Examination efter läkares allmäntjänstgöring (AT)

Skriftligt prov den 16 november 2026
tid 9.00 - 14.00
INSTRUKTION

Skrivningen består av fyra fall och omfattar totalt 80 poäng. I varje fall kommer sjukdomsbild och fakta att tillföras successivt genom nya delfrågor. Den mindre texten repeterar basinformationen. **Obs!** Vid provtillfället kan det antal frågor som visas i systemet avvika från det faktiska antalet. Detta beror på att systemet även räknar ”epiloger” och ”tomma sidor” som frågor.
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. För frågor som kräver flera svar, exempelvis fyra, kommer endast de första fyra svaren att rättas. Övriga förslag lämnas utan rättning.
Vid rättningen kommer vi att värdera hur du avgränsat problemställningar i svaret. Det bör inte vara för snävt men ej heller för vidlyftigt och omfattande. Motstridiga eller ovidkommande svar kan medföra poängavdrag. Skrivutrymmet efter varje delfråga bör vara tillräckligt.
Observera! När du har klickat på "spara och gå vidare till nästa sida" kan du inte gå tillbaka i skrivningen. **Provet består av nedanstående antal frågor.**

Fall 1 - 20 poäng 17 delfrågor

Fall 2 - 20 poäng 17 delfrågor

Fall 3 - 20 poäng 13 delfrågor

Fall 4 - 20 poäng 15 delfrågor

eAT-examinationen har en fast gräns för godkänt på 65% (52 poäng). Det är den totala poängen som räknas och visas som resultat i DigiExam. Du kan således ha under 65% på vissa delmoment men ändå bli godkänd totalt sett. Vid underkänt resultat kan du begära omrättning inom den tidsperiod som anges i resultatbeskedet som du får via e-post. Aktuell information finns på at-kansli hemsida.
I skrivsalen finns det tillgång till dator, kladdpapper och penna. Inga andra hjälpmedel är tillåtna.
Det är dock tillåtet att ta med dryck och något litet att äta. Mellan fallen finns en tom sida som ska lämnas öppen om du behöver gå på toaletten. Observera att det endast är tillåtet att gå på toaletten när en tom sida kan lämnas öppen.
Efter skrivningsfrågorna finns en enkät som frågekonstruktörerna 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 finner 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

Max poäng: 1

En 67-årig kvinna, ursprungligen från Indien, med en känd stabil angina pectoris sedan flera år söker på akuten en söndag när du går medicinjour. Hon har obehagskänsla i bröstet och beskriver ”…att hjärtat rusar”. Hon upplever också att hon lätt blir andfådd. Symtomen debuterade plötsligt för två dygn sedan.

Status:

Blodtryck 135/85 mmHg

Puls: Oregelbunden frekvens 150-160 slag/min

Hjärta: Oregelbunden rytm, möjligen ett diastoliskt blåsljud, svårt att avgöra på grund av hög frekvens

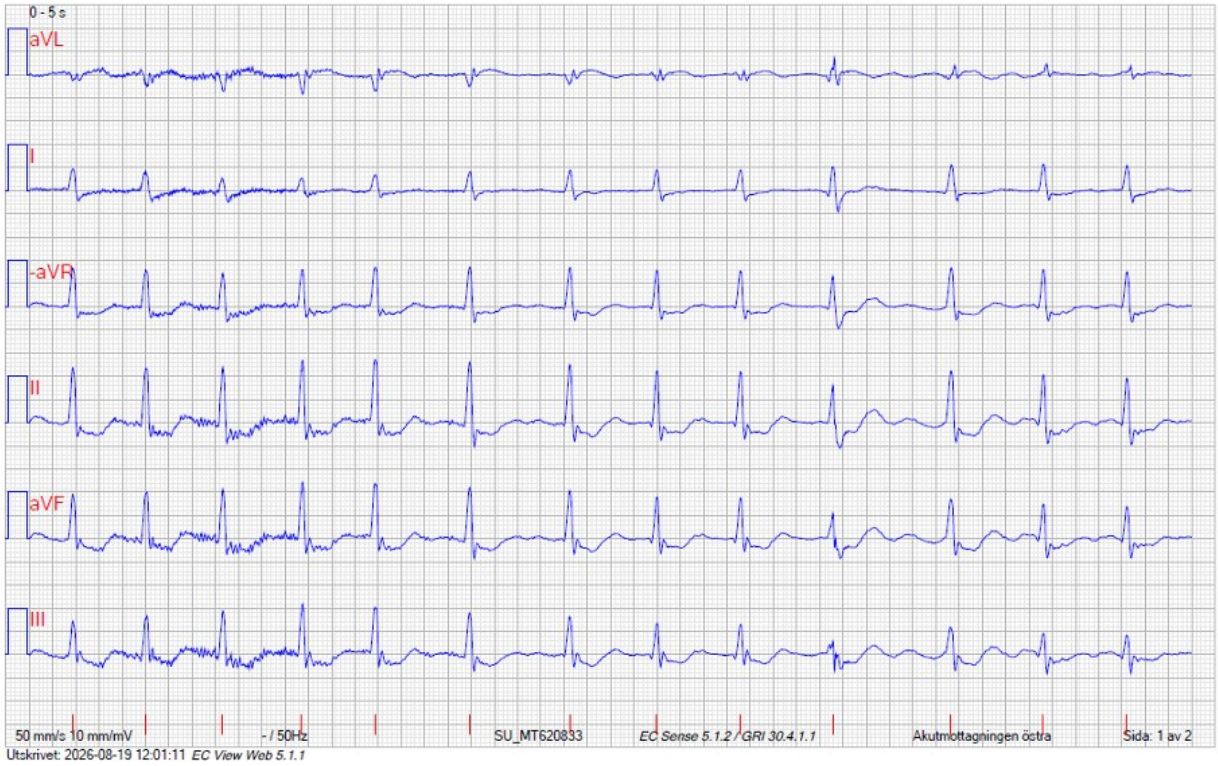
Lungor: Auskulteras u.a.

Mediciner:
T. Acetylsalicylsyra: 75 mg 1x1

T. Atorvastatin: 80 mg 1x1

Nitrolingual: 1 spray vb

EKG:





Fråga 1.1.1.
Beskriv vilka patologiska avvikelser som EKG visar?

Svarsförslag: För maxpoäng (1 poäng) krävs att man nämner A) förmaksflimmer och B) generella ST-sänkningar.

Fall 1, Fråga 1.1.2

Max poäng: 1

En 67-årig kvinna, ursprungligen från Indien, med en känd stabil angina pectoris sedan flera år söker på akuten en söndag när du går medicinjour. Hon har obehagskänsla i bröstet och beskriver ”…att hjärtat rusar”. Hon upplever också att hon lätt blir andfådd. Symtomen debuterade plötsligt för två dygn sedan.

Patienten har förmaksflimmer

Fråga 1.1.2.
Vilken farmakologisk intervention är lämplig?

Svarförslag: AT-läkaren ska kunna identifiera att det är ett förmaksflimmer med hög frekvens som behöver frekvensregleras inneliggande (patienten är påverkad). Betablockad (pat är inte i Killip-klass III eller IV) och digoxin är acceptabelt att svara, samt att flimmer kräver att man sätter in behandling med DOAK. Amiodaron och verapamil är sämre val p.g.a. omslag respektive osäkerhet kring eventuell hjärtsvikt.

Det är acceptabelt att utreda svikt (NT-proBNP) och ischemisk hjärtsjukdom (ischemiövervakning och troponin I (TnI)) men det ger inga extra poäng.

Fall 1, Fråga 1.1.3

Max poäng: 0.5

En 67-årig kvinna, ursprungligen från Indien, med en känd väletablerad stabil angina pectoris sedan flera år söker på akuten en söndag när du går medicinjour. Hon har obehagskänsla i bröstet och beskriver ”att hjärtat rusar”. Symtomen debuterade plötsligt för 2 dygn sedan…

Patienten har ett snabbt förmaksflimmer och du noterar också generella ST-sänkningar (troligen frekvensorsakade). Du lägger in patienten och påbörjar frekvensreglering med antingen digoxin eller betablockad. Eftersom du p.g.a. språkförbistring är lite osäker på debuten påbörjar du behandling med direktverkande orala antikoagulantia (DOAK) för att kunna ha möjlighet till elektiv elkonvertering i framtiden.

Fråga 1.1.3.
Inom vilket tidsfönster är det acceptabelt att elkonvertera utan att behandla med direktverkande orala antikoagulantia (DOAK) först.

Svarsförslag: 24 h, detta har ändrats relativt nyligen och det är viktigt att AT-läkare känner till det nya snävare intervallet.

Fallfråga 1, Fråga 1.1.4

Max poäng: 0.5

En 67-årig kvinna, ursprungligen från Indien, med en känd väletablerad stabil angina pectoris sedan flera år söker på akuten en söndag när du går medicinjour. Hon har obehagskänsla i bröstet och beskriver ”att hjärtat rusar”. Symtomen debuterade plötsligt för 2 dygn sedan… Patienten har ett snabbt förmaksflimmer och du noterar också generella ST-sänkningar (troligen frekvensorsakade). Du lägger in patienten och påbörjar frekvensreglering med antingen digoxin eller betablockad. Eftersom du p.g.a. språkförbistring är lite osäker på debuten påbörjar du behandling med direktverkande orala antikoagulantia (DOAK) för att kunna ha möjlighet till elektiv elkonvertering i framtiden.

Fråga 1.1.4.
Hur länge ska man ha DOAK innan det är lämpligt att elkonvertera?

Svarförslag: minst 3 veckor (skriver man att man kan göra ett transesofagalt hjärtultraljud så är det rätt, men svarar inte på frågan, det är viktigt som läkare att känna till tidsintervallet för när man kan elkonvertera och när risken är hög).

Fall 1, Fråga 1.1.5

Max poäng: 3

En 67-årig kvinna, ursprungligen från Indien, med en känd väletablerad stabil angina pectoris sedan flera år söker på akuten en söndag när du går medicinjour. Hon har obehagskänsla i bröstet och beskriver ”att hjärtat rusar”. Symtomen debuterade plötsligt för 2 dygn sedan…

Patienten har ett snabbt förmaksflimmer och du noterar också generella ST-sänkningar (troligen frekvensorsakade). Du lägger in patienten och påbörjar frekvensreglering med antingen digoxin eller betablockad. Eftersom du p.g.a. språkförbistring är lite osäker på debuten påbörjar du behandling med direktverkande orala antikoagulantia (DOAK) för att kunna ha möjlighet till elektiv elkonvertering i framtiden.

Fråga 1.1.5.
Ska patienten fortsätta med antikoagulantia efter elkonverteringen? Motivera

Svarförslag: CHA_2DS_2-VA (Congestive heart failure 1 poäng, Hypertoni 1 poäng, Age ≥ 75 years 2 poäng, Diabetes 1 poäng, Stroke 2 poäng, Age ≥ 65 years 1 poäng, Vascular disease 1 poäng,). Vid 1 poäng bör behandling övervägas (särskilt hos patienter över 65 år). Vid 2 poäng eller mer, **ska** behandling ges. Patienten har 2 poäng: vaskulär sjukdom och ålder över 65. Att kunna bedöma strokerisk vid förmaksflimmer är grundläggande kunskap för alla läkare eftersom förmaksflimmer är en vanlig folksjukdom. Cirka 300 000 till 500 000 svenskar lever med förmaksflimmer.

Fall 1, Fråga 1.1.6

Max poäng: 2

En 67-årig kvinna, ursprungligen från Indien, med en känd väletablerad stabil angina pectoris sedan flera år söker på akuten en söndag när du går medicinjour. Hon har obehagskänsla i bröstet och beskriver ”att hjärtat rusar”. Symtomen debuterade plötsligt för 2 dygn sedan… Patienten har ett snabbt förmaksflimmer och du noterar också generella ST-sänkningar (troligen frekvensorsakade). Du lägger in patienten och påbörjar frekvensreglering med antingen digoxin eller betablockad. Eftersom du p.g.a. språkförbistring är lite osäker på debuten påbörjar du behandling med direktverkande orala antikoagulantia (DOAK) för att kunna ha möjlighet till elkonvertering elektivt i framtiden.

Efter behandling med digoxin är frekvensen 90 slag per minut. Hon känner sig bättre men är fortfarande trött.

Du beställer ett hjärtultraljud som visar: normal ejektionsfraktion, ingen regionalitet, normalstor vänsterkammare, normala volymer, förstorade förmak, en tät mitralstenos, något ökat tryck i lungkretsloppet (p.g.a. tät mitralstenos).

Fråga 1.1.6.
Förändrar ultraljudet på något sätt den farmakologiska behandlingen av hennes förmaksflimmer? Vad är den mest troliga orsaken till att denna patient drabbats av mitralstenos? Motivera.

Svarförslag: Ja, DOAK måste bytas till warfarin. Det är också lämpligt att sätta in betablockad/öka dosen. Detta för att sänka vilofrekvensen och därmed förlänga diastole då mer blod hinner rinna in i vänster förmak, som fyller sig långsammare på grund av mitralstenosen. Detta kommer att lindra symtomen. Den mest troliga orsaken till mitralstenos är reumatisk feber med tanke på patientens ursprung.

Fall 1, Epilog

Max poäng: 0

Epilog

Du sätter in warfarin istället för DOAK p.g.a. ökad risk för tromboemboliska komplikationer eftersom hon har mitralstenos. Vidare sätter du in eller ökar dosen av betablockad för att sänka vilofrekvensen och därmed minska hennes symtom på andfåddhet och trötthet som sannolikt beror på flimret i kombination med mitralstenos.

(Patienten remitterades vidare för ställningstagande till invasiv åtgärd av mitralstenosen.)

Fall 1, Fråga 1.2.1

Max poäng: 2

Du hinner knappt sätta dig förrän en sjuksköterska kommer och meddelar att en man i cirka 50-års åldern har kommit till akutrummet. Du går in på akutrummet där patienten ligger ensam på en brits. Sjuksköterskan ger dig patientens EKG (se nedan). Blodtrycket är 70/30 mmHg, pulsen är svårpalperad och patienten är kall och blek. Symtomen debuterade plötsligt med hjärtklappning, yrsel och illabefinnande. Ingen bröstsmärta i anamnesen. Ingen feber föreligger.





Fråga 1.2.1.
Tolka EKG

Svarsförslag: En breddökad regelbunden takykardi (0,5 poäng), normal el-axel. frekvens runt 200, inga säkra p-vågor före QRS-komplexet (två av dessa tre ger ytterligare 0,5 poäng). Man måste misstänka en ventrikeltakykardi (1 poäng) vid breddökade komplex och hemodynamisk instabilitet.

Fall 1, Fråga 1.2.2

Max poäng: 1

Du hinner knappt sätta dig förrän en sjuksköterska kommer och meddelar att en man i cirka 50-års åldern har kommit till akutrummet. Du går in på akutrummet där patienten ligger ensam på en brits. Sjuksköterskan ger dig patientens EKG. Blodtrycket är 70/30 mmHg, pulsen är svårpalperad och patienten är kall och blek. Symtomen debuterade plötsligt med hjärtklappning, yrsel och illabefinnande. Ingen bröstsmärta i anamnesen. Ingen feber föreligger.

En bredökad regelbunden takykardi. VT måste misstänkas.

Fråga 1.2.2.

Hur handlägger du patienten med avseende på hans höga hjärtfrekvens?

Svarförslag: Kontakta narkosjour för sövning (0,5 poäng). Patienten ska elkonverteras (0,5 poäng). Att göra esofagus EKG är olämpligt eftersom han är i chock. Amiodaron skulle kunna prövas (ger 0,5 poäng) men är ett sämre val eftersom patienten har lågt tryck och knappt någon puls därför är att endast behandla med amiodaron ett sämre val och ger därmed inte full poäng.

