

Kliniska case – Kunskapsprovet för läkare utbildade utanför
EU 2020-02-10

Question #: 1

Du träffar Anders född -78 på hälsocentralen där du arbetar. Anders är bokad på en akuttid, på grund av ”ont i ryggen”. Du känner Anders sedan tidigare, ni har träffats i samband med enklare åkommor. Anders är tidigare frisk. Du ser i journalen att Anders genom åren sökt för ryggsmärta vid två tidigare tillfällen.

När du ser Anders i väntrummet är det tydligt att han har mycket ont. Han står upp och det förefaller göra ont när han långsamt går till mottagningsrummet. Väl i mottagningsrummet vill han helst fortsätta att stå, det gör ännu mera ont när han sitter ned. Anders berättar att det ”smälde till” i ryggen igår när han lyfte en flicka på förskolan. Han har knappt sovit alls i natt på grund av smärtan. Varje rörelse gör ont, ligger han helt stilla går det bra. Det värsta är smärtan som går ner genom vänster ben ut i foten, smärtan sträcker sig från baksidan av låret vidare mot utsidan av underbenet och foten.

Du gör ett utförligt rygg- och neurologstatus och finner följande avvikande fynd: Nedsatt flexion, sidoflexion och rotation av rygg. Nedsatt känsel på utsidan av vänster fot, nedsatt akillesreflex vänster och kan inte stå på tå med vänster fot.

Vilken diagnos är mest sannolik utifrån de uppgifter du redan samlat?

- A. Diskbråck nivå L4/L5
 - ✓B. Diskbråck nivå L5/S1
 - C. Diskbråck nivå L2/L3
 - D. Lumbago
 - E. Lumbago med ischias
-

Question #: 2

Du träffar Anders född -78 på hälsocentralen där du arbetar. Anders är bokad på en akuttid, på grund av "ont i ryggen". Du känner Anders sedan tidigare, ni har träffats i samband med enklare åkommor. Anders är tidigare frisk. Du ser i journalen att Anders genom åren sökt för ryggsmärta vid två tidigare tillfällen.

När du ser Anders i väntrummet är det tydligt att han har mycket ont. Han står upp och det förefaller göra ont när han långsamt går till mottagningsrummet. Väl i mottagningsrummet vill han helst fortsätta att stå, det gör ännu mera ont när han sitter ned. Anders berättar att det "smällde till" i ryggen igår när han lyfte en flicka på förskolan. Han har knappt sovit alls i natt på grund av smärtan. Varje rörelse gör ont, ligger han helt stilla går det bra. Det värsta är smärtan som går ner genom vänster ben ut i foten, smärtan sträcker sig från baksidan av låret vidare mot utsidan av underbenet och foten.

Du gör ett utförligt rygg- och neurologstatus och finner följande avvikande fynd: Nedsatt flexion, sidoflexion och rotation av rygg. Nedsatt känsel på utsidan av vänster fot, nedsatt akillesreflex vänster och kan inte stå på tå med vänster fot.

Utifrån de statusfynd du redan har misstänker du diskbräck på nivå L5/S1 som trycker på vänster S1 nervrot.

Du har tidigare träffat en annan patient som drabbats av Cauda equina-syndrom, där det slutade lyckligt tack vare att du snabbt förstod vad det var frågan om och remitterade till ortopedien akut. Efter denna händelse blev du påmind om hur viktigt det är att fånga upp ryggpatienter särskilt med avseende på Cauda equina symtom.

Vilka symtom är typiska för Cauda equina-syndrom?

- ✓A. Svårighet att känna blåsfyllnad, försämrad kontroll av analsfinktern, känselnedsättning insidan av lår/rumpa
 - B. Urininkontinens, nedsatt kraft i ben/benen och känselnedsättning insida lår/rumpa
 - C. Intensiva smärtor ner i ben/benen, känselnedsättning i smärtande ben/benen, svårighet att känna blåsfyllnad
 - D. Intensiva smärtor i bägge benen, urininkontinens och avföringsinkontinens
 - E. Urininkontinens, domning i ben/benen, känselnedsättning insidan av lår/rumpa
-

Question #: 3

Du träffar Anders född -78 på hälsocentralen där du arbetar. Anders är bokad på en akuttid, på grund av "ont i ryggen". Du känner Anders sedan tidigare, ni har träffats i samband med enklare åkommor. Anders är tidigare frisk. Du ser i journalen att Anders genom åren sökt för ryggsmärta vid två tidigare tillfällen.

När du ser Anders i väntrummet är det tydligt att han har mycket ont. Han står upp och det förefaller göra ont när han långsamt går till mottagningsrummet. Väl i mottagningsrummet vill han helst fortsätta att stå, det gör ännu mera ont när han sitter ned. Anders berättar att det "smällde till" i ryggen igår när han lyfte en flicka på förskolan. Han har knappt sovit alls i natt på grund av smärtan. Varje rörelse gör ont, ligger han helt stilla går det bra. Det värsta är smärtan som går ner genom vänster ben ut i foten, smärtan sträcker sig från baksidan av låret vidare mot utsidan av underbenet och foten.

Du gör ett utförligt rygg- och neurologstatus och finner följande avvikande fynd: Nedsatt flexion, sidoflexion och rotation av rygg. Nedsatt känsel på utsidan av vänster fot, nedsatt akillesreflex vänster och kan inte stå på tå med vänster fot.

Utifrån de statusfynd du redan har misstänker du diskbråck på nivå L5/S1 som trycker på vänster S1 nervrot.

Du har tidigare träffat en annan patient som drabbats av Cauda equina-syndrom, där det slutade lyckligt tack vare att du snabbt förstod vad det var frågan om och remitterade till ortopeden akut. Efter denna händelse blev du påmind om hur viktigt det är att fånga upp ryggpatienter särskilt med avseende på Cauda equina symtom.

De typiska symtomen vid Cauda equina är svårighet att känna blåsfyllnad, försämrad kontroll av analsfinktern och känselnedsättning insida lår/rumpa.

Anders kan tömma blåsan, han har bibehållen analsfinkertonus och känseln på insidan lår/rumpa är intakt, således ingen misstanke om Cauda equina-syndrom.

Eftersom Anders tidigare haft ont i ryggen utvidgar du din anamnes ytterligare. Tänk om det finns något annat bakomliggande? Eftersom Anders är man och ryggbesvären startade innan 40 års ålder frågar du om Anders tidigare ryggvärk haft någon dygnsvariation, exempelvis om den varit som värst på morgonen och blivit bättre under dagen. Du frågar också om han har haft besvär av smärtor över stora muskelfästen som till exempel axel, häl eller höft.

Vilken möjlig bakomliggande diagnos eftersökes med dessa frågor?

- ✓A. Mb Bechterew
 - B. Osteomalaci
 - C. Mb Scheuermann
 - D. Mb Paget
 - E. Osteoporos
-

Question #: 4

Du träffar Anders född -78 på hälsocentralen där du arbetar. Anders är bokad på en akuttid, på grund av "ont i ryggen". Du känner Anders sedan tidigare, ni har träffats i samband med enklare åkommor. Anders är tidigare frisk. Du ser i journalen att Anders genom åren sökt för ryggsmärta vid två tidigare tillfällen.

När du ser Anders i väntrummet är det tydligt att han har mycket ont. Han står upp och det förefaller göra ont när han långsamt går till mottagningsrummet. Väl i mottagningsrummet vill han helst fortsätta att stå, det gör ännu mera ont när han sitter ned. Anders berättar att det "smällde till" i ryggen igår när han lyfte en flicka på förskolan. Han har knappt sovit alls i natt på grund av smärtan. Varje rörelse gör ont, ligger han helt stilla går det bra. Det värsta är smärtan som går ner genom vänster ben ut i foten, smärtan sträcker sig från baksidan av låret vidare mot utsidan av underbenet och foten.

Du gör ett utförligt rygg- och neurologstatus och finner följande avvikande fynd: Nedsatt flexion, sidoflexion och rotation av rygg. Nedsatt känsel på utsidan av vänster fot, nedsatt akillesreflex vänster och kan inte stå på tå med vänster fot.

Utifrån de statusfynd du redan har misstänker du diskbräck på nivå L5/S1 som trycker på vänster S1 nervrot.

