

Delprov 2 Kliniska case

* Question #: 1

Din nästa patient på hälsocentralen är Göran, 68 år, som du känner sedan länge, minst 10 år. Han bor med sin fru i en villa, är en aktiv man som promenerar 45 minuter dagligen med sin hund.

Göran har haft diabetes sedan 15 år tillbaka. Till en början behandlades han enbart med T. metformin men med åren har hans diabetes försämrats och medicineringen har intensifierats. Göran behandlas sedan två år tillbaka med T. metformin 850 mg \times 2, inj. Humalog Mix 25 (insulin lispro + insulin lispro protamin) 28 E \times 2, T. atorvastatin 20 mg \times 1, T. enalapril 20 mg \times 1 och T. felodipin 10 mg \times 1. Vid årsbesöket för ett år sedan hade Göran precis varit på ögonmottagningen och hade då ingen diabetesretinopati. Hans fotstatus visade nedsatt vibrationssinne bilateralt men fina pulsar och normal sensorik för monofilament.

Provsvår inför besöket (referensvärden):

B-Hb 149 g/L (134-170)

P-Kalium 4,2 mmol/L (3,5-4,4)

P-Kreatinin 62 μ mol/L (<100)

eGFR >90 (>60)

P-total-kolesterol 4,17 mmol/L (3,9-7,8)

P-LDL 2,1 mmol/L (2,0-5,3)

faste P-Glukos 6,5 mmol/L (4,0-6,0)

B-HbA1c 51 mmol/mol (31-46)

Urinsticka är utan anmärkning, blodtryck 120/70 mmHg.

Du funderar om läkemedelsbehandlingen bör justeras utifrån de provsvar och mätvärden som finns.

Hur bör Görans prover och mätvärden hanteras?

- A. Blodtrycket ligger för lågt, minskar T. felodipin
- B. Det ser bra ut, ingen justering är aktuell
- C. Blodtrycket ligger för lågt, minskar T. enalapril
- D. Blodsockret ligger för högt, dosökar inj. Humalog
- E. P-LDL ligger för högt, dosökar T. atorvastatin

* Enligt senaste ESH/ESC guidelines är korrekt svar på fråga 1 på delprov 2 att man ska minska den hypertensiva medicineringen (alternativ A). Frågan skrevs utifrån det felaktiga perspektivet att ingen justering av den hypertensiva medicineringen skulle göras. Därför är texten "Du känner dig nöjd över Görans läkemedelsbehandling utifrån provsvaren. Ingen justering är aktuell" felaktig. Den borde ha lytt: "Då blodtrycket är lågt sett till Görans ålder minskar du T. felodipin."

Question #: 2

Din nästa patient på hälsocentralen är Göran, 68 år, som du känner sedan länge, minst 10 år. Han bor med sin fru i en villa, är en aktiv man som promenerar 45 minuter dagligen med sin hund.

Göran har haft diabetes sedan 15 år tillbaka. Till en början behandlades han enbart med T. metformin men med åren har hans diabetes försämrats och medicineringen har intensifierats. Göran behandlas sedan två år tillbaka med T. metformin 850 mg ×2, inj. Humalog Mix 25 (insulin lispro + insulin lispro protamin) 28 E ×2, T. atorvastatin 20 mg ×1, T. enalapril 20 mg ×1 och T. felodipin 10 mg ×1. Vid årsbesöket för ett år sedan hade Göran precis varit på ögonmottagningen och hade då ingen diabetesretinopati. Hans fotstatus visade nedsatt vibrationssinne bilateralt men fina pulsar och normal sensorik för monofilament.

Provsvår inför besöket (referensvärden):

B-Hb 149 g/L (134-170)

P-Kalium 4,2 mmol/L (3,5-4,4)

P-Kreatinin 62 µmol/L (<100)

eGFR >90 (>60)

P-total-kolesterol 4,17 mmol/L (3,9-7,8)

P-LDL 2,1 mmol/L (2,0-5,3)

faste P-Glukos 6,5 mmol/L (4,0-6,0)

B-HbA1c 51 mmol/mol (31-46)

Urinsticka är utan anmärkning, blodtryck 120/70 mmHg.

Du funderar om läkemedelsbehandlingen bör justeras utifrån de provsvår och mätvärden som finns.

Du känner dig nöjd över Görans läkemedelsbehandling utifrån provsvår, ingen justering är aktuell.

När du träffar Göran så tycker han att han inte mår så bra, han har känt sig tröttare än vanligt och lite orkeslös.

Upplever inga besvär med sin diabetes. Inte haft några hypoglykemier eller känt sig yr.

Vad Göran vill ta upp med dig är att han de senaste 4 månaderna har haft återkommande febertoppar, 1-2 dagar med 40° C utan andra symtom med cirka 4 veckors mellanrum. Däremellan ingen feber. Göran har aldrig haft liknande besvär tidigare.

Du inser att det Göran beskriver är fluktuerande feber och du kommer att tänka på flera tänkbara bakomliggande diagnoser. En tänkbar diagnos är polymyalgia reumatika (PMR).

Vad kan du förvänta dig att finna i status vid polymyalgia reumatika?

- A. Symmetrisk värk från proximal muskulatur med sänkt muskelstyrka
 - B. Asymmetrisk värk från proximal muskulatur med sänkt muskelstyrka
 - C. Assymetrisk värk från distal muskulatur med sänkt muskelstyrka
 - ✓D. Symmetrisk värk från proximal muskulatur med normal muskelstyrka
 - E. Asymmetrisk värk från distal muskulatur med normal muskelstyrka
-

Question #: 3

Din nästa patient på hälsocentralen är Göran, 68 år, som du känner sedan länge, minst 10 år. Han bor med sin fru i en villa, är en aktiv man som promenerar 45 minuter dagligen med sin hund.

Göran har haft diabetes sedan 15 år tillbaka. Till en början behandlades han enbart med T. metformin men med åren har hans diabetes försämrats och medicineringen har intensifierats. Göran behandlas sedan två år tillbaka med T. metformin 850 mg ×2, inj. Humalog Mix 25 (insulin lispro + insulin lispro protamin) 28 E ×2, T. atorvastatin 20 mg ×1, T. enalapril 20 mg ×1 och T. felodipin 10 mg ×1. Vid årsbesöket för ett år sedan hade Göran precis varit på ögonmottagningen och hade då ingen diabetesretinopati. Hans fotstatus visade nedsatt vibrationssinne bilateralt men fina pulsar och normal sensorik för monofilament.

Provsvår inför besöket (referensvärden):

B-Hb 149 g/L (134-170)

P-Kalium 4,2 mmol/L (3,5-4,4)

P-Kreatinin 62 µmol/L (<100)

eGFR >90 (>60)

P-total-kolesterol 4,17 mmol/L (3,9-7,8)

P-LDL 2,1 mmol/L (2,0-5,3)

faste P-Glukos 6,5 mmol/L (4,0-6,0)

B-HbA1c 51 mmol/mol (31-46)

Urinsticka är utan anmärkning, blodtryck 120/70 mmHg.

Du funderar om läkemedelsbehandlingen bör justeras utifrån de provsvår och mätvärden som finns.

Du känner dig nöjd över Görans läkemedelsbehandling utifrån provsvåren, ingen justering är aktuell.

När du träffar Göran så tycker han att han inte mår så bra, han har känt sig tröttare än vanligt och lite orkeslös.

Upplever inga besvär med sin diabetes. Inte haft några hypoglykemier eller känt sig yr.

Vad Göran vill ta upp med dig är att han de senaste 4 månaderna har haft återkommande febertoppar, 1-2 dagar med 40° C utan andra symtom med cirka 4 veckors mellanrum. Däremellan ingen feber. Göran har aldrig haft liknande besvär tidigare.

Du inser att det Göran beskriver är fluktuerande feber och du kommer att tänka på flera tänkbara bakomliggande diagnoser. En tänkbar diagnos är polymyalgia reumatika (PMR).

