

1

Shadia, 82 år, kommer till dig på Hälsocentralen för en kontroll. Hon har tablettbehandlad typ 2-diabetes, hypertoni och hyperlipidemi sedan cirka 20 år.

Hon är ordinerad följande läkemedel:

T. amlodipin 5 mg × 1 T. atorvastatin 20 mg × 1 T. furosemid 40 mg × 1  
T. metformin 500 mg × 2 T. metoprolol 25 mg × 1

Inför besöket har Shadia genomgått mätning, vägning och provtagning med följande resultat:

**Status**

Längd 157 cm, vikt 65 kg,

**Provsvär** (referensvärde):

B-Hb 138 g/L (117-153) fP-Glukos 7,2 mmol/L (4,2-6,0)  
B-HbA1c 62 mmol/mol (31-46) S-TSH 2,5 mE/L (0,3-4,2)  
P-Kreatinin 143 µmol/L (<90) eGFR 27 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (> 60)  
P-Kalium 3,9 mmol/L (3,5-4,6) P-Natrium 138 mmol/L (137-145)  
fP-LDL-kolesterol 1,4 mmol/L (2,0-5,3)

Ett av hennes läkemedel bör sättas ut givet denna information.

Vilket läkemedel?

**Välj ett alternativ:**

- Amlodipin
- Atorvastatin
- Furosemid
- Metformin
- Metoprolol



---

Totalpoäng: 1

2

Shadia, 82 år, kommer till dig på Hälsocentralen för en kontroll. Hon har tablettbehandlad typ 2-diabetes, hypertoni och hyperlipidemi sedan cirka 20 år.

Hon är ordinerad följande läkemedel: T. amlodipin 5 mg × 1; T. atorvastatin 20 mg × 1; T. furosemid 40 mg × 1; T. metformin 500 mg × 2; T. metoprolol 25 mg × 1

Inför besöket har Shadia genomgått mätning, vägning och provtagning med följande resultat:

Status: Längd 157 cm, vikt 65 kg,

Provsvär (referensvärde): B-Hb 138 g/L (117-153); fP-Glukos 7,2 mmol/L (4,2-6,0); B-HbA1c 62 mmol/mol (31-46); S-TSH 2,5 mE/L (0,3-4,2); P-Kreatinin 143 µmol/L (<90); eGFR 27 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (> 60); P-Kalium 3,9 mmol/L (3,5-4,6); P-Natrium 138 mmol/L (137-145); fP-LDL-kolesterol 1,4 mmol/L (2,0-5,3)

Givet Shadias låga eGFR bör metforminbehandlingen avslutas.

Du tittar på tidigare provsvär och ser att Shadias njurfunktion långsamt har sjunkit under de senaste 10 åren. Du misstänker diabetesnefropati och vill gå igenom hennes prover och utredningsresultat för att se om orsaken till njurfunktionsnedsättningen är klarlagd.

Vilket är det första tecknet på diabetesnefropati?

**Välj ett alternativ:**

- Glukosuri
- Leukocyturi
- Mikroalbuminuri
- Mikrohematuri
- Polyuri



---

Totalpoäng: 1

3

Shadia, 82 år, kommer till dig på Hälsocentralen för en kontroll. Hon har tablettbehandlad typ 2-diabetes, hypertoni och hyperlipidemi sedan cirka 20 år.

Hon är ordinerad följande läkemedel: T. amlodipin 5 mg × 1; T. atorvastatin 20 mg × 1; T. furosemid 40 mg × 1; T. metformin 500 mg × 2; T. metoprolol 25 mg × 1

Inför besöket har Shadia genomgått mätning, vägning och provtagning med följande resultat:

Status: Längd 157 cm, vikt 65 kg,

Provsvär (referensvärde): B-Hb 138 g/L (117-153); fP-Glukos 7,2 mmol/L (4,2-6,0); B-HbA1c 62 mmol/mol (31-46); S-TSH 2,5 mE/L (0,3-4,2); P-Kreatinin 143 µmol/L (<90); eGFR 27 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (> 60); P-Kalium 3,9 mmol/L (3,5-4,6); P-Natrium 138 mmol/L (137-145); fP-LDL-kolesterol 1,4 mmol/L (2,0-5,3)

Givet Shadias låga eGFR bör metforminbehandlingen avslutas.

Du tittar på tidigare provsvar och ser att Shadias njurfunktion långsamt har sjunkit under de senaste 10 åren. Du misstänker diabetesnefropati och vill gå igenom hennes prover och utredningsresultat för att se om orsaken till njurfunktionsnedsättningen är klarlagd.

Du ser att Shadia har en tilltagande albuminuri och att mikroalbuminuri debuterade för 7-8 år sedan som tecken på diabetesorsakad njurskada. Du finner att hon är adekvat utredd med urin- och blodprover samt ultraljud av njurarna och sätter diagnosen diabetesnefropati.

Vilket läkemedel bör läggas till Shadias behandling?

**Välj ett alternativ:**

ACE-hämmare



acetylsalicylsyra

ezetimib (kolesterolsänkande)

tiaziddiuretika

kalciumantagonist

---

Totalpoäng: 1

4

Shadia, 82 år, kommer till dig på Hälsocentralen för en kontroll. Hon har tablettbehandlad typ 2-diabetes, hypertoni och hyperlipidemi sedan cirka 20 år.

Hon är ordinerad följande läkemedel: T. amlodipin 5 mg × 1; T. atorvastatin 20 mg × 1; T. furosemid 40 mg × 1; T. metformin 500 mg × 2; T. metoprolol 25 mg × 1

Inför besöket har Shadia genomgått mätning, vägning och provtagning med följande resultat:

Status: Längd 157 cm, vikt 65 kg,

Provsvär (referensvärde): B-Hb 138 g/L (117-153); fP-Glukos 7,2 mmol/L (4,2-6,0); B-HbA1c 62 mmol/mol (31-46); S-TSH 2,5 mE/L (0,3-4,2); P-Kreatinin 143 µmol/L (<90); eGFR 27 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (> 60); P-Kalium 3,9 mmol/L (3,5-4,6); P-Natrium 138 mmol/L (137-145); fP-LDL-kolesterol 1,4 mmol/L (2,0-5,3)

Givet Shadias låga eGFR bör metforminbehandlingen avslutas.

Du tittar på tidigare provsvar och ser att Shadias njurfunktion långsamt har sjunkit under de senaste 10 åren. Du misstänker diabetesnefropati och vill gå igenom hennes prover och utredningsresultat för att se om orsaken till njurfunktionsnedsättningen är klarlagd.

Du ser att Shadia har en tilltagande albuminuri och att mikroalbuminuri debuterade för 7-8 år sedan som tecken på diabetesorsakad njurskada. Du finner att hon är adekvat utredd med urin- och blodprover samt ultraljud av njurarna och sätter diagnosen diabetesnefropati.

Du lägger till en ACE-hämmare, till exempel enalapril, på grund av deras njurprotektiva och blodtryckssänkande effekten. Du upplyser patienten om att göra uppehåll med läkemedlet vid risk för uttorkning och planerar för kontroll av blodtryck, kalium och kreatinin efter ett par veckor.