Du har tidigare träffat en annan patient som drabbats av Cauda equina-syndrom, där det slutade lyckligt tack vare att du snabbt förstod vad det var frågan om och remitterade till ortopeden akut. Efter denna händelse blev du påmind om hur viktigt det är att fånga upp ryggpatienter särskilt med avseende på Cauda equina symtom.

De typiska symtomen vid Cauda equina är svårighet att känna blåsfyllnad, försämrad kontroll av analsfinktern och känselnedsättning insida lår/rumpa.

Anders kan tömma blåsan, han har bibehållen analsfinktertonus och känseln på insidan lår/rumpa är intakt, således ingen misstanke om Cauda equina-syndrom.

Eftersom Anders tidigare haft ont i ryggen utvidgar du din anamnes ytterligare. Tänk om det finns något annat bakomliggande? Eftersom Anders är man och ryggbesvären startade innan 40 års ålder frågar du om Anders tidigare ryggvärk haft någon dygnsvariation. Om den varit som värst på morgonen och blivit bättre under dagen och om han har haft besvär av smärtor över stora muskelfästen som till exempel axel, hül eller höft.

Anders ryggbesvär har tidigare förvärrats över dagen och han har inte haft smärtor över stora muskelfästen. Din misstanke om Mb Bechterew är låg. Om Anders haft Mb Bechterew hade du förväntat dig att besvären skulle vara värst på efternatten/morgonen och förbättras av aktivitet.

Du känner dig säker på att Anders drabbats av diskbräck på nivå L5/S1 och det är tydligt att Anders behöver hjälp med smärtlindring. Anders har i sin anamnes inga allergier eller kontraindikationer för något läkemedel.

Anders tar paracetamol men behöver mer smärtlindring.

Vilken smärtlindring förutom paracetamol bör du ordinera utifrån de symtom Anders har?

- A. NSAID, om otillräcklig effekt tillägg Morfin
 - B. Kodein, om otillräcklig effekt tillägg Diazepam
 - C. Kodein, om otillräcklig effekt tillägg Gabapentin
 - D. NSAID, om otillräcklig effekt tillägg Diazepam
 - ✓E. NSAID, om otillräcklig effekt tillägg Gabapentin
-

Question #: 5

Du träffar Anders född -78 på hälsocentralen där du arbetar. Anders är bokad på en akuttid, på grund av "ont i ryggen". Du känner Anders sedan tidigare, ni har träffats i samband med enklare åkommor. Anders är tidigare frisk. Du ser i journalen att Anders genom åren sökt för ryggsmärta vid två tidigare tillfällen.

När du ser Anders i väntrummet är det tydligt att han har mycket ont. Han står upp och det förefaller göra ont när han långsamt går till mottagningsrummet. Väl i mottagningsrummet vill han helst fortsätta att stå, det gör ännu mera ont när han sitter ned. Anders berättar att det "smällde till" i ryggen igår när han lyfte en flicka på förskolan. Han har knappt sovit alls i natt på grund av smärtan. Varje rörelse gör ont, ligger han helt stilla går det bra. Det värsta är smärtan som går ner genom vänster ben ut i foten, smärtan sträcker sig från baksidan av låret vidare mot utsidan av underbenet och foten.

Du gör ett utförligt rygg- och neurologstatus och finner följande avvikande fynd: Nedsatt flexion, sidoflexion och rotation av rygg. Nedsatt känsel på utsidan av vänster fot, nedsatt akillesreflex vänster och kan inte stå på tå med vänster fot.

Utifrån de statusfynd du redan har misstänker du diskbräck på nivå L5/S1 som trycker på vänster S1 nervrot.

Du har tidigare träffat en annan patient som drabbats av Cauda equina-syndrom, där det slutade lyckligt tack vare att du snabbt förstod vad det var frågan om och remitterade till ortopederna akut. Efter denna händelse blev du påmind om hur viktigt det är att fånga upp ryggpatienter särskilt med avseende på Cauda equina symtom.

De typiska symtomen vid Cauda equina är svårighet att känna blåsfyllnad, försämrad kontroll av analsfinktern och känselnedsättning insida lår/rumpa.

Anders kan tömma blåsan, han har bibehållen analsfinktertonus och känseln på insidan lår/rumpa är intakt, således ingen misstanke om Cauda equina-syndrom.

Eftersom Anders tidigare haft ont i ryggen utvidgar du din anamnes ytterligare. Tänk om det finns något annat bakomliggande? Eftersom Anders är man och ryggbesvären startade innan 40 års ålder frågar du om Anders tidigare ryggvärk haft någon dygnsvariation. Om den varit som värst på morgonen och blivit bättre under dagen och om han har haft besvär av smärtor över stora muskelfästen som till exempel axel, hül eller höft.

Anders ryggbesvär har tidigare förvärrats över dagen och han har inte haft smärtor över stora muskelfästen. Din misstanke om Mb Bechterew är låg. Om Anders haft Mb Bechterew hade du förväntat dig att besvären skulle vara värst på efternatten/morgonen och förbättras av aktivitet.

Du känner dig säker på att Anders drabbats av diskbräck på nivå L5/S1 och det är tydligt att Anders behöver hjälp med smärtlindring. Anders har i sin anamnes inga allergier eller kontraindikationer för något läkemedel.

Utifrån de smärtor Anders har ordinerar du Paracetamol, NSAID och om otillräcklig effekt tillägg av Gabapentin mot nervsmärtor.

Anders undrar över fortsatt radiologisk utredning utifrån de besvär han har idag. Vilket besked bör du ge honom?

- A. Datortomografi ländrygg inom 2 veckor och om patologi vidare utredning med magnetresonanstomografi
 - ✓B. Magnetresonanstomografi ländrygg om 6 veckor om besvären inte blivit bättre
 - C. Akut slätröntgen ländrygg för att utesluta skelettpatologi och magnetresonanstomografi ländrygg om 4 veckor om besvären ej blivit bättre
 - D. Magnetresonanstomografi ländrygg om 2 veckor om besvären inte blivit bättre
 - E. Magnetresonanstomografi ländrygg inom 24 timmar
-

Question #: 6

Du träffar Frank, 39 år som har förts till din mottagning med polisens hjälp. Frank har "brutit sig in" i en lägenhet där en äldre dam, som inte känner Frank, bor. Hon har uppfattat situationen som ett försök till rån och larmat polisen. Frank har inte reagerat nämnvärt när han uppmanats att sluta med att plocka med hennes ägodelar, som han kastar ut genom ett öppnat fönster. Damen har inte upplevt sig hotad, tvärtom har Frank varit ganska lugn och artig, men betett sig "förvirrat" och pratat för sig själv (desorganiserad). Frank tror att han befinner sig i sin egen lägenhet, men protesterar inte när polisen ber honom lämna lägenheten och följa med till akuten. Polisen uppfattar Frank som ledsen och ångestfylld. Han är orienterad till tid, rum och person, han har sagt att han känner sig förvirrad och att han inte känner igen sig själv, samt att han inte förstår vad han hade att göra i damens lägenhet. Du kontrollerar tidigare kontakter med psykiatrin och finner att Frank vårdats (under 3 dagar) för 4 år sedan på grund av "förvirring", under diagnosen "Kortvarig psykos", där båda föräldrarnas död i en bilolycka uppfattades som utlösande faktor. Han behandlades då med T. haloperidol varpå han snabbt förbättrades och kunde skrivas ut. Frank har haft en kortvarig kontakt med sociala myndigheter för 15 år sedan på grund av kokainmissbruk, men något aktuellt missbruk verkar inte finnas.

Vid samtalet berättar Frank att han känner sig stressad och ledsen efter sin mormors bortgång för två månader sedan. Mormor betydde mycket, han bodde oftast hos henne under sin uppväxt då han hade problem i förhållandet till sin mor. Tillsammans med sin mormor kom han till stan för två år sedan för att "kunna hjälpa mormor, söka ett arbete och hitta en hustru". Under de två månaderna som nu gått efter hennes död har han varit ledsen, känt sig ensam och sovit ytterst sporadiskt, "någon timme åt gången". Han menar dock att han har gjort ansträngningar för att hitta ett jobb och behålla lägenheten, men har inte lyckats med det. De senaste två veckorna har han gått omkring på gatorna och bott hos olika kompisar. Patienten förnekar aktuellt drogintag och tar inte medicin för någon specifik sjukdom.

