

Examination efter läkares allmäntjänstgöring (AT)

Skriftligt prov den 29 augusti 2025

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. (De frågor som avkräver flera svar t.ex. 4, kommer endast de första 4 svaren att rättas och övriga förslag lämnas utan rättning).

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.

Motstridiga eller ovidkommande svar kan medföra poängavdrag. Skrivutrymmet efter varje delfråga bör räcka.

Obs! När du har klickat på "spara och gå vidare till nästa sida" kan du inte gå tillbaka i skrivningen.

Fall 1 - 20 poäng 13 delfrågor

Fall 2 - 20 poäng 17 delfrågor

Fall 3 - 20 poäng 11 delfrågor

Fall 4 - 20 poäng 12 delfrågor

eAT examinationen använder sig av en fast gräns för godkänd, 65% (52 p). Det är totala poängen som räknas, och som visas som resultat i DigiExam. Således kan man på delmoment ha under 65% men sammantaget blir godkänd. Vid underkänt resultat kan du begära omrättning inom fem dagar efter publicering av resultatet.

I skrivsalen ska finnas tillgång till kladdpapper, penna och radergummi. Det är tillåtet att ha med dryck och något lite att äta. Toalettbesök får göras mellan skrivningsfallen.

Efter alla skrivningsfrågor finns en enkät som frågekonstruktören gärna ser att du besvarar. När du är färdig med provet: Uppmärksamma skrivvakten. Tack för hjälpen!

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.

NÄMNDEN FÖR PROV EFTER LÄKARES ALLMÄNTJÄNSTGÖRING

Universiteten i Göteborg, Linköping, Lund, Umeå, Uppsala, Örebro samt
Karolinska Institutet

Fall 1 Fråga 1.1.1

Du jobbar som läkare på en vårdcentral och där träffar du en 24-årig kvinna med drygt fem veckors anamnes på lös slemmig avföring, ca 5 gånger per dag. De senaste dagarna har hon även haft blod i avföringen och tenesmer. Hon beskriver att hon haft liknande episoder med lös avföring för några månader sedan, men då sökte hon inte vård eftersom det då gick över efter ett par veckor. Hon är i övrigt frisk och tar inga mediciner regelbundet. När du undersöker henne är hon afebril och har livliga tarm ljud, diffus palpationsömheter i buken, men inga palpabla resistenser.

Fråga 1.1.1. Vilken diagnos är den mest sannolika?

Fall 1 Fråga 1.1.2

Du jobbar som läkare på en vårdcentral och där träffar du en 24-årig kvinna med drygt fem veckors anamnes på lös slemmig avföring, ca 5/dag. De senaste dagarna har hon även haft blod i avföringen och tenesmer. Hon beskriver att hon haft liknande episoder med lös avföring för några månader sedan, men då sökte hon inte vård eftersom det då gick över efter ett par veckor. Hon är i övrigt frisk och tar inga mediciner. När du undersöker henne är hon afebril och har livliga tarm ljud, diffus palpationsömheter i buken, men inga palpabla resistenser.

Du misstänker inflammatorisk tarmsjukdom (IBD).

Fråga 1.1.2. Vilken enskild kliniskt kemisk analys kan ge stöd åt din diagnosmisstanke?

Fall 1 Fråga 1.1.3

Du jobbar som läkare på en vårdcentral och där träffar du en 24-årig kvinna med drygt fem veckors anamnes på lös slemmig avföring, ca 5/dag. De senaste dagarna har hon även haft blod i avföringen och tenesmer. Hon beskriver att hon haft liknande episoder med lös avföring för några månader sedan, men då sökte hon inte vård eftersom det då gick över efter ett par veckor. Hon är i övrigt frisk och tar inga mediciner. När du undersöker henne är hon afebril och har livliga tarm ljud, diffus palpationsömheter i buken, men inga palpabla resistenser.

Du misstänker inflammatorisk tarmsjukdom (IBD) och beställer F-kalprotektin.

Fråga 1.1.3. Ge en förklaring till vad kalprotektin är, vad detta prov mäter och hur svaret bör tolkas.

Fall 1 Fråga 1.1.4

Du jobbar som läkare på en vårdcentral och där träffar du en 24-årig kvinna med drygt fem veckors anamnes på lös slemmig avföring, ca 5/dag. De senaste dagarna har hon även haft blod i avföringen och tenesmer. Hon beskriver att hon haft liknande episoder med lös avföring för några månader sedan, men då sökte hon inte vård eftersom det då gick över efter ett par veckor. Hon är i övrigt frisk och tar inga mediciner. När du undersöker henne är hon afebril och har livliga tarm ljud, diffus palpationsömheter i buken, men inga palpabla resistenser.

Du misstänker inflammatorisk tarmsjukdom och beställer F-kalprotektin, ett akutfasprotein som finns i neutrofila granulocyter, som visar sig vara 843 (<50 µg/g) varför du behöver gå vidare med utredning av patienten.

Du konsulterar en gastroenterolog vad gäller vidare handläggning av patienten.

Fråga 1.1.4. Gastroenterologen rekommenderar att du kompletterar utredningen med ytterligare några avföringsprover. Vilka prover är motiverade och varför bör de tas?

Fall 1 Fråga 1.1.5

Du jobbar som läkare på en vårdcentral och där träffar du en 24-årig kvinna med drygt fem veckors anamnes på lös slemmig avföring, ca 5/dag. De senaste dagarna har hon även haft blod i avföringen och tenesmer. Hon beskriver att hon haft liknande episoder med lös avföring för några månader sedan, men då sökte hon inte vård eftersom det då gick över efter ett par veckor. Hon är i övrigt frisk och tar inga mediciner. När du undersöker henne är hon afebril och har livliga tarmljud, diffus palpationsömheter i buken, men inga palpabla resistenser.

Du misstänker inflammatorisk tarmsjukdom och beställer F-kalprotektin som visar sig vara 843 (<50 µg/g) varför du behöver gå vidare med utredning av patienten.

Du konsulterar en gastroenterolog vad gäller vidare handläggning av patienten.

Du rekommenderas att även beställa avföringsodling och mikroskopi av avföring.

Fråga 1.1.5. Med vilken undersökning kan man bekräfta din diagnosmisstanke om en inflammatorisk tarmsjukdom i detta fall?

Fall 1 Fråga 1.1.6

Du jobbar som läkare på en vårdcentral och där träffar du en 24-årig kvinna med drygt fem veckors anamnes på lös slemmig avföring, ca 5/dag. De senaste dagarna har hon även haft blod i avföringen och tenesmer. Hon beskriver att hon haft liknande episoder med lös avföring för några månader sedan, men då sökte hon inte vård eftersom det då gick över efter ett par veckor. Hon är i övrigt frisk och tar inga mediciner. När du undersöker henne är hon afebril och har livliga tarmljud, diffus palpationsömheter i buken, men inga palpabla resistenser.

Du misstänker inflammatorisk tarmsjukdom och beställer F-kalprotektin som visar sig vara 843 (<50 µg/g) varför du behöver gå vidare med utredning av patienten.

Du konsulterar en gastroenterolog vad gäller vidare handläggning av patienten.

Du rekommenderas att även beställa avföringsodling och mikroskopi av avföring.

Patienten remitteras till sjukhus och läggs in på gastroavdelningen för vidare vård.

Utredningen kompletteras med koloskopi.

Fråga 1.1.6. Hur initierar man läkemedelsbehandlingen vid IBD i akutskedet?

Fall 1 Fråga 1.1.7

Du jobbar som läkare på en vårdcentral och där träffar du en 24-årig kvinna med drygt fem veckors anamnes på lös slemmig avföring, ca 5/dag. De senaste dagarna har hon även haft blod i avföringen och tenesmer. Hon beskriver att hon haft liknande episoder med lös avföring för några månader sedan, men då sökte hon inte vård eftersom det då gick över efter ett par veckor. Hon är i övrigt frisk och tar inga mediciner. När du undersöker henne är hon afebril och har livliga tarmljud, diffus palpationsömheter i buken, men inga palpabla resistenser.

Du beställer blodprov enligt rutiner på vårdcentralen.

Du misstänker inflammatorisk tarmsjukdom och beställer F-kalprotektin som visar sig vara 843 (<50 µg/g) varför du behöver gå vidare med utredning av patienten.

Du konsulterar en gastroenterolog vad gäller vidare handläggning av patienten.

Du rekommenderas att även beställa avföringsodling och mikroskopi av avföring.

Du påbörjar högdos kortison intravenöst.