Göran har inte symmetrisk proximal muskelsmär, och kraften är normal. Du tänker att det är osannolikt att det rör sig om polymyalgia reumatika men du tänker ändå ta CRP, SR och elfores då det är viktiga prov att ta i utredningen. Du fortsätter att undersöka Göran.

Vilket av följande fynd vid hjärtundersökning bör kontrolleras extra noga efter då du letar orsak till hans febertoppar?

- ✓A. Nyttillkommet blåsljud
 - B. Gnidningsljud
 - C. Takykardi
 - D. Bradykardi
 - E. Oregelbunden hjärtrytm
-

Question #: 4

Din nästa patient på hälsocentralen är Göran, 68 år, som du känner sedan länge, minst 10 år. Han bor med sin fru i en villa, är en aktiv man som promenerar 45 minuter dagligen med sin hund.

Göran har haft diabetes sedan 15 år tillbaka. Till en början behandlades han enbart med T. metformin men med åren har hans diabetes försämrats och medicineringen har intensifierats. Göran behandlas sedan två år tillbaka med T. metformin 850 mg \times 2, inj. Humalog Mix 25 (insulin lispro + insulin lispro protamin) 28 E \times 2, T. atorvastatin 20 mg \times 1, T. enalapril 20 mg \times 1 och T. felodipin 10 mg \times 1. Vid årsbesöket för ett år sedan hade Göran precis varit på ögonmottagningen och hade då ingen diabetesretinopati. Hans fotstatus visade nedsatt vibrationssinne bilateralt men fina pulsar och normal sensorik för monofilament.

Provsvår inför besöket (referensvärden):

B-Hb 149 g/L (134-170)

P-Kalium 4,2 mmol/L (3,5-4,4)

P-Kreatinin 62 μ mol/L (<100)

eGFR >90 (>60)

P-total-kolesterol 4,17 mmol/L (3,9-7,8)

P-LDL 2,1 mmol/L (2,0-5,3)

faste P-Glukos 6,5 mmol/L (4,0-6,0)

B-HbA1c 51 mmol/mol (31-46)

Urinsticka är utan anmärkning, blodtryck 120/70 mmHg.

Du funderar om läkemedelsbehandlingen bör justeras utifrån de provsvår och mätvärden som finns.

Du känner dig nöjd över Görans läkemedelsbehandling utifrån provsvåren, ingen justering är aktuell.

När du träffar Göran så tycker han att han inte mår så bra, han har känt sig tröttare än vanligt och lite orkeslös.

Upplever inga besvär med sin diabetes. Inte haft några hypoglykemier eller känt sig yr.

Vad Göran vill ta upp med dig är att han de senaste 4 månaderna har haft återkommande febertoppar, 1-2 dagar med 40° C utan andra symtom med cirka 4 veckors mellanrum. Däremellan ingen feber. Göran har aldrig haft liknande besvär tidigare.

Du inser att det Göran beskriver är fluktuerande feber och du kommer att tänka på flera tänkbara bakomliggande diagnoser. En tänkbar diagnos är polymyalgia reumatika (PMR).

Göran har inte symmetrisk proximal muskelsmärk, och kraften är normal. Du tänker att det är osannolikt att det rör sig om polymyalgia reumatika men du tänker ändå ta CRP, SR och elfores då det är viktiga prov att ta i utredningen. Du fortsätter att undersöka Göran.

Du undersöker Göran noggrant, mun och svalg, sinus, lungor, buk, leder, thyroidea, hud, lymfkörtlar, prostata, per rectum och allt är normalt. Du lyssnar extra noggrant efter möjligt blåsljud på hjärtat. Din undersökning av Göran ger inga ledtrådar till vad som skulle kunna vara orsaken till Görans feber. Du bestämmer dig för att gå vidare med provtagning.

Du vill täcka in prover för myelom, vilket av följande prover är INTE av direkt intresse vid myelomutredning?

- A. Urinelektrofores
 - B. SR
 - C. Blodstatus
 - D. Kalcium
 - ✓E. ASAT
-

Question #: 5

Din nästa patient på hälsocentralen är Görän, 68 år, som du känner sedan länge, minst 10 år. Han bor med sin fru i en villa, är en aktiv man som promenerar 45 minuter dagligen med sin hund.

Görän har haft diabetes sedan 15 år tillbaka. Till en början behandlades han enbart med T. metformin men med åren har hans diabetes försämrats och medicineringen har intensifierats. Görän behandlas sedan två år tillbaka med T. metformin 850 mg ×2, inj. Humalog Mix 25 (insulin lispro + insulin lispro protamin) 28 E ×2, T. atorvastatin 20 mg ×1, T. enalapril 20 mg ×1 och T. felodipin 10 mg ×1. Vid årsbesöket för ett år sedan hade Görän precis varit på ögonmottagningen och hade då ingen diabetesretinopati. Hans fotstatus visade nedsatt vibrationssinne bilateralt men fina pulsar och normal sensorik för monofilament.

Provsvår inför besöket (referensvärden):

B-Hb 149 g/L (134-170)

P-Kalium 4,2 mmol/L (3,5-4,4)

P-Kreatinin 62 µmol/L (<100)

eGFR >90 (>60)

P-total-kolesterol 4,17 mmol/L (3,9-7,8)

P-LDL 2,1 mmol/L (2,0-5,3)

faste P-Glukos 6,5 mmol/L (4,0-6,0)

B-HbA1c 51 mmol/mol (31-46)

Urinsticka är utan anmärkning, blodtryck 120/70 mmHg.

Du funderar om läkemedelsbehandlingen bör justeras utifrån de provsvår och mätvärden som finns.

Du känner dig nöjd över Göräns läkemedelsbehandling utifrån provsvåren, ingen justering är aktuell.

När du träffar Görän så tycker han att han inte mår så bra, han har känt sig tröttare än vanligt och lite orkeslös.

Upplever inga besvär med sin diabetes. Inte haft några hypoglykemier eller känt sig yr.

Vad Görän vill ta upp med dig är att han de senaste 4 månaderna har haft återkommande febertoppar, 1-2 dagar med 40° C utan andra symtom med cirka 4 veckors mellanrum. Däremellan ingen feber. Görän har aldrig haft liknande besvär tidigare.

Du inser att det Görän beskriver är fluktuerande feber och du kommer att tänka på flera tänkbara bakomliggande diagnoser. En tänkbar diagnos är polymyalgia reumatika (PMR).

Görän har inte symmetrisk proximal muskelsmärk, och kraften är normal. Du tänker att det är osannolikt att det rör sig om polymyalgia reumatika men du tänker ändå ta CRP, SR och elfores då det är viktiga prov att ta i utredningen. Du fortsätter att undersöka Görän.

Du undersöker Görän noggrant, mun och svalg, sinus, lungor, buk, leder, thyroidea, hud, lymfkörtlar, prostata, per rectum och allt är normalt. Du lyssnar extra noggrant efter möjligt blåsljud på hjärtat. Din undersökning av Görän ger inga ledtrådar till vad som skulle kunna vara orsaken till Göräns feber. Du bestämmer dig för att gå vidare med provtagning.

För att ställa diagnosen myelom är inte ASAT av värde men du bestämmer dig för att ta det provet ändå då det kan vara av värde för att hitta andra tillstånd. Görän berättar vidare att han inte varit utomlands på 15 år, har inte gjort några ingrepp i munnen, har inte ont, ingen hosta, röker fortfarande 15 cigaretter/dag, avföring och miktion fungerar som vanligt.

Du kommer överens med Görän att han får lämna prover vid dagens besök och så fort du fått svar kontaktar du honom.

Vilken radiologisk undersökning bör du i första hand remittera Görän till nu?

- A. Ultraljud buk
 - ✓B. Lungröntgen
 - C. Datortomografi buk
 - D. Datortomografi thorax
 - E. Positronemissionstomografi/datortomografi thorax och buk
-

Question #: 6

Din nästa patient på hälsocentralen är Görän, 68 år, som du känner sedan länge, minst 10 år. Han bor med sin fru i en villa, är en aktiv man som promenerar 45 minuter dagligen med sin hund.

