

Du har begynt som turnuslege på et lite lokalsykehus og har vakt en kveld/natt i januar. På et firemannsrom på medisinsk avdeling ligger en 87 år gammel mann som er innlagt fra hjemmet og beskrevet som nokså selvhjulpent, men svært tunghørt. Han ble innlagt for noen dager siden med feber og hoste. Rtg thorax var vel forenlig med en pneumoni, CRP var 306. Det ble startet med Penicillin intravenøst. CRP er fint fallende til 122, pasienten er afebril og i bedring. Du blir tilkalt fordi pasienten har dratt ut både venflonen og urinkateteret og nå beskylder sykepleier for å ville forgifte ham med tabletter. Sykepleieren forteller at han var litt irritabel også forrige kveld men at han var rolig og grei da hun kom på vakt noen timer tidligere.

Oppgave 1 (1,5 poeng)

Hvilke risikofaktorer har pasienten for delirium?

Risikofaktorer er: i) Høy alder, ii) akutt, alvorlig sykdom, III) nedsatt hørsel.

Oppgave 2 (1,5 poeng)

Hvilke tegn har pasienten på delirium?

Symptomer: i) akutt debut ii) symptomer på kognitiv svikt, da han autoseponerer kateter og venflon, iii) vrangforestillinger, iv) holdepunkter for fluktusjoner i kognitiv funksjon.

Dere får lagt inn ny venflon og du vurderer at pasienten ikke trenger urinkateter. Han lar seg greit overtale til å legge seg i sengen, men fremstår motorisk urolig da han stadig vil ut av sengen. Han snakker også om at han må hjem til kona og de små barna. Du blir oppringt fra akuttmottaket og må ta imot en pasient med brystsmerter. Før du er ferdig ringer sykepleier på nytt og ber om at pasienten får noe beroligende da han er stadig mer urolig.

Oppgave 3 (3 poeng)

Hva er riktig håndtering av pasientens delirium?

Ettersom dette har kommet under oppholdet og mens hans er i klinisk bedring, bør en iverksette

1. Ny diagnostikk med vitale parametre, ny klinisk undersøkelse, evt supplerende us (blodprøver, røngten, evt EKG hvis mulig).
2. Miljøtiltak som enerom, skjerming, orientering, trygghetsskapende tiltak, realitetsorientering, bruk av hørselshjelpemidler for å lette kommunikasjon..
3. Evt medikamenter hvis dette ikke fører frem, Haldol vurderes som førstevalg, evt oxazepam som andrevalg

Dere får ordnet enerom til pasienten og han får medikamentell behandling. Han roer seg tilsynelatende, men noen timer senere kl 0100 ringer sykepleier da pasienten står ved heisen i 5. etg kun iført sykehusskjorte, tøfler og underbukse og vil forlate avdelingen. Dere får ført

pasienten tilbake til rommet, men han roper, klyper og sparker og sier han skal reise hjem. Du ringer bakvakt for å be om råd. Vedkommende sier at du må holde ham tilbake da det er farlig for ham å gå ut midt på natten og at han fortsatt trenger antibiotikabehandling

Oppgave 4 (4 poeng)

Angi og drøft hvilke deler av lovverket du kan anvende for å holde pasienten tilbake i avdelingen mot hans vilje.

Følgende lovverk kan hjemle tvang, dvs helsehjelp uten eget samtykke.