Fråga 1.1.7. Patienten frågar om hon får äta som vanligt. Vad säger rekommendationerna om matintag i akutskedet av IBD?

Fall 1 Fråga 1.1.8

Du jobbar som läkare på en vårdcentral och där träffar du en 24-årig kvinna med drygt fem veckors anamnes på lös slemmig avföring, ca 5/dag. De senaste dagarna har hon även haft blod i avföringen och tenesmer. Hon beskriver att hon haft liknande episoder med lös avföring för några månader sedan, men då sökte hon inte vård eftersom det då gick över efter ett par veckor. Hon är i övrigt frisk och tar inga mediciner. När du undersöker henne är hon afebril och har livliga tarmljud, diffus palpationsömheter i buken, men inga palpabla resistenser.

Du beställer blodprov enligt rutiner på vårdcentralen.

Du misstänker inflammatorisk tarmsjukdom och beställer F-kalprotektin som visar sig vara 843 (<50 µg/g) varför du behöver gå vidare med utredning av patienten.

Du konsulterar en gastroenterolog vad gäller vidare handläggning av patienten.

Du rekommenderas att även beställa avföringsodling och mikroskopi av avföring.

Kvinnan fick efter koloskopin diagnosen ulcerös colit och blev insatt på kortison i akutskedet och sedan biologiska läkemedel för att hålla sjukdomsaktiviteten nere. Hon får äta normalkost, samt försöka få i sig rikligt med vätska pga vätskeförluster genom diaréen.

Sedan fyra år tillbaka har kvinnans sjukdom varit välkontrollerad. Vid den årliga uppföljningen på gastromottagningen ger hon dock information som talar för att hon plötsligt verkar ha mer besvär.

Fråga 1.1.8. Vilken enskild anamnestisk uppgift vägleder bäst i avgörandet om att detta beror på ett nytt skov av IBD?

Fall 1 Fråga 1.1.9

Du jobbar som läkare på en vårdcentral och där träffar du en 24-årig kvinna med drygt fem veckors anamnes på lös slemmig avföring, ca 5/dag. De senaste dagarna har hon även haft blod i avföringen och tenesmer. Hon beskriver att hon haft liknande episoder med lös avföring för några månader sedan, men då sökte hon inte vård eftersom det då gick över efter ett par veckor. Hon är i övrigt frisk och tar inga mediciner. När du undersöker henne är hon afebril och har livliga tarmljud, diffus palpationsömheter i buken, men inga palpabla resistenser.

Du beställer blodprov enligt rutiner på vårdcentralen.

Du misstänker inflammatorisk tarmsjukdom och beställer F-kalprotektin som visar sig vara 843 (<50 µg/g) varför du behöver gå vidare med utredning av patienten.

Du konsulterar en gastroenterolog vad gäller vidare handläggning av patienten.

Du rekommenderas att även beställa avföringsodling och mikroskopi av avföring.

Kvinnan fick efter koloskopin diagnosen ulcerös colit och blev insatt på kortison i akutskedet och sedan biologiska läkemedel för att hålla sjukdomsaktiviteten nere. Sedan fyra år tillbaka har kvinnans sjukdom varit välkontrollerad. Vid den årliga uppföljningen på gastromottagningen ger hon dig dock information som talar för att hon plötsligt verkar ha mer besvär.

Antalet avföringar är den anamnestiska uppgift som bäst vägleder om besvären orsakas av IBD.

Fråga 1.1.9. Beskriv även hur man kan avgöra svårighetsgraden av skovet med enkla kliniska statusfynd och blodprover.

Fall 1 Fråga 1.1.10

Du jobbar som läkare på en vårdcentral och där träffar du en 24-årig kvinna med drygt fem veckors anamnes på lös slemmig avföring, ca 5/dag. De senaste dagarna har hon även haft blod i avföringen och tenesmer. Hon beskriver att hon haft liknande episoder med lös avföring för några månader sedan, men då sökte hon inte vård eftersom det då gick över efter ett par veckor. Hon är i övrigt frisk och tar inga mediciner. När du undersöker henne är hon afebril och har livliga tarmlyd, diffus palpationsömheter i buken, men inga palpabla resistenser.

Du beställer blodprov enligt rutiner på vårdcentralen.

Du misstänker inflammatorisk tarmsjukdom och beställer F-kalprotektin som visar sig vara 843 (<50 µg/g) varför du behöver gå vidare med utredning av patienten.

Du konsulterar en gastroenterolog vad gäller vidare handläggning av patienten.

Du rekommenderas att även beställa avföringsodling och mikroskopi av avföring.

Kvinnan fick efter koloskopin diagnosen ulcerös colit och blev insatt på kortison i akutskedet och sedan biologiska läkemedel för att hålla sjukdomsaktiviteten nere. Sedan fyra år tillbaka har kvinnans sjukdom varit välkontrollerad. Vid den årliga uppföljningen på gastromottagningen ger hon dig dock information som talar för att hon plötsligt verkar ha mer besvär.

Kroniska inflammatoriska tarmsjukdomar medför ofta en kronisk anemi.

Fråga 1.1.10. Beskriv två olika bakomliggande mekanismer till detta och vad som är den dominerande orsaken till anemin.

Fall 1 Fråga 1.1.11

Du jobbar som läkare på en vårdcentral och där träffar du en 24-årig kvinna med drygt fem veckors anamnes på lös slemmig avföring, ca 5/dag. De senaste dagarna har hon även haft blod i avföringen och tenesmer. Hon beskriver att hon haft liknande episoder med lös avföring för några månader sedan, men då sökte hon inte vård eftersom det då gick över efter ett par veckor. Hon är i övrigt frisk och tar inga mediciner. När du undersöker henne är hon afebril och har livliga tarmlyd, diffus palpationsömheter i buken, men inga palpabla resistenser.

Du beställer blodprov enligt rutiner på vårdcentralen.

Du misstänker inflammatorisk tarmsjukdom och beställer F-kalprotektin som visar sig vara 843 (<50 µg/g) varför du behöver gå vidare med utredning av patienten.

Du konsulterar en gastroenterolog vad gäller vidare handläggning av patienten.

Du rekommenderas att även beställa avföringsodling och mikroskopi av avföring.

Kvinnan fick efter koloskopin diagnosen ulcerös colit och blev insatt på kortison i akutskedet och sedan biologiska läkemedel för att hålla sjukdomsaktiviteten nere. Sedan fyra år tillbaka har kvinnans sjukdom varit välkontrollerad. Vid den årliga uppföljningen på gastromottagningen ger hon dig dock information som talar för att hon plötsligt verkar ha mer besvär.

Kroniska inflammatoriska tarmsjukdomar medför ofta en kronisk anemi.

Vid kraftig melena och sjunkande Hb behöver man ta ställning till eventuell blodtransfusion.

Fråga 1.1.11. Vilka faktorer avgör om patienten behöver blodtransfusion? Resonera kring hur man ska tänka och vilka patienter som man behöver transfundera.

Epilog:

Din patient med ulcerös kolit är välbehandlad och får TNF-alfa-hämmare som fungerar bra. Hon går även regelbundet till sin vårdcentral och får järn-substitution

intravenöst då hon fick buksmärta av järntabletterna som du försökte med först. Hon lever ett normalt och aktivt liv med sin familj, jobbar på kontor och är fysiskt aktiv och cyklar totalt 2 mil dagligen till och från jobbet.

Fall 1 Fråga 1.2.1

Nu jobbar du på en gastroenterologisk avdelning. Du har beställt en akut gastroskopi på en man som är 55 år och som uppger att han tidigare är frisk men som nu kommit in med ambulans pga blodiga kräkningar. Gastroskopisvaret visar flertalet varicer i esofagus. Patienten har även påverkade leverprover och det framkommer att han har överkonsumerat alkohol i flera år.

Fråga 1.2.1 Vad är den bakomliggande mekanismen till utvecklingen av esofagusvaricerna och vad är den mest effektiva behandlingen för att få kontroll på blödningen?

Fall 1 Fråga 1.3.1

Nästa patient på din avdelning är en 82-årig man med aterosklerotisk kärlsjukdom, tidigare hjärtinfarkt och TIA, där orsaken var en tät karotisstenos som åtgärdats (karotiskirurgi). Nu vårdas patienten på sjukhus pga buksmärtor. Det framkommer att patienten har haft blodtillblandad lös avföring. Då du undersöker mannen är buken mjuk men ömmar diffust vid djuppalpation.

Fråga 1.3.1. Vad är den mest sannolika diagnosen utifrån patientens riskprofil?

