

SVARSFÖRSLAG TILL eAT-PROV DEN 26 AUGUSTI 2016

Examination efter läkares Allmäntjänstgöring-Skriftligt prov

NÄMDEN FÖR PROV EFTER LÄKARES ALLMÄNTJÄSTGÖRING  
Universiteten i Göteborg, Linköping, Lund, Umeå, Uppsala och Örebro  
samt Karolinska Institutet

## Svarsförslag Fall 1 Psykiatri 20 poäng

### 1.1.1 Ange två skilda typer av psykiatriska sjukdomstillstånd det skulle kunna röra sig om. För ett differentialdiagnostiskt resonemang. Vad talar för de två olika tillstånden? (2 p)

Mycket talar för ett PTSD-syndrom (krig, fängelse mm) alternativt Ångest-depressivt syndrom/Blandat ångest- och depressionstillstånd F 41.2 (andnöd, tryck över bröstet, sänkt grundstämning).

### 1.2.1 Vilka blir dina akuta åtgärder? (1,5 p)

Fördjupad diagnostik inkl. ytterligare somatisk bedömning. Suicidriskbedömning.

Kortvarig sjukskrivning. Erbjudna samtalskontakt, antidepressiva kan bli aktuellt liksom sömnmedicin.

### 1.3.1 Vilka åtgärder vidtar du? (1 p)

Du gör en psykiatrisk bedömning inklusive suicidbedömning och tar ställning till vårdintyg och kontakter bakjouren samt kontakter medicinjouren avseende eventuell paracetamolintoxikation.

### 1.4.1 Vad krävs för att någon ska kunna vårdas enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) – vilka är kriterierna för tvångsvård? (1,5 p)

1. Allvarlig psykisk störning - psykotisk valör, suicidrisk, farlighet
2. Oundgängligt vårdbehov -inga alternativ
3. Motsätter sig vård alt kan inte lämna samtycke

### 1.5.1 Vilka juridiska rättigheter har en patient som är vårdad enligt LPT? (1 p)

Tvåläkarbedömning av vårdbehov - vårdintygsskrivande läkare + psykiaterspecialist som fattar intagningsbeslut

- rätt överklaga intagning till domstol
- rätt begära utskrivning
- juridiskt ombud i domstolen
- stödperson

### 1.6.1 Vad gör du i den aktuella situationen när patienten kräver att få bli utskriven? (1 p)

Diskuterar med din överläkare om den fortsatta vården - fortsatt LPT eller inte är ett beslut på specialistnivå!

### 1.7.1 Hur gör du för att bedöma den aktuella suicidrisken? Hur resonerar du, vilka frågor ställer du till patienten? (2,5 p)

Strukturerad suicidriskbedömning. Hereditet, tidigare självmordsförsök, övervägande av eventuell suicidmetod.

Fokusera på det som hände när hon blev intagen, tala om tidigare självdestruktivitet, andra riskfaktorer för suicid, vill hon dö/ allvaret eller vad annat ligger bakom. Vilka skyddsfaktorer finns, familj, vänner, arbete/studier, fritidsaktiviteter.

### 1.8.1 Nämn tre centrala anamnestiska uppgifter som krävs för att ställa ADHD diagnos? (1,5 p)

Uppmärksamhetsstörningar, koncentrationssvårigheter

Hyperaktivitet, svårt sitta still, impulsivitet

Debut i barndomen

Kliniskt påtaglig påverkan på studier, socialt, arbete

### 1.9.1 Vad är karaktäristiskt för KBT-baserad psykoterapi? (1,5 p)

KBT

- bygger på inlärningspsykologi
- mer fokuserad på här och nu, än av barndomen (som dynamisk terapi är)
- oftast mycket strukturerad/manualiserad
- fokuserad på konkret problemlösning med pedagogiska inslag, hemuppgifter
- en aktiv terapeut
- träning av social färdigheter, beteendeaktivering, exponering för ångestväckande situationer

**1.10.1 Vilken är den vanligaste farmakologiska behandlingen av ADHD? Nämn två av de vanligaste bieffekterna. (1,5 p)**

Centralstimulerande medel

Biverkningar: aptitstörning, sömnproblem, ökad ångest, hjärtklappning

**1.11.1 Vilken diagnos bedömer du som mest sannolik? (0,5 p)**

Depressivt syndrom

**1.12.1 Patienten har tidigare fått ECT med god effekt och du tar upp detta behandlingsalternativ med patienten och han är positiv till den behandlingen. Vilka medicinska förberedelser görs inför ECT behandlingen? (1 p)**