Fall 1, Fråga 1.2.3

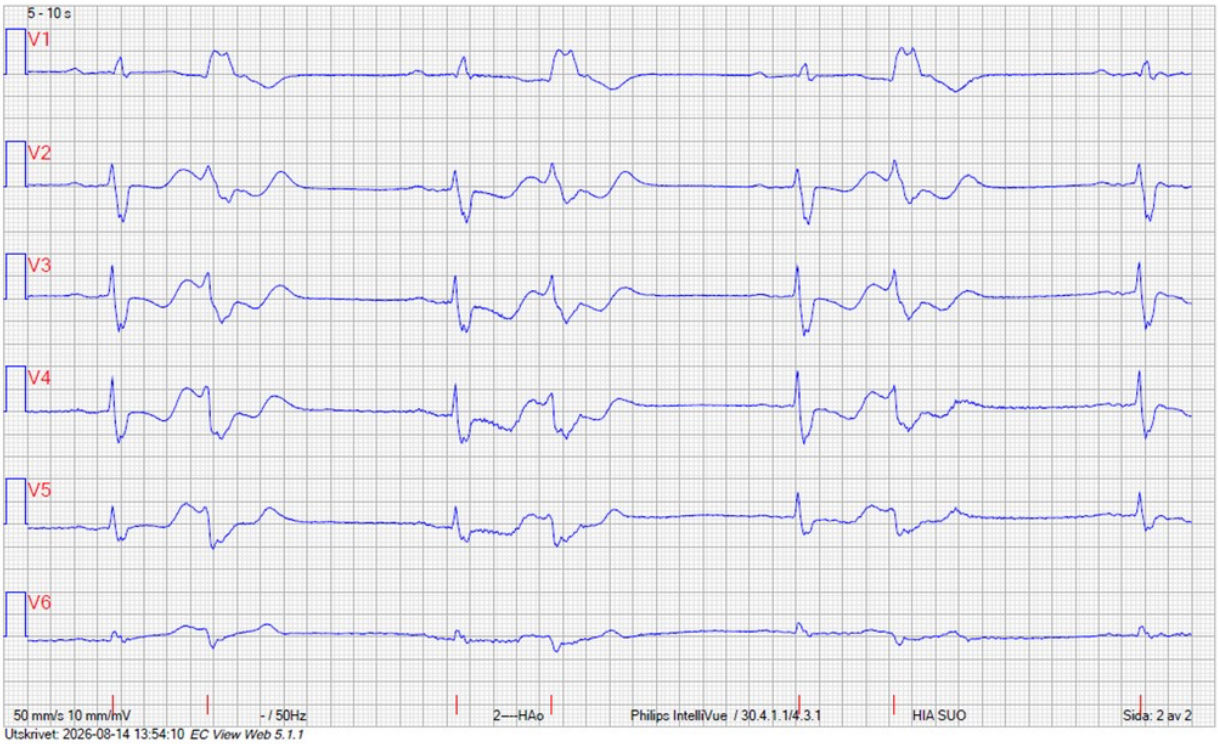
Max poäng: 1

Du hinner knappt sätta dig förrän en sjuksköterska kommer och meddelar att en man i cirka 50 års åldern har kommit till akutrummet. Du går in på akutrummet där patienten ligger ensam på en brits. Sjuksköterskan ger dig patientens EKG... Blodtrycket är 70/30 mmHg, pulsen är svårpalperad och patienten är kall och blek... :

Du ser en breddökad regelbunden takykardi, normal el-axel, frekvens runt 200 slag per min, inga säkra p-vågor före QRS-komplexet. Du tolkar det som en ventrikeltakykardi och väljer att synkroniserat elkonvertera eftersom han är hemodynamiskt instabil.

Efter synkroniserad elkonvertering ser EKG ut så här:





Fråga 1.2.3.
Vad visar EKG och vad är den mest troliga orsaken till att patienten drabbats av en VT baserat på de fynd som finns på detta EKG?

Svarförslag: EKG visar sinusrytm med ventrikulära extraslag (VES) i bigemini (0,5 poäng). (VES, verkar komma från superiora delen av hjärtat från vänster). VES kommer mycket nära T-vågen och ett s.k. R på T tillstånd kan uppkomma där VES triggar en malign ventrikulär

takykardi från ett annat ställe i hjärtat (ett annat fokus för den ventrikulära takykardin, då den ventrikulära takykardin inte såg ut som VES).

Fall 1, Fråga 1.2.4

Max poäng: 1

Du hinner knappt sätta dig förrän en sjuksköterska kommer och meddelar att en man i cirka 50 års åldern har kommit till larmrummet. Sjuksköterskan ger dig patientens EKG, blodtrycket är 70/30 mmHg, pulsen är svårpalperad, patienten är kall och blek. Symtomen debuterade plötsligt med hjärtklappning, yrsel och illabefinnande. Ingen bröstsmärta noteras. Ingen feber föreligger:

Du ser en breddökad regelbunden takykardi, normal el-axel, frekvens runt 200, inga säkra pvågor före QRS-komplexet. Du tolkar det som en ventrikeltakykardi och väljer att synkroniserat elkonvertera eftersom han är hemodynamiskt instabil...

Patienten hade en sustained ventrikeltakykardi (ihållande monomorf ventrikeltakykardi) när han kom in.

Fråga 1.2.4.
Vad är definitionen på en sustained ventrikulär takykardi (ihållande takykardi på svenska) respektive non-sustained ventrikulär takykardi (icke ihållande)?

Svarförslag: En VT som varar mer än 30 sekunder (eller behöver brytas tidigare för att patienten blir hemodynamiskt instabil)

≥3 VES som varar <30 sek och där patienten inte är hemodynamiskt instabil. Det är viktigt att kunna skillnaden mellan sustained och non-sustained VT eftersom både handläggning och prognos skiljer dem åt.

Fall1, Fråga 1.2.5

Max poäng: 1

Du hinner knappt sätta dig förrän en sjuksköterska kommer och meddelar att en man i cirka 50 års åldern har kommit till larmrummet. Sjuksköterskan ger dig patientens EKG, blodtrycket är 70/30 mmHg, pulsen är svårpalperad, patienten är kall och blek. Symtomen debuterade plötsligt med hjärtklappning, yrsel och illabefinnande. Ingen bröstsmärta noteras. Ingen feber föreligger:

Du ser en breddökad regelbunden takykardi, normal el-axel, frekvens runt 200, inga säkra pvågor före QRS-komplexet. Du tolkar det som en ventrikeltakykardi och väljer att synkroniserat elkonvertera eftersom han är hemodynamiskt instabil...

Patienten hade en sustained ventrikeltakykardi (ihållande monomorf ventrikeltakykardi) när han kom in.

Fråga 1.2.5.
Vad är den farmakologiska förstahandsbehandlingen av en non-sustained (icke ihållande) ventrikulär takykardi.

Svarförslag: Betablockad (metoprolol eller bisoprolol, sotalol) amiodaron får anses vara andrahandsbehandling.

Fall 1, Fråga 1.2.6

Max poäng: 1

Du hinner knappt sätta dig förrän en sjuksköterska kommer och meddelar att en man i cirka 50 års åldern har kommit till larmrummet. Sjuksköterskan ger dig patientens EKG, blodtrycket är 70/30 mmHg, pulsen är svårpalperad, patienten är kall och blek. Symtomen debuterade plötsligt med hjärtklappning, yrsel och illabefinnande. Ingen bröstsmärta noteras. Ingen feber föreligger.

Du ser en breddökad regelbunden takykardi, normal el-axel, frekvens runt 200, inga säkra pvågor före QRS-komplexet. Du tolkar det som en ventrikeltakykardi och väljer att synkroniserat elkonvertera eftersom han är hemodynamiskt instabil...

Patienten hade en sustained ventrikeltakykardi (ihållande monomorf ventrikeltakykardi) när han kom in.

Fråga 1.2.6.
Vilket antiarytmiskt läkemedel används vanligen som förstahandsval av en sustained (ihållande) ventrikulär takykardi?

Svarförslag: Amiodaron (prokainamid och lidokain används mer sällan och ger därför inte poäng)

Fall 1, Fråga 1.2.7

Max poäng: 1

Du hinner knappt sätta dig förrän än en sjuksköterska kommer och meddelar att en man i cirka 50 års åldern har kommit till larmrummet. Sjuksköterskan ger dig patientens EKG, blodtrycket är 70/30 mmHg, pulsen är svårpalperad, patienten är kall och blek. Symtomen debuterade plötsligt med hjärtklappning, yrsel och illabefinnande. Ingen bröstsmärta noteras. Ingen feber föreligger:

Du ser en breddökad regelbunden takykardi, normal el-axel, frekvens runt 200, inga säkra pvågor före QRS-komplexet. Du tolkar det som en ventrikeltakykardi och väljer att synkroniserat elkonvertera eftersom han är hemodynamiskt instabil...

Patienten hade en sustained ventrikeltakykardi (ihållande monomorf ventrikeltakykardi) när han kom in.

För denna patient kan man överväga invasiva åtgärder för att skydda honom mot framtida episoder av ventrikeltakykardi. Det finns flera invasiva behandlingsalternativ.

Fråga 1.2.7.
Nämn de två vanligaste invasiva behandlingsstrategierna för att skydda mot en sustained (ihållande) ventrikeltakykardi.

Svarsförslag: Ablation av VES och ventrikeltakykardiområdet (både med kateter och epikardiellt är möjligt) (0,5 poäng), ICD(intracardic defibrillator)-inläggning för att bryta ventrikeltakykardier antingen med antitakykardipacing eller defibrillering (0,5 poäng). (i ovanliga fall kan man också göra sympatikusdenervering varför det skulle ge poäng om någon skriver det).

Fall 1, Epilog
Max poäng: 0

Epilog

Ablation av VES och ventrikeltakykardiområdet (både med kateter och epikardiellt är möjligt) (0,5 poäng), ICD(intracardic defibrillator)-inläggning för att bryta ventrikeltakykardier antingen med antitakykardipacing eller defibrillering (0,5 poäng). (i ovanliga fall kan man också göra sympatikusdenervering varför det skulle ge poäng om någon skriver det).

Fall 1, Fråga 1.3.1
Max poäng: 1

Det är din jourvecka och på sista natten kommer kvinnan som gick hem med warfarin p.g.a. förmaksflimmer och mitralstenos tillbaka. I ambulansrapporten står att hon är halvsidigt förlamad och bara kan säga ”ja” och ”nej”. Det framgår inte vilken sida hon inte kan röra. Enligt medföljande anhöriga debuterade symtomen för två timmar sedan.

Fråga 1.3.1.
Vilken sida är det mest troligt att hon är förlamad på? Motivera.

Svarsförslag: Höger sida är troligast förlamad, eftersom motoriska nervbanor från vänster hjärnhalva korsar över till höger kroppshalva. Om patienten har afasi eller talsvårigheter talar det för en skada i den dominanta hemisfären, vanligen vänster, där Brocas area oftast är lokaliserad.

Fall 1, Fråga 1.3.2
Max poäng: 1

Det är din jourvecka och på sista natten kommer kvinnan som gick hem med warfarin p.g.a. förmaksflimmer och mitralstenos tillbaka. I ambulansrapporten står att hon är halvsidigt förlamad och bara kan säga ”ja” och ”nej”. Det framgår inte vilken sida hon inte kan röra. Enligt medföljande anhöriga debuterade symtomen för två timmar sedan.

Fråga 1.3.2.
Vilka är de två vanligaste diagnoserna som det är viktigt att skilja på i akutskedet hos denna patient?

Svarförslag: Ischemisk stroke och intracerebral blödning

Fall 1, Fråga 1.3.3
Max poäng: 1

Det är din jourvecka och på sista natten kommer kvinnan som gick hem med warfarin p.g.a. förmaksflimmer och mitralstenos tillbaka. I ambulansrapporten står att hon är halvsidigt förlamad och bara kan säga ”ja” och ”nej”. Det framgår inte vilken sida hon inte kan röra. Enligt medföljande anhöriga debuterade symtomen för två timmar sedan.

Fråga 1.3.3.
Vilka är de tre viktigaste utredningsstegen för denna patient för att kunna ge snabb behandling?

Svarförslag: 1) Snabbt göra DT-hjärna för att utesluta intrakraniell blödning. 2) Kontrollera INR för att se att det ligger under 1,7 kontrollera TPK så att det inte ligger under 100 (×10⁹/L) 3) Kontrollera blodtrycket för att se att det ligger under 185/110 mmHg. (1 poäng)

Fall 1, Fråga 1.3.4
Max poäng: 1

Det är din jourvecka och på sista natten kommer kvinnan som gick hem med warfarin p.g.a. förmaksflimmer och mitralstenos tillbaka. I ambulansrapporten står att hon är halvsidigt förlamad och bara kan säga ”ja” och ”nej”. Det framgår inte vilken sida hon inte kan röra. Enligt medföljande anhöriga debuterade symtomen för två timmar sedan...

Efter att ha gjort en DT-hjärna visade det sig att patienten har en ischemisk stroke, inte en hjärnblödning. INR visar sig vara 1,0. Patienten hade inte förstått att hon skulle börja ta warfarin. TPK är 160 × 10⁹/L och blodtrycket 150/95 mmHg.

Fråga 1.3.4.
Vilka akutbehandlingar finns det för en ischemisk stroke och hur påverkar tiden vilka behandlingar som kan ges.

Svarförslag: Trombolys inom 4 tim och inga kontraindikationer för trombolys

Trombektomi inom 24 tim

(Konservativ behandling med ASA och statiner samt sekundärprevention och rehab)

Fall 1, Epilog

Max poäng: 0

Epilog

Patientens DT-hjärna visade ingen blödning, INR och TPK låg bra. Blodtrycket var acceptabelt. Det har gått mindre än 4 timmar och inga kontraindikationer förelåg vad du kände till därför gavs trombolys (normalt INR talade mot att patienten tagit sitt warfarin). Hon återhämtade sig helt från sin halvsidiga förlamning inom loppet av några timmar. Det är nu viktigt att gå igenom att hon har god följsamhet till läkemedel. Trombektomi blev ej aktuellt eftersom hon fick så god återhämtning av trombolys.

Fall 2

Fall 2, Fråga 2.1.1
Max poäng: 1

Du är legitimerad läkare och tjänstgör på psykiatriska akutmottagningen vid ett universitetssjukhus. Christina, 40 år, kommer tillsammans med sin syster. Christina är grekisk medborgare och är försäkrad i Grekland. Familjen hämtade henne till Sverige för två månader sedan, eftersom hon inte längre klarade sig själv hemma. Hon har varken svenskt personnummer eller europeiskt sjukförsäkringskort med sig. Samtalet sker på engelska, som Christina talar väl. För ett och ett halvt år sedan opererades och strålbehandlades hon för en östrogenreceptorpositiv bröstcancer. Sedan dess behandlas hon med T. Tamoxifen 20 mg dagligen och följs upp av en onkolog i Grekland. Fram till för ett halvår sedan arbetade hon heltid som gymnasielärare, bodde själv och skötte hem och ekonomi utan hjälp. Därefter har hon successivt slutat arbeta och dragit sig undan socialt. Hon har inga tidigare psykiatriska kontakter och nekar bruk av alkohol och droger.

Vid inskrivningen påpekar sekreteraren att Christina varken har ett svenskt personnummer eller ett europeiskt sjukförsäkringskort. Hon undrar om Christina ska betraktas som papperslös och om ni över huvud taget får ta emot henne.

Fråga 2.1.1.

Har Christina rätt till psykiatrisk vård i Sverige? Motivera utifrån hennes situation?

Svarsförslag:

Ja, Christina ska tas emot och bedömas nu. (0,5 p)

Regionen är skyldig att erbjuda omedelbar hälso- och sjukvård till den som vistas i regionen utan att vara bosatt där, oavsett medborgarskap, personnummer eller betalningsförmåga. Vården får inte fördröjas av administrativa frågor. Hon är inte papperslös, utan en unionsmedborgare med rätt att vistas här. Som försäkrad i ett annat land inom Europeiska unionen har hon rätt till den vård som bedöms medicinskt nödvändig, det vill säga vård som inte rimligen kan vänta till att hon återvänder till försäkringslandet. Den bedömningen görs av den behandlande läkaren. (0,5 p)

Svar som innebär att vården avvisas eller skjuts upp därför att hon saknar personnummer eller kort ger 0 p.

Fall 2, Fråga 2.1.2
Max poäng: 1
Du är legitimerad läkare på psykiatriska akutmottagningen vid ett universitetssjukhus. Christina, 40 år, är grekisk medborgare och kom till Sverige för två månader sedan eftersom hon inte längre klarade sig själv hemma. Samtalet sker på engelska. För ett och ett halvt år sedan opererades och strålbehandlades hon för en östrogenreceptorpositiv bröstcancer och

behandlas sedan dess med T. Tamoxifen 20 mg dagligen. Hon har inga tidigare psykiatriska kontakter och nekar bruk av alkohol och droger.

Christina har rätt till omedelbar vård och, som försäkrad inom Europeiska unionen, till vård som bedöms medicinskt nödvändig. Betalningsfrågan hanteras parallellt med vården.

Christina berättar att hon under ungefär senaste tre månaderna blivit allt mer rädd för att cancern har kommit tillbaka, och att rädslan tydligt har förvärrats under de senaste sex veckorna. Hon sover bara tre till fyra timmar per natt och vaknar tidigt på morgonen. Hon har gått ner 6 kilo under de här sex veckorna. Hon undersöker sin kropp flera gånger om dagen och söker varje dag information om cancer på internet. Hon säger: ”Jag vet att cancern har kommit tillbaka.”

I psykiskt status är grundstämningen sänkt. Affekterna är ängsliga, men de växlar med samtalets innehåll och går att påverka i kontakten. Hon har inga hallucinationer. Hon nekar till suicidplaner, men säger att det vore skönt att slippa vänta på döden.

Christina beskriver också att ingenting längre engagerar henne, att hon inte känner glädje ens när barnen i familjen hälsar på och att hon saknar kraft att göra det hon tidigare tyckte om. Läkarstudenten som du handleder undrar hur du skiljer hälsoångest (hypokondri) från depression, eftersom båda tillstånden kan ge sömnstörningar och kroppsliga besvär.

Fråga 2.1.2.

Nämn två huvudsakliga skillnader i kärnupplevelsen mellan hälsoångest (hypokondri) och depression.

Svarsförslag:

Vid hälsoångest dominerar rädsla och oro för att ha eller få en allvarlig sjukdom, det vill säga ett framåtriktat hot- och katastroffokus riktat mot kroppen och hälsan. (0,5 p)

Vid depression dominerar ihållande nedstämdhet samt minskat intresse, minskad glädje och minskad energi, ofta med skuld, hopplöshet och livsleda. (0,5 p)

Godtas också: hälsoångest präglas av anticipatorisk ångest och vaksamhet inför ett framtida hot, medan depression präglas av förlust av lust och drivkraft samt en genomgående negativ värdering av sig själv, sin situation och sin framtid. Att enbart räkna upp överlappande symtom, som sömnstörning eller viktnedgång, ger 0 p.