Görän har haft diabetes sedan 15 år tillbaka. Till en början behandlades han enbart med T. metformin men med åren har hans diabetes försämrats och medicineringen har intensifierats. Görän behandlas sedan två år tillbaka med T. metformin 850 mg ×2, inj. Humalog Mix 25 (insulin lispro + insulin lispro protamin) 28 E ×2, T. atorvastatin 20 mg ×1, T. enalapril 20 mg ×1 och T. felodipin 10 mg ×1. Vid årsbesöket för ett år sedan hade Görän precis varit på ögonmottagningen och hade då ingen diabetesretinopati. Hans fotstatus visade nedsatt vibrationssinne bilateralt men fina pulsar och normal sensorik för monofilament.

Provsvår inför besöket (referensvärden):

B-Hb 149 g/L (134-170)

P-Kalium 4,2 mmol/L (3,5-4,4)

P-Kreatinin 62 µmol/L (<100)

eGFR >90 (>60)

P-total-kolesterol 4,17 mmol/L (3,9-7,8)

P-LDL 2,1 mmol/L (2,0-5,3)

faste P-Glukos 6,5 mmol/L (4,0-6,0)

B-HbA1c 51 mmol/mol (31-46)

Urinsticka är utan anmärkning, blodtryck 120/70 mmHg.

Du funderar om läkemedelsbehandlingen bör justeras utifrån de provsvår och mätvärden som finns.

Du känner dig nöjd över Göräns läkemedelsbehandling utifrån provsvåren, ingen justering är aktuell.

När du träffar Görän så tycker han att han inte mår så bra, han har känt sig tröttare än vanligt och lite orkeslös.

Upplever inga besvär med sin diabetes. Inte haft några hypoglykemier eller känt sig yr.

Vad Görän vill ta upp med dig är att han de senaste 4 månaderna har haft återkommande febertoppar, 1-2 dagar med 40° C utan andra symtom med cirka 4 veckors mellanrum. Däremellan ingen feber. Görän har aldrig haft liknande besvär tidigare.

Du inser att det Görän beskriver är fluktuerande feber och du kommer att tänka på flera tänkbara bakomliggande diagnoser. En tänkbar diagnos är polymyalgia reumatika (PMR).

Görän har inte symmetrisk proximal muskelsmärk, och kraften är normal. Du tänker att det är osannolikt att det rör sig om polymyalgia reumatika men du tänker ändå ta CRP, SR och elfores då det är viktiga prov att ta i utredningen. Du fortsätter att undersöka Görän.

Du undersöker Görän noggrant, mun och svalg, sinus, lungor, buk, leder, thyroidea, hud, lymfkörtlar, prostata, per rectum och allt är normalt. Du lyssnar extra noggrant efter möjligt blåsljud på hjärtat. Din undersökning av Görän ger inga ledtrådar till vad som skulle kunna vara orsaken till Göräns feber. Du bestämmer dig för att gå vidare med provtagning.

För att ställa diagnosen myelom är inte ASAT av värde men du bestämmer dig för att ta det provet ändå då det kan vara av värde för att hitta andra tillstånd. Görän berättar vidare att han inte varit utomlands på 15 år, har inte gjort några ingrepp i munnen, har inte ont, ingen hosta, röker fortfarande 15 cigaretter/dag, avföring och miktionsfunktioner fungerar som vanligt.

Du kommer överens med Görän att han får lämna prover vid dagens besök och så fort du fått svar kontaktar du honom.

Eftersom Görän är rökare remitterar du honom till en prioriterad lungröntgen, undersökningen visar glädjande nog inte några avvikande fynd.

En vecka efter Göräns besök har du fått följande svar från lab;

3 positiva fHb

EKG utan anmärkning

Plasma-elektrofores med lätt inflammatorisk reaktion och ingen M-komponent

P-PSA 0,87 µg/L (referens <3)

Kalcium, Albumin, ASAT, ALAT, ALP, LD, Bilirubin samt blodstatus är utan anmärkning.

P-CRP 46 mg/L (referens <3) och B-SR 19 mm (referens <20).

Hur bör du gå vidare nu?

- A. Remiss för koloskopi
 - √B. Rektoskopi på hälsocentralen
 - C. Remiss för datortomografi buk
 - D. Remiss för ultraljud buk
 - E. Remiss för kolonröntgen
-

Question #: 7

Din nästa patient på hälsocentralen är Görän, 68 år, som du känner sedan länge, minst 10 år. Han bor med sin fru i en villa, är en aktiv man som promenerar 45 minuter dagligen med sin hund.

Görän har haft diabetes sedan 15 år tillbaka. Till en början behandlades han enbart med T. metformin men med åren har hans diabetes försämrats och medicineringen har intensifierats. Görän behandlas sedan två år tillbaka med T. metformin 850 mg ×2, inj. Humalog Mix 25 (insulin lispro + insulin lispro protamin) 28 E ×2, T. atorvastatin 20 mg ×1, T. enalapril 20 mg ×1 och T. felodipin 10 mg ×1. Vid årsbesöket för ett år sedan hade Görän precis varit på ögonmottagningen och hade då ingen diabetesretinopati. Hans fotstatus visade nedsatt vibrationssinne bilateralt men fina pulsar och normal sensorik för monofilament.

Provsvår inför besöket (referensvärden):

B-Hb 149 g/L (134-170)

P-Kalium 4,2 mmol/L (3,5-4,4)

P-Kreatinin 62 µmol/L (<100)

eGFR >90 (>60)

P-total-kolesterol 4,17 mmol/L (3,9-7,8)

P-LDL 2,1 mmol/L (2,0-5,3)

faste P-Glukos 6,5 mmol/L (4,0-6,0)

B-HbA1c 51 mmol/mol (31-46)

Urinsticka är utan anmärkning, blodtryck 120/70 mmHg.

Du funderar om läkemedelsbehandlingen bör justeras utifrån de provsvår och mätvärden som finns.

Du känner dig nöjd över Göräns läkemedelsbehandling utifrån provsvåren, ingen justering är aktuell.

När du träffar Görän så tycker han att han inte mår så bra, han har känt sig tröttare än vanligt och lite orkeslös.

Upplever inga besvär med sin diabetes. Inte haft några hypoglykemier eller känt sig yr.

Vad Görän vill ta upp med dig är att han de senaste 4 månaderna har haft återkommande febertoppar, 1-2 dagar med 40° C utan andra symtom med cirka 4 veckors mellanrum. Däremellan ingen feber. Görän har aldrig haft liknande besvär tidigare.

Du inser att det Görän beskriver är fluktuerande feber och du kommer att tänka på flera tänkbara bakomliggande diagnoser. En tänkbar diagnos är polymyalgia reumatika (PMR).

Görän har inte symmetrisk proximal muskelsmärk, och kraften är normal. Du tänker att det är osannolikt att det rör sig om polymyalgia reumatika men du tänker ändå ta CRP, SR och elfores då det är viktiga prov att ta i utredningen. Du fortsätter att undersöka Görän.

Du undersöker Görän noggrant, mun och svalg, sinus, lungor, buk, leder, thyroidea, hud, lymfkörtlar, prostata, per rectum och allt är normalt. Du lyssnar extra noggrant efter möjligt blåsljud på hjärtat. Din undersökning av Görän ger inga ledtrådar till vad som skulle kunna vara orsaken till Göräns feber. Du bestämmer dig för att gå vidare med provtagning.

För att ställa diagnosen myelom är inte ASAT av värde men du bestämmer dig för att ta det provet ändå då det kan vara av värde för att hitta andra tillstånd. Görän berättar vidare att han inte varit utomlands på 15 år, har inte gjort några ingrepp i munnen, har inte ont, ingen hosta, röker fortfarande 15 cigaretter/dag, avföring och miktionsfunktioner som vanligt.

Du kommer överens med Görän att han får lämna prover vid dagens besök och så fort du fått svar kontaktar du honom.

Eftersom Görän är rökare remitterar du honom till en prioriterad lungröntgen, undersökningen visar glädjande nog inte några avvikande fynd.