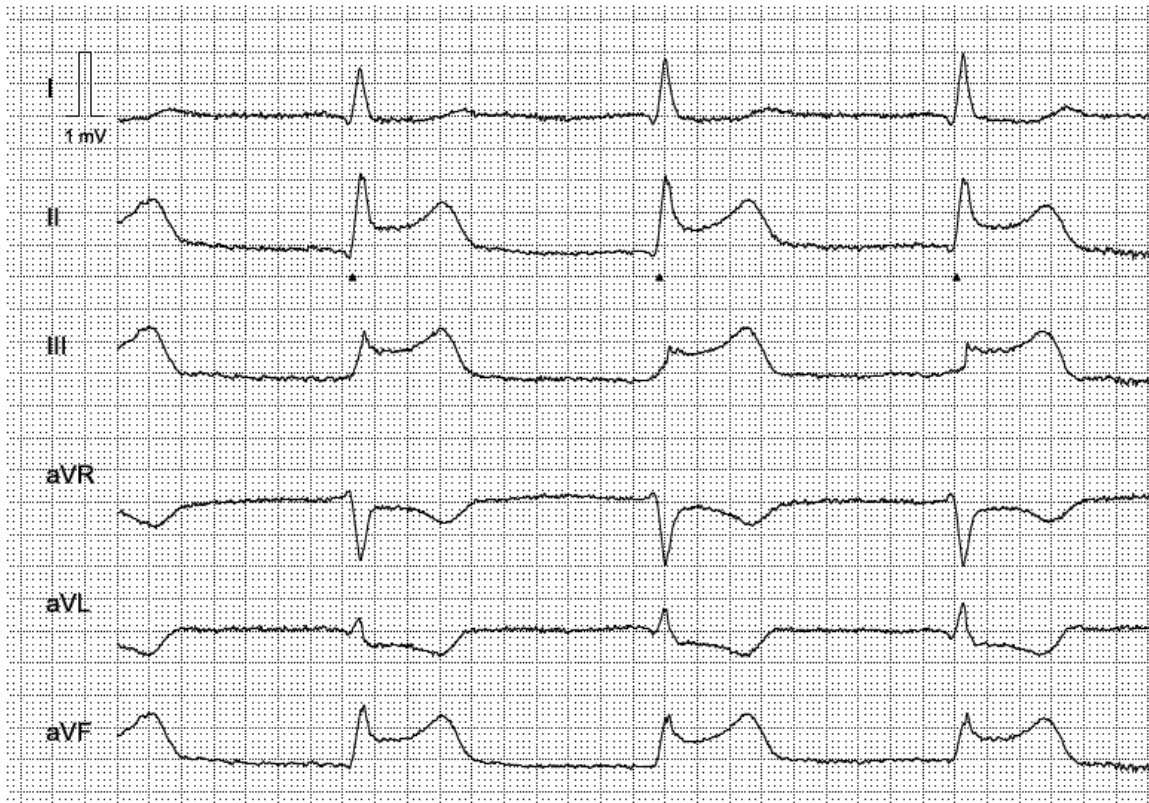
1. Nødrett/nødverge, jfr straffeloven (§ 17 og 18 eller § 47 og 48), hvis det er fare for liv og helse for pasienten eller andre. Man kan da bruke de midler som er nødvendig for å avverge slik fare uten å bli straffet.
 2. Ø-hjelpsplikten, jfr Kap 2, §7 i helsepersonelloven om man oppfatter at helsehjelpen er påtrengende nødvendig. Delirium er potensielt dødelig og man kan da gi helsehjelpen selv om pasienten motsetter seg den.
 3. Kap 4 A i pasientrettighetsloven En pasient med delirium er høyst sannsynligvis ikke samtykkekompetent og det er fare for vesentlig helseskade om man ikke behandler deliret, noe som jo nødvendiggjør tilbakeholdelse. Ser det ut som om tilstanden vil vare over dager kan det være mest riktig å fatte et vedtak om tilbakeholdelse etter denne paragrafen.
 4. Lov om psykisk helsevern Kap 3 kan ikke benyttes for tilbakeholdelse i sykehus, men til innleggelse i psykiatrisk sykehus. I noen få tilfeller der det somatiske er avklart og psykosen og atferdsavviket er stort, kan man oppfatte tilstanden som en alvorlig sinnslidelse og dermed rettferdiggjøre innleggelse i psykiatrisk sykehus uten eget samtykke for videre behandling.
-

En 64-år gammel mann har i noen dager følt seg litt uvel. Han har kjent trykk i brystet under arbeid med vedhogst, kanskje også lettere trettbarhet enn før. Fra tidligere har han kjent diabetes mellitus type 2, for øvrig frisk.

På formiddagen tar han tidligere fri fra vedarbeidet på grunn av tiltakende ruskevær. Ved 15-tiden samme dag får han plutselig kraftige klemmende smerter fortil i brystet med utbredelse opp mot halsen. Han sier fra til sin søster om plagene og hun ber om hjelp via medisinsk nødtelefon, 113. Ca. klokken 15:30 er ambulanse på plass. Smertene er noe lettere, men fortsatt tilstede.

