

Kontinuasjoneksamen med sensorveiledning høst 2015, MED4500 – Høst 2015

Kontinuasjonsoppgave i Psykiatri

Oppgave 1.

Du er allmennlege i Oslo. En 31 år gammel mann har bestilt time. Han er ukjent for deg, og ber om sykmelding. Det viser seg under samtalen at han ikke har vært på arbeid siste året, men har levd av oppsparte midler og grudd seg for å ta kontakt med lege.

Pasienten er generelt forsiktig, noe ordknapp, virker nervøs, har et alvorlig ansiktsuttrykk, men svarer adekvat på direkte spørsmål, gir god kontakt når man henvender seg til ham og har normal orienteringsevne. Han har tidligere arbeidet i en større bedrift og fullførte høyere utdanning for fem år siden. I jobben var han kjent som en stille og tilbaketrukket person, som gjorde seg lite bemerket og arbeidet mye for seg selv. Han var nøye, pleide å arbeide lange dager og han grublet/bekymret seg i etterkant over forhold ved arbeidet og arbeidsoppgavene. Han knyttet ikke mange personlige relasjoner på jobben, men var vennlig, pålitelig og generelt godt likt. Utenom jobben hadde han et lite nettverk av venner han hadde kjent lenge.

Han forteller at han fikk en alvorlig psykisk knekk i forbindelse med at han for tre år siden ble avvist av en kjæreste – den eneste kjæreste han har hatt. Hun hadde følt at han var vanskelig å forstå. Han ble for vag og diffus for henne, for innesluttet. Pasienten tok det tungt da det ble brudd, er fortsatt mye trist og ensom, men orker ikke tanken på å inngå et nytt kjæresteforhold. I samme periode ble arbeidsoppgavene på jobben endret og medførte et press på større sosiale utfordringer. Han følte ikke han fikk dette til, fikk tiltagende angst for å gå på jobb, var redd for kritikk, trakk seg fra kollegiale sammenhenger, begynte oftere å melde seg syk (egenmelding), komme for sent og forsove seg. Da han for et år siden fikk et panikkanfall på jobb sluttet han helt. Han hadde da de siste to årene fått flere påpekninger fra arbeidsgiver om fravær.

Den aktuelle situasjonen har utviklet seg over de siste tre år slik at han i dag unngår all arbeidsrelatert aktivitet, det kan også være NAV møter, formelle telefonsamtaler, det å åpne brevpost og e-post. Det er også vanskelig med sosiale samlinger. Om han blir med på noe, bruker han alkohol, særlig i forkant, men også under festligheten. Det har dermed blitt et problem for ham at han drikker for mye. Livsstilen er passiv, han er blitt overvektig og misliker det sterkt ved seg selv. Han bor i leid rom i et kollektiv med tre andre personer, men har ingen kontakt med dem han bor med.



Pasientens far hadde et periodisk alkoholproblem og kunne ha et voldsomt temperament. De har i dag lite kontakt. Mor og far ble skilt da han var 12 år gammel. Hun er mer forsiktig, sky og var deprimert en periode etter skilsmissen. Pasienten har vært følsom, sjenert og engstelig siden barnealder og det er gjennomgående at han har følt seg underlegen andre. De senere år har denne type problemer «tatt helt over».

- a). Er det grunnlag for å mistenke at 31-åringen har personlighetsforstyrrelse? Begrunn svaret.
- b). Om personlighetsforstyrrelse –
Hvilken personlighetsforstyrrelse er her mest sannsynlig. Begrunn svaret.
- c). Drøft aktuelle differensialdiagnoser.

Oppgave 2.

Alkoholisk leversvikt har økt de senere år i Norge, både for menn og for kvinner.

- a. Hva kan forklare de senere års økning i forekomsten av alkoholisk leversvikt?
- b. Hvordan vil du kartlegge en pasients alkoholkonsum? Beskriv spesifikk(e) teknikk(er) og formål med kartleggingen.

Gjennom en samtale og kartlegging av alkoholforbruk med en av dine pasienter får du mistanke om at konsumet er høyere enn myndighetenes anbefalinger.

