.