Fall 2, Fråga 2.1.3
Max poäng: 1

Du är legitimerad läkare på psykiatriska akutmottagningen vid ett universitetssjukhus. Christina, 40 år, är grekisk medborgare och kom till Sverige för två månader sedan eftersom hon inte längre klarade sig själv hemma. Samtalet sker på engelska. För ett och ett halvt år sedan opererades och strålbehandlades hon för en östrogenreceptorpositiv bröstcancer och behandlas sedan dess med T. Tamoxifen 20 mg dagligen. Hon har inga tidigare psykiatriska kontakter och nekar bruk av alkohol och droger.

Christina har under ungefär tre månader, med en tydlig förvärring de senaste sex veckorna, blivit allt mer rädd för att cancern har kommit tillbaka. Hon sover dåligt, har gått ner 6 kilo de

senaste sex veckorna, undersöker sin kropp flera gånger om dagen och söker information om cancer varje dag. Hon har därtill sänkt grundstämning, minskat intresse och minskad energi.

Vid hälsoångest dominerar rädslan för sjukdom, vid depression nedstämdhet och förlust av intresse, glädje och energi.

Av de handlingar familjen har med sig framgår att Christina genomgick en onkologisk kontroll i Grekland för fyra månader sedan, med datortomografi av bröstkorg och buk. Undersökningen visade inga tecken på återfall. När du redovisar detta för henne avvisar hon beskedet: ”De har missat det. Sådant syns inte alltid.”

Systern invänder att det är helt normalt att vara rädd för återfall efter en cancerbehandling och att Christina bara reagerar som vem som helst skulle göra.

Fråga 2.1.3.

Ange två viktiga skillnader mellan sjuklig hälsoångest och normal återfallsoro utöver skillnaden i funktions- och livspåverkan.

Svarsförslag:

Två korrekta skillnader med kort tillämpning på Christina ger 0,5 p vardera.

· *Proportionalitet och varaktighet*. Vid hälsoångest är oron ihållande och oproportionerlig i förhållande till det medicinska underlaget. Normal återfallsoro är mer situationsbunden och tidsbegränsad, till exempel inför en planerad kontroll.

· *Vidmakthållande beteenden.* Hälsoångest upprätthålls av kroppsskanning, upprepade kontroller, informationssökande och försäkringssökande.

· *Svar på lugnande besked.* Normal återfallsoro minskar efter ett normalt undersökningsresultat. Vid hälsoångest kvarstår oron, eller återkommer snabbt, och normala fynd ifrågasätts.

Svar som enbart anger att hälsoångest är ”mer oro” (skillnaden i intensitet) ger 0 p.

Fall 2, Fråga 2.1.4
Max poäng: 1.5

Du är legitimerad läkare på psykiatriska akutmottagningen vid ett universitetssjukhus. Christina, 40 år, är grekisk medborgare och kom till Sverige för två månader sedan eftersom hon inte längre klarade sig själv hemma. Samtalet sker på engelska. För ett och ett halvt år sedan opererades och strålbehandlades hon för en östrogenreceptorpositiv bröstcancer och behandlas sedan dess med T. Tamoxifen 20 mg dagligen. Hon har inga tidigare psykiatriska kontakter och nekar bruk av alkohol och droger.

Christinas oro är ihållande, oproportionerlig och vidmakthålls av kontroll- och försäkringssökande beteenden. Den minskar inte av normala undersökningsresultat, och hon avvisar den normala datortomografin med orden ”De har missat det. Sådant syns inte alltid.” Detta skiljer oron från normal återfallsoro.

Christina berättar också att hon på eget initiativ slutade med T. Tamoxifen sedan förra veckan, eftersom tabletten ”förgiftar kroppen inifrån”. Du ringer bakjouren för råd. Bakjouren frågar hur du avgör om Christinas sjukdomsövertygelse ska betraktas som hälsoångest eller något allvarligare.

Fråga 2.1.4.

Ange tre kliniska kännetecken som skiljer hälso- och sjukdomsångest från en somatisk vanföreställning. Beskriv kort hur du bedömer varje kännetecken hos Christina.

Svarsförslag:

Tre korrekta kännetecken med en kort beskrivning av bedömningen ger 0,5 p vardera. Skillnaden är dimensionell: gränsen är glidande snarare än kategorisk.

· *Övertygelsens grad.* Vid hälsoångest finns oftast ett kvarstående tvivel, och patienten kan tillfälligt lugnas av normala undersökningsfynd. Vid vanföreställning är övertygelsen fast. Bedöms genom att pröva hur patienten reagerar när du presenterar motstridig information. Hos Christina kvarstår övertygelsen oförändrad när du redovisar den normala datortomografin.

· *Korrigerbarhet*. Vid vanföreställning omtolkas normala fynd så att övertygelsen bevaras. Bedöms genom att redovisa ett konkret undersökningsresultat och följa patientens resonemang. Christina omtolkar undersökningen: ”De har missat det.”

· *Innehållets rimlighet.* Ett fysiologiskt omöjligt innehåll, exempelvis att organ har ruttnat bort, talar för vanföreställning. Christinas innehåll är i sig medicinskt möjligt, ett återfall i bröstcancer, vilket talar för att det ännu inte är en fullt utvecklad vanföreställning.

· *Utbredning.* En vanföreställning tenderar att omfatta fler livsområden och styra handlingar, medan hälsoångesten oftare är avgränsad till hälsotemat. Christina har på eget initiativ satt ut sin tamoxifen med motiveringen att tabletten förgiftar henne, vilket talar för en tilltagande vanföreställningsmässighet.

· *Distans till den egna oron.* Vid hälsoångest kan patienten ofta själv beskriva oron som överdriven. Christina beskriver den inte som överdriven.

Att enbart svara att hälsoångest är ångest och vanföreställning är psykos ger 0 p.

Fall 2, Fråga 2.1.5
Max poäng: 1

Du är legitimerad läkare på psykiatriska akutmottagningen vid ett universitetssjukhus. Christina, 40 år, är grekisk medborgare och har kommit till Sverige för två månader sedan eftersom hon inte längre klarade sig själv hemma. Samtalet sker på engelska. För ett och ett halvt år sedan opererades och strålbehandlades hon för en östrogenreceptorpositiv bröstcancer och behandlas sedan dess med T. Tamoxifen 20 mg dagligen. Hon har inga tidigare psykiatriska kontakter och nekar bruk av alkohol och droger.

Christina har en ihållande och icke korrigerbar övertygelse om canceråterfall, trots en normal onkologisk kontroll för fyra månader sedan. Hon har därtill sänkt grundstämning, sömnstörning med tidigt uppvaknande, viktnedgång 6 kilo under de senaste sex veckorna, anhedoni,

energilöshet och livsleda. Hon har på eget initiativ satt ut sin tamoxifen eftersom tabletten ”förgiftar kroppen inifrån”.

Bakjouren ber dig nu ta ställning till diagnos.

Fråga 2.1.5.

Ange den mest sannolika psykiatriska primärdiagnosen i detta läge och motivera den.

Svarsförslag:

Primärdiagnos: egentlig depression med psykotiska symtom, svår episod. (0,5 p)

Godtagbar motivering innehåller minst tre av följande: sänkt grundstämning, minskat intresse och glädje, sömnstörning med tidigt uppvaknande, viktnedgång, livsleda, duration över två veckor, samt en sjukdomsövertygelse som inte längre låter sig korrigeras av normala undersökningsfynd. (0,5 p)

Fall 2, Fråga 2.1.6
Max poäng: 1

Du är legitimerad läkare på psykiatriska akutmottagningen vid ett universitetssjukhus. Christina, 40 år, är grekisk medborgare och har kommit till Sverige för två månader sedan eftersom hon inte längre klarade sig själv hemma. Samtalet sker på engelska. För ett och ett halvt år sedan opererades och strålbehandlades hon för en östrogenreceptorpositiv bröstcancer. Christina hade behandlats sedan dess med T. Tamoxifen 20 mg dagligen, men hon har slutat med det sedan en vecka tillbaka. Hon har inga tidigare psykiatriska kontakter och nekar bruk av alkohol och droger.

Den mest sannolika primärdiagnosen är egentlig depression med psykotiska symtom.

Du förklarar din arbetshypotes för Christina och hennes syster. Christina beskriver att hon har haft tidigare depressiva episoder men inte har sökt vård för dem. Systern berättar att Christinas besvär började i samband med att menstruationerna blev oregelbundna samt att hon samtidigt fick uttalade vallningar och sömnstörningar. Systern undrar om ”klimakteriet” kan ha orsakat depressionen, och om det finns något i Christinas historia som gjorde henne särskilt utsatt.

Fråga 2.1.6.

Vilken anamnestisk uppgift är allmänt starkast associerad med ökad risk för egentlig depression under perimenopausen?

Svarsförslag:

Tidigare depressiv episod, det vill säga anamnes på egentlig depression före perimenopausen, är den starkaste anamnestiska riskfaktorn. De flesta kvinnor som får en egentlig depression under perimenopausen har haft en tidigare episod. (1 p)

Vasomotoriska symtom, sömnstörning, tidigare premenstruell dysforisk störning eller depression under graviditet eller postpartum samt psykosocial belastning är associerade med ökad risk, men är svagare prediktorer än en tidigare depressiv episod och ger 0,5 p.

Fall 2, Fråga 2.1.7
Max poäng: 1

Du är legitimerad läkare på psykiatriska akutmottagningen vid ett universitetssjukhus. Christina, 40 år, är grekisk medborgare och har kommit till Sverige för två månader sedan eftersom hon inte längre klarade sig själv hemma. Samtalet sker på engelska. För ett och ett halvt år sedan opererades och strålbehandlades hon för en östrogenreceptorpositiv bröstcancer. Christina hade behandlats sedan dess med T. Tamoxifen 20 mg dagligen, men hon har slutat med det sedan en vecka tillbaka. Hon har inga tidigare psykiatriska kontakter och nekar bruk av alkohol och droger. Den mest sannolika primärdiagnosen är egentlig depression med psykotiska symtom.

Den starkaste anamnestiska riskfaktorn för depression under perimenopausen är en tidigare depressiv episod.

I samråd med bakjouren överväger du att inleda behandling med ett antidepressivt läkemedel redan på akutmottagningen. Christina är tveksam. Hon berättar att hon fick svåra diarréer av ett läkemedel efter operationen och att hon är mycket rädd för biverkningar. Systern undrar om det inte finns ”en tablett som är skonsam för magen”.

Fråga 2.1.7.

Vilken av de selektiva serotoninåterupptagshämmarna (SSRI) är relativt sett <u>mest</u> förknippad med diarré och bör undvikas?

Svarsförslag:

Sertralin. (1 p) Fluvoxamin godtas också som rätt svar.

Referens: Oliva V, et al. Gastrointestinal side effects associated with antidepressant treatments in patients with major depressive disorder: a systematic review and metaanalysis. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2021;109:110266.

Fall 2, Fråga 2.1.8
Max poäng: 1.5

Du är legitimerad läkare på psykiatriska akutmottagningen vid ett universitetssjukhus. Christina, 40 år, är grekisk medborgare och har kommit till Sverige för två månader sedan eftersom hon inte längre klarade sig själv hemma. Samtalet sker på engelska. För ett och ett halvt år sedan opererades och strålbehandlades hon för en östrogenreceptorpositiv bröstcancer och behandlas sedan dess med T. Tamoxifen 20 mg dagligen, men har slutat med det sedan en vecka tillbaka. Hon har inga tidigare psykiatriska kontakter och nekar bruk av alkohol och droger. Den mest sannolika primärdiagnosen är egentlig depression med psykotiska symtom.

Sertralin är den serotoninåterupptagshämmare som relativt sett oftast ger diarré. Du planerar därför ett annat preparat, informerar om biverkningar och inleder med låg dos.

Din kollega föreslår i stället paroxetin, som hon uppfattar som skonsamt för magen. Samtidigt har du talat med en onkologbakjour, som är tydlig med att Christina ska återuppta sin profylaktiska behandling med T. Tamoxifen. Tamoxifen ska alltså fortsätta, och det antidepressiva läkemedlet ska väljas utifrån detta.

Fråga 2.1.8.

Vad talar mot att kombinera paroxetin med tamoxifen? Förklara mekanismen, och ange vilket antidepressivt läkemedel du väljer i stället för paroxetin.

Svarsförslag:

Paroxetin är en potent hämmare av enzymet cytokrom P450 2D6. (0,5 p)

Tamoxifen är en prodrug som via cytokrom P450 2D6 omvandlas till den aktiva metaboliten endoxifen. Hämning av enzymet kan minska bildningen av endoxifen och därmed teoretiskt minska tamoxifens skyddande effekt. (0,5 p)

Du väljer i stället ett antidepressivt läkemedel med liten hämning av cytokrom P450 2D6, exempelvis escitalopram, citalopram, venlafaxin eller mirtazapin. (0,5 p)

Även fluoxetin och bupropion bör undvikas av samma skäl. Att enbart svara att det finns en läkemedelsinteraktion, utan att ange mekanismen eller ett alternativt preparat, ger 0 p.

Fall 2, Fråga 2.1.9
Max poäng: 1.5

Du är legitimerad läkare på psykiatriska akutmottagningen vid ett universitetssjukhus. Christina, 40 år, är grekisk medborgare och har kommit till Sverige för två månader sedan eftersom hon inte längre klarade sig själv hemma. Samtalet sker på engelska. För ett och ett halvt år sedan opererades och strålbehandlades hon för en östrogenreceptorpositiv bröstcancer och behandlas sedan dess med T. Tamoxifen 20 mg dagligen. Hon har inga tidigare psykiatriska kontakter och nekar bruk av alkohol och droger. Din bedömning är att Christina lider av egentlig depression med psykotiska symtom.

Paroxetin undviks på grund av hämning av cytokrom P450 2D6, och escitalopram planeras i stället.

Christina informeras om att hon behöver läggas in och hon samtycker till detta. Vården ges därför enligt hälso- och sjukvårdslagen. Du bedömer att hon i nuläget medverkar till vården och att förutsättningarna för tvångsvård inte är uppfyllda, eftersom hon accepterar inläggning och omvårdnad. Vid inläggningen gör och dokumenterar du en strukturerad suicidriskbedömning med aktuella suicidtankar, tidigare försök, riskfaktorer i tillståndet och skyddande faktorer och tar ställning till tillsynsgrad. Blodprover, inklusive blodstatus, elektrolyter, lever- och tyreoideaprover samt C-reaktivt protein och riktat somatiskt status är normala. Den onkologiska kontrollen i Grekland omfattade datortomografi av bröstkorg och buk, men ingen undersökning av hjärnan. Sjuksköterskan frågar om du ska komplettera utredningen med bilddiagnostik av hjärnan innan ni går vidare.

Fråga 2.1.9.

Ange två uppgifter i Christinas anamnes eller status som motiverar hjärnavbildning, samt vilket fynd du i första hand efterfrågar.

Svarsförslag:

Två korrekta motiveringar ger 1 p. En korrekt motivering ger 0,5 p. Godtagbara motiveringar: känd östrogenreceptorpositiv bröstcancer med risk för metastasering till centrala nervsystemet; förstagångspsykos vid 40 års ålder utan tidigare psykiatrisk anamnes; snabbt progredierande förlopp med uttalad funktionsnedsättning under några månader; att den senaste onkologiska kontrollen inte omfattade hjärnan.

Efterfrågat fynd ger 0,5 p: en eller flera hjärnmetastaser, typiskt med kontrastuppladdande lesioner och omgivande ödem. Leptomeningeal karcinomatos godtas.

Fall 2, Fråga 2.1.10
Max poäng: 1

Du är legitimerad läkare på psykiatriska akutmottagningen vid ett universitetssjukhus. Christina, 40 år, är grekisk medborgare och har kommit till Sverige för två månader sedan eftersom hon inte längre klarade sig själv hemma. Samtalet sker på engelska. För ett och ett halvt år sedan opererades och strålbehandlades hon för en östrogenreceptorpositiv bröstcancer och behandlas sedan dess med T. Tamoxifen 20 mg dagligen. Hon har inga tidigare psykiatriska kontakter och nekar bruk av alkohol och droger. Din bedömning är att Christina lider av egentlig depression med psykotiska symtom. Christina samtycker till inläggning och vårdas enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Magnetkameraundersökning av hjärnan med kontrast visar inga tecken på metastaser eller annan strukturell patologi.

Christina vårdas frivilligt enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL), men på en psykiatrisk heldygnsvårdsavdelning där även patienter vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård. Efter två dagar säger hon att hon vill skriva ut sig och resa till Grekland för att bli ”utredd av riktiga läkare”. Efter samtal stannar hon kvar, men hon avstår från all medicinering och vill inte delta i planeringen. Samma kväll saknas en kniv i avdelningens kök och personalen misstänker starkt att Christina har tagit den och gömt den innanför kläderna. Sjuksköterskan frågar om personalen får genomföra en kroppsvisitation om patienten vårdas frivilligt (enligt HSL).