Det blir gitt nitroglyserin-spray under tunga uten nevneverdig effekt på plagene. Pasienten er sirkulatorisk stabil, puls 80-90 slag/ minutt. Blodtrykk 170/ 95 mmHg. Tørr og varm hud.

Det blir tatt et EKG som oversendes elektronisk til lokalsykehuset.



Oppgave 1: (2 poeng)

Beskriv kortfattet det foreliggende EKG og forslag til diagnose – kun standardavledningen er vedlagt.

EKG viser regelmessig hjerterytme, uklart om det er sinusrytme i fravær av tydelige P-bølger. Standardavledningene II og III samt aVF har tydelig / signifikant elevasjon av ST-segmentet. Avledningene aVL (og aVR) viser ST-segmentdepresjon og negativ T-bølge. Det foreligger ingen patologiske Q-takker. Funnet er forenlig med nyoppstått akutt infarkt i hjertets nedre vegg.

Via AMK meldes behov for rask transport til nærmeste sykehus med mulighet for invasiv diagnostikk og behandling av akutt hjerteinfarkt (PCI-senter). Imidlertid er værforholdene blitt slik at helikoptertransport ikke er mulig. Det legges opp til transport til lokalsykehuset med ambulansen som allerede er på stedet. Antatt transporttid med ambulanse er i overkant av to timer.

Oppgave 2: (2 poeng)

Hvilke behandlingstiltak skal du få iverksatt umiddelbart ved hjelp av ambulanspersonellet?

Ved kort tid fra smertedebut og med lengre transporttid til PCI-laboratorium enn 90 – 120 minutter skal trombolyse som behandlingstilbud som oftest tilbys i fravær av kontraindikasjoner mot behandling med Metalyse (tenecteplase). Medikamentet gies intravenøst og doseres etter vekttabell. Ambulanspersonell er opplært til slik behandling og

sjekklister over kontraindikasjoner forefinnes i ambulansene. (En stadig hyppigere kontraindikasjon er behandling med antikoagulasjonsmedikamenter) (2 poeng)

Morfin og O2 (svart alene gir 0,5 poeng)

Ved ankomst lokalsykehuset er pasientens tilstand fortsatt stabil, brystsmertene er gått helt tilbake, forandringen i EKG er nærmest normalisert og hjertet har normal rytme.

Blodprøven tatt ved ankomst viser lett økt verdi av troponin T med moderat stigning i prøveverdien i prøven som blir tatt 4 timer senere.

Oppgave 3: (1 poeng)

Hva er typisk variasjonsmønster for troponin T i en serie blodprøver tatt over noen dager etter et hjerteinfarkt?

"Rise-and-fall". Initialt økende verdier som så langsomt reduseres over dager.

Det konkluderes med at pasienten har gjennomgått et moderat hjerteinfarkt og det besluttes å sende pasienten videre til PCI-senteret allerede tidlig neste dag. Det påvises en tydelig forsnævring i høyre koronararterie som blokkes ut med ballongteknikk og det implanteres en stent i kransåren.

Pasienten informeres om nødvendigheten av å bruke medisiner for å hindre ny fortetning av den stentbehandlede blodåren.

Oppgave 4: (2 poeng)

Nevn eksempler på medikamenter som er velegnet for å hindre ny fortetning av den stentbehandlede blodåren, og angi behandlingsvarighet for hvert av medikamentene etter gjeldende praksis.

Albyl E (acetylsalisylsyre) 75 mg x 1 livslangt i fravær av bivirkninger.

og Plavix (klopidogrel) 75 mg x 1 i 1 til 12 mndr (avhengig av stenttype/prosedyre), eller Brilique (ticagrelor) 90 mg 1 x 2 i 1 til 12 mndr (avhengig av stenttype/prosedyre), eller Efient (prasugrel) 10 mg x 1 i 1 til 12 mndr (avhengig av stenttype/prosedyre).

To år senere har pasienten på nytt lagt merke til episoder med redusert fysisk yteevne. Nye undersøkelser gir ikke mistanke om residiv av koronarsykdom, men ved et par anledninger registreres atrieflimmer i EKG.

Oppgave 5: (2 poeng)

Hvilke behandlingstiltak bør vurderes i denne situasjonen?