Epilog:

Dina andra två patienter med levercirrhos och ischemisk kolit är också stabila och har kunnat skickas hem. Levercirrhospatienten får hjälp via beroendemottagningen för att försöka avsluta sitt alkoholmissbruk, vilket går sådär.

Fall 2 Fråga 2.1.1

Du arbetar på en vårdcentral några mil från ett länsdelssjukhus. En 58-årig kvinna söker dig akut på vårdcentralen med sveda och trängningar vid miktion sedan några dagar, samtidigt som hon märkt blodfärgad urin vid några tillfällen. Hon har tidigare känt penicillinallergi och behandlas med tablett metformin 500mg 2 x 2 för typ 2-diabetes samt med tablett enalapril 10 mg 1x1 för hypertoni och tablett atorvastatin 20 mg 1x1 för hyperlipidemi. Blodprover vid senaste diabeteskontrollen för 4 mån sedan visade HbA1c 52 mmol/mol, kreatinin 100 µmol/L (ref <100 µmol/L) och eGFR 53 mL/min/1,73m² (ref >60 mL/min/1,73m²). Urinsticka taget innan besöket visar röda 3+ och vita 3+ nitrit positiv, glukos neg.

2.1.1. Hur vill du komplettera anamnesen? Nämn fyra relevanta aspekter.

Fall 2 Fråga 2.2.1

Du arbetar på en vårdcentral några mil från ett länsdelssjukhus. En 58-årig kvinna söker dig akut på vårdcentralen med sveda och trängningar vid miktion sedan några dagar, samtidigt som hon märkt blodfärgad urin vid några tillfällen. Hon har tidigare känt penicillinallergi och behandlas med tablett metformin 500mg 2 x 2 för typ 2-diabetes samt med tablett enalapril 10 mg 1x1 för hypertoni och tablett atorvastatin 20 mg 1x1 för hyperlipidemi. Blodprover vid senaste diabeteskontrollen för 4 mån sedan visade HbA1c 52 mmol/mol, kreatinin 100 µmol/L (ref <100 µmol/L) och eGFR 53 mL/min/1,73m² (ref >60 mL/min/1,73m²). Urinsticka taget innan besöket visar röda 3+ och vita 3+ nitrit positiv, glukos neg.

Hon har förutom sveda även besvärats av trängningar och täta blástömningar men förnekar feber och buksmärtor.

Vid undersökningen noterar du:

AT: opåverkat

Buk: mjuk oömt men upplever obehag vid palpation nedom naveln. Inga resistenser

2.2.1. Du misstänker en nedre urinvägsinfektion. Ange fyra vanliga bakomliggande orsaker utöver bakterieinfektionen som skulle kunna förklara symtomen.

Fall 2 Fråga 2.2.2

Du arbetar på en vårdcentral några mil från ett länsdelssjukhus. En 58-årig kvinna söker dig akut på vårdcentralen med sveda och trängningar vid miktion sedan några dagar, samtidigt som hon märkt blodfärgad urin vid några tillfällen. Hon har tidigare känt penicillinallergi och behandlas med tablett metformin 500mg 2 x 2 för typ 2-diabetes samt med tablett enalapril 10 mg 1x1 för hypertoni och tablett atorvastatin 20 mg 1x1 för hyperlipidemi. Blodprover vid senaste diabeteskontrollen för 4 mån sedan visade HbA1c 52 mmol/mol, kreatinin 100 µmol/L (ref <100 µmol/L) och eGFR 53 mL/min/1,73m² (ref >60 mL/min/1,73m²). Urinsticka taget innan besöket visar röda 3+ och vita 3+ nitrit positiv, glukos neg.

Hon har förutom sveda även besvärats av trängningar och täta blástömningar men förnekar feber och buksmärtor.

Vid undersökningen noterar du:

AT: opåverkat

Buk: mjuk oömt men upplever obehag vid palpation nedom naveln. Inga resistenser

2.2.2 Vilken läkemedelsbehandling rekommenderar du? Motivera.

Fall 2 Fråga 2.2.3

Du arbetar på en vårdcentral några mil från ett länsdelssjukhus. En 58-årig kvinna söker dig akut på vårdcentralen med sveda och trängningar vid miktion sedan några dagar, samtidigt som hon märkt blodfärgad urin vid några tillfällen. Hon har tidigare känt penicillinallergi och behandlas med tablett metformin 500mg 2 x 2 för typ 2-diabetes samt med tablett enalapril 10 mg 1x1 för hypertoni och tablett atorvastatin 20 mg 1x1 för hyperlipidemi. Blodprover vid senaste diabeteskontrollen för 4 mån sedan visade HbA1c 52 mmol/mol, kreatinin 100 µmol/L (ref <100 µmol/L) och eGFR 53 mL/min/1,73m² (ref >60 mL/min/1,73m²). Urinsticka taget innan besöket visar röda 3+ och vita 3+ nitrit positiv, glukos neg.

Hon har förutom sveda även besvärats av trängningar och täta blåstömningar men förnekar feber och buksmärtor.

Vid undersökningen noterar du:

AT: opåverkat

Buk: mjuk oömt men upplever obehag vid palpation nedom naveln. Inga resistenser

2.2.3 Vilken utredningsåtgärd är nu mest angelägen? Motivera.

Fall 2 Fråga 2.3.1

Du arbetar på en vårdcentral några mil från ett länsdelssjukhus. En 58-årig kvinna söker dig akut på vårdcentralen med sveda och trängningar vid miktion sedan några dagar, samtidigt som hon märkt blodfärgad urin vid några tillfällen. Hon har tidigare känt penicillinallergi och behandlas med tablett metformin 500mg 2 x 2 för typ 2-diabetes samt med tablett enalapril 10 mg 1x1 för hypertoni och tablett atorvastatin 20 mg 1x1 för hyperlipidemi. Blodprover vid senaste diabeteskontrollen för 4 mån sedan visade HbA1c 52 mmol/mol, kreatinin 100 µmol/L (ref <100 µmol/L) och eGFR 53 mL/min/1,73m² (ref >60 mL/min/1,73m²). Urinsticka taget innan besöket visar röda 3+ och vita 3+ nitrit positiv, glukos neg.

Hon har förutom sveda även besvärats av trängningar och täta blåstömningar men förnekar feber och buksmärtor.

Vid undersökningen noterar du;

AT: opåverkat

Buk: mjuk oömt men upplever obehag vid palpation nedom naveln. Inga resistenser

10 månader senare söker patienten på nytt men denna gång med smärtor i höger flank, till höger i buken, strålande mot ryggen. Smärtan började plötsligt 6 timmar tidigare och känns hela tiden. Smärtan blir starkare i intervaller. Hon har svårt att sitta stilla på grund av smärtan och är inte tidigare bukopererad. Efter föregående besök blev hon snabbt symptomfri efter behandling med tablett Furadantin. Hematuriutredning på urologen inklusive cystoskopi var utan anmärkning.

I Status noterar du:

AT: något smärtpåverkad

Lymfkörtlar: palperas utan anmärkning

Lungor: vesikulärt andningsljud utan rassel eller ronchi

Hjärta: Regelbunden rytm frekv 90

Blodtryck: 130/80 mmHg

Buk: palperas mjuk men öm till höger i buken. Ingen palpationsömhet i epigastriet eller under höger arcus.

Per rectum: palperas utan anmärkning.

2.3.1 Hur kompletterar du anamnesen för att komma vidare till en rimlig diagnos? Nämn fyra relevanta områden.

Fall 2 Fråga 2.3.2

Du arbetar på en vårdcentral några mil från ett länsdelssjukhus. En 58-årig kvinna söker dig akut på vårdcentralen med sveda och trängningar vid miktion sedan några dagar, samtidigt som hon märkt blodfärgad urin vid några tillfällen. Hon har tidigare känt penicillinallergi och behandlas med tablett metformin 500mg 2 x 2 för typ 2-diabetes samt med tablett enalapril 10 mg 1x1 för hypertoni och tablett atorvastatin 20 mg 1x1 för hyperlipidemi. Blodprover vid senaste diabeteskontrollen för 4 mån sedan visade HbA1c 52 mmol/mol, kreatinin 100 µmol/L (ref <100 µmol/L) och eGFR 53 mL/min/1,73m² (ref >60 mL/min/1,73m²). Urinsticka taget innan besöket visar röda 3+ och vita 3+ nitrit positiv, glukos neg.

Hon har förutom sveda även besvärats av trängningar och täta blåstömningar men förnekar feber och buksmärtor.