Fråga 2.1.10.

Vad svarar du sjuksköterskan? Ange om åtgärden är tillåten och motivera rättsligt.

Svarsförslag:

Ja, åtgärden är tillåten. Enligt 23 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) gäller bestämmelserna i 21 § och 23 § för alla som vårdas vid en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten psykiatrisk tvångsvård, alltså även Christina som vårdas frivilligt enligt hälso- och sjukvårdslagen. En kniv är egendom som kan skada henne själv eller någon annan eller vara till men för vården eller ordningen på vårdinrättningen (21 § första stycket 5) och ska

omhändertas om den påträffas. Kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning får därför göras om det är nödvändigt. Chefsöverläkaren beslutar, och om möjligt ska ett vittne närvara (23 §). (1 p)

Om man bara skriver ja eller nej utan motivering får man inga poäng.

Fall 2, Fråga 2.1.11
Max poäng: 1

Du är legitimerad läkare på psykiatriska akutmottagningen vid ett universitetssjukhus. Christina, 40 år, är grekisk medborgare och har kommit till Sverige för två månader sedan eftersom hon inte längre klarade sig själv hemma. Samtalet sker på engelska. För ett och ett halvt år sedan opererades och strålbehandlades hon för en östrogenreceptorpositiv bröstcancer och behandlas sedan dess med T. Tamoxifen 20 mg dagligen. Hon har inga tidigare psykiatriska kontakter och nekar bruk av alkohol och droger. Din bedömning är att Christina lider av egentlig depression med psykotiska symtom.

Christina vårdas frivilligt enligt hälso- och sjukvårdslagen på en avdelning för sluten psykiatrisk tvångsvård, men avstår från all medicinering och vill skriva ut sig.

Reglerna om omhändertagande av egendom samt kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning gäller även patienter som vårdas frivilligt. En ytlig kroppsbesiktning genomförs efter beslut av chefsöverläkaren, med vittne närvarande. Ingen kniv påträffas och kökskniven försvinnande får en annan förklaring.

Överläkaren på avdelningen bedömer att en allvarlig psykisk störning föreligger, att Christina har ett oundgängligt behov av heldygnsvård och att hon till följd av sitt tillstånd inte kan ta ställning till vården. Ni är däremot osäkra på farlighetskriteriet. Christina uppvisar numera inte någon suicidal kommunikation och den kortsiktiga suicidrisken bedöms vara låg. Familjen framhåller att hon inte har betalat hyran på tre månader och att hennes ekonomi rasar.
Familjen menar att allt detta kommer att göra att hon inte längre vill leva i framtiden.

Fråga 2.1.11.

Kan familjens uppgifter användas för att uppfylla farlighetskriteriet? Motivera ditt svar.

Svarsförslag:

Nej. Ekonomiska konsekvenser som obetald hyra, uteblivet arbete eller skulder uppfyller inte i sig farlighetskriteriet, även om de talar för ett vårdbehov. Detsamma gäller närståendes oro och en allmän farhåga inför framtiden. Kriteriet kräver en konkret och närliggande risk för allvarlig skada, som är en följd av den psykiska störningen. Med skada avses inte bara fysisk skada, utan även allvarligt psykiskt lidande. Det som ska dokumenteras är en konkret risk kopplad till tillståndet, inklusive en strukturerad suicidriskbedömning. (1 p) Om man bara skriver ja eller nej utan motivering får man inga poäng.

Fall 2, Fråga 2.1.12
Max poäng: 1.5

Du är legitimerad läkare på psykiatriska akutmottagningen vid ett universitetssjukhus. Christina, 40 år, är grekisk medborgare och har kommit till Sverige för två månader sedan eftersom hon inte längre klarade sig själv hemma. Samtalet sker på engelska. För ett och ett halvt år sedan opererades och strålbehandlades hon för en östrogenreceptorpositiv bröstcancer och behandlas sedan dess med T. Tamoxifen 20 mg dagligen. Hon har inga tidigare psykiatriska kontakter och nekar bruk av alkohol och droger. Din bedömning är att Christina lider av egentlig depression med psykotiska symtom.

Familjens uppgifter om ekonomi och bristande egenomsorg talar för ett vårdbehov, men uppfyller inte farlighetskriteriet. Vid upprepade bedömningar de följande dagarna anses förutsättningarna för konvertering inte uppfyllda, och Christina stannar kvar frivilligt enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Tre dagar senare är Christina påtagligt förändrad. Hon upprepar det sista ordet i dina frågor. När du lyfter hennes arm stannar den kvar i den ställning där du lämnar den. Hon motsätter sig aktivt när personalen försöker hjälpa henne upp, utan att kunna förklara varför. Talet är långsamt men begripligt, mimiken är sparsam och rörelserna är trögare än tidigare. Hon sitter kvar i sängen större delen av dagen och tar emot ett glas vatten om det hålls fram, men dricker bara en klunk. Hon har inte druckit något under det senaste dygnet. Puls 104 slag per minut, blodtryck 105/70 mm Hg, kroppstemperatur 37,4 °C och torra slemhinnor. Christina vårdas fortfarande enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Fråga 2.1.12.

Ange tre fynd i beskrivningen ovan som talar för katatoni utöver psykomotorisk hämning, och benämn varje fynd med korrekt term.

Svarsförslag:

Tre fynd med korrekt term ger 0,5 p vardera.

· Att hon upprepar det sista ordet i frågorna: ekolali.

· Att armen stannar kvar i den ställning som undersökaren lämnar den: katalepsi, alternativt vaxartad rörlighet, flexibilitas cerea.

· Att hon aktivt motsätter sig personalens uppmaningar utan uppenbart syfte: negativism.

Långsamt tal, sparsam mimik, tröga rörelser och att hon ligger till sängs är förenligt med psykomotorisk hämning vid svår depression och är inte katatona tecken i sig. Sådana svar ger 0 p för den delen.

Fall 2, Fråga 2.1.13
Max poäng: 1

Du är legitimerad läkare på psykiatriska akutmottagningen vid ett universitetssjukhus. Christina, 40 år, är grekisk medborgare och har kommit till Sverige för två månader sedan eftersom hon inte längre klarade sig själv hemma. Samtalet sker på engelska. För ett och ett halvt år sedan opererades och strålbehandlades hon för en östrogenreceptorpositiv bröstcancer och behandlas sedan dess med T. Tamoxifen 20 mg dagligen. Hon har inga tidigare psykiatriska

kontakter och nekar bruk av alkohol och droger. Din bedömning är att Christina lider av egentlig depression med psykotiska symtom.

Christina har försämrats påtagligt. Fynden ekolali, katalepsi och negativism talar för katatoni utöver den psykomotoriska hämningen. Hon har inte druckit något under det senaste dygnet, puls 104 slag per minut, blodtryck 105/70 mm Hg och torra slemhinnor.

Med svag röst säger hon: ”Mina inre organ har ruttnat bort. Jag är redan död.” Hon säger också att hon måste resa till Grekland för att begravas där.

Fråga 2.1.13.

Vad kallas den typ av vanföreställning som Christina uttrycker?

Svarsförslag:

Nihilistisk eller stämningskongruent vanföreställning. (1 p).

Förekommer vid *svår depression med psykotiska symtom (*Cotards syndrom).

Fall 2, Fråga 2.1.14
Max poäng: 2

Du är legitimerad läkare på psykiatriska akutmottagningen vid ett universitetssjukhus. Christina, 40 år, är grekisk medborgare och har kommit till Sverige för två månader sedan eftersom hon inte längre klarade sig själv hemma. Samtalet sker på engelska. För ett och ett halvt år sedan opererades och strålbehandlades hon för en östrogenreceptorpositiv bröstcancer och behandlas sedan dess med T. Tamoxifen 20 mg dagligen. Hon har inga tidigare psykiatriska kontakter och nekar bruk av alkohol och droger. Din bedömning är egentlig depression med psykotiska symtom. Hon har försämrats snabbt med katatona fynd, ekolali, katalepsi och negativism.

Christina uppvisar också nihilistiska vanföreställningar.

Hon har inte druckit något under det senaste dygnet. Vården är konverterad till vård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård, eftersom hon har en allvarlig psykisk störning, ett oundgängligt behov av heldygnsvård, vården inte kan ges med hennes samtycke och genom upphävt vätskeintag löper en konkret risk att allvarligt skada sig själv. Hon får vätska intravenöst och somatisk övervakning. Din bakjour vill att du redogör för vilka behandlingsalternativ som finns.

Fråga 2.1.14.

Vilka är de två huvudsakliga behandlingsalternativen vid svår depression med psykotiska symtom? Motivera därefter vilket av alternativen som är mest lämpligt för Christina.

Svarsförslag:

Elektrokonvulsiv behandling (ECT). (0,5 p)

Kombinationsbehandling med ett antidepressivt och ett antipsykotiskt läkemedel. (0,5 p)

För Christina är elektrokonvulsiv behandling mest lämplig. (0,5 p)

Godtagbar motivering innehåller följande: katatona inslag, upphävt födo- och vätskeintag med somatisk risk, psykotiska symtom, behov av snabbt behandlingssvar (0,5 p)

Bedömningsanvisning: de två första delpoängen ges för att korrekt ange de två behandlingsalternativen. Att därefter enbart upprepa svaret elektrokonvulsiv behandling, utan motivering, ger 0,5 p för valet men 0 p för motiveringen.

Fall 2, Fråga 2.1.15
Max poäng: 1

Du är legitimerad läkare på psykiatriska akutmottagningen vid ett universitetssjukhus. Christina, 40 år, är grekisk medborgare och har kommit till Sverige för två månader sedan eftersom hon inte längre klarade sig själv hemma. Samtalet sker på engelska. För ett och ett halvt år sedan opererades och strålbehandlades hon för en östrogenreceptorpositiv bröstcancer och behandlas sedan dess med T. Tamoxifen 20 mg dagligen. Hon har inga tidigare psykiatriska kontakter och nekar bruk av alkohol och droger. Christina vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård med egentlig depression med psykotiska symtom och katatoni.

De två huvudalternativen är elektrokonvulsiv behandling (ECT) och kombinationsbehandling med antidepressivt och antipsykotiskt läkemedel. För Christina väljs ECT på grund av katatoni, somatisk risk och behovet av snabb effekt.

Innan behandlingsserien startar vill du stärka misstanken om katatoni. Du ger därför Christina lorazepam intravenöst som ett diagnostiskt test vid sängkanten, ett så kallat lorazepamtest.

Fråga 2.1.15.

Hur tolkar du ett positivt lorazepamtest och hur utvärderar du effekten?

Svarsförslag:

Tolkning. Ett positivt test innebär att patienten inte blir sederad, utan i stället vaknar till och blir mer kontaktbar, och att katatona symtom som mutism, stelhet, negativism och vaxartad rörlighet snabbt går i regress. Det talar starkt för katatoni och lorazepam kan då också användas som behandling. (0,5 p)

Tid till effekt och utvärdering. Effekt förväntas snabbt, inom cirka 5 till 30 minuter efter en intravenös dos på 1 till 2 mg, och dosen kan upprepas vid partiellt svar. Utvärderingen görs strukturerat före och efter dos, med en klinisk skattning av de katatona fynden, exempelvis Bush Francis Catatonia Rating Scale, samt observation av tal, spontanmotorik, förmåga att sitta upp och förmåga att äta och dricka. Vakenhetsgrad, andning och saturation övervakas. (0,5 p)

Ett negativt test utesluter inte katatoni. Detta krävs inte för poäng, men ska inte anges felaktigt.

FalFall 2, Fråga 2.1.16
Max poäng: 1

Du är legitimerad läkare på psykiatriska akutmottagningen vid ett universitetssjukhus. Christina, 40 år, är grekisk medborgare och har kommit till Sverige för två månader sedan eftersom hon inte längre klarade sig själv hemma. Samtalet sker på engelska. För ett och ett halvt år sedan opererades och strålbehandlades hon för en östrogenreceptorpositiv bröstcancer och behandlas sedan dess med T. Tamoxifen 20 mg dagligen. Hon har inga tidigare psykiatriska kontakter och nekar bruk av alkohol och droger. Christina vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård med egentlig depression med psykotiska symtom och katatoni.

Utvärderingen av lorazepamtestet görs strukturerat före och efter dos, med en klinisk skattning av de katatona fynden, exempelvis Bush Francis Catatonia Rating Scale, samt observation av tal, spontanmotorik, förmåga att sitta upp och förmåga att äta och dricka. Lorazepamtestet är positivt. Christina vaknar till och de katatona symtomen minskar tillfälligt, vilket stärker diagnosen katatoni. Elektrokonvulsiv behandling planeras.

Behandlingen ska ges nästa morgon, och du deltar vid den första behandlingen tillsammans med narkosläkaren. Läkarstudenten frågar vilka läkemedel som ges i samband med behandlingen och varför.

Fråga 2.1.16.

Nämn två läkemedel med olika verkningsmekanismer som narkosläkaren ger vid elektrokonvulsiv behandling, och ange kort syftet med vardera.

Svarsförslag:

Ett kortverkande anestesimedel, exempelvis propofol eller tiopental, som ger sömn under behandlingen. Metohexital och ketamin godtas. 0,5 p)

Ett muskelrelaxerande läkemedel, Celokurin® (suxameton , succinylkolin), som dämpar den motoriska krampen och därmed minskar risken för muskel- och skelettskada. (0,5 p)

Bedömningsanvisning: två preparat ur samma grupp, exempelvis propofol och tiopental, ger endast 0,5 p, eftersom frågan efterfrågar olika verkningsmekanismer. Ett antikolinergikum, exempelvis glykopyrron eller atropin, för att minska sekretion och bradykardi godtas som ett av de två svaren om verkningsmekanism eller syfte anges.

Fall 2, Fråga 2.1.17
Max poäng: 1

Du är legitimerad läkare på psykiatriska akutmottagningen vid ett universitetssjukhus. Christina, 40 år, är grekisk medborgare och har kommit till Sverige för två månader sedan eftersom hon inte längre klarade sig själv hemma. Samtalet sker på engelska. För ett och ett halvt år sedan opererades och strålbehandlades hon för en östrogenreceptorpositiv bröstcancer och

behandlas sedan dess med T. Tamoxifen 20 mg dagligen. Hon har inga tidigare psykiatriska kontakter och nekar bruk av alkohol och droger. Christina vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård på grund av depression med psykotiska och katatona inslag.

Christina får elektrokonvulsiv behandling i narkos, med ett kortverkande anestesimedel (såsom propofol eller tiopental) och suxameton (Celokurin®).

Läkarstudenten frågar hur man gör med antidepressiva läkemedel under en behandlingsserie med elektrokonvulsiv behandling (ECT) och om de rutinmässigt ska sättas ut för att undvika interaktioner.

Fråga 2.1.17.

Ange om antidepressiva läkemedel rutinmässigt ska sättas ut under en serie elektrokonvulsiv behandling (ECT) och motivera kort.

Svarsförslag:

Nej. Antidepressiva läkemedel behöver inte rutinmässigt sättas ut under en serie med elektrokonvulsiv behandling. (0,5 p)

Motivering, minst en av följande ger 0,5 p:

· Samtidig antidepressiv behandling kan i regel fortsätta efter individuell bedömning och kan i vissa fall förstärka behandlingssvaret. Dosen av enstaka preparat kan behöva sänkas, exempelvis venlafaxin i hög dos

· Fortsatt läkemedelsbehandling är en central del av återfallsprofylaxen efter avslutad serie, eftersom risken för återfall annars är hög de första månaderna efter elektrokonvulsiv behandling.

Svar som innebär att antidepressiva läkemedel alltid ska sättas ut inför en serie ger 0 p.

Fall 2, Epilog
Max poäng: 0

Epilog

Christina får sammanlagt tio behandlingar med elektrokonvulsiv behandling, tillsammans med escitalopram. Katatonin hävs helt och stämningsläget normaliseras. De nihilistiska vanföreställningarna försvinner. Efter kontakt med onkologen återupptar hon tamoxifenbehandlingen. Tvångsvården kan avslutas, och hon vårdas därefter frivilligt ytterligare två veckor.

Systern får information om vården först efter att Christina själv har gett sitt samtycke. Vården överförs i samförstånd till en psykiatrisk öppenvårdsmottagning i Thessaloniki, med en skriftlig sammanfattning på engelska. Systern följer med henne hem.

Ett år senare kommer ett vykort till avdelningen. På kortet står bara: ”Jag googlar inte längre. Hälsningar Christina.”