- c. Hva er gjeldende retningslinjer m.h.t. alkoholkonsum for menn og kvinner? Drøft kort ulike drikkemønstre som er skadelig og evt mindre skadelig.
- d. Beskriv hvordan sentrale elementer fra det motiverende intervju kan brukes i det å nærme seg en pasients problemer med alkohol og hvordan teknikken kan bidra til adferdsendring

Oppgave 3.

Når er det en pasient som er frivillig innlagt på en akuttpsykiatrisk post kan holdes tilbake mot sin vilje?

Oppgave 4

Johanna er en 20 år gammel jente som oppsøker deg som fastlege. Hun forteller at hun føler at hun den siste tiden har mistet seg selv. Hun opplever samtidig at hun mangler energi og sliter med innsovning. Hun har klart å være i jobb på restauranten hun jobber på, men vedgår at arbeidsdagene blir lange og preges av jobbing på kveldstid.

- a) Ut fra informasjonen over, hva vurderer du som mest aktuelle differensialdiagnoser?
- b) Hva vil du som fastlege fokusere på i den videre kartlegging?
- c) Hva er psykiatriske diagnoser basert på og hvordan er diagnosene definert?
- d) Diskuter utfordringer knyttet til dagens klassifikasjon/inndeling av psykiske lidelser.

Kontinuasjonsoppgave i rettsmedisin

Som kommunal legevakslege får du en kveld følgende oppdrag: Gå straks ut i ventende ambulans som vil ta deg på et hasteoppdrag til en 86 år gammel mann som befinner seg i sitt eget hjem. Han bor alene og har hatt hjelp av sykepleier fra Curato Privatpleie til personlig stell, da han etter en prostektomi pga en prostatacancer ett år tilbake må ha permanent innlagt kateter til urinblæren. I tillegg pådro han seg for få uker siden en femurfractur da han snublet ute. Han ble vellykket operert, men har etter dette vært delvis immobilisert.

Sykepleieren som i kveld er hos pasienten har opplyst at han den siste tiden har hostet og vært litt tungpusten, noe pasienten har bagatellisert og ikke ønsket legeundersøkelse for. Han har for øvrig ingen kjente sykdommer.

Under skifte av kateter ble pasienten plutselig blek og livløs. Sykepleieren igangsatte gjenopplivningsforsøk. Ved din ankomst foreligger asystoli og pupillene er lysstive. Du fastslår at døden er inntrådt og resusciteringen avsluttes på stedet.

- a) *Du informerer sykepleieren og ambulanspersonellet om at du vil melde dødsfallet til politiet, noe de stiller seg uforstående til. Begrunn din avgjørelse i gjeldende lovverk.*
- b) *Ved en rettsmedisinsk obduksjon påvises utbredte ferske trombemasser i arteria pulmonalis og dens grener på hver side. Begrunn hvilke diagnoser som bør føres opp henholdsvis under punkt I a), I b) og II under opplysning om dødsårsaken i skjemaet «Legeerklæring om dødsfall».*
- c) *Er døds måten i dette tilfelle ulykke eller naturlig død? Begrunn svaret.*
- d) *Oversett følgende til norsk for bruk i en legeerklæring i saken:*
- *prostatacancer*
 - *femurfractur*
 - *arteria pulmonalis*
 - *trombemasser*

Sensorveiledning Kontinuasjoneksamen i Psykiatri

Oppgave 1.

a). Besvarelsen bør vise til de generelle kriterier for personlighetsforstyrrelse og begrunne at det synes å foreligge noe av det følgende:

- 1) et langvarig, karakteristisk, innarbeidet mønster som avviker fra normen og omfatter flere funksjonsområder: tenkning, emosjonalitet/følelser, impuls kontroll og mellommenneskelige forhold.
- 2) Medfører alvorlig sviktende fungering eller betydelig belastning/plage/lidelse
- 3) Trekk kan spores tilbake til ungdomsalder

4) Kan ikke avgrenses til perioder med psykose eller somatisk sykdom

Eksempelvis:

Pasienten har i starten i arbeidslivet greid å opprettholde arbeidsfungering, men ikke normal sosial fungering. Han har hatt betydelig grad av engstelighet, lav selv følelse og et langvarig innarbeidet mønster av tilbaketrekning som har hindret ham i vanlig mellommenneskelig utfoldelse og trekkene kan spores tilbake til barndom. Det kommer ikke frem opplysninger som bekrefter perioder med annen alvorlig sykdom som skulle forklare hans problemer (psykose eller somatisk sykdom). Det er grunnlag for å mistenke personlighetsforstyrrelse.

b).