En vecka efter Göräns besök har du fått följande svar från lab;

3 positiva fHb

EKG utan anmärkning

Plasma-elektrofores med lätt inflammatorisk reaktion och ingen M-komponent

P-PSA 0,87 µg/L (referens <3)

Kalcium, Albumin, ASAT, ALAT, ALP, LD, Bilirubin samt blodstatus är utan anmärkning.

P-CRP 46 mg/L (referens <3) och B-SR 19 mm (referens <20).

Du ringer Görän och bokar in en snar tid för en rektoskopiundersökning på hälsocentralen.

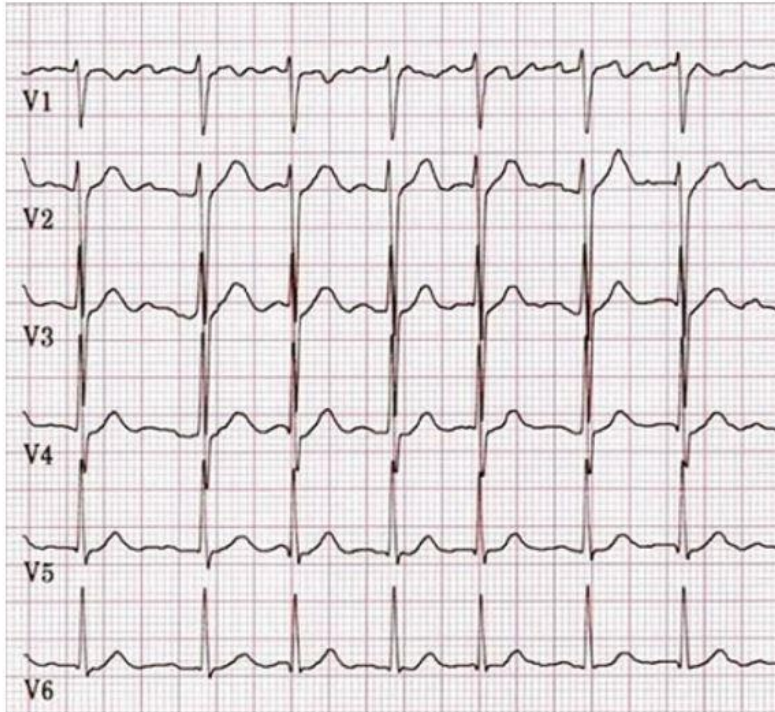
Rektoskopiundersökningen visar inget avvikande, vad bör du göra nu?

- A. Remiss för kolonröntgen
 - B. Remiss för gastroskopi
 - C. Remiss för datortomografi buk
 - D. Remiss för ultraljud buk
 - √E. Remiss för koloskopi
-

Question #: 8

Anna, 78 år är frisk sedan tidigare. Hon kommer nu till akutmottagningen på grund av hög puls som började för två timmar sedan.

I status noterar du en snabb hjärtrytm med frekvens 160 /minut, blodtryck 160/100 mmHg. Ett EKG är taget (se bild).



Vilken diagnos är mest sannolik?

- A. Sinustakykardi
- B. Antedromt WPW-syndrom
- ✓C. Förmaksflimmer
- D. Ventrikeltakykardi
- E. AV nodal reentrytakykardi

Question #: 9

Anna, 78 år är frisk sedan tidigare. Hon kommer nu till akutmottagningen på grund av hög puls som började för två timmar sedan.

I status noterar du en snabb hjärtrytm med frekvens 160 /minut, blodtryck 160/100 mmHg.

Ett EKG är taget som visar ett förmaksflimmer. Du planerar inläggning fastande för DC-konvertering. Anna tycker det är besvärande med den snabba hjärtrytmen.

Vilket läkemedel är förstahandsval för att sänka hjärtfrekvensen nu på denna patient?

- A. Verapamil
 - ✓B. Metoprolol
 - C. Amiodaron
 - D. Dronedaron
 - E. Digoxin
-

Question #: 10

Anna, 78 år är frisk sedan tidigare. Hon kommer nu till akutmottagningen på grund av hög puls som började för två timmar sedan.

I status noterar du en snabb hjärtrytm med frekvens 160 /minut, blodtryck 160/100 mmHg.

Ett EKG är taget som visar ett förmaksflimmer. Du planerar inläggning fastande för DC-konvertering. Anna tycker det är besvärande med den snabba hjärtrytmen.

Du ordinerar 5 mg metoprolol intravenöst och får ner Annas hjärtfrekvens till cirka 80 slag per minut.

Du utför DC-konvertering på Anna men tyvärr recidiverar förmaksflimmret omgående efter konverteringen. Du berättar för Anna att hon har ett kroniskt förmaksflimmer men att det går bra att leva med.

Du funderar om Anna behöver profylax mot embolisk stroke och räknar ut Annas CHA₂DS₂-VASc score som blir 3.

Vad står H i CHA₂DS₂-VASc för?

- A. Hemorrhagi
 - B. Hereditet för hjärt-kärl sjukdom
 - C. Hyperthyreos
 - ✓D. Hypertoni
 - E. Hyperkolesterolemi
-

Question #: 11

Anna, 78 år är frisk sedan tidigare. Hon kommer nu till akutmottagningen på grund av hög puls som började för två timmar sedan.

I status noterar du en snabb hjärtrytm med frekvens 160 /minut, blodtryck 160/100 mmHg.

Ett EKG är taget som visar ett förmaksflimmer. Du planerar inläggning fastande för DC-konvertering. Anna tycker det är besvärande med den snabba hjärtrytmen.

Du ordinerar 5 mg metoprolol intravenöst och får ner Annas hjärtfrekvens till cirka 80 slag per minut.

Du utför DC-konvertering på Anna men tyvärr recidiverar förmaksflimmret omgående efter konverteringen. Du berättar för Anna att hon har ett kroniskt förmaksflimmer men att det går bra att leva med.

Du funderar om Anna behöver profylax mot embolisk stroke och räknar ut Annas CHA₂DS₂-VAsc score som blir 3.

Du beslutar därför att sätta in profylax mot tromboembolier.

Vilket läkemedel väljer du som förstahandsval?

- A. Apixaban
 - B. Ticagrelor
 - C. Acetylsalicylsyra
 - D. Dalteparin
 - E. Clopidogrel
-

Question #: 12

Anna, 78 år är frisk sedan tidigare. Hon kommer nu till akutmottagningen på grund av hög puls som började för två timmar sedan.

I status noterar du en snabb hjärtrytm med frekvens 160 /minut, blodtryck 160/100 mmHg.

Ett EKG är taget som visar ett förmaksflimmer. Du planerar inläggning fastande för DC-konvertering. Anna tycker det är besvärande med den snabba hjärtrytmen.

Du ordinerar 5 mg metoprolol intravenöst och får ner Annas hjärtfrekvens till cirka 80 slag per minut.

Du utför DC-konvertering på Anna men tyvärr reciderar förmaksflimmret omgående efter konverteringen. Du berättar för Anna att hon har ett kroniskt förmaksflimmer men att det går bra att leva med.

Du funderar om Anna behöver profylax mot embolisk stroke och räknar ut Annas CHA₂DS₂-VAsc score som blir 3.

Du beslutar därför att sätta in profylax mot tromboembolier.

Du skriver ut T. apixaban 5 mg ×2 som profylax mot embolisk stroke och meddelar antikoagulantiamottagningen på ditt sjukhus.

Vid återbesök tre månader senare så noterar du att Annas B-Hb har sjunkit från 128 g/L till 92 g/L (referens 117-153) samt att S-Ferritin är <6 µg/L (referens 10-150). Anna är trött men förnekar andra symtom.

Hur bör du fortsatt utreda henne nu?

- A. Beställa prov för fekal Hb
 - ✓B. Skriva remiss för gastroskopi och koloskopi
 - C. Skriva remiss till hematolog för vidare utredning
 - D. Skriva remiss till kvinnokliniken för gynekologisk undersökning
 - E. Skriva remiss för datortomografi buk
-

Question #: 13

Anna, 78 år är frisk sedan tidigare. Hon kommer nu till akutmottagningen på grund av hög puls som började för två timmar sedan.