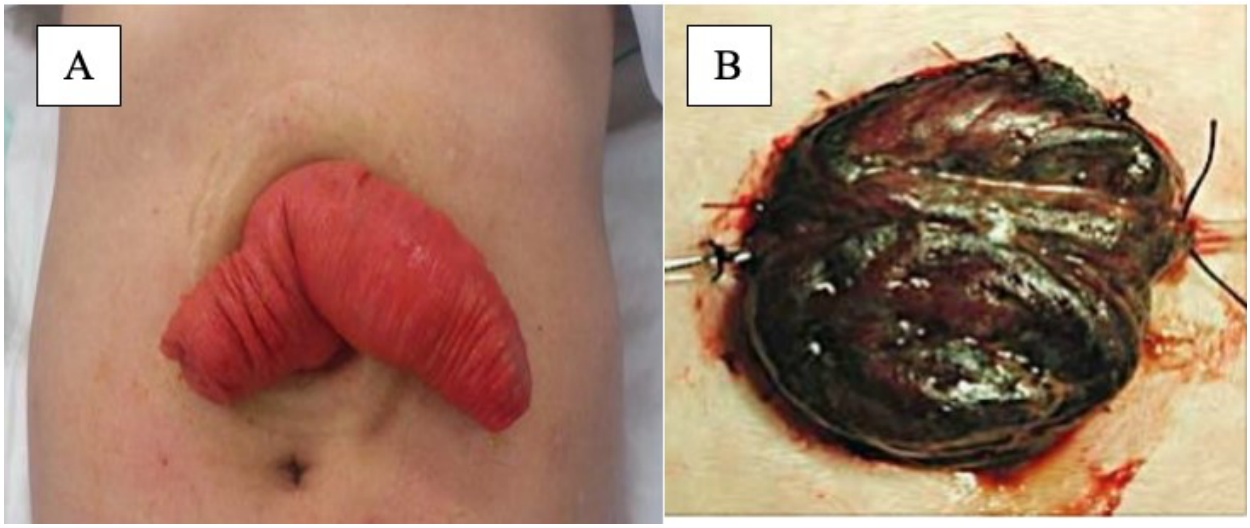
Fall 3

Fallfråga 3, Fråga 3.1 (a)

Max poäng: 1

Du tjänstgör som jourhavande legitimerad läkare vid ett medelstort sjukhus i Sverige. Du träffar en patient på akuten vid namn Johan Björck (JB), 58 år.

JB opererades för en cancer för ett år sedan och har en stomi. Den har dock givit honom en del bekymmer sedan någon månad, varför han nu söker på akuten. Han står helt enkelt inte ut längre. Bandageringen är svår; det läcker, och han kan inte träna.



Fråga 3.1.

a) Vilken bild (A eller B) kan stämma bäst överens med hans problem?

Svarsförslag:

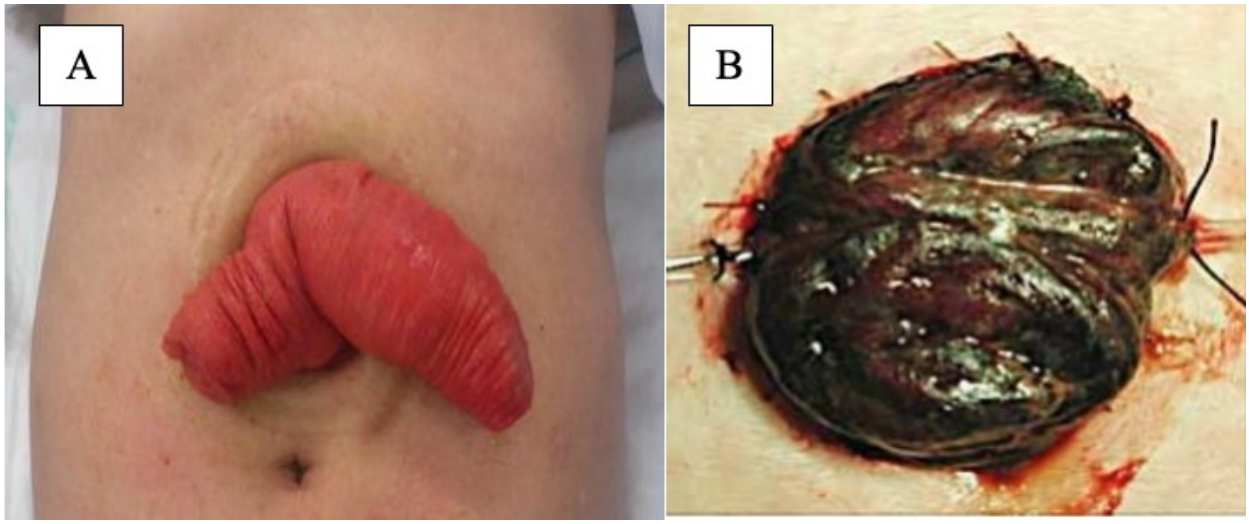
a) A är rätt, då denna stomi har ett längre tidsperspektiv än B, som är en nyligen konstruerad stomi. (1p)

Fall 3, Fråga 3.1 (b)

Max poäng: 1

Du tjänstgör som jourhavande legitimerad läkare vid ett medelstort sjukhus i Sverige. Du träffar en patient på akuten vid namn Johan Björck (JB), 58 år.

JB opererades för en cancer för ett år sedan och har en stomi. Den har dock givit honom en del bekymmer sedan någon månad, varför han nu söker på akuten. Han står helt enkelt inte ut längre. Bandageringen är svår; det läcker, och han kan inte träna.



Fråga 3.1.

b) Vilka är de två patofysiologiska förklaringarna (diagnoserna) till utseendet på de två stomibilderna?

Svarsförslag:

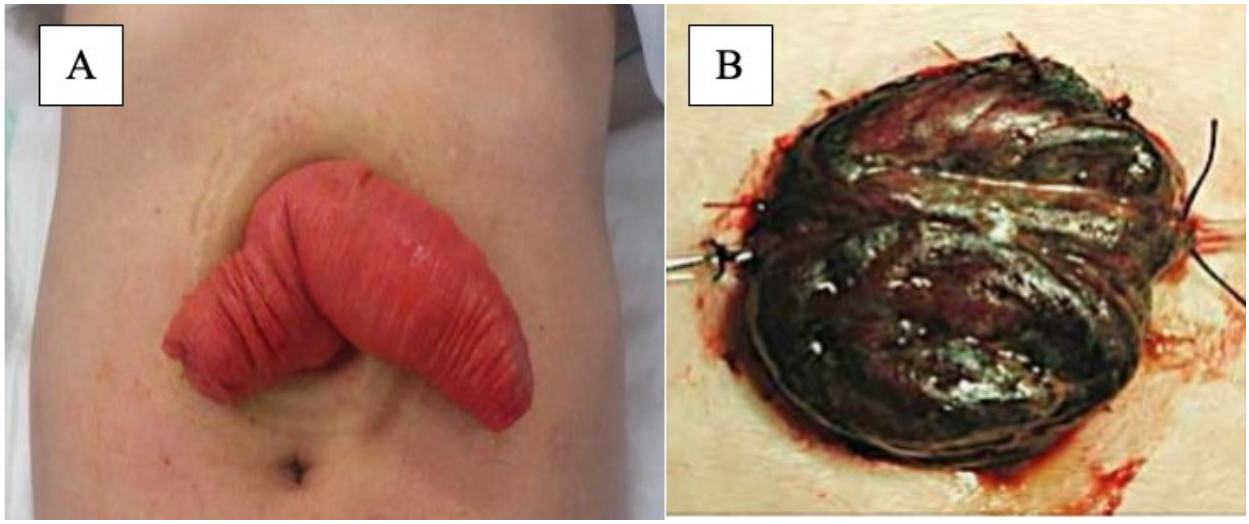
b) prolaps på bild A och ischemi på blid B (1p)

Fall 3, Fråga 3.1 (c)

Max poäng: 2

Du tjänstgör som jourhavande legitimerad läkare vid ett medelstort sjukhus i Sverige. Du träffar en patient på akuten vid namn Johan Björck (JB), 58 år.

JB opererades för en cancer för ett år sedan och har en stomi. Den har dock givit honom en del bekymmer sedan någon månad, varför han nu söker på akuten. Han står helt enkelt inte ut längre. Bandageringen är svår; det läcker, och han kan inte träna.



Fråga 3.1.

c) Förklara kort hur dessa båda tillstånd kan uppstå i A respektive B.

Svarsförslag:

c) Tillståndet i A kan ske antingen pga anatomiska, kirurgiska faktorer eller ökat buktryck.

Hålet kan ursprungligen ha gjorts för stort, bukmusklerna kan ha blivit försvagade. Det ökade buktrycket kan uppstå vid till exempel hosta, viktuppgång eller tungt fysiskt arbete.

Tillståndet i B kan ske, när stomin har dragits upp och kärlförsörjningen (i mesot) har påverkats, antingen av för trång stomiöppning, sträck eller rotation av kärlen till denna del av tarmen. (2p). En eller ett par förslag per tillstånd ger 2p.

Totalt: 4p

Fall 3, Epilog

Max poäng: 0

Epilog

Han uppvisar en bild som i A dvs en kolostomiprolaps, som har ett längre tidsperspektiv än B som uppvisar ischemi, vilket är ett tillstånd som kan förekomma vid en nyligen konstruerad stomi.

Dessa tillstånd som i A kan ske antingen pga anatomiska, kirurgiska faktorer eller ökat buktryck. Hålet kan ursprungligen ha gjorts för stort, bukmusklerna kan ha blivit försvagade. Det ökade buktrycket kan uppstå vid till exempel hosta, viktuppgång eller tungt fysiskt arbete. Tillståndet i B kan ske, när stomin har dragits upp och kärlförsörjningen (i mesot) har påverkats, antingen av för trång stomiöppning, sträck eller rotation av kärlen till denna del av tarmen.

Du gör ett akut försök till reponering på akuten och därefter anmäler honom för reoperation stomirevision av stomiprolaps. Det fanns som tur var tid i operationsprogrammet för åtgärd samma vecka.

Fall 3, Fråga 3.2.1

Max poäng: 2

Du blir därefter uppringd av husjouren/operationsjouren. Hen är upptagen på operation. Om det är lugnt på akuten undrar hen, om du har möjlighet att titta på en patient på IVA. Du är ju intresserad av kirurgi och vill gärna hjälpa till.

Det rör sig om en patient, en man, 72 år. Han inkom med en ileusbild efter en tidigare operation på grund av koloncancer. Han genomgick en explorativ laparotomi för någon vecka sedan. Han är en drabbad man, som POD 5

(postoperativa dag 5) fick SIRS (systemic inflammatory respons syndrome), och då fick tas från avdelningen till IVA.

Fråga 3.2.1.
Nämn vilka 4 parametrar som ingår i bedömningen av SIRS.

Svarsförslag:

Temp, Puls, Andningsfrekvens och LPK.

(2p)

Fall 3, Fråga 3.2.2 (a och b)

Max poäng: 2

Du blir därefter uppringd av husjouren/operationsjouren. Hen är upptagen på operation. Om det är lugnt på akuten undrar hen, om du har möjlighet att titta på en patient på IVA. Du är ju intresserad av kirurgi och vill gärna hjälpa till.

……..
Mannen, 72 år, inkom med en ileusbild efter en tidigare operation på grund av koloncancer. Han genomgick en explorativ laparotomi för någon vecka sedan. Han är en drabbad man, som POD 5 (postoperativa dag 5) fick SIRS (systemic inflammatory respons syndrome), och då fick tas från avdelningen till IVA.

SIRS är en kraftig, allmän inflammation som uppstår när immunsystemet överreagerar på sjukdom eller trauma. De 4 parametrar som ingår i bedömningen av SIRS är kroppstemperatur, puls, andningsfrekvens och LPK.

Efter ytterligare vårddygn på IVA kan patienten dock komma till avdelningen. Han är fortfarande något konfusionell och råkar dra ut både sin CVK (centrala venkateter) och sin KAD (kateter à demeure).

Fråga 3.2.2.

Med tanke på det som nu har hänt; att han har dragit ut både sin a) CVK och b) KAD,

vad behöver du vara uppmärksam på kliniskt, vad gäller patienten symptom och motivera varför.

Svarsförslag:

a) Att se över insticksstället för att utesluta blödning.

Fixering kan lossna, blödning kan uppstå, och en bit av katetern kan också bli kvar i blodkärlet och följa med cirkulationen.

Att patienten övervakas vad gäller vitalparametrar, cirkulation, andning samt cerebral funktion.

Exempelvis kan luftemboli göra, att luft sugs in i kärlet och vandra till hjärta och lungor och därmed orsaka livshotande syrebrist, hjärtstopp och stroke.

b) Patienten kan utveckla hematuri, då kuffen kan ha skadat uretra och då risk för urinretention.

Understrukna ord krävs för full poäng. (2p)

Fall 3, Epilog

Max poäng: 0

Epilog

Det är viktigt, att se över insticksstället för att utesluta blödning. Fixering kan lossna, blödning kan uppstå, och en bit av katetern kan också bli kvar i blodkärlet och följa med cirkulationen.

Att patienten övervakas vad gäller vitalparametrar, cirkulation, andning samt cerebral funktion.

Exempelvis kan luftemboli göra att luft sugs in i kärlet och vandra till hjärta och lungor och därmed orsaka livshotande syrebrist, hjärtstopp och stroke.

b) Patienten kan utveckla hematuri, då kuffen kan ha skadat uretra och då risk för urinretention.

Fall 3, Fråga 3.3.1 (a)

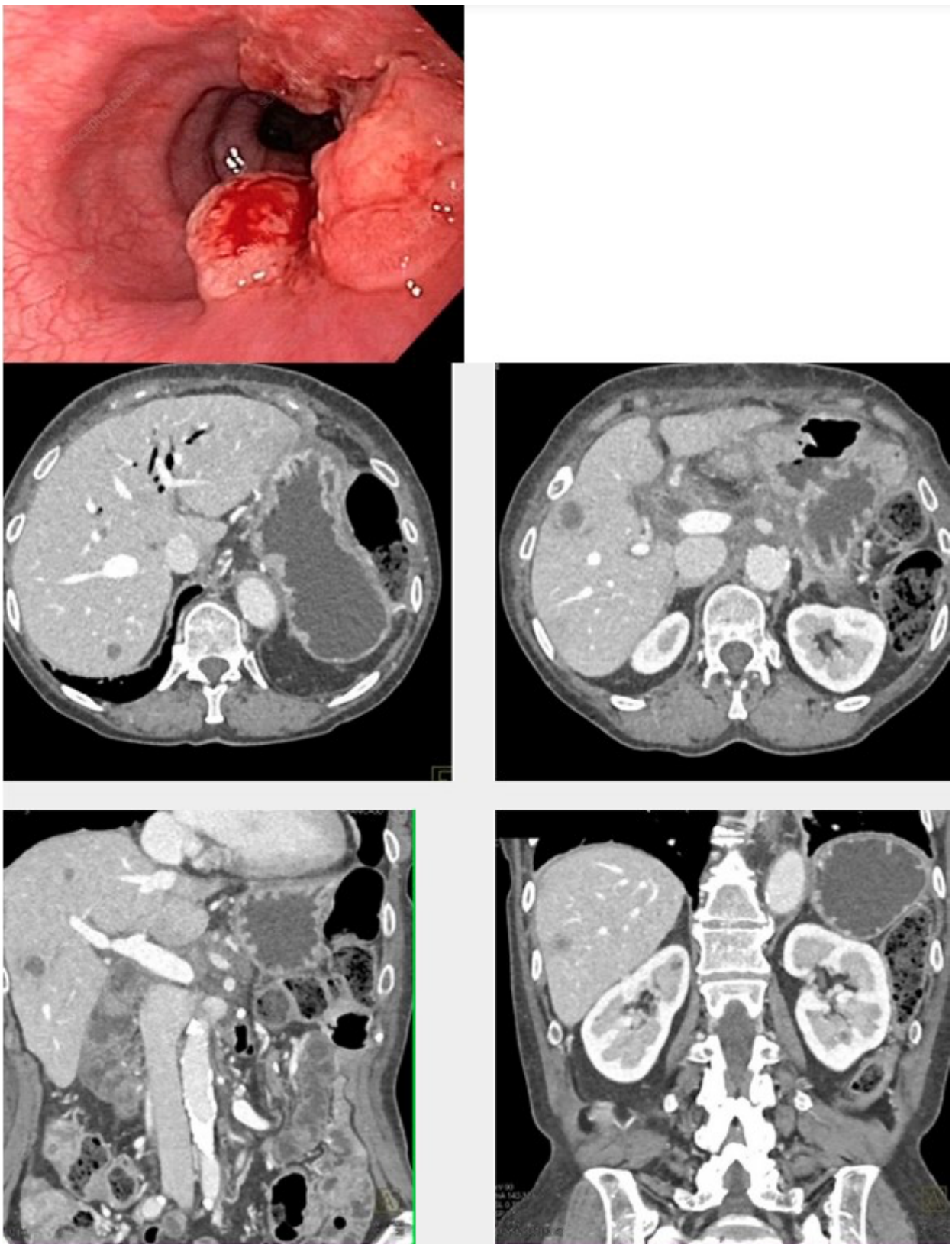
Max poäng: 1

När du ändå skall gå via avdelningen för en kopp kaffe/te blir du såklart tillfrågad om en patient på avdelningen. Du ringer till akuten och du verkar ha tid, då det inte har kommit in så många väntande patienter just nu.

En 83-årig man inkom efter några veckors anamnes på dysfagi. Han klarar nu inte alls att försörja sig per os och får iv vätskesubstitution. Sjuksköterskan är dock orolig för hans nutritionsstatus.

Han har redan gjort en inneliggande akut gastroskopi under dagen samt en CT thorax/buk enligt SVF (Standardiserat Vårdförlopp).

Se bilder nedan:



PAD-svar från distala esofagus lyder; låg differentierat adenocarcinom.

På CT ser man, att tumören inte växer över på något annat organ. Bilden visar heller inga synliga regionala lymfkörtlar men dock flertal levermetastaser.