Shadia berättar vid besöket att hon besväras av andfåddhet, trötthet och svullna ben sedan några månader. Vid din undersökning finner du att Shadia är opåverkad i vila men har pittingödem kring båda anklar, har regelbunden hjärtrytm med frekvens 78/minut, inga blåsljud, andningsfrekvens 14/minut och diskreta rassel basalt på båda lungor. Blodtryck 145/75.

Du funderar på om Shadia även kan ha hjärtsvikt och hur du kan gå vidare i diagnostiken av det, men reflekterar även över om ankelsvullnaden skulle kunna vara en läkemedelsbiverkan.

Vilket av hennes läkemedel bör du i första hand misstänka som orsak till ankelödemen?

**Välj ett alternativ:**

- Amlodipin
- Atorvastatin
- Furosemid
- Metformin
- Metoprolol



---

Totalpoäng: 1

5

Shadia, 82 år, kommer till dig på Hälsocentralen för en kontroll. Hon har tablettbehandlad typ 2-diabetes, hypertoni och hyperlipidemi sedan cirka 20 år.

Hon är ordinerad följande läkemedel: T. amlodipin 5 mg × 1; T. atorvastatin 20 mg × 1; T. furosemid 40 mg × 1; T. metformin 500 mg × 2; T. metoprolol 25 mg × 1

Inför besöket har Shadia genomgått mätning, vägning och provtagning med följande resultat:

Status: Längd 157 cm, vikt 65 kg,

Provsvär (referensvärde): B-Hb 138 g/L (117-153); fP-Glukos 7,2 mmol/L (4,2-6,0); B-HbA1c 62 mmol/mol (31-46); S-TSH 2,5 mE/L (0,3-4,2); P-Kreatinin 143 µmol/L (<90); eGFR 27 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (> 60); P-Kalium 3,9 mmol/L (3,5-4,6); P-Natrium 138 mmol/L (137-145); fP-LDL-kolesterol 1,4 mmol/L (2,0-5,3)

Givet Shadias låga eGFR bör metforminbehandlingen avslutas.

Du tittar på tidigare provsvär och ser att Shadias njurfunktion långsamt har sjunkit under de senaste 10 åren. Du misstänker diabetesnefropati och vill gå igenom hennes prover och utredningsresultat för att se om orsaken till njurfunktionsnedsättningen är klarlagd.

Du ser att Shadia har en tilltagande albuminuri och att mikroalbuminuri debuterade för 7-8 år sedan som tecken på diabetesorsakad njurskada. Du finner att hon är adekvat utredd med urin- och blodprover samt ultraljud av njurarna och sätter diagnosen diabetesnefropati.

Du lägger till en ACE-hämmare, till exempel enalapril, på grund av deras njurprotektiva och blodtryckssänkande effekten. Du upplyser patienten om att göra uppehåll med läkemedlet vid risk för uttorkning och planerar för kontroll av blodtryck, kalium och kreatinin efter ett par veckor.

Shadia berättar vid besöket att hon besväras av andfåddhet, trötthet och svullna ben sedan några månader. Vid din undersökning finner du att Shadia är opåverkad i vila men har pittingödem kring båda anklar, har regelbunden hjärtrytm med frekvens 78/minut, inga blåsljud, andningsfrekvens 14/minut och diskreta rassel basalt på båda lungor. Blodtryck 145/75.

Du funderar på om Shadia även kan ha hjärtsvikt och hur du kan gå vidare i diagnostiken av det, men reflekterar även över om ankelsvullnaden skulle kunna vara en läkemedelsbiverkan.

Trots att du överväger amlodipinbiverkan som orsak till ankelsvullnaden vill du gå vidare med hjärtsviktsdiagnostiken.

Vilket fynd skulle med störst säkerhet utesluta inkomenserad hjärtsvikt?

**Välj ett alternativ:**

- Normalt D-dimer
- Normalt EKG
- Normal syremättnad
- Normalt NT-proBNP
- Normal lungröntgen



---

Totalpoäng: 1

6

Shadia, 82 år, kommer till dig på Hälsocentralen för en kontroll. Hon har tablettbehandlad typ 2-diabetes, hypertoni och hyperlipidemi sedan cirka 20 år.

Hon är ordinerad följande läkemedel: T. amlodipin 5 mg × 1; T. atorvastatin 20 mg × 1; T. furosemid 40 mg × 1; T. metformin 500 mg × 2; T. metoprolol 25 mg × 1

Inför besöket har Shadia genomgått mätning, vägning och provtagning med följande resultat:

Status: Längd 157 cm, vikt 65 kg,

Provsvär (referensvärde): B-Hb 138 g/L (117-153); fP-Glukos 7,2 mmol/L (4,2-6,0); B-HbA1c 62 mmol/mol (31-46); S-TSH 2,5 mE/L (0,3-4,2); P-Kreatinin 143 µmol/L (<90); eGFR 27 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (> 60); P-Kalium 3,9 mmol/L (3,5-4,6); P-Natrium 138 mmol/L (137-145); fP-LDL-kolesterol 1,4 mmol/L (2,0-5,3)

Givet Shadias låga eGFR bör metforminbehandlingen avslutas.

Du tittar på tidigare provsvar och ser att Shadias njurfunktion långsamt har sjunkit under de senaste 10 åren. Du misstänker diabetesnefropati och vill gå igenom hennes prover och utredningsresultat för att se om orsaken till njurfunktionsnedsättningen är klarlagd.

Du ser att Shadia har en tilltagande albuminuri och att mikroalbuminuri debuterade för 7-8 år sedan som tecken på diabetesorsakad njurskada. Du finner att hon är adekvat utredd med urin- och blodprover samt ultraljud av njurarna och sätter diagnosen diabetesnefropati.

Du lägger till en ACE-hämmare, till exempel enalapril, på grund av deras njurprotektiva och blodtryckssänkande effekten. Du upplyser patienten om att göra uppehåll med läkemedlet vid risk för uttorkning och planerar för kontroll av blodtryck, kalium och kreatinin efter ett par veckor.

Shadia berättar vid besöket att hon besväras av andfåddhet, trötthet och svullna ben sedan några månader. Vid din undersökning finner du att Shadia är opåverkad i vila men har pittingödem kring båda anklar, har regelbunden hjärtrytm med frekvens 78/minut, inga blåsljud, andningsfrekvens 14/minut och diskreta rassel basalt på båda lungor. Blodtryck 145/75.

Du funderar på om Shadia även kan ha hjärtsvikt och hur du kan gå vidare i diagnostiken av det, men reflekterar även över om ankelsvullnaden skulle kunna vara en läkemedelsbiverkan.

Trots att du överväger amlodipinbiverkan som orsak till ankelsvullnaden vill du gå vidare med hjärtsviktsdiagnostiken.

Du kompletterar provtagningen med ett NT-proBNP, som vid normalt utfall med störst säkerhet kan utesluta hjärtsvikt.