Vid undersökningen noterar du;

AT: opåverkat

Buk: mjuk oömt men upplever obehag vid palpation nedom naveln. Inga resistenser
10 månader senare söker patienten på nytt men denna gång med smärtor i höger flank, till höger i buken, strålände mot ryggen. Smärtan började plötsligt 6 timmar tidigare och känns hela tiden. Smärtan blir starkare i intervaller. Hon har svårt att sitta stilla på grund av smärtan och är inte tidigare bukopererad. Efter föregående besök blev hon snabbt symtomfri efter behandling med tablett Furadantin. Hematuriutredning på urologen inklusive cystoskopi var utan anmärkning.

I Status noterar du:

AT: något smärtpåverkad

Lymfkörtlar: palperas utan anmärkning

Lungor: vesikulärt andningsljud utan rassel eller ronchi

Hjärta: Regelbunden rytm frekv 90

Blodtryck: 130/80 mmHg

Buk: palperas mjuk men öm till höger i buken. Ingen palpationsömhet i epigastriet eller under höger arcus.

Per rectum: palperas utan anmärkning.

2.3.2 Ange fyra rimliga diagnoser som kan förklara besvären.

Fall 2 Fråga 2.3.3

Du arbetar på en vårdcentral några mil från ett länsdelssjukhus. En 58-årig kvinna söker dig akut på vårdcentralen med sveda och trängningar vid miktion sedan några dagar, samtidigt som hon märkt blodfärgad urin vid några tillfällen. Hon har tidigare känt penicillinallergi och behandlas med tablett metformin 500mg 2 x 2 för typ 2-diabetes samt med tablett enalapril 10 mg 1x1 för hypertoni och tablett atorvastatin 20 mg 1x1 för hyperlipidemi. Blodprover vid senaste diabeteskontrollen för 4 mån sedan visade HbA1c 52 mmol/mol, kreatinin 100 µmol/L (ref <100

($\mu\text{mol/L}$) och eGFR 53 mL/min/1,73m² (ref >60 ml/min/1,73m²). Urinsticka taget innan besöket visar röda 3+ och vita 3+ nitrit positiv, glukos neg.

Hon har förutom sveda även besvärats av trängningar och täta blåstömningar men förnekar feber och buksmärtor.

Vid undersökningen noterar du;

AT: opåverkat

Buk: mjuk ömt men upplever obehag vid palpation nedom naveln. Inga resistenser 10 månader senare söker patienten på nytt men denna gång med smärtor i höger flank, till höger i buken, strålände mot ryggen. Smärtan började plötsligt 6 timmar tidigare och känns hela tiden. Smärtan blir starkare i intervaller. Hon har svårt att sitta stilla på grund av smärtan och är inte tidigare bukopererad. Efter föregående besök blev hon snabbt symptomfri efter behandling med tablett Furadantin. Hematuriutredning på urologen inklusive cystoskopi var utan anmärkning.

I Status noterar du:

AT: något smärtpåverkad

Lymfkörtlar: palperas utan anmärkning

Lungor: vesikulärt andningsljud utan rassel eller ronchi

Hjärta: Regelbunden rytm frekv 90

Blodtryck: 130/80 mmHg

Buk: palperas mjuk men öm till höger i buken. Ingen palpationsömhet i epigastriet eller under höger arcus.

Per rectum: palperas utan anmärkning.

2.3.3 Nämn två laboratorieprover som det finns anledning att kontrollera på det lokala laboratoriet på vårdcentralen? Motivera.

Fall 2 Fråga 2.4.1

Du arbetar på en vårdcentral några mil från ett länsdelssjukhus. En 58-årig kvinna söker dig akut på vårdcentralen med sveda och trängningar vid miktation sedan några dagar, samtidigt som hon märkt blodfärgad urin vid några tillfällen. Hon har tidigare känd penicillinallergi och behandlas med tablett metformin 500mg 2 x 2 för typ 2-diabetes samt med tablett enalapril 10 mg 1x1 för hypertoni och tablett atorvastatin 20 mg 1x1 för hyperlipidemi. Blodprover vid senaste diabeteskontrollen för 4 mån sedan visade HbA1c 52 mmol/mol, kreatinin 100 $\mu\text{mol/L}$ (ref <100 ($\mu\text{mol/L}$) och eGFR 53 mL/min/1,73m² (ref >60 ml/min/1,73m²). Urinsticka taget innan besöket visar röda 3+ och vita 3+ nitrit positiv, glukos neg.

Hon har förutom sveda även besvärats av trängningar och täta blåstömningar men förnekar feber och buksmärtor.

Vid undersökningen noterar du;

AT: opåverkat

Buk: mjuk ömt men upplever obehag vid palpation nedom naveln. Inga resistenser 10 månader senare söker patienten på nytt men denna gång med smärtor i höger flank, till höger i buken, strålände mot ryggen. Smärtan började plötsligt 6 timmar tidigare och känns hela tiden. Smärtan blir starkare i intervaller. Hon har svårt att sitta stilla på grund av smärtan och är inte tidigare bukopererad. Efter föregående besök blev hon snabbt symptomfri efter behandling med tablett Furadantin. Hematuriutredning på urologen inklusive cystoskopi var utan anmärkning.

I Status noterar du:

AT: något smärtpåverkad

Lymfkörtlar: palperas utan anmärkning

Lungor: vesikulärt andningsljud utan rassel eller ronchi
Hjärta: Regelbunden rytm frekv 90
Blodtryck: 130/80 mmHg
Buk: palperas mjuk men öm till höger i buken. Ingen palpationsömheter i epigastriet eller under höger arcus.
Per rectum: palperas utan anmärkning.
Urinstickan visar röda 3+ men i övrigt är stickan utan anmärkning. CRP: 10 mg/L

2.4.1 Vilken är den sannolika diagnosen?

Fall 2 Fråga 2.4.2

Du arbetar på en vårdcentral några mil från ett länsdelssjukhus. En 58-årig kvinna söker dig akut på vårdcentralen med sveda och trängningar vid miktation sedan några dagar, samtidigt som hon märkt blodfärgad urin vid några tillfällen. Hon har tidigare känt penicillinallergi och behandlas med tablett metformin 500mg 2 x 2 för typ 2-diabetes samt med tablett enalapril 10 mg 1x1 för hypertoni och tablett atorvastatin 20 mg 1x1 för hyperlipidemi. Blodprover vid senaste diabeteskontrollen för 4 mån sedan visade HbA1c 52 mmol/mol, kreatinin 100 µmol/L (ref <100 µmol/L) och eGFR 53 mL/min/1,73m² (ref >60 mL/min/1,73m²). Urinsticka taget innan besöket visar röda 3+ och vita 3+ nitrit positiv, glukos neg.

Hon har förutom sveda även besvärats av trängningar och täta blåstömningar men förnekar feber och buksmärtor.

Vid undersökningen noterar du;

AT: opåverkat

Buk: mjuk ömt men upplever obehag vid palpation nedom naveln. Inga resistenser
10 månader senare söker patienten på nytt men denna gång med smärtor i höger flank, till höger i buken, strålande mot ryggen. Smärtan började plötsligt 6 timmar tidigare och känns hela tiden. Smärtan blir starkare i intervaller. Hon har svårt att sitta stilla på grund av smärtan och är inte tidigare bukopererad. Efter föregående besök blev hon snabbt symptomfri efter behandling med tablett Furosemid. Hematuriutredning på urologen inklusive cystoskopi var utan anmärkning. .

I Status noterar du:

AT: något smärtpåverkat

Lymfkörtlar: palperas utan anmärkning

Lungor: vesikulärt andningsljud utan rassel eller ronchi

Hjärta: Regelbunden rytm frekv 90

Blodtryck: 130/80 mmHg

Buk: palperas mjuk men öm till höger i buken. Ingen palpationsömheter i epigastriet eller under höger arcus.

Per rectum: palperas utan anmärkning.

Urinstickan visar röda 3+ men i övrigt är stickan utan anmärkning. CRP: 10 mg/L

2.4.2 Vad rekommenderar du för behandling på vårdcentralen?

Fall 2 Fråga 2.4.3

Du arbetar på en vårdcentral några mil från ett länsdelssjukhus. En 58-årig kvinna söker dig akut på vårdcentralen med sveda och trängningar vid miktation sedan några dagar, samtidigt som hon märkt blodfärgad urin vid några tillfällen. Hon har tidigare känt penicillinallergi och behandlas med tablett metformin 500mg 2 x 2 för typ 2-diabetes samt med tablett enalapril 10 mg 1x1 för hypertoni och tablett atorvastatin 20 mg 1x1 för hyperlipidemi. Blodprover vid senaste diabeteskontrollen för 4 mån sedan visade HbA1c 52 mmol/mol, kreatinin 100 µmol/L (ref <100 µmol/L) och eGFR 53 mL/min/1,73m² (ref >60 mL/min/1,73m²). Urinsticka taget innan besöket visar röda 3+ och vita 3+ nitrit positiv, glukos neg.

