

Frågor och svarsförslag till eAT-provet

24 februari 2024

1. Psykiatri
2. Internmedicin
3. Kirurgi
4. Allmänmedicin

Psykiatri

Fall 1, Fråga 1.1.1.

Max poäng: 3

Fråga 1.1.1. Vilka tre alternativa psykiatriska diagnoser skulle det i första hand kunna vara? Motivera.

Svarsförslag: 1.1.1. Dysmorfofobi: fixering vid inbillad defekt i utseendet.
Sjukdomsångest: fixering vid tanken att ha eller drabbas av allvarlig sjukdom.
Kroppssyndrom: fixering vid kroppsliga symptom.

Fall 1, Fråga 1.1.2.

Max poäng: 1

Fråga 1.1.2. Vilken diagnos ter sig nu mest trolig? Motivera.

Svarsförslag: 1.1.2. GAD (generaliserat ångestsyndrom). Svårkontrollerad oro och förväntansångest inför ett antal olika händelser eller aktiviteter.

Fall 1, Fråga 1.1.3.

Max poäng: 1.5

Fråga 1.1.3. Nämn tre symptom som förknippas med rädslan och oron och som behöver föreligga för att diagnosen GAD ska vara uppfylld enligt DSM 5.

Svarsförslag: 1.1.3. Rastlöshet, uttröttbarhet, koncentrationssvårigheter, irritabilitet, muskelspänning, sömnstörning.

Fall 1, Fråga 1.1.4.

Max poäng: 1.5

Fråga 1.1.4. Vilka två olika behandlingsalternativ rekommenderas vid GAD? Ange vilket av dem som är högst prioriterat.

Svarsförslag: 1.1.4. Antidepressiva läkemedel är högst prioriterat. Kognitiv beteendeterapi (KBT) är också rekommenderat.

Fall 1, Fråga 1.1.5.

Max poäng: 1

Fråga 1.1.5. Nämn två saker, utöver specifika biverkningar, som det är viktigt att informera patienten om för att öka följsamheten i samband med insättning av ett SSRI-preparat.

Svarsförslag: 1.1.5. Risk för insättningsbesvär och fördröjning av den positiva effekten.

Fall 1, Fråga 1.1.6.

Max poäng: 1

Fråga 1.1.6. Vilken är den farmakologiska verkningsmekanismen för hydroxizin?

Svarsförslag: 1.1.6. Hydroxizins huvudsakliga verkningsmekanism är som histaminantagonist, (H1-receptor invers agonist). Detta ger antihistaminerga och sedativa effekter. Hydroxizin har även svagare antagonistiska effekter på andra receptorer (5HT2A, D2, α 1) vilka troligen står för dess anxiolytiska effekt som andra antihistaminerga preparat saknar.

Fall 1, Fråga 1.1.7.

Max poäng: 1

Fråga 1.1.7. Vilken är den enskilt viktigaste riskfaktorn för suicid?

Svarsförslag: 1.1.7. Tidigare suicidförsök.

Fall 1, Fråga 1.1.8.

Max poäng: 3

Fråga 1.1.8. Kan det som nu framkommit utgöra underlag för att utfärda ett vårdintyg? Motivera.

Svarsförslag: 1.1.8. Ja. Hon uttrycker vanföreställningar som utgör en allvarlig psykisk störning. Hon har ett oundgängligt vårdbehov då hon är suicidal och inte kommer kunna tillgodogöra sig vård på annat sätt. Hon har genom att avvika sannolikt inställningen att inte vilja ta emot vård.

Fall 1, Fråga 1.1.9.

Max poäng: 2

Fråga 1.1.9. Får din kollega utfärda ett vårdintyg på Ester som ju inte längre är närvarande, och vad mer måste han göra i denna situation?

Svarsförslag: 1.1.9. Vårdintyg får endast utfärdas i omedelbar anslutning till undersökningen vilket får anses vara fallet här. Efter att vårdintyg utfärdats ska din kollega begära polishandräckning för att föra patienten till en psykiatrisk sjukvårdsinrättning.

Fall 1, Fråga 1.1.10.