På frågan om varför han befann sig i en lägenhet som inte var hans, säger han att han gick in i lägenheten eftersom röster sa till honom att göra det. Han är väl medveten om att han haft en likande episod av "förvirring" några år tidigare i samband med att hans föräldrar omkom.

Psykiskt status: Vaken, orienterad, ordnat yttre, håller röd tråd, ter sig opåverkad av eventuella droger, väsentligen normal emotionell och formell kontakt, hjälpsökande och samarbetsvillig, sänkt grundstämning, ångestpräglade affekter, ledsen, ångerfull och skamsen, ingen affektlabilitet, något spänd och agiterad, inga formella tankestörningar, negerar hallucinationer, ingen suicidalitet, måttligt depressivt tankeinnehåll, ingen grandiositet, sjukdomsinsikten uppfattas vara partiell.

Somatisk och neurologisk undersökning utfaller normalt, liksom rutinmässiga laboratorieprover.

Din åtgärd blir att erbjuda patienten inneliggande vård på grund av misstänkt psykos, vilket patienten accepterar. Eftersom bilden är något oklar så finns det flera alternativ till akutbehandling.

Vad är den mest rimliga åtgärden beträffande farmakologisk behandling?

- A. T. haloperidol 1 mg 2 ×1 i kombination med T. sertraline 50 mg 1 ×1
 - ✓B. Ingen behandling förutom T. propiomazin 25 mg 1-2 till natten vid behov
 - C. T. haloperidol 1 mg 2 ×1
 - D. T. sertraline 50 mg 1 ×1
 - E. T. mirtazapin 30 mg 1 ×1
-

Question #: 7

Du träffar Frank, 39 år som har förts till din mottagning med polisens hjälp. Frank har "brutit sig in" i en lägenhet där en äldre dam, som inte känner Frank, bor. Hon har uppfattat situationen som ett försök till rån och larmat polisen. Frank har inte reagerat nämnvärt när han uppmanats att sluta med att plocka med hennes ägodelar, som han kastar ut genom ett öppnat fönster. Damen har inte upplevt sig hotad, tvärtom har Frank varit ganska lugn och artig, men betett sig "förvirrat" och pratat för sig själv (desorganiserad). Frank tror att han befinner sig i sin egen lägenhet, men protesterar inte när polisen ber honom lämna lägenheten och följa med till akuten. Polisen uppfattar Frank som ledsen och ångestfylld. Han är orienterad till tid, rum och person, han har sagt att han känner sig förvirrad och att han inte känner igen sig själv, samt att han inte förstår vad han hade att göra i damens lägenhet. Du kontrollerar tidigare kontakter med psykiatrin och finner att Frank vårdats (under 3 dagar) för 4 år sedan på grund av "förvirring", under diagnosen "Kortvarig psykos", där båda föräldrarnas död i en bilolycka uppfattades som utlösande faktor. Han behandlades då med T. haloperidol varpå han snabbt förbättrades och kunde skrivas ut. Frank har haft en kortvarig kontakt med sociala myndigheter för 15 år sedan på grund av kokainmissbruk, men något aktuellt missbruk verkar inte finnas.

Vid samtalet berättar Frank att han känner sig stressad och ledsen efter sin mormors bortgång för två månader sedan. Mormor betydde mycket, han bodde oftast hos henne under sin uppväxt då han hade problem i förhållandet till sin mor. Tillsammans med sin mormor kom han till stan för två år sedan för att "kunna hjälpa mormor, söka ett arbete och hitta en hustru". Under de två månaderna som nu gått efter hennes död har han varit ledsen, känt sig ensam och sovit ytterst sporadiskt, "någon timme åt gången". Han menar dock att han har gjort ansträngningar för att hitta ett jobb och behålla lägenheten, men har inte lyckats med det. De senaste två veckorna har han gått omkring på gatorna och bott hos olika kompisar. Patienten förnekar aktuellt drogintag och tar inte medicin för någon specifik sjukdom.

På frågan om varför han befann sig i en lägenhet som inte var hans, säger han att han gick in i lägenheten eftersom röster sa till honom att göra det. Han är väl medveten om att han haft en likande episod av "förvirring" några år tidigare i samband med att hans föräldrar omkom.

Psykiskt status: Vaken, orienterad, ordnat yttre, håller röd tråd, ter sig opåverkad av eventuella droger, väsentligen normal emotionell och formell kontakt, hjälpsökande och samarbetsvillig, sänkt grundstämning, ångestpräglade affekter, ledsen, ångerfull och skamsen, ingen affektlabilitet, något spänd och agiterad, inga formella tankestörningar, negerar hallucinationer, ingen suicidalitet, måttligt depressivt tankeinnehåll, ingen grandiositet, sjukdomsinsikten uppfattas vara partiell.

Somatisk och neurologisk undersökning utfaller normalt, liksom rutinmässiga laboratorieprover.

Din åtgärd blir att erbjuda patienten inneliggande vård på grund av misstänkt psykos, vilket patienten accepterar. Eftersom bilden är något oklar så finns det flera alternativ till akutbehandling.

Eftersom bilden är något oklar och tillståndet inte på något sätt är dramatiskt beslutar du dig för att avvakta med medicinering, men ordinerar medicin till natten, med tanke på patientens uppgift om minimal sömn.

Dagen efter får du en rapport om att patienten har sovit några timmar och känner sig mindre förvirrad, och du bokar en tid med honom påföljande dag. Frank ändrar nu sin berättelse, och berättar att han gick in i lägenheten för att han trodde den tillhörde honom. Han är uppriktigt generad och tycker det hela är pinsamt, men menar att han varit förvirrad och "inbillat sig saker, riktigt barnsliga saker", och att han ångrar sig djupt. I motsats till vad han sagt tidigare, så erkänner Frank att han hade tagit några öl, och att han inte alls har haft några hallucinationer, utan att han "bara pratade med sig själv". Idag känner han sig mycket bättre, har inga symtom längre, inte ens depressiva. På fråga om vad han "inbillade sig" så menar Frank att vissa människor, inklusive han själv, kan förflytta sig från en tidszon till en annan, vilket han har fått bevis på under de senaste veckorna. Men det har även hänt tidigare, efter föräldrarnas död. Vad han kan komma ihåg från den gången så blev han upprörd, kände sig förvirrad, talade för sig själv och "vandrade i olika tidszoner på gatorna i flera dagar innan han fick psykiatrisk vård". Frank tycker det är generande att tala om sina tidszoner men menar att han redan tidigt i livet varit tvungen att utveckla dessa (som ett slags försvar) mot moderns psykiska och fysiska övergrepp.

Du har alltså en patient med diffusa och icke-konsistenta uppgifter om hörselhallucinos, "förvirring" och som tror att tidsresor är möjliga, men som samtidigt tycker att det är nonsens och barnsligt. Utan antipsykotisk behandling förbättras patienten och den depressiva förstämningen har minskat påtagligt. Kan något från barndomen ligga till grund för patientens upplevelser om "resor i olika tidszoner"? Är förlusten av nära och kära grunden för de två perioderna av hörselhallucinos (som du fortfarande tror han haft) med förvirring? Kan båda dessa faktorer vara

tillräckliga för att utlösa ett psykotiskt skov? Du beslutar dig för att avvakta ytterligare en tid med att sätta in antipsykotisk behandling (haloperidol) trots att du uppfattar patienten som dissimulerande beträffande sin hörselhallucinos och att upplevelsen av resor i olika tidszoner kan betraktas som en vanföreställning.

Vilken diagnos är den mest sannolika i detta skede?