I status noterar du en snabb hjärtrytm med frekvens 160 /minut, blodtryck 160/100 mmHg.

Ett EKG är taget som visar ett förmaksflimmer. Du planerar inläggning fastande för DC-konvertering. Anna tycker det är besvärande med den snabba hjärtrytmen.

Du ordinerar 5 mg metoprolol intravenöst och får ner Annas hjärtfrekvens till cirka 80 slag per minut.

Du utför DC-konvertering på Anna men tyvärr reciderar förmaksflimmret omgående efter konverteringen. Du berättar för Anna att hon har ett kroniskt förmaksflimmer men att det går bra att leva med.

Du funderar om Anna behöver profylax mot embolisk stroke och räknar ut Annas CHA₂DS₂-VASc score som blir 3.

Du beslutar därför att sätta in profylax mot tromboembolier.

Du skriver ut T. apixaban 5 mg ×2 som profylax mot embolisk stroke och meddelar antikoagulantiamottagningen på ditt sjukhus.

Vid återbesök tre månader senare så noterar du att Annas B-Hb har sjunkit från 128 g/L till 92 g/L (referens 117-153) samt att S-Ferritin är <6 µg/L (referens 10-150). Anna är trött men förnekar andra symtom.

Du beställer både gastroskopi och koloskopi. Koloskopiundersökningen var normal men gastroskopiundersökningen påvisar en bild som vid kronisk atrofisk gastrit med intestinal metaplasi.

Vilken är den vanligaste orsaken till detta fynd vid gastroskopi?

- A. Långvarig medicinering med protonpumpshämmare
 - B. Överkonsumtion av NSAID
 - ✓C. *Helicobacter pylori*-infektion
 - D. Celiaki
 - E. Autoimmun gastrit
-

Question #: 14

Anna, 78 år är frisk sedan tidigare. Hon kommer nu till akutmottagningen på grund av hög puls som började för två timmar sedan.

I status noterar du en snabb hjärtrytm med frekvens 160 /minut, blodtryck 160/100 mmHg.

Ett EKG är taget som visar ett förmaksflimmer. Du planerar inläggning fastande för DC-konvertering. Anna tycker det är besvärande med den snabba hjärtrytmen.

Du ordinerar 5 mg metoprolol intravenöst och får ner Annas hjärtfrekvens till cirka 80 slag per minut.

Du utför DC-konvertering på Anna men tyvärr reciderar förmaksflimmret omgående efter konverteringen. Du berättar för Anna att hon har ett kroniskt förmaksflimmer men att det går bra att leva med.

Du funderar om Anna behöver profylax mot embolisk stroke och räknar ut Annas CHA₂DS₂-VAsc score som blir 3.

Du beslutar därför att sätta in profylax mot tromboembolier.

Du skriver ut T. apixaban 5 mg ×2 som profylax mot embolisk stroke och meddelar antikoagulantiamottagningen på ditt sjukhus.

Vid återbesök tre månader senare så noterar du att Annas B-Hb har sjunkit från 128 g/L till 92 g/L (referens 117-153) samt att S-Ferritin är <6 µg/L (referens 10-150). Anna är trött men förnekar andra symtom.

Du beställer både gastroskopi och koloskopi. Koloskopiundersökningen var normal men

gastroskopiundersökningen påvisar en bild som vid kronisk atrofisk gastrit med intestinal metaplasi.

Du misstänker *Helicobacter pylori*-infektion.

Vilket av nedanstående test fungerar INTE för att påvisa pågående infektion med *Helicobacter pylori*?

- ✓A. *Helicobacter pylori* serologi
 - B. *Helicobacter pylori* odling
 - C. Urea utandningstest
 - D. Fekalt *Helicobacter pylori* antigenest
 - E. CLO test
-

Question #: 15

Anna, 78 år är frisk sedan tidigare. Hon kommer nu till akutmottagningen på grund av hög puls som började för två timmar sedan.

I status noterar du en snabb hjärtrytm med frekvens 160 /minut, blodtryck 160/100 mmHg.

Ett EKG är taget som visar ett förmaksflimmer. Du planerar inläggning fastande för DC-konvertering. Anna tycker det är besvärande med den snabba hjärtrytmen.

Du ordinerar 5 mg metoprolol intravenöst och får ner Annas hjärtfrekvens till cirka 80 slag per minut.

Du utför DC-konvertering på Anna men tyvärr reciderar förmaksflimmret omgående efter konverteringen. Du berättar för Anna att hon har ett kroniskt förmaksflimmer men att det går bra att leva med.

Du funderar om Anna behöver profylax mot embolisk stroke och räknar ut Annas CHA₂DS₂-VASc score som blir 3.

Du beslutar därför att sätta in profylax mot tromboembolier.

Du skriver ut T. apixaban 5 mg ×2 som profylax mot embolisk stroke och meddelar antikoagulantiamottagningen på ditt sjukhus.

Vid återbesök tre månader senare så noterar du att Annas B-Hb har sjunkit från 128 g/L till 92 g/L (referens 117-153) samt att S-Ferritin är <6 µg/L (referens 10-150). Anna är trött men förnekar andra symtom.

Du beställer både gastroskopi och koloskopi. Koloskopiundersökningen var normal men

gastroskopiundersökningen påvisar en bild som vid kronisk atrofisk gastrit med intestinal metaplasi.

Du misstänker *Helicobacter pylori*-infektion och sätter in behandling för det.

Anna kommer några veckor senare till akuten på grund av yrsel och nedsatt allmäntillstånd samt uppger svart avföring. Akut Hb visar 56 g/L (referens 117-153), hennes blodtryck är 100/60 mmHg och puls 120 /minut.

Förutom gastroskopi, vilken annan diagnostik är mest fördelaktig att välja i denna situation?

- A. Datortomografi buk med angiografi
 - B. Positronemissionstomografi-datortomografi buk
 - C. Magnetkameraundersökning av tunntarmen
 - D. Leukocytsintigrafi
 - E. Kapselendoskopi
-

Question #: 16

En 56-årig kvinna kommer till akutmottagningen. Hon har haft besvär med andfåddhet en längre tid, men andningen har nu försämrats efter en kraftig förkylning med hosta och feber 39,5° C. Hon har rökt sedan ungdomen och behandlas för hypertoni.

Status:

Allmäntillstånd: Är påverkad, har hosta. Inga benödem, andningsfrekvens 28 /minut.

Cor: Regelbunden rytm, 120 /minut.

Pulm: Nedsatta andningsljud dorsalt och lateralt höger sida med dämpad perkussionston, något förlängt expirium.

Blodtryck: 160/90 mmHg.

Laboratorieprover (referensvärden):

P-CRP 207 mg/L (<3)

B-Hb 120 g/L (117-153)

B-LPK $16 \times 10^9/L$ (3,5-8,8)

B-TPK $390 \times 10^9/L$ (165-387)

Vilken diagnos är mest trolig?

- A. Akut skov av SLE
 - ✓B. Pneumoni
 - C. Lungfibros
 - D. Viros
 - E. Lungemboli
-

Question #: 17

En 56-årig kvinna kommer till akutmottagningen. Hon har haft besvär med andfåddhet en längre tid, men andningen har nu försämrats efter en kraftig förkylning med hosta och feber 39,5° C. Hon har rökt sedan ungdomen och behandlas för hypertoni.

Status:

Allmäntillstånd: Är påverkad, har hosta. Inga benödem, andningsfrekvens 28 /minut.

Cor: Regelbunden rytm, 120 /minut.

Pulm: Nedsatta andningsljud dorsalt och lateralt höger sida med dämpad perkussionston, något förlängt expirium.

Blodtryck: 160/90 mmHg.