Max poäng: 2

Fråga 1.1.10. Vilken åtgärd vidtar du nu? Motivera.

Svarsförslag: 1.1.10. Eftersom vårdintyget är över fyra dagar gammalt är det inte längre giltigt. Du tillkallar en legitimerad kollega för en ny vårdintygsbedömning.

Fall 1, Fråga 1.1.11.

Max poäng: 1

Fråga 1.1.11. Vilken är den mest troliga underliggande diagnosen utifrån de vanföreställningar som framkommit? Motivera.

Svarsförslag: 1.1.11. Svår depression. Stämningkongruenta vanföreställningar.

Fall 1, Fråga 1.1.12.

Max poäng: 2

Fråga 1.1.12. Nämn fyra symptom som ingår i specifikationen melankoli.

Svarsförslag: 1.1.12. Förmåga att känna lust eller glädje i stort sett helt försvunnen. Reagerar inte på positiva stimuli. Distinkt nedstämdhet med djup missmod, förtvivlan och /eller vresighet eller tomhet. Nedstämdhet värst på morgonen. Tidigt uppvaknande. Stark psykomotorisk hämning eller agitation. Aptitlöshet eller viktninskning. Överdrivna eller obefogade skuld känslor.

Fall 1 - Epilog

Max poäng: 0

Epilog

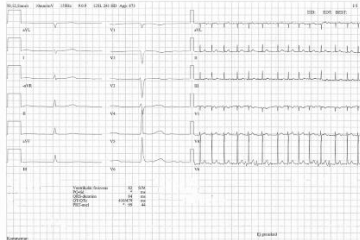
Utöver att specificeras som svår och med stämningkongruenta psykotiska symptom kan Esters depression specificeras som med melankoli. Hon har utöver redan beskriva obefogade skuld känslor helt tappat förmågan att känna lust eller glädje, mår som sämst på morgonen och vaknar minst två timmar innan vanlig tid samt har en betydande aptitlöshet och viktninskning.

Ester behandlas med ECT. Efter ett par veckor är hon i stort sett återställd och tvångsvården kan avslutas. Hon skrivs ut med uppföljande SSRI-behandling. Vid återbesök tre månader senare är hon fortsatt välmående och kan nöjt rapportera att hon inte heller har samma besvärsgrad av sin GAD som hon brukade ha.

Internmedicin

Fall 2, Fråga 2.1.1.

Max poäng: 1



Fråga 2.1.1. Tolka EKG.

Svarsförslag 2.1.1. EKG visar normofrekvent förmaksflimmer. Anteriort ses dålig R-vågsprogression som kan tala för genomgången hjärtinfarkt.

Fall 2, Fråga 2.1.2.

Max poäng: 3

Fråga 2.1.2. Ange högst sex ytterligare blodprover som du prioriterar i nuläget samt ev. ordination till avdelningen.

Svarsförslag 2.1.2. Mot bakgrund av nyttillkommen uttalad anemi och tidigare hjärtinfarkt är det rimligt att ordinera blodtransfusion (0,5p). Inför denna tas blodprov för blodgruppsbestämning och förenlighetsprövning (0,5p). Innan man ger blodtransfusion är det också rimligt att säkra blodprover för etiologisk utredning av anemin (MCV/MCH/MCHC 0,5p; järnstatus/ferritin - 0,5p; kobalamin – 0,5p; folat – 0,5p; haptoglobin/LD/(retikulocyter) – 0,5p; B-celler – 0,5p). Mot bakgrund av ryggsmärtor och misstänkt dehydrering samt trötthet ordinerar analys av S-Calcium (0,5p). Analys av NT-proBNP (0,5p) kan också vara motiverat mot bakgrund av andfåddhet och genomgången hjärtinfarkt.

För full poäng krävs blodtransfusion, blodprov inför transfusion, calcium samt prov för etiologisk utredning av anemin.

Fall 2, Fråga 2.1.3.

Max poäng: 2

Fråga 2.1.3. Du tar, med anledning av nyttillkommet förmaksflimmer, också ställning till en annan farmakologisk behandling som Göran inte står på. Vilket är ditt beslut avseende insättande av denna behandling. Motivera.