Fråga 3.3.1

a) Vilken tumörklassificering tror du patienten fick på MDK:n?

Svarsförslag:

a)

cT3N0M1 (c krävs ej för rätt svar c står för klinisk klassificering och ej patologisk=p) (1p)

T=Tumörstorlek och eventuell inväxt i omkringliggande vävnad eller organ

N=mått på regional lymfkörtelspridning

M=fjärrmetastasering till avlägsna organ eller lymfkörtlar

Fall 3, Fråga 3.3.1 (b)

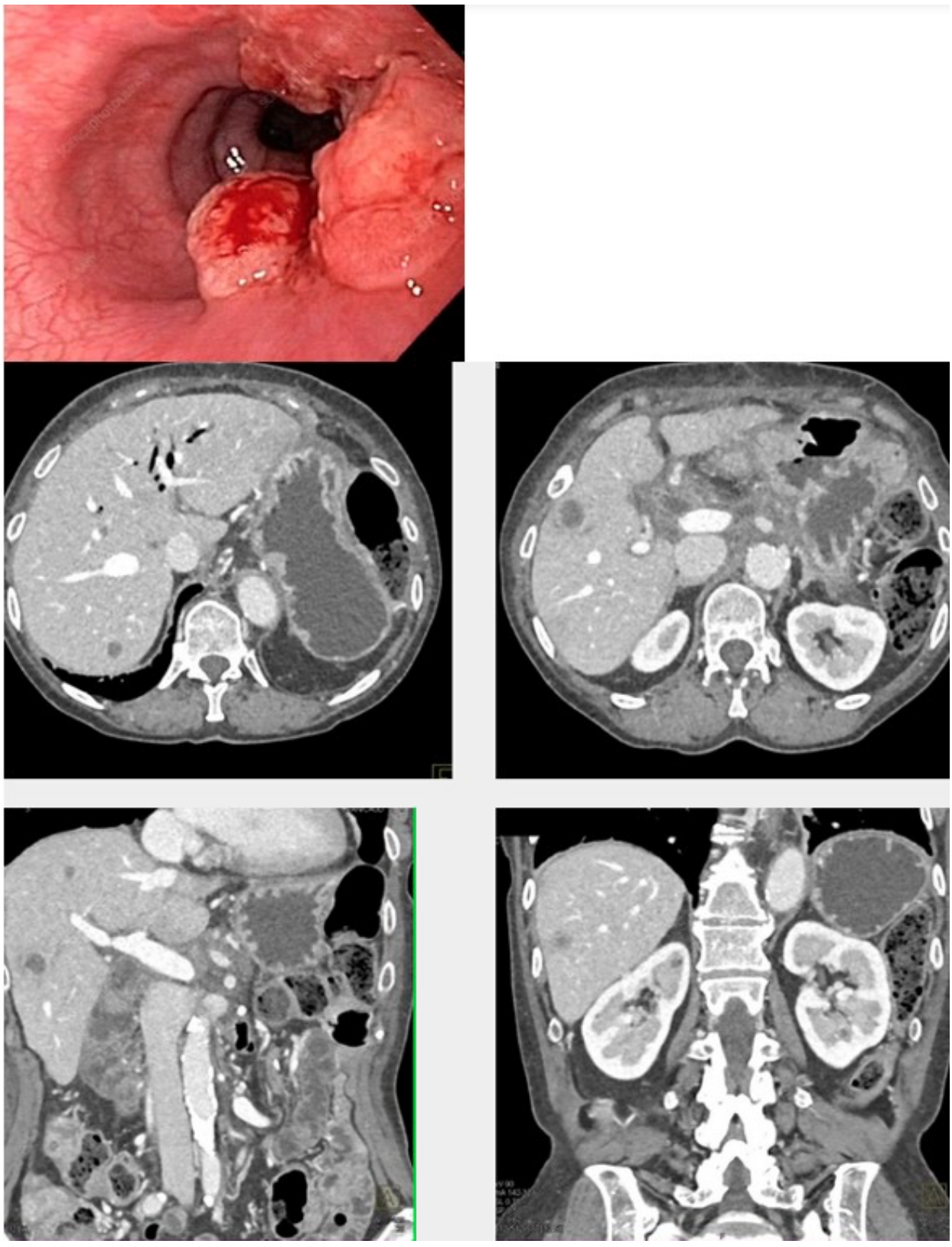
Max poäng: 1

När du ändå är skall gå via avdelningen för en kopp kaffe/te blir du såklart tillfrågad om en patient på avdelningen. Du ringer till akuten och du verkar ha tid, då det inte har kommit in så många väntande patienter just nu.

En 83-årig man inkom efter några veckors anamnes på dysfagi. Han klarar nu inte alls att försörja sig per os och får iv vätskesubstitution. Sjuksköterskan är dock orolig för hans nutritionsstatus.

Han har redan gjort en inneliggande akut gastroskopi under dagen samt en CT thorax/buk enligt SVF (Standardiserat Vårdförlopp).

Se bilder nedan:



PAD-svar från distala esofagus lyder; lågdifferentierat adenocarcinom.

På CT ser man, att tumören inte växer över på något annat organ. Bilden visar heller inga synliga regionala lymfkörtlar men dock flertal levermetastaser.

Fråga 3.3.1

b) Patienten bedöms som performace status (ECOG 3/WHO 3); vad innebär performace status och motivera varför denna bedömning är viktig?

(ECOG =European Cooperative Oncology Group)

Svarsförslag:

b)

Performace status är ett mått på patientens allmäntillstånd, riskprofil och hur den klarar fysisk aktivitet och egenvård.

Detta mått hjälper till att prediktera, hur patienten kommer tolerera aggressiv behandling, såväl medicinsk som kirurgisk samt är en starkt oberoende prognostisk faktor för överlevnad. (1p)

(Performace status ECOG3/WHO3 innebär begränsad egenvård, säng-/stolbunden ≥50% av dygnets vakna timmar). Denna sista förklaring efterfrågas inte och behövs således ej för rätt svar.)

Fall 3, Fråga 3.3.1 (c)

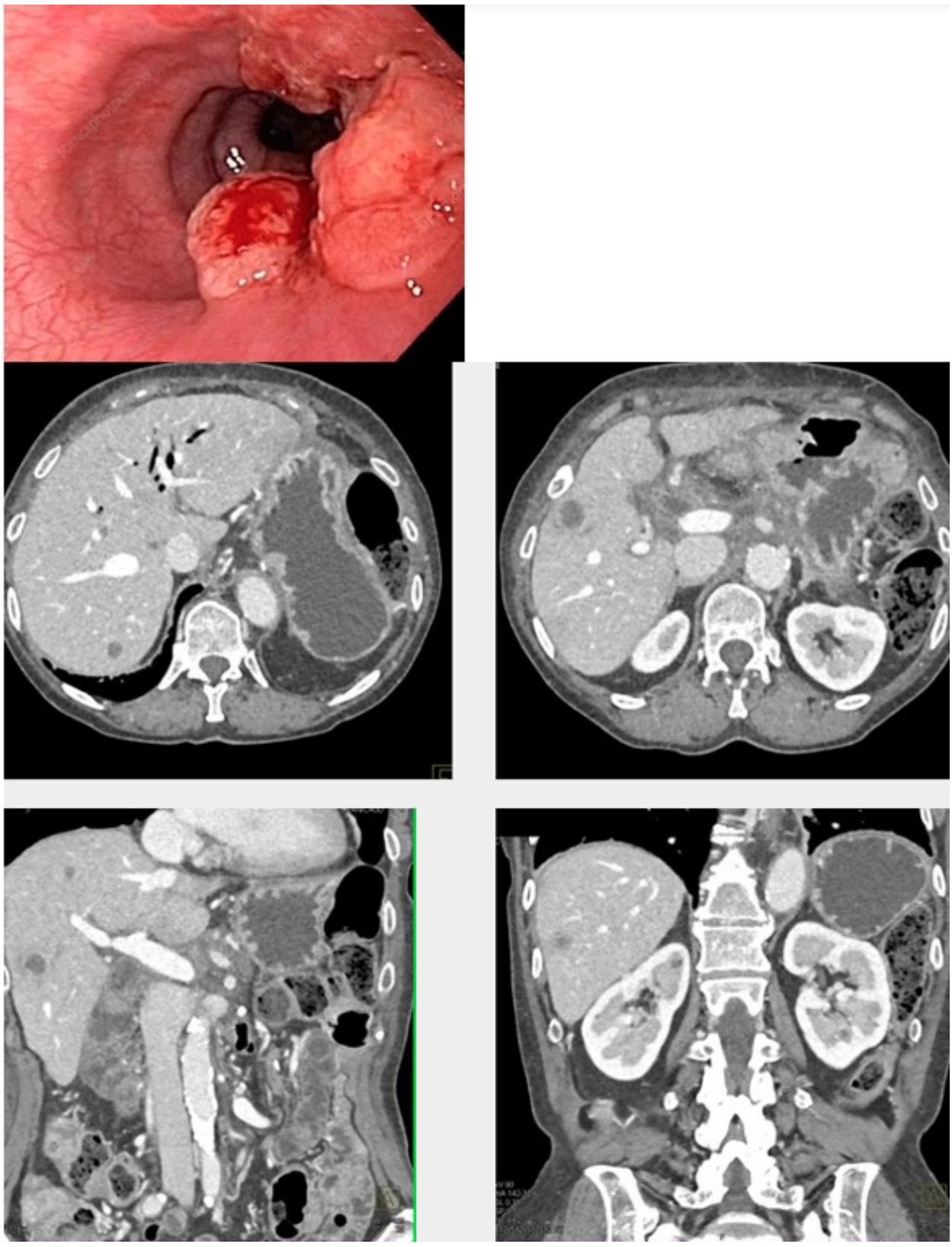
Max poäng: 1

När du ändå är skall gå via avdelningen för en kopp kaffe/te blir du såklart tillfrågad om en patient på avdelningen. Du ringer till akuten och du verkar ha tid, då det inte har kommit in så många väntande patienter just nu.

En 83-årig man inkom efter några veckors anamnes på dysfagi. Han klarar nu inte alls att försörja sig per os och får iv vätskesubstitution. Sjuksköterskan är dock orolig för hans nutritionsstatus.

Han har redan gjort en inneliggande akut gastroskopi under dagen samt en CT thorax/buk enligt SVF (Standardiserat Vårdförlopp).

Se bilder nedan:



PAD-svar från distala esofagus lyder; lågdifferentierat adenocarcinom.

På CT ser man, att tumören inte växer över på något annat organ. Bilden visar heller inga synliga regionala lymfkörtlar men dock flertal levermetastaser.

Fråga 3.3.1

c) På vilka sätt kan vi erbjuda denna patient nutritionsstöd (ge förslag på två alternativ)?

Svarsförslag:

c)

Enteralt nutrionstöd; dietistkontakt med näringsdrycker, nasogastrisk sond, inläggning av esofagusstent eller parenteralt intravenöst nutritionsstöd (PN) (1p)

Totalt 3p

Fallfråga 3 Fråga Epilog

Max poäng: 0

Epilog

PAD-svar från distala esofagus lyder; lågdifferentierat adenocarcinom.

På CT ser man, att tumören inte växer över på något annat organ. Bilden visar heller inga synliga regionala lymfkörtlar men dock flertal levermetastaser.

Tumörklassificering blir således cT3N0M1 (c krävs ej för rätt svar c står för klinisk klassificering och ej patologisk=p)

T=Tumörstorlek och eventuell inväxt i omkringliggande vävnad eller organ

N=mått på regional lymfkörtelspridning

M=fjärrmetastasering till avlägsna organ eller lymfkörtlar

Performace status är ett mått på patientens allmäntillstånd, riskprofil och hur den klarar fysisk aktivitet och egenvård. Detta mått hjälper till att prediktera, hur patienten kommer tolerera aggressiv behandling, såväl medicinsk som kirurgisk samt är en starkt oberoende prognostisk faktor för överlevnad.

(Performace status ECOG3/WHO3 innebär begränsad egenvård, säng-/stolbunden ≥50% av dygnets vakna timmar). Denna sista förklaring efterfrågas inte och behövs således ej för rätt svar.)

Patienten kan erbjudas i detta fall enteralt nutrionstöd exempelvis via dietistkontakt med näringsdrycker, nasogastrisk sond, inläggning av en esofagusstent eller parenteralt intravenöst nutritionsstöd (PN).

Fall 3, Fråga 3.3.2
Max poäng: 1

När du ändå är skall gå via avdelningen för en kopp kaffe/te blir du såklart tillfrågad om en patient på avdelningen. Du ringer till akuten och du verkar ha tid, då det inte har kommit in så många väntande patienter just nu.

En 83-årig man inkom efter några veckors anamnes på dysfagi. Han klarar nu inte alls att försörja sig per os och får iv vätskesubstitution. Sjuksköterskan är dock orolig för hans nutritionsstatus.

Han har redan gjort en inneliggande akut gastroskopi under dagen samt en CT thorax/buk enligt SVF (Standardiserat Vårdförlopp).

Under tiden du funderar över lämpligt nutritionsstöd, kommer en annan sjuksköterska in på expeditionen. Hon beskriver, att patienten i fråga nu börjar stiga i NEWS-poäng (National Early Warning Score).

Hon har därför tagit en blodgas, som visar som bilden nedan.

Du misstänker, efter att du granskat läkemedelslistan, att genesen kan vara att patienten substituerats med iv vätska i alltför hög utsträckning (0,9% NaCl) utan vare sig glukosdropp eller annat nutritionsstöd.

Fråga 3.3.2
Vad visar blodgasen nedan?

pH	= 7,26	(7,35–7,45)
pCO2	= 3,0kPa	(4,6–6,0)
pO2	= 20 kPa	(8–13, om pat är över 50 års ålder)
Laktat	=5 mmol/L	(0,5-2,2)
BE	=-10 mmol/L	(+/- 3)

Svarsförslag:

Metabolisk acidos (1p)

Blodgasen uppvisar en metabolisk acidos. Eftersom metabolisk acidos innebär att pH-värdet är ur balans kräver stor försiktighet vid näringstillförsel och någon form av enteral nutrition är förstahandsval.

Fall 3, Fråga 3.4.1
Max poäng: 2

Din kollega har nu opererat färdigt och blivit uppringd till en annan kirurgavdelning. Du hinner följa med, då du minns när hon kom till akuten och du även då var jour.

Det är en 74 årig kvinna med regelbundet bruk med NSAID på grund av ledvärk. Hon opererades för 3 dagar sedan på grund av ett stort perforerat ulcus i bulbus duodeni. Såret var

ganska svårt att hitta peroperativt, varför man konverterade från laparoskopi till öppen operation med ett medellinjessnitt.

Nu kommer det en hel del vätska i förbandet. Sjuksköterskan på avdelningen har bytt förband flera gånger på bara några timmar.

När ni kommer till patienten efter att ha läst på i journalen, ser ni omedelbart att det är serös vätska som rinner utanför förbandet som är helt mättat.

Fråga 3.4.1.
Vilken är din främsta arbetsdiagnos och vad är den vanligaste åtgärden?

Svarsförslag:

Ruptur av muskelfascian (sårruptur, fasciaruptur eller insufficiens) och åtgärden är reoperation (1+1=2p).

Fall 3, Fråga 3.4.2

Max poäng: 3

74 årig kvinna med regelbundet bruk med NSAID på grund av ledvärk opererades för tre dagar sedan på grund av ett stort perforerat ulcus i bulbus duodeni. Såret var ganska svårt att hitta peroperativt, varför man konverterade från laparoskopi till öppen operation med ett medellinjessnitt.

Nu kommer det en hel del vätska i förbandet. Sjuksköterskan på avdelningen har bytt förband flera gånger på bara några timmar.
När ni kommer till patienten efter att ha läst på i journalen, ser ni omedelbart att det är serös vätska som rinner utanför förbandet som är helt mättat.

Det som hänt är en ruptur av muskelfascian (sårruptur, fasciaruptur eller insufficiens) och åtgärden är reoperation.

Fråga 3.4.2.
Ge tre exempel på vad som kan öka risken för en sådan sårruptur eller insufficiens?

Svarsförslag:

Sårinfektion

Suturinsufficiens i fascian på grund av felaktig suturteknik eller olämpligt förslutnigsmaterial

Mekanisk stress; tidig belastning

Försämrad läkning pga andra sjukdomar såsom diabetes, näringsbrist, hög ålder, rökning med mera

(3p)

Fall 3, Fråga 3.4.3 (a)

Max poäng: 2

74 årig kvinna med regelbundet bruk med NSAID på grund av ledvärk opererades för tre dagar sedan på grund av ett stort perforerat ulcus i bulbus duodeni. Såret var ganska svårt att hitta peroperativt, varför man konverterade från laparoskopi till öppen operation med ett medellinjessnitt.

Nu kommer det en hel del vätska i förbandet. Sjuksköterskan på avdelningen har bytt förband flera gånger på bara några timmar.

När ni kommer till patienten efter ha läst på i journalen, ser ni omedelbart att det är serös vätska som rinner till och med utanför förbandet som är helt mättat.

Det som hänt är en ruptur av muskelfascian (sårruptur, fasciaruptur eller insufficiens) och åtgärden är reoperation.