Om NT-proBNP visar sig vara förhöjt, vilken är den lämpligaste undersökningen för att verifiera misstanken om hjärtsvikt?

**Välj ett alternativ:**

- Arbetsprov
- Coronarangiografi
- Datortomografi thorax
- Ekokardiografi
- Spirometri



Totalpoäng: 1

7

~~Shadia, 82 år, kommer till dig på Hälsocentralen för en kontroll. Hon har tablettbehandlad typ 2-diabetes, hypertoni och hyperlipidemi sedan cirka 20 år.~~

~~Hon är ordinerad följande läkemedel: T. amlodipin 5 mg × 1; T. atorvastatin 20 mg × 1; T. furosemid 40 mg × 1; T. metformin 500 mg × 2; T. metoprolol 25 mg × 1~~

~~Inför besöket har Shadia genomgått mätning, vägning och provtagning med följande resultat:~~

~~Status: Längd 157 cm, vikt 65 kg,~~

~~Provsvär (referensvärde): B-Hb 138 g/L (117-153); fP-Glukos 7,2 mmol/L (4,2-6,0); B-HbA1c 62 mmol/mol (31-46); S-TSH 2,5 mE/L (0,3-4,2); P-Kreatinin 143 µmol/L (<90); eGFR 27 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (>60); P-Kalium 3,9 mmol/L (3,5-4,6); P-Natrium 138 mmol/L (137-145); fP-LDL-kolesterol 1,4 mmol/L (2,0-5,3)~~

~~Givet Shadias låga eGFR bör metforminbehandlingen avslutas.~~

~~Du tittar på tidigare provsvär och ser att Shadias njurfunktion långsamt har sjunkit under de senaste 10 åren. Du misstänker diabetesnefropati och vill gå igenom hennes prover och utredningsresultat för att se om orsaken till njurfunktionsnedsättningen är klarlagd.~~

~~Du ser att Shadia har en tilltagande albuminuri och att mikroalbuminuri debuterade för 7-8 år sedan som tecken på diabetesorsakad njurskada. Du finner att hon är adekvat utredd med urin- och blodprover samt ultraljud av njurarna och sätter diagnosen diabetesnefropati.~~

~~Du lägger till en ACE-hämmare, till exempel enalapril, på grund av deras njurprotektiva och blodtryckssänkande effekten. Du upplyser patienten om att göra uppehåll med läkemedlet vid risk för uttorkning och planerar för kontroll av blodtryck, kalium och kreatinin efter ett par veckor.~~

~~Shadia berättar vid besöket att hon besväras av andfåddhet, trötthet och svullna ben sedan några månader. Vid din undersökning finner du att Shadia är opåverkad i vila men har pittingödem kring båda anklar, har regelbunden hjärtrytm med frekvens 78/minut, inga blåsljud, andningsfrekvens 14/minut och diskreta rassel basalt på båda lungor. Blodtryck 145/75.~~

~~Du funderar på om Shadia även kan ha hjärtsvikt och hur du kan gå vidare i diagnostiken av det, men reflekterar även över om ankelsvullnaden skulle kunna vara en läkemedelsbiverkan.~~

~~Trots att du överväger amlodipinbiverkan som orsak till ankelsvullnaden vill du gå vidare med hjärtsviktsdiagnostiken.~~

~~Du kompletterar provtagningen med ett NT-proBNP, som vid normalt utfall med störst säkerhet kan utesluta hjärtsvikt.~~

~~Du funderar över tänkbara orsaker till Shadias förmodade hjärtsvikt och vet att diabetes är en av dem.~~

~~Vilken är den vanligaste orsaken till hjärtsvikt?~~

~~Välj ett alternativ:~~

- arytmi
- hypertoni
- ischemisk hjärtsjukdom
- kardiomyopati
- klaffvitium



Totalpoäng: 1





8

Shadia, 82 år, kommer till dig på Hälsocentralen för en kontroll. Hon har tablettbehandlad typ 2-diabetes, hypertoni och hyperlipidemi sedan cirka 20 år.

Hon är ordinerad följande läkemedel: T. amlodipin 5 mg × 1; T. atorvastatin 20 mg × 1; T. furosemid 40 mg × 1; T. metformin 500 mg × 2; T. metoprolol 25 mg × 1

Inför besöket har Shadia genomgått mätning, vägning och provtagning med följande resultat:

Status: Längd 157 cm, vikt 65 kg,

Provsvär (referensvärde): B-Hb 138 g/L (117-153); fP-Glukos 7,2 mmol/L (4,2-6,0); B-HbA1c 62 mmol/mol (31-46); S-TSH 2,5 mE/L (0,3-4,2); P-Kreatinin 143 µmol/L (<90); eGFR 27 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (> 60); P-Kalium 3,9 mmol/L (3,5-4,6); P-Natrium 138 mmol/L (137-145); fP-LDL-kolesterol 1,4 mmol/L (2,0-5,3)

Givet Shadias låga eGFR bör metforminbehandlingen avslutas.

Du tittar på tidigare provsvar och ser att Shadias njurfunktion långsamt har sjunkit under de senaste 10 åren. Du misstänker diabetesnefropati och vill gå igenom hennes prover och utredningsresultat för att se om orsaken till njurfunktionsnedsättningen är klarlagd.

Du ser att Shadia har en tilltagande albuminuri och att mikroalbuminuri debuterade för 7-8 år sedan som tecken på diabetesorsakad njurskada. Du finner att hon är adekvat utredd med urin- och blodprover samt ultraljud av njurarna och sätter diagnosen diabetesnefropati.

Du lägger till en ACE-hämmare, till exempel enalapril, på grund av deras njurprotektiva och blodtryckssänkande effekten. Du upplyser patienten om att göra uppehåll med läkemedlet vid risk för uttorkning och planerar för kontroll av blodtryck, kalium och kreatinin efter ett par veckor.

Shadia berättar vid besöket att hon besväras av andfåddhet, trötthet och svullna ben sedan några månader. Vid din undersökning finner du att Shadia är opåverkad i vila men har pittingödem kring båda anklar, har regelbunden hjärtrytm med frekvens 78/minut, inga blåsljud, andningsfrekvens 14/minut och diskreta rassel basalt på båda lungor. Blodtryck 145/75.

Du funderar på om Shadia även kan ha hjärtsvikt och hur du kan gå vidare i diagnostiken av det, men reflekterar även över om ankelsvullnaden skulle kunna vara en läkemedelsbiverkan.

Trots att du överväger amlodipinbiverkan som orsak till ankelsvullnaden vill du gå vidare med hjärtsviktsdiagnostiken.

Du kompletterar provtagningen med ett NT-proBNP, som vid normalt utfall med störst säkerhet kan utesluta hjärtsvikt.

Du funderar över tänkbara orsaker till Shadias förmodade hjärtsvikt och vet att diabetes är en av dem.

Eftersom ischemisk hjärtsjukdom är den vanligaste orsaken till hjärtsvikt så du frågar efter symtom på angina pectoris eller genomgången hjärtinfarkt. Shadia förnekar sådana symtom, men du tänker att du bör överväga kranskärlsutredning efter att du fått svar på ekokardiografen.