Svarsförslag 2.1.3. Resonemang om att de uppgifter som föreligger ger vid handen att patienten uppfyller CHA2DS2-VASc-kriterierna för insättning av antikoagulantia (1p). Dock har patienten en outredd anemi. Skulle det exempelvis röra sig om en blödningsanemi kan insättning av antikoagulantia vara deletärt. I nuläget ska därför antikoagulantia inte sättas in. (1p)

Fall 2, Fråga 2.1.4.

Max poäng: 1

Fråga 2.1.4. Ska du i samband med inläggningen göra justeringar i Görans läkemedelsordination? Motivera.

Svarsförslag 2.1.4. Enalapril och Metformin sätts ut pga. dehydrering, kreatininstegring och hyperkalemi. Ibuprofen seponeras pga. dehydrering, kreatininstegring och järnbristanemi (misstänkt gastrointestinal blödningskälla).

Fall 2, Fråga 2.1.5.

Max poäng: 1.5

Fråga 2.1.5. Hur bör du behandla Görans hyperkalcemi första dygnet?

Svarsförslag 2.1.5. Rehydrering är hörnstenen i behandlingen. Man ger 3-6 L NaCl (9 mg/mL) eller Ringeracetat det första dygnet. (1p)

Forcerad diures (tillförsel av stora mängder isoton vätska i kombination med loopdiuretika) sänker S-Calcium ytterligare men ökar risken för hypokalemi och bör ske under övervakning.

Infusion kalcitonin (0,5p) har effekt inom 3-6 timmar. Genom att hämma aktiviteten hos osteoklasterna. Det ökar även kalciumutsöndringen via njurarna

Infusion av bisfosfonater hämmar också osteoklasterna men effekt på S-Calcium ses i regel först efter 3-5 dagar. Bisfosfonater kan dock inte ges innan Görans njurfunktion förbättrats.

Fall 2, Fråga 2.1.6.

Max poäng: 0.5

Fråga 2.1.6. Vilket laboratorieprov behöver du härefter i första hand ha svar på för att komma vidare i differentialdiagnostiken vad beträffar etiologin till hyperkalcemin? Motivera.

Svarsförslag 2.1.6. Primär hyperparatyroidism (PHPT) och malignitet är de två vanligaste orsakerna till hyperkalcemi. PHPT kan oftast bekräftas eller uteslutas genom analys av S-PTH. Det är således rimligt att börja den differentialdiagnostiska utredningen med denna analys.

Fall 2, Fråga 2.1.7.

Max poäng: 2

Fråga 2.1.7. Vilka två blodprover är mest prioriterade mot bakgrund av mest sannolik(a) orsak(er) till hyperkalcemi vid denna kliniska bild? Motivera.

Svarsförslag 2.1.7. Hos en manlig patient med hyperkalcemi och ryggsmärta där primär hyperparatyroidism ter sig utesluten är de vanligaste orsakerna till hyperkalcemi prostatacancer och myelom. PSA (1p) och proteinelektrofores (1p) i plasma (och urin) är därför de mest prioriterade proverna. Parathormonliknande peptid (PTHrP) (0,5p) och SR (0,5p) kan också vara lämpliga att analysera men är inte lika tydligt förknippade med specifika diagnoser varför de inte kan anses vara lika högt prioriterade.

Fall 2, Fråga 2.1.8.

Max poäng: 1

Fråga 2.1.8. Vilken kompletterande utredning bör du genomföra i första hand? Motivera.

Svarsförslag 2.1.8. Nyttillkommen järnbristanemi hos en äldre man måste anses vara orsakad av gastrointestinal blödning tills motsatsen är bevisad. Mot bakgrund av att patienten medicinerat med acetylsalicylsyra och ibuprofen är det rimligt att i första hand komplettera utredningen med esofagogastroduodenoskopi

Fall 2, Fråga 2.1.9.

Max poäng: 1



Fråga 2.1.9. På vilken lokalisation (1-4) är ulcerationen belägen? Motivera.



Svarsförslag 2.1.9. Ulcerationen finns prepyloralt i antrum ventriculi dvs. lokalisation 3.

Fall 2, Fråga 2.1.10.