Kvinnan tas till operation. När agraffer är borttagna ser man, att det finns en defekt i fascian, där suturerna skurit. Kanhända detta skett på grund av infektion eller av patientens samsjuklighet. Hon röker, har ett dåligt näringsstatus vid inkomsten och har diabetes. Man passar på att ta en odling från sårvätskan. Därefter resutureras fascian och huden försluts.

Operationen avslutas som vanligt med WHO:s utcheckningslista. I den ingår bland annat ställningstagande till postoperativ smärtlindring.

Fråga 3.4.3.

a) Varför är det viktigt med postoperativ smärtlindring? Ge fyra exempel.

Svarsförslag:

För att minska påverkan på lungfunktion, minska kardiell påverkan, minska risk för tromboembolism, undvika fördröjd mobilisering, undvika nedsatt GI funktion, minska psykologiska effekter såsom oro, nedstämdhet, rädsla och sämre sömn, kronisk smärta för att ge exempel. (fyra svar=2p)

Fallfråga 3 Fråga 3.4.3 (b)

Max poäng: 1

74 årig kvinna med regelbundet bruk med NSAID på grund av ledvärk opererades för tre dagar sedan på grund av ett stort perforerat ulcus i bulbus duodeni. Såret var

ganska svårt att hitta peroperativt, varför man konverterade från laparoskopi till öppen operation med ett medellinjessnitt.
Nu kommer det en hel del vätska i förbandet. Sjuksköterskan på avdelningen har bytt förband flera gånger på bara några timmar.
När ni kommer till patienten efter ha läst på i journalen, ser ni omedelbart att det är serös vätska som rinner till och med utanför förbandet som är helt mättat.
Det som hänt är en ruptur av muskelfascian (sårruptur, fasciaruptur eller insufficiens) och åtgärden är reoperation.

Kvinnan tas till operation. När agraffer är borttagna ser man, att det finns en defekt i fascian, där suturerna skurit. Kanhända detta skett på grund av infektion eller av patientens samsjuklighet. Hon röker, har ett dåligt näringsstatus vid inkomsten och har diabetes. Man passar på att ta en odling från sårvätskan. Därefter resutureras fascian och huden försluts.

Operationen avslutas som vanligt med WHO:s utcheckningslista. I den ingår bland annat ställningstagande till postoperativ smärtlindring.

Fråga 3.4.3.
b) Hur lång tid efter en primär bukoperation kan en avgränsbar abscess utvecklas?

Svarsförslag:

1-2 veckor (1p)

Epilog

Med hjälp av postoperativ smärtlindring (exempelvis EDA, subkutan injektion eller lång- och snabbverkande per oralt morfinpreparat) minskar risk för kardiopulmonell påverkan, tromboembolism, leder till snabbare mobilisering, förbättrad GI funktion, minskade psykologiska effekter såsom oro, nedstämdhet, rädsla och sämre sömn, och minskad smärtpåverkan.

En avgränsbar abscess kan utvecklas på cirka 1-2 veckor.

Kvinnan i fallet kunde reopereras med fasciasutur och utvecklade inte någon abscess. Hon kunde gå hem en vecka efter reoperationen.

Hon kom på klinisk kontroll efter någon månad. Skrevs ut med eradikering av Helicobacter Pylori och PPI-behandling. Någon re-skopi för läkningskontroll behövs inte, då såret satt i bulben och risken för att detta sår är malignt är oerhört liten.

Fall 4

Fall 4, Fråga 4.1.1
Max poäng: 1

Du är AT-läkare på en vårdcentral i slutet av din AT-tjänst. Till infektionsmottagningen kommer 25-åriga Emma med sin 22 månader gamla son, Noah. Noah har drabbats av sin första förkylning. Han låter mer än normalt när han andas på natten. Emma berättar att hon har svårt att sova eftersom hon är orolig för att gossen ska dö av plötslig spädbarnsdöd.

Fråga 4.1.1.

I Sverige har Socialstyrelsen sex evidensbaserade råd för att minska risken för plötslig spädbarnsdöd. Ange fyra av dessa förebyggande råd mot plötslig spädbarnsdöd.

Svarsförslag:

- Låt spädbarnet sova på rygg.
- Avstå från nikotin.
- Se till att barnets ansikte är fritt, att barnet är lagom varmt och kan röra sig.
- Spädbarn under tre månader sover säkrast i egen säng.
- Amma om det är möjligt.
- Napp kan användas när spädbarnet ska sova.

Fall 4, Fråga 4.1.2
Max poäng: 2

Du är AT-läkare på en vårdcentral i slutet av din AT-tjänst. Till infektionsmottagningen kommer 25-åriga Emma med sin 22 månader gamla son, Noah. Noah har drabbats av sin första förkylning. Han låter mer än normalt när han andas på natten. Emma berättar att hon har svårt att sova eftersom hon är orolig för att gossen ska dö av plötslig spädbarnsdöd.

Du kan lugna Emma med att plötslig spädbarnsdöd är vanligast före sex månaders ålder. Emma har följt de råd hon fått kring att förebygga plötslig spädbarnsdöd, så gossen ammades tills han var 15 månader och han använder napp när han sover. Emma är noga med att undvika att klä gossen för varmt. När han var mindre sov han på rygg i sin spjälsäng, men numera vänder han sig hur han vill när han sover. Det har dock inte gått att få Noahs pappa att sluta röka.

Noah sitter under hela samtalet helt tyst och stilla i sin mammas knä. När du ser honom börjar du fundera på om han är sen i sin utveckling. Du bokar därför in ett planerat besök på vårdcentralen någon vecka senare.

Mamma berättar att familjen har flyttat många gånger eftersom Noahs pappa har haft många vikariat som taxichaufför i olika städer. De har missat att kontakta barnhälsovården efter den sista flytten till den nya kommunen.

Emma berättar att han föddes i vecka 39+5 vaginalt på sjukhus. Noah hade Apgarpoäng 9, 10, 10. Noah har troligen missat en del av kontrollerna inom barnhälsovården. Mamma är dock säker på att Noah har fått alla vaccinationer enligt det allmänna barnvaccinationsprogrammet fram till idag. Hon har med sig gossens hälsobok där alla vaccinationerna står noterade.

Fråga 4.1.2.

I det svenska allmänna kostnadsfria vaccinationsprogrammet för barn upp till 18 månaders ålder ingår vacciner mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio samt mässling, påssjuka och röda hund. Utöver dessa ingår ytterligare fyra vacciner i programmet. Vilka är dessa?

Svarsförslag:

Rotavirus, hepatit B, pneumokocker, hemofilus influensa typ b

---

Fall 4, Fråga 4.1.3
Max poäng: 2

Du är AT-läkare på en vårdcentral i slutet av din AT-tjänst. Till infektionsmottagningen kommer 25-åriga Emma med sin 22 månader gamla son, Noah. Noah har drabbats av sin första förkylning. Han låter mer än normalt när han andas på natten. Emma berättar att hon har svårt att sova eftersom hon är orolig för att gossen ska dö av plötslig spädbarnsdöd.

Familjen har flyttat många gånger. Du har bokat in ett extra besök på vårdcentralen eftersom du är orolig över att Noah verkar vara sen i sin utveckling. Han föddes i vecka 39+5 vaginalt. Noah hade Apgarpoäng 9, 10, 10.

Noah har fått alla vaccinationer som ges enligt det allmänna vaccinationsprogrammet mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio samt mässling, påssjuka och röda hund samt rotavirus, hepatit B, pneumokocker, haemophilus influensa typ b.

Noah sitter under hela konsultationen i mammas knä. Mamma berättar att han inte kan gå själv utmed låga möbler eller om föräldrarna håller hans händer. På sista tiden har han dock börjat resa sig upp själv i spjälsängen.

Gossen säger: mamma, titta och nej, men inget mer.

Mamma har inte tänkt på att gossen är sen i sin utveckling. De träffar aldrig några jämnåriga barn.

Hon är mest bekymrad över att Noah äter så dåligt. Ni mäter Noahs längd och vikt och prickar in värdena på tillväxtkurvan. Gossen, som tidigare vuxit enligt sitt arv på 0 SD, har det sista året börjat tappa i vikt och det sista halvåret även i längd. Han ligger nu på –1 SD på längd, – 2 SD på både vikt och Iso-BMI.

Du frågar, och mamma berättar att gossen har tagit fenylketonuri (PKU)-prov, som var normalt.

Fråga 4.1.3.

Vad är syftet med att analysera fenylketonuri (PKU)-prov? Motivera ditt svar.

Svarsförslag:
Syftet med att analysera fenylketonuri (PKU)-provet är att tidigt upptäcka medfödda, allvarliga och behandlingsbara metabola sjukdomar, däribland fenylketonuri. Den tidiga upptäckten gör det möjligt att snabbt starta behandling och därmed förebygga svåra komplikationer såsom utvecklingsstörning, neurologiska skador och andra långsiktiga följder.

Fall 4, Fråga 4.1.4
Max poäng: 2

Du är AT-läkare på en vårdcentral i slutet av din AT-tjänst. Till infektionsmottagningen kommer 25-åriga Emma med sin 22 månader gamla son, Noah. Noah har drabbats av sin första förkylning. Han låter mer än normalt när han andas på natten. Emma berättar att hon har svårt att sova eftersom hon är orolig för att gossen ska dö av plötslig spädbarnsdöd.

Familjen har flyttat många gånger. Du har bokat in ett extra besök på vårdcentralen eftersom du är orolig över att Noah verkar vara sen i sin utveckling. Han föddes i vecka 39+5 vaginalt. Noah hade Apgarpoäng 9, 10, 10.

Noah har tagit fenylketonuri, PKU-provet. Syftet med PKU-provet är att tidigt hitta behandlingsbara medfödda metabola sjukdomar, inklusive fenylketonuri, för att snabbt kunna starta behandling och förhindra neurologiska skador och utvecklingsstörningar.

Du känner dig fortfarande bekymrad för gossen. Du frågar mamman hur det är hemma. Hon berättar att hon har varit sambo i 3 år. Hur är förhållandet, frågar du? Ganska bra, sambon tar dock inte del i skötseln av barnet. Hon förnekar bestämt att hon blir slagen. Det har aldrig hänt. Hennes sambo har till och med svårt att slå döda flugor om de får in några i lägenheten. Emma förnekar bestämt att hon har blivit våldtagen.

Emma och sonen är mest hemma. Familjen har flyttat många gånger, så hon har inte några vänner på den nya orten. Det har varit svårt att hålla kontakt med vänner och familj eftersom sambon inte har ordnat med internetuppkoppling i lägenheten. Hennes föräldrar träffar de sällan eftersom de bor 30 mil bort. Maken jobbar oregelbundet som taxichaufför. Han är så rädd att det ska hända henne och sonen något, så de får inte gå utanför dörren själva mer än när de ska till vårdcentralen eller ICA.

Emma hade svårt i skolan eftersom hon hade dyslexi. Hon var dessutom mobbad och klarade inte av att gå klart högstadiet. I stället var hon hemmasittare. Hon har därför svårt att få arbete, så hon får pengar av sambon varje gång hon behöver gå till ICA för att handla. Emma förnekar att hon eller sambon använder droger eller alkohol. Sambon röker dock cigaretter. Hennes pappa drack dock för mycket ibland och slog i samband med detta hennes mamma.
Detta påverkade henne mycket under uppväxten. Hon ville aldrig ta med några kompisar hem efter skolan.

Fråga 4.1.4.

Din konsultationstid börjar närma sig slutet. Vad är din viktigaste åtgärd nu? Skriv ner en åtgärd och motivera varför. Du får fråga din handledare, men om du bara skriver detta som svar får du inga poäng.

Svarsförslag:
Det viktiga är att du ser till att mamman och gossen får hjälp. De är utsatta för psykisk misshandel i en nära relation. Du bör skriva en anmälan om misstanke om psykiskt våld i nära relation.

Att konsultera barnskyddsteamet eller en liknande funktion i din region kan vara ett alternativ för att få stöd i hur du ska gå tillväga praktiskt i ditt område.

Fall 4, Fråga 4.1.5
Max poäng: 1

Du är AT-läkare på en vårdcentral i slutet av din AT-tjänst. Till infektionsmottagningen kommer 25-åriga Emma med sin 22 månader gamla son, Noah. Noah har drabbats av sin första förkylning. Han låter mer än normalt när han andas på natten. Emma berättar att hon har svårt att sova eftersom hon är orolig för att gossen ska dö av plötslig spädbarnsdöd.

Emma kommer till vårdcentralen med sin 22 månader gamle son Noah. Familjen har flyttat många gånger. Du har bokat in ett extra besök på vårdcentralen eftersom du är orolig över att Noah verkar vara sen i sin utveckling.

Du får stöttning av din handledare och pratar med Emma om att du upplever att hon är utsatt för psykisk misshandel i en nära relation. Hon inser nu detta själv, även om hon inte har tänkt på det tidigare. Du skriver en anmälan om oro för barn.

Fråga 4.1.5.
Vad är det för regler som gäller kring tystnadsplikt när du skriver en anmälan om oro för barn?

Svarsförslag:
Du som är anmälningsskyldig har också så kallad sekretessbrytande uppgiftsskyldighet. Det betyder att du är skyldig att lämna alla uppgifter som kan vara av betydelse i utredningen av ett barns behov av skydd och stöd.

Fall 4, Fråga 4.1.6

Max poäng: 1

Du är AT-läkare på en vårdcentral i slutet av din AT-tjänst. Till infektionsmottagningen kommer 25-åriga Emma med sin 22 månader gamla son, Noah. Noah har drabbats av sin första förkylning. Han låter mer än normalt när han andas på natten. Emma berättar att hon har svårt att sova eftersom hon är orolig för att gossen ska dö av plötslig spädbarnsdöd.

Emma kommer till vårdcentralen med sin 22 månader gamle son Noah. Familjen har flyttat många gånger. Du har bokat in ett extra besök på vårdcentralen eftersom du är orolig över att Noah verkar vara sen i sin utveckling.

Du pratar med Emma om att du upplever att hon är utsatt för psykisk misshandel i en nära relation. Hon inser nu detta själv, även om hon inte har tänkt på det tidigare. Du skriver en anmälan om oro för barn.

Fråga 4.1.6.
Vart ska du skicka den skriftliga anmälan om oro för barn?

Svarsförslag:
Anmälan om oro enligt 19 kap. 1 § Socialtjänstlagen skickas till socialtjänsten i den kommun där barnet är skrivet.

Att skicka den till Socialstyrelsen är fel svar.

Fallfråga 4, Epilog
Max poäng: 0

Epilog

Emma är tacksam över att socialtjänsten i kommunen ordnar så att hon och Noah kan flytta till ett skyddat boende på en annan ort samt att hon får skyddade personuppgifter.

Emma börjar läsa in högstadiet. Hon får så småningom ett jobb.

Noah undersöks senare på barnmottagningen på ett sjukhus på den nya orten, utan att de hittar någon bakomliggande sjukdom. Han börjar senare på förskolan.

Noah utvecklas snabbt efter att han och mamman får ett eget boende. Vid 3-årskontrollen ligger han i fas motoriskt och språkligt med jämnåriga barn. Han tar ikapp även i tillväxten och ligger vid 3-årskontrollen på 0 SD på både vikt och längd.

Kontakt tas även med polisen. Emmas sambo åtalas och döms till 9 månaders fängelse för grov kvinnofridskränkning.

Den 1 juli 2026 trädde en lagändring i kraft som påverkar bland annat brottet grov kvinnofridskränkning. Den viktigaste förändringen är att det nya brottet psykiskt våld införs i brottsbalken. Psykiskt våld kan nu utgöra en del av en grov kvinnofridskränkning på samma sätt som vissa andra brottsliga handlingar.

Det nya brottet omfattar upprepade kränkningar, exempelvis:

- beskyllningar,

- nedsättande uttalanden,
- förödmjukande beteenden,
- otillbörliga hot, otillbörligt tvång,
- otillbörlig övervakning eller kontroll.
-

För straffansvar krävs att handlingarna sammantaget har varit ägnade att allvarligt skada den utsattas självkänsla.

Fall 4, Fråga 4.2.1
Max poäng: 0.5

Du tjänstgör som läkare på en vårdcentral i en medelstor stad i Skåne. Dagens första patient är 88-årige David Johansson. Han söker för trötthet och yrsel. Innan du hämtar in David till ditt mottagningsrum, läser du snabbt igenom hans journal. David har varit på upprepade besök på vårdcentralen de senaste månaderna, men ni har inte träffats tidigare. I journalen framkommer att han har varit frisk fram till att han fick en lindrig stroke för 10 år sedan. Sedan dess tar han clopidogrel 75 mg x1, simvastatin 20 mg till natten och amlodipin, som nyligen höjdes till 10 mg x1 eftersom blodtrycket har stigit.

David kommer i sällskap med en man från hemtjänsten, som har ordnat besöket och hjälper honom med anamnesen. Den tidigare dagliga hjälpen vid lunchtid har inte räckt till den senaste tiden, utan man har behövt öka antalet besök. Davids barn bor i Malmö, cirka 10 mil från honom. De är oroliga eftersom deras pappa inte är sig lik sedan några veckor tillbaka. Han har blivit orolig och misstänksam, har sämre aptit och somnar ibland under middagen.