Laboratorieprover (referensvärden):

P-CRP 207 mg/L (<3)

B-Hb 120 g/L (117-153)

B-LPK $16 \times 10^9/L$ (3,5-8,8)

B-TPK $390 \times 10^9/L$ (165-387)

Du bedömer att hon mest troligt har en pneumoni. Hon är allmänpåverkad och du behöver bedöma svårighetsgraden mer i detalj.

Vilken kompletterande undersökning är bäst för att snabbt ge avgörande information om tillståndets svårighetsgrad?

- A. D-dimer
 - ✓B. Pulsoxymetri
 - C. EKG
 - D. IGRA-test
 - E. NT-pro-BNP
-

Question #: 18

En 56-årig kvinna kommer till akutmottagningen. Hon har haft besvär med andfåddhet en längre tid, men andningen har nu försämrats efter en kraftig förkylning med hosta och feber 39,5° C. Hon har rökt sedan ungdomen och behandlas för hypertoni.

Status:

Allmäntillstånd: Är påverkad, har hosta. Inga benödem, andningsfrekvens 28 /minut.

Cor: Regelbunden rytm, 120 /minut.

Pulm: Nedsatta andningsljud dorsalt och lateralt höger sida med dämpad perkussionston, något förlängt expirium.

Blodtryck: 160/90 mmHg.

Laboratorieprover (referensvärden):

P-CRP 207 mg/L (<3)

B-Hb 120 g/L (117-153)

B-LPK $16 \times 10^9/L$ (3,5-8,8)

B-TPK $390 \times 10^9/L$ (165-387)

Du bedömer att hon mest troligt har en pneumoni. Hon är allmänpåverkad och du behöver bedöma svårighetsgraden mer i detalj.

Hon är andningspåverkad och har oxygensaturation 91%.

Vilken undersökning är nu mest motiverad för att ställa diagnos?

- A. NT-pro-BNP
 - B. Positronemissionstomografi/datortomografi thorax
 - ✓C. Lungröntgen
 - D. Artärblodgas
 - E. Autoantikroppsanalys
-

Question #: 19

En 56-årig kvinna kommer till akutmottagningen. Hon har haft besvär med andfåddhet en längre tid, men andningen har nu försämrats efter en kraftig förkylning med hosta och feber 39,5° C. Hon har rökt sedan ungdomen och behandlas för hypertoni.

Status:

Allmäntillstånd: Är påverkad, har hosta. Inga benödem, andningsfrekvens 28 /minut.

Cor: Regelbunden rytm, 120 /minut.

Pulm: Nedsatta andningsljud dorsalt och lateralt höger sida med dämpad perkussionston, något förlängt expirium.

Blodtryck: 160/90 mmHg.

Laboratorieprover (referensvärden):

P-CRP 207 mg/L (<3)

B-Hb 120 g/L (117-153)

B-LPK $16 \times 10^9/L$ (3,5-8,8)

B-TPK $390 \times 10^9/L$ (165-387)

Du bedömer att hon mest troligt har en pneumoni. Hon är allmänpåverkad och du behöver bedöma svårighetsgraden mer i detalj.

Hon är andningspåverkad och har oxygensaturation 91%.

Du beställer en lungröntgen som visar pneumoniska förändringar höger underlob. Patienten ska läggas in för antibiotikabehandling.

Med anledning av anamnes och status, vilket av nedanstående tillstånd bör man även misstänka hos patienten?

- A. Lungfibros
 - B. Pulmonell arteriell hypertension
 - C. Lungemboli
 - D. Hjärtsvikt
 - ✓E. Kroniskt obstruktiv lungsjukdom
-

Question #: 20

En 56-årig kvinna kommer till akutmottagningen. Hon har haft besvär med andfåddhet en längre tid, men andningen har nu försämrats efter en kraftig förkylning med hosta och feber 39,5° C. Hon har rökt sedan ungdomen och behandlas för hypertoni.

Status:

Allmäntillstånd: Är påverkad, har hosta. Inga benödem, andningsfrekvens 28 /minut.

Cor: Regelbunden rytm, 120 /minut.

Pulm: Nedsatta andningsljud dorsalt och lateralt höger sida med dämpad perkussionston, något förlängt expirium.

Blodtryck: 160/90 mmHg.

Laboratorieprover (referensvärden):

P-CRP 207 mg/L (<3)

B-Hb 120 g/L (117-153)

B-LPK $16 \times 10^9/L$ (3,5-8,8)

B-TPK $390 \times 10^9/L$ (165-387)

Du bedömer att hon mest troligt har en pneumoni. Hon är allmänpåverkad och du behöver bedöma svårighetsgraden mer i detalj.

Hon är andningspåverkad och har oxygensaturation 91%.

Du beställer en lungröntgen som visar pneumoniska förändringar höger underlob. Patienten ska läggas in för antibiotikabehandling.

Med anledning av anamnes och status, så misstänker du att patienten även har en kroniskt obstruktiv lungsjukdom.

Vilket metod är mest motiverad för att bekräfta misstanken om detta tillstånd?

- A. Datortomografi-angiografi thorax
 - ✓B. Spirometri
 - C. Utförlig anamnes
 - D. High-resolution datortomografi thorax
 - E. PEF-kurvor
-

Question #: 21

Du kallas till barnbördsavdelningen (BB) för att undersöka ett nyfött barn som är ”spröttigt”. I status noteras att barnet är piggt och i övrigt välmående men har kraftiga reflexer och har lite skakningar i extremiteterna.

Vilken av följande differentialdiagnoser är den mest troliga förklaringen till symptomen?

- ✓A. Hypoglykemi
 - B. Status epilepticus
 - C. Kefalhematom
 - D. D-vitaminbrist
 - E. Immunisering
-

Question #: 22

Du kallas till barnbördsavdelningen (BB) för att undersöka ett nyfött barn som är "sprittigt". I status noteras att barnet är piggt och i övrigt välmående men har kraftiga reflexer och har lite skakningar i extremiteterna.

Den mest troliga orsaken till barnets symptom är hypoglykemi.

Det är en fullgången pojke (39 v + 2 dagar), födelsevikt 4700 g, född för 6 timmar sedan med en normal, vaginal förlossning. Blodglukos uppmäts till 1,7 mmol/L.

Vilken av följande riskfaktorer är viktigast att ta reda på?

- A. Har mamman haft preeklampsi?
 - B. När gick fostervattnet?
 - ✓C. Har mamman diabetes?
 - D. Har mamman hyperthyreos?
 - E. När åt mamman senast?
-

Question #: 23

Du kallas till barnbördsavdelningen (BB) för att undersöka ett nyfött barn som är "sprittigt". I status noteras att barnet är piggt och i övrigt välmående men har kraftiga reflexer och har lite skakningar i extremiteterna.

Den mest troliga orsaken till barnets symptom är hypoglykemi.

Det är en fullgången pojke (39 v + 2 dagar), födelsevikt 4700 g, född för 6 timmar sedan med en normal, vaginal förlossning. Blodglukos uppmäts till 1,7 mmol/L.

Mamman har graviditetsdiabetes som har behandlats med insulin.

Vilken är mekanismen som förklarar att barnet har hög risk för neonatal hypoglykemi när mamman har diabetes?

- A. Låga glykogendepåer hos barnet
 - B. Otillräcklig överföring av glukos från mamman till barnet via placentan
 - ✓C. Hög endogen insulinproduktion hos barnet
 - D. Insulin överfört från mamman till barnet via placentan
 - E. Låg endogen kortisolproduktion hos barnet
-

Question #: 24

Du kallas till barnbördsavdelningen (BB) för att undersöka ett nyfött barn som är "sprittigt". I status noteras att barnet är piggt och i övrigt välmående men har kraftiga reflexer och har lite skakningar i extremiteterna.

Den mest troliga orsaken till barnets symptom är hypoglykemi.

Det är en fullgången pojke (39 v + 2 dagar), födelsevikt 4700 g, född för 6 timmar sedan med en normal, vaginal förlossning. Blodglukos uppmäts till 1,7 mmol/L.

Mamman har graviditetsdiabetes som har behandlats med insulin.