Max poäng: 2

Fråga 2.1.10. Vad bör endoskopisten göra under pågående undersökning för att orsaken till ulcerationen ska kartläggas? Motivera.

Svarsförslag 2.1.10. Biopsier bör tas och skickas till PAD för att utesluta bakomliggande malignitet. Därtill bör biopsier tas för diagnostik av H. pylori (PAD, ureastest, ev. odling).

Fall 2, Fråga 2.1.11.

Max poäng: 2



Fråga 2.1.11. På vilket sätt förändras pH vid färgomslag till rött och vilken är den biokemiska förklaringen till detta?

Svarsförslag 2.1.11. Färgomslag sker vid basiskt pH (1p). H. pylori uttrycker enzymet ureas som omvandlar urea till bl a. ammoniak (1p) som medför ett högre pH-värde.

Fall 2, Fråga 2.1.12.

Max poäng: 2

Fråga 2.1.12. Vad utgörs en M-komponent av? Vilken diagnos är den sannolikt associerad med hos Göran?

Svarsförslag 2.1.12. M-komponent är ett laboratoriefynd av monoklonala immunoglobuliner (1p) i en proteinfraktion. Monoklonala immunoglobuliner är identiska och har tillverkats av en och samma B-cellslinje. Hos Göran tyder detta med stor sannolikhet på förekomst av myelom (1p).

Fall 2, Fråga 2.1.13.

Max poäng: 1

Fråga 2.1.13. Vilket torde det huvudsakliga patologiska fyndet vara vid den morfologiska undersökningen av benmärgen?

Svarsförslag 2.1.13. Klonal expansion av plasmaceller (1p)

Fall 2 - Epilog

Max poäng: 0

Epilog

Efter blodtransfusion och järnsubstitution normaliserades Hb. Vid kontrollgastroskopi sex veckor senare var ulcerationen läkt. Kreatinin normaliserades och Göran kunde sättas in på behandling med bisfosfonater, varvid S-Calciumjon normaliserades. Göran remitterades till hematologiska kliniken och påbörjade behandling mot myelom.

Kirurgi

Fall 3, Fråga 3.1.1.

Max poäng: 1

Fråga 3.1.1. Vilka differentialdiagnoser överväger du i detta tidiga skede? Ange tre av dina rimliga diagnoser. (1 p)

Svarsförslag 3.1.1. Med tanke på patientens ålder, anamnes och akuta insjuknande kan man överväga flera möjliga diagnoser såsom appendicit, gastroenterit, Crohns sjukdom, extrauterin graviditet, salpingit, ovarial torsion, urinvägsinfektion, inklämt ljumsk- eller femoralbråck, cecalvolvulus. (0,5 p för två korrekta diagnosförslag och 1 p för tre korrekta förslag).

Fall 3, Fråga 3.1.2.

Max poäng: 2

Fråga 3.1.2 Det har precis diskuterats på kliniken att datortomografi används för mycket och att man ofta kan avstå från detta, särskilt när det finns bra diagnostiska alternativ. Hur vill du i stället gå vidare med din diagnostik i detta läge? Motivera.

Svarsförslag 3.1.2. Blodprover tas för att värdera eventuellt inslag av inflammation med CRP, Hb och LPK (inkl neutrofiler) och vätskebalans med elektrolytstatus (Na, K och kreatinin). (0,5 p för minst två rätta svar och 1 p för minst fyra rätta svar). Därutöver ett U-hCG (0,5 p) och gynekologbedömning (0,5 p) med tanke på låg sittande buksmärta hos fertil kvinna. Då radiologi med ultraljud eller datortomografi buk inte har något större värde i detta läge avstås från detta.

Fall 3, Fråga 3.1.3.

Max poäng: 2

Fråga 3.1.3 Vilka ordinationer, inklusive eventuella läkemedel, ordinerar du inför operationen? Operationsstarten beräknas till om knappt två timmar (när patienten har fastat i sex timmar).