Kategorien som passer best er: Unnvikende personlighetsforstyrrelse

Sentrale kjennetegn som kan nevnes her er:

Overdreven opptatthet av å bli kritisert/ avvist/komme til kort i sosiale situasjoner: Pasienten beskriver at han har vært sjenert og engstelig siden barndom og kasuistikken indikerer fortsatt sårbarhet i voksen alder.

Uvillig til å involveres med andre: Pasienten har få venner, fremstår oftest som stille og tilbaketrukket. Han har evne til å bli likt, men synes å ta uvanlig lite initiativ til dette selv. Det beskrives at han virker hemmet/stille i nye sosiale situasjoner.

Tilbakeholden i intime forhold: Pasienten er 31 år gammel, men har hatt få kjæresteforhold og vegrer seg sterkt for å inngå nye. Bruddet for 3 år siden var tungt og det fremkommer i kasuistikken at pasientens eks kjæreste begrunnet bruddet med at det var vanskelig å få til en åpen og nær relasjon med ham.

Tro på at en er sosialt uskikket, lite attraktiv eller mindre verd enn andre: Pasienten beskriver en gjennomgående underlegenhetsfølelse han kan huske siden han var barn.

Unngår sosial eksponering/arbeid/aktiviteter pga frykt for kritikk, bli avvist/komme til kort: *Over lengre tid* har pasientens sosiale nettverk vært lite og hans sosiale eksponering i jobb har også vært liten. Han har greidd å opprettholde arbeidsfungering de første to år av arbeidslivet, men synes å ha hatt en arbeidssituasjon i denne første perioden som krevde mindre sosial utveksling.

Pasienten har *de siste tre årene og særlig siste året* fullstendig unngått å møte på jobb etter hvert som han ble overmannet av følelsen av å mislykkes. Unnvikelsene dette siste året omfatter også NAV-kontakter og post, og han har heller ikke oppsøkt lege selv om han kunne trengt å få sykepenger. Siste året har han også unngått sosiale sammenhenger og har utviklet strategier med bruk av alkohol for å mestre sosiale aktiviteter.

c).

Differensialdiagnostikk:

Pasienten fremstår med angst, tristhet, og et alkoholmisbruk. Han er uvanlig tilbaketrukket, passiv og isolert og funksjonsfallet siste året er påfallende markert. Med fokus på de presenterte symptomer, er sentrale tentative differensialdiagnoser i et første møte med pasienten a) hvorvidt det foreligger en langvarig og alvorlig depresjon b) hvorvidt pasientens tilstand beskrives best som en primær angstlidelse eller c) Har pasienten et behandlingstrengende rusproblem?

Med fokus på det markerte funksjonsfallet sammen med isolasjonen er det også viktig å utelukke hvorvidt det foreligger mer alvorlig psykopatologi (psykose) som har debutert gradvis over de siste tre år.

Med fokus på hans sosiale problemer siden barnealder kan man også vurdere hvorvidt pasientens sosiale isolasjon skyldes redusert evne til å forstå sosial interaksjon (som ved en utviklingsforstyrrelse).

Flere personlighetsforstyrrelser/lidelser er forbundet med sosial isolasjon (Schizotypi og Schizoid personlighetsforstyrrelse). Kasuistikken beskriver ikke andre typiske kjennetegn på schizotypi. Karakteristisk for schizoid personlighetsforstyrrelse ville være at det var gjennomgående at pasienten ikke ønsket sosial kontakt, foretrakk å være alene. Kasuistikken gir også mulighet for å tenke at pasienten kan ha trekk av tvangspregget personlighetsforstyrrelse med perfeksjonisme.