- A. Dissociativt syndrom
 - B. Posttraumatiskt stressyndrom
 - ✓C. Kortvarig psykos, med påtaglig stressfaktor
 - D. Bipolärt syndrom med stämningkongruenta psykotiska symtom
 - E. Schizofreniformt syndrom, multipla episoder, i partiell remission
-

Question #: 8

Du träffar Frank, 39 år som har förts till din mottagning med polisens hjälp. Frank har "brutit sig in" i en lägenhet där en äldre dam, som inte känner Frank, bor. Hon har uppfattat situationen som ett försök till rån och larmat polisen. Frank har inte reagerat nämnvärt när han uppmanats att sluta med att plocka med hennes ägodelar, som han kastar ut genom ett öppnat fönster. Damen har inte upplevt sig hotad, tvärtom har Frank varit ganska lugn och artig, men betett sig "förvirrat" och pratat för sig själv (desorganiserad). Frank tror att han befinner sig i sin egen lägenhet, men protesterar inte när polisen ber honom lämna lägenheten och följa med till akuten. Polisen uppfattar Frank som ledsen och ångestfylld. Han är orienterad till tid, rum och person, han har sagt att han känner sig förvirrad och att han inte känner igen sig själv, samt att han inte förstår vad han hade att göra i damens lägenhet. Du kontrollerar tidigare kontakter med psykiatrin och finner att Frank vårdats (under 3 dagar) för 4 år sedan på grund av "förvirring", under diagnosen "Kortvarig psykos", där båda föräldrarnas död i en bilolycka uppfattades som utlösande faktor. Han behandlades då med T. haloperidol varpå han snabbt förbättrades och kunde skrivas ut. Frank har haft en kortvarig kontakt med sociala myndigheter för 15 år sedan på grund av kokainmissbruk, men något aktuellt missbruk verkar inte finnas.

Vid samtalet berättar Frank att han känner sig stressad och ledsen efter sin mormors bortgång för två månader sedan. Mormor betydde mycket, han bodde oftast hos henne under sin uppväxt då han hade problem i förhållandet till sin mor. Tillsammans med sin mormor kom han till stan för två år sedan för att "kunna hjälpa mormor, söka ett arbete och hitta en hustru". Under de två månaderna som nu gått efter hennes död har han varit ledsen, känt sig ensam och sovit ytterst sporadiskt, "någon timme åt gången". Han menar dock att han har gjort ansträngningar för att hitta ett jobb och behålla lägenheten, men har inte lyckats med det. De senaste två veckorna har han gått omkring på gatorna och bott hos olika kompisar. Patienten förnekar aktuellt drogintag och tar inte medicin för någon specifik sjukdom.

På frågan om varför han befann sig i en lägenhet som inte var hans, säger han att han gick in i lägenheten eftersom röster sa till honom att göra det. Han är väl medveten om att han haft en likande episod av "förvirring" några år tidigare i samband med att hans föräldrar omkom.

Psykiskt status: Vaken, orienterad, ordnat yttre, håller röd tråd, ter sig opåverkad av eventuella droger, väsentligen normal emotionell och formell kontakt, hjälpsökande och samarbetsvillig, sänkt grundstämning, ångestpräglade affekter, ledsen, ångerfull och skamsen, ingen affektlabilitet, något spänd och agiterad, inga formella tankestörningar, negerar hallucinationer, ingen suicidalitet, måttligt depressivt tankeinhåll, ingen grandiositet, sjukdomsinsikten uppfattas vara partiell.

Somatisk och neurologisk undersökning utfaller normalt, liksom rutinmässiga laboratorieprover.

Din åtgärd blir att erbjuda patienten inläggande vård på grund av misstänkt psykos, vilket patienten accepterar. Eftersom bilden är något oklar så finns det flera alternativ till akutbehandling.

Eftersom bilden är något oklar och tillståndet inte på något sätt är dramatiskt beslutar du dig för att avvakta med medicinering, men ordinerar medicin till natten, med tanke på patientens uppgift om minimal sömn.

Dagen efter får du en rapport om att patienten har sovit några timmar och känner sig mindre förvirrad, och du bokar en tid med honom påföljande dag. Frank ändrar nu sin berättelse, och berättar att han gick in i lägenheten för att han trodde den tillhörde honom. Han är uppriktigt generad och tycker det hela är pinsamt, men menar att han varit förvirrad och "inbillat sig saker, riktigt barnsliga saker", och att han ångrar sig djupt. I motsats till vad han sagt tidigare, så erkänner Frank att han hade tagit några öl, och att han inte alls har haft några hallucinationer, utan att han "bara pratade med sig själv". Idag känner han sig mycket bättre, har inga symtom längre, inte ens depressiva. På fråga om vad han "inbillade sig" så menar Frank att vissa människor, inklusive han själv, kan förflytta sig från en tidszon till en annan, vilket han har fått bevis på under de senaste veckorna. Men det har även hänt tidigare, efter föräldrarnas död. Vad han kan komma ihåg från den gången så blev han upprörd, kände sig förvirrad, talade för sig själv och "vandrade i olika tidszoner på gatorna i flera dagar innan han fick psykiatrisk vård". Frank tycker det är generande att tala om sina tidszoner men menar att han redan tidigt i livet varit tvungen att utveckla dessa (som ett slags försvar) mot moderns psykiska och fysiska övergrepp.

Du har alltså en patient med diffusa och icke-konsistenta uppgifter om hörselhallucinos, "förvirring" och som tror att tidsresor är möjliga, men som samtidigt tycker att det är nonsens och barnsligt. Utan antipsykotisk behandling förbättras patienten och den depressiva förstämningen har minskat påtagligt. Kan något från barndomen ligga till grund för patientens upplevelser om "resor i olika tidszoner"? Är förlusten av nära och kära grunden för de två perioderna av hörselhallucinos (som du fortfarande tror han haft) med förvirring? Kan båda dessa faktorer vara tillräckliga för att utlösa ett psykotiskt skov? Du beslutar dig för att avvakta ytterligare en tid med att sätta in

antipsykotisk behandling (haloperidol) trots att du uppfattar patienten som dissimilerande beträffande sin hörselhallucinos och att upplevelsen av resor i olika tidszoner kan betraktas som en vanföreställning.

Den mest sannolika diagnosen i detta skede anser du vara "Kortvarig psykos, med påtaglig stressfaktor" (mormoderns död och bostadslöshet/gatuvistelsen). Patienten fortsätter att förneka hörselhallucinos och andra symtom, men börjar alltmer dra sig undan och förefaller påverkad av ångest.

Efter 10 dagar på avdelningen vill Frank tala med en sjuksköterska om sina besvär. Han har just meddelat sin moster om mormoderns dödsfall och berättar nu om sin stora sorg och kontinuerliga hörselhallucinos (som han haft sedan han var 10 år gammal). Sista dagarna har ångest, nedstämdhet, irritabilitet, svettningar och skakningar i armarna tillkommit och han har svårt att sova. I motsats till tidigare uppgifter medger Frank nu att han har rökt marijuana dagligen under det senaste året (konfirmerat vid urinscreening).

Anledningen till att han förnekat hörselhallucinos var rädslan för att bli "inlåst" under lång tid, om det kom fram att han haft hallucinationer sedan barndomen. Rösterna har alltid varit manliga, aldrig kommenterat vad han gör eller kommunicerat med honom eller sinsemellan om honom. Rösterna var ömsom positiva, ömsom av anklagande negativ natur, men han vill inte närmare gå in på det exakta innehållet. Rösterna, menar han bestämt, är inte hans egna tankar utan kommer från hans hjärna. Rösterna har egentligen inte orsakat särskilt mycket problem.

Du får nu anledning att omformulera din arbetsdiagnos och fortsätta utredningen beträffande den/de mest sannolika tillståndet/en bakom patientens kroniska hörselhallucinos.

Vilken/vilka diagnos/diagnoser är mest sannolika vid 1. inläggningen och 2. som det har utvecklats under tiden på avdelningen?

- A. 1. PTSD och 2. Cannabisabstinens
 - B. 1. Barndomsschizofreni och 2. Cannabisabstinens
 - C. 1. Dissociativt syndrom och 2. Cannabisabstinens
 - ✓D. 1. och 2. Cannabisbruksyndrom (missbruk och abstinens)
 - E. 1. Simulering och 2. Cannabisabstinens
-

Question #: 9

Du träffar Frank, 39 år som har förts till din mottagning med polisens hjälp. Frank har "brutit sig in" i en lägenhet där en äldre dam, som inte känner Frank, bor. Hon har uppfattat situationen som ett försök till rån och larmat polisen. Frank har inte reagerat nämnvärt när han uppmanats att sluta med att plocka med hennes ägodelar, som han kastar ut genom ett öppnat fönster. Damen har inte upplevt sig hotad, tvärtom har Frank varit ganska lugn och artig, men betett sig "förvirrat" och pratat för sig själv (desorganiserad). Frank tror att han befinner sig i sin egen lägenhet, men protesterar inte när polisen ber honom lämna lägenheten och följa med till akuten. Polisen uppfattar Frank som ledsen och ångestfylld. Han är orienterad till tid, rum och person, han har sagt att han känner sig förvirrad och att han inte känner igen sig själv, samt att han inte förstår vad han hade att göra i damens lägenhet. Du kontrollerar tidigare kontakter med psykiatrin och finner att Frank vårdats (under 3 dagar) för 4 år sedan på grund av "förvirring", under diagnosen "Kortvarig psykos", där båda föräldrarnas död i en bilolycka uppfattades som utlösande faktor. Han behandlades då med T. haloperidol varpå han snabbt förbättrades och kunde skrivas ut. Frank har haft en kortvarig kontakt med sociala myndigheter för 15 år sedan på grund av kokainmissbruk, men något aktuellt missbruk verkar inte finnas.