Marevan (warfarin) styrt etter INR-verdier, eller

Xarelto, Eliquis eller Pradaxa eller unntaksvis

Klexane / Fragmin subcutant

Rytme/frekvenskontroll:

Antiarytmika hvis rask ventrikkelfrekvens under anfall med atrieflimmer, eventuelt vurdering for ablasjonsbehandling ved uttalte plager under atrieflimmer.

Oppgave 6: (1 poeng)

På hvilket beslutningsgrunnlag skal behandlingen i spørsmål 5 startes?

Profylakse mot cerebrale embolier:

Det innebærer antikoagulasjonsbehandling når CHADSVaSC ≥ 2 .

En kvinne på 31 år kommer til deg som allmennlege fordi hun har fått mye plager med hodepine og merket synsforstyrrelser. Fra tidligere har hun siden puberteten hatt en del strammende smerter i tinningene ved mye stress, særlig i forbindelse med menstruasjon, og hun har tatt en del naproxen eller paracetamol med god effekt. I tillegg har hun hatt månedlige anfall relatert til menstruasjon som du har oppfattet som migrene uten aura, og hun har brukt triptaner i 1-2 dager ved disse anfallene. Hun var hos deg sist for 4 år siden i forbindelse med oppfølging under svangerskap. Hun var da nokså overvektig og hadde litt forhøyet blodtrykk, men blodtrykket normaliserte seg etter nedkomsten. Senere har hun stått på p-piller (østrogenholdige). Hun har nå BMI på 34. Hun røyker litt i sosiale sammenhenger, men ikke daglig. Migrenen ble bedre, men ikke helt borte etter fødselen. De siste 2-3 måneder har hun hatt hodepine oftere, og de siste 3 ukene er det blitt daglig og nesten konstant, og hun våkner tidlig om morgenen med hodepine. Smerten sitter i hele hodet, kanskje noe mer på venstre side og er pressende. Når det er på det verste kan hun se uklart.

Ved undersøkelse finner du uklare papillegrenser på begge sider, men synet er normalt ved visusundersøkelse og Donders prøve. Også for øvrig er det normal neurologisk status.

Oppgave 1. (2 poeng)

Hvilke trekk ved synsforstyrrelsen skal du spørre om for å avklare om det dreier seg om visuell aura?

Varighet < 60 minutter

Full reversibelt (går helt over)

Hodepinen kommer i løpet av auraen eller innen 60 minutter etter at den har sluttet

Gradvis utvikling i løpet av mer enn 5 minutter

Både positive (prikker, streker, bevegelse, farger) og negative fenomener (skotom)

Mot en side (homonyme fenomener)

Oppgave 2. (3 poeng)

Hvilke trekk ved sykehistorien og undersøkelsen gjør at du bør utrede henne nærmere? Gå systematisk gjennom dette.

Huskeregul: SNARET

S- start og utvikling av hodepinen – Hennes hodepine startet relativt nylig og har blitt verre og verre

N-neurologiske fenomener: Hun har stasepiller og synsforstyrrelser

A- Almensymptomer- Ikke aktuelt

R- risikofaktorer- Overvekt, p-piller, noe tobakk, litt høyt blodtrykk

E- Eldre enn 50 år da nåværende hodepine startet Ikke aktuelt

T- Tidligere hodepine er annerledes enn den hun nå har fått.

Oppgave 3. (3 poeng)

Hvilke årsaker til sekundær hodepine er viktigst å utelukke (differensialdiagnoser)?
Hvilke supplerende undersøkelser kan avklare disse?

Ekspansjon

(tumor, blødning, evt. abscess, cyste)

CT og/ eller MR

Svært høyt blodtrykk

BT-måling, evt også bildeus.

Sinusvenetrombose.

CT eller MR med angiografi og venefase

Idiopatisk intrakraniell hypertensjon

Ofthalmoskopi, evt spinalpunksjon

(Evt akutt glaukom- har ikke stasepapille.

Trykkmåling på øyet)

Oppgave 4. (2 poeng)

Du henviser henne som halvøyeblikkelig hjelp til nærmeste nevrologiske avdeling for nærmere utredning. Hvilke livsstilsråd skal du i mellomtiden gi henne, og hvorfor?