Information om ev. biverkningar (minnesförsämring) till behandlingen

Narkosbedömning inkl. somatisk värdering och läkemedelsvärdering

**1.13.1 Patienten har stora sömnsvårigheter och plågas också av ångest och oro. Vilka överväganden gällande läkemedel gör du kring hans sömnproblematik och oro med tanke på den planerade ECT behandlingen? Motivera. (1 p)**

Undvik bensodiazepiner som höjer kramptröskeln.

Du kan ordinera icke-kramptröskelhöjande sömnmedel och andra typer av anxiolytika.

**1.14.1 Hur värderar du patientens misstankar om cancer och hustruns eventuella otrohet? Vilken relevans kan det ha för värderingen av depressionens djup (1 p)**

Det går inte att utesluta att patientens tankar stämmer men det är mera sannolikt att det rör sig om depressiva vanföreställningar. Kan vara tecken på djup depression.

**1.14.2 Inför utskrivningen diskutera kring eventuell fortsatt farmakologisk behandling i syfte att förebygga återinsjuknande. Ange tre olika typer av läkemedel som skulle kunna komma ifråga. (1,5 p)**

Litium

Långtidsbehandling med antidepressiva

Antiepileptika (t ex valproat, lamictal)

(ev nyare neuroleptika)

## Svarsförslag Fall 2 Kirurgi 20 poäng

### 2.1.1 Vilken blir din nästa diagnostiska åtgärd? (1p)

Undersökning; Ultraljud - djup bröstabscess med avgränsbar central smältning. Mäter 5x3cm.

### 2.2.1 a) Förklara hur man kirurgiskt behandlar en abscess som i det här fallet. Beskriv vilka steg som ingår. (2p)

På operation; (Steg; Incision, odla, spola, drän)

### 2.2.2 b) Förklara principerna för dränering av sårhålan och hur du går till väga. (1p)

Hålla såret öppet. Typ kofferdam drän (latexduk). Säkras med sutur.

### 2.3.1 a) Efter ingreppet, vilka postoperativa ordinationer ger du? Vilka läkemedel kan vara aktuella? (2p)

Värktabletter Alvedon NSAID samt antibiotikum t.ex. Clindamycin som har bra vävnadspenetrans. Söka vid tecken till försämring som t.ex. feber.

### 2.3.2 b) Bör patienten ses igen på ett återbesök? Motivera. (2p)

Följa upp sår läkningen, förslagsvis efter 3-5 dagar. Ställningstagande till borttagning av drän.

### 2.4.1 Mot bakgrund av nytillkomna symtom och laboratoriefynd vad misstänker du i första hand att patienten kan ha råkat ut för? Föreslå lämplig åtgärd. (2 p)

Ulcus/gastrit pga NSAID. Gastroskopi (Bild NSAID sår i antrum)

### 2.5.1 a) Föreslå lämplig behandling. (0,5p)

Protonpumpshämmare ca 4 veckor

### 2.5.2 b) Föreslå rimlig uppföljning. (0,5p)

Kontrollgastroskopi och Hb-kontroll efter 4-6 veckor.

### 2.6.1 Vill du föreslå någon ytterligare åtgärd med avseende på den behandlade mastiten? Motivera ditt svar. (2p)

Trippeldiagnostik efter 2-3 mån (palpation, rtg, cytologi)

### 2.7.1 Bör man erbjuda någon speciell utredning med tanke på vad som framkommit i den kompletterande anamnesen? I så fall vilken utredning? (1p)

Utredning för familjär cancer (bröstcancer+ ovarialcancer)

### 2.8.1 Vad letar man i så fall efter? (1p)

BRCA1 och BRCA2 gener

### 2.9.1 Vilken sällsynt sjukdom som är kirurgiskt behandlingsbar är förenlig med kombinationen hypertoni och hypokalemi? (2p)

Conns syndrom (primär hyperaldosteronism)

### 2.10.1 Ge förslag på hur man kan fastställa diagnosen primär hyperaldosteronism. (1p)

Blodprov; Aldosteron/Renin (AR-kvot över 100 pmol/mIE) Binjureriktad CT-undersökning

### 2.11.1 Vilken typ av läkemedel används i första hand för att behandla patienter med primär hyperaldosteronism? (1p)

Aldosteronantagonist (spironolakton). Vid behov tillägg av kaliumpreparat (t ex Kaleorid).