Vid samtalet berättar Frank att han känner sig stressad och ledsen efter sin mormors bortgång för två månader sedan. Mormor betydde mycket, han bodde oftast hos henne under sin uppväxt då han hade problem i förhållandet till sin mor. Tillsammans med sin mormor kom han till stan för två år sedan för att "kunna hjälpa mormor, söka ett arbete och hitta en hustru". Under de två månaderna som nu gått efter hennes död har han varit ledsen, känt sig ensam och sovit ytterst sporadiskt, "någon timme åt gången". Han menar dock att han har gjort ansträngningar för att hitta ett jobb och behålla lägenheten, men har inte lyckats med det. De senaste två veckorna har han gått omkring på gatorna och bott hos olika kompisar. Patienten förnekar aktuellt drogintag och tar inte medicin för någon specifik sjukdom.

På frågan om varför han befann sig i en lägenhet som inte var hans, säger han att han gick in i lägenheten eftersom röster sa till honom att göra det. Han är väl medveten om att han haft en likande episod av "förvirring" några år tidigare i samband med att hans föräldrar omkom.

Psykiskt status: Vaken, orienterad, ordnat yttre, håller röd tråd, ter sig opåverkad av eventuella droger, väsentligen normal emotionell och formell kontakt, hjälpsökande och samarbetsvillig, sänkt grundstämning, ångestpräglade affekter, ledsen, ångerfull och skamsen, ingen affektlabilitet, något spänd och agiterad, inga formella tankestörningar, negerar hallucinationer, ingen suicidalitet, måttligt depressivt tankeinhåll, ingen grandiositet, sjukdomsinsikten uppfattas vara partiell.

Somatisk och neurologisk undersökning utfaller normalt, liksom rutinmässiga laboratorieprover.

Din åtgärd blir att erbjuda patienten inläggande vård på grund av misstänkt psykos, vilket patienten accepterar. Eftersom bilden är något oklar så finns det flera alternativ till akutbehandling.

Eftersom bilden är något oklar och tillståndet inte på något sätt är dramatiskt beslutar du dig för att avvakta med medicinering, men ordinerar medicin till natten, med tanke på patientens uppgift om minimal sömn.

Dagen efter får du en rapport om att patienten har sovit några timmar och känner sig mindre förvirrad, och du bokar en tid med honom påföljande dag. Frank ändrar nu sin berättelse, och berättar att han gick in i lägenheten för att han trodde den tillhörde honom. Han är uppriktigt generad och tycker det hela är pinsamt, men menar att han varit förvirrad och "inbillat sig saker, riktigt barnsliga saker", och att han ångrar sig djupt. I motsats till vad han sagt tidigare, så erkänner Frank att han hade tagit några öl, och att han inte alls har haft några hallucinationer, utan att han "bara pratade med sig själv". Idag känner han sig mycket bättre, har inga symtom längre, inte ens depressiva. På fråga om vad han "inbillade sig" så menar Frank att vissa människor, inklusive han själv, kan förflytta sig från en tidszon till en annan, vilket han har fått bevis på under de senaste veckorna. Men det har även hänt tidigare, efter föräldrarnas död. Vad han kan komma ihåg från den gången så blev han upprörd, kände sig förvirrad, talade för sig själv och "vandrade i olika tidszoner på gatorna i flera dagar innan han fick psykiatrisk vård". Frank tycker det är generande att tala om sina tidszoner men menar att han redan tidigt i livet varit tvungen att utveckla dessa (som ett slags försvar) mot moderns psykiska och fysiska övergrepp.

Du har alltså en patient med diffusa och icke-konsistenta uppgifter om hörselhallucinos, "förvirring" och som tror att tidsresor är möjliga, men som samtidigt tycker att det är nonsens och barnsligt. Utan antipsykotisk behandling förbättras patienten och den depressiva förstämningen har minskat påtagligt. Kan något från barndomen ligga till grund för patientens upplevelser om "resor i olika tidszoner"? Är förlusten av nära och kära grunden för de två perioderna av hörselhallucinos (som du fortfarande tror han haft) med förvirring? Kan båda dessa faktorer vara tillräckliga för att utlösa ett psykotiskt skov? Du beslutar dig för att avvakta ytterligare en tid med att sätta in

antipsykotisk behandling (haloperidol) trots att du uppfattar patienten som dissimilerande beträffande sin hörselhallucinos och att upplevelsen av resor i olika tidszoner kan betraktas som en vanföreställning.

Den mest sannolika diagnosen i detta skede anser du vara "Kortvarig psykos, med påtaglig stressfaktor" (mormoderns död och bostadslöshet/gatuvistelsen). Patienten fortsätter att förneka hörselhallucinos och andra symtom, men börjar alltmer dra sig undan och förefaller påverkad av ångest.

Efter 10 dagar på avdelningen vill Frank tala med en sjuksköterska om sina besvär. Han har just meddelat sin moster om mormoderns dödsfall och berättar nu om sin stora sorg och kontinuerliga hörselhallucinos (som han haft sedan han var 10 år gammal). Sista dagarna har ångest, nedstämdhet, irritabilitet, svettningar och skakningar i armarna tillkommit och han har svårt att sova. I motsats till tidigare uppgifter medger Frank nu att han har rökt marijuana dagligen under det senaste året (konfirmerat vid urinscreening).

Anledningen till att han förnekat hörselhallucinos var rädslan för att bli "inlåst" under lång tid, om det kom fram att han haft hallucinationer sedan barndomen. Rösterna har alltid varit manliga, aldrig kommenterat vad han gör eller kommunicerat med honom eller sinsemellan om honom. Rösterna var ömsom positiva, ömsom av anklagande negativ natur, men han vill inte närmare gå in på det exakta innehållet. Rösterna, menar han bestämt, är inte hans egna tankar utan kommer från hans hjärna. Rösterna har egentligen inte orsakat särskilt mycket problem.

Du får nu anledning att omformulera din arbetsdiagnos och fortsätta utredningen beträffandeden den/de mest sannolika tillståndet/en bakom patientens kroniska hörselhallucinos.

Uppenbarligen har vården underlåtit att göra en urinscreening vid inkomsten vilken skulle ha förkortat tid till adekvat behandling. Cannabisbruksyndrom förefaller mest sannolikt. Du misstänker att det kan finnas en bakomliggande reell orsak till patientens tidigt debuterande hörselhallucinos och hans påstående om att han har utvecklat en förmåga att "resa mellan olika tidszoner", något som patienten inte verkar vara särskilt angelägen om att redogöra för. För att göra en lång historia kort så visade det sig att Frank hade blivit systematisk slagen av sin mor från 10 års ålder mot huvudet med en särskild vass damsko och mot kroppen med ett armerat läderbälte, vilket föranledde åtskilliga sjukhusbesök. Han hade avgett ett löfte om att aldrig nämna det för någon.

Du fattar ett nytt beslut angående fortsatt farmakologisk behandling. Anamnesen talar för att liknande symtom svarade bra på antipsykotisk behandling (4 år tidigare). Nu har depressiva symtom, sömnstörning och ångest utkristalliserats, i ljuset av en sannolik cannabisabstinens, som sannolikt underhåller eller förvärrar patientens hörselhallucinos och pågående depression. Han tillbringar timmar i vaket tillstånd i sängen och uppvisar måttliga till svåra depressiva syndrom (Depressivt syndrom UNS) dock utan självmordstankar.

Vad bör vara ditt förhandsval när det gäller farmakologisk behandling?