Svarsförslag 3.1.3. Du ordinerar fasta med i v. dropp med t ex 1000 ml Ringeracetat (0,5 p), smärtlindring med t ex paracetamol och NSAID eller opioid (0,5 p) och preoperativ profylax (0,5 p) med preparat som täcker tarmens flora (t ex metronidazol och trimetoprim/sulfonamid eller metronidazol och cefalosporin eller piperacillin/tazobactam eller imipenem) (0,5 p) (0,5 p för varje korrekt svar, max 2 p).

Fall 3, Fråga 3.1.4.

Max poäng: 1

Fråga 3.1.4 Eftersom patienten har rikligt med pus i buken är risken stor att det uppstår infektiösa komplikationer och du tar därför en odling. Ange

tre av de vanligaste bakteriella agens som förekommer vid en bakteriell peritonit med tarmursprung.

Svarsförslag 3.1.4. Några av de vanligaste bakterierna vid fekal peritonit är E. coli, Klebsiella, Proteus, Enterococcer, B. fragilis, Bacteroides. Clostridier och andra anaerober (0,5 p för två korrekta svar och 1 p för tre korrekta svar).

Fall 3, Fråga 3.1.5.

Max poäng: 1

Fråga 3.1.5 Bakjouren ber dig ta hand om blindtarmen och skicka den till patologen för mikroskopisk undersökning. När du känner på blindtarmen, noterar du en drygt halvcentimeter stor förhårdnad i spetsen på appendix som inte är fritt förskjutbar som t ex en fekalsten bruka vara. Vad kan detta utgöras av?

Svarsförslag 3.1.5. Neuroendokrin tumör (tidigare kallad carcinoid) är den vanligaste tumörformen i appendix (1 p) men andra möjligheter är adenocarcinom i appendix, LAMN eller HAMN (low repektive high appendiceal mucosal neoplasm).

Fall 3, Fråga 3.1.6.

Max poäng: 1

Fråga 3.1.6 Patienten hade en perforerad appendicit med generell peritonit. Du tog en odling peroperativt, men har inte fått något odlingssvar ännu. Hur länge bör hon få antibiotikabehandling och i vilken beredningsform? Motivera.

Svarsförslag 3.1.6. Riktlinjer säger att fem till sju dagars behandling är att rekommendera men det finns lokala riktlinjer på 3-7 dagar (0,5 p). Behandlingen skall ske intravenöst inledningsvis men kan bytas till peroral behandling när patienten kan försörja sig per os igen (0,5 p).

Fall 3, Fråga 3.1.7.

Max poäng: 2

Fråga 3.1.7 Vad blir din åtgärd under besöket på kirurgmottagningen?

Svarsförslag 3.1.7. Då patienten verkar ha en lokal sårinfektion tar du bort några av suturerna och öppnar upp såret och tömmer ut rikligt med pus (1 p) och tar samtidigt en lokal sårodling (1 p). Hon får en remiss till distriktssköterskan för såromläggningar (1 p). (En poäng för varje rätt svar men max 2 poäng).

Fall 3, Fråga 3.1.8.

Max poäng: 3

Fråga 3.1.8 När du nu ringer upp patienten, berättar hon att såret ser bättre ut men hon har fått feber igen som ligger strax över 38°C och hon känner sig trött och hängig. Vad tror du har hänt och vad blir din åtgärd nu?

Svarsförslag 3.1.8. Du misstänker en postoperativ bukabscess (1 p). Patienten får komma akut (1 p), antingen till mottagningen eller akutmottagningen, och du ordnar med en remiss för ultraljud eller datortomografi buk (1 p).

Fall 3, Fråga 3.1.9.

Max poäng: 3

Fråga 3.1.9 Hur vill du behandla hennes bukabscess och vad behöver du ytterligare säkerställa inför denna åtgärd?

Svarsförslag 3.1.9. Du beställer ultraljudsledd dränering av bukabscessen (1 p). Dessförinnan ordnar du med provtagning av trombocyter och PK-INR så att det inte föreligger några kontraindikationer för punktion (1 p) samt ber röntgenläkaren ta en ny odling (1 p). Dessutom påbörjar du åter igen intravenös antibiotikabehandling som täcker *B. fragilis*, men med annat preparat än tidigare (1 p). (En poäng för varje rätt svar men max 3 poäng).