Barnets låga blodglukos kan förklaras av en hög endogen insulinproduktion hos barnet.

Förutom nyckelrollen i glukosmetabolismen, vilken roll spelar fostrets endogena insulin främst under fetalperioden?

- A. Säkerställer transporten av syrgas
 - B. Reglerar vätskebalansen
 - ✓C. Viktig tillväxtfaktor
 - D. Styr gonadernas utveckling
 - E. Stabiliserar DNA
-

Question #: 25

Du kallas till barnbördsavdelningen (BB) för att undersöka ett nyfött barn som är "sprittigt". I status noteras att barnet är piggt och i övrigt välmående men har kraftiga reflexer och har lite skakningar i extremiteterna.

Den mest troliga orsaken till barnets symptom är hypoglykemi.

Det är en fullgången pojke (39 v + 2 dagar), födelsevikt 4700 g, född för 6 timmar sedan med en normal, vaginal förlossning. Blodglukos uppmäts till 1,7 mmol/L.

Mamman har graviditetsdiabetes som har behandlats med insulin.

Barnets låga blodglukos kan förklaras av en hög endogen insulinproduktion hos barnet.

Eftersom mamman hade graviditetsdiabetes, har barnet redan från början fått amning och tillmatning och blodglukoskontroller har utförts.

Nu när barnet vid 6 timmars ålder har utvecklat en symptomatisk hypoglykemi med plasmaglukos 1,7 mmol/l, vilken åtgärd är mest lämplig (i kombination med fortsatt tillmatning)?

- ✓A. Buccal glukosgel
 - B. Glukosdropp
 - C. Glukagoninjektion
 - D. Öka mängden tillmatning
 - E. Öka amningsfrekvensen
-

Question #: 26

Anders, 47 år, arbetar som arkitekt, är gift och sammanboende med Stina, 42 år. De har tre barn; 17, 14 och 6 år gamla, som alla bor hemma. Anders ringer hälsocentralen på förmiddagen den 3:e maj 2019, och önskar förnyat recept på sömnmedel för sina sömnbesvär. Sköterskan som tar emot samtalet säger att hon ”ska höra med doktorn”. Anders påpekar att han vill ha receptet redan idag –tablettarna är slut sedan ett par dagar och han har därför inte kunnat sova alls de senaste nätterna.

Du är den läkare som blir tillfrågad av sköterskan, och du öppnar Anders journal. Du ser då att han vid tre tidigare tillfällen under 2019 fått utskrivet tablett T. zopiklon. Senast fick han recept med ordination: ”En tablett till kvällen för sömn”, ett uttag på 100 tabletter à 7,5 mg den 4:e april 2019. Du ser också i journalen att Anders senast gjorde läkarbesök på hälsocentralen för drygt 3 år sedan. Han hade då, februari 2016, värk i axlar och nacke och fick råd om att använda T. ibuprofen, få behandling hos en fysioterapeut, samt 2 veckors sjukskrivning under diagnos myalgi.

Vad är bästa handläggningen nu?

- ✓A. Be sköterskan meddela Anders att ingen ytterligare förskrivning av sömnmedel kommer att ske från hälsocentralen utan att han träffat läkare för undersökning
 - B. Skriva recept på T. zolpidem 10 mg ”En tablett till kvällen för sömn”, 100 st
 - C. Förnya receptet T. zopiklon 7,5 mg
 - D. Skriva recept på T. flunitrazepam 1 mg ”En tablett till kvällen för sömn”, 50 st
 - E. Förnya receptet T. zopiklon 7,5 mg ”En tablett till kvällen för sömn”, 100 st
-

Question #: 27

Anders, 47 år, arbetar som arkitekt, är gift och sammanboende med Stina, 42 år. De har tre barn; 17, 14 och 6 år gamla, som alla bor hemma. Anders ringer hälsocentralen på förmiddagen den 3:e maj 2019, och önskar förnyat recept på sömnmedel för sina sömnbesvär. Sköterskan som tar emot samtalet säger att hon ”ska höra med doktorn”. Anders påpekar att han vill ha receptet redan idag –tabletterna är slut sedan ett par dagar och han har därför inte kunnat sova alls de senaste nätterna.

Du är den läkare som blir tillfrågad av sköterskan, och du öppnar Anders journal. Du ser då att han vid tre tidigare tillfällen under 2019 fått utskrivet tablett T. zopiklon. Senast fick han recept med ordination: ”En tablett till kvällen för sömn”, ett uttag på 100 tabletter à 7,5 mg den 4:e april 2019. Du ser också i journalen att Anders senast gjorde läkarbesök på hälsocentralen för drygt 3 år sedan. Han hade då, februari 2016, värk i axlar och nacke och fick råd om att använda T. ibuprofen, få behandling hos en fysioterapeut, samt 2 veckors sjukskrivning under diagnos myalgi.

Eftersom zolpidem, zopiklon och flunitrazepam är läkemedel avsedda för tillfälligt bruk, och eftersom risk för tillvänjning föreligger avstår du från att skriva något recept. Sköterskan ringer Anders och berättar att han måste komma på ett läkarbesök först. Anders blir då upprörd och säger att om han inte får sömntabletterna idag så kommer han inte alls att kunna sova i natt, och då kan han inte gå till jobbet imorgon. Därför måste han få en sjukskrivning (på grund av upprepad korttidsfrånvaro har Anders ett krav från arbetsgivaren om sjukskrivning av läkare från första dagen i sjukperioden). Alla akuttider på vårdcentralen är slut, och klockan är redan 15.45.

Vad är bästa handläggning nu?

- A. Förnyar recept på T. zopiklon 7,5 mg ”En tablett till kvällen för sömn”, 30 st
 - ✓B. Be sköterskan meddela Anders att han bör boka en läkartid för undersökning så snart som möjligt, men skriver inget recept och skriver inget sjukintyg
 - C. Skriver ett sjukintyg till Försäkringskassan under diagnos ”Insomnia” (G470) hel sjukskrivning, 2019.05.04 –2019.06.03
 - D. Skriver recept på T. zolpidem 10 mg ”En tablett till kvällen för sömn”, 30 st
 - E. Förnyar recept på T. zopiklon, men väljer styrkan 5 mg ”En tablett till kvällen för sömn”, 30 st
-

Question #: 28

Anders, 47 år, arbetar som arkitekt, är gift och sammanboende med Stina, 42 år. De har tre barn; 17, 14 och 6 år gamla, som alla bor hemma. Anders ringer hälsocentralen på förmiddagen den 3:e maj 2019, och önskar förnyat recept på sömnmedel för sina sömnbesvär. Sköterskan som tar emot samtalet säger att hon ”ska höra med doktorn”. Anders påpekar att han vill ha receptet redan idag –tabletterna är slut sedan ett par dagar och han har därför inte kunnat sova alls de senaste nätterna.

Du är den läkare som blir tillfrågad av sköterskan, och du öppnar Anders journal. Du ser då att han vid tre tidigare tillfällen under 2019 fått utskrivet tablett T. zopiklon. Senast fick han recept med ordination: ”En tablett till kvällen för sömn”, ett uttag på 100 tabletter à 7,5 mg den 4:e april 2019. Du ser också i journalen att Anders senast gjorde läkarbesök på hälsocentralen för drygt 3 år sedan. Han hade då, februari 2016, värk i axlar och nacke och fick råd om att använda T. ibuprofen, få behandling hos en fysioterapeut, samt 2 veckors sjukskrivning under diagnos myalgi.

Eftersom zolpidem, zopiklon och flunitrazepam är läkemedel avsedda för tillfälligt bruk, och eftersom risk för tillvänjning föreligger avstår du från att skriva något recept. Sköterskan ringer Anders och berättar att han måste komma på ett läkarbesök först. Anders blir då upprörd och säger att om han inte får sömntabletterna idag så kommer han inte alls att kunna sova i natt, och då kan han inte gå till jobbet imorgon. Därför måste han få en sjukskrivning (på grund av upprepad korttidsfrånvaro har Anders ett krav från arbetsgivaren om sjukskrivning av läkare från första dagen i sjukperioden). Alla akuttider på vårdcentralen är slut, och klockan är redan 15.45. Eftersom sjukskrivning för en för patienten ny diagnos utan personlig undersökning bör undvikas, och eftersom Anders uppenbarligen kraftigt överförbrukat tidigare utskrivet zopiklon väljer du att be honom boka en snar tid till läkare, och utfärdar varken recept eller sjukskrivning.