- A. SSRI + Zopiklon (till natten)
 - B. Bediol (torkat extrakt av Cannabis Sativa; THC/CBD (licenspreparat))
 - ✓C. Risperidon + Mirtazapin
 - D. Oxascand
 - E. Suboxone sublingualt (låg dos; subterapeutisk i jämförelse med opiatsubstitution)
-

Question #: 10

Du träffar Frank, 39 år som har förts till din mottagning med polisens hjälp. Frank har "brutit sig in" i en lägenhet där en äldre dam, som inte känner Frank, bor. Hon har uppfattat situationen som ett försök till rån och larmat polisen. Frank har inte reagerat nämnvärt när han uppmanats att sluta med att plocka med hennes ägodelar, som han kastar ut genom ett öppnat fönster. Damen har inte upplevt sig hotad, tvärtom har Frank varit ganska lugn och artig, men betett sig "förvirrat" och pratat för sig själv (desorganiserad). Frank tror att han befinner sig i sin egen lägenhet, men protesterar inte när polisen ber honom lämna lägenheten och följa med till akuten. Polisen uppfattar Frank som ledsen och ångestfylld. Han är orienterad till tid, rum och person, han har sagt att han känner sig förvirrad och att han inte känner igen sig själv, samt att han inte förstår vad han hade att göra i damens lägenhet. Du kontrollerar tidigare kontakter med psykiatrin och finner att Frank vårdats (under 3 dagar) för 4 år sedan på grund av "förvirring", under diagnosen "Kortvarig psykos", där båda föräldrarnas död i en bilolycka uppfattades som utlösande faktor. Han behandlades då med T. haloperidol varpå han snabbt förbättrades och kunde skrivas ut. Frank har haft en kortvarig kontakt med sociala myndigheter för 15 år sedan på grund av kokainmissbruk, men något aktuellt missbruk verkar inte finnas.

Vid samtalet berättar Frank att han känner sig stressad och ledsen efter sin mormors bortgång för två månader sedan. Mormor betydde mycket, han bodde oftast hos henne under sin uppväxt då han hade problem i förhållandet till sin mor. Tillsammans med sin mormor kom han till stan för två år sedan för att "kunna hjälpa mormor, söka ett arbete och hitta en hustru". Under de två månaderna som nu gått efter hennes död har han varit ledsen, känt sig ensam och sovit ytterst sporadiskt, "någon timme åt gången". Han menar dock att han har gjort ansträngningar för att hitta ett jobb och behålla lägenheten, men har inte lyckats med det. De senaste två veckorna har han gått omkring på gatorna och bott hos olika kompisar. Patienten förnekar aktuellt drogintag och tar inte medicin för någon specifik sjukdom.

På frågan om varför han befann sig i en lägenhet som inte var hans, säger han att han gick in i lägenheten eftersom röster sa till honom att göra det. Han är väl medveten om att han haft en likande episod av "förvirring" några år tidigare i samband med att hans föräldrar omkom.

Psykiskt status: Vaken, orienterad, ordnat yttre, håller röd tråd, ter sig opåverkad av eventuella droger, väsentligen normal emotionell och formell kontakt, hjälpsökande och samarbetsvillig, sänkt grundstämning, ångestpräglade affekter, ledsen, ångerfull och skamsen, ingen affektlabilitet, något spänd och agiterad, inga formella tankestörningar, negerar hallucinationer, ingen suicidalitet, måttligt depressivt tankeinhåll, ingen grandiositet, sjukdomsinsikten uppfattas vara partiell.

Somatisk och neurologisk undersökning utfaller normalt, liksom rutinmässiga laboratorieprover.

Din åtgärd blir att erbjuda patienten inläggande vård på grund av misstänkt psykos, vilket patienten accepterar. Eftersom bilden är något oklar så finns det flera alternativ till akutbehandling.

Eftersom bilden är något oklar och tillståndet inte på något sätt är dramatiskt beslutar du dig för att avvakta med medicinering, men ordinerar medicin till natten, med tanke på patientens uppgift om minimal sömn.

Dagen efter får du en rapport om att patienten har sovit några timmar och känner sig mindre förvirrad, och du bokar en tid med honom påföljande dag. Frank ändrar nu sin berättelse, och berättar att han gick in i lägenheten för att han trodde den tillhörde honom. Han är uppriktigt generad och tycker det hela är pinsamt, men menar att han varit förvirrad och "inbillat sig saker, riktigt barnsliga saker", och att han ångrar sig djupt. I motsats till vad han sagt tidigare, så erkänner Frank att han hade tagit några öl, och att han inte alls har haft några hallucinationer, utan att han "bara pratade med sig själv". Idag känner han sig mycket bättre, har inga symtom längre, inte ens depressiva. På fråga om vad han "inbillade sig" så menar Frank att vissa människor, inklusive han själv, kan förflytta sig från en tidszon till en annan, vilket han har fått bevis på under de senaste veckorna. Men det har även hänt tidigare, efter föräldrarnas död. Vad han kan komma ihåg från den gången så blev han upprörd, kände sig förvirrad, talade för sig själv och "vandrade i olika tidszoner på gatorna i flera dagar innan han fick psykiatrisk vård". Frank tycker det är generande att tala om sina tidszoner men menar att han redan tidigt i livet varit tvungen att utveckla dessa (som ett slags försvar) mot moderns psykiska och fysiska övergrepp.

Du har alltså en patient med diffusa och icke-konsistenta uppgifter om hörselhallucinos, "förvirring" och som tror att tidsresor är möjliga, men som samtidigt tycker att det är nonsens och barnsligt. Utan antipsykotisk behandling förbättras patienten och den depressiva förstämningen har minskat påtagligt. Kan något från barndomen ligga till grund för patientens upplevelser om "resor i olika tidszoner"? Är förlusten av nära och kära grunden för de två perioderna av hörselhallucinos (som du fortfarande tror han haft) med förvirring? Kan båda dessa faktorer vara tillräckliga för att utlösa ett psykotiskt skov? Du beslutar dig för att avvakta ytterligare en tid med att sätta in

antipsykotisk behandling (haloperidol) trots att du uppfattar patienten som dissimilerande beträffande sin hörselhallucinos och att upplevelsen av resor i olika tidszoner kan betraktas som en vanföreställning.

Den mest sannolika diagnosen i detta skede anser du vara "Kortvarig psykos, med påtaglig stressfaktor" (mormoderns död och bostadslöshet/gatuvistelsen). Patienten fortsätter att förneka hörselhallucinos och andra symtom, men börjar alltmer dra sig undan och förefaller påverkad av ångest.

Efter 10 dagar på avdelningen vill Frank tala med en sjuksköterska om sina besvär. Han har just meddelat sin moster om mormoderns dödsfall och berättar nu om sin stora sorg och kontinuerliga hörselhallucinos (som han haft sedan han var 10 år gammal). Sista dagarna har ångest, nedstämdhet, irritabilitet, svettningar och skakningar i armarna tillkommit och han har svårt att sova. I motsats till tidigare uppgifter medger Frank nu att han har rökt marijuana dagligen under det senaste året (konfirmerat vid urinscreening).

Anledningen till att han förnekat hörselhallucinos var rädslan för att bli "inlåst" under lång tid, om det kom fram att han haft hallucinationer sedan barndomen. Rösterna har alltid varit manliga, aldrig kommenterat vad han gör eller kommunicerat med honom eller sinsemellan om honom. Rösterna var ömsom positiva, ömsom av anklagande negativ natur, men han vill inte närmare gå in på det exakta innehållet. Rösterna, menar han bestämt, är inte hans egna tankar utan kommer från hans hjärna. Rösterna har egentligen inte orsakat särskilt mycket problem.

Du får nu anledning att omformulera din arbetsdiagnos och fortsätta utredningen beträffandeden den/de mest sannolika tillståndet/en bakom patientens kroniska hörselhallucinos.

Uppenbarligen har vården underlåtit att göra en urinscreening vid inkomsten vilken skulle ha förkortat tid till adekvat behandling. Cannabisbruksyndrom förefaller mest sannolikt. Du misstänker att det kan finnas en bakomliggande reell orsak till patientens tidigt debuterande hörselhallucinos och hans påstående om att han har utvecklat en förmåga att "resa mellan olika tidszoner", något som patienten inte verkar vara särskilt angelägen om att redogöra för. För att göra en lång historia kort så visade det sig att Frank hade blivit systematisk slagen av sin mor från 10 års ålder mot huvudet med en särskild vass damsko och mot kroppen med ett armerat läderbälte, vilket föranledde åtskilliga sjukhusbesök. Han hade avgett ett löfte om att aldrig nämna det för någon.