Inledningsvis satte du ut metformin och du har lagt till enalapril, men nu vill du även ersätta metformin med ett annat diabetesläkemedel.

Vilken typ av läkemedel utgör det lämpligaste valet vid denna sjukdomsbild?

**Välj ett alternativ:**

- insulinfrisättare
- pioglitazon
- DPP4-hämmare
- SGLT2-hämmare
- sulfonureidpreparat



---

Totalpoäng: 1

**9**

En 82-årig tidigare rökande man söker vård akut på sin hälsocentral på grund av fyra dagars anamnes på hosta med missfärgat slem och tilltagande andnöd framför allt vid ansträngning.

I vila är patienten relativt opåverkad med saturation 93 % på luft, puls 87/min, andningsfrekvens 20/min och temperatur 37,5 °C. CRP är 11 mg/L (referensvärde ≤ 5).

Vid auskultation hörs något avlägsna andningsljud med en del sibilanta ronki i ett lätt förlängt expirium samt en del slemrassel.

Vilken är den mest sannolika diagnosen?

**Välj ett alternativ:**

- KOL-exacerbation
- Viruspleurit
- Pneumoni
- Akut astma
- Akut lungemboli



---

Totalpoäng: 1

10

En 82-årig tidigare rökande man söker vård akut på sin hälsocentral på grund av fyra dagars anamnes på hosta med missfärgat slem och tilltagande andnöd framför allt vid ansträngning. I vila är patienten relativt opåverkad med saturation 93 % på luft, puls 87/min, andningsfrekvens 20/min och temperatur 37,5 °C. CRP är 11 mg/L (referensvärde ≤ 5).

Vid auskultation hörs något avlägsna andningsljud med en del sibilanta ronki i ett lätt förlängt exspirium samt en del slemrassel.

Utifrån anamnes på tidigare rökning, aktuella besvär och status bedömer du att patienten sannolikt har KOL och att han nu har ådragit sig en akut exacerbation.

Du ordinerar inhalation Combivent 2,5 ml (salbutamol 2,5 mg + ipratropium 0,5 mg).

Vilken ytterligare behandling bör du ordinera?

**Välj ett alternativ:**

- T. betametason 0,5 mg 8 × 1 per os ✔
- Inhalation (nebuliserat) acetylcystein 200 mg
- Injektion terbutalin 2,5 mg subcutant
- Injektion teofyllin 5 ml långsamt intravenöst
- Syrgas via näsgrinna med flöde 1 L/min

---

Totalpoäng: 1

11

En 82-årig tidigare rökande man söker vård akut på sin hälsocentral på grund av fyra dagars anamnes på hosta med missfärgat slem och tilltagande andnöd framför allt vid ansträngning. I vila är patienten relativt opåverkad med saturation 93 % på luft, puls 87/min, andningsfrekvens 20/min och temperatur 37,5 °C. CRP är 11 mg/L (referensvärde ≤ 5).

Vid auskultation hörs något avlägsna andningsljud med en del sibilanta ronki i ett lätt förlängt exspirium samt en del slemrassel.

Utifrån anamnes på tidigare rökning, aktuella besvär och status bedömer du att patienten sannolikt har KOL och att han nu har ådragit sig en akut exacerbation.

Du ordinerar inhalation Combivent 2,5 ml (salbutamol 2,5 mg + ipratropium 0,5 mg).

Du ordinerar dessutom orala steroider (betametason) totalt 4 mg.

Patienten upplever en subjektiv förbättring på given behandling. Det går något lättare att andas och han låter mindre obstruktiv. Andningsfrekvensen har minskat något till 15/min och saturationen pendlar mellan 94 och 95 % på luft.

Han har tidigare haft periodvisa lindriga andningsbesvär för vilket han har fått prova behandling med LABA+LAMA (långverkande  $\beta_2$ -stimulerare + antikolinergika), som han dock inte tagit regelbundet.

Du bedömer att fortsatt behandling kan ske i hemmet och förskriver 6 T. betametason 0,5 mg dagligen under 5 dagar och rekommenderar patienten att ta LABA + LAMA regelbundet.

Vilket, om något, ytterligare läkemedel bör du ordinera?

**Välj ett alternativ:**

- T. roflumilast 250 µg × 1 i 28 dagar
- T. fenoximetylpenicillin 0,8 g 1 × 2 i 10 dagar
- Ingen ytterligare behandling är aktuell
- Inhalationssteroider i form av budesonid 400 µg × 2
- T. amoxicillin 750 mg × 3 i en vecka



---

Totalpoäng: 1

12

En 82-årig tidigare rökande man söker vård akut på sin hälsocentral på grund av fyra dagars anamnes på hosta med missfärgat slem och tilltagande andnöd framför allt vid ansträngning. I vila är patienten relativt opåverkad med saturation 93 % på luft, puls 87/min, andningsfrekvens 20/min och temperatur 37,5 °C. CRP är 11 mg/L (referensvärde ≤ 5).

Vid auskultation hörs något avlägsna andningsljud med en del sibilanta ronki i ett lätt förlängt exspirium samt en del slemrassel.

Utifrån anamnes på tidigare rökning, aktuella besvär och status bedömer du att patienten sannolikt har KOL och att han nu har ådragit sig en akut exacerbation.

Du ordinerar inhalation Combivent 2,5 ml (salbutamol 2,5 mg + ipratropium 0,5 mg).

Du ordinerar dessutom orala steroider (betametason) totalt 4 mg.

Patienten upplever en subjektiv förbättring på given behandling. Det går något lättare att andas och han låter mindre obstruktiv. Andningsfrekvensen har minskat något till 15/min och saturationen pendlar mellan 94 och 95 % på luft.

Han har tidigare haft periodvisa lindriga andningsbesvär för vilket han har fått prova behandling med LABA+LAMA (långverkande  $\beta$ 2-stimulerare + antikolinergika), som han dock inte tagit regelbundet.

Du bedömer att fortsatt behandling kan ske i hemmet och förskriver 6 T. betametason 0,5 mg dagligen under 5 dagar och rekommenderar patienten att ta LABA + LAMA regelbundet.

Patientens lätt förhöjda temperatur och missfärgade sputa inger stark misstanke om infektionsutlöst exacerbation så du förskriver dessutom bredspektrumantibiotika (T. amoxicillin 750 mg × 3 i en vecka).

Varken inhalationssteroider eller roflumilast är indicerade eftersom det är patientens första exacerbation.

Hur bör du hantera eventuell klinisk uppföljning på hälsocentral?

**Välj ett alternativ:**

- Uppföljning är ej nödvändig
- Återbesök inom 6 veckor
- Återbesök inom 6 månader
- Återbesök om 12 månader
- Återbesök vid behov



---

Totalpoäng: 1

13

En 82-årig tidigare rökande man söker vård akut på sin hälsocentral på grund av fyra dagars anamnes på hosta med missfärgat slem och tilltagande andnöd framför allt vid ansträngning. I vila är patienten relativt opåverkad med saturation 93 % på luft, puls 87/min, andningsfrekvens 20/min och temperatur 37,5 °C. CRP är 11 mg/L (referensvärde ≤ 5).