Ibland suger det i magen, och då tar David 20 mg omeprazol vid behov. För snart två månader sedan fick han smärta, stickningar och lite senare utslag i pannan, men inga problem med ögonen. Det var bältros, och när han sökte var det för sent att behandla själva infektionen. En intensiv, brännande smärta kvarstod efter att utslagen hade läkt. Eftersom alvedon inte hjälpte, fick han tramadol 50 mg x 2 för en månad sedan. När inte det räckte, fick han också gabapentin 600 mg x 3 (FASS-text: I kliniska prövningar var det effektiva dosintervallet 900–3600 mg/dag. Behandling kan inledas med dostitrering, med 300 mg 3 gånger om dagen. För äldre patienter kan dosen behöva justeras). Det senaste besöket var hos din kollega för två veckor sedan, när David sökte vård eftersom han kände sig missmodig och nedstämd. Då fick han humörhöjande behandling med sertralin 50 mg x 1.

Fråga 4.2.1.
Vilken är den mest troliga orsaken till Davids symtom de senaste två veckorna?

Svarsförslag:

Multifarmaci

Fall 4, Fråga 4.2.2
Max poäng: 0.5

Du tjänstgör som läkare på en vårdcentral i en medelstor stad i Skåne. Dagens första patient är 88-årige David Johansson. Han söker för trötthet och yrsel. Innan du hämtar in David till ditt mottagningsrum, läser du snabbt igenom hans journal. David har varit på upprepade besök på

vårdcentralen de senaste månaderna, men ni har inte träffats tidigare. I journalen framkommer att han har varit frisk fram till att han fick en lindrig stroke för 10 år sedan. Sedan dess tar han clopidogrel 75 mg x1, simvastatin 20 mg till natten och amlodipin, som nyligen höjdes till 10 mg x1 eftersom blodtrycket har stigit.

……

Ibland suger det i magen, och då tar David 20 mg omeprazol vid behov. För snart två månader sedan fick han smärta, stickningar och lite senare utslag i pannan, men inga problem med ögonen. Det var bältros, och när han sökte var det för sent att behandla själva infektionen. En intensiv, brännande smärta kvarstod efter att utslagen hade läkt. Eftersom alvedon inte hjälpte, fick han tramadol 50 mg x 2 för en månad sedan. När inte det räckte, fick han också gabapentin 600 mg x 3 (FASS-text: I kliniska prövningar var det effektiva dosintervallet 900–3600 mg/dag. Behandling kan inledas med dostitrering, med 300 mg 3 gånger om dagen. För äldre patienter kan dosen behöva justeras). Det senaste besöket var hos din kollega för två veckor sedan, när David sökte vård eftersom han kände sig missmodig och nedstämd. Då fick han humörhöjande behandling med sertralin 50 mg x 1.

Fråga 4.2.2.

Nämn ytterligare två differentialdiagnoser.

Svarsförslag:

- Konfusion
- Demens
- Depression
- Subduralhematom

Fall 4, Fråga 4.2.3
Max poäng: 1

Du tjänstgör som läkare på en vårdcentral i en medelstor stad i Skåne. Dagens första patient är 88-årige David Johansson. Han söker för trötthet och yrsel. Innan du hämtar in David till ditt mottagningsrum, läser du snabbt igenom hans journal.

……

88-årige David har upprepade gånger besökt vårdcentralen de senaste månaderna. För tio år sedan fick han en lindrig stroke och tar sedan dess clopidogrel 75 mgX1, simvastatin 20 mg till natten och amlodipin, som nyligen höjdes till 10 mg x1 eftersom blodtrycket har stigit. David kommer med en man från hemtjänsten. Hans barn bor långt borta. Både barnen och hemtjänsten är oroade eftersom David har behövt ökade insatser den senaste tiden och inte varit sig lik sedan några veckor tillbaka. Han har blivit orolig och misstänksam, har sämre aptit och somnar ibland under måltiden. För snart två månader sedan fick han bältros i pannan. En intensiv, brännande smärta kvarstod efter att utslagen hade läkt. Eftersom alvedon inte hjälpte, fick han tramadol 50 mg x 2 för en månad sedan. När detta inte räckte fick han också gabapentin 600 mg x 3. Det senaste besöket var hos din kollega för två veckor sedan, när David sökte vård eftersom han kände sig nedstämd och utan ork. Då fick han humörhöjande behandling med sertralin 50 mg x1.

David har svårt att själv besvara alla dina frågor, men med hjälp av mannen från hemtjänsten framkommer att David varit helt som vanligt fram till 2-3 veckor sedan. Trötttheten kom sedan gradvis, smygande, men har tilltagit de senaste dagarna. Personalen har även märkt att David nästan aldrig äter upp hela måltiden, efter att tidigare ha varit matglad. Igår, på väg till toaletten, snubblade David, men ramlade inte. Han hade därefter svårt att prata och förklara vad som hänt, men sa sig ha blivit yr och tappat balansen. Hemtjänsten blev dock orolig och skickade in David akut och man genomförde en CT hjärna som inte visade vare sig blödning, infarkt eller subduralhematom och han skickades därför hem utan vidare åtgärder.

David har tidigare varit misstänksam mot ny personal, men under de senaste veckorna har detta tilltagit, och han har haft svårt att släppa in även den ordinarie personalen.

Fråga 4.2.3.
Ange två väsentliga uppgifter som behövs för att kunna fördjupa anamnesen. Motivera ditt svar.

Svarsförslag:

När började det? Var det en plötslig debut eller gradvis? (behövs för att kartlägga tidsförloppet)

Fanns det några utlösande faktorer? (infektion, smärta, läkemedel, alkohol) Dessa

två behöver vara med för att få full poäng.

Utöver dessa finns ett flertal uppgifter som kan ge poäng p.g.a. att de vägleder diagnostik, t.ex.:

-Varierar symtomen under dagen? (fluktuation, normalt ibland)

-Hur fungerar minnet? (närminne, gått vilse) -Hur

är det med den fysiska funktionen? (ADL) -Hur

är sömnen, larmar han på natten?

-Framkommer det ytterligare psykiska symtom? (nedstämdhet, ångest, misstänksamhet mot särskild person, tidigare psykiatrisk sjukdom)

Svaren bör vara kopplade till differentialdiagnoserna ovan.

Fall 4, Fråga 4.2.4
Max poäng: 2

Du tjänstgör som läkare på en vårdcentral i en medelstor stad i Skåne. Dagens första patient är 88-årige David Johansson. Han söker för trötthet och yrsel. Innan du hämtar in David till ditt mottagningsrum, läser du snabbt igenom hans journal.

……

88-årige David har upprepade gånger besökt vårdcentralen de senaste månaderna. För tio år sedan fick han en lindrig stroke och tar sedan dess clopidogrel 75 mgX1, simvastatin 20 mg till natten och amlodipin, som nyligen höjdes till 10 mg x1 eftersom blodtrycket har stigit. David kommer med en man från hemtjänsten. Hans barn bor långt borta. Både barnen och hemtjänsten är oroade eftersom David har behövt ökade insatser den senaste tiden och inte varit sig lik sedan några veckor tillbaka. Han har blivit orolig och misstänksam, har sämre aptit och somnar ibland under måltiden. För snart två månader sedan fick han bältros i pannan. En intensiv, brännande smärta kvarstod efter att utslagen hade läkt. Eftersom alvedon inte hjälpte, fick han tramadol 50 mg x 2 för en månad sedan. När detta inte räckte fick han också gabapentin 600 mg x 3. Det senaste besöket var hos din kollega för två veckor sedan, när David sökte vård eftersom han kände sig nedstämd och utan ork. Då fick han humörhöjande behandling med sertralin 50 mg x1.

David har svårt att själv besvara alla dina frågor, men med hjälp av mannen från hemtjänsten framkommer att David varit helt som vanligt fram till 2-3 veckor sedan. Trötttheten kom sedan gradvis, smygande, men har tilltagit de senaste dagarna. Personalen har även märkt att David nästan aldrig äter upp hela måltiden, efter att tidigare ha varit matglad. Igår, på väg till toaletten, snubblade David, men ramlade inte. Han hade därefter svårt att prata och förklara vad som hänt, men sa sig ha blivit yr och tappat balansen. Hemtjänsten blev dock orolig och skickade in David akut och man genomförde en CT hjärna som inte visade vare sig blödning, infarkt eller subduralhematom och han skickades därför hem utan vidare åtgärder.

David har tidigare varit misstänksam mot ny personal, men under de senaste veckorna har detta tilltagit, och han har haft svårt att släppa in även den ordinarie personalen.

Fråga 4.2.4.
Ange tre olika delar i status som är av stor vikt för att kunna gå vidare till diagnos- och vårdnivåbedömning, och motivera varför de är viktiga.

Svarsförslag:

Uppmärksamhet och orientering (tid, plats, person, situation)

Vitalparametrar (andningsfrekvens, puls, blodtryck, även stående, temp, saturation)

Grovt neurologiskt status (fokalt? pupiller, kraft sidoskillnad, sensibilitet, koordination, gång)

Psykiskt status (affekt, hallucinationer, suicid, tankeinnehåll)

Motivering. Status behövs för att få ett utgångsläge av patientens tillstånd. Det är viktigt för att kunna följa upp och se om det har skett eventuella förändringar, och hur han mår nästa gång.

Flertalet av dem inom parentesen i de tre olika delarna av statusen bör ingå för att få full poäng.

Fall 4, Fråga 4.2.5
Max poäng: 0.5

Du tjänstgör som läkare på en vårdcentral i en medelstor stad i Skåne. Dagens första patient är 88-årige David Johansson. Han söker för trötthet och yrsel. Innan du hämtar in David till ditt mottagningsrum, läser du snabbt igenom hans journal.

……

David har tidigare varit misstänksam mot ny personal, men under de senaste veckorna har detta tilltagit, och han har haft svårt att släppa in även den ordinarie personalen.

Fråga 4.2.5.

Vilka två blodprover är relevanta att ta på vårdcentralen?

Svarsförslag:

Hb, Blodsocker (svar samma dag)

TSH, Natrium, Kalium, Kreatinin (viktiga, hyponatremi hos äldre vanligare med sertralin och kan ge förvirring, njurfunktionen minskar med åldern. Svar dagen efter)

Fall 4, Fråga 4.2.6
Max poäng: 0.5

Du tjänstgör som läkare på en vårdcentral i en medelstor stad i Skåne. Dagens första patient är 88-årige David Johansson. Han söker för trötthet och yrsel. Innan du hämtar in David till ditt mottagningsrum, läser du snabbt igenom hans journal.

……

David har tidigare varit misstänksam mot ny personal, men under de senaste veckorna har detta tilltagit, och han har haft svårt att släppa in även den ordinarie personalen.

Fråga 4.2.6. Vilken undersökning utöver klinisk undersökning är relevant att göra på vårdcentralen?

Svarsförslag:

EKG

Fall 4, Fråga 4.2.7
Max poäng: 1

Du tjänstgör som läkare på en vårdcentral i en medelstor stad i Skåne. Dagens första patient är 88-årige David Johansson. Han söker för trötthet och yrsel. Innan du hämtar in David till ditt mottagningsrum, läser du snabbt igenom hans journal.

……

88-årige David har upprepade gånger besökt vårdcentralen de senaste månaderna. För tio år sedan fick han en lindrig stroke och tar sedan dess clopidogrel 75 mg x1, simvastatin 20 mg till natten och amlodipin, som nyligen höjdes till 10 mg x1. David kommer med en man från hemtjänsten. Hans barn bor långt borta. Både barnen och hemtjänsten är oroade eftersom David har behövt ökade insatser den senaste tiden och inte varit sig lik sedan några veckor tillbaka. Han har blivit orolig och misstänksam, har sämre aptit och somnar ibland under måltiden. För snart två månader sedan fick han bältros i pannan. En intensiv, brännande smärta kvarstod efter att utslagen hade läkt. Eftersom alvedon inte hjälpte, fick han tramadol 50 mg x 2 för en månad sedan. När detta inte räckte fick han också gabapentin 600 mg x 3. Det senaste besöket var hos din kollega för två veckor sedan, när David sökte vård eftersom han kände sig nedstämd och utan ork. Då fick han humörhöjande behandling med sertralin 50 mg x1.

Det är svårt att få fram exakt debut av symtomen, verkar ha kommit lite smygande. CT hjärna som nyligen gjordes på akuten, visade varken blödning,infarkt eller subduralhematom. Vitalparametrar är inom normalområdet liksom Hb, B-glukos och EKG.

Fråga 4.2.7.

Du tar fasta på att David upplevs som sig olik, att han är trött, orolig och misstänksam, och att symtomen har kommit relativt nyligen. Din preliminära diagnos blir multifarmaci. Ange fortsatt handläggning.

Svarsförslag:

Gör en läkemedelsvärdering, kartläggning och säkerhetsvärdering av patientens aktuella läkemedelsbehandling inklusive utförande.

Denna behöver vara med för att få full poäng. Utan beskrivning av utförande 0,5 p.

Gör en överläggning om Davids nytillkomna besvär beror på en sjukdom eller är biverkningar av läkemedel.

För att ta reda på om det är biverkningar kan man pröva med dechallenge (att sätta ut läkemedlet) och rechallenge (att sätta in det igen). Om man får samma besvär bekräftas biverkningen.

Söka information om interaktioner exempelvis via Janusmed.

Kartläggning av nuvarande smärta ger också poäng.

Fall 4, Fråga 4.2.8
Max poäng: 2

Du tjänstgör som läkare på en vårdcentral i en medelstor stad i Skåne. Dagens första patient är 88-årige David Johansson. Han söker för trötthet och yrsel. Innan du hämtar in David till ditt mottagningsrum, läser du snabbt igenom hans journal.

……

En av tio akuta inläggningar av äldre på sjukhus beror, helt eller delvis, på läkemedelsbiverkningar.

Fråga 4.2.8.
Namnge två olika grupper av läkemedel med risk för psykiska biverkningar/läkemedelsinteraktioner och en biverkan per grupp som finns med i Socialstyrelsens indikatorer och START/STOPP-kriterier gällande läkemedelsgenomgångar för äldre.

Svarsförslag:

Antikolinerga läkemedel (eller ger typiska antikolinerga biverkningar)

Atropin, tolterodin (detrusitol), glycopyrron, oxybutynin (ditropan), solifenacin (vesicare)

Antihistaminer, hydroxizin, promethazine (lergigan), atarax, alimemazin (theralen)

Antiparkinsonmedel, biperiden (akineton)

Antipsykotiska, haloperidol (haldol), risperidon , olanzapin (zyprexa)

Tricykliska antidepressiva (TCA), amitriptylin (saroten), klomipramin (anafranil) Kan

orsaka:

Förvirring, minnespåverkan, konfusion, muntorrhet, förstoppning, urinretention, fall

Bensodiazepiner och sömnmedel (diazepam, oxazepam, zopiklon, zolpidem)

Kan orsaka: fall, frakturer, kognitiv påverkan, trötthet, konfusion

Opioider (tramadol)

Kan orsaka: förvirring, sedation, fall, förstoppning.

Ett gruppnamn och biverkan 1 poäng.

Fall 4, Fråga 4.2.9
Max poäng: 2

Du tjänstgör som läkare på en vårdcentral i en medelstor stad i Skåne. Dagens första patient är 88-årige David Johansson. Han söker för trötthet och yrsel. Innan du hämtar in David till ditt mottagningsrum, läser du snabbt igenom hans journal.

……

88-årige David som tidigare haft lindrig stroke och varit som vanligt till för 2-3 veckor sedan. Nu misstänksam, sämre aptit och somnar under måltider. Behandlas även för bältros och depression. Läkemedel: clopidogrel 75 mgx1, simvastatin 20 mgx1, amlodipin 10 mgx1, tramadol 50 mg x 2, gabapentin 600 mg x 3 och sertralin 50 mg x1. Du tar fasta på att David upplevs som sig olik, att han är trött, orolig och misstänksam, och att symtomen har kommit relativt nyligen. Din preliminära diagnos blir multifarmaci.

Fråga 4.2.9. Ange de viktigaste åtgärderna idag innan David går hem. Motivera ditt svar.

Svarsförslag:

Påbörja minskning/utsättning av gabapentin och/eller tramadol. Göra upp en vårdplan med dosminskningar vecka för vecka.

Amlodipin kan behöva halveras samtidigt som man håller koll på blodtrycket. Ta hjälp av exempelvis hemsjukvården för att mäta blodtrycket regelbundet och se om yrsel och andra symtom förbättras.

Beskriva en strategi för att sätta ut läkemedel, sätta in patienten på Pascal/Apodos. Det är svårt för patienten att klara detta själv. Koppla in någon (hemtjänst, hemsjukvård, anhörig) som kan hjälpa till med läkemedelsdelning, motivera patienten och följa upp i form av återbesök.

Att endast skicka hem patienten utan någon form av läkemedelsjustering är ett felaktigt svar, liksom att skriva remiss till akuten.

FallFråga 4, Epilog
Max poäng: 0

Epilog

David och mannen från hemtjänsten lämnar ditt mottagningsrum med ett tydligt nedtrappningsschema och en återbesökstid om två veckor. När ni träffas två veckor senare kommer David tillsammans med sin son. Båda är mycket nöjda med hur nedtrappningen har gått, och David beskriver att aptiten har kommit tillbaka. Sonen fyller i att han nu känner igen sin pappa

---