Du fattar ett nytt beslut angående fortsatt farmakologisk behandling. Anamnesen talar för att liknande symtom svarade bra på antipsykotisk behandling (4 år tidigare). Nu har depressiva symtom, sömnstörning och ångest utkristalliserats, i ljuset av en sannolik cannabisabstinens, som sannolikt underhåller eller förvärrar patientens hörselhallucinos och pågående depression. Han tillbringar timmar i vaket tillstånd i sängen och uppvisar måttliga till svåra depressiva syndrom (Depressivt syndrom UNS) dock utan självmordstankar.

Du valde att kombinera ett antipsykotika och ett NaSSA (noradrenergt och specifikt serotonergt antidepressiva läkemedel) preparat vilket visade god effekt; redan efter en veckas behandling uppvisade patienten endast lätta depressiva symtom, betydligt mindre ångest, förbättrad sömn och i det närmaste frånvaro av hörselhallucinationer.

Baserat på den ovan tillgängliga informationen och det systematiska uteslutandet av ett flertal psykiatriska ko-morbida diagnoser, finns det ett tillstånd kvar som främst bör utredas vidare. Vilket?

- A. Borderline personlighetsstörning
 - B. Vanföreställningssyndrom
 - C. Simulering
 - ✓D. Posttraumatiskt stressyndrom
 - E. Barndomsschizofreni
-

Question #: 11

Elin är 25 år, hon har oregelbundna menstruationer och kommer inte ihåg när hon hade sin senaste menstruation. Plötsligt igår fick Elin väldigt ont i buken, smärtan har nu ökat och kommer i intervaller. Det har kommit lite blod i trosan. Du är distriktsläkare på hälsocentralen och träffar patienten.

Vilken åtgärd är viktigast att göra nu?

- A. Recept på diklofenak
 - B. Skicka en remiss till kirurg
 - C. Skicka en urinodling
 - D. Recept på antibiotika för att behandla en urinvägsinfektion
 - ✓E. Ta ett graviditetstest
-

Question #: 12

Elin är 25 år, hon har oregelbundna menstruationer och kommer inte ihåg när hon hade sin senaste menstruation. Plötsligt igår fick Elin väldigt ont i buken, smärtan har nu ökat och kommer i intervaller. Det har kommit lite blod i trosan. Du är distriktsläkare på hälsocentralen och träffar patienten.

Graviditetstestet är positivt.

Vilken åtgärd är viktigast att göra nu?

- A. Lugnande besked, det är normalt att ha lite ont i tidig graviditet
 - ✓B. Akut remiss till kvinnoklinik för vidare utredning
 - C. Boka tid hos barnmorska på mödrahälsovårdscentralen
 - D. Återbesök om en vecka på hälsocentralen för klinisk kontroll
 - E. Recept på Diklofenak att ta vid smärteepisoderna
-

Question #: 13

Elin är 25 år, hon har oregelbundna menstruationer och kommer inte ihåg när hon hade sin senaste menstruation. Plötsligt igår fick Elin väldigt ont i buken, smärtan har nu ökat och kommer i intervaller. Det har kommit lite blod i trosan. Du är distriktsläkare på hälsocentralen och träffar patienten.

Graviditetstestet är positivt.

Elin får en akut remiss till kvinnoklinik. Man konstaterar en extrauterin graviditet och Elin opereras laparoskopiskt, en vänstersidig salpingectomi görs.

Det har gått ett år och Elin är åter gravid, nu i graviditetsvecka 25. Hon kommer på rutinkontroll hos barnmorska och U-sticka visar spår av glukos.

Vilken är den mest sannolika förklaringen till detta?

- A. Njursjukdom
 - B. Urinprovet är förorenat
 - C. Diabetes mellitus
 - ✓D. Normalt fynd under graviditet
 - E. Urinvägsinfektion
-

Question #: 14

Elin är 25 år, hon har oregelbundna menstruationer och kommer inte ihåg när hon hade sin senaste menstruation. Plötsligt igår fick Elin väldigt ont i buken, smärtan har nu ökat och kommer i intervaller. Det har kommit lite blod i trosan. Du är distriktsläkare på hälsocentralen och träffar patienten.

Graviditetstestet är positivt.

Elin får en akut remiss till kvinnoklinik. Man konstaterar en extrauterin graviditet och Elin opereras laparoskopiskt, en vänstersidig salpingectomi görs.

Det har gått ett år, Elin är åter gravid, nu i vecka 25. Hon kommer på rutinkontroll hos barnmorska, U-sticka visar spår av glukos.

Spår av glukos i urinen ses ofta under graviditet och är normalt.

Elin är nu i vecka 35+3. Idag är hon på planerad kontroll på mödravårdscentralen (MVC). Fosterljuden är normala. Symfyfundus (SF) -mättet är detsamma som för fyra veckor sedan.

Vilken förklaring är den mest sannolika?

- A. Graviditetsdiabetes
 - ✓B. Tillväxthämning hos fostret
 - C. Hotande prematur förlossning
 - D. Graviditetsillamående så Elin har inte kunnat äta
 - E. Fostret har ställt in sig i förlossningskanalen
-

Question #: 16

En 76-årig man kommer till akutmottagningen på grund av andfåddhet. Han har tidigare rökt, sammanlagt cirka 15 paketår. Han behandlas med felodipin på grund av hypertoni.

Vilket blodprov är mest lämpligt för att utesluta hjärtsvikt?

- A. CRP
 - B. Kreatinin
 - ✓C. NT-proBNP
 - D. D-dimer
 - E. Högekänsligt troponin-T
-

Question #: 17

En 76-årig man kommer till akutmottagningen på grund av andfåddhet. Han har tidigare rökt, sammanlagt cirka 15 paketår. Han behandlas med felodipin på grund av hypertoni.

Laboratoriesvar med förhöjt NT-proBNP och klinisk undersökning ger misstanke på hjärtsvikt.

Vilken undersökning är mest lämplig för att fastställa diagnosen?

- A. Arbets-EKG
 - ✓B. Ekokardiografi
 - C. Datortomografi thorax
 - D. Koronarangiografi
 - E. Röntgen av hjärta och lungor
-

Question #: 18

En 76-årig man kommer till akutmottagningen på grund av andfåddhet. Han har tidigare rökt, sammanlagt cirka 15 paketår. Han behandlas med felodipin på grund av hypertoni.

Laboratoriesvar med förhöjt NT-proBNP och klinisk undersökning ger misstanke på hjärtsvikt.

Utredningen med ekokardiografi visar att ejektionsfraktionen för vänster kammare är mindre än 35%.

Koronarangiografi är normal. Diagnosen blir dilaterad kardiomyopati. Patienten behandlas med enalapril.

Vilken behandling är lämpligast att komplettera med?

- A. Amlodipin
 - B. Candesartan
 - C. Ramipril
 - ✓D. Metoprolol
 - E. Hydroklortiazid
-

Question #: 19

En 76-årig man kommer till akutmottagningen på grund av andfåddhet. Han har tidigare rökt, sammanlagt cirka 15 paketår. Han behandlas med felodipin på grund av hypertoni.

Laboratoriesvar med förhöjt NT-proBNP och klinisk undersökning ger misstanke på hjärtsvikt.

Utredningen med ekokardiografi visar att ejektionsfraktionen för vänster kammare är mindre än 35%.

Koronarangiografi är normal. Diagnosen blir dilaterad kardiomyopati. Patienten behandlas med enalapril.

Du kompletterar hans behandling med metoprolol.

Initialt mår patienten bra men försämras senare. Vid kontroll efter ett år uppskattas funktionsklassen till NYHA IIIa.

Han behandlas fortfarande med enalapril och metoprolol.

Vilken behandling är nu lämpligast att komplettera med?

- A. Amlodipin
 - ✓B. Spironolakton
 - C. Candesartan
 - D. Doxazosin
 - E. Losartan
-

Question #: 20

En 76-årig man kommer till akutmottagningen på grund av andfåddhet. Han har tidigare rökt, sammanlagt cirka 15 paketår. Han behandlas med felodipin på grund av hypertoni.

Laboratoriesvar med förhöjt NT-proBNP och klinisk undersökning ger misstanke på hjärtsvikt.