Vid auskultation hörs något avlägsna andningsljud med en del sibilanta ronki i ett lätt förlängt exspirium samt en del slemrassel.

Utifrån anamnes på tidigare rökning, aktuella besvär och status bedömer du att patienten sannolikt har KOL och att han nu har ådragit sig en akut exacerbation.

Du ordinerar inhalation Combivent 2,5 ml (salbutamol 2,5 mg + ipratropium 0,5 mg).

Du ordinerar dessutom orala steroider (betametason) totalt 4 mg.

Patienten upplever en subjektiv förbättring på given behandling. Det går något lättare att andas och han låter mindre obstruktiv. Andningsfrekvensen har minskat något till 15/min och saturationen pendlar mellan 94 och 95 % på luft.

Han har tidigare haft periodvisa lindriga andningsbesvär för vilket han har fått prova behandling med LABA+LAMA (långverkande  $\beta$ 2-stimulerare + antikolinergika), som han dock inte tagit regelbundet.

Du bedömer att fortsatt behandling kan ske i hemmet och förskriver 6 T. betametason 0,5 mg dagligen under 5 dagar och rekommenderar patienten att ta LABA + LAMA regelbundet.

Patientens lätt förhöjda temperatur och missfärgade sputa inger stark misstanke om infektionsutlöst exacerbation så du förskriver dessutom bredspektrumantibiotika (T. amoxicillin 750 mg  $\times$  3 i en vecka).

Varken inhalationssteroider eller roflumilast är indicerade eftersom det är patientens första exacerbation.

Du rekommenderar ett återbesök på hälsocentralen om 6 veckor, men uppmanar honom att höra av sig tidigare om ej fortsatt förbättring.

Utöver kontroll av inhalationsteknik och följsamhet till behandling bör ett flertal undersökningar övervägas vid återbesöket.

Vilken undersökning skulle bekräfta din diagnosmisstanke KOL?

**Välj ett alternativ:**

- Dynamisk spirometri efter bronkdilatation ✔
- 6-minuters gångtest (6MWT)
- Lungröntgen
- Symtomskattning med COPD Assessment Test (CAT)
- Datortomografi av thorax

---

Totalpoäng: 1

14

En 74 år gammal man kommer tillsammans med sin fru till Hälsocentralen.

De har sett ett TV-program som handlade om normaltryckshydrocefalus (NPH). Symtomen som beskrevs i programmet stämmer precis överens med de symtom mannen upplevt sedan ett drygt år tillbaka. Symtomen smög sig på och har sakta progredierat sedan dess.

Man brukar beskriva typiska symtom vid NPH som en symtomtriad.

Vilket symtom ingår i triaden utöver gång- och balanssvårigheter och demens?

**Välj ett alternativ:**

- Vilotremor
- Inkontinens
- Hyperreflexi
- Huvudvärk
- Rigiditet



---

Totalpoäng: 1

15

En 74 år gammal man kommer tillsammans med sin fru till Hälsocentralen. De har sett ett TV-program som handlade om normaltryckshydrocefalus (NPH). Symtomen som beskrevs i programmet stämmer precis överens med de symtom mannen upplevt sedan ett drygt år tillbaka. Symtomen smög sig på och har sakta progredierat sedan dess.

Man brukar beskriva typiska symtom vid NPH som en symtomtriad bestående av gång- och balanssvårigheter, demens och inkontinens.

Mannen har tidigare varit väsentligen frisk men behandlats för hypertoni och hyperlipidemi. Blodtrycket är normalt. Auskultation av cor och pulm är utan avvikelser. Rutinnervstatus är utan avvikelser förutom att du ser att patienten har en bredspårig gång och vänder gångriktning med många och korta steg och har falltendens på Rombergs prov. MMSE visar 21/30. Patienten har vissa besvär med trängningsinkontinens.

Du beslutar att utreda patienten vidare och beställer blodprover enligt rutin vid demensutredning samt DT hjärna.

Vilket fynd på DT hjärna talar starkast för NPH?

**Välj ett alternativ:**

- Vida kovexitetsfåror
- Cerebellär atrofi
- Mesial temporallobatrofi
- Ventrikulomegali
- Vitsubstansförändringar



---

Totalpoäng: 1



16

En 74 år gammal man kommer tillsammans med sin fru till Hälsocentralen. De har sett ett TV-program som handlade om normaltryckshydrocefalus (NPH). Symtomen som beskrevs i programmet stämmer precis överens med de symtom mannen upplevt sedan ett drygt år tillbaka. Symtomen smög sig på och har sakta progredierat sedan dess.

Man brukar beskriva typiska symtom vid NPH som en symtomtriad bestående av gång- och balanssvårigheter, demens och inkontinens.

Mannen har tidigare varit väsentligen frisk men behandlats för hypertoni och hyperlipidemi. Blodtrycket är normalt. Auskultation av cor och pulm är utan avvikelser. Rutinnervstatus är utan avvikelser förutom att du ser att patienten en bredspårig gång och vänder gångriktning med många och korta steg och har falltendens på Rombergs prov. MMSE visar 21/30. Patienten har vissa besvär med trängningsinkontinens.

Du beslutar att utreda patienten vidare och beställer blodprover enligt rutin vid demensutredning samt DT hjärna.

Om DT hjärna visar ventrikulomegali och eventuellt andra tecken på NPH planerar du att remittera patienten för vidare utredning.

Dagen efter besöket kollar du svaret på blodproverna. P-homocystein är 25  $\mu\text{mol/L}$  (referensvärde <15).

Om det förhöjda homocystein-värdet är korrekt, vilket annat provvärde förväntas vara avvikande?

**Välj ett alternativ:**

- P-Glukos
- P-Fosfat
- P-Folat
- P-Ferritin
- P-ASAT



---

Totalpoäng: 1

17

En 74 år gammal man kommer tillsammans med sin fru till Hälsocentralen. De har sett ett TV-program som handlade om normaltryckshydrocefalus (NPH). Symtomen som beskrevs i programmet stämmer precis överens med de symptom mannen upplevt sedan ett drygt år tillbaka. Symtomen smög sig på och har sakta progredierat sedan dess.

Man brukar beskriva typiska symptom vid NPH som en symptomtriad bestående av gång- och balanssvårigheter, demens och inkontinens.

Mannen har tidigare varit väsentligen frisk men behandlats för hypertoni och hyperlipidemi. Blodtrycket är normalt. Auskultation av cor och pulm är utan avvikelser. Rutinnervstatus är utan avvikelser förutom att du ser att patienten en bredspårig gång och vänder gångriktning med många och korta steg och har falltendens på Rombergs prov. MMSE visar 21/30. Patienten har vissa besvär med trängningsinkontinens.

Du beslutar att utreda patienten vidare och beställer blodprover enligt rutin vid demensutredning samt DT hjärna.

Om DT hjärna visar ventrikulomegali och eventuellt andra tecken på NPH planerar du att remittera patienten för vidare utredning.