Hon har förutom sveda även besvärats av trängningar och täta blåstömningar men förnekar feber och buksmärtor.

Vid undersökningen noterar du;

AT: opåverkat

10 månader senare söker patienten på nytt men denna gång med smärtor i höger flank, till höger i buken, strålände mot ryggen. Smärtan började plötsligt 6 timmar tidigare och känns hela tiden. Smärtan blir starkare i intervaller. Hon har svårt att sitta stilla på grund av smärtan och är inte tidigare bukopererad. Efter föregående besök blev hon snabbt symtomfri efter behandling med tablett Furadantin. Hematuriutredning på urologen inklusive cystoskopi var utan anmärkning.

I Status noterar du:

AT: något smärtpåverkad

Lymfkörtlar: palperas utan anmärkning

Lungor: vesikulärt andningsljud utan rassel eller ronchi

Hjärta: Regelbunden rytm frekv 90

Blodtryck: 130/80 mmHg

Buk: palperas mjuk men öm till höger i buken. Ingen palpationsömheter i epigastriet eller under höger arcus.

Per rectum: palperas utan anmärkning.

Urinstickan visar röda 3+ men i övrigt är stickan utan anmärkning. CRP: 10 mg/L

2.4.3 Vilka blodprover föreslår du för att utreda patientens njurstenbesvär? Ange tre blodprover. Motivera.

Fall 2 Fråga 2.4.4

Du arbetar på en vårdcentral några mil från ett länsdelssjukhus. En 58-årig kvinna söker dig akut på vårdcentralen med sveda och trängningar vid miktation sedan några dagar, samtidigt som hon märkt blodfärgad urin vid några tillfällen. Hon har tidigare känt penicillinallergi och behandlas med tablett metformin 500mg 2 x 2 för typ 2-diabetes samt med tablett enalapril 10 mg 1x1 för hypertoni och tablett atorvastatin 20 mg 1x1 för hyperlipidemi. Blodprover vid senaste diabeteskontrollen för 4 mån sedan visade HbA1c 52 mmol/mol, kreatinin 100 µmol/L (ref <100 µmol/L) och eGFR 53 mL/min/1,73m² (ref >60 mL/min/1,73m²). Urinsticka taget innan besöket visar röda 3+ och vita 3+ nitrit positiv, glukos neg.

Hon har förutom sveda även besvärats av trängningar och täta blåstömningar men förnekar feber och buksmärter.

Vid undersökningen noterar du;

AT: opåverkat

Buk: mjuk ömt men upplever obehag vid palpation nedom naveln. Inga resistenser

10 månader senare söker patienten på nytt men denna gång med smärtor i höger flank, till höger i buken, strålände mot ryggen. Smärtan började plötsligt 6 timmar tidigare och känns hela tiden.

Smärtan blir starkare i intervaller. Hon har svårt att sitta stilla på grund av smärtan och är inte tidigare bukopererad. Efter föregående besök blev hon snabbt symtomfri efter behandling med tablett Furadantin. Hematuriutredning på urologen inklusive cystoskopi var utan anmärkning.

I Status noterar du:

AT: något smärtpåverkad

Lymfkörtlar: palperas utan anmärkning

Lungor: vesikulärt andningsljud utan rassel eller ronchi

Hjärta: Regelbunden rytm frekv 90

Blodtryck: 130/80 mmHg

Buk: palperas mjuk men öm till höger i buken. Ingen palpationsömheter i epigastriet eller under höger arcus.

Per rectum: palperas utan anmärkning.

Urinstickan visar röda 3+ men i övrigt är stickan utan anmärkning. CRP: 10 mg/L

2.4.4 Vilken utredning beställer du för att bekräfta stenavgång? Motivera

Fall 2 Fråga 2.4.5

Du arbetar på en vårdcentral några mil från ett länsdelssjukhus. En 58-årig kvinna söker dig akut på vårdcentralen med sveda och trängningar vid miktionsedan några dagar, samtidigt som hon märkt blodfärgad urin vid några tillfällen. Hon har tidigare känt penicillinallergi och behandlas med tablett metformin 500mg 2 x 2 för typ 2-diabetes samt med tablett enalapril 10 mg 1x1 för hypertoni och tablett atorvastatin 20 mg 1x1 för hyperlipidemi. Blodprover vid senaste diabeteskontrollen för 4 mån sedan visade HbA1c 52 mmol/mol, kreatinin 100 µmol/L (ref <100 µmol/L) och eGFR 53 mL/min/1,73m² (ref >60 mL/min/1,73m²). Urinsticka taget innan besöket visar röda 3+ och vita 3+ nitrit positiv, glukos neg.

Hon har förutom sveda även besvärats av trängningar och täta blåstömningar men förnekar feber och buksmärtor.

Vid undersökningen noterar du;

AT: opåverkat

Buk: mjuk oömt men upplever obehag vid palpation nedan naveln. Inga resistenser

10 månader senare söker patienten på nytt men denna gång med smärtor i höger flank, till höger i buken, strålade mot ryggen. Smärtan började plötsligt 6 timmar tidigare och känns hela tiden.

Smärtan blir starkare i intervaller. Hon har svårt att sitta stilla på grund av smärtan och är inte tidigare bukopererad. Efter föregående besök blev hon snabbt symptomfri efter behandling med tablett Furadantin. Hematuriutredning på urologen inklusive cystoskopi var utan anmärkning.

I Status noterar du:

AT: något smärtpåverkat

Lymfkörtlar: palperas utan anmärkning

Lungor: vesikulärt andningsljud utan rassel eller ronchi

Hjärta: Regelbunden rytm frekv 90

Blodtryck: 130/80 mmHg

Buk: palperas mjuk men öm till höger i buken. Ingen palpationsömheter i epigastriet eller under höger arcus.

Per rectum: palperas utan anmärkning.

Urinsticka visar röda 3+ men i övrigt är stickan utan anmärkning. CRP: 10 mg/L

2.4.5 Vilket läkemedel får patienten med sig på recept?

Fall 2 Fråga 2.5.1

Max poäng: 1

Du arbetar på en vårdcentral några mil från ett länsdelssjukhus. En 58-årig kvinna söker dig akut på vårdcentralen med sveda och trängningar vid miktionsedan några dagar, samtidigt som hon märkt blodfärgad urin vid några tillfällen. Hon har tidigare känt penicillinallergi och behandlas med tablett metformin 500mg 2 x 2 för typ 2-diabetes samt med tablett enalapril 10 mg 1x1 för hypertoni och tablett atorvastatin 20 mg 1x1 för hyperlipidemi. Blodprover vid senaste diabeteskontrollen för 4 mån sedan visade HbA1c 52 mmol/mol, kreatinin 100 µmol/L (ref <100 µmol/L) och eGFR 53 mL/min/1,73m² (ref >60 mL/min/1,73m²). Urinsticka taget innan besöket visar röda 3+ och vita 3+ nitrit positiv, glukos neg.

Hon har förutom sveda även besvärats av trängningar och täta blåstömningar men förnekar feber och buksmärtor.

Vid undersökningen noterar du;

AT: opåverkat

Buk: mjuk oömt men upplever obehag vid palpation nedan naveln. Inga resistenser

10 månader senare söker patienten på nytt men denna gång med smärtor i höger flank, till höger i buken, strålade mot ryggen. Smärtan började plötsligt 6 timmar tidigare och känns hela tiden.

Smärtan blir starkare i intervaller. Hon har svårt att sitta stilla på grund av smärtan och är inte tidigare bukopererad. Efter föregående besök blev hon snabbt symptomfri efter behandling med tablett Furadantin. Hematuriutredning på urologen inklusive cystoskopi var utan anmärkning.

I Status noterar du:

AT: något smärtpåverkat

Lymfkörtlar: palperas utan anmärkning

Lungor: vesikulärt andningsljud utan rassel eller ronchi

Hjärta: Regelbunden rytm frekv 90

Blodtryck: 130/80 mmHg

Buk: palperas mjuk men öm till höger i buken. Ingen palpationsömheter i epigastriet eller under höger arcus.

Per rectum: palperas utan anmärkning.