### 2.12.1 Vilken typ av operation är vanligast vid primär hyperaldosteronism? (1p)

Laparoskopisk adenalektomi.

## Svarsförslag Fall 3 Medicinfrågan 20 poäng

### 3.1.1 Vilka huvudsakliga anamnestiska uppgifter är du nu särskilt intresserad av mot bakgrund av hans svårinställda hyperglykemi? (3 p)

Har patienten gjort några förändringar i sin kosthållning, fysisk aktivitet eller levnadsförhållanden under det senaste halvåret?

Har han tagit ordinerad farmakologisk behandling?

Är han frisk för övrigt eller har han noterat andra sjukdomssymtom?

### 3.2.1 Ange mot denna bakgrund tre olika frågeställningar som du nu vill komplettera din anamnes med. (3 p)

Du frågar patienten hur mycket han röker.

Har han haft andra symtom på luftvägsinfektion? Feber? Expektorat?

Har han kunnat arbeta? Varit exponerad för damm, asbest eller kemikalier?

### 3.3.1 Beskriv vad du inspekterar, palperar, auskulterar och perkuterar vid kroppsundersökningen av patienten? (2 p)

Inspektion av mun och svalg, palpation av ytliga lymfkörtlar i huvud- halsområdet.

Auskultation och perkussion av lungorna för bedömning av andningsljudens kvalitet samt förekomst av eventuell dämpning. Auskultation av hjärtat med bedömning av rytm, klaffblåsljud och andra biljud.

Palpation av buk. Inspektion av hud inklusive fötter.

### 3.4.1 Se bild 1, vad är detta? (1 p)

Hudförändringarna bedömer du som erythema nodosum eller knölros.

### 3.5.1 Beskriv de avvikelser du ser i labsvaren. Vad är din tolkning av provsvaren? (2 p)

Något lågt Hb vilket kan vara infektions- eller inflammationsbetingat. Trots förhöjd SR och CRP ses lågt antal vita blodkroppar. Fortfarande förhöjt fasteblodsocker och HbA1c, vilket kan ha många orsaker.

### 3.6.1 Med den information du nu har ange tre differentialdiagnostiska överväganden som du gör? (Du behöver inte kommentera patientens DMII) (2 p)

Du funderar över någon infektion i nedre luftvägarna. Malignitet och KOL

### 3.7.1 Beskriv vad du ser på röntgenbilden. Vilken är den mest troliga diagnosen? (2 p)

Det finns ett utbrett infiltrat i vänster överlob och spridda infiltrat i resten av vänster lunga. Rtg-bilden inger stark misstanke på tuberkulos.

### 3.8.1 Vad säger du till patienten om den vidare handläggningen och utredningen samt vilken behandling som måste ges?

#### Vad åligger ansvarig behandlande läkare att göra vid denna smittsamma sjukdom? (4 p)

Att undersökningarna inger misstanke på lungtuberkulos. Därför måste patienten nu läggas in på lungklinik eller infektionsklinik där han kommer att få lämna sputumprov för direktmikroskopi, PCR-undersökning för tbc och tbc-odling samt odling på urinen med avseende på tbc. En

kombinationsbehandling med antibiotika mot tbc kommer att startas redan i väntan på slutlig diagnos med en beräknad behandlingstid på minst 6 månader. Behandlande läkare kommer att anmäla till Smittskyddsenheten och smittspårning kommer att göras.

### 3.9.1 Ge en trolig förklaring till varför patientens diabetesläge varit dåligt? (1 p)

Det försämrade metabola läget kan till stor del förklaras av den sannolika tuberkulosen. Patienten påbörjar behandling mot tuberkulos och följs upp med avseende på såväl behandling av tbc som sin typ 2-diabetes. Tills vidare kan man avvakta med förändringar i behandlingen av hans DMII.