Dagen efter besöket kollar du svaret på blodproverna. P-homocystein är 25  $\mu\text{mol/L}$  (referensvärde <15).

Följande provsvar var samtliga normala: P-Folat, P-B12, P-Na, K, P-Calcium, P-Kreatinin, P-TSH, P-Glukos, B-HbA1c, blodstatus, lever-gallstatus och SR. Serologi för lues, borrelia och HIV var alla negativa. Du tar i ett senare skede ett nytt P-homocystein och finner att också det är normalt.

Du remitterar patienten till neurologmottagningen för vidare utredning.

På vilket sätt behandlas i första hand NPH?

**Välj ett alternativ:**

- Karbanhydrashämmare
- Fenestring av *n. opticus*
- Ventrikulo-peritonealshunt
- Plexus choroidectomi
- Endoskopisk tredjeventrikelostomi (ETV)



---

Totalpoäng: 1

18

En 74 år gammal man kommer tillsammans med sin fru till Hälsocentralen. De har sett ett TV-program som handlade om normaltryckshydrocefalus (NPH). Symtomen som beskrevs i programmet stämmer precis överens med de symtom mannen upplevt sedan ett drygt år tillbaka. Symtomen smög sig på och har sakta progredierat sedan dess.

Man brukar beskriva typiska symtom vid NPH som en symtomtriad bestående av gång- och balanssvårigheter, demens och inkontinens.

Mannen har tidigare varit väsentligen frisk men behandlats för hypertoni och hyperlipidemi. Blodtrycket är normalt. Auskultation av cor och pulm är utan avvikelser. Rutinnervstatus är utan avvikelser förutom att du ser att patienten en bredspårig gång och vänder gångriktning med många och korta steg och har falltendens på Rombergs prov. MMSE visar 21/30. Patienten har vissa besvär med trängningsinkontinens.

Du beslutar att utreda patienten vidare och beställer blodprover enligt rutin vid demensutredning samt DT hjärna.

Om DT hjärna visar ventrikulomegali och eventuellt andra tecken på NPH planerar du att remittera patienten för vidare utredning.

Dagen efter besöket kollar du svaret på blodproverna. P-homocystein är 25  $\mu\text{mol/L}$  (referensvärde <15).

Följande provsvar var samtliga normala: P-Folat, P-B12, P-Na, K, P-Calcium, P-Kreatinin, P-TSH, P-Glukos, B-HbA1c, blodstatus, lever-gallstatus, och SR. Serologi för lues, borrelia och HIV var alla negativa. Du tar i ett senare skede ett nytt P-homocystein och finner att också det är normalt.

Du remitterar patienten till neurologmottagningen för vidare utredning.

Efter utredning opereras patienten med en ventrikulo-peritonealshunt. Patientens gång och balans förbättras avsevärt och inkontinensen blir något bättre. Kognitivt ligger patienten på samma nivå som före operationen.

Ett drygt år efter operationen kommer patienten till dig på Hälsocentralen igen. Han har försämrats i gångförmågan avsevärt och har fått en påtaglig huvudvärk. Hans fru upplever honom mer förvirrad än tidigare. Det framkommer att symtomen kom smygande efter ett falltrauma i samma plan för cirka två veckor sedan. Patienten nekar att han slog i huvudet. Han har inga infektionssymtom. CRP är normalt. Tempen är 36,8 °C.

Vilken diagnos bör du i första hand misstänka?

**Välj ett alternativ:**

- Subarachnoidalblödning
- Shunt dysfunktion
- Intracerebralt hematom
- Subduralhematom
- Epiduralhematom



Totalpoäng: 1

19

En 74 år gammal man kommer tillsammans med sin fru till Hälsocentralen. De har sett ett TV-program som handlade om normaltryckshydrocefalus (NPH). Symtomen som beskrevs i programmet stämmer precis överens med de symtom mannen upplevt sedan ett drygt år tillbaka. Symtomen smög sig på och har sakta progredierat sedan dess.

Man brukar beskriva typiska symtom vid NPH som en symtomtriad bestående av gång- och balanssvårigheter, demens och inkontinens.

Mannen har tidigare varit väsentligen frisk men behandlats för hypertoni och hyperlipidemi. Blodtrycket är normalt. Auskultation av cor och pulm är utan avvikelser. Rutinnervstatus är utan avvikelser förutom att du ser att patienten en bredspårig gång och vänder gångriktning med många och korta steg och har falltendens på Rombergs prov. MMSE visar 21/30. Patienten har vissa besvär med trängningsinkontinens.

Du beslutar att utreda patienten vidare och beställer blodprover enligt rutin vid demensutredning samt DT hjärna.

Om DT hjärna visar ventrikulomegali och eventuellt andra tecken på NPH planerar du att remittera patienten för vidare utredning.

Dagen efter besöket kollar du svaret på blodproverna. P-homocystein är 25  $\mu\text{mol/L}$  (referensvärde <15).

Följande provsvar var samtliga normala: P-Folat, P-B12, P-Na, K, P-Calcium, P-Kreatinin, P-TSH, P-Glukos, B-HbA1c, blodstatus, lever-gallstatus, och SR. Serologi för lues, borrelia och HIV var alla negativa. Du tar i ett senare skede ett nytt P-homocystein och finner att också det är normalt.

Du remitterar patienten till neurologmottagningen för vidare utredning.

Efter utredning opereras patienten med en ventrikulo-peritonealshunt. Patientens gång och balans förbättras avsevärt och inkontinensen blir något bättre. Kognitivt ligger patienten på samma nivå som före operationen.

Ett drygt år efter operationen kommer patienten till dig på Hälsocentralen igen. Han har försämrats i gångförmågan avsevärt och har fått en påtaglig huvudvärk. Hans fru upplever honom mer förvirrad än tidigare. Det framkommer att symtomen kom smygande efter ett falltrauma i samma plan för cirka två veckor sedan. Patienten neger att han slog i huvudet. Han har inga infektionssymtom. CRP är normalt. Tempen är 36,8 °C.

Du misstänker i första hand subduralhematom, skriver en akutremiss och skickar patienten till akutmottagningen. Läkaren på akutmottagningen skriver i sin tur en remiss till röntgen.

Vilken radiologisk undersökning är lämpligast för att diagnosticera subduralhematom?

**Välj ett alternativ:**

- DT hjärna
- DT hjärna med kontrast
- DT hjärna+DT angiografi i artärfas
- DT hjärna+DT angiografi i venös fas
- MR hjärna



---

Totalpoäng: 1

20

Katarina, 30 år, kommer till Hälsocentralen eftersom hon sedan några månader känner sig nedstämd och tror att hon är deprimerad.

Vilken symptombeskrivning är tillsammans med nedstämdhet mest central vid diagnosticering av en depression?

**Välj ett alternativ:**

- Klart minskat intresse eller minskad glädje av aktiviteter. ✔
- Betydande viktnedgång eller viktuppgång > 5 % senaste månaden.
- Sömnstörning nästan varje natt (för lite eller för mycket).
- Psykomotorisk agitation eller hämning.
- Känslor av värdelöshet eller obefogade eller överdrivna skuldkänslor, så gott som dagligen.