Urinstickan visar röda 3+ men i övrigt är stickan utan anmärkning. CRP: 10 mg/L

Du misstänker njursten och ger patienten en injektion med diklofenak 75mg i.m. samt recept suppositorium diklofenac.

2.5.1 Hur kan passage av uretärsten med storlek 5-10 mm underlättas farmakologiskt?

Fall 2 Fråga 2.6.1

Vid nästa besök på vårdcentralen har hon tagit med sin 60-åriga make som noterat en varierande rodnad av kinder och panna sista halvåret. Han har inte märkt någon klåda men ibland en värmekänsla i kinderna. I status noterar du rodnade områden på kinderna med några palper.

2.6.1. Vilken är den mest sannolika orsaken till rodnaderna i ansiktet?

Fall 2 Fråga 2.6.2

Vid nästa besök på vårdcentralen har hon tagit med sin 60-åriga make som noterat en varierande rodnad av kinder och panna sista halvåret. Han har inte märkt någon klåda men ibland en värmekänsla i kinderna. I status noterar du rodnade områden på kinderna med några palper.

2.6.2 Vilka lokalbehandlingar kan du förskriva på vårdcentralen? Nämn tre alternativ.

Fall 2 Fråga 2.6.3

Vid nästa besök på vårdcentralen har hon tagit med sin 60-åriga make som noterat en varierande rodnad av kinder och panna sista halvåret. Han har inte märkt någon klåda men ibland en värmekänsla i kinderna. I status noterar du rodnade områden på kinderna med några palper.

2.6.3 Vilken ytterligare behandlingen kan du förskriva om lokalbehandling är otillräcklig?

Fall 2 Fråga 2.7.1

Vid nästa besök på vårdcentralen har hon tagit med sin 60-åriga make som noterat en varierande rodnad av kinder och panna sista halvåret. Han har inte märkt någon klåda men ibland en värmekänsla i

kinderna. I status noterar du rodnade områden på kinderna med några palper

Rosacea kan behandlas med Azelainsyra (t ex Finazea), metronidazol kräm eller ivermektin (Soolantra) kräm. Om lokalbehandling är otillräcklig kan behandling ske med tetracyklin 2-4 månader.

2.7.1. Vilken diagnos ställer du som orsak till näsans utseende på bilden?

Epilog:

Rhinophyma är en rosacea manifestation som medför talgkörtelhypertrofi med deformitet och rodnad av näsan, oftast hos män. Kan behandlas i samråd med hudkliniken till exempel med Isotretinoin om tetracyklin bedöms som otillräckligt. Även kirurgi är möjligt.

Fall 3 Fråga 3.1.1

Du tjänstgör på ett vikariat efter din AT-tjänstgöring som legitimerad läkare på den psykiatriska kliniken i Gammelby. En av dina första patienter på mottagningen är Olle som fått en tid efter att en remiss inkommit från husläkaren. I den korta remissen står det följande;

22 årig väsentligen frisk man. 0 läkemedel. Arbetar deltid i affär. Ingen missbruksanamnes och förnekar episoder med djupare nedstämdhet eller uppvarvning. Negativ drogscreening. Anger mångåriga utmaningar med att påbörja och avsluta uppgifter. Under skoltiden svårigheter med att fokusera på uppgifter och han blir lätt distraherad av olika saker. Har svårt att hålla tider, brukar komma sent och tappar lätt bort sina saker. Negerar några relationssvårigheter. Gick ut gymnasiet med ofullständiga betyg.

Tacksam för ert ställningstagande till att initiera neuropsykiatrisk utredning på basen av tillgängliga uppgifter och insättning av lämplig behandling!

Utifrån givna uppgifter tänker du på ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder) som en möjlig diagnos men anamnesen behöver fördjupas.

3.1.1 Ange de tre symptomgrupperna som utmärker ADHD.

Fall 3 Fråga 3.1.2

Tre typer av symptom utmärker ADHD: ouppmärksamhet, hyperaktivitet och impulsivitet. Symtomen varierar mellan individer och beroende på ålder hos samma individ, och olika kombinationer av symptom är möjliga. Symtomens svårighetsgrad brukar också variera beroende på yttre stress och belastning. Symtom på ADHD brukar vara svårare att upptäcka hos flickor och kvinnor, och hos äldre. För att ställa en ADHD-diagnos på Olle behöver man fördjupa anamnesen och utesluta andra tillstånd som kan förklara Olles symptom.

3.1.2. När du uteslutit andra tillstånd ange ytterligare två obligata krav för ADHD utöver ovan tre nämnda.

Fall 3 Fråga 3.1.3

Tre typer av symptom utmärker ADHD: ouppmärksamhet, hyperaktivitet och impulsivitet. För att ställa en ADHD diagnos på Olle behöver man utesluta andra tillstånd som kan förklara Olles symptom. Symptomen behöver medföra en tydlig funktionspåverkan kognitivt och praktiskt inom flera livsområden och vara bestående samt ha funnits innan 12 års ålder. Efter en fördjupad anamnes och genomgång av kriterierna för ADHD samt differentialdiagnostisk utredning gör du bedömningen att Olle uppfyller kriterier för ADHD men inga andra psykiatriska tillstånd.

Olle frågar vilken typ av behandlingsinsatser som finns för ADHD.

3.1.3. Ange de två primära behandlingsinsatserna för ADHD.

Fall 3 Fråga 3.1.4

Tre typer av symptom utmärker ADHD: uppmärksamhet, hyperaktivitet och impulsivitet. För att ställa en ADHD diagnos på Olle behöver man utesluta andra tillstånd som kan förklara Olles symptom. Symptomen behöver medföra en tydlig funktionspåverkan kognitivt och praktiskt inom flera livsområden, vara bestående samt ha funnits innan 12 års ålder. Efter en genomgång av kriterierna för ADHD och differentialdiagnostisk utredning gör du bedömningen att Olle uppfyller kriterier för ADHD men inga andra psykiatriska tillstånd.

ADHD bör behandlas med flera olika typer av insatser parallellt. I första hand rekommenderas en kombination av läkemedel och psykoedukation (utbildning om psykiska tillstånd). Psykoedukation bör ges till både individen med ADHD och till närstående. Om symptomen kvarstår efter läkemedelsbehandling och psykoedukation kan man lägga till psykologisk behandling i form av kognitiv beteendeterapi och/eller kognitivt stöd, för bättre funktion i vardagen.

3.1.4. Vad föreslår du för läkemedelssubstans för behandling av ADHD till Olle? Motivera ditt svar.

Fall 3 Fråga 3.1.5

Tre typer av symptom utmärker ADHD: uppmärksamhet, hyperaktivitet och impulsivitet. För att ställa en ADHD diagnos på Olle behöver man utesluta andra tillstånd som kan förklara Olles symptom. Symptomen behöver medföra en funktionspåverkan kognitivt och praktiskt inom flera livsområden och vara bestående samt ha funnits innan 12 års ålder. Efter en genomgång av kriterierna för ADHD och differentialdiagnostisk utredning gör du bedömningen att Olle uppfyller kriterier för ADHD.

ADHD bör behandlas med flera olika typer av insatser parallellt. I första hand rekommenderas en kombination av läkemedel (metylfenidat som är förstahandsval) och psykoedukation (utbildning om psykiska tillstånd). Psykoedukation bör ges till både individen med ADHD och till närstående. Om symptomen kvarstår efter läkemedelsbehandling och psykoedukation kan man lägga till psykologisk behandling i form av kognitiv beteendeterapi, och kognitivt stöd, för bättre funktion i vardagen.

3.1.5. Vilka tre viktiga aspekter behöver du särskilt ta ställning till vid insättning och uppföljning av läkemedel för ADHD hos vuxna?

Epilog:

Hos barn och ungdomar är förekomsten av ADHD 5–7 %. Hos vuxna är förekomsten något lägre, ca 3 %. Cirka 60–70 % av de som får diagnosen ADHD i barndomen har kvar betydande uppmärksamhetssvårigheter i vuxen ålder, medan problem med att reglera aktivitetsnivå och impulser avtar.

Du föreslår för Olle att behandling påbörjas med metylfenidat tillsammans med psykoedukation. Metylfenidat är narkotikaklassat och kan enbart skrivas ut av specialistläkare inom psykiatriska och neurologiska specialiteter. Puls och blodtryck måste kontrolleras vid insättning och vid dosjustering/uppföljning pga risk för hjärt-

/kärnbiverkningar. Risken för skadligt bruk eller beroende samt felaktig användning (till exempel spridning) måste värderas före och under behandling.