Kasuistikken beskriver rikelig symptomer av angst, både i form av sosial fobi, i form av et panikkanfall, og i form av grubling som kan være del av en generalisert angst lidelse (GAD) eller en tvangsmessig grubling (OCD) Sosial fobi er derfor en sentral differensialdiagnose. Pasientens historie indikerer imidlertid mer langvarig og gjennomgripende personlighetsproblematikk. Både angstsymptomer, sosial fobi, depresjon og alkohol/ruslidelser er sentrale, hyppige tilleggslidelser ved unnvikende personlighetsforstyrrelse Vektøkningen kan skyldes passivitet, men også tilleggsproblemer i retning av bulimi/binge eating.

Oppgave 2.

a.

Den vanligste årsaken til kronisk leversvikt er høyt alkoholkonsum over lang tid. Det er godt etablert kunnskap at økt alkoholkonsum i befolkningen vil samvariere med økt forekomst av alkoholisk leversvikt. Økt totalforbruk av alkoholforbruk i befolkningen vil medføre økt forekomst

av alkoholrelaterte skader. I Norge har vi i en årrekke erfart en økende liberalisering mht alkohol, og dermed også økt forbruk. Det er spesielt hos kvinner at forbruket har økt de senere årene.

b.

Det er avgjørende å spørre pasienter direkte om alkoholforbruk. Ulike screeningsinstrumenter vil kunne avdekke; bruk, risikobruk, misbruk eller avhengighet av alkohol/rusmiddel. Eksempler på screeningsinstrumenter er AUDIT og CAGE. Screeninginstrumenter 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.

c.

Anbefalingene om alkoholinntak 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 tilsvarende 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.

d.

Motiverende intervjuet (MI) 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 adferdsendringsprosessen.

Klinikerens styrer samtalen målrettet mot å utforske og å bearbeide ambivalens.

Klinikerens er empatisk lyttende

Klinikerens er ikke-konfronterende

Klinikerens forsøke 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 ny-oppstått/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.

Oppgave 3.

I psykisk helsevernloven (§ 3-4) er det en generell regel at det er forbud mot overføring fra frivillig til tvunget psykisk helsevern mens pasienten er frivillig innlagt. Dette gjelder imidlertid ikke hvis en utskrivning innebærer at pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv og helse. Kontrollkommisjonen skal få en skriftlig redegjørelse om slike beslutninger.

Oppgave 4

- a) De mest aktuelle differensialdiagnoser er følgende:
 - Depresjon
 - Somatisk sykdom; anemi, hypothyreose mm
 - Prodromalfase ved psykose
 - Angst (mindre sannsynlig)
 - Normalreaksjon på belastning over tid, særlig knyttet til jobb
- b) Videre kartlegging bør fokusere på nærmere kartlegging av depressive symptomer samt evt andre psykiske symptomer (angst, psykosesymptomer). Hva mener hun med at hun har

- «mistet seg selv»? NB Selvmordstanker/-planer. Evt påvirkning av funksjon. Anamnese med tanke på somatiske symptomer. Orienterende somatisk u.s. inklusive blodprøver.
- c) Psykiatriske diagnoser er deskriptive, dvs at de er basert på hva pasienten forteller om av symptomer samt observasjon av atferd. Diagnosene er deretter definert på bakgrunn av clustring av symptomer og atferdsendringer og i hvilken grad de påvirker funksjon.
- d) Noen hovedutfordringer:
- Underliggende patofysiologi er ikke basis for inndelingen av sykdommene.
 - Deskriptive diagnoser uten kriterier som er «behandler-uavhengige» medfører at klinisk skjønn og erfaring kan påvirke diagnostisering.
 - Avgrensningen mellom syk og frisk er ofte vanskelig å vurdere, og påvirkbar av samfunnsendringer.
 - Diagnosene er kategoriske, mens det er stadig økende evidens for at psykiske plager er dimensjonale fenomener. Dette, samt at innenfor en del diagnosekategorier kan pasienter med samme diagnose ha nokså ulik sammensetning av symptomer, medfører at tilstander innenfor samme diagnosekategorier er svært heterogene. Dette skaper bl.a. utfordringer med behandlingsanbefalinger samt vurdering av behandlingseffekter (alle med samme diagnose vil neppe nyttiggjøre seg av samme behandling).