Utredningen med ekokardiografi visar att ejektionsfraktionen för vänster kammare är mindre än 35%.

Koronarangiografi är normal. Diagnosen blir dilaterad kardiomyopati. Patienten behandlas med enalapril.

Du kompletterar hans behandling med metoprolol.

Initialt mår patienten bra men försämras senare. Vid kontroll efter ett år uppskattas funktionsklassen till NYHA IIIa. Han behandlas fortfarande med enalapril och metoprolol.

Du lägger till spironolakton till hans tidigare behandling med enalapril och metoprolol.

Vid uppföljande kontroll noteras på EKG tillkomst av vänstersidigt skänkelblock. Patienten är nu i funktionsklass NYHA IIIb.

Vilken åtgärd är lämpligast för att förbättra patientens funktionsklass?

- A. DDD pacemaker
 - B. LVAD (left ventricular assist device)
 - ✓C. CRT (cardiac resynchronization therapy)
 - D. VVI pacemaker
 - E. ICD (implantable cardioverter defibrillator)
-

Question #: 21

En 76-årig man kommer till akutmottagningen på grund av andfåddhet. Han har tidigare rökt, sammanlagt cirka 15 paketår. Han behandlas med felodipin på grund av hypertoni.

Laboratoriesvar med förhöjt NT-proBNP och klinisk undersökning ger misstanke på hjärtsvikt.

Utredningen med ekokardiografi visar att ejektionsfraktionen för vänster kammare är mindre än 35%.

Koronarangiografi är normal. Diagnosen blir dilaterad kardiomyopati. Patienten behandlas med enalapril.

Du kompletterar hans behandling med metoprolol.

Initialt mår patienten bra men försämras senare. Vid kontroll efter ett år uppskattas funktionsklassen till NYHA IIIa. Han behandlas fortfarande med enalapril och metoprolol.

Du lägger till spironolakton till hans tidigare behandling med enalapril och metoprolol.

Vid uppföljande kontroll noteras på EKG tillkomst av vänstersidigt skänkelblock. Patienten är nu i funktionsklass NYHA IIIb.

Patienten får en CRT insatt, och blir på detta bättre i sin hjärtsvikt.

Vid senare kontroll av EKG noteras tillkomst av förmaksflimmer.

Vilken poäng får patienten enligt CHA₂DS₂-VASc riskscore?

- A. 5
 - B. 6
 - C. 3
 - D. 2
 - √E. 4
-

Question #: 22

En 76-årig man kommer till akutmottagningen på grund av andfåddhet. Han har tidigare rökt, sammanlagt cirka 15 paketår. Han behandlas med felodipin på grund av hypertoni.

Laboratoriesvar med förhöjt NT-proBNP och klinisk undersökning ger misstanke på hjärtsvikt.

Utredningen med ekokardiografi visar att ejektionsfraktionen för vänster kammare är mindre än 35%.

Koronarangiografi är normal. Diagnosen blir dilaterad kardiomyopati. Patienten behandlas med enalapril.

Du kompletterar hans behandling med metoprolol.

Initialt mår patienten bra men försämras senare. Vid kontroll efter ett år uppskattas funktionsklassen till NYHA IIIa. Han behandlas fortfarande med enalapril och metoprolol.

Du lägger till spironolakton till hans tidigare behandling med enalapril och metoprolol.

Vid uppföljande kontroll noteras på EKG tillkomst av vänstersidigt skänkelblock. Patienten är nu i funktionsklass NYHA IIIb.

Patienten får en CRT insatt, och blir på detta bättre i sin hjärtsvikt.

Vid senare kontroll av EKG noteras tillkomst av förmaksflimmer.

På grund av förmaksflimret med CHA₂DS₂-VASc riskscore 4 bör han nu behandlas primärprofylaktiskt med ett antitrombotiskt läkemedel.

Vilket av följande läkemedel är lämpligast?

- ✓A. Apixaban
 - B. Tikagrelor
 - C. Clopidogrel
 - D. Dipyridamol
 - E. Acetylsalicylsyra
-

Question #: 23

Sent en kväll på akutmottagningen träffar du Hjalmar, 8 månader gammal tillsammans med sina båda föräldrar. Pojken är tidigare frisk, men sedan lunchtid har han varit otröstlig i episoder men däremellan ganska välmående. Föräldrarna tror att han har ont i magen.

Utifrån beskrivningen ovan, vad av nedanstående är den mest relevanta frågan?

- A. Finns det ärftlighet för tarmmissbildningar?
 - B. Har han atopiskt eksem?
 - C. Har han nyligen introducerats för något nytt födoämne?
 - ✓D. När bajsade han senast?
 - E. Hur länge ammadades han?
-

Question #: 24

Sent en kväll på akutmottagningen träffar du Hjalmar, 8 månader gammal tillsammans med sina båda föräldrar. Pojken är tidigare frisk, men sedan lunchtid har han varit otröstlig i episoder men däremellan ganska välmående. Föräldrarna tror att han har ont i magen.

Hjalmar har tidigare haft regelbunden och mjuk avföring, han har aldrig verkat förstoppad. Däremot har han varken bajsat, kissat eller pruttat under eftermiddagen eller kvällen.

Vilken diagnos bör du misstänka i första hand?

- A. Appendicit
 - B. Analtresi
 - ✓C. Invagination
 - D. Hirschsprungs sjukdom
 - E. Meckels divertikel
-

Question #: 25

Sent en kväll på akutmottagningen träffar du Hjalmar, 8 månader gammal tillsammans med sina båda föräldrar. Pojken är tidigare frisk, men sedan lunchtid har han varit otröstlig i episoder men däremellan ganska välmående. Föräldrarna tror att han har ont i magen.

Hjalmar har tidigare haft regelbunden och mjuk avföring, han har aldrig verkat förstoppad. Däremot har han varken bajsat, kissat eller pruttat under eftermiddagen eller kvällen.

Du misstänker att Hjalmar har en invagination.

Vilken vaccination till barn har främst förknippats med invagination?

- A. Vaccin mot varicella
 - B. Vaccin mot hepatit B
 - C. Vaccin mot parotit
 - ✓D. Vaccin mot rotavirus
 - E. Vaccin mot pneumokocker
-

Question #: 26

Sent en kväll på akutmottagningen träffar du Hjalmar, 8 månader gammal tillsammans med sina båda föräldrar. Pojken är tidigare frisk, men sedan lunchtid har han varit otröstlig i episoder men däremellan ganska välmående. Föräldrarna tror att han har ont i magen.

Hjalmar har tidigare haft regelbunden och mjuk avföring, han har aldrig verkat förstoppad. Däremot har han varken bajsat, kissat eller pruttat under eftermiddagen eller kvällen.

Du misstänker att Hjalmar har en invagination.

Rotavirusvaccination har kopplats till ökad risk för invagination efter första dosen vaccin men inte efter uppföljande doser.

Vilken av följande undersökningar är bäst för att diagnostisera en invagination?

- A. Buköversikt
 - ✓B. Ultraljudsundersökning
 - C. Koloskopi
 - D. Rektalpalpation
 - E. Passageröntgen
-

Question #: 27

Sent en kväll på akutmottagningen träffar du Hjalmar, 8 månader gammal tillsammans med sina båda föräldrar. Pojken är tidigare frisk, men sedan lunchtid har han varit otröstlig i episoder men däremellan ganska välmående. Föräldrarna tror att han har ont i magen.

Hjalmar har tidigare haft regelbunden och mjuk avföring, han har aldrig verkat förstoppad. Däremot har han varken bajsat, kissat eller pruttat under eftermiddagen eller kvällen.

Du misstänker att Hjalmar har en invagination.

Rotavirusvaccination har kopplats till ökad risk för invagination efter första dosen vaccin men inte efter uppföljande doser.

Du beställer en ultraljudsundersökning som visar en typisk bild av ileokolisk invagination. Hjalmar är fortsatt stabil och är välmående mellan smärteepisoderna.

Vilken handläggning är att föredra?

- A. Öppen kirurgi med säkring av tarm
- B. Laparoskopi med säkring av tarm
- ✓C. Kolonröntgen med reponering av tarm
- D. Koloskopi med placering av luminal stent
- E. Inläggning med observation och smärtlindring

* I detta delprov har 1fråga utgått.