---

Totalpoäng: 1

21

*Katarina, 30 år, kommer till Hälsocentralen eftersom hon sedan några månader känner sig nedstämd och tror att hon är deprimerad.*

Vid samtalet framkommer att Katarina förutom nedstämdhet också uppfyller det andra centrala diagnoskriteriet nämligen att hon tappat intresset för och glädjen i att göra sådant hon tidigare uppskattade. Dessutom sover hon dåligt och har koncentrationssvårigheter liksom svåra skuld känslor och brist på energi. Symtomen orsakar ett lidande och hon har mycket svårt att klara av arbetet på IKEA som tidigare fungerat bra.

För en bra bedömning behöver vi veta mycket mer. Men för den akuta bedömningen är en faktor mest avgörande.

Vilken faktor?

**Välj ett alternativ:**

- Suicidrisk ✔
- Kroppslig sjukdom
- Social situation
- Missbruk
- Tidigare psykisk sjukdom

---

Totalpoäng: 1

22

Katarina, 30 år, kommer till Hälsocentralen eftersom hon sedan några månader känner sig nedstämd och tror att hon är deprimerad.

Vid samtalet framkommer att Katarina förutom nedstämdhet också uppfyller det andra centrala diagnoskriteriet nämligen att hon tappat intresset för och glädjen i att göra sådant hon tidigare uppskattade. Dessutom sover hon dåligt och har koncentrationssvårigheter liksom svåra skuld känslor och brist på energi. Symtomen orsakar ett lidande och hon har mycket svårt att klara av arbetet på IKEA som tidigare fungerat bra.

För en bra bedömning behöver vi veta mycket mer. Men för den akuta bedömningen är en faktor mest avgörande,

Katarina har ingen dödsönskan även om livet är väldigt jobbigt och suicidrisken bedöms som relativt låg. Du gör bedömningen att hon lider av en medelsvår depression.

Katarina vill inte gå i psykoterapi.

Vilken är den mest lämpliga läkemedelsbehandlingen?

**Välj ett alternativ:**

- SNRI
- lamotrigin (antiepileptikum)
- SSRI
- tricykliska antidepressiva
- MAO-hämmare



---

Totalpoäng: 1

23

Katarina, 30 år, kommer till Hälsocentralen eftersom hon sedan några månader känner sig nedstämd och tror att hon är deprimerad.

Vid samtalet framkommer att Katarina förutom nedstämdhet också uppfyller det andra centrala diagnoskriteriet nämligen att hon tappat intresset för och glädjen i att göra sådant hon tidigare uppskattade. Dessutom sover hon dåligt och har koncentrationssvårigheter liksom svåra skuld känslor och brist på energi. Symtomen orsakar ett lidande och hon har mycket svårt att klara av arbetet på IKEA som tidigare fungerat bra.

För en bra bedömning behöver vi veta mycket mer. Men för den akuta bedömningen är en faktor mest avgörande,

Katarina har ingen dödsönskan även om livet är väldigt jobbigt och suicidrisken bedöms som relativt låg. Du gör bedömningen att hon lider av en medelsvår depression. Katarina vill inte gå i psykoterapi.

Katarina får behandling med ett SSRI-preparat och hon förbättras sakta men säkert. Efter ett par doshöjningar är hon 5 månader senare helt besvärsfri och vill sluta med medicineringen.

Med tanke på att det är hennes första depression, vilken rekommendation bör du ge henne?

**Välj ett alternativ:**

- Hon behöver inte fortsätta med medicinen.
- Hon bör fortsätta med medicinen i ytterligare 1-2 månader.
- Hon bör fortsätta med medicinen i ytterligare 3-5 månader.
- Hon bör fortsätta med medicinen i ytterligare 6-12 månader.
- Hon bör fortsätta med medicinen i ytterligare 13-24 månader.



---

Totalpoäng: 1



24

Katarina, 30 år, kommer till Hälsocentralen eftersom hon sedan några månader känner sig nedstämd och tror att hon är deprimerad.

Vid samtalet framkommer att Katarina förutom nedstämdhet också uppfyller det andra centrala diagnoskriteriet nämligen att hon tappat intresset för och glädjen i att göra sådant hon tidigare uppskattade. Dessutom sover hon dåligt och har koncentrationssvårigheter liksom svåra skuld känslor och brist på energi. Symtomen orsakar ett lidande och hon har mycket svårt att klara av arbetet på IKEA som tidigare fungerat bra.

För en bra bedömning behöver vi veta mycket mer. Men för den akuta bedömningen är en faktor mest avgörande,

Katarina har ingen dödsönskan även om livet är väldigt jobbigt och suicidrisken bedöms som relativt låg. Du gör bedömningen att hon lider av en medelsvår depression. Katarina vill inte gå i psykoterapi.

Katarina får behandling med ett SSRI-preparat och hon förbättras sakta men säkert. Efter ett par doshöjningar är hon 5 månader senare helt besvärsfri och vill sluta med medicineringen.

Katarina följer ditt råd att fortsätta medicinering minst 6-12 månader.

Ett år efter att Katarina slutat med medicinen söker hon vård igen på hälsocentralen. Hon beskriver att hon för det mesta mår ganska bra men hon lider av regelbundet återkommande perioder om 5-6 dagar med nedstämdhet, irritabilitet och minskad glädje i vardagliga aktiviteter. Möjligen hade hon dessa symptom även innan hon blev deprimerad men inte alls under tiden hon medicinerade med SSRI.

Vilken är den troligaste orsaken till dessa problem?

**Välj ett alternativ:**

- bipolär sjukdom typ 1
- dystymi
- personlighetssyndrom
- premenstruellt dysforiskt syndrom
- recidiverande depressioner



---

Totalpoäng: 1

25

Du är hemma hos din ej sjukvårdskunniga kompis som har en son Vincent, 10 månader.

Ni sitter ute i det varma sommarvädret och pojken sitter stadigt i sin lilla plaskpool med 20 cm djupt vatten och leker med Lego. Du och din kompis dricker kaffe och har trevligt.

Plötsligt upptäcker ni hur Vincent ligger ner i poolen och hostar och har stridor vid inandning. Han är vaken, men kämpar med andningen och ser ångestfylld ut. Hostningen är ineffektiv.

Du skyndar fram till pojken och gör en bedömning som du lärt dig som läkare.

Vilket är hans huvudproblem enligt ABCDE?

**Välj ett alternativ:**

A



B

C

D

E

---

Totalpoäng: 1

26

Du är hemma hos din ej sjukvårdskunniga kompis som har en son Vincent, 10 månader. Ni sitter ute i det varma sommarvädret och pojken sitter stadigt i sin lilla plaskpool med 20 cm djupt vatten och leker med Lego. Du och din kompis dricker kaffe och har trevligt. Plötsligt upptäcker ni hur Vincent ligger ner i poolen och hostar och har stridor vid inandning. Han är vaken, men kämpar med andningen och ser ångestfylld ut. Hostningen är ineffektiv. Du skyndar fram till pojken och gör en bedömning som du lärt dig som läkare. Efter din initiala bedömning - att Vincent har problem med (A)irways - så vidtar du en första åtgärd enligt den gällande HLR-algoritmen för barn.