Fall 3 Fråga 3.2.1

Efter en månad på öppenvårdsmottagningen får du förtroendet att tjänstgöra på den psykiatriska akutmottagningen. Under ditt arbetspass kommer en patient med ambulans som valt att köra direkt till psykiatriska akutmottagningen.

Ambulanssjuksköterskan berättar att anhöriga ringt ambulans då patienten varit förvirrad under dagen. Patienten, som är 63 år gammal och heter Peter, sitter i undersökningsrummet när du träffar honom. Vid undersökning har Peter följande parametrar; puls 120, blodtryck (BT) 165/110 mmHg, SaO₂ 96%, temp 37.0°C. Peter blåser 0,3 promille i alkometern. Peter luktar alkohol och är både tremorös och rödbrusig.

Peter är orienterad till person men inte tid och situation. Det framkommer inga psykotiska symptom. Han bejakar att han dricker "dagligen" utan att specificera konkret mängd. Det finns inga journaluppgifter på Peter i den psykiatriska journalen.

Anamnesen är sparsam men du bedömer att Peter har ett alkoholmissbruk.

3.2.1. Utifrån angivna uppgifter misstänker du i första hand ett allvarligt kliniskt tillstånd som behöver behandlas. Vilket tillstånd misstänker du? Motivera ditt svar

Fall 3 Fråga 3.2.2

Peter har följande parametrar; puls 120, BT 165/110 mmHg, SaO₂ 96%, temp 37.0°C. Peter blåser 0,3 promille i alkometern. Peter luktar alkohol och är både tremorös och rödbrusig. Peter är orienterad till person men inte tid och situation. Det framkommer inga psykotiska symptom. Han bejakar att han dricker "dagligen" utan att specificera konkret mängd.

Peter har alkoholabstinens och misstänkt delirium tremens. Du behöver även beakta risken för Wernickes encefalopati.

3.2.2. Ange de tre symptom som ingår i symptomtriaden vid Wernickes encefalopati?

Fall 3 Fråga 3.2.3

Peter har följande parametrar; puls 120, BT 165/110 mmHg, SaO₂ 96%, temp 37.0°C. Peter blåser 0,3 promille i alkometern. Peter luktar alkohol och är både tremorös och rödbrusig. Peter är orienterad till person men inte tid och situation. Det framkommer inga psykotiska symptom. Han bejakar att han dricker "dagligen" utan att specificera konkret mängd.

Du bedömer att Peter har alkoholabstinens och misstänkt delirium tremens. Den fullständiga klassiska triaden vid Wernickes encefalopati innebär konfusion,

ögonsymtom (framför allt nervus abducens-pares) och ataxi. Peter är konfusorisk men har varken ataxi eller ögonsymptom när du gör en neurologisk undersökning.

Både inom primärvården och beroendevården används idag i huvudsak två olika laboriemått som alkoholmarkörer.

3.2.3. Ange vilka två alkoholmarkörer som används samt en fördel respektive nackdel med respektive markör.

Fall 3 Fråga 3.2.4

Peter har följande parametrar; puls 120, BT 165/110 mmHg, SaO₂ 96%, temp 37.0°C. Peter blåser 0,3 promille i alkometern. Peter luktar alkohol och är både tremorös och rödbrusig. Peter är orienterad till person men inte tid och situation. Det framkommer inga psykotiska symptom. Peter är konfusorisk men har varken ataxi eller ögonsymptom när du gör en neurologisk undersökning. Han bejakar att han dricker "dagligen" utan att specificera konkret mängd. Peter har alkoholabstinens och misstänkt delirium tremens. Det finns inga journaluppgifter på Peter i den psykiatriska journalen.

Idag används PEth (Fosfatidyletanol) och CDT (kolhydratfattigt transferrin) som alkoholmarkörer. PEth bekräftar alkoholintag men kan inte avgöra exakt mängd eller tidpunkt på grund av individuell variation i testrespons och halveringstid. Som långtidsmarkör speglar testet de senaste veckorna till dryga månadens konsumtion. Ett högt värde är inte liktydigt med alkoholmissbruk. Negativt PEth-resultat utesluter regelbunden hög alkoholkonsumtion.

Förhöjt CDT-värde beror så gott som alltid på hög alkoholkonsumtion men svår leversjukdom och genetiska varianter av transferrin kan komplicera bedömningen. Vissa sällsynta genetiska sjukdomar kan ge förhöjda värden. Normalt mätvärde utesluter inte hög konsumtion då CDT-svar inte ses hos alla.

Du saknar en del viktiga anamnestiska uppgifter med tanke på din primära kliniska misstanke.

3.2.4. Ange de 4 viktigaste anamnestiska uppgifter för att värdera den akuta abstinenssituationen.

Fall 3 Fråga 3.2.5

Peter har följande parametrar; puls 120, BT 165/110 mmHg, SaO₂ 96%, temp 37.0°C. Peter blåser 0,3 promille i alkometern. Peter luktar alkohol och är både tremorös och rödbrusig. Peter är orienterad till person men inte tid och situation. Det framkommer inga psykotiska symptom. Peter är konfusorisk men har varken ataxi eller ögonsymptom när du gör en neurologisk undersökning. Han bejakar att han dricker "dagligen" utan att specificera konkret mängd. Peter har alkoholabstinens och misstänkt delirium tremens.

Du behöver information om Peter har några somatiska sjukdomar, aktuella läkemedel, något trauma nyligen samt uppgifter om mängd av alkoholintag och tidigare alkoholrelaterad abstinens, abstinenskrampar eller delirium tremens. I primärvårdsjournalen framkommer att Peter har hypertoni och medicineras för detta med ramipril. Det finns inga uppgifter om trauma eller tidigare alkoholrelaterade abstinensstillstånd.

3.2.5. Du behöver nu ordinera två lämpliga läkemedel på akutmottagningen för att behandla Peters tillstånd. Motivera dina val av preparat.

Fall 3 Fråga 3.2.6

Peter har följande parametrar; puls 120, BT 165/110 mmHg, SaO₂ 96%, temp 37.0°C. Peter blåser 0,3 promille i alkometern. Peter luktar alkohol och är både tremorös och rödbrusig. Peter är konfusorisk men har varken ataxi eller ögonsymptom. Peter har alkoholabstinens och misstänkt delirium tremens.

Du behöver information om Peter har några somatiska sjukdomar, aktuella läkemedel, något trauma nyligen samt uppgifter om mängd av alkoholintag och tidigare alkoholrelaterad abstinens, abstinenskrampor eller delirium tremens. I journalen framkommer att Peter har hypertoni och medicinerar för detta med ramipril. Det finns inga uppgifter om trauma eller tidigare alkoholrelaterade abstinensstillstånd.

3.2.6. Utöver läkemedelsbehandling är andra åtgärder nödvändiga för att monitorera Peters tillstånd. Redogör för två viktiga åtgärder och motivera dessa.

Epilog:

Du bedömer att Peter har alkoholabstinens och misstänkt delirium tremens. Du påbörjar behandling med 20mg diazepam peroralt för att sedera Peter och 100mg vitamin B1 intramuskulärt för att förhindra neurologiska komplikationer (Wernickes encefalopati). Du säkerställer regelbunden kontroll (4 gånger per dygn) av vitalparametrar och vakenhetsgrad/sömn för att utvärdera given behandling. Delirium tremens är ett allvarligt tillstånd med 5 % mortalitet. Det inträffar oftast 2–4 dagar efter avhållsamhet från alkohol och föregås av en långvarig och intensiv missbruksperiod. Symtom på delirium tremens är fluktuerande desorientering samt hallucinos. Symptom inkluderar även takykardi, blodtrycksstegring, feber, illamående/kräkning, svettning, motorisk oro och krampanfall.

Fall 4 Fråga 4.1.1

Du är läkare på en vårdcentral. En mamma kommer med sin 13 åriga pojke som klagar över smärtor i höger lår och knä. Besvären började i samband med fotbollsspel för några veckor sedan. Mamman är något uppgiven då han har börjat spendera mer och mer tid framför datorn. Du noterar att pojken haltar och att han håller benet utåtrotterat när han går.

4.1.1. Vilka leder måste undersökas och varför?

Fall 4 Fråga 4.1.2

Du är läkare på en vårdcentral. En mamma kommer med sin 13 åriga pojke som klagar över smärtor i höger lår och knä. Besvären började i samband med fotbollsspel för några veckor sedan. Mamman är något uppgiven då han börjat spendera mer och mer tid framför datorn. Pojken haltar och höger ben hålls något utåtrotterat. Du har undersökt knä och höftled. Vid undersökning av höftstatus är inåtrotationen smärtsamt inskränkt.