Anders har tur och får på grund av ett återbud en tid hos dig redan nästa dag. Han är ganska irriterad och tycker att servicen på hälsocentralen är jättedålig, och att du är en okunnig och osmidig läkare som inte bara skriver ut den sömnmedicin som han behöver för att kunna sova på nätterna och jobba på dagarna.

Vilket svar till Anders är bäst?

- A. Att du hade en ”dålig dag” igår, och ska försöka bättra dig
 - ✓B. Att sömnstörningar kan ha många olika orsaker och du vill utreda vad som ligger bakom sömnproblemet i hans fall
 - C. Att han har rätt att byta hälsocentral om han så önskar
 - D. Att sömnproblem alltid går över av sig själv efter några dagar
 - E. Att du inte bedömer sömnproblem som särskilt allvarliga eller viktiga att behandla
-

Question #: 29

Anders, 47 år, arbetar som arkitekt, är gift och sammanboende med Stina, 42 år. De har tre barn; 17, 14 och 6 år gamla, som alla bor hemma. Anders ringer hälsocentralen på förmiddagen den 3:e maj 2019, och önskar förnyat recept på sömnmedel för sina sömnbesvär. Sköterskan som tar emot samtalet säger att hon ”ska höra med doktorn”. Anders påpekar att han vill ha receptet redan idag –tablettorna är slut sedan ett par dagar och han har därför inte kunnat sova alls de senaste nätterna.

Du är den läkare som blir tillfrågad av sköterskan, och du öppnar Anders journal. Du ser då att han vid tre tidigare tillfällen under 2019 fått utskrivet tablett T. zopiklon. Senast fick han recept med ordination: ”En tablett till kvällen för sömn”, ett uttag på 100 tabletter à 7,5 mg den 4:e april 2019. Du ser också i journalen att Anders senast gjorde läkarbesök på hälsocentralen för drygt 3 år sedan. Han hade då, februari 2016, värk i axlar och nacke och fick råd om att använda T. ibuprofen, få behandling hos en fysioterapeut, samt 2 veckors sjukskrivning under diagnos myalgi.

Eftersom zolpidem, zopiklon och flunitrazepam är läkemedel avsedda för tillfälligt bruk, och eftersom risk för tillvänjning föreligger avstår du från att skriva något recept. Sköterskan ringer Anders och berättar att han måste komma på ett läkarbesök först. Anders blir då upprörd och säger att om han inte får sömntablettorna idag så kommer han inte alls att kunna sova i natt, och då kan han inte gå till jobbet imorgon. Därför måste han få en sjukskrivning (på grund av upprepad korttidsfrånvaro har Anders ett krav från arbetsgivaren om sjukskrivning av läkare från första dagen i sjukperioden). Alla akuttider på vårdcentralen är slut, och klockan är redan 15.45. Eftersom sjukskrivning för en för patienten ny diagnos utan personlig undersökning bör undvikas, och eftersom Anders uppenbarligen kraftigt överförbrukat tidigare utskrivet zopiklon väljer du att be honom boka en snar tid till läkare, och utfärdar varken recept eller sjukskrivning.

Anders har tur och får på grund av ett återbud en tid hos dig redan nästa dag. Han är ganska irriterad och tycker att servicen på hälsocentralen är jättedålig, och att du är en okunnig och osmidig läkare som inte bara skriver ut den sömnmedicin som han behöver för att kunna sova på nätterna och jobba på dagarna.

Du berättar för Anders att sömnstörningar kan ha många olika orsaker och att du vill utreda vad som ligger bakom sömnproblemet i hans fall. Anders lugnar ner sig och det blir möjligt för er att föra ett samtal.

Av följande fem alternativ är fyra viktiga att utreda, medan ett är mindre viktigt. Ange det MINST viktiga alternativet!

- A. Om hur Anders sömn/vakenhetsmönster ser ut nu, och hur det sett ut tidigare under åren
 - B. Om Anders har nära släktingar med sömnproblem
 - C. Om Anders har god ”sömnhygien” (svalt i sovrummet, aktiviteter innan sänggåendet)
 - D. Om hur Anders alkoholvanor är
 - E. Om Anders lider av depression
-

Question #: 30

Anders, 47 år, arbetar som arkitekt, är gift och sammanboende med Stina, 42 år. De har tre barn; 17, 14 och 6 år gamla, som alla bor hemma. Anders ringer hälsocentralen på förmiddagen den 3:e maj 2019, och önskar förnyat recept på sömnmedel för sina sömnbesvär. Sköterskan som tar emot samtalet säger att hon ”ska höra med doktorn”. Anders påpekar att han vill ha receptet redan idag –tablettorna är slut sedan ett par dagar och han har därför inte kunnat sova alls de senaste nätterna.

Du är den läkare som blir tillfrågad av sköterskan, och du öppnar Anders journal. Du ser då att han vid tre tidigare tillfällen under 2019 fått utskrivet tablett T. zopiklon. Senast fick han recept med ordination: ”En tablett till kvällen för sömn”, ett uttag på 100 tabletter à 7,5 mg den 4:e april 2019. Du ser också i journalen att Anders senast gjorde läkarbesök på hälsocentralen för drygt 3 år sedan. Han hade då, februari 2016, värk i axlar och nacke och fick råd om att använda T. ibuprofen, få behandling hos en fysioterapeut, samt 2 veckors sjukskrivning under diagnos myalgi.

Eftersom zolpidem, zopiklon och flunitrazepam är läkemedel avsedda för tillfälligt bruk, och eftersom risk för tillvänjning föreligger avstår du från att skriva något recept. Sköterskan ringer Anders och berättar att han måste komma på ett läkarbesök först. Anders blir då upprörd och säger att om han inte får sömntablettorna idag så kommer han inte alls att kunna sova i natt, och då kan han inte gå till jobbet imorgon. Därför måste han få en sjukskrivning (på grund av upprepad korttidsfrånvaro har Anders ett krav från arbetsgivaren om sjukskrivning av läkare från första dagen i sjukperioden). Alla akuttider på vårdcentralen är slut, och klockan är redan 15.45. Eftersom sjukskrivning för en för patienten ny diagnos utan personlig undersökning bör undvikas, och eftersom Anders uppenbarligen kraftigt överförbrukat tidigare utskrivet zopiklon väljer du att be honom boka en snar tid till läkare, och utfärdar varken recept eller sjukskrivning.

Anders har tur och får på grund av ett återbud en tid hos dig redan nästa dag. Han är ganska irriterad och tycker att servicen på hälsocentralen är jättedålig, och att du är en okunnig och osmidig läkare som inte bara skriver ut den sömnmedicin som han behöver för att kunna sova på nätterna och jobba på dagarna.

Du berättar för Anders att sömnstörningar kan ha många olika orsaker och att du vill utreda vad som ligger bakom sömnproblemet i hans fall. Anders lugnar ner sig och det blir möjligt för er att föra ett samtal.

Depression, alkoholöverkonsumtion, förekomst av sömnstörande beteenden är, liksom sömnanamnes viktiga inslag i denna konsultation, medan eventuell ärftlighet är mindre viktigt.

Hur gör du för att undersöka Anders alkoholvanor?

- A. Du gör ett utandningstest med en Alkometer
 - B. Du ursäktar dig för ”akutärende” och går till ett annat rum och ringer Anders arbetsgivare och frågar om man noterat alkoholproblem
 - ✓C. Du intervjuar Anders med stöd av formuläret AUDIT.
 - D. Du beställer prov för s-etanol
 - E. Du gör ett neurologiskt status och noterar eventuell förekomst av finvågig tremor och perifer polyneuropati
-