Sensorveiledning kontinuasjonseksamen i rettsmedisin

Som kommunal legevaktslege får du en kveld følgende oppdrag: Gå straks ut i ventende ambulanse som vil ta deg på et hasteoppdrag til en 86 år gammel mann som befinner seg i sitt eget hjem. Han bor alene og har hatt hjelp av sykepleier fra Curato Privatpleie til personlig stell, da han etter en prostatektomi pga en prostatacancer ett år tilbake må ha permanent innlagt kateter til urinblæren. I tillegg pådro han seg for få uker siden en femurfractur da han snublet ute. Han ble vellykket operert, men har etter dette vært delvis immobilisert.

Sykepleieren som i kveld er hos pasienten har opplyst at han den siste tiden har hostet og vært litt tungpusten, noe pasienten har bagatellisert og ikke ønsket legeundersøkelse for. Han har for øvrig ingen kjente sykdommer.

Under skifte av kateter ble pasienten plutselig blek og livløs. Sykepleieren igangsatte gjenopplivningsforsøk. Ved din ankomst foreligger asystoli og pupillene er lysstive. Du fastslår at døden er inntrådt og resusciteringen avsluttes på stedet.

Du informerer sykepleieren og ambulanspersonellet om at du vil melde dødsfallet til politiet, noe de stiller seg uforstående til. Begrunn din avgjørelse i gjeldende lovverk.

a) Dødsårsaken er ukjent og døden har inntrådt plutselig og uventet. Dette er således et unaturlig dødsfall. Plikten til å melde dødsfall som det er grunn til å anta er unaturlige er hjemlet i Helsepersonellovens §36 (se evt https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_7#KAPITTEL_7). Meldepliktige dødsfall er nærmere spesifisert i Forskrift om legers melding til politiet om unaturlige dødsfall og lignende av 21.12.2000 (se evt <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1378>), som harmonerer med Straffeprosesslovens §228 (se evt https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-05-22-25/KAPITTEL_5-1#KAPITTEL_5-1) og med påtaleinstruksens kapittel 13 (se evt https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1985-06-28-1679#KAPITTEL_2) som instruerer politiet om når et unaturlig dødsfall skal føre, hhv bør føre til at rettsmedisinsk obduksjon utføres.

Pasientens fall få uker tidligere kan også tenkes å ha hatt betydning for dødsfallet, noe som gjør det meldepliktig etter de samme lover og regler som over nevnt. (Kan døden skyldes en ulykke?).

Man kan også spørre seg om dødsfallet har sammenheng med den medisinske behandling og stell av avdøde. Dersom det er grunnlag for å mistenke at det foreligger feil, uhell eller forsømmelse ved behandling av sykdom eller skade er dødsfallet også meldepliktig etter overnevnte bestemmelser.

b) Ved en rettsmedisinsk obduksjon påvises utbredte ferske trombemasser i arteria pulmonalis og dens grener på hver side. Begrunn hvilke diagnoser som bør føres opp henholdsvis under punkt I a), I b) og II under opplysning om dødsårsaken i skjemaet «Legeerklæring om dødsfall».

Ia) Lungeemboli (el I formulering)

Ib) Femurfractur, opr. (el I formulering)

II Status etter prostatectomi for prostatacancer (el formulering)

Begrunnelser:

Obduksjonsfunnene taler for at lungeemboli er den umiddelbare dødsårsak (føres på Ia).

Pasienten ble delvis immobilisert etter lårbensbruddet. Immobilisering disponerer for dyp venetrombose og lungeemboli, så lårbensbruddet må oppfattes som underliggende dødsårsak.

Status etter prostatectomi med permanent kateter må antas å føre til generell svekkelse og bidra til immobilisering, derfor kan dette føres på II, som medvirkende dødsårsak, men er ikke utslagsgivende.

c) Er døds måten i dette tilfelle ulykke eller naturlig død? Begrunn svaret.

Ulykke (snublet ute og pådro seg femurfractur).

d) Oversett følgende til norsk for bruk i en legeerklæring i saken:

prostatacancer

femurfractur

arteria pulmonalis

trombemasser

prostatacancer: Kreft (evt ondartet svulst) i blærehalskjertelen

femurfractur: Lårbensbrudd

arteria pulmonalis: Lungepulsåren

trombemasser: Blodproppsmasser