Fall 3, Fråga 3.1.10.

Max poäng: 2

Fråga 3.1.10 Vad ger du för information till henne nu när hon skrivs ut (ange minst två saker du tar upp vid informationen)? Hur vill du följa upp det hela? Ange de två viktigaste punkterna när det gäller uppföljningen.

Svarsförslag 3.1.10. Hon får information att höra av sig om hon får mer ont, får feber igen eller känner sig försämrad på något annat sätt (0,5 p för varje svar, max 1 p). Du följer också upp med nya blodprover (CRP och LPK) efter några dagar (0,5 p), fortsatta sårkontroller på vårdcentralen (0,5 p) och ett återbesök på mottagning eller via telefon (0,5 p). (0,5 p för varje svar, max 1 p).

Fall 3, Fråga 3.1.11.

Max poäng: 2

Fråga 3.1.11 Vilket tillstånd misstänker du? Hur vill du verifiera din misstanke och hur vill du inledningsvis behandla det tillstånd du misstänker?

Svarsförslag 3.1.11. Ileus eller möjligen ny abscess (0,5 p för ett korrekt svar). Ordinerar infektions- och intorkningsprover (0,5 p), beställer datortomografi buk för att påvisa eventuell recidiverande abscess eller ileus (0,5 p). Sätter avlastande

ventrikelsond (0,5 p), smärtlindrar parenteralt (0,5 p) och ordinerar vätska intravenöst (0,5 p). (0,5 p per korrekt svar, max 1 p).

Fall 3 - Epilog

Max poäng: 0

Epilog

Patienten får en avlastande sond, smärtlindring och intravenös vätska då hon är intorkad. Datortomografi buk påvisar inget recidiv av abscessen men däremot är det fortfarande lite inflammerat invid cekum och det finns tydligt dilaterad tunntarm fram till distala ileum, som är sammanfallen. Hon har således fått en ileusepisod.

Du planerar för en passageröntgen men redan efter några timmar på avdelningen, innan du hinner påbörja passageundersökningen, så släpper smärtan och på efternatten tömmer hon tarmen. På morgonen avvecklas sonden och hon får prova att äta lite frukost, vilket går bra, och hon kan skrivas hem på eftermiddagen. Såret läker fint efter fortsatta kontroller på vårdcentralen. Hennes neuroendokrina tumör var bara 5 mm stor enligt PAD-svaret och radikalt borttagen varför några ytterligare kontroller inte behövs.

Allmänmedicin

Fall 4, Fråga 4.1.1.

Max poäng: 3

Fråga 4.1.1. Vilket besked lämnar du till Kalle angående tröttheten och vidtar du någon ytterligare åtgärd och i så fall vad då? (3p)

Svarsförslag 4.1.1. Tröttheten verkar rimligen vara en postinfektiös trötthet som i nuläget inte fordrar någon ytterligare åtgärd. Blodtrycket måste följas upp exempelvis med en serie hembloodtrycksmätningar. Även det förhöjda blodsockret bör följas upp i första hand med faste glukos och HbA1c.

Fall 4, Fråga 4.1.2.

Max poäng: 2

Fråga 4.1.2. Hur tolkar du Kalles totala kardiovaskulära riskprofil och hur beskriver du detta för Kalle och vad han själv kan göra åt detta?

Svarsförslag 4.1.2. Ett etablerat verktyg för att skatta risken för insjuknande i kardiovaskulär sjukdom är SCORE 2. Men även utan detta riskskattningsinstrument måste risken förstås vara hög med rökning, högt blodtryck, obesitas och förhöjda blodsockervärden. Råd om ändrade levnadsvanor avseende rökstopp, omläggning av kost och ökad fysisk aktivitet med sikte att nå reducerad kroppsvikt.

Fall 4, Fråga 4.1.3.

Max poäng: 2

Fråga 4.1.3. Hur vill du handlägga Kalles blodtryck? Beskriv vad du gör och vilket behandlingsmål som eftersträvas.

Svarsförslag 4.1.3. Blodtrycket är så högt att det måste behandlas. ACE-hämmare, ARB, Calciumblockerare och Tiaziddiuretika är alla tänkbara förstahandspreparat. Det systoliska mottagningsblodtrycket bör vara <140 mm Hg.