Vektreduksjon

redusere risiko for idiopatisk intrakraniell hypertensjon, og hjerte-karriisiko

Slutte med østrogenholdige p-piller

Redusere risiko for hjerneslag, spesielt siden hun har migrene

Slutte å røyke

Som over

En 50 år gammel mann kommer til fastlegen for en årlig helsesjekk. Han har moderate vannlatingsplager. Han ønsker at du som fastlege skal ta en PSA prøve. Du har lest «Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av prostatakraft» utgitt ved Helsedirektoratet og der står det at «Ved en generell helsesjekk bør fordeler og ulemper med PSA testing diskuteres inngående med pasienten. PSA-test kan tilbys pasienten på individuell basis, men skal ikke tas uten at pasienten er fullt informert om fordeler og ulemper (evidensgrad D)».

Oppgave 1.

Hva er gevinsten med å ta en PSA test på en mann i 50 års alder? (1 poeng)

Mulig **øket overlevelse** hvis prostatakraft blir funnet og pas blir behandlet.

MERK: etter gjennomgang av essayoppgavene i urologi, har oppgaveforfatter Karol Axcrona kommet fram til at flere alternativer kan være gyldig for oppgave 4.1. Andre svaralternativer kan være at en fordel med å ta PSA-prøve kan være at pasienten blir beroliget dersom PSA-prøven ikke er forhøyet.

Oppgave 2.

Hva er ulempene med å ta en PSA prøve? (2 svar – 1 poeng, 1 svar 0,5 poeng)

Pas kan komme å få en urosepsis ved biopsitaking.

1. Du må screene flere hundre menn med PSA prøven for at en mann skal få gevinst av screeningen.
2. Ved å screene med PSA prøven kommer til slutt en av fem til ti menn bli unødvendig behandlet (overbehandling).
3. Pas blir påført bivirkninger etter radikalrettet behandling (strålebehandling og radikal prostatektomi).

Mannen hadde en PSA verdi på 5 µg/L (ref.omr. < 3,2 µg/L.). Han ble henvist til et prostatadiagnostisk senter. Ifølge pakkeforløp ble han utredet med MR prostata, digital rektal eksplorasjon (DRE) og prostatabiopsier.

Oppgave 3.

Hvilke **tre** opplysninger er sentrale for å risikoklassifisere en pasient med prostatakraft? (2 svar – 1 poeng, 3 svar – 2 poeng)

PSA, klinisk stadie, Gleason score

Oppgave 4.

Hvilke to hovedsakelige bivirkninger kan du forvente av operasjon med radikal prostatektomi? (2 svar – 1 poeng; 1 svar 0,5 poeng)

Urinlekkasje og erektil dysfunksjon.

Oppgave 5.

Hvor mange prosent av pasientene som blir operert med radikal prostatektomi er inkontinente ett år etter operasjon? (Rett svar innenfor dette område 1 poeng)
ca 10-30 %.

Oppgave 6. Hva er den hyppigste korttidsbivirkningen etter en radikal strålebehandling for prostatakraft? (1 poeng)

Hyppig avføringstrang/Mageknip alternativt blod i avføringen.

Oppgave 7.

Hvilken medikamentell behandling får ca 80-90% av pasientene som blir radikal strålebehandlet? (1 poeng)

LH-RH agonist eller antagonist alternativt anti-androgen

PSA er en utmerket blodprøve å bruke i oppfølgingen av pasienter som er radikalt behandlet for prostatakraft. PSA verdien skal da være «ikke målbar» eller <0.2 ng/ml hvis pasienten er operert. Hvis blodverdien «blir målbar» - ≥0.2 ng/ml så er dette et tegn på tilbakefall i grunnsykdommen.

Oppgave 8. Angi to behandlingsalternativer for tilbakefall i grunnsykdommen. (2 rette svar 2 poeng, 1 rett svar 1 poeng)

- 1. Salvage strålebehandling.**
 - 2. LH-RH agonist og antagonist behandling (hormonbehandling).**
 - 3. Anti-androgen behandling (hormonbehandling).**
 - 4. Cellegiftbehandling (taxotere).**
 - 5. Strålebehandling for metastaser.**
- Moderne medikamenter (Enzalutamide og abiraterone).**