4.1.2 Vilka differentialdiagnoser tänker du på? Nämn minst 2.

Fall 4 Fråga 4.1.3

Du är läkare på en vårdcentral. En mamma kommer med sin 13 åriga pojke som klagar över smärtor i höger lår och knä. Besvären började i samband med fotbollsspel för några veckor sedan. Mamman är något uppgiven då han börjat spendera mer och mer tid framför datorn. Du finner att patienten haltar, höger ben hålls något utåtrotterat. Vid undersökning av höftstatus är inåtrotationen smärtsamt inskränkt. Du har kommit fram till följande differentialdiagnoser; höftepifysiolys, perthes, septisk artrit, osteomyelit, tumör och fraktur.

4.1.3. Vilken diagnos är mest sannolik och varför?

Fall 4 Fråga 4.1.4

Du är läkare på en vårdcentral. En mamma kommer med sin 13 åriga pojke som klagar över smärtor i höger lår och knä. Besvären började i samband med fotbollsspel för några veckor sedan. Mamman är något uppgiven då han börjat spendera mer och mer tid framför datorn. Du finner att patienten haltar, höger ben hålls något utåtrotterat. Vid undersökning av höftstatus är inåtrotationen smärtsamt inskränkt. Du har kommit fram till följande differentialdiagnoser; höftepifysiolys, perthes, septisk artrit, osteomyelit, tumör, fraktur. Med tanke på ålder, kön och kliniska fynd kommer du fram till att den mest sannolika diagnosen är höftepifysiolys.

4.1.4. Vad är en höftepifysiolys?

Fall 4 Fråga 4.1.5

Du är läkare på en vårdcentral. En mamma kommer med sin 13 åriga pojke som klagar över smärtor i höger lår och knä. Besvären började i samband med fotbollsspel för några veckor sedan. Mamman är något uppgiven då han börjat spendera mer och mer tid framför datorn. Du finner att patienten haltar, höger ben hålls något utåtrotterat. Vid undersökning av höftstatus är inåtrotationen smärtsamt inskränkt. Du har kommit fram till följande differentialdiagnoser; höftepifysiolys, perthes, septisk artrit, osteomyelit, tumör, fraktur. Med tanke på ålder, kön och kliniska fynd kommer du fram till att den mest sannolika diagnosen är höftepifysiolys. Detta innebär att det skett en glidning i femurs proximala tillväxtzon.

4.1.5. Hur säkerställs diagnosen?

Fall 4 Fråga 4.1.6

Du är läkare på en vårdcentral. En mamma kommer med sin 13 åriga pojke som klagar över smärtor i höger lår och knä. Besvären började i samband med fotbollsspel för några veckor sedan. Mamman är något uppgiven då han börjat spendera mer och mer tid framför datorn. Du finner att patienten haltar, höger ben hålls något utåtrotterat. Vid undersökning av höftstatus är inåtrotationen smärtsamt inskränkt. Du har kommit fram till följande differentialdiagnoser; höftepifysiolys, perthes, septisk artrit, osteomyelit, tumör, fraktur. Med tanke på ålder, kön och kliniska fynd kommer du fram till att den mest sannolika diagnosen är höftepifysiolys. Detta innebär att det skett en glidning i femurs proximala tillväxtzon. Diagnosen är nu säkerställd radiologiskt.

4.1.6. Vad blir din nästa åtgärd och varför?

Fall 4 Fråga 4.1.7

Du är läkare på en vårdcentral. En mamma kommer med sin 13 åriga pojke som klagar över smärtor i höger lår och knä. Besvären började i samband med fotbollsspel för några veckor sedan. Mamman är något uppgiven då han börjat spendera mer och mer tid framför datorn. Du finner att patienten haltar, höger ben hålls något utåtrotterat. Vid undersökning av höftstatus är inåtrotationen smärtsamt inskränkt. Du har kommit fram till följande differentialdiagnoser; höftepifysiolys, perthes, septisk artrit, osteomyelit, tumör, fraktur. Med tanke på ålder, kön och kliniska fynd kommer du fram till att den mest sannolika diagnosen är höftepifysiolys. Detta innebär att det skett en glidning i femurs proximala tillväxtzon.

Diagnosen är nu säkerställd radiologiskt och pojken har skickats till närmaste akutmottagning. Du funderar på om även flickor kan drabbas.

4.1.7. Kan även flickor få en epifysiolys? Vad bör man tänka på åldersmässigt om det är en flicka som kommer in med samma symtom som pojken här hade ovan?

Fall 4 Fråga 4.1.8

Du är läkare på en vårdcentral. En mamma kommer med sin 13 åriga pojke som klagar över smärtor i höger lår och knä. Besvären började i samband med fotbollsspel för några veckor sedan. Mamman är något uppgiven då han börjat spendera mer och mer tid framför datorn. Du finner att patienten haltar, höger ben hålls något utåtrotterat. Vid undersökning av höftstatus är inåtrotationen smärtsamt inskränkt. Du har kommit fram till följande differentialdiagnoser; höftepifysiolys, perthes, septisk artrit, osteomyelit, tumör, fraktur. Med tanke på ålder, kön och kliniska fynd kommer du fram till att den mest sannolika diagnosen är höftepifysiolys. Detta innebär att det skett en glidning i femurs proximala tillväxtzon. Diagnosen är nu säkerställd radiologiskt och patienten har skickats till närmaste akutmottagning. Du funderar på om även flickor kan drabbas vilket är möjligt om än mera sällsynt. På grund av tidigare pubertet hos flickor sker symptomdebut i yngre ålder än hos pojkar.

4.1.8. Frågan är nu om även den andra höften kan drabbas och hur vanligt detta är.

Epilog:

Pojken opererades med en dynamisk spik i lårbenshalsen påföljande dag. På denna klinik hade man som rutin att även genomföra en profylaktisk spikning av andra sidan på grund av risken för glidning även på denna sida. Det operativa och postoperativ förloppet gick bra och det uppstod inga funktionsinskränkningar.

Fall 4 Fråga 4.2.1

Du är nu läkare på en akutmottagning. In kommer en 25-årig kvinna som skurit sig på en morakniv. Det föreligger en volar sårskada som blöder en del över basfalangen i fjärde och femte fingret.

4.2.1. Vad måste du utesluta för skador? (4 stycken)

Fall 4 Fråga 4.2.2

Du är nu läkare på en akutmottagning. In kommer en 25-årig kvinna som skurit sig på en morakniv. Det föreligger en volar sårskada som blöder en del över basfalangen i fjärde och femte fingret. Du har kommit fram till att du vill ta reda på om den ytliga eller djupa böjsenan är av alternativt om båda senorna är av. Du har kontrollerat den kapillära återfyllnaden som är fullgod.

4.2.2. Hur differentialdiagnosticerar du kliniskt mellan superficialis och profundussskada och hur kan du se om båda senorna är genomskurna?

Fall 4 Fråga 4.2.3

Du är nu läkare på en akutmottagning. In kommer en 25-årig kvinna som skurit sig på en morakniv. Det föreligger en volar sårskada som blöder en del över basfalangen i fjärde och femte fingret. Du har kommit fram till att du vill ta reda på om den ytliga eller djupa böjsenan är av alternativt om båda senorna är av. Du finner

att lillfingret ligger helt utan tonus och i ringfingret diagnosticerar du en supeficialisskada.

4.2.3. Hur undersöker du om en digitalnervskada föreligger?

Fall 4 Fråga 4.2.4

Du är nu läkare på en akutmottagning. In kommer en 25-årig kvinna som skurit sig på en morakniv. Det föreligger en volar sårskada som blöder en del över basfalangen i fjärde och femte fingret. Du har kommit fram till att du vill ta reda på om den ytliga eller djupa böjsenan är av alternativt om båda senorna är av. Du finner att lillfingret ligger helt utan tonus och i ringfingret diagnosticerar du en supeficialisskada. I lillfingret saknas 2-pd.

4.2.4 Vid diagnosticerade sen- och nervskador som beskrivs i detta fall. Hur sker den fortsatta handläggningen a. Gällande sårskadan? b. Gällande den fortsatta handläggningen – vem skall kontaktas och varför?

Epilog:

Skadorna omhändertogs på handkirurgisk klinik med operation 2 dagar senare. Du hade förskrivit profylaktisk antibiotika under väntetiden. Senorna suturerades liksom digitalnerverna. Slutresultatet blev bra med en viss inskränkning av flexionsförmågan i lillfingret och 2-pd på 6 mm i lillfingret.