Fall 4, Fråga 4.1.4.

Max poäng: 2

Fråga 4.1.4. Hur vill du handlägga Kalles lipider? Beskriv vad du gör och vilket behandlingsmål som eftersträvas.

Svarsförslag 4.1.4. Kalle har en hög risk för hjärt-kärlhändelser och ett rimligt behandlingsmål är LDL-kolesterol <2,5 mmol/L. Behandling bör börja med låg dos av högpotent statin som atorvastatin eller rosuvastatin. Tillägg av ezetimib om behandlingsmålen inte nås. Innan behandling initieras med statin bör ALAT kontrolleras samt upprepas efter 3 månaders behandling.

Fall 4, Fråga 4.1.5.

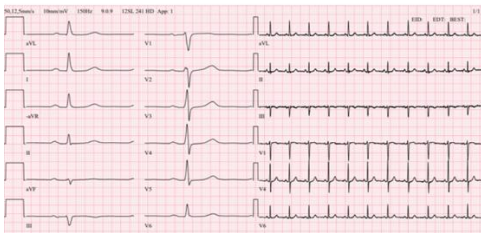
Max poäng: 2

Fråga 4.1.5. Hur vill du handlägga Kalles förhöjda blodsockervärden?

Svarsförslag 4.1.5. Nedsatt glukostolerans innebär ett pre-diabetiskt tillstånd som bör följas enligt lokala rutiner med motiverande samtal om förändrade levnadsvanor samt återkommande kontroller av fasta glukos och HbA1c. Eftersom han inte har diabetes är någon blodsockersänkande läkemedelsbehandling inte aktuell.

Fall 4, Fråga 4.1.6.

Max poäng: 1

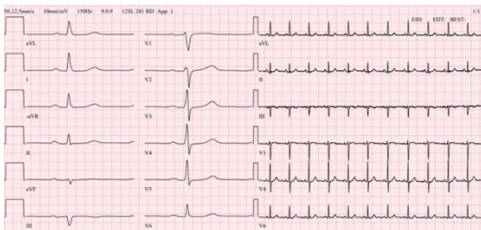


Fråga 4.1.6. Tolka Kalles EKG.

Svarsförslag 4.1.6. Väsentligen normalt EKG

Fall 4, Fråga 4.1.7.

Max poäng: 2



Fråga 4.1.7. Hur handlägger du Kalles bröstsmärta?

Svarsförslag 4.1.7. Även om EKG är normalt är anamnesen typisk för effortangina särskilt om man beaktar hans övriga riskfaktorer. Påbörjar behandling med betablockad samt nitrospray och remiss till kardiologmottagningen.

Fall 4, Fråga 4.1.8.

Max poäng: 3

Fråga 4.1.8. Vilka åtgärder vidtar du nu? Motivera dina åtgärder.

Svarsförslag 4.1.8. Kalle informeras om att han nu fått diabetes och diabetessjuksköterska på vårdcentaren meddelas som också kommer att kalla patienten framöver. Påbörjar behandling med metformin+ SGLT2-hämmare eftersom

pat vid diagnostillfället har en känd kronisk kranskärlssjukdom och dessutom makroalbuminuri.

Fall 4, Fråga 4.1.9.

Max poäng: 2

Fråga 4.1.9. Vilka två handlingar ska läkare ombesörja vid dödsfall i Sverige och vart ska dessa handlingar skickas?

Svarsförslag 4.1.9. Dödsbevis och dödsorsaksintyg. Skatteverket respektive Socialstyrelsen.

Fall 4, Fråga 4.1.10.

Max poäng: 1

Fråga 4.1.10. Vem bör skriva dödsorsaksintyget? Motivera varför.

Svarsförslag 4.1.10. Den läkare som skriver dödsbevis har också ansvar för att dödsorsaksintyget skrivs. Finns en behandlingsansvarig läkare tar man kontakt med denne nästkommande vardag (telefon) och överlämnar ansvaret för utfärdandet av dödsorsaksintyget. Den läkaren tar då ställning till ev. klinisk obduktion.