## Svarsförslag Fall 4 Allmänmedicin 20 poäng

### 4.1.1 Vilka undersökningar och prover har du beställt inför den akuta handläggningen av hans nytillkomna urinvägsbesvär? (2 p)

Temp

Urinsticka

Urinodling

CRP

(ev bladderscan)

(ev S-kreatinin)

0,5 p för varje svar utan parentes.

Urinodling tas alltid på män med UVI.

Bladderscan ej obligat svar i detta skede och ger 0 p här.

S-kreatinin och ev PSA rimliga svar men ger ej poäng då de ej behövs för den akuta handläggningen.

### 4.1.2 Varför är det viktigt att försöka hålla urinen minst 4 timmar före provtagning vad gäller urinsticka respektive vad gäller urinodling? (1 p)

Urinsticka: Risk för falskt negativ nitrittest (0,5 p)

Urinodling: Risk för falskt lågt bakterietal vid odling (0,5 p)

### 4.1.3 Hur kan man kliniskt särskilja diagnoserna nedre respektive övre urinvägsinfektion? (1 p)

Nedre UVI: Vattenkastningsbesvär (sveda, täta trängningar), ömhet över urinblåsan, avsaknad av CRP-förhöjning och ingen feber.

Övre UVI: Feber, förhöjt CRP, dunkömhet över njurloger.

### 4.2.1 Förklara varför positivt U-Nitrit på urinstickan ofta påvisas vid urinvägsinfektion. Beskriv den bakomliggande mekanismen. (0,5 p)

Nitrat finns naturligt i många födoämnen och utsöndras i urinen. Många, men inte alla, bakterier i urinen ombildar genom en kemisk process nitrat till nitrit som detekteras på urinstickas nitritfält, och därmed indirekt tyder på att man har en ökad mängd bakterier i urinen. (0,5 p)

### 4.2.2 Om testet U-Nitrit tas på urinen från en man, när kan resultatet av testet bli falskt positivt (utöver felaktigt hanterat urinprov) respektive falskt negativt (utöver för kort blåstid och för lågt bakterietal)? (max 2 p)

#### Falskt positivt:

Bakterier under förhuden spolats med (vanligast hos pojkar) (0,5 p)

Vissa läkemedel mot tbc (rifampicin) och cytostatika kan ge falskt positivt provsvar. (0,5 p)

makroskopisk hematuri (0,5 p)

starkt koncentrerad urin och maskinavläsning (0,5 p)

#### Falskt negativt:

Intag av höga doser C-vitaminer (0,5 p)

I urinen förekomst av icke-nitritomvandlande bakterier (t ex stafylococcus saprophyticus, enterokocker, pseudomonas) (0,5 p)

### 4.3.1 Mot bakgrund av den utökade anamnesen önskar du göra ytterligare en undersökning på vårdcentralen, vilken? (0,5 p)

Bladderscan (eller kontroll av residualurin med tunn kateter)

### 4.3.2 Hur värderar du Bladderscan resultatet (40 ml) och vad gör du utifrån resultatet? (1 p)

<50 ml är acceptabelt (0,5 p)

Resultatet 40 ml föranleder i sig inga åtgärder utöver ev behandling av den nedre urinvägsinfektionen (0,5 p)

**4.4.1 Vilka förstahandsval finns vad gäller typ av antibiotika i det aktuella fallet? Motivera lämpligt val av antibiotikum i det aktuella fallet. Vad svarar du patienten angående hans önskemål? (2 p)**

Utifrån sjukhistorien är nitrofurantoin (0,5 p) eller pivmecillinam (0,5 p) förstahandsval.

Detta eftersom det inte rör sig om en febril UVI, patienten ej har recidiverande UVI och då prostatapalpation ej ger misstanke bakteriell prostatit (0,5 p)

Ciprofloxacin eller annan kinolon bör sparas för infektioner med feber p.g.a. risk för resistensutveckling. (0,5 p)

**4.5.1 Om Bertil någon gång i framtiden skulle få en streptokockorsakad tonsillit, eller annan infektion med indikation för penicillin V, skulle du utan vidare skriva ut ett recept på penicillin V eller skulle du innan vilja vidta någon åtgärd, i så fall vilken? (1,5 p)**

Du skulle inte utan vidare skriva ut pc V (0,5 p).