Vilken åtgärd är det?

**Välj ett alternativ:**

- Påbörjar HLR med patienten i liggande ställning, initialt 5 inblåsningar, följt av 30 kompressioner över thorax.
- Gör "Heimlich manöver" med buktryck 5 gånger i epigastriet, följt av 5 inblåsningar enligt mun-till-mun metoden.
- Läger barnet på din arm eller ditt lår och håller dess huvudet stabilt. Slår med andra handens handlov mellan skulderbladen 5 ggr, följt av 5 buktryck i epigastriet. ✓
- Läger barnet i framstupa sidoläge och försöker uppmuntra barnets egna hostningar.
- Kallar på hjälp eller ringer ambulans, därefter 15 kompressioner över thorax.

---

Totalpoäng: 1

27

~~Du är hemma hos din ej sjukvårdskunniga kompis som har en son Vincent, 10 månader. Ni sitter ute i det varma sommarvädret och pojken sitter stadigt i sin lilla plaskpool med 20 cm djupt vatten och leker med Lego. Du och din kompis dricker kaffe och har trevligt. Plötsligt upptäcker ni hur Vincent ligger ner i poolen och hostar och har stridor vid inandning. Han är vaken, men kämpar med andningen och ser ångestfylld ut. Hostningen är ineffektiv. Du skyndar fram till pojken och gör en bedömning som du lärt dig som läkare. Efter din initiala bedömning att Vincent har problem med (A)irways så vidtar du en första åtgärd enligt den gällande HLR-algoritmen för barn. Du lägger barnet på din arm eller ditt lår och håller dess huvudet stabilt och slår med din handlovs mellan-skulderbladen 5 ggr, följt av 5 buktryck i epigastriet. Under tiden som du vidtar dessa åtgärder märker du att Vincent förlorar medvetandet. Han blir helt slapp och livlös, slutar hosta och andas.~~

~~Vad bör nu din första åtgärd vara?~~

**Välj ett alternativ:**

- ~~Gör Heimlich manöver med buktryck 5 gånger i epigastriet, följt av 5 inblåsningar enligt mun-till-mun-metoden.~~
- ~~Fortsätter med att omväxlande slå med handlovs mellan-skulderbladen och applicera buktryck.~~
- ~~Påbörja hjärtkompressioner varvat med slag mellan-skulderbladen.~~
- ~~Skapa fria luftvägar och göra 5 inblåsningar.~~
- ~~Kalla på hjälp, genom att be din vän ringa 112 och larma om ett livlöst barn.~~ ✓

---

Totalpoäng: 1

28

Du är hemma hos din ej sjukvårdskunniga kompis som har en son Vincent, 10 månader.

Ni sitter ute i det varma sommarvädret och pojken sitter stadigt i sin lilla plaskpool med 20 cm djupt vatten och leker med Lego. Du och din kompis dricker kaffe och har trevligt.

Plötsligt upptäcker ni hur Vincent ligger ner i poolen och hostar och har stridor vid inandning. Han är vaken, men kämpar med andningen och ser ångestfylld ut. Hostningen är ineffektiv.

Du skyndar fram till pojken och gör en bedömning som du lärt dig som läkare.

Efter din initiala bedömning - att Vincent har problem med ((A)irways - så vidtar du en första åtgärd enligt den gällande HLR-algoritmen för barn.

Du lägger barnet på din arm eller ditt lår och håller dess huvudet stabilt och slår med din handlov mellan skulderbladen 5 ggr, följt av 5 buktryck i epigastriet.

Under tiden som du vidtar dessa åtgärder märker du att Vincent förlorar medvetandet. Han blir helt slapp och livlös, slutar hosta och andas.

Du har fått din vän att larmat via 112 och gör en ny bedömning av barnet efter att ha säkrat fria luftvägar.

Du konstaterar att han fortfarande är medvetslös och saknar egen andning.

Vad bör du göra nu enligt gällande HLR-algoritm?

**Välj ett alternativ:**

- Lägga barnet i framstupa sidoläge för att skapa stabilt läge för fri luftväg och därefter bedöma ABCDE
- Kontrollera puls, kapillär återfyllnad och påbörja hjärtkompressioner.
- Lägga barnet på din egen arm/lår och hålla huvudet stabilt. Slå med andra handens handlov mellan skulderbladen 5 ggr, följt av 5 buktryck i epigastriet.
- Ge barnet 5 inblåsningar mun-till-mun och sedan göra en ny bedömning av ABCDE ✓
- Göra "Heimlich manöver" med buktryck 5 gånger i epigastriet, följt av 5 inblåsningar enligt mun till mun metoden.

---

Totalpoäng: 1

29

Du är hemma hos din ej sjukvårdskunniga kompis som har en son Vincent, 10 månader.

Ni sitter ute i det varma sommarvädret och pojken sitter stadigt i sin lilla plaskpool med 20 cm djupt vatten och leker med Lego. Du och din kompis dricker kaffe och har trevligt.

Plötsligt upptäcker ni hur Vincent ligger ner i poolen och hostar och har stridor vid inandning. Han är vaken, men kämpar med andningen och ser ångestfylld ut. Hostningen är ineffektiv.

Du skyndar fram till pojken och gör en bedömning som du lärt dig som läkare.

Efter din initiala bedömning - att Vincent har problem med (A)irways - så vidtar du en första åtgärd enligt den gällande HLR-algoritmen för barn.

Du lägger barnet på din arm eller ditt lår och håller dess huvudet stabilt och slår med din handlov mellan skulderbladen 5 ggr, följt av 5 buktryck i epigastriet.

Under tiden som du vidtar dessa åtgärder märker du att Vincent förlorar medvetandet. Han blir helt slapp och livlös, slutar hosta och andas.

Du har fått din vän att larmat via 112 och gör en ny bedömning av barnet efter att ha säkrat fria luftvägar.

Du konstaterar att han fortfarande är medvetslös och saknar egen andning.

Efter att hittills ha gjort dina åtgärder i rätt ordning enligt gällande HLR-algoritm så gör du en ny bedömning enligt ABCDE.

I HLR-algoritmen ingår hjärtkompressioner.

Hur skall dessa göras på ett 10-månader gammalt barn?

**Välj ett alternativ:**

- 15 kompressioner (100-120/minut), med kontroll av ABCDE efter varje cykel
- 15 kompressioner (100-120/minut) + 2 inblåsningar (1,5 sekunder vardera) ✔
- 15 kompressioner (100-120/minut) + 15 inblåsningar (1,5 sekunder vardera)
- 30 kompressioner (100-120/minut), med kontroll av ABCDE efter varje cykel
- 30 kompressioner (100-120/minut) + 5 inblåsningar (1,5 sekunder vardera)

---

Totalpoäng: 1