Vid diskreta hudutslag i slutet av pc kur med lätt klåda men ingen urtikaria bör, innan ny penicillinkur ges, göras provokation på vårdcentralen då ½ - 1 tablett ges varefter patienten observeras under ca en timme. (0,5 p)

Uppstår då inte någon reaktion kan full penicillinkur ges och patienten ska ej betraktas som allergisk mot penicillin. (0,5 p)

**4.6.1 Hur ser du på den eventuella kopplingen mellan förvirring och urinvägsinfektion samt på sköterskans önskemål om förskrivning av antibiotikum? Motivera. (2 p)**

Det finns nya svenska forskningsstudier som visade att det inte finns något direkt påtagligt samband mellan urinvägsinfektioner och förvirring hos äldre. (0,5 p)

Visserligen kan infektioner, framför allt febrila, bidra till förvirring men detta gäller inte bara för UVI (0,5 p)

Du avvisar i detta skede önskemålet om antibiotika (0,5 p) med hänvisning till att Olga först bör bedömas för uteslutande av andra orsaker till förvirring. (0,5 p)

**4.7.1 Vad står förkortningen ESBL för? Vad innebär detta i praktiken? (1 p)**

ESBL står för Extended Spectrum Beta-Lactamase (dvs. betalaktamas med utvidgat spektrum) (0,5 p) och är en beteckning på en grupp av enzymer som finns hos multiresistenta (=resistenta mot minst 3 av de vanligaste antibiotikagrupperna) bakterier. (0,5 p)

**4.8.1 När du tagit emot ett odlingssvar som i Olgas fall (ESBL-producerande E. Coli), vilka blir dina första åtgärder? (1 p)**

Du tar reda på vilka förhållningsregler som gäller för ESBL genom att gå in på

Smittskyddsläkarföreningens hemsida och kontaktar Vårdhygien eller smittskyddet för att ta reda på om det kan finnas eventuella lokala rutiner inom landstinget (0,5 p).

Du ger skriftlig och muntlig information till personal, anhöriga och patient om att patienten är bärare av multiresistenta ESBL-bakterier (0,5 p)

**4.8.2 Ge exempel på instruktioner till patient, anhöriga och personal vad gäller åtgärder för att förhindra smittspridning vid fynd av ESBL? (1 p)**

Personal ska använda skyddskläder och handskar vid skötsel av patienten (0,5 p)

Noggrann handtvätt + handsprit före och efter besök, även för anhöriga (0,5 p)

Däremot får patienten ta emot besök av anhöriga och bekanta. Besökande desinficerar händer före och efter besök. (0 p)

Smittskyddsanmälan behövs inte göras av behandlande läkare. (0 p)

**4.9.1 När en patients tillstånd i livets slutskede försämrats så kraftigt att det inte längre är möjligt att behandla den underliggande orsaken bör behandlande läkare genomföra ett informerande samtal med anhörig och patient (om denne klarar av att delta i ett samtal). Vad kallas denna typ av samtal? (0,5 p)**

Brytpunktssamtal.

**4.9.2 Ange två aspekter som bör tas upp under ett brytpunktssamtal? (1 p)**

Vårdgivare meddelar att det inte längre är meningsfullt, eller t o m är skadligt eller orsakar ökat lidande att försöka behandla den underliggande orsaken. (0,5 p)

Istället fokuseras på innehållet i fortsatt vård, palliativ vård, utifrån patientens tillstånd, behov och önskemål. (0,5 p)

**4.10.1 På vilket sätt bör vid behovs-läkemedel tillföras i livets slutskede när patienten inte längre förmår svälja? Motivera. (1 p)**

Subkutan injektion bör ges nära axel på överarmen eller på bröstkorgens framsida (0,5 p) - inte på bålen eller låren p.g.a. risk för dåligt upptag sekundärt till ödem eller dålig perifer cirkulation. (0,5 p)

**4.11.1 Ange ett vid behovs-läkemedel som är lämpligt att ordinerar för behandling av rosslighet i livets slutskede? (0,5 p)**

Inj. glykopyrron (Robinul ®) mot rosslighet.

**4.11.2 Ange ett läkemedel som är lämpligt att ordinera i livets slutskede för behandling av opioid orsakad förstoppning när sedvanliga perorala eller rektalt administrerade laxermedel inte haft tillräcklig effekt? (0,5 p)**

Inj. metylnatrexon (Relistor ®) mot opioidinducerad